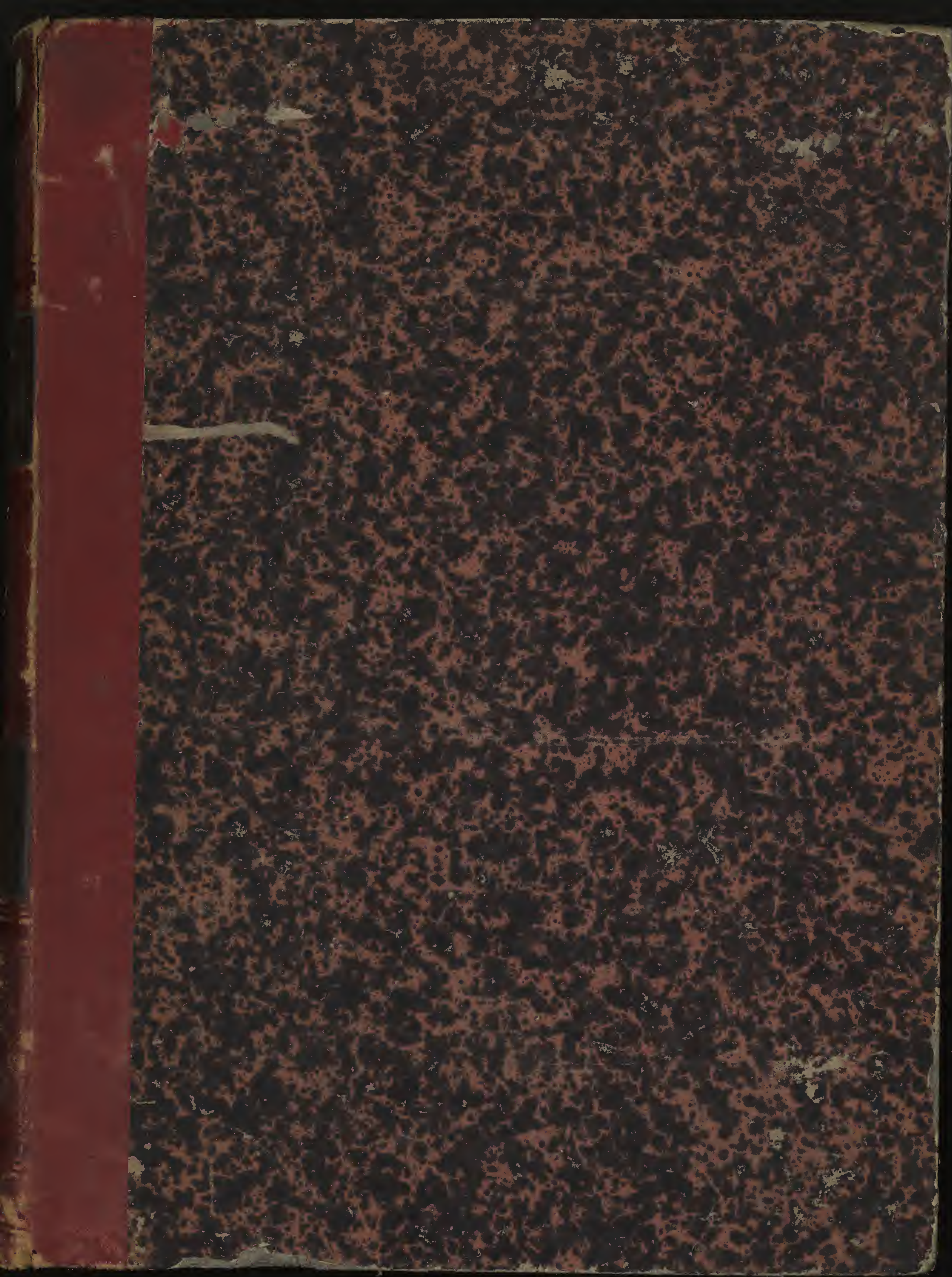
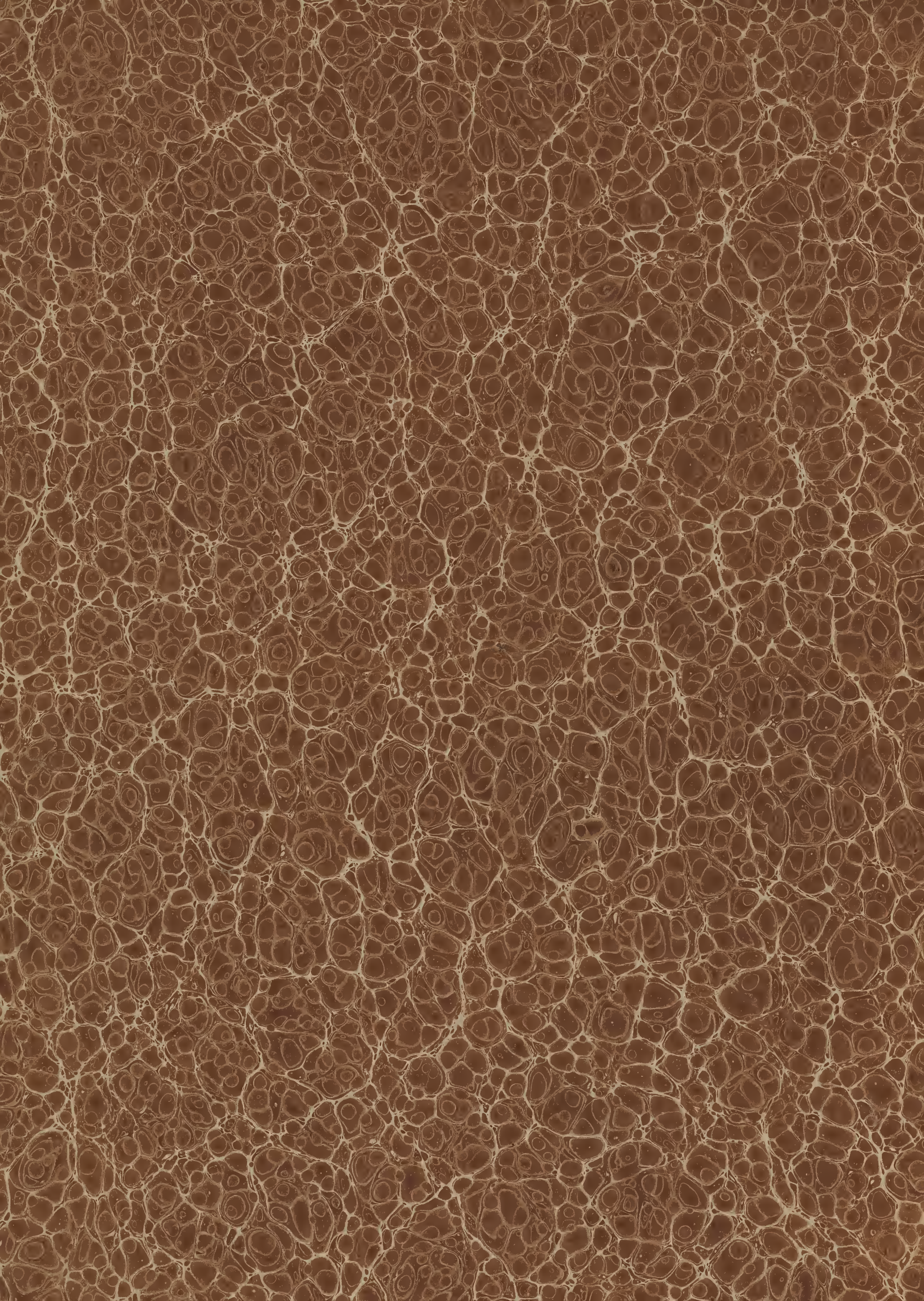






L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

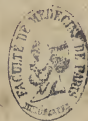
DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M. le Dr AMÉDÉE LATOUR.

Gérant : M. le Dr RICHELOT.



DOUZIÈME ANNÉE.

TOME XII.

1858.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME DOUZIÈME (1858).

DE L'UNION MÉDICALE.

Nota. Les chiffres romains indiquent le Numéro, les chiffres arabes la Page.

A

B

C

D

E

F

G

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 1. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 5 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nous avons aujourd'hui une nouvelle nomination à enregistrer. Le comité secret de la précédente séance avait été consacré, comme nous l'avons dit dans notre dernier *Bulletin*, à l'audition du rapport de la section de minéralogie et de géologie. Il s'agissait, on le sait, de remplacer M. Dufrénoy.

La section avait porté, en première ligne, M. Daubrée; en seconde ligne, M. Charles Sainte-Claire Deville; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Descloizeaux, Durocher et Rozet.

Sur 58 bulletins déposés dans l'urne, M. Charles Sainte-Claire Deville a obtenu 35 suffrages, M. Daubrée 21, M. Rozet 1, et M. Delesse 1.

En conséquence, M. Charles Sainte-Claire Deville, que la section présentait en deuxième ligne seulement, a été proclamé membre de l'Académie des sciences.

M. Flourens, en dépouillant la correspondance, a mentionné une lettre d'un chirurgien de marine qui proteste contre les conclusions du rapport, récemment fait par M. Duméril, sur le travail de M. Charles Laurent, à propos de la guérison de la rage. Ce chirurgien a vu, dans un couvent grec, près de Salamine, plusieurs cas de rage traités et guéris par les moyens sur lesquels M. Charles Laurent avait appelé l'attention de l'Académie.

M. Chatin a envoyé la huitième livraison de son ouvrage *sur l'anatomie comparée des végétaux.*

Plusieurs mémoires, non signés, ont été adressés au secrétariat, pour le legs Bréant; ils sont relatifs à la cure du choléra. M. Flourens a rappelé, à cette occasion, que l'Académie admettait au concours, même les ouvrages imprimés et qu'il n'était pas nécessaire, par conséquent, de faire un mystère de son nom en envoyant des mémoires à ce sujet. L'un de ces mémoires est consacré à démontrer que le choléra est causé par des insectes particuliers qui s'introduisent dans l'économie par les ouvertures naturelles du corps.

Deux notes ont été adressées à l'Académie; l'une concernant la découverte d'un nouveau fébrifuge; l'autre, relative aux mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins, et aux contractions de l'utérus sous l'influence de la chaleur.

C'est tout ce que le bruit nous a permis d'entendre; nous compléterons ces communications dans notre prochain compte-rendu.

Une autre note sur l'efficacité de la camomille romaine à haute dose, et sur ses propriétés antiseptiques, a été lue par M. Cloquet. M. Heurteloup a commencé la lecture d'un mémoire sur la lithotritie, et M. Delamare a fait une communication sur le traitement des maladies de poitrine par l'hélicine.

Selon M. le docteur Delamare, lorsqu'on administre l'hélicine pendant quelques jours à dose suffisante, il en résulte généralement une diminution notable dans la sécrétion de la membrane muqueuse des bronches. Cette diminution, ajoute M. Delamare, est très sensible à la surface de la membrane pyogénique qui tapisse les cavernes, ainsi qu'on peut le constater à l'aide d'un nouveau bruit fourni par l'auscultation et qu'il appelle *bruit de décollement.*

La communication de M. Delamare se termine par l'énumération des divers modes suivant lesquels la guérison de la phthisie peut être obtenue.

M. Pulvermacher a, dans la séance précédente, envoyé un second mémoire relatif à de nouvelles modifications apportées par lui dans la construction de la pile de Volta, qu'il est parvenu à rendre applicable aux usages de la médecine. Plusieurs variétés de sa pile modifiée ont été déposées par M. Pulvermacher avec son mémoire. Elles ont toutes cela de commun, qu'elles sont composées de fils de cuivre et de zinc filés sur une bande de gutta-percha, à l'aide d'une machine qui fait, au besoin, plusieurs mille mètres par jour. Cette pile flexible, douée d'une grande tension électrique, s'applique sur le corps comme une courroie.

M. Pulvermacher a fait aussi exécuter une pile en papier recouverte, au moyen de l'impression, de deux métaux justà-posés et qui est rendue adhérente à la peau à l'aide d'un peu d'humidité.

Une troisième disposition donnée à la pile est celle de fortes batteries. Les deux précédentes sont destinées à fournir un courant continu, mais cette dernière donne un courant bien plus intense et capable de contracter énergiquement les muscles. Ce résultat est obtenu au moyen d'un interrupteur de l'invention de M. Pulvermacher.

M. Miette a présenté à l'Académie, une étude détaillée d'un sel encore peu connu, le valérianate d'atropine.

Pour l'obtenir, on verse, dans une solution alcoolique très concentrée d'atropine, de l'acide valérianique en léger excès, en ajoutant au mélange environ deux fois son volume d'eau distillée. Il faut avoir soin d'opérer la saturation à froid, car une chaleur trop intense détruit la combinaison formée. On soumet le tout, sur un vaste plat, à l'évaporation spontanée ou à celle d'une chaleur d'étuve, ne dépassant pas 50 degrés centigrades. Ce qui reste dans le vase après l'évaporation est du valérianate d'atropine.

Contrairement au valérianate de quinine, le valérianate d'atropine ne cristallise pas. Il se présente sous l'aspect d'un liquide sirupeux, d'un jaune clair, qui tourne à l'orange au contact de l'air. Il a l'odeur fétide de l'acide valérianique, il dévie très légèrement à gauche la lumière polarisée. Son pouvoir moléculaire rotatoire doit être évalué à — 11,807. Il est très soluble dans l'eau, et sa solution, neutre d'abord, s'acidifie en s'évaporant. L'infusion de noix de galle y produit un précipité beaucoup moins rapide et beaucoup moins abondant que celui qu'elle détermine dans une solution d'atropine. Le chlorure d'or y produit une couleur jaune-citron sans précipité bien manifeste. La teinture d'iode n'y détermine pas de coloration brune. La solution aqueuse de valérianate d'atropine ne trouble pas le chlorure de barium, mais elle précipite la solution aqueuse neutre de nitrate d'argent. Le précipité est soluble dans beaucoup d'eau, et il disparaît entièrement par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique. Si l'on traite la solution aqueuse de valérianate d'atropine avec des acides minéraux, voire même les plus faibles, il s'en échappe de l'acide valérianique t ès reconnaissable à son odeur.

M. N. Dally, qui avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un ouvrage intitulé : *Cinésiologie* ou *science du mouvement appliquée à l'éducation, à l'hygiène et à la thérapie*, a adressé, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication des parties qu'il considère comme devant fixer plus particulièrement l'attention de la commission.

Enfin, nous mentionnons, comme pouvant intéresser l'hygiène, un mode de conservation des grains qui fait l'objet d'une lettre adressée par un propriétaire russe, M. Nic. Sémichoff. Ce moyen de conservation consiste à renfermer les grains préalablement desséchés, dans des silos creusés dans des terrains secs et privés de toute humidité par le feu. Ces silos, remplis, sont ensuite fermés exactement.

D[r] Maximin LEGRAND.

Feuilleton.

DU CŒUR RELATIVEMENT A LA FIÈVRE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOUS ;

Par M. le docteur Félix ANDRY (1).

. . . . . Nous avons vu tout à l'heure que, pour Aristote et par conséquent pour un bon nombre de ses successeurs, le courage, non seulement siégeait au cœur, mais encore avait sa cause dans la chaleur de cet organe. Cette chaleur du cœur joue un rôle bien plus considérable encore aux yeux de la plupart des pathologistes de l'antiquité, dans l'interprétation de l'état morbide le plus fréquent peut-être de tous ceux qui figurent dans nos cadres nosologiques, de cet état morbide dont les diverses manières d'être constituent, suivant Sydenham, les deux tiers des maladies. On comprend que je veux parler de la fièvre. Certes, je ne vais pas entreprendre de faire ici l'histoire de la fièvre. Cette histoire m'entraînerait bien au delà des limites de mon sujet. Mais, sans en sortir, je veux signaler, aussi brièvement que possible, la part qui revient au cœur dans cette question, au point de vue, soit de sa chaleur, soit de quelques autres des conditions qui lui ont été attribuées, ou qu'on lui attribue même encore aujourd'hui.

La fièvre était appelée par les Grecs πυρετὸς, de πῦρ, feu, et ce feu, c'est surtout au cœur qu'il avait son point de départ. La fièvre, pour Hippocrate, est une violente effervescence du sang et des humeurs, et à défaut des signes fournis par le pouls, et que Praxagoras de Cos devait découvrir, c'est en appliquant la main sur l'abdomen et la poitrine que le père de la médecine constatait l'état fébrile. Après l'École dogmatique, fondée par les successeurs d'Hippocrate, et à laquelle appartint Platon, vint le stoïcisme qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, devait expliquer l'organisation du monde et le développement du corps humain par le feu, sorte d'âme universelle, d'esprit ou de πνεῦμα. De là le pneumato-humorisme d'Érasistrate d'Alexandrie. Pour lui, le *pneuma* parcourt les artères, le sang parcourt les veines, et comme ces deux ordres de vaisseaux se touchent par leurs embouchures, si une cause violente vient à pousser le sang des veines dans les artères, le *pneuma*, qui arrive du cœur, rencontre cet obstacle, est gêné dans son mouvement, et la fièvre s'allume; si même le sang a été poussé assez avant pour se mélanger à ce principe igné, l'inflammation en résulte. Celse devait reprocher à Érasistrate d'avoir dit même qu'il n'y a guère de fièvres sans inflammation. C'est là un tort dont certains de nos observateurs modernes devaient se charger de l'absoudre.

Je passe l'empirisme et le méthodisme, qui ne nous offrent rien de notable, à notre point de vue, pour arriver à la doctrine d'Athénée. Suivant Athénée, le principe général, universel, qui, chez l'homme malade, reçoit les premières atteintes des causes morbifiques, est un esprit, ou *pneuma*. C'est lui qui nous exprime sa souffrance par l'état du pouls, lequel n'est autre chose que le résultat d'un mouvement, d'une dilatation de ce *pneuma* contenu dans les artères et dans le cœur.

Le rôle de la chaleur reparaît ensuite dans les théories de Galien. Le pouls, selon lui, sert à entretenir la chaleur, à attirer de l'air froid dans le cœur. La chaleur est-elle fixée dans les esprits qui circulent au moyen des artères, il y a fièvre éphémère. Est-ce dans le cœur, il y a fièvre hectique.

Mêmes théories, à peu de chose près, chez les Arabistes. Pour Avicenne, la fièvre est une chaleur étrangère allumée dans le cœur, et qui, de là, se répand dans tout le corps, par les artères et par les veines, au moyen des esprits et du sang.

Nous avons déjà vu plus d'une fois que le moyen-âge proprement dit ne fut, médicalement, que l'écho des siècles qui le précédèrent. En voici une nouvelle preuve : Gilbert d'Angleterre, qui vivait au XIII[e] siècle, nous donne de la fièvre la définition suivante : « C'est une chaleur contre nature qui part du cœur, se propage dans les artères et trouble les fonctions du corps. »

Rien qui nous intéresse dans les deux siècles suivants. Au XVI[e], décadence de Galien et retour aux principes d'Hippocrate. Ce sont ces principes que nous retrouvons en grande partie dans Horace Augenio, auteur d'un abrégé de la médecine du XVI[e] siècle, qui fixe le siége de la fièvre dans le cœur, et lui assigne, pour cause principale, une chaleur contre nature, chaleur pouvant résulter, ou de l'augmentation de la chaleur naturelle, ou de l'altération des humeurs par des vapeurs putrides.

Cependant les années ultérieures et les systèmes médicaux qu'elles virent éclore atténuèrent pour un temps ce rôle pyrétogénique du centre circulatoire. L'iatro-chimisme, dont Paracelse fut le père, l'animisme lui-même, enfanté par Van-Helmont, tout en respectant l'importance physiologique du cœur, appelèrent ailleurs l'attention des pyrétologistes. On sait, en effet, que ce n'est plus dans le cœur, mais dans l'estomac, que Van-Helmont fait résider cette maîtresse archée, dont la frayeur ou l'ébranlement constitue le frisson précurseur de la fièvre, dont les mouvements désordonnés constituent la fièvre elle-même. Tous les médecins ne voient alors dans nos humeurs que fermentation ou décomposition chimiques. Chose étonnante, malgré la découverte d'Harvey, dont Richard Lower devait si bien développer les conséquences pathologiques (1) ; malgré les efforts de Bartholin pour substituer en pathologie, le cœur au foie, on s'obstine à trouver dans la fièvre, tantôt une lutte entre l'esprit vital et la maladie (Thomas Campanella); tantôt la combustion du sel, du soufre ou du tartre de Paracelse (Pierre Poterius, 1645), etc.

Bientôt pourtant l'iatro-chimisme cède la place à une tout autre doctrine, fille des sciences mathématiques et mécaniques : Borelli fonde la secte mécanico-mathémathique, ou celle des iatro-mécaniciens, et alors le cœur, dont Sténon vient de démontrer la structure musculaire, ne tarde pas à reparaître sur la scène. Suivant Borelli, ce n'est plus l'altération du sang qui produit la fièvre, c'est le fluide nerveux qui, devenu âcre, va irriter le cœur.

Les solidistes qui suivirent les iatro-mécaniciens tenaient trop de compte des contractions de la fibre animale pour ne pas prêter au cœur un rôle important dans la fièvre. Si nous consultons Hoffmann, qui fut

(1) Extrait d'un très intéressant ouvrage que cet honorable et savant confrère vient de publier sous ce titre : *Recherches sur le cœur et le foie considérés aux points de vue littéraire, médico-historique, symbolique*, etc. Un vol. in-8, Paris, 1858, chez Germer-Baillière. Prix : 4 fr.

(1) Voyez *Tractatus de corde*, Amsterdam, 1671.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA SPERMATORRHÉE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM;

Par M. Alf. Binet, interne des hôpitaux.

Le nombre et la diversité des moyens thérapeutiques employés contre la spermatorrhée suffisent à démontrer les difficultés de son traitement, lors même qu'elle n'est compliquée d'aucune lésion appréciable des voies génito-urinaires, et à légitimer l'essai de médicaments nouveaux.

En 1854, un médecin russe, le docteur Thielmann, se fondant sur l'action anesthésique, déjà connue, du bromure de potassium, l'a employé contre le priapisme qui accompagne certaines formes de la blennorrhagie, et contre le satyriasis et les pollutions nocturnes (*Med. zeit Russland's*, 1851, n° 1, et in *Gazette hebdom.*, 1854, 442).

Il y a un an, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux, j'ai obtenu, par l'emploi du bromure de potassium, la guérison d'une spermatorrhée invétérée, jugée incurable.

Les spermatorrhées sont rares dans les hôpitaux civils; je n'en ai malheureusement pas rencontré d'autres cas, mais mon collègue, M. Joseph Gibert, et M. le docteur Morin, sur le récit du succès inespéré obtenu à Lariboisière, ont renouvelé l'essai du bromure, et ont reconnu l'efficacité de ce médicament.

Voici, en résumé, les trois observations par ordre de date :

Obs. I. — Le 30 juillet 1856, est entré dans le service de M. Pidoux, hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, n° 7, le nommé F..., âgé de 37 ans, mécanicien.

Cet homme se plaint d'un flux hémorrhoïdal; rien de remarquable du côté du rectum, si ce n'est quelques petites hémorrhoïdes internes; mais, en interrogeant le malade, on apprend que, depuis l'âge de 20 ans, à la suite d'excès de coït, il est atteint de pertes séminales involontaires. Il s'est livré à la masturbation jusqu'à l'âge de 17 ans; le commerce des femmes le guérit de cette habitude. Il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Au début, les pertes se renouvelaient tous les trois ou quatre jours, parfois plusieurs avaient lieu dans la même nuit. Bientôt elles devinrent quotidiennes, bien que le malade vécût maritalement avec une femme; souvent même, après avoir répété plusieurs fois l'acte sexuel, le malade, à peine endormi, était réveillé par une nouvelle éjaculation. A cette époque, il remarqua que son sperme était altéré dans sa couleur et dans sa consistance; cependant il continue à avoir des érections, et sa maîtresse lui donna deux enfants, dont, il est vrai, il hésite à se reconnaître le père. Pendant longtemps sa santé souffrit peu de pertes aussi abondantes, mais depuis sept ou huit ans, cet homme, ouvrier jadis habile et actif, est devenu lent et paresseux; ses forces, sa mémoire et son intelligence ont peu à peu diminué; de gai et de courageux, il est devenu triste et pusillanime; la vie lui est à charge, et pourtant il s'effraie de tout ce qui pourrait y porter atteinte.

A diverses reprises, mais sans résultat, on a tenté la guérison. Pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, on administra successivement, sans amélioration, les toniques et les narcotiques. Le 16 août, lorsque je revins des vacances, je constatai l'état suivant.

Homme brun, grand, bien constitué; la face est morne, sans expression, pâle et amaigrie; les yeux sont caves, ternes, cernés de bistre, les pupilles dilatées. Le corps est amaigri, les membres émaciés; la démarche est lente et traînante. Les organes génitaux externes n'offrent rien d'anormal dans leur conformation; le canal de l'urètre n'est point rétréci; la sonde n'excite aucune sensation douloureuse dans la région prostatique. Par le toucher rectal, on constate que la prostate n'est pas sensiblement hypertrophiée; cet organe est indolent à la pression. Aucun trouble dans les fonctions de la vessie.

L'appétit est bon, mais les digestions sont lentes et difficiles. Constipation habituelle; chaque effort de défécation amène l'issue d'une quantité plus ou moins considérable de sperme. Nous n'avons pas constaté la présence de ce liquide dans les urines.

Le malade a eu, la nuit dernière, trois pertes, accompagnées, comme de coutume, de demi-érection, et provoquées par des rêves lascifs. Ces accidents se produisent deux ou trois fois chaque nuit.

Chargé du service en l'absence de mon chef M. Pidoux, j'eus l'idée d'essayer le bromure de potassium et je le prescrivis à la dose de 1 gramme dans 120 grammes de julep gommeux. Les jours suivants, les pertes continuèrent, mais elles tombèrent à une par nuit. Pas de sensation désagréable à l'arrière-bouche, pas de fourmillements dans les membres.

Le 23 août, la dose de bromure est portée à 1 gramme 50.

Le 24, pour la première fois depuis bien des années, le malade a reposé sans accident et n'a pas rendu de sperme en allant à la selle. Le 31, une perte, la seule depuis le 24. — Même traitement.

Le 18 septembre, le malade sort; il n'a pas eu de perte depuis dix-huit jours; l'embonpoint commence à renaître; les muscles reprennent leur volume; les forces reparaissent; l'intelligence est plus vive; la face plus animée; la pupille est normale. Érections le matin, mais sans éjaculation.

Il promet de continuer le bromure et de revenir nous voir. Nous ne l'avons pas revu.

Obs. II. *(Recueillie par M. Joseph Gibert.)*— Au mois d'octobre 1856, est entré à la Maison municipale de santé, service de M. Monod, M. X..., âgé de 45 ans. C'est un homme grand, fort, d'apparence robuste, mais lymphatique. Il exerce la profession de marin du commerce; il se livre à de nombreux excès lorsqu'il est à terre, mais il n'avoue aucune maladie vénérienne; il n'en porte, du reste, pas de trace. Depuis quelques années, il est atteint de pertes séminales nocturnes; il en a deux, trois et jusqu'à cinq par nuit, le plus souvent sans érection; il lui est arrivé aussi de perdre du sperme pendant la défécation ou à la fin de la miction.

Cet homme a plutôt engraissé que maigri; mais il est hypochondriaque au plus haut point; il ne témoigne aucune énergie, et ne se préoccupe que de la quantité d'aliments qu'on peut lui accorder. On remarque parfois de l'incohérence dans ses idées.

M. Monod prescrivit l'emploi des toniques, des ferrugineux et des lotions froides répétées; sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora, mais les pertes continuèrent. Dans la seconde semaine de novembre, on associa, au traitement précédent, le bromure de potassium à la dose de 50 centig., et peu après de 1 gram. dans un julep. Ce traitement fut continué pendant quinze jours; les pertes furent modifiées quant à leur abondance et à leur nombre; et lorsque, à la fin de novembre, le malade fut obligé de quitter la Maison de santé, il avait pu passer trois nuits de suite sans accident, ce qui ne lui est pas arrivé depuis plus d'une année; en outre, au lieu de deux, trois ou cinq pertes, il n'en avait plus qu'une.

Obs. III. *(Recueillie par M. le docteur Morin.)* — M. X..., artiste, âgé de 23 ans, après s'être livré longtemps à la masturbation, a renoncé, depuis deux ans, à cette funeste habitude; mais il y a dix-huit mois environ, les premiers accidents de spermatorrhée apparurent et se répétèrent bientôt chaque nuit et à chaque défécation. La maigreur et l'émaciation devinrent extrêmes; la vue et les autres sens s'émoussèrent. Le malade tomba dans une mélancolie profonde, et quand il vint me consulter, il en était arrivé au dernier degré de marasme. Je ne pus examiner les organes génitaux, le malade s'y refusant. Je prescrivis un traitement hydrothérapique, des frictions sèches et l'usage des toniques amers.

Ce traitement fut suivi d'une amélioration légère; mais la guérison était loin d'être obtenue, quand, au mois d'octobre 1853, je prescrivis l'usage du bromure de potassium : 20 grammes dans 300 grammes d'eau, une cuillerée à bouche de cette solution tous les matins; les pertes cessèrent très promptement. La première dose épuisée, je continuai l'usage du médicament, mais la force de la solution ayant été diminuée par erreur (6/300 au lieu de 20/300), le malade éprouva quelques accidents, bien qu'il y eût toujours un mieux sensible. Une troisième dose fut ordonnée, tout accident disparut. On cessa l'usage du bromure, et pendant un mois il n'y eut aucune perte. Au bout de ce temps, une ou deux éjaculations involontaires, survenues pendant la nuit, m'ont fait reprendre l'usage du bromure. Depuis quinze jours, les pertes n'ont pas reparu (19 décembre).

Bien que l'emploi des toniques ait été continué, ajoute M. Morin, il est bien évident que le bromure de potassium a eu une action directe sur une maladie fort rebelle.

Depuis les travaux de MM. Puche, Huette et Rames (Thèses de Paris, 1850), l'action stupéfiante exercée par le bromure de potassium sur les organes génitaux de l'homme sain est parfaitement connue : les érections cessent même chez les hommes les plus vigoureux, et l'impuissance peut persister plusieurs jours après la cessation du médicament. Dans les trois observations que nous avons rapportées, l'action sédative du bromure a été évidente et rapide; l'amélioration, ou la guérison obtenue ne peut être attribuée qu'à l'emploi de cet agent thérapeutique. Le premier de nos malades était atteint, depuis dix-sept ans, d'une spermatorrhée qui l'avait conduit au marasme, il perdait toutes les nuits et plusieurs fois par nuit; dès la première dose, les pertes se réduisirent à une par nuit, au bout de huit jours, elles cessèrent, et ne reparurent qu'une fois; après un mois de traitement, le malade quitte l'hôpital, il n'avait pas eu d'accident depuis dix-huit jours.

Le sujet de l'obs. II perdait depuis plusieurs années; au moment où le traitement fut entrepris, il avait deux, trois et jusqu'à *cinq* pollutions par nuit, une amélioration immédiate dans le nombre des pertes suivit l'administration du bromure; au bout de quinze jours de traitement, le malade ne perdait qu'une fois et seulement une nuit sur quatre.

Enfin, le sujet de l'obs. III, atteint depuis deux ans de pollutions répétées plusieurs fois chaque nuit, put, après six semaines de traitement, cesser l'usage du remède, les accidents ayant complétement disparu. Au bout d'un mois, une rechute survint, le traitement fut repris avec le même succès que la première fois.

Remarquons qu'aucun des malades n'a éprouvé d'effet désagréable ou toxique du médicament, et que les fonctions digestives en particulier n'ont point été troublées.

Il faudrait des observations plus nombreuses et plus suivies pour faire juger de la réalité de la guérison et du temps nécessaire pour l'obtenir complète.

D'après les expériences faites sur l'homme sain, on pourrait reprocher à l'emploi prolongé du bromure de potassium de produire l'impuissance permanente par défaut d'érection; mais la spermatorrhée par elle-même n'est une cause d'impuissance, et d'ailleurs cet inconvénient, s'il existe, n'est-il pas préférable à la maladie et à ses effets ?

M. Thielmann a donné le bromure en poudre contre le satyriasis et les érections douloureuses.

Bromure de potassium.	1 à 2 grammes.
Sucre en poudre	6 grammes.

Mêlez et divisez en 12 paquets égaux; à prendre toutes les deux heures.

Nous l'avons administré dans un julep.

Bromure de potassium. . .	1 gramme.
Julep gommeux	120 —

A prendre dans la journée; — ou en solution :

Bromure de potassium. . .	20 grammes.
Eau distillée.	300 —

Une cuillerée à bouche dans un verre d'eau sucrée.

---

un solidiste plus pur que Boerhaave, il nous dira que la fièvre est une affection spasmodique des systèmes nerveux et vasculaire, avec action sur les parties nerveuses d'une cause irritante, qui en détermine la contraction. De cette contraction résulte le reflux des fluides vers l'intérieur; puis, par l'accroissement de la force du cœur et des artères, une réaction vive qui reporte ces fluides au dehors.

Ce jeu des organes dont nous parlons, l'animisme de Stahl, devait l'adopter et le consacrer à son tour mais en lui assignant une place secondaire. La fièvre, dans les idées de Stahl, n'est autre chose qu'une réaction générale, ayant pour agents le cœur et les centres nerveux, réaction intelligente et non pas purement mécanique et aveugle, développée sous l'influence de l'âme et tendant vers un but commun, la conservation du corps.

Le vitalisme germanique de Stahl fut vaincu, moins peut-être par le solidisme, son congénère et son compatriote, que par tout autre adversaire, et qui, né avant lui, allait pourtant lui survivre, je veux parler de l'humorisme. Disons pourtant, à propos de l'humorisme, ce que nous aurions pu dire des différents autres systèmes, que la dénomination du système s'applique plutôt au fond qu'aux accessoires, lesquels présentent en général comme un certain reflet des doctrines contemporaines et quelquefois même rivales. Nous le prouverions aisément, pour l'humorisme en particulier, en y montrant des traces, ou de vitalisme, ou de chimisme, ou même de solidisme. Ne nous étonnons donc pas si, dans Sydenham, nous ne voyons rien de neuf à prendre pour le sujet qui nous occupe, si nous trouvons dans l'Hippocrate anglais la définition suivante de la fièvre : *Naturæ instrumentum, quo partes impuras a puris secernat.*

L'humorisme dont nous venons de parler prédomina pendant tout le siècle qui suivit celui de Sydenham. Mais le solidisme n'était pas mort, et un rejeton auquel il avait donné naissance, l'irritabilité de Haller, devait modifier une fois encore la pyrétologie, disons mieux, devait imprimer une forme un peu différente à des théories déjà émises. Qu'était la fièvre pour Hoffmann? un reflux du sang vers l'intérieur, par suite du spasme des systèmes nerveux et vasculaire, puis une réaction du cœur et des artères. Qu'est la fièvre pour Cullen? Une accélération des contractions du cœur, ayant pour but de rétablir l'énergie du cerveau et des petits vaisseaux de la surface du corps, dont certaines puissances sédatives ont affaibli l'irritabilité. C'est donc ici encore une réaction du centre circulatoire vers la périphérie. Pour Junker, c'est une exaltation de l'irritabilité du cœur et des vaisseaux. Pour Stoll lui-même, bien plus humoriste que solidiste, la cause de la fièvre est l'accroissement de l'irritabilité du cœur et des artères. Qui ne voit là le point de départ de cette idée de Broussais, que la fièvre n'est que le résultat d'une irritation du cœur, soit primitive, soit sympathique, irritation qui elle-même n'est autre chose qu'une augmentation de l'irritabilité normale du cœur? Qui ne sait enfin que M. Bouillaud, étendant aux vaisseaux l'irritation concentrée dans le cœur par Broussais, considère la fièvre inflammatoire comme une inflammation du cœur et des vaisseaux, comme une angio-cardite?

Bien des réflexions assurément pourraient nous être suggérées par le nouveau point de vue sous lequel nous venons d'envisager le cœur; mais je ne suis et ne veux être ici qu'historien, et j'ai hâte d'achever cette étude des lésions vraies ou fausses du cœur par l'énumération des quelques désordres qui me restent encore à indiquer.

COURRIER.

Après un concours commencé le 1er décembre 1857, MM. Viala et Nouvelon ont été nommés pharmaciens chefs de service dans les hôpitaux civils de Paris.

M. le docteur Foy, pharmacien chef de service à Saint-Louis, a fait valoir ses droits à la retraite; M. Lutz, pharmacien chef de service aux Enfants malades, passe, avec le même titre, à l'hôpital Saint-Louis; M. Reveil, pharmacien chef de service aux Cliniques de la Faculté, remplace M. Lutz à l'hôpital des Enfants; M. Hébert, pharmacien chef de service à Bicêtre, vient aux Cliniques. — *(Communiqué.)*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. — Voici le programme des questions proposées pour le concours de 1858, ouvert à l'occasion de la vingt-cinquième année d'existence de la Société :

Première question : Quelles sont les vertus thérapeutiques de l'iode et de ses préparations dans les maladies nerveuses ? S'appuyer sur des faits pratiques.

Deuxième question : Traiter des vertus thérapeutiques des injections iodées dans les collections séreuses.

Troisième question : L'*Oculus medicus* : Sa valeur clinique au point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies.

Quatrième question : Quelle est la conduite à tenir dans les cas de mort apparente de l'enfant nouveau-né?

Cinquième question : Déterminer s'il existe un antagonisme entre certaines maladies.

Sixième question : Existe-t-il un état morbide que l'on peut désigner sous le nom d'Urhémie ? quels en sont les symptômes ? quel en est le traitement ?

Septième question : Décrire les lésions ou altérations du nouveau-né qui peuvent donner lieu à des présomptions d'infanticide. Insister sur les caractères qui sont de nature à faire reconnaître leur origine.

Huitième question : Quels sont les moyens de prévenir la résorption purulente à la suite des opérations chirurgicales?

Neuvième question : De l'importance du chlorure de sodium, du sulfate de soude et du sulfate de magnésie en hygiène et en thérapeutique.

Dixième question : Quels sont les moyens les plus avantageux pour la guérison de la teigne ?

Une médaille en or, de la valeur de *deux cents* francs, sera accordée pour la solution de chacune de ces questions.

Les mémoires envoyés au concours, écrits très lisiblement, en français, en flamand ou en latin, devront être adressés francs de port et dans les formes académiques ordinaires, avant le 30 novembre 1858, au docteur C. Poelman, secrétaire de la Société, rue de la Vallée, 10, à Gand.

— Le bureau de la Société médicale du 5e arrondissement se trouve constitué de la manière suivante pour l'année 1858 :

MM. Hillairet, président;
Vée, vice-président;
Manget, secrétaire général;
Carrié, secrétaire annuel;
Bouhair, trésorier.

MM. Bossion et Simonot sont nommés membres du conseil d'administration.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE PARAISSANT TROIS FOIS EN QUARANTE ANS, APRÈS LA COUPE D'UN BOIS FAITE TROIS FOIS A VINGT ANS DE DISTANCE.

Mazières-en-Gatiné, le 23 décembre 1857.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu, dans votre numéro du 22 décembre, le résumé d'un rapport du docteur Haime, sur une épidémie de fièvre typhoïde. Sans être médecin des épidémies, et sans avoir, par conséquent, fait aucun rapport à l'autorité départementale à ce sujet, je porte à votre connaissance un fait qui est pour le moins aussi curieux que celui rapporté par l'honorable confrère.

La ferme qu'on appelle le Haut-Verger, commune de la Chapelle-Bâton (Deux-Sèvres), se trouve située sur la lisière sud de la forêt, dite également de la Chapelle-Bâton. Construite sur un plan élevé, elle n'est dominée que par une haute futaie qui se coupe par portion tous les vingt ans. Cette habitation est saine, bien aérée, et se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage spacieux. Au sud-ouest, à 500 mètres, se trouve entre deux monticules un petit étang marécageux.

Il y a quarante ans, au rapport de la famille qui habite présentement cette ferme, on abattit une portion de cette futaie. A cette époque, une épidémie de fièvre enleva en très peu de temps la presque totalité des habitants. Il y a vingt ans, on coupa la même portion de la futaie, et la fièvre typhoïde, bien reconnue alors, enleva, dans l'espace de quelques mois, le père, la mère et cinq garçons robustes de cette nouvelle famille qui avait remplacé l'ancienne, décimée par le fléau. Il ne survécut à ce désastre que deux filles pleines de vie en ce moment. L'une d'elles habite la même maison, s'y est mariée et a une nombreuse famille.

En décembre 1856, on coupa encore la même portion de futaie, la même qu'on avait coupée auparavant deux fois à vingt années d'intervalle.

Le 7 janvier 1857, le père de famille du Haut-Verger tombait malade. Du 7 au 15, deux garçons, l'un de 18 ans et l'autre de 16, tombaient également malades : la fièvre typhoïde était déclarée. Je la reconnus épidémique alors. Je conseillai donc d'évacuer la maison, et une fille de 12 ans emporta avec elle, malgré cette précaution, à deux lieues de là, le germe de cette affection dont elle mourut quinze jours après.

Des trois malades restés dans la maison, un succomba au bout de vingt jours, et les deux autres n'entrèrent en convalescence qu'en avril. Vers les premiers jours d'avril, un autre garçon, qui n'avait pas voulu quitter les lieux, fut également pris par la fièvre typhoïde; et quinze jours après, cette affection était compliquée d'une angine couenneuse des plus intenses. Ce malade guérit, lui aussi, au bout de deux mois. A la même époque, un domestique, entré depuis un mois environ dans la maison, contracta la même maladie. Rentré dans sa famille, je lui donnai mes soins, et il fut rétabli au bout de deux à trois mois.

Ici s'arrête l'épidémie pour cette maison et cette première partie de la famille. Sur six personnes atteintes par la maladie, y compris le domestique, deux succombèrent.

Vis-à-vis le Haut-Verger, au sud-est et à 200 mètres, se trouve située sur un plan élevé la ferme dite du Bas-Verger, habitée par les frères du fermier du Haut-Verger et leurs familles.

A partir du jour où l'épidémie s'est déclarée au Haut-Verger, toutes relations ont été interrompues, d'après mes recommandations, entre les membres des deux familles. Eh bien, malgré cette précaution, la fièvre typhoïde se déclarait au Bas-Verger le 19 mars. Un enfant de 7 ans était pris de cette affection, qui se compliqua encore, au bout de dix jours, d'angine couenneuse des plus intenses. Je désespérai encore une fois du salut de mon petit malade qui s'est pourtant rétabli, lui aussi.

Quatre autres personnes, deux hommes et deux femmes, furent prises en même temps de fièvres rémittentes mal caractérisées. Mais, au bout de deux semaines, grâce à une médication appropriée aux indications qui se présentèrent, ces malades étaient rétablis.

Enfin, du 3 au 10 avril, j'eus deux nouveaux cas bien tranchés. Le frère et la sœur, l'un âgé de 18 ans et l'autre de 20, tombèrent malades, et n'entrèrent en convalescence que vers la fin de mai. Cette convalescence fut, elle aussi, de courte durée.

Ici se termine encore pour cette seconde partie de cette famille éprouvée, cette épidémie funeste qui a sévi trois fois dans l'espace de quarante ans, et à vingt années de distance, toutes les fois qu'on a coupé la même portion de futaie.

Ces différentes épidémies avaient tellement frappé les malheureux habitants de cette localité, que le père de famille du Haut-Verger me dit, en voyant tomber ses deux garçons malades en même temps que lui : « Monsieur, nous y passerons tous, on a coupé le bois cette année. » Alors il me donna l'explication de ces mots. Il disait vrai, car les habitants des environs se souviennent des deux précédentes épidémies, les uns par tradition et les autres pour avoir été témoins de l'avant-dernière. Au milieu de cette famille vit l'aïeul, vieillard octogénaire, qui possède encore toutes ses facultés, et qui m'a confirmé ces faits. La mère de famille du Haut-Verger, qui vient de voir succomber deux de ses enfants, a vu moissonner par le terrible fléau père, mère et frères, comme je l'ai dit plus haut.

Ce fait me paraît si curieux et si intéressant, que je m'abstiens de tout commentaire, et le livre à vos méditations.

Recevez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués. Louis LE COTTIER.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA TRANSFUSION DU SANG.

Tentée il y a deux cents ans environ, puis condamnée par le Parlement, la *transfusion du sang* resta ensevelie dans l'oubli le plus complet jusqu'en 1825, époque où elle fut reprise et essayée. Dans l'espace de douze années, elle donna 5 succès sur 6 tentatives entreprises exactement déterminés d'hémorrhagie utérine foudroyante. En 1852, un Allemand, M. Soden a pu relever 29 réussites sur 36 cas. Depuis lors, d'autres tentatives ont eu lieu, avec plus ou moins de succès. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en aucun de ces cas, tous désespérés d'ailleurs, on n'a eu à noter ni phlébite, ni introduction d'air dans les veines. La transfusion du sang tend donc à prendre en thérapeutique une importance considérable.

Dans le monde même, on se préoccupe de cette question, parce que les journaux politiques ont parlé de quelques cas qui leur ont été communiqués et qui ont fourni à la curiosité générale un aliment légitime. Tels sont deux faits observés par le docteur Wheatcroft, de Cennock (Strafford shire). Dans l'un et l'autre, il s'agissait de métrorrhagies foudroyantes, se rapportant l'une à l'accouchement, l'autre à un avortement à trois mois de conception. Dans le premier cas, la malade était complétement exsangue; jamais indication plus manifeste ne s'était présentée. 17 onces de sang, empruntées au mari, furent transfusées dans cette circonstance. Le succès fut complet. Dans le second cas, les indications étaient moins formelles; et l'auteur avoue lui-même que le tamponnement vaginal lui semble avoir eu autant de part à la réussite que la transfusion elle-même. Ce qui est évident, d'ailleurs, c'est qu'elle n'a point nui, quoique deux livres de sang aient été injectées dans cette circonstance.

Il résulte déjà de ces documents que la transfusion du sang paraît être appelée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique de ces hémorrhagies foudroyantes qui accompagnent si souvent la parturition, et qui résistent trop fréquemment à toutes les ressources de l'obstétrique moderne. C'est sur ce point que M. le docteur Giraud-Teulon désire surtout appeler l'attention des praticiens.

Voyons donc quelles conséquences on a déduites des observations. Deux faits frappent tout d'abord : c'est, d'une part, l'instantanéité des effets produits, la rapidité du réveil des forces; de l'autre, la faible quantité de sang qui suffit pour produire les effets réalisés (sauf les deux cas de M. le docteur Wheatcroft). En effet, dans tous les autres cas, on n'a injecté que 2 à 3 onces de sang. On remarque encore que, après les premiers effets de réveil et de stimulation obtenus, la continuation de l'injection, quand elle a été prolongée, n'a plus produit d'effets utiles. Le cas de MM. Devay et Desgranges offre encore ceci de remarquable, que le réveil physiologique de la vie a été ultérieurement suivi du réveil des divers états morbides dont la malade était atteinte.

En résumé, on voit que le réveil des mouvements organiques suit immédiatement la transfusion opérée dans des cas de mort apparente ou de collapsus post-hémorrhagique. Cet état d'anéantissement post-hémorrhagique est donc l'indication formelle de la transfusion.

La physiologie expérimentale s'est occupée de ce sujet. M. Brown-Séquard a lu à l'Académie des sciences, le 17 octobre dernier, un mémoire dans lequel il annonce que le sang rouge et le sang noir n'agissent pas de la même manière quand on les injecte dans les veines d'un animal. Le premier, le sang rouge, donne aux tissus la *faculté* d'agir, la *puissance;* le second engendre l'*action*, met en œuvre cette puissance. Dans un second mémoire, il établit que le sang d'un animal n'est pas un poison pour ceux d'une autre espèce, et que le sang, artériel ou veineux, suffisamment chargé d'acide carbonique pour être noirâtre, produit des phénomènes d'asphyxie, avec des convulsions violentes, quand la quantité injectée n'est pas au-dessous d'un cinq centième du poids de l'animal, et quand l'injection n'a pas été faite trop lentement. Le sang défibriné conduit aux mêmes résultats que le sang non défibriné. D'après ces expériences, les effets stimulants seraient dus tout entiers à l'acide carbonique.

M. Giraud-Teulon recommande fortement aux praticiens qui pratiqueront la transfusion, de ne pas trop se presser dans l'opération. On a parfaitement le temps d'opérer l'injection avant que le sang à transfuser ne se soit coagulé. Une autre recommandation fort importante, c'est de ne pas dépasser la quantité convenable ou de pousser l'injection assez lentement pour que la respiration ait le temps de débarrasser le sang de l'excès d'acide carbonique. Quant à l'appareil instrumental, une seringue à hydrocèle graduée et propre peut parfaitement suffire. — (In *Gaz. méd.*, 26 décembre 1857.)

SECTION DES NERFS BUCCAL ET LINGUAL DANS LA NÉVRALGIE TRIFACIALE; — OPÉRATIONS NOUVELLES.

Jusqu'alors on avait pensé que la récidive des névralgies, après la section des nerfs malades, était due à la réunion des deux bouts du nerf coupé. M. le professeur Michel, de Strasbourg, croit qu'elles sont le résultat d'une des lois les plus importantes de la physiologie des nerfs sensitifs : celle des irradiations des sensations ou des sensations associées. Par ces mots on veut dire qu'une sensation en excite une autre à l'état physiologique, et qu'à l'état pathologique une sensation morbide se propage au delà de la partie affectée. Prenons un exemple : un malade a subi la section du nerf sous-orbitaire ou du nerf dentaire inférieur, ou de toute autre branche du trijumeau; ne pourra-t-il pas arriver qu'un autre rameau devienne, sous l'influence de l'action des agents extérieurs, le siége d'une douleur névralgique peu vive, dont le retentissement se fera ressentir énergiquement, par association sur les premiers rameaux coupés; et la douleur sur cet ancien trajet sera telle qu'elle absorbera l'attention du malade, et que le nouveau point de départ échappera aux interrogations du médecin.

Ayant admis cette cause de récidive des névralgies, le chirurgien devra rechercher maintenant la branche nerveuse qui est devenue le nouveau point de départ de ces sensations associées et la sacrifier. Comme preuve à l'appui, M. le professeur Michel rapporte l'observation suivante :

Un homme de 45 ans était atteint depuis dix-huit ans, d'une névralgie trifaciale droite, dont les accès étaient si intenses et si fréquents, qu'il n'avait de repos ni jour ni nuit. Toutes les médications usitées en pareil cas avaient été employées sans succès. Le principal point de départ avait pour siége le nerf dentaire inférieur, puis venaient le buccal et le sous-orbitaire. En une seule séance, ces trois nerfs furent coupés. Voici le procédé opératoire employé pour la section du buccal, qui, jusqu'à ce jour, n'a été faite par aucun chirurgien. On sait que le nerf buccal passe au niveau du bord antérieur du masséter, en suivant une ligne qui, du milieu de ce bord, gagne l'angle de la bouche. La section peut donc en être faite au bord antérieur du masséter. C'est, en effet, le point divisé par M. Miché. Le chirurgien fit une incision de 3 centimètres, parallèle au bord antérieur du masséter et voisine de ce bord; il coupa progressivement tout le tissu cellulo-graisseux, en ménageant les filets transversaux du facial et respectant, en avant, l'artère faciale. Il arriva ainsi, en longeant le bord du masséter, sur le buccinateur, où il vit la terminaison du buccal, qui fut réséqué sous la face postérieure du masséter.

Le malade fut radicalement guéri pendant les trois mois suivants. Mais, au bout de ce temps, la maladie reparut avec la même intensité qu'auparavant. Un examen attentif fit voir que l'accès commençait, le plus souvent, par le côté droit de la langue, pour se répandre ensuite dans toute la face. Le chirurgien put même provoquer un accès en piquant ce côté de la langue avec une épingle. Le rameau malaire fut également indiqué comme point de départ. Le rameau malaire et le nerf lingual étaient donc le point de départ de la névralgie, tandis que les autres douleurs n'étaient que des sensations associées. C'est ce que vérifia l'événement. Le rameau malaire fut coupé sous la peau. Quant au nerf lingual, voici l'opération toute nouvelle pratiquée par M. le professeur Michel :

Le malade, dit ce chirurgien, étant assis en face d'une lumière convenable, sa bouche ouverte, nous saisîmes avec une érigne double le bord droit de la langue, que nous renversâmes du côté opposé, en la tirant légèrement au dehors de la bouche. Cette érigne fut confiée à un aide chargé de soutenir cette manœuvre, qui a pour but de découvrir dans toute son étendue la rigole du plancher buccal. Puis, avec une pince à mors de souris, nous saisîmes la muqueuse buccale, qui fut coupée à l'aide d'un bistouri sur toute la longueur du nerf, à partir de la dernière molaire. Une petite quantité de sang s'écoula; nous attendîmes que cet écoulement fût modéré par des lotions froides, puis nous disséquâmes prudemment les quelques brides du tissu cellulaire graisseux qui nous séparait du lingual. Celui-ci fut mis à nu, chargé sur un crochet mousse et réséqué dans une étendue de 2 centimètres environ.

La guérison est complète depuis deux mois que l'opération est faite. Que si d'autres branches nerveuses devenaient de nouveaux points de départ, M. le professeur Michel est disposé à les couper encore. Ce chirurgien fait observer, en terminant, qu'il n'est pas le premier qui ait coupé le nerf lingual. Cette opération a été pratiquée une fois par le professeur Roser, mais d'une tout autre façon.

De ce travail il résulte :

1° Que l'on n'a pas assez tenu compte, dans la récidive des névralgies, à la suite des sections nerveuses, des sensations associées provoquées par de nouveaux points de départ de la douleur;

2° Qu'il est possible de couper et exciser les branches buccale et linguale du trijumeau, le premier par une incision à la peau de la joue, le second par une incision à la muqueuse buccale. — (In *Gazette méd. de Strasbourg*, 25 décembre 1857.)

BIBLIOTHÈQUE.

RELATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA CAMPAGNE D'ORIENT;

Par M. SCRIVE, médecin-inspecteur des armées. Un volume in-8°, 1857. Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Ce sera une tâche attrayante et patriotique pour les écrivains chargés d'assigner à la guerre d'Orient sa place dans l'histoire politique et militaire des nations, d'avoir à raconter les péripéties de cette lutte grandiose dans laquelle l'armée française, illustrant ses aigles, ajouta de nouveaux trophées à un héritage séculaire de bravoure et de gloire. Mais toute guerre présente le contraste de deux ordres de faits opposés bien qu'inséparables; à côté des opérations et des faits d'armes qui préoccupent l'écrivain militaire, le cœur compatissant énumère les pertes douloureuses, les blessures et les maladies, résultats des combats, des fatigues et des privations, drame assombri par des tristesses que voilent à peine les joies de la victoire, et dont les scènes lugubres et sanglantes réclament aussi un historien. L'armée française, soumise pendant toute la durée de la guerre à des épreuves répétées, s'est fait admirer par une résignation stoïque. A toutes les époques de notre histoire, chacune de nos armées, sur un fond traditionnel de valeur et d'élan chevaleresque, a brillé par une qualité spéciale relevant des idées contemporaines; ce qui caractérise l'armée d'Orient et donne à la dernière guerre une physionomie si intéressante, c'est le dévouement absolu, l'abnégation personnelle, le sentiment exclusif du devoir qui imprégnaient le cœur des chefs et des soldats comme un reflet de la noble et providentielle mission que cette armée était destinée à accomplir; vertus sublimes qui lui ont permis de triompher d'une résistance gigantesque et désespérée, de surmonter les fatigues d'un siége de onze mois, de braver les rigueurs de deux hivers excessifs et les dangers de deux épidémies formidables, enfin de supporter les privations inévitables pour une armée nombreuse qui opère à huit cents lieues de la mère-patrie, sur un sol nu, dans un pays sans ressources.

Telles sont les réflexions que fait naître la lecture du livre publié récemment par M. Scrive, sous le titre de *Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient.* La haute position que M. Scrive occupait en qualité de médecin en chef de l'armée lui a donné les moyens et comme imposé l'obligation d'écrire l'histoire médicale de cette campagne; disons tout de suite qu'il s'est acquitté très heureusement de cette tâche difficile.

L'ouvrage de M. Scrive est divisé en deux parties. La première comprend l'historique des événements considérés surtout dans leurs rapports avec le service de santé; la seconde contient le résumé et l'appréciation des faits médicaux et chirurgicaux au double point de vue de leur signification scientifique et des enseignements qu'on peut en tirer pour l'avenir.

La première partie se compose de cinq chapitres embrassant chacun une période de la guerre, et représentant dans leur ensemble l'aperçu des actes de cette glorieuse épopée militaire, qui commence le 31 mars 1854, au débarquement des premiers bataillons français à Gallipoli, et finit le 6 juillet 1856, avec l'évacuation complète de la Crimée par les armées alliées. Nous ne pouvons donner à nos lecteurs qu'une idée som-

maire des principaux points qui font la matière de ces chapitres. Ce sont la composition et l'accroissement progressif de l'armée; l'établissement des ambulances et la création des hôpitaux temporaires et sédentaires; la marche de l'armée et la topographie médicale des lieux où elle a stationné, Gallipoli, Varna et les plateaux de la Chersonèse taurique, sous les murs de Sébastopol; l'indication et l'application des mesures hygiéniques propres à assurer la santé des troupes, à prévenir et à atténuer le développement des maladies épidémiques; les moyens employés pour préserver les soldats des rigueurs de la situation et des influences extérieures, ou pour en diminuer l'action fâcheuse: protection contre le froid, tentes, gourbis, baraques, couchage, vêtements spéciaux, alimentation, boissons généreuses, etc.; les considérations sur l'état sanitaire de l'armée et sur les maladies qui ont régné successivement : choléra, scorbut, typhus, ainsi que sur les congélations et les blessures de guerre; enfin les opérations militaires, batailles d'Alma, de Balaklava, d'Inkermann, de Traktir, travaux du siége de Sébastopol, et le détail des pertes causées dans ces différentes circonstances par le feu de l'ennemi. On trouve à la suite du récit des événements de chaque mois le mouvement mensuel des ambulances pour les blessés et les fiévreux, en rapport avec le chiffre de l'effectif des troupes. L'énumération qui précède, toute incomplète et rapide qu'elle est, suffit pour faire comprendre l'intérêt profond qui anime les récits de M. Scrive.

Le service de santé était exécuté simultanément dans deux conditions distinctes : 1° Sur le théâtre des opérations militaires, dans les ambulances attachées à chaque division de l'armée et au grand quartier-général; 2° dans les hôpitaux établis sur le littoral, à Varna, Gallipoli, Nagara, Canlidjé, et principalement à Constantinople où on avait créé onze hôpitaux français contenant 10,000 lits. Ces hôpitaux recevaient les blessés et les malades évacués des ambulances de Crimée. Dans la plupart de celles-ci, les malades ont presque toujours été placés sous des tentes et couchés sur des nattes garnies de couvertures. Les hôpitaux de Constantinople rappelaient à peu près, autant que les difficultés de l'installation l'avaient permis, les hôpitaux militaires de France.

Les chiffres suivants extraits de l'ouvrage de M. Scrive donneront une idée des exigences auxquelles le service de santé a dû pourvoir. L'armée française avait un effectif de 40,000 hommes au débarquement à Gallipoli, et de 125,000 hommes le 8 septembre 1855, à la chute de Sébastopol. 309,000 hommes ont été envoyés de France à l'armée d'Orient, pour tenir constamment l'effectif sous les armes au complet. 43,000 hommes ont été frappés par l'ennemi, 16,000 ont été tués ou sont morts à la suite de leurs blessures ou des amputations; 4698 amputations ont été pratiquées en Crimée; on a consommé pendant la guerre, en objets de pansement, 196,000 kilogrammes de linge et de charpie. Les hôpitaux et les ambulances de Varna ont reçu 8,000 cholériques, dont 5,000 ont succombé. Les ambulances de Crimée ont reçu, en chiffres ronds, 193,000 entrants, parmi lesquels on compte 37,000 blessés par l'ennemi, 12,000 atteints de choléra, 11,000 de typhus, 23,000 de scorbut, 5,000 de congélations.

Les hôpitaux de Constantinople ont reçu 116,000 hommes évacués des ambulances de Crimée, parmi lesquels près de 23,000 blessés, 4,000 atteints de typhus, 18,000 de scorbut et 3,000 de congélations.

La perte totale de l'armée française pendant la guerre a été de 69,229 hommes.

Si le plan de son ouvrage le lui avait permis, M. Scrive aurait, sans doute, donné plus de développement aux considérations qu'il a présentées sur la chirurgie pratiquée dans les ambulances, et sur les maladies qui ont cruellement décimé nos troupes, car les faits médicaux et chirurgicaux de cette campagne seront d'un haut enseignement pour la médecine des armées. Quoique l'auteur n'ait rien négligé d'important, nous devons reconnaître que le service, toujours encombré et incessamment renouvelé des ambulances pour faire place à de nouveaux entrants, ne permettait que difficilement les observations complètes, base indispensable des bonnes généralisations scientifiques; en outre, le service sanitaire se trouvait nécessairement scindé; commencé en Crimée, il se terminait souvent à Constantinople, où l'on était mieux placé pour suivre les malades plus complétement et à loisir; aussi l'histoire médicale des hôpitaux de Constantinople formerait le complément naturel de l'œuvre de M. Scrive.

Nous ne pouvons passer sous silence les mesures proposées par M. Scrive, et employées avec succès pour prévenir et enrayer le développement du choléra, et surtout de la pourriture d'hôpital et du typhus, mesures parmi lesquelles la plus avantageuse a été la dissémination des malades sous des tentes largement espacées et aérées; la dernière guerre a démontré, une fois de plus, le danger des grandes agglomérations d'hommes et de malades, source fatale des maladies infectieuses, et la salutaire influence de l'isolement et de l'aération. Elle a montré également que, dans les épidémies, la préoccupation du médecin doit être moins de chercher à guérir qu'à prévenir, et que l'hygiène a plus de puissance que la thérapeutique.

L'armée a été largement frappée par le scorbut, et ce n'est pas sans une certaine surprise qu'on a vu surgir dans des proportions aussi effrayantes une maladie qu'on pouvait croire disparue sous l'influence d'une civilisation progressive, avec la misère des temps passés. M. Scrive est disposé à attribuer, comme à une cause efficiente unique, le scorbut à l'usage prolongé des vivres de campagne constituant une alimentation grossière et surtout dépourvue de végétaux frais, et à ne considérer, dans l'étiologie du scorbut, les autres influences, travail forcé, froid humide, etc., que comme adjuvantes. Il dit que l'usage du pissenlit, qui croissait abondamment aux environs des camps, a été très avantageux; il a eu une action préservatrice et curative notable sur le scorbut. Il se loue également de l'emploi des légumes desséchés et comprimés, et il voudrait enfin que, pour prémunir, dans une nouvelle guerre, l'armée contre le retour du scorbut, on fît entrer d'une manière permanente, et en proportion suffisante, les végétaux frais dans la ration réglementaire du soldat. Sans vouloir apprécier l'étendue des bénéfices réalisés en Crimée par l'emploi du pissenlit, nous ferons observer que le *Taraxacum dens leonis*, quelle que fût son abondance sur les plateaux de la Chersonèse taurique, a dû être distribué en parts trop minces à une réunion permanente de 120,000 convives, pour qu'on puisse s'édifier sur l'efficacité réelle de son action contre le scorbut. Les légumes soumis à la dessication ne conservent pas autant de leurs qualités primitives qu'on serait porté à le croire; ils perdent leur eau de végétation, subissent des modifications dans leurs éléments organiques, si bien qu'il ne reste, après la manipulation, qu'un squelette inerte, souvent sans propriétés alibiles suffisantes, et au moins sans aucune des propriétés du végétal frais.

La chirurgie de bataille, qui a eu tant de douloureuses occasions de s'exercer dans la dernière guerre, a permis de reconnaître les vérités des préceptes posés par les maîtres illustres de la médecine militaire. On a vu les dangers d'une chirurgie trop conservatrice, et l'on a eu l'occasion, souvent répétée, de rendre justice à la conduite de nos prédécesseurs accusés d'avoir été trop prompts à amputer. La solution pratique donnée par Larrey à la question des amputations primitives et des amputations secondaires a été une fois de plus sanctionnée par l'observation des faits.

M. Scrive, dans un langage élevé, se plaît à décerner, presque à chaque page de son livre, des éloges chaleureux, au courage, à la science, au dévouement des médecins militaires français, oubliant la fatigue et les dangers, se multipliant pour faire face à tous les besoins, et mourant silencieusement au milieu de leur œuvre de salut.

L'ouvrage de M. Scrive, dont nous regrettons de n'avoir pu donner qu'une idée bien incomplète, sera toujours consulté avec fruit. En lisant les scènes émouvantes qu'il décrit, on ne sait ce qu'on doit le plus admirer, de la puissance militaire d'une nation qui entretient sans efforts pendant deux ans, à près de mille lieues de ses frontières, un appareil de guerre gigantesque et une armée formidable, ou du courage et de l'héroïque dévouement de cette armée qui, résistant à toutes les causes de destruction conjurées contre elle, brise des obstacles insurmontables, et triomphe dans la lutte la plus extraordinaire des temps modernes.

Ludger Lallemand.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

CAS DE PARTURITION DANS LE CERCUEIL; EXHUMATION APRÈS DEUX ANS TROIS MOIS, par le docteur Casper, à Berlin. — Le célèbre médecin légiste de Berlin a publié, dans son journal de médecine légale, une observation rare et curieuse de parturition après la mort de la mère. Une fille de 23 ans, non mariée et enceinte de sept mois, fut trouvée le matin dans l'écurie, pendue, les genoux et les bras reposant sur le sol. Nous passerons ici les détails qui servent à déterminer s'il y avait suicide ou homicide. La mère, qui connaissait la grossesse, déclara croire à un suicide. Le rapport des agents judiciaires, fait le même jour, portait, entre autres, que le ventre était fortement gonflé, ce qu'il fallait attribuer à la grossesse et aux gaz qui y étaient en abondance. Le médecin cantonal déclara adhérer à ce rapport et n'avoir trouvé aucune lésion extérieure au corps. L'affaire en resta à ce point et le cadavre fut inhumé. Quelque temps après, il y eut des soupçons d'homicide, mais l'instruction ne put découvrir rien de positif. Deux ans et quatre mois après le décès, une nouvelle dénonciation faite à Berlin, fit reprendre cette cause, et l'exhumation juridique fut ordonnée et pratiquée par les docteurs Kletschke et Schuman. Le terrain du cimetière était composé de sable sec, entremêlé de beaucoup de morceaux de chaux éteinte. Le bois du cercueil était encore ferme et montrait sa couleur noire avec liseré bleu. Le cadavre se trouvait partiellement dans une des dernières périodes de la momification. Les parties molles de la tête étaient seules putréfiées, ainsi que les vêtements. Le cadavre était tout nu, de couleur noire, mais ayant gardé toutes ses formes; la surface était dure et ne cédait pas au doigt. Le couteau, après avoir coupé cette couche superficielle dure, s'enfonçait comme dans la masse d'un champignon à moitié desséché. Les seins étaient peu proéminents; la paroi abdominale était collée sur le promontoire, qui faisait relief sous elle et s'enfonçait dans le bassin; la symphyse du pubis, les bras et les cuisses avaient presque leur volume normal. L'abdomen ne renfermait pas de restes d'organes, à l'exception de quelques parties que la présence de matières fécales faisait reconnaître appartenir au colon. Ce qui frappait le plus, c'était l'absence totale de toute partie appartenant à un fœtus de sept mois, dont on aurait dû trouver au moins des restes osseux, surtout dans des conditions qui avaient déterminé à un si haut point la conservation de la mère. Il n'y avait qu'une seule supposition à faire, celle d'une expulsion du fruit dans le cercueil, et effectivement, des recherches dans le détritus et les copeaux firent découvrir, entre les cuisses de la femme, plusieurs os d'un squelette de fœtus. C'étaient les clavicules, l'omoplate droite, les deux maxillaires inférieurs, les deux humérus, le frontal et le pariétal. La comparaison de ces cas avec les os correspondants de fœtus, les fit attribuer à un fruit de près de sept mois. Les côtes n'étaient pas au complet.

On agita la question de savoir si le fœtus avait été expulsé après l'ensevelissement, ou bien avant cet acte et couché dans le cercueil par les parents. Même en admettant cette seconde supposition, ce cas n'en resterait pas moins remarquable; car, la parturition aurait eu lieu un certain nombre d'heures après la mort de la mère, celle-ci ayant été trouvée morte le matin (il est à peu près sûr qu'elle a été tuée vers 2 heures du matin), et le médecin cantonal l'ayant visitée à 4 heures de l'après-midi. Le tout se réduit donc à savoir si les parents, s'étant aperçus de l'accouchement avant l'ensevelissement, avaient eu un motif de le cacher. On n'en peut trouver aucun : ils connaissaient la grossesse de leur fille et ne la cachaient pas; ils croyaient à un suicide. Si l'enfant avait été couché sur les cuisses de sa mère, il est probable qu'on aurait retrouvé tout le squelette ou même l'enfant également momifié. Il n'avait pas de place entre les cuisses, car celles-ci étaient étendues et les pieds rapprochés; il n'existait donc entre elles qu'un espace de 3 à 5 centimètres. On ne pouvait le placer sous les cuisses, car il aurait fallu faire d'abord une excavation, dans laquelle on aurait retrouvé le squelette entier. Il est donc plus que probable que le fœtus a été expulsé dans le cercueil, qu'il est resté couché au devant des parties génitales, et l'on peut admettre, mais sans preuves, que ses extrémités inférieures sont restées engagées dans le vagin, car on n'en a pas retrouvé les os, qui cependant sont des plus grands, et il n'y avait pas assez de place sous les cuisses pour loger un fœtus entier. La cause de l'expulsion du fœtus ne peut être cherchée que dans les gaz développés par la putréfaction. — (*Wiener med. Wochenschr*, n°s 45, 46, 47, 1856.)

Un second cas semblable est publié par le docteur Nadherny, dans le n° 49, du même journal. Une femme de 36 ans, robuste, était malade depuis huit jours, à la suite des mauvais traitements infligés par son mari, disait-on. Le docteur Nadherny, à sa visite, trouva une agonisante et apprit que les causes de la maladie étaient un refroidissement et une chute sur le dos, et la maladie elle-même fut reconnue être une pneumonie. La femme était enceinte de six mois et avait ressenti, dans les premiers jours, de fréquentes mais inutiles douleurs d'accouchement. Le médecin recommanda de l'appeler aussitôt après la mort; mais on ne le prévint que le lendemain à midi, seize heures après le décès. L'opération césarienne n'ayant alors plus de but, on se contenta de l'inspection extérieure du cadavre, et l'autopsie médico-légale fut ordonnée pour le lendemain. Le docteur Nadherny trouva alors la femme déjà dans le cercueil, les extrémités inférieures fléchies dans les genoux et entre les cuisses, un fœtus masculin de six mois, bien conformé, tenant encore au placenta, également expulsé. L'autopsie montra la matrice vide, et les répouses des assistants étaient unanimes pour certifier que l'accouchement n'avait pas encore eu lieu, lors de la mise en cercueil. L'abdomen de la mère était encore fortement distendu par des gaz, néanmoins plus affaissé que lors de la visite de la veille. D'après ces données, il s'était écoulé au moins vingt-quatre heures entre la mort et l'accouchement, et ce dernier ne put donc plus être attribué à une contraction des fibres de la matrice.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 2. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 7 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 JANVIER 1858.

BULLETIN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE.

Nous donnons aujourd'hui la liste des adhésions qui nous sont parvenues depuis le 25 décembre dernier.

Telle qu'elle se présente aujourd'hui, telle qu'elle résulte des excitations discrètes qui ont été adressées au corps médical, la manifestation actuelle est suffisante pour encourager les efforts de ceux qui l'ont produite et pour les engager à persévérer dans leurs tentatives de réalisation.

Le corps médical, consulté sur la question de savoir s'il désirait l'annexion des médecins des départements à l'Association de la Seine, a répondu de manière à ne laisser aucun doute sur ses sentiments.

La première partie du programme que s'était tracé d'avance le comité de Bordeaux a été remplie et d'une manière satisfaisante.

La seconde partie de ce programme va s'accomplir. Elle consiste à consulter régulièrement l'Association de la Seine et à la saisir des vœux exprimés par les adhérents à la circulaire du comité de Bordeaux.

Nous croyons être le fidèle interprète des désirs et des intentions du comité de Bordeaux en disant que cette présentation à l'Association de la Seine sera faite avec la convenance, la dignité et le respect commandés par cette belle institution et par les honorables confrères qui la représentent et qui la composent.

Ce programme étant épuisé, l'Association de la Seine aura à délibérer et répondre affirmativement ou négativement.

Dans le premier cas, l'Association de la Seine devient, par cela même, le centre de l'Association générale, et tous pouvoirs lui sont acquis soit pour se mettre en mesure auprès de l'administration, soit pour l'organisation du fonctionnement de l'institution nouvelle.

Dans le second cas, tenant compte des vœux généralement exprimés et des adhésions reçues en faveur de la fondation d'une Association générale, il y aura opportunité et urgence à s'occuper de la fondation d'une institution qui réponde aux besoins du corps médical.

C'est ainsi, ce nous semble, que, sans irritation de part ou d'autre, et avec les égards réciproques que se doivent des hommes honorables et sérieux, cherchant les moyens les plus utiles et les plus pratiques d'améliorer les conditions professionnelles de l'exercice de la médecine, c'est ainsi, disons-nous, que doit se terminer la grande affaire qui occupe depuis plusieurs mois le corps médical.

Ou une Association unique dont l'Association de la Seine sera le centre et la tête dirigeante ;

Ou une Association générale fondée en dehors de l'Association de la Seine ;

Telles sont les deux solutions inévitables de la situation actuelle.

A l'une ou à l'autre de ces solutions — notre préférence pour la première ayant été suffisamment indiquée — le concours de l'UNION MÉDICALE ne fera pas défaut.

Amédée LATOUR.

ASSOCIATION MÉDICALE DE L'INDRE.

MM. Cornuau, président de l'Association, médecin des prisons ; Maurice Robert, vice-président de l'Association, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'hôpital de Châteauroux ; Pinault, secrétaire de l'Association, membre du conseil d'hygiène du département ; Pestel, vice-secrétaire de l'Association ; David ; Baucher ; Charasson ; Besnard, médecin de l'hôpital de Buzançais ; Carat ; Deschamps ; Gigot ; Macquart, médecin du chemin de fer ; Moreau d'Argry ; Moreau de Villedieu ; Mars ; Patureau, médecin du chemin de fer ; Godinat, médecin du bureau de mendicité, membre du jury médical et du conseil d'hygiène du département ; Robert Henry ; Godin, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien de l'hôpital de Châteauroux ; Bertrand, chevalier de la Légion d'honneur, ancien maire de Châteauroux, médecin du Lycée ; Prungé de Déols ; Prungé d'Ardentes ; Gérat ; Jugand, médecin de l'hôpital d'Issoudun ; Pénaud ; Brun de Châtillon ; Brun de Tournon ; Boys ; Ragueau ; Moïse ; Sénot ; Pacton ; Poitou ; Gaudon, médecin des épidémies ; Lambron, médecin des épidémies ; Papet, membre du conseil général de l'Indre ; Doit ; Camard ; Brynk ; Gogolowski ; Rue, chevalier du Mérite militaire de Pologne, membre du jury médical et du conseil d'hygiène du département ; Bonneau ; Jouslin ; Levasseur, médecin de l'hôpital du Blanc ; Penin de la Mondie ; Ratier ; Bretheau ; Trotignon de Levroux, médecin de l'hôpital de Levroux ; Lecomte ; Mornard ; Peyrot Desgachons ; Pelé ; Trotignon d'Issoudun ; Doucet ; Gobert.

—

Châtillon-sur-Seine, le 27 décembre 1857.

Les médecins soussignés, domiciliés à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), après avoir fait un appel à leurs confrères de l'arrondissement, en faveur du projet d'Association des médecins des départements, à l'Association des médecins de la Seine, ont recueilli les adhésions suivantes, qu'ils ont l'honneur de vous adresser.

MM. Gaudet, docteur à Laignes ; Tenting, id. id. ; Molé, officier de santé, id. ; Masse, id. à Recey-sur-Ource ; Lambert, docteur à Montigny-sur-Aube ; Dimey, id, id. ; Gautrelet, id. à Voulaines ; Tripier, officier de santé à Asnières ; Maltête, docteur à Baigneux ; Misset, officier de santé à Aignay ; Potey, docteur à Minot ; Sylvestre, officier de santé à Coulmier-le-Sec ; Causard, docteur à Châtillon-sur-Seine ; docteur L. Bourée, médecin de l'hospice, id. ; docteur Boutequoy, id. ; docteur Buzenet, id.

—

GERS : Artaud, à Gondrin.
MARNE (Haute) : Royer, à Joinville.
PAS-DE-CALAIS : L. Botte, à Beausaurville.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A propos de la mention, faite au procès-verbal d'une des précédentes séances, du mémoire de M. Goyrand (d'Aix), sur les tumeurs adénoïdes du sein, M. Marjolin, au nom de M. Lenoir, donne lecture de l'observation suivante :

Il y a environ dix ans, je fus consulté par une dame de Meaux, qui me présenta sa fille portant dans le sein gauche une de ces petites tumeurs mobiles et granuleuses que je connaissais alors sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, nom sous lequel A. Cooper les avait parfaitement décrites. Cette dame me demandait si sa fille pouvait être mariée dans l'état de santé où elle se trouvait ; je n'hésitai pas à lui faire la réponse que le célèbre chirurgien anglais faisait aux femmes non mariées qui l'interrogeaient sur le même sujet : « que, loin de s'opposer au mariage, ces tumeurs » du sein manquaient rarement de disparaître sous l'influence de » la première grossesse ou de la lactation qui la suit. » Aussi quel fut mon étonnement quand, à dix-huit mois de là, je fus appelé à Meaux auprès de cette jeune personne, alors mariée et récemment accouchée, à l'effet de lui pratiquer l'extirpation de la mamelle. J'appris d'elle alors que, devenue femme et mère, elle avait vu son sein gauche s'accroître plus que le droit pendant sa grossesse, et que, vers la fin de celle-ci et après son accouchement, le volume de ce sein s'était tellement accru que la peau qui le recouvrait s'était fendue en plusieurs points de sa surface et laissait voir à nu le tissu de la glande, d'où s'écoulait incessamment une quantité notable de lait mêlé de pus. En effet, le sein gauche, quand il me fut montré, avait le volume d'une tête d'adulte, et offrait une peau fine, lisse, tendue, crevassée en différents points par lesquels s'écoulait le mélange de pus et de lait signalé plus haut, et la quantité de ce liquide était telle qu'il traversait les pièces de pansement et épuisait sensiblement les forces de la malade. Amussat, qui avait été consulté, avait prescrit l'ablation du sein, et j'étais demandé pour la pratiquer. Elle fut faite en présence et avec l'aide de MM. Martineau et Gaucher. La masse enlevée pesait

---

Feuilleton.

LE CHOLÉRA SUR LES FLOTTES ANGLAISES ET FRANÇAISES DANS LA MER BALTIQUE ET LA MER NOIRE EN 1854.

A Monsieur Am. Latour.

Mon cher confrère,

L'accueil bienveillant que vous avez fait à mes communications sur le choléra-morbus, lors de la dernière épidémie, m'impose l'obligation de venir vous faire part de quelques documents du plus haut intérêt.

Si nous ne sommes pas encore en mesure de tracer une histoire complète de ce terrible fléau, disciple fidèle du progrès scientifique, nous devons planter des jalons pour l'avenir, et enregistrer les faits les plus saillants, les observations les plus remarquables.

En parcourant dernièrement l'un des recueils les plus estimés de la presse médicale anglaise, le *Journal of public health* (january 1857), j'ai trouvé un très intéressant travail lu à la Société épidémiologique de Londres, par le docteur Babington, sur le choléra-morbus qui avait ravagé les flottes anglaises de la Baltique et de la mer Noire pendant l'automne 1854. Je me suis empressé de le communiquer à notre savant confrère, le docteur Sénard, adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, en lui demandant s'il ne serait pas possible d'avoir des renseignements analogues sur ce qui s'était passé sur les flottes françaises à la même époque et dans les mêmes mers.

Avec sa bienveillance habituelle, M. Sénard s'est occupé de la question, et bientôt il a rédigé un mémoire très étendu, où figuraient les rapports des médecins en chef des deux escadres, le docteur Favre pour la Baltique, le docteur Marroin pour la mer Noire. Ces travaux ont été publiés *in extenso* dans les *Annales d'hygiène publique*, et comme ils paraissent avoir produit une certaine sensation, j'ai pensé que les lecteurs habituels de l'UNION MÉDICALE me sauraient gré de leur en donner ici le résumé restreint, mais fidèle.

I

LE CHOLÉRA SUR LES FLOTTES ANGLAISES DANS LA BALTIQUE ET LA MER NOIRE (1854).

Quelque nombreux que soient les documents relatifs au choléra-morbus, quelqu'importantes qu'aient été les recherches faites en Angleterre et ailleurs sur ce terrible fléau, il restait encore à étudier et à suivre la maladie dans son évolution successive, depuis son invasion jusqu'à sa disparition complète. Cette tâche a pu être accomplie par nos confrères de la marine pendant l'automne 1854.

Le système de discipline auquel ils sont soumis, leur parfaite instruction, leur impartialité, le soin qu'ils ont apporté à répondre (en dehors de toute idée théorique préconçue) à toutes les questions qui leur avaient été préalablement posées, constituent des circonstances qui rendent leurs recherches dignes de toute considération.

Et quelles conditions favorables pour une étude approfondie ! Chaque bâtiment n'est-il pas une agglomération de personnes, une petite cité vivant sans cesse sous les yeux du médecin ; le moindre événement, relatif à la santé, forme l'objet d'une observation attentive, la plus légère déviation de l'état normal devient l'indication d'une intervention spéciale.

Dans les grands centres de population, on apporte beaucoup de soin à rechercher les circonstances qui accompagnent l'apparition des premiers cas de choléra ; sur une flotte, autant de bâtiments, autant de premiers cas possibles, et chacun d'eux fournissant des éléments précieux pour la solution du problème. Le médecin se rend un compte exact de la position des matelots, des officiers, des passagers, il connaît les occupations d'un chacun, il voit à quelles vicissitudes atmosphériques ils sont soumis, il apprécie l'influence de la nourriture et des boissons dont il connaît la nature et la quantité ; il évalue le quantum d'air respirable assigné pendant le sommeil.

La facilité que possède le navire de lever l'ancre, et de changer de place permet au médecin d'observer si la cause du choléra existe exclusivement dans certains courants, dans des couches d'air déterminées, ou bien s'il est répandu au loin sur une plus vaste région.

Finalement, lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence des moyens curatifs et des mesures propbylactiques, le cbirurgien de marine se trouve dans les meilleures conditions pour bien déterminer et suivre les effets des uns et des autres.

Pendant l'automne de 1854, l'effectif de la flotte de la mer Noire était de 35 navires de tous rangs, de toute nature. L'équipage s'élevait à 12,372 hommes, ainsi répartis : matelots, 8,945 ; mécaniciens, 190 ; soldats de marine, 2,353 ; officiers de tous grades, 884.

Une circulaire avait été remise à chaque médecin de bord à son départ d'Angleterre pour les renseignements à fournir, et voici les résultats de cette enquête :

§ 1° La première question et l'une des plus importantes, est de savoir si les matelots des embarcations, qui communiquaient journellement avec le rivage, ont été atteints plus fréquemment et plus promptement que ceux du reste de l'équipage qui n'avaient pas quitté le bord.

Or, sur 7 bâtiments dont les embarcations avaient ainsi communiqué avec la terre, et sur lesquelles s'était montrée tout d'abord la maladie, on a pu penser qu'elle était réellement le résultat de la contagion.

D'autre part, les rapports des médecins des autres bâtiments constatent que, dans 40 cas, la première manifestation du mal a été observée sur des hommes qui n'avaient eu aucune communication avec le rivage.

§ 2° Dans combien de cas les symptômes prémonitoires ont-ils fait défaut ?

Sur 711 cas de choléra, 134 n'ont pas eu de symptômes prémonitoires, dont 114 sur la *Britannia*, mais ce vaisseau ayant compté en peu de jours 229 cas de choléra, M. Rees, son médecin, s'était trouvé dans l'impossibilité d'étudier avec soin chacun d'eux.

§ 3° Causes prédisposantes ?

La question qui concerne les causes prédisposantes n'est résolue que par les médecins de 15 bâtiments ; leur opinion peut se formuler de la manière suivante :

Exposition aux changements subits de température ; mauvaise nourriture ; vêtements insuffisants ; intempérance ; abus de fruits et de légumes ; boissons fraîches le corps étant en transpiration ; encombrement ;

cinq livres ; il ne fut pas possible d'isoler la tumeur du reste de la glande, et j'eus, à cause des crevasses de la peau, beaucoup de difficulté à conserver assez de téguments pour obtenir la réunion immédiate de la plaie d'amputation.

Incisé après son ablation, le tissu de la tumeur offrait l'aspect granulé et rougeâtre, qu'avait le tissu de la mamelle elle-même, alors encore le siége de la fluxion sanguine qui existe pendant la lactation, et de tous les points de la coupe pratiquée sur ces deux tissus suintait par la pression une notable quantité de lait.

Mon opérée a parfaitement guéri ; je l'ai revue depuis, et sa santé a toujours été bonne.

Tel est le cas que j'ai observé, et dont j'ai eu occasion, je crois, de parler dans cette Société, il y a quelques années. L'observation si complète de M. Goyrand vient le confirmer. De pareils faits, toutefois, sont très rares ; dans un cas cité par A. Cooper, la tumeur, qui pesait plusieurs livres, s'était ouverte par suite d'un travail d'ulcération à sa partie la plus saillante, et avait produit des végétations granuleuses qui fournissaient une matière purulente ; mais cet auteur ne parle pas de lait, ce qui s'explique sans doute par cette double circonstance que la malade affectée n'était ni accouchée ni nourrice. Il était réservé à M. Goyrand d'observer ce fait dans cette décisive condition d'existence, et d'en tirer le seul enseignement qu'il comporte.

Cependant, je n'adopterai pas la conclusion pratique que ce chirurgien fait découler de son intéressante observation, en écrivant que « si de semblables faits se présentaient quelquefois, au lieu de » conseiller le mariage comme un remède contre les *adénoïdes*, » on devrait énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes » femmes sont exposées à devenir grosses. » Je lui opposerai les trois raisons qui suivent, sans pouvoir les développer :

1° Que le fait observé par M. Goyrand et par moi est extrêmement rare ;

3° Que le mariage, la grossesse et la lactation ont fait disparaître un certain nombre de ces tumeurs ; je pourrais en citer un cas pris dans ma pratique particulière ;

3° Enfin que, très souvent, ces sortes de tumeurs restent stationnaires pendant la grossesse et après, et sont portées par les femmes pendant de longues années sans accidents aucuns.

M. Demarquay présente une pièce recueillie dans le service de M. Monod à la Maison de santé. Un homme âgé de 57 ans, ayant fait une chute sur un trottoir, se fractura le fémur droit dans sa partie inférieure. L'appareil de M. Martin fut appliqué pendant un mois. Au bout de ce temps, le membre fracturé fut simplement étendu sur des coussins. A la même époque, le malade fut atteint d'une pneumonie qui l'emporta au bout de quelques jours.

La pièce qui est présentée à la Société montre :

1° Qu'une fracture oblique s'est produite un peu au-dessus des condyles du fémur ;

2° Qu'il y a une fracture inter-condylienne.

M. Gosselin rappelle, au sujet de cette présentation, que M. Trélat a insisté sur la fréquence des fractures inter-condyliennes chez les personnes âgées de plus de 50 ans. M. Gosselin pense que les fractures inter-condyliennes du fémur qui se produisent dans une simple chute, dépendent de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur. C'est en vain qu'on tenterait, dans ces cas, de lutter efficacement contre le déplacement suivant la longueur et l'épaisseur de l'os.

M. Larrey signale la paralysie des membres inférieurs comme une prédisposition toute spéciale aux fractures du corps du fémur, sous l'influence même des causes les plus faibles, et sans la coïncidence nécessaire d'un âge avancé. Il a eu occasion d'en observer depuis assez peu de temps trois exemples remarquables.

Le premier fait se rapporte à un ancien chirurgien-major de l'armée, encore jeune cependant, qui était atteint depuis plusieurs années d'une paraplégie incomplète. Les mouvements n'étaient pas tout à fait abolis, et la sensibilité était vivement exaltée. Ce fut dans un moment de souffrance que le malade, croisant la cuisse droite sur l'autre et la comprimant pour se soulager, sentit le fémur se rompre un peu au-dessus de son tiers moyen. La fracture était simple, mais elle ne put se consolider qu'après un temps assez long et avec raccourcissement. La paralysie fit des progrès et entraîna la mort.

Le second fait s'est présenté l'année dernière au Val-de-Grâce, chez un officier d'une trentaine d'années seulement, mais qui paraissait plus âgé de vingt ans, par un état de paralysie des membres ; il était en même temps frappé de cécité amaurotique. C'est dans cette triste situation que, par un simple effort pour mettre une botte, en croisant la cuisse gauche sur l'autre, ce malheureux se fractura le fémur au-dessus des condyles. La fracture était compliquée de déchirure de la peau à la face externe du membre, avec saillie du fragment supérieur taillé en pointe, de perforation de la capsule synoviale du genou, et enfin d'épanchement de sang dans l'articulation. Un cas aussi grave aurait nécessité l'amputation, si l'état d'infirmité du sujet ne s'y était opposé. Des mouvements spasmodiques involontaires mirent obstacle à la contention soutenue de la fracture, qui se consolida cependant à la longue, mais par un cal médiat difforme, et des complications locales autant que les complications de la paralysie, firent périr le malade plusieurs mois après son entrée à l'hôpital.

Le troisième fait se trouve actuellement au Val-de-Grâce, chez un officier d'une quarantaine d'années, atteint de paraplégie incomplète, dont l'origine remonte à 1848. Il était, au mois de décembre 1856, dans un état à peu près stationnaire de paralysie partielle des mouvements, avec exaltation de la sensibilité des membres, qui cependant supportaient un peu la marche, lorsqu'il se cassa la cuisse gauche dans un simple effort de pression pour retirer sa botte. La fracture, siégeant au tiers inférieur du fémur, était simple, mais un peu oblique ; elle fut soumise sans succès à diverses méthodes de traitement, et le malade fut évacué d'un hôpital de province sur le Val-de-Grâce, dans le courant d'octobre dernier, dix mois après l'accident. La consolidation de la fracture semble s'établir enfin, et la paraplégie n'a pas augmenté.

M. Larrey, en communiquant le sommaire de ces trois observations, les croit dignes de quelque intérêt, comme offrant un rapprochement à faire entre la paralysie et la sénilité sur la prédisposition aux fractures.

M. Marjolin rappelle que M. Martin a demandé à plusieurs reprises que la Société fît un rapport sur son appareil. S'il y a jamais eu, dit-il, une indication de cet appareil, c'est assurément dans le cas dont il est question, et pourtant il a complétement échoué.

M. Marjolin ajoute que les fractures inter-condyliennes n'existent pas seulement chez les hommes âgés. Il a eu souvent l'occasion d'en observer chez les enfants, et, tout récemment, il a donné des soins à deux petits malades âgés de 10 à 12 ans, qui avaient une fracture inter-condylienne du fémur.

CLINIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET SUR L'OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE ;

Lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ad. Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans mon mémoire sur l'*angine maligne gangréneuse*, lu à la Société médicale des hôpitaux, j'ai insisté sur la nécessité de s'attacher, en nosologie, à l'emploi de la méthode naturelle usitée en botanique ; j'ai fait sentir les inconvénients de toute classification systématique et je crois avoir démontré que la dénomination des maladies, d'après la considération d'un seul caractère, fût-il le plus matériel et le plus tangible, peut conduire à l'erreur. C'est ainsi que l'on est arrivé à confondre vulgairement sous le titre d'*angines couenneuses*, plusieurs affections complétement distinctes par leur nature. Sans doute, parmi ces angines, il y en avait quelques-unes qui se distinguaient, à première vue, par leur bénignité ; on n'a pas manqué de s'en apercevoir, on les a donc séparées en les nommant *angines couenneuses communes*. On a réservé aussi l'angine couenneuse scarlatineuse, bien qu'il y ait une tendance marquée chez de très bons esprits à voir là une complication de la scarlatine par l'affection essentiellement productrice de fausses-membranes, par la diphthérite de M. Bretonneau. N'hésitons pas à le reconnaître, ces catégories sont insuffisantes : il existe dans la nature un bien plus grand nombre d'angines accompagnées d'exsudation plastique, qu'on ne paraît le croire, et des observations plus complètes, exigent que ces espèces soient bien déterminées et convenablement dénommées. Pour procéder à cette détermination spécifique, il importe, selon moi, de ne pas s'écarter un moment des principes de la méthode naturelle. L'une des premières conditions à remplir, comme je l'ai dit dans mon précédent travail, est de ne pas se borner à un seul ordre de caractères ; cette condition ne suffit pas encore ; il est indispensable de fixer aussi la valeur de ces caractères au point de vue de la classification, en un mot, d'établir leur subordination relative.

On a longtemps fondé la maladie sur la considération du symptôme, phénomène essentiellement mobile, fugace et surtout banal.

Depuis le règne de la doctrine organicienne, la science est engagée dans une meilleure voie ; les symptômes ont été soumis aux lésions, c'est-à-dire à des changements matériels plus stables, ordinairement plus faciles à saisir et d'une signification moins équivoque. Mais il reste, à mon avis, un dernier pas à faire dans la voie du progrès : c'est d'accorder à l'étiologie toute l'importance qu'elle mérite.

En effet, dans la plupart des maladies du ressort de la médecine proprement dite, la cause est la circonstance essentielle. Cette suprématie, incontestable pour les maladies spécifiques, n'est pas moins réelle dans les autres affections. Je n'ai pas l'intention d'entrer dans une discussion qui touche aux principes fondamentaux de notre science. Pour justifier mon assertion je me contenterai de faire remarquer que le même organe peut être atteint d'altérations semblables dans le cours des affections les plus opposées par leur nature et que des organes nombreux peuvent être lésés simultanément par le fait d'une maladie unique. Je rappellerai qu'il n'y a, à proprement parler, ni symptômes, ni lésions vraiment pathognomoniques, et que, sauf la cause qui reste immuable, tout est mobile et variable dans les maladies spécifiques. D'où l'on peut tirer cette conséquence que, si une classification plus ou moins analogue à celle des sciences naturelles était applicable à la médecine, ce ne serait qu'à la condition de prendre pour base la notion de la cause, la seule capable de réunir en un tout homogène les éléments divers, lésions ou symptômes, qui constituent la maladie et d'en faire une unité comparable à l'espèce botanique. La syphilis et la morve, les intoxications saturnine, mercurielle, cantharidienne et les fièvres éruptives : voilà des espèces nosologiques bien définies par leurs causes et qu'il faudrait prendre pour types.

A l'appui de ces idées, que je trouverai l'occasion de développer plus loin, je citerai ma première tentative pour scinder en plusieurs espèces nouvelles les angines couenneuses. Avant de rentrer dans ce sujet, qu'il me soit permis de montrer l'état où j'ai

---

ventilation imparfaite ; usage d'une eau mauvaise ; diarrhée, conséquence de toutes les causes ci-dessus énoncées.

§ 4° Causes excitantes ?

L'action des causes excitantes a été étudiée sur 16 navires.

Dix médecins les rapportent à une influence atmosphérique, pour le onzième, le poison réside dans l'atmosphère et devient contagieux par les évacuations du malade et l'impureté de l'air.

Les cinq autres, sans prononcer le mot contagion, sont évidemment disposés à l'admettre.

§ 5° Mortalité respective sur chaque bâtiment ?

La question relative aux causes d'immunité comparative est résolue dans 16 rapports.

Ces causes d'immunité se trouvent dans les conditions suivantes :

Absence complète d'humidité ; parfaite ventilation du bâtiment ; changement de localité ; la propreté ; ne pas exposer les hommes à l'ardeur des rayons solaires ; ne pas les fatiguer excessivement ; excellente santé de l'équipage ; sa vie régulière ; sa séquestration à bord ; emploi du chlorure de zinc comme désinfectant ; usage du vin de quinquina comme mesure préventive ; prompt traitement de la diarrhée.

§ 6° Traitement ?

La pratique générale a consisté dans l'administration préalable de larges doses de calomel et d'opium.

Le traitement du docteur Billing par le tartre stibié est préconisé par l'un de ces messieurs.

Aucun d'eux, toutefois, ne peut invoquer des succès constants.

§ 7° Prophylaxie ?

Elle est relative aux navires et aux individus.

Pour les premiers, on recommande la propreté, la ventilation, les fumigations, les blanchiments, l'usage du chlorure de zinc, et pardessus tout le changement de lieu.

Pour les seconds on préconise : nourriture abondante avec vivres frais ; distractions ; amusements ; comfort ; vêtements chauds ; usage de la flanelle ; surveillance attentive et traitement immédiat du moindre symptôme de diarrhée.

Prendre le matin du thé, du café, du vin de quinquina avant de monter sur le pont ; avoir une quantité suffisante de lits bien aérés.

Prévenir la communication avec tout bâtiment ou toute localité infectés ; s'abstenir de fruits verts, d'excès de toutes sortes ; ne pas s'exposer à l'air de la nuit, à l'humidité ou aux rayons solaires en plein midi ; éviter les fatigues excessives, spécialement au soleil, les longs jeûnes et l'exposition aux froids subits.

Pour M. Babington, le fait capital c'est la grande disproportion pour ce qui concerne la susceptivité à prendre le choléra entre les officiers et les hommes qui étaient sous leurs ordres.

Dans la mer Noire, sur 884 officiers, 5 seulement ont été atteints par la maladie, et, parmi ceux-ci, un canonnier et un contre-maître, dont les allures et les habitudes se rapprochent plus de celles des marins que de celles des officiers de l'état-major.

Cela fournit une proportion de 1, sur 157. Pour l'équipage sur 11,488, il y a eu 705 cas, soit 1 sur 16,29.

Maintenant, si l'on considère que, pour les officiers et les matelots, vivant pêle-mêle sur le même vaisseau, soumis aux mêmes influences atmosphériques, aux mêmes émanations, les causes excitantes ont dû agir d'une manière identique ou à peu près identique, on est forcé d'attribuer la disproportion sus-énoncée aux causes prédisposantes et plus spécialement à celles que l'on peut prévenir.

La proportion des décès aux attaques est plus élevée chez les officiers, puisque sur 5 cas, 4 sont morts ; mais doit-on tirer une conclusion bien précise de 5 observations ?

Parmi l'équipage, la proportion des décès aux attaques est de 1 à 1,8. (Dans la mer Baltique, elle a été de 1 à 2,88.)

En comparant les matelots dont les devoirs et les occupations diffèrent beaucoup de ceux des soldats de marine, nous trouvons que la proportion est 2,353 soldats de marine sur 8,945 matelots, soit de 1 à 3,8.

Le nombre des attaques a été, pour les premiers, de 193, soit 1 sur 12,19 ; pour les seconds, de 502, soit un 1 sur 16,29.

La proportion des décès aux attaques parmi les soldats de marine a été de 1 à 1,6. La maladie s'est montrée cependant chez eux un peu moins fatale, et notablement moins fréquente.

Il est à regretter qu'une pareille étude comparative n'ait pas été entreprise pour les mécaniciens et les chauffeurs.

Parmi les mesures préventives, celles que le docteur Babington considère avec la grande majorité des médecins comme capitale, c'est le changement de localité. Elle a eu un succès évident sur plusieurs vaisseaux, et ceux qui pensent que la cause excitante du choléra réside dans l'atmosphère, regardent cette circonstance comme éminemment favorable à leur manière de voir, à leur croyance.

(*La suite prochainement.*) Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

---

laissé la question dans mon dernier travail, dont voici textuellement les conclusions :

1º J'apporte un cas évident d'angine gangréneuse, pure et primitive, indépendante de toute autre espèce morbide admise en nosologie.

2º Cette angine gangréneuse, développée sur un sujet jeune et bien portant, au milieu d'une épidémie d'angines graves (1855), doit être, selon toute vraisemblance, rapportée à l'influence épidémique régnante.

3º Si les faits observés à cette époque ont été englobés sous le titre d'angines couenneuses, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas ont été compliqués de gangrène ; seulement, cette complication est passée inaperçue. Notre deuxième observation offre un cas de ce genre, et peut servir à établir l'étroite parenté qui existe entre toutes ces angines, nées sous l'empire de la même constitution médicale.

4º Chez nos deux malades, la mort s'est produite de la même manière ; non par une lésion organique déterminée, mais par le fait de l'empoisonnement général, et au milieu des symptômes de la plus profonde adynamie.

5º Puisque, la nature de l'affection restant la même, les manifestations locales peuvent être si diverses, il ne serait pas rationnel de définir les angines graves par une seule de leurs expressions symptomatiques, alors même qu'elle serait la plus fréquente. Les formes anatomiques ne peuvent servir qu'à établir des variétés dans l'espèce, mais, pour réunir sous une dénomination univoque ces angines épidémiques graves soit diphthéritiques, soit sphacélo-diphthéritiques, soit gangréneuses, il faut n'avoir égard qu'au caractère constant, et les désigner, avec les anciens et quelques modernes, sous le titre d'*angines malignes*.

6º Réunir en une seule espèce, d'après l'ensemble de leurs affinités, plusieurs formes morbides qu'on serait tenté de maintenir séparées d'après la considération systématique d'un seul caractère, c'est faire une application de la méthode naturelle à la nosologie. En poursuivant cette application dans l'étude des angines couenneuses, telles qu'on les admet actuellement, on arriverait à les subdiviser en un grand nombre d'espèces parmi lesquelles se trouvent celles que nous proposons de nommer *herpétiforme* et *érysipélateuse*.

7º La diphthérite, dans l'acception vague où on l'entend aujourd'hui, devient synonyme de phlegmasie tégumentaire avec exsudation plastique ; ainsi comprise, cette expression s'applique aux cas pathologiques les plus disparates.

En lui donnant un sens plus restreint, en lui faisant signifier simplement cette tendance générale de l'économie à produire des fausses membranes sur tout les points des muqueuses ou de la peau qui deviennent le siége d'un travail inflammatoire, la diphthérite reste plus semblable à elle-même ; mais elle ne paraît pas constituer encore une entité, une seule espèce nosologique. Cette dyscrasie se présenterait plutôt comme un élément morbide commun à plusieurs maladies, très distinctes d'ailleurs, au point de vue de la nature et des autres caractères.

8º Une conséquence pratique découle de ces remarques, c'est que les angines malignes, dues à un poison septique qui déprime les forces vitales, réclament toutes l'emploi des toniques et même des stimulants. Tel doit être, en effet, le fond du traitement, sauf les contre-indications tirées momentanément de l'état local ou général ; mais, à cette médication, s'ajouteront des moyens spéciaux, internes ou topiques, variables selon les cas et appropriés à chacune des formes de l'affection.

Dans le cours du mémoire, faisant à l'angine couenneuse commune l'application de ces idées, je m'exprimais ainsi :

« MM. Bretonneau et Trousseau ont décrit sous ce titre, comme forme ordinaire, une affection qu'il m'a été donné de rencontrer plusieurs fois à Paris, et à laquelle je voudrais assigner une place parmi les maladies dérivant de l'action du froid, combinée ou non à d'autres conditions pathogéniques, voici ce que j'ai observé. A la suite d'un refroidissement, un sujet est pris de malaise, de courbature, puis d'une fièvre quelquefois assez intense, ainsi que d'un mal de gorge ; les deux amygdales sont tuméfiées, rouges, et ne tardent pas à présenter des surfaces circulaires ou irrégulièrement configurées, semblables à des ulcérations superficielles couvertes d'une exsudation plastique grisâtre ou jaunâtre ; souvent cette dernière lésion est unilatérale. En même temps, il apparaît sur les lèvres une éruption d'herpès ordinairement groupée en grande partie vers l'une des commissures. Tel est aussi le type consacré par la description classique. Eh bien, dans mon opinion, ces ulcérations tonsillaires doivent être considérées comme de l'*herpès labialis* sur une surface muqueuse. Un dernier cas de ce genre, dont je viens d'être témoin, prouverait au besoin cette identité de nature, car des ulcérations diphthéritiques, analogues à celles des amygdales, étaient disséminées sur le pilier antérieur du voile palatin et un peu sur le voisinage du palais. De plus, chose digne de remarque, l'herpès labialis prédominait justement du même côté.

» Quelques personnes m'opposeront sans doute la différence d'aspect que présentent ces surfaces couenneuses par rapport à l'éruption vésiculeuse des lèvres. A cette objection j'ai répondu d'avance dans un autre travail, quand je dis, à propos des syphilides (1) : « Oui, les éruptions caractérisées à la manière de celles de » la peau cessent d'être observées dans la profondeur des cavités » muqueuses, mais il y a de cela une raison anatomique fort » simple : c'est que l'épithélium y devient si caduc, si délicat alors » même qu'il serait persistant, qu'aucune des formes élémentaires » de la classification de Willan ne saurait exister avec ces caractères connus, si la présence de la couche épidermique est indispensable à sa constitution. Ainsi on ne peut pas s'attendre à » rencontrer l'herpès ou l'ecthyma dans la cavité stomacale : on » n'en trouvera que les représentants, sous forme d'érosions circulaires, semblables à ce qu'on désigne ailleurs sous le nom » d'*aphthes ;* car les aphthes sont des vésicules ou des pustules, » moins l'enveloppe épithéliale. »

» Et plus loin :

« Mais ce qui peut exister sur les muqueuses aussi bien que » sur le tégument externe, c'est l'injection vasculaire circonscrite » et sans élevure notable, c'est-à-dire la roséole ou l'érythème ; » avec élevure, c'est-à-dire la papule ou l'urticaire ; ce sont encore » les érosions diverses de forme, de profondeur et d'aspect qui, » comme je le disais il n'y a qu'un instant, correspondent à la » syphilide vésiculeuse ou pustuleuse. »

» Ces remarques s'appliquent parfaitement aux angines couenneuses. Je me crois autorisé à soutenir que, dans ces cas, les surfaces diphthéritiques de la gorge sont la répétition des groupes d'herpès labialis, et en vertu de cette assimilation, à désigner provisoirement cette forme d'inflammation exsudative sous le nom d'*angine herpétiforme.* »

Cette identité de nature entre la lésion herpétique des lèvres et la lésion ulcéro-couenneuse des amygdales dans tous les cas analogues me semble si facile à saisir, que j'avais peine à comprendre qu'elle eût échappé aux hommes éminents qui se sont le plus occupés de l'étude des angines. Cependant, M. Bretonneau n'en dit rien dans son *Traité de la diphthérite* et se contente de mentionner la coïncidence en ces termes : « Souvent, dit-il, l'*herpès labialis* de Willan se montre au pourtour de la bouche ou à l'orifice » des narines en même temps que l'érosion couenneuse occupe la » surface de l'une des amygdales (1). »

Plus loin, l'illustre médecin de Tours esquissant à grands traits les caractères de cette affection, dit encore : « Souvent une légère » éruption herpétique se montre au voisinage des lèvres (2). » Mais il n'ajoute rien qui puisse faire pressentir l'identité absolue que j'admets entre les deux lésions anatomiques. J'ignorais que M. Trousseau eût été plus explicite sur ce point lorsque je rédigeai mon mémoire sur l'angine maligne. Mais, je me plais à le reconnaître, l'éloquent professeur avait déjà dans ses leçons cliniques (3) formulé catégoriquement l'opinion à laquelle je suis arrivé de mon côté par l'observation des faits et par les vues qui m'ont fait admettre depuis bientôt douze ans l'existence de l'érysipèle interne (4).

Avant de connaître la manière de voir de M. Trousseau et avant toute recherche bibliographique, ce n'était pas sans une certaine réserve que j'imposais une dénomination nouvelle à une maladie connue. Aujourd'hui, fort de plusieurs autorités, je n'hésite plus à lui donner un nom qui rappelle mieux sa nature, celui d'*herpès guttural.* J'avais d'abord appliqué à cette angine spéciale l'épithète *herpétiforme*, espérant faire comprendre, de la sorte, que je l'assimilais à l'herpès cutané ; mais ce mot hybride mérite d'être critiqué au point de vue grammatical, de plus, il ne rend pas exactement ma pensée (5). Ce n'est pas d'une altération en forme d'herpès qu'il s'agit, c'est à l'herpès lui-même que nous avons affaire, à l'herpès interne, c'est-à-dire occupant une membrane muqueuse. J'aurais voulu, dès l'abord, dire *angine herpétique,* j'ai été retenu par la crainte d'établir entre deux faits différents une confusion toujours regrettable. L'adjectif *herpétique* semble prendre actuellement un sens assez bien défini et s'emploie par euphémie pour qualifier les affections dérivées de ce qu'on appelle vulgairement le vice dartreux. Toute réflexion faite, ce motif ne me paraît pas suffisant pour me priver d'un mot juste et conforme à la syntaxe ; néanmoins, j'éviterai de l'employer habituellement et j'aurai plus souvent recours à l'expression d'*herpès guttural* (6). Cette expression ne renferme pas tout à fait un paradoxe, et j'ai la satisfaction de voir que l'idée qu'elle représente se trouve en germe dans la tradition médicale.

En effet, non seulement l'apparition de l'herpès labialis a été fréquemment indiquée dans le cours de diverses affections internes, mais beaucoup de médecins l'ont vue coïncider avec les angines. M. Rayer remarque en outre, à l'occasion de la fièvre intermittente, que tous les auteurs ont parlé des aphtes ou des vésicules dans la bouche qui l'accompagnent ou la précèdent. « J'ai vu, ajoute-t-il, l'*herpès labialis* développé dans cette cavité et sur la voûte palatine, accompagné de gêne dans la déglutition, de douleurs à l'épigastre, de rapports, de nausées, etc. » Ainsi le savant dermatologue avait déjà saisi l'identité de nature qui rattache l'herpès externe aux lésions vésiculaires ou aphtheuses de la muqueuse buccale. C'était un grand pas fait vers la connaissance de l'angine herpétique. M. Bretonneau, en notant plus spécialement la coïncidence de l'herpès labialis avec une forme particulière d'angine, l'angine couenneuse commune, facilitait encore la solution de la question, sans toutefois la donner lui-même, au moins dans son *Traité de la diphthérite.* Plus tard, il professa cependant la similitude des deux lésions, et M. Trousseau fut ainsi tout naturellement amené à dire que l'angine couenneuse commune était un herpès du pharynx. C'est la même conception que je développe en ce moment après l'avoir formulée à l'occasion de l'angine maligne. J'y avais été conduit, de mon côté, par l'analyse attentive des faits et par mes vues générales en nosologie ; mes lectures sont venues en dernier lieu, mais ç'a été pour moi une véritable satisfaction de découvrir quelques ancêtres à cette idée philosophique.

Non content d'interroger les auteurs modernes, j'ai voulu retrouver dans des ouvrages plus anciens les origines de l'opinion que l'herpès peut attaquer les cavités muqueuses, et comme je supposais que les lésions dues à l'herpès devaient avoir été confondues avec beaucoup d'autres sous le nom d'aphthes, j'ai cherché sous cette rubrique des remarques confirmatives de la manière de voir que je soutiens, mais je n'ai trouvé rien de précis, et je suis réduit à borner ici cette brève indication historique pour passer à l'exposition des faits.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces ;* in *Gazette hebdomadaire* et *Mémoires de la Société de biologie*, 1851.

(1) *Traité de la diphthérite,* page 261.

(2) *Loc. cit.*, page 373.

(3) *Gazette des hôpitaux,* page 398, 1855.

(4) J'étais donc disposé à rapporter cette idée neuve à M. Trousseau, mais le savant professeur, présent à la lecture de ce travail, a déclaré, devant la Société médicale des hôpitaux, qu'il la tenait lui-même de son illustre maître, M. Bretonneau, à qui l'honneur doit en revenir.

(5) Le mot *herpétoïde*, plus régulièrement construit, eût rendu l'erreur plus inévitable encore, car il signifie clairement que la chose dont on parle n'a qu'une analogie plus ou moins éloignée avec l'herpès. Au reste, il est à regretter que l'*herpès labialis*, si spécial par sa nature, soit confondu sous une dénomination commune avec toutes les autres lésions cutanées de même forme. On sent encore ici le vice d'une nomenclature purement anatomique.

(6) D'ailleurs, si l'on tient absolument à éliminer le mot *dartre* du langage scientifique et à le remplacer par un autre moins intelligible pour le vulgaire, en voici le moyen. L'affection cutanée d'où nous vient le mot *herpès* a été désignée en grec par deux noms différents ; l'un d'eux, ἑρπηδών, pourrait servir de radical à un substantif et à un adjectif (*herpédonisme, herpédonique*) dont l'emploi n'aurait aucun inconvénient pour exprimer le vice dartreux et qualifier les symptômes auxquels il donne naissance.

PATHOLOGIE.

DE LA FOLIE SYMPATHIQUE.

De toutes les questions sur lesquelles s'exerce la sagacité des aliénistes, aucune n'est plus obscure et ne présente des difficultés plus grandes que la folie sympathique ; j'ajoute qu'aucune, de nos jours, n'est moins étudiée. En veut-on la preuve ? La Société médico-psychologique a consacré, il y a quelques mois, quatre de ses séances à l'examen de ce point de science, et elle a dû, non déclarer son incompétence, mais confesser qu'elle n'était pas suffisamment préparée et ajourner la discussion.

Ce débat avait été soulevé par le mémoire (1) de M. le docteur Ch. Loiseau, ex-interne des hôpitaux de Paris et de la Maison nationale de Charenton ; mémoire remarquable qui peut être considéré comme la monographie consciencieuse et complète de la folie sympathique, et dont je demande aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE, la permission de les entretenir.

M. Ch. Loiseau, comme tous les esprits sérieux, comme tous ceux qui écrivent « *non ad narrandum, sed ad probandum* » indique exactement le but qu'il se propose, et, après avoir déterminé son point de départ avec soin, il précise, autant que cela est possible dans l'état actuel de la science, la signification des termes dont il se sert. Le lecteur, de cette façon, est prévenu dès les premiers pas ; il sait d'où il vient, où il va, et c'est à lui de voir s'il lui convient d'accepter pour guide l'auteur qui lui expose ainsi son itinéraire, loyalement et par avance.

« L'étude de la folie sympathique, dit M. Ch. Loiseau, appartient surtout à l'étiologie de la folie. La nature et le siége réel de cette maladie ne se déplacent pas. La folie est nécessairement une maladie du cerveau, organe de l'intelligence : c'est une vérité que les progrès de la physiologie ne peuvent que confirmer. Les symptômes essentiels de la folie, délire avec toutes ses variétés, lésions de la sensibilité, insomnie, céphalalgie, troubles sensoriels, etc., tout concourt à démontrer que le cerveau est l'organe malade. Qu'une cause générale interne ait déterminé le mal ou qu'il ait été produit par une cause morale ou une lésion locale extra-cérébrale, il est toujours vrai de dire que le siége de la folie est dans l'encéphale. »

« Je n'ai voulu, ajoute-t-il, considérer dans ce travail que l'aliénation mentale sympathique, c'est-à-dire développée sous l'influence d'une affection locale, et conservant le plus souvent un parallélisme évident avec la lésion organique primitive. »

Avant d'aller plus loin, l'auteur se demande ce qu'on doit entendre par sympathies, et il consacre tout un chapitre à ce sujet si obscur. « Je définirai, dit-il, sous le nom de sympathies, d'une part, cette dépendance mutuelle qui existe entre toutes les parties de l'organisme, et qui se montre plus étroite entre certains organes et certains appareils, et, d'autre part, cette solidarité spéciale que l'on remarque dans certains états pathologiques ou dans certaines idiosyncrasies. » Il écarte des sympathies les phénomènes que Barthez a rangés dans son ordre des *synergies*, c'est-à-dire ceux qui résultent du concours d'actions simultanées ou successives de divers organes pour l'accomplissement d'une même fonction. Il réserve le nom de sympathies à ces irradiations nerveuses qui ont lieu entre des organes plus ou moins éloignés, sans que les parties intermédiaires éprouvent aucune sensation, aucune commotion ; puis, après avoir soumis à une discussion rapide la théorie de Hunter, sur les sympathies (adoptée par M. Chomel), et répudié les sympathies de tissu auxquelles Bichat faisait jouer un si grand rôle, il cite des exemples de sympathies, selon lui, incontestables. Ainsi, les vomissements que provoque la lésion de la sclérotique dans l'opération de la cataracte par abaissement, les convulsions ou les vomissements causés par le chatouillement chez les personnes extrêmement irritables, le gonflement des seins

(1) J.-B. Baillière et fils, 1856. In-4°.

à l'époque des règles, l'érection du mamelon, produite par la sensation voluptueuse du coït, l'influence exercée par la stimulation de la peau sur les organes de la génération, les convulsions de la dentition, l'action remarquable que le développement ou l'absence du testicule exerce s r les organes de la voix. Il énumère ensuite, d'après Cabanis, les différents foyers de sensibilité qui ont avec le cerveau les sympathies les plus vives et les plus multipliées; et il termine ce chapitre par l'historique, savamment tracé, des sympathies, depuis l'antiquité jusqu'à nous.

J'ai dit tout à l'heure que M. le docteur Loiseau était un esprit sévère; les derniers mots du chapitre dont je parle suffiraient à le prouver. Je transcris: « Ce mot de sympathie, écrit-il, n'est à vrai dire qu'une abstraction, une pure création de l'esprit. Comme les mots d'attraction, d'affinité, de force vitale: c'est une dénomination métaphysique qui n'a pour but que de nous indiquer d'une manière abréviative les propriétés de la matière. Ce n'est, comme l'a dit Bichat, qu'un mot heureux qui sert de voile à notre ignorance sur le rapport des organes les uns avec les autres. »

Selon la remarque de M. Ch. Loiseau, on a confondu sous le nom de folie ou d'aliénation mentale, plusieurs groupes bien distincts de maladies cérébrales apyrétiques, qui ont pour symptômes communs des désordres de l'intelligence et de la volonté. Sous ce nom générique viennent se ranger des espèces multiples et très différentes aux yeux du nosologiste: des vices de conformation, des arrêts de développement, des modifications organiques profondes, des inflammations franches, de simples névroses, etc.; faudra-t-il appliquer à tous ces groupes ce qui convient à l'un d'eux seulement? Et l'étiologie, la marche, la durée, le traitement, ne différeront-ils pas pour chacun, comme diffère leur nature intime? M. Loiseau se donne bien garde de rester dans cette incertitude, et il s'efforce, en circonscrivant son sujet, de le soustraire au vague des interprétations.

« Le nom de folie, dit-il, devrait être réservé aux névroses intellectuelles, à la manie et au délire partiel avec toutes leurs variétés. De mes études propres et des recherches auxquelles je me suis livré, il me semble résulter que c'est surtout la folie névrose qui peut être causée et entretenue par des actions sympathiques..... La démence, qui est le résultat d'une modification organique plus profonde du cerveau, ne me paraît pas pouvoir être déterminée sympathiquement; elle peut succéder à une névrose sympathique plus ou moins prolongée. Quant à l'inflammation cérébrale proprement dite, je n'ai pu recueillir de faits bien positifs, ni dans les auteurs, ni dans le service des hommes à la Maison de Charenton, où l'on a des occasions si fréquentes d'observer la méningo-périencéphalite. »

C'est donc aux névroses intellectuelles qu'il faudra rapporter tout ce que l'auteur dira ultérieurement touchant la folie sympathique.

Une fois ce point bien arrêté, M. Ch. Loiseau fait l'histoire de la folie sympathique, à partir d'Homère jusqu'à Georget. Ce chapitre, très curieux au point de vue de l'érudition, ne nous apprend rien de positif, relativement au sujet en lui-même; mais il nous apprend, à n'en plus douter, que M. Loiseau possède à fond la connaissance de tous les auteurs qui ont traité, de près ou de loin, la question dont il s'occupe.

Georget est, de tous les aliénistes modernes, celui qui a fait les plus fortes objections à l'existence de la folie par *consensus;* aussi, est-ce lui que M. Ch. Loiseau prend à partie dans le chapitre suivant, et c'est en ruinant un à un tous ses arguments qu'il donne une grande force à sa propre opinion, s'il ne la fait pas prévaloir absolument.

Je n'ai pas l'intention de suivre l'auteur dans cette discussion; je veux dire seulement qu'il revient ici, pour la spécifier davantage, sur la définition qu'il a donnée de la folie sympathique: « J'appellerai, dit-il, folie sympathique, celle qui est déterminée par l'influence d'un état organique quelconque ou d'un trouble fonctionnel, de sorte qu'il y ait parallélisme entre les deux siéges avec réaction réciproque. » Je veux citer aussi un des passages de cette discussion, qui m'a paru renfermer une observation profonde de philosophie sociale, si je puis ainsi dire: « Quand on voit, dit M. Ch. Loiseau, le désordre mental suivre la marche de l'affection organique, comme l'ombre suit le corps, il faut bien reconnaître que la névrose intellectuelle est sympathique de la maladie organique primitive. Et l'on ne peut pas objecter, avec Georget, que, dans ces cas, le cerveau a été primitivement ébranlé par une forte commotion morale; des faits bien étudiés démontrent qu'il n'en est pas toujours ainsi... On est beaucoup trop tenté, comme le faisait observer M. Trélat, de prendre presque au hasard, dans cet immense océan de déceptions, de chagrins et de tourments de toute sorte où s'agite l'espèce humaine, une cause qui puisse expliquer la perte de la raison. »

Enfin, pour terminer cette discussion, l'auteur, s'appuyant sur l'autorité de M. Moreau (de Tours), fait voir que la principale objection de Georget, à savoir, la distinction qu'il établit entre la folie et le délire, objection si souvent reproduite depuis, n'est pas aussi fermement fondée qu'elle le paraît. « Comme M. Moreau (de Tours) l'a établi dans son mémoire sur la folie, au point de vue pathologique et anatomo-pathologique, les troubles fonctionnels du cerveau se confondent à leur origine, *in radice conveniunt,* suivant l'expression de J. Frank; l'absence de réaction fébrile, l'état chronique, ne suffisent pas pour établir entre le délire aigu et la folie une distinction absolue. Cependant, ajoute M. Loiseau, pour ne pas trop m'écarter de la classification admise, je n'aurai égard, dans ce travail, qu'à la folie névrose proprement dite, ou délire chronique apyrétique. »

Entrant alors, dans le cœur même de son sujet, M. Ch. Loiseau fait le dénombrement, par paragraphes, de toutes les affections qui, pour chaque organe, peuvent susciter des troubles cérébraux; et il appuie, par des observations empruntées à ses prédécesseurs ou tirées de ses propres souvenirs, cette méthodique énumération; je ne le suivrai pas sur ce terrain, cela m'entraînerait trop loin.

Le traitement de la folie sympathique est indiqué seulement en termes généraux. Il n'en saurait être autrement, et l'on conçoit que ce traitement sera, dans tous les cas, étiologique avant tout, c'est-à-dire qu'il sera d'abord dirigé contre le point de départ de l'irradiation morbide. La névrose cérébrale ne devra pas être complétement négligée cependant, et l'on dirigera contre elle les moyens appropriés.

Le pronostic est plus favorable dans la folie sympathique que dans la folie idiopathique, à moins que la lésion extrà-cérébrale ne soit elle-même au-dessus des ressources de l'art.

Le mémoire de M. Ch. Loiseau se termine par seize observations extrêmement intéressantes de folie sympathique causée par des lésions diverses. On me permettra d'en citer une seule qui laisse peu de doutes sur l'existence de l'affection dont il s'agit.

Une jeune dame eut, pendant une première grossesse, un accès d'aliénation mentale qui guérit peu de temps après son accouchement. Dix ans après, elle devint folle de nouveau, et l'on crut encore qu'elle était enceinte. Dans l'incertitude de la nouvelle grossesse, on consulta Boyer; ce chirurgien annonça la présence d'un polype dans l'utérus. Il fut enlevé; l'aliénation mentale cessa aussitôt.

En commençant cette trop rapide analyse, j'ai rappelé que le travail de M. Loiseau avait été l'occasion d'une longue et importante discussion sur la folie sympathique, au sein de la Société médico-psychologique; c'est dire que les faits contenus dans ce mémoire n'ont point paru sans réplique aux honorables membres de la Société; et, en effet, de l'aveu même de l'auteur, il reste encore bien des points obscurs à élucider au sujet de cette délicate et importante question. Les plus exigeants d'entre les contradicteurs de M. Loiseau, se sont plu, d'ailleurs, à rendre justice aux qualités qui distinguent ce travail; tous ont reconnu qu'eu égard à nos connaissances actuelles, il était impossible de mieux faire, sinon de faire aussi bien.

Pour ma part, et sans prétendre toucher au fond même du débat, je trouve que le mémoire de M. Ch. Loiseau a été conçu et traité dans un excellent esprit et avec une méthode parfaite. Complet sous le rapport bibliographique, rempli d'observations et d'exemples puisés dans une large pratique, remarquable au point de vue théorique, en ce sens surtout que l'auteur ne prend pas pour des réalités incontestables les hypothèses, quelqu'ingénieuses qu'elles soient, ce mémoire restera comme le meilleur traité que nous ayons sur la folie sympathique, et il ne sera dorénavant permis à personne d'aborder ce sujet sans compter avec M. Ch. Loiseau.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Janvier 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Correspondance officielle :

M. le ministre du commerce transmet :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Gironde pendant l'année 1856. (Com. des épidémies.)

— Une demande d'avis sur une proposition du docteur AULAGNIER, médecin principal des armées, relative à l'application pratique de la substance glaireuse contenue dans les eaux minérales sulfureuses. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. BARUDE, médecin militaire de Lyon, relative à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des blennorrhagies aiguës et chroniques.

— Une note sur le benzoate et le silicate de soude, par M. Joseph BONJEAN, pharmacien à Chambéry. (Com. MM. Ségalas et Guibourt.)

— Un pli cacheté, adressé à l'Académie par M. le docteur Alexandre MAYER. (Ce dépôt est accepté.)

M. LE PRÉSIDENT se lève et dit : Messieurs, je crois qu'il est de mon devoir de remercier l'Académie, dont les suffrages presque unanimes m'ont appelé à ce fauteuil. Cette unanimité a une signification sans doute, et je ne m'y suis pas trompé : vous vous êtes souvenu de la Faculté de médecine, et c'est la mémoire du cœur qui vous a fait déposer vos votes dans l'urne. Vous vous êtes souvenu aussi que mon père a été l'un des premiers présidents de cette assemblée, et c'est pour l'honorer que vous avez élevé son fils à la même dignité; cette pensée m'enhardit et m'encourage, car elle m'assure que, dans les fonctions quelquefois difficiles qui me sont confiées, votre indulgence et vos sympathies me sont acquises d'avance.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remercîments aux membres sortants du Bureau, à M. Michel Lévy et à M. Depaul, qui ont rempli leurs fonctions de président et de secrétaire annuel d'une manière si éminente.

Je dois ajouter que votre nouveau Bureau a été reçu, à l'occasion du jour de l'an, par S. M. l'Empereur, dans les formes et avec le cérémonial accoutumés. Nous avons recruté, chemin faisant, un académicien libre, qui, aux Tuileries, est bien près de chez lui, et qui, en se mêlant à nous, a voulu non seulement rendre honneur à l'Empereur avec l'Académie, mais aussi rendre honneur à l'Académie, et c'est pour cela que je vous signale ce fait.

La veille, le Bureau avait été reçu par M. le ministre de l'instruction publique, et je ne saurais vous exprimer combien M. le ministre a paru s'intéresser à tout ce qui concerne l'Académie.

Ainsi que l'année dernière, il a été question du budget de l'Académie, et comme votre président parlait de ses espérances de voir bientôt ce budget de l'Académie débarrassé des réductions qui lui ont été imposées à une autre époque, M. le ministre a bien voulu nous assurer qu'il ne s'agissait pas d'espérances, mais de la certitude de restituer, aussitôt que cela serait possible, son budget entier à l'Académie, c'est-à-dire aussitôt que le budget de l'instruction publique sera arrêté.

La parole est à M. Marie.

M. MARIE donne lecture d'un mémoire *sur la possibilité d'enlever les polypes fibreux de la matrice avec la totalité de leur pédicule.*

L'auteur décrit ainsi son procédé : « introduction d'un spéculum bivalve, saisie du polype par la pince de Museux, abaissement, section circulaire du fourreau stipal aussi haut que possible; éradication par tractions obliques, rompant, de la circonférence au centre, les fibrilles d'attache interne, tandis que l'ongle froncera en la repoussant la portion vivante de la gaîne.

C'est ce que l'auteur appelle l'éradication du pédicule décortiqué. (Comm. MM. Dubois, Huguier et Depaul.)

M. H. BUIGNET lit une note *sur le cyanure de potassium et de cuivre,* suivie de l'*indication d'un procédé nouveau pour doser l'acide cyanhydrique dans les liquides qui le renferment.*

Le procédé de M. Buignet est fondé sur les affinités comparées du cyanure de potassium et de l'ammoniaque à l'égard du cuivre; le jeu de ces affinités constitue un excellent moyen d'analyse quantitative. « Supposons un liquide quelconque, une eau distillée, par exemple, renfermant une petite quantité d'acide cyanhydrique, telle que celle de laurier-cerise et d'amandes amères, si on ajoute à ce liquide un excès d'ammoniaque, il est bien certain qu'une partie de l'alcali va saturer l'acide libre, pour former avec lui du cyanhydrate d'ammoniaque, tandis que l'autre va demeurer au sein de la liqueur, conservant tous les caractères qui lui appartiennent dans son état de liberté. Si on ajoute alors à ce liquide complexe une solution normale et titrée de sulfate de cuivre, on verra se produire deux actions essentiellement distinctes : la première, caractérisée par la formation du cyanure double d'ammoniaque et de cuivre, aura pour effet de décolorer la solution, à mesure qu'elle tombera dans la liqueur; la seconde, caractérisée par la formation du sulfate de cuivre ammoniacal, aura pour résultat contraire, d'exalter la couleur de cette solution en y produisant le *bleu céleste.* On aura donc une démarcation très nette et très tranchée entre ces deux actions, et comme celle qui se rapporte à l'ammoniaque libre, ne pourra commencer à se manifester que quand l'autre se sera complétement épuisée, on comprend que l'apparition du bleu céleste, et sa permanence par l'agitation, constituera un excellent terme pour la mesure de l'acide cyanhydrique contenu dans le liquide éprouvé. » (Comm. MM. Poggiale, Chatin et Boudet.)

M. le docteur DOUMERC présente à l'Académie *un placenta provenant d'une femme primipare, ayant offert trois produits de la conception dont un seul venu vivant.* (Comm. MM. Danyau, Cazeaux et Depaul.)

M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

La séance est levée à quatre heures.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 3. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 9 Janvier 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie a renouvelé son bureau lundi dernier. M. Despretz, vice-président en 1857, s'est assis au fauteuil qu'abandonnait M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, président sortant. Cette succession est de droit. On a ensuite procédé à l'élection d'un vice-président pour 1858. Sur 56 bulletins déposés dans l'urne, M. de Sénarmont a obtenu 39 suffrages; M. Pelouze, 12; M. Milne-Edwards, 2; MM. Duméril, Dumas, Coste, chacun 1; en conséquence, M. de Sénarmont a été proclamé vice-président. L'Académie sera présidée par lui en 1859.

M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, avant de descendre du fauteuil, a, selon l'usage, fait connaître le mouvement des publications de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler. Aucun volume nouveau des mémoires de l'Académie n'a paru en 1857, mais plusieurs sont en mains et paraîtront prochainement.

Les *Comptes-rendus* hebdomadaires que publient MM. les Secrétaires perpétuels ont paru chaque semaine avec leur régularité accoutumée, et la dernière livraison de décembre complète le 45e volume.

Le tableau annuel du mouvement du personnel de l'Académie a été également présenté à ses collègues par M. le Président sortant, qui a énuméré, d'une part, les noms des membres que l'Académie a eu la douleur de perdre; et, d'autre part, les noms des membres élus dans le cours de l'année 1857. Il résulte de la comparaison de ces deux listes, qu'il reste à élire deux membres titulaires, en remplacement de M. Cauchy et de M. Largeteau; et neuf membres correspondants.

M. Flourens a fait hommage à l'Académie d'un livre qu'il vient de publier et qui a pour titre : *De la vie et de l'intelligence*.

M. Élie de Beaumont, a mentionné, parmi les pièces de la correspondance, une réclamation de M. Sédillot, de Strasbourg, contre M. Boinet, à props du traitement des épanchements thoraciques. M. Velpeau demandait que la note de M. Sédillot fût lue tout entière par M. le secrétaire perpétuel, qui s'est excusé sur le peu d'intérêt qu'offriraient à la majorité des membres présents, les détails techniques assez longs dans lesquels entre l'auteur. La réclamation de M. Sédillot sera insérée *in extenso* dans les comptes-rendus, où M. Velpeau pourra en prendre connaissance.

M. le docteur Camille Allard a adressé un ouvrage intitulé : *Mission médicale dans la Tatarie-Dobrutcha*. Dans ce livre, l'auteur s'est proposé de démontrer, à l'aide de documents nouveaux, embrassant à la fois la géographie, la géologie, la climatologie, la météorologie, l'ethnologie et la pathologie de cette contrée, qu'elle ne mérite pas la terrible réputation qu'on lui a faite, et qu'elle offre, au contraire, de bonnes conditions d'hygiène et de salubrité.

M. de Humboldt a fait hommage à l'Académie du quatrième volume du *Cosmos*.

L'auteur de la note lue, dans la précédente séance, par M. Cloquet et relative à l'efficacité de la camomille romaine dans les suppurations graves est M. Ozanam.

Une autre note, sur le diapazon naturel, avait été mentionnée dans la même séance. Celle-ci est due à M. Jobard, de Bruxelles, qui affirme que les personnes, normalement organisées, n'ont qu'à secouer brusquement la tête pour faire tinter aussitôt le *la*, dans leurs propres oreilles. L'honneur de cette observation est rapporté par M. Jobard à M. Cagniard Latour, mais le très spirituel directeur de l'École des arts et métiers du Brabant, l'explique par le jeu physiologique des muscles et des osselets de l'oreille interne les uns sur les autres, et il en tire, selon sa coutume, toutes sortes de conséquences extrà-ingénieuses.

Dans notre dernier *Bulletin*, nous avons dit qu'un travail sur les contractions péristaltiques du tube digestif et de l'utérus sous l'influence de la chaleur, avait été adressé à l'Académie. L'auteur de ce travail est M. le docteur Calliburcès. A l'aide d'un appareil très simple, de son invention, et d'expériences habilement instituées, il a pu établir que le calorique produit directement les mouvements péristaltiques et des contractions dans des intestins, dans des utérus soustraits à l'influence de leurs stimulants habituels. De plus, il a déterminé approximativement les limites de température entre lesquelles commence et cesse le phénomène, ainsi que diverses autres conditions nécessaires à sa production. Ainsi, sur les chiens, les chats, les lapins et les cochons d'Inde qui ont servi à ses expériences, M. Calliburcès, a vu que la limite de température nécessaire pour faire renaître les mouvements péristaltiques lorsqu'ils ont récemment disparu, varie entre 19 et 25°; entre 35 et 50° environ, les mouvements péristaltiques cessent après être devenus très faibles. L'estomac, distendu par des aliments qui offrent une certaine consistance, ne montre aucun mouvement sous l'action de la chaleur; il en est de même des anses intestinales distendues par de l'air, du gaz, ou un liquide et comprises entre deux ligatures. L'utérus, exposé à l'action de la chaleur sèche ou humide, l'utérus, en gestation ou non (des chiennes, des chattes, des lapines), devient le siége de contractions très énergiques, qu'il soit ou non séparé de l'animal. Dans certains cas, ces contractions sont assez fortes pour provoquer l'expulsion d'un ou de deux embryons.

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET SUR L'OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE;

Lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ad. GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voir le numéro du 7 novembre 1857.)

OBS. I. — *Herpès guttural (angine couenneuse commune) avec tuméfaction œdémateuse énorme de toutes les parties de l'isthme, chez un sujet atteint de maladie de Bright. — Prédominance de la lésion sur l'amygdale gauche, coïncidant avec deux groupes d'herpès sur la commissure labiale correspondante.*

(Observation recueillie par M. SECOND-FÉRÉOL).

Le 8 juin 1857 se présente à la consultation de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, un homme de 33 ans (V. N.), charretier, de taille moyenne et d'apparence assez robuste. Il raconte que, la veille au matin, un dimanche, il s'est réveillé avec un mal de gorge assez intense, qui augmenta considérablement dans la journée, sans que du reste il ne se sentît aucunement malade; pas de frisson; pas de fièvre; pas de céphalalgie. I avait seulement du dégoût pour les aliments, dont le passage à l'isthme était d'ailleurs douloureux même pour les boissons et la salive. Il se mit à la diète, se coucha de bonne heure; la nuit se passa bien, il eut seulement un peu de sueur le matin; il essaya d'aller à son travail, mais la voix était très enrouée et la douleur augmentait toujours au pharynx; il se décida alors à entrer sur-le-champ à l'hôpital.

Il est, dit-il, d'une bonne santé habituelle, nullement sujet aux maux de gorge, et nie absolument toute espèce d'accidents vénériens. Il y a deux ans, il fut pris tout à coup d'une enflure générale; il était, selon ses propres paroles, *gros comme un tonneau*, la face bouffie, les jambes enflées, mais il ne peut dire par quel point l'anasarque avait commencé. Il l'attribua alors aux fatigues et refroidissements qu'il éprouve continuellement dans son métier. Il entra à la Pitié, on lui appliqua des ventouses, lui fit prendre des bains de vapeur, en quinze jours il se trouva

Feuilleton.

CAUSERIES.

Que portes-tu dans tes flancs, année 1858? Question bien indiscrète, et à laquelle seul l'*Almanach de Liége* peut avoir la prétention de répondre. Cependant, sans vouloir empiéter sur le domaine de notre confrère Nostradamus, ou sans s'affubler du bonnet pointu et de la robe noire constellée d'étoiles rouges, hardiment on peut prédire que, pour nous tous, petits, moyens ou grands, cette année 1858, comme ses devancières, déjà précipitées dans le gouffre des âges, nous donnera du bien mêlé de mal, du plaisir suivi de peine, joie et douleur, car tout cela c'est le tissu dont la vie est faite, et bien fou est celui qui court après le bonheur durable, ou qui redoute le malheur constant. Il n'y a dans ce monde que plaisir et douleur, et ces deux sensations sont essentiellement transitoires. La bonne hygiène du cœur et de l'esprit consiste précisément à se pénétrer de cette croyance, qui donne mesure et sobriété dans le plaisir, courage et espérance dans la douleur. Rappelons-nous toujours l'histoire orientale de ce jeune khalife qui, se mourant de langueur et d'ennui, ne pouvait être guéri, selon son médecin, qu'en portant la chemise d'un homme heureux. On le trouva après mille recherches, cet homme heureux; c'était un pauvre laboureur, qui chantait du matin au soir, qui ne se plaignait de rien, qui ne désirait rien, qu'n'enviait rien. On le conduit au palais, on le déshabille, ô déception! l'homme heureux n'avait pas de chemise.

Enfin, sois la bien-venue, année nouvelle, si tu nous apportes une somme tant soit peu raisonnable de progrès et d'améliorations; si ton nécrologe est réduit aux plus petites proportions possibles ; si tu nous donnes un inventaire riche en découvertes et en applications nouvelles; si les Facultés et les Écoles agrandissent et élèvent leur enseignement; si les Académies ne produisent que des travaux utiles et de savantes discussions ; si les éditeurs ne publient que de bons livres; si les journaux n'insèrent que d'excellents articles et s'ils ont tous un nombre considérable de lecteurs. Voilà des vœux bien modérés, assurément, et l'année 1858 serait bien cruelle de ne pas les exaucer.

En parlant de journaux, je veux souhaiter la bien-venue à un nouveau journal de médecine hebdomadaire qui vient d'éclore, qui s'est fondé sous ce beau vocable, le *Progrès*, et dont le rédacteur en chef, bien connu du monde médical, est M. le docteur L. Fleury. Salut et confraternité! Le programme de ce nouveau journal est très beau, très hardi, très courageux. Que le vent de la prospérité enfle ses voiles!

Dans ce nouveau périodique, je trouve le petit article suivant, qui exprime une opinion très accentuée et très différente de celle qui s'est produite dans les autres journaux :

« M. Dubois d'Amiens, en prononçant son *discours sur Magendie*, a fait un acte de courage et de conscience dont nous le félicitons hautement.

» Il faut supprimer les *oraisons* à l'Académie et à la Faculté, où il faut qu'elles soient un jugement sérieux et un enseignement utile.

« Il est *cruel*, s'écrient quelques cœurs ultra-sensibles (ceci s'adresse » à nous), de convier des parents et des amis à des *éloges* qui ne sont, » en réalité, que des *critiques!* »

» Si les parents et les amis ne sont pas disposés à entendre la *vérité* sur le compte des morts, il est un moyen bien simple de ménager la délicatesse de leurs nerfs : c'est de les *convier à ne pas assister aux séances*.

» Que les discours prononcés sur une tombe qu'entourent et que *doivent* entourer les parents du défunt, ne soient que des *éloges*, nous le voulons bien; quoique l'abstention soit préférable, si l'*éloge* ne peut être qu'un *mensonge*; mais des discours prononcés longtemps après la mort, en public, par un personnage revêtu d'un titre officiel, au sein d'une Académie ou d'une Faculté, ces discours-là, nous le répétons, doivent être un enseignement pour la jeunesse qui les écoute et un document véridique pour la postérité. »

Voyez, voyez combien il est difficile de s'entendre sur les questions de goût et de sentiment! Et comme il est faux ce dicton populaire : On ne dispute pas des goûts et des couleurs. Que fait-on donc depuis le commencement du monde?

Ne quittons pas le terrain du journalisme sans signaler la révolution qui vient de s'opérer dans l'un de nos principaux journaux de médecine des départements. M. le docteur Garin, qui dirigeait la *Gazette médicale de Lyon* avec succès et un talent dont nos lecteurs ont eu récemment sous les yeux le témoignage, M. le docteur Garin a abdiqué ses pouvoirs et a remis le sceptre de la gazette lyonnaise entre les mains de M. le docteur Diday. Regrets vifs et sincères au collègue qui nous quitte, chaude sympathie pour celui qui nous revient. Pendant le trop court passage de M. le docteur Garin dans le difficile chemin du journalisme, cet honorable confrère a soutenu avec courage et une grande distinction les principes auxquels nous consacrons ici nos faibles efforts. Un auxiliaire de cette valeur donnait une grande force à ces principes. On doit comprendre la peine que nous éprouvons à voir M. Garin s'éloigner de l'arène au moment même où son concours pouvait être le plus utile. Heureusement qu'en changeant de rédacteur en chef, la *Gazette médicale de Lyon* ne change pas de direction. Avec cette plume délicate et fine et ce talent charmant que tout le monde aime et connaît, M. Diday nous apporte les mêmes convictions et les mêmes espérances de réalisation. Soyez donc le bien *revenu*, savant et spirituel collègue. Avec votre secours et celui des autres organes de la presse dans les départements, il y a lieu d'attendre la venue prochaine de l'institution à laquelle nous attachons tous une grande importance.

A cette occasion, qu'il me soit permis de relever une inexactitude commise dans un journal de médecine de Bordeaux, qui assure que la majorité des journaux de médecine s'est montrée hostile aux idées d'Association générale. C'est là une grave erreur.

Il y a deux idées, ou plutôt la même idée se traduit sous deux formes différentes dans le projet d'une Association générale :

Les uns — et nous sommes de ce nombre — désirent l'annexion pure et simple des médecins des départements à l'Association actuelle de la Seine, c'est-à-dire l'extension des statuts de cette Association aux départements. Ce projet qui sauvegarde, à notre sens, la liberté et l'existence des Associations locales, condition que nous avons réclamée dès le principe, ce projet n'a rencontré pour adversaires jusqu'ici, dans les départements, que l'*Union médicale de la Gironde*, et la *Gazette médicale*

assez bien pour sortir et reprendre ses travaux; les jambes restèrent encore un peu enflées; puis tout disparut peu à peu; il n'a depuis jamais rien éprouvé de pareil.

Il y a quinze jours seulement, il eut, dit-il, un peu de *scorbut*, les gencives étaient grosses, rouges, saignantes; il était mal à l'aise, avait un peu de mal de tête; il se présenta à la consultation de l'hôpital Beaujon, où on lui prescrivit (en chirurgie) un vomitif et une saignée. Il n'exécuta pas cette prescription, et, rentré chez lui, se gargarisa avec de l'eau vinaigrée; en quelques jours, il fut guéri, et c'est au cours d'une santé, en apparence très bonne, un lendemain d'une légère ribotte, que le mal de gorge actuel se déclara.

A l'inspection du gosier on constate une tuméfaction énorme des deux amygdales et de la luette; celle-ci est considérablement œdématiée et offre, en longueur et en largeur, des dimensions à peu près comparables à celles d'un pouce d'adulte. Elle rejoint de chaque côté les deux amygdales, contre lesquelles elle est appliquée; son extrémité libre descend et disparaît derrière la base de la langue, en sorte que l'isthme du gosier paraît complétement fermé. La muqueuse est tendue, lisse, luisante, d'un rouge vif, mais qui paraît par places comme terni par des nuances opalines, dues évidemment à une infiltration séreuse; cet aspect se remarque surtout sur la luette et l'amygdale droite; mais on le retrouve à un moindre degré sur le voile du palais et sur toutes les parties constituant l'isthme du gosier. L'amygdale gauche, beaucoup plus grosse encore que la droite, est couverte, dans toute son étendue, d'une sécrétion d'un jaune blanchâtre, faisant sur la muqueuse une saillie de plus d'un millimètre. Cette sécrétion, étalée en forme de membrane, s'avance par dessus le pilier postérieur gauche jusqu'à la base de la luette, qu'elle semble contourner en arrière. Elle adhère fortement aux parties sous-jacentes. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas gros; la région douloureuse, mais sans empâtement général; les narines complétement libres. La langue très saburrale; l'haleine fétide; les gencives un peu rouges et boursouflées; la peau modérément chaude. Le pouls fort, sans dureté, marque 90. Céphalalgie très légère. Le malade se plaint de ne pouvoir avaler; il tousse un peu et crache abondamment. — Voix très enrouée.

On fait vomir immédiatement le malade, et on lui donne un gargarisme avec le miel rosat et le sirop de mûres. L'état local est le même le soir; le malade est fatigué par une sputation continuelle; il a rempli deux crachoirs d'écume et de salive, sans pus ni fausse membrane; toux fréquente et enrouée. A l'auscultation, la respiration est un peu rude, avec quelques râles sibilants à droite en arrière. Respiration haute et fréquente; peau chaude et sudorale; le pouls marque 100. L'interne de service fait sur la luette cinq ou six scarifications, qui ne donnent issue qu'à une très petite quantité de sang. (Bain de pieds sinapisé.)

9 juin. Le malade dit qu'il a été très soulagé et a pu dormir cette nuit. La luette est aussi notablement diminuée, elle n'arrive plus au contact des amygdales, et sa pointe effleure seulement la base de la langue. Pouls 86. Chaleur modérée. L'aspect général est celui de la santé; cependant les urines sont fébriles, chargées d'acide urique, sans une proportion notable d'albumine. (Chiendent miellé; bains de p. sinapisé, gargarisme *ut suprà*, lavement; purgatif. Bouillon, potage.)

Le soir, sputation considérable. Toux fréquente et enrouée. Pouls 92.

10 juin. La luette garde ses dimensions d'hier. La sécrétion membrano-pultacée apparaît à la base de la luette du côté droit et s'étend un peu sur les piliers postérieurs de ce côté. On ne voit aucune trace des scarifications, qui ne se sont pas couvertes de fausses membranes. La luette a toujours les mêmes teintes nacrées, opalines; la rougeur générale est vive, teinte cerise. Le malade a passé une mauvaise nuit. Toux continuelle; il a rempli depuis hier trois crachoirs d'une salive épaisse, filante, couverte d'une écume jaunâtre, où nagent de petits débris pultacés. La voix, la toux sont très enrouées; le malade éprouve une vive douleur à avaler sa salive. Pas de ganglions au cou. La région est vaguement enflée et un peu douloureuse. La peau est chaude et sèche. Pouls à 100. (Lavement purgatif sans effet. Limonade purgative. On touche plusieurs fois par jour le fond du gosier avec un pinceau imbibé de jus de citron.)

Le 11. Haleine infecte. Insomnie. Le malade garde son crachoir à côté de lui, et à chaque instant il crache ou salive. L'écume a une teinte jaune et est mouchetée çà et là de teintes rougeâtres. La fétidité de cette expectoration incommode beaucoup le malade. L'enrouement augmente; la luette diminue sensiblement et se rapproche des dimensions ordinaires; elle est toujours tendue, luisante. La sécrétion membrano-pultacée, qui couvre toujours l'amygdale gauche, fait une saillie bien plus notable. Elle s'étend fort peu sur le pilier postérieur droit; mais descend un peu le long du bord gauche de la luette.

On touche deux fois dans la journée le fond du gosier avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique.

Le 12. La luette paraît un peu diminuée encore, mais la sécrétion membrano-pultacée n'a pas notablement changé d'aspect, et la rougeur circonvoisine est très vive. La chaleur est peu intense, la peau sèche, le pouls est petit, 120. Le malade n'est pas le moins du monde abattu; le faciès est bon, la respiration haute, fréquente, un peu bruyante. La toux prend un caractère quinteux; elle est presque aphone et secoue violemment le malade, qui devient pourpre pendant plusieurs minutes. Même expectoration. A l'auscultation, la respiration est très rude, mélangée de râles ronflants et sibilants, principalement à droite et en arrière (il est à noter que le malade affecte de préférence le décubitus latéral droit), où on constate aussi un peu de diminution de la sonorité. Le murmure vésiculaire est plus ample à gauche. (Gargarisme au chlorate de potasse, potion *idem*; quatre bouillons.)

Le 13. Toux continuelle, presque aphone. La voix est enrouée, mais encore timbrée; même expectoration. Pouls 94, petit; chaleur modérée; mêmes signes à l'auscultation.

La fausse-membrane descend un peu plus sur le bord gauche de la luette; vers la pointe de cet organe on remarque deux ou trois petites places d'un blanc jaunâtre, assez mal limitées sur leurs bords. Le malade ayant toujours beaucoup de peine à avaler, on lui donne deux lavements de bouillon. (Ipéca stibié; chlorate de potasse; sinapismes.)

Le 14. A la face antérieure de la luette, vers son extrémité, et précisément aux endroits où on notait hier les petites places blanches, on aperçoit distinctement aujourd'hui trois petites vésicules d'un blanc jaunâtre, entourées d'une légère auréole d'un rouge assez vif. En même temps le malade porte, sur la commissure labiale gauche, et sur la lèvre inférieure, deux groupes d'herpès labialis parfaitement caractérisés. La peau est sans chaleur fébrile, le pouls 104, le faciès toujours bon. L'expectoration toujours abondante et fétide.

Le 15. L'expectoration renferme une grande quantité de petits débris pultacés. La fausse-membrane est détachée en grande partie et laisse voir le pilier postérieur gauche couvert de bourgeons charnus, entremêlés d'une sécrétion grise pultacée. L'amygdale gauche est beaucoup diminuée de volume; sur le bord du pilier antérieur gauche on constate six petites vésicules tout à fait pareilles à celles qui, hier, occupaient la luette; ces dernières sont crénées et ont laissé trois petites dépressions ou ulcères qui ne se sont pas recouvertes de fausses-membranes. L'herpès labialis est couvert d'une croûte brune desséchée. (Supprimer le chlorate de potasse. Tapioca.)

Le 16. Il n'y a plus de traces sur la luette des petits ulcères qui ont succédé aux vésicules; c'est à peine si on aperçoit sur le pilier antérieur gauche les vestiges des vésicules notées hier, et qui ont laissé de petites ulcérations superficielles. La sécrétion membrano-pultacée continue à disparaître, laissant au-dessous d'elle un derme muqueux rosé, bourgeonnant. Déglutition très douloureuse, ainsi que la toux; elle arrive par quintes, qui laissent après elles une sensation de cuisson douloureuse se prolongeant du côté du larynx et jusqu'au niveau du sternum; peau chaude et sèche. Pouls assez large et fort, 100 pulsations. Même expectoration; mêmes signes à l'auscultation.

Le 17. L'ulcère de l'amygdale continue à se déterger; les limites sont marquées par un liseré rouge, non-existant les jours précédents. Même état général. Pouls 96. (Julep diac. éthéré; orge miellée; gargarisme de guimauve et pavot.)

Le 18. Même état; amaigrissement assez notable.

Le 19. Les crachats ont une teinte rosée, analogue à celle de la chair lavée.

Le malade peut manger, non sans douleur, un peu de vinande en hachis.

Le 20. Peau sans chaleur. Pouls 89. Toux fréquente. On entend en arrière, aux deux bases, quelques râles isolés sous-crépitants fins, et du frottement dans les deux temps. La détersion s'opère lentement. Il y a encore des traces de fausse-membrane sur l'amygdale gauche.

Le 21. Une portion.

Le 23. L'expectoration est beaucoup moins abondante; les crachats sont purement muqueux, nummulaires et déchiquetés; la toux rauque, déchirante et sourde; le malade se plaint toujours de cette douleur cuisante qui descend, après les accès de toux, vers le larynx et la trachée. Il n'y a plus trace de fausse-membrane. L'amygdale gauche, très revenue sur elle-même, paraît avoir subi une perte de substance qui porte sur la demi-circonférence supérieure. Les deux piliers du côté gauche sont abaissés, et l'arcade de ce côté moins élevée que celle du côté droit. La luette a pris une direction oblique vers la droite, comme si le malade était atteint d'une hémiplégie faciale gauche. (1 pil. 0,025 extr. théb.)

Le 25. Les crachats muqueux déchiquetés ont disparu; l'expectoration est salivaire et spumeuse, toujours assez abondante. Le malade se plaint d'une douleur qui siége à la base de la poitrine du côté gauche. La respiration est toujours très rude, accompagnée de râles sibilants, ronflants et sous-crépitants secs, qui sont actuellement plus nombreux à gauche qu'à droite. La déglutition est beaucoup plus facile. (Eaux-Bonnes, julep diac., sinap. sur la poitrine; deux portions.)

Le 26. Un peu de constipation, combattue par un lavement purgatif, qui procure six garde-robes. Le malade se lève et paraît en voie de guérison; mais la toux persiste, ainsi que l'enrouement.

Le 29. Le malade a eu ce matin, à quatre heures, une crise douloureuse très singulière; c'était, dit-il, une sensation de brûlure atroce, à se tordre, qui, partant du haut du sternum, descendait en droite ligne jusqu'à l'ombilic, et même plus bas, jusqu'au pubis; en même temps il éprouvait des picotements très douloureux le long des bras, et principalement aux plis du coude, sans convulsions, sans raideurs ni crampes; cette crise a duré deux heures, et, pendant tout ce temps, il ne savait quelle position prendre; il se relevait, se couchait, se tordait, et la respiration était haletante et suffoquée.

A huit heures et demie, il est calme; le pouls petit, très irrégulier et inégal marque 110, 114; quelques pulsations sont tellement faibles qu'à peine si on les perçoit. La respiration est tranquille. Le visage paraît un peu bouffi; il y a un peu d'œdème des jambes et de la partie abdominale. Le ventre, un peu tendu, est ballonné et donne partout un son hydro-aérique. La tête un peu lourde; la vision s'opère bien depuis sa purgation. Le malade a gardé un peu de diarrhée (quatre à six selles par jour). Les urines transparentes, pâles, et d'une teinte analogue à celle d'un bouillon peu coloré, donnent, par la chaleur et l'acide nitrique, un abondant précipité blanc floconneux. Hier, dans l'après-midi, le malade a eu une nouvelle crise douloureuse et tout à fait analogue à la précédente, moins forte et moins prolongée. Elle a duré une demi-heure et avait été précédée d'un petit frisson très court.

Le 30. La bouffissure de la face augmente, ainsi que l'œdème des jambes et des parois du tronc. La luette est aussi un peu tendue et luisante. La toux fréquente et de même caractère; l'enrouement considérable; l'expectoration abondante, écumeuse et mélangée de mucosités déchiquetées et petites; pas de sang. L'auscultation ne révèle rien de nouveau à gauche. A droite, M. Gubler trouve une matité superficielle avec un souffle doux dans le quatrième espace intercostal, en avant et un peu en dehors. En arrière, la respiration est faible partout, surtout vers le tiers inférieur, où on entend les râles vibrants et sous-crépitants; tout à fait en bas, elle est presque absente et on perçoit quelques frottements, et un souffle doux dans une zone circulaire de deux travers de doigt de hauteur. Le pouls, très irrégulier et inégal, marque 116 pulsations. Le cœur bat très inégalement et se démène tumultueusement; on perçoit un frémissement très fort dans la région précordiale; quant aux bruits, ils sont sourds, enroués, empâtés, mais on n'entend ni souffle accusé, ni frottement péricardique certain. La matité du foie s'étend depuis le rebord des fausses côtes jusqu'au mamelon. (Sinapismes. Jul. diac. avec teint. éther. de digitale, 10 gouttes.)

---

de Strasbourg; à Paris que la *Gazette hebdomadaire*, la *France médicale*, et la *Gazette des hôpitaux*, cette dernière même ayant fait quelques réserves qui peuvent faire espérer son retour.

Certes, ces journaux sont loin de représenter la majorité de la presse médicale française.

L'autre idée, encore d'ailleurs très vaguement formulée, consiste à fonder une Association générale, unitaire ou fédérative, on ne sait encore, en dehors de l'Association de la Seine.

Sous cette forme, on peut dire que le principe de l'Association générale ne rencontre aucune opposition.

Voilà, nous le croyons du moins, la vérité. Nous soutenons l'idée de l'annexion comme plus facile, plus pratique, plus immédiatement réalisable; nous croyons que c'est par là qu'il faut tenter la réalisation de l'Association générale; s'il se présente des obstacles insurmontables de ce côté, loin de nous montrer les adversaires de l'autre projet, nous avons déclaré au contraire, et nous déclarons de rechef, qu'il faudra s'y rallier.

D'un autre côté, les adversaires de l'annexion ne combattent pas non plus le principe et l'idée de l'Association générale; ils s'en prennent seulement au *modus faciendi* que nous soutenons, ils ne le croient pas possible, ils le trouvent surtout dangereux pour l'Association de la Seine.

Voilà, si nous nous faisons une idée bien juste de la situation, en quoi, et seulement en quoi consistent les dissidences, au moins jusqu'ici.

Il en résulte que l'idée-mère, l'idée-principe de l'Association générale, loin d'être altérée, amoindrie ou compromise, vient, au contraire, de faire un pas immense vers sa réalisation, et que, selon toutes les probabilités, sous une forme ou sous une autre, l'idée-principe aboutira.

Quand notre ciel médical, un peu troublé dans ce moment par quelques nuages, sera rentré dans sa sérénité, il sera plus facile de rendre justice à tous ceux qui auront contribué à obtenir ce grand résultat.

Justice! je veux la rendre immédiatement à un livre plein d'intérêt que j'ai là sous les yeux et qui ne doit pas attendre. On sait avec quel talent et quel succès, sous quelle forme claire et pénétrante, de quel style pur et sobre M. le docteur L. Figuier sait présenter une manière accessible à tous, les données les plus élevées de la science et ses applications. Toutes ces qualités, on les retrouve dans le volume indiqué, et qui a pour titre: *L'Année scientifique et industrielle*, etc., 2e année (1). C'est un panorama à donner le vertige. Des hauteurs de l'astronomie aux applications les plus utiles de l'industrie, de la comète du 13 juin à la balle foudroyante, c'est un voyage féerique à travers les mille détours des sciences. Faites ce voyage avec M. L. Figuier; il tient d'une main sûre le fil conducteur, et, avec lui, vous serez entraîné vers les renversantes expériences de M. Boutigny sur l'état sphéroïdal des corps, vous assisterez au singulier concert des métaux chanteurs, avec lui vous ferez des saphirs et des rubis, avec ses instruments vous percerez l'isthme de Suez, vous passerez, à pied sec et sous la mer, le détroit de Calais à Douvres, pour ne parler que des plus merveilleux récits contenus dans ce volume, qui résume sous une forme saisissante toutes les idées, tous les projets, toutes les inventions, quelques utopies même qui ont vu le jour dans l'année qui vient de s'écouler.

A propos de découvertes, en voici une que vient de faire la cynégétique, — admirez comme ce beau mot grec me donne l'air savant. — J'emprunte celle-ci au journal officiel de l'Empire français; si je ne l'avais pas lue dans les colonnes du *Moniteur*, je n'y croirais pas. Mais, en bon citoyen, j'accepte tout ce qui est imprimé dans le journal du gouvernement.

Voici donc le phénomène physiologique très remarquable qui paraît avec g. d. g. :

« Le *Journal d'Auxerre* a reçu d'un correspondant le récit curieux qui suit d'une chasse d'un nouveau genre :

» Dans la dernière quinzaine de novembre, ce correspondant chassait au chien courant. Un lièvre fut lancé et partit droit devant lui, de manière à prouver qu'on ne l'attraperait pas aisément. Arrivé dans un bois en exploitation, le chasseur y trouva des scieurs de long qui venaient de prendre leur repas et se reposaient au coin du feu en écoutant un joueur de vielle.

» Quelques instants après, les aboiements des chiens se rapprochèrent, le lièvre reparut; il s'arrêta, mais trop loin pour qu'il fût possible de le tirer, et il était aisé de voir qu'il allait reprendre sa course de plus belle.

» On fit signe au joueur de vielle de reprendre le morceau interrompu. Le lièvre alors, au lieu de courir, se coucha, les assistants approchèrent sans qu'il parût s'en émouvoir, et un coup de feu le tua sur place.

» Cependant les chiens ne tardèrent pas à lancer un autre lièvre. Le chasseur, suivi du joueur de vielle, alla l'attendre sur un point où il devait sans doute passer et qui présentait, non loin du bois, un espace découvert assez grand; l'animal reparut et vint droit sur le chasseur, qui, au lieu de le tirer, fit signe au joueur de vielle. Aux sons qui sortaient de l'instrument, le lièvre se coucha comme avait fait le premier et comme lui fut tué après qu'on l'eut forcé de prendre sa course, parce qu'on ne voulait pas employer deux fois le procédé peu régulier d'un coup de fusil au gîte.

» Voici deux faits que l'on recommande aux naturalistes. »

Le lièvre mélomane, sacrifiant sa vie pour écouter les sons peu mélodieux de la vielle savoyarde, est un fait bien digne, assurément, de fixer l'attention des naturalistes, et surtout des chasseurs. Je le recommande vivement à nos confrères de la tribu des Nemrods, C..., G..., B..., D....

Pour terminer, un nouveau mot emprunté à notre excellent confrère, M. Ricord; on n'emprunte qu'aux riches :

— Comment ferez-vous, disait-on devant lui à notre confrère M. Tholozan, vous qui ne savez pas la langue persane, pour vous faire comprendre par le shah de Perse?

— Rien n'est moins embarrassant, répondit M. Ricord; notre confrère lui poussera des cris perçants.

Je vous en prie, ne me mettez pas en perce pour le mot.

Amédée Latour.

(1) Un vol. in-12, Paris, 1855. Librairie Hachette.

Recherches sur la contagion du chancre, par M. Alfred Fournier, interne de l'hôpital du Midi. Mémoire in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

1er juillet. L'enrouement persiste ainsi que la douleur de la déglutition, cependant la muqueuse est complétement cicatrisée. Pas de crise douloureuse. Pouls très petit, inégal, intermittent, ne bat que 80, tandis que le cœur bat 92. Bruits du cœur étouffés; mouvements moins tumultueux, souffle profond dans le mamelon droit, avec râles sous-crépitants secs, sans frottements. (Bains de vapeur dans le lit.)

Le 2. Un peu moins de bouffissure de la face, souffle lointain, voilé en bas à droite et en avant, avec gros frottement (neigeux) dans les deux temps.

Le 3. Pâleur de la face, plus bouffie qu'hier. Le malade se plaint d'une douleur qui retentit au bas-ventre lorsqu'il tousse ou se remue. Pas de douleurs lombaires, toujours un peu de diarrhée. Même état du reste. Urines albumineuses. (Bains de vapeur.)

Le 4. Le malade se trouve un peu mieux, comme à la suite de son premier bain de vapeur. Enrouement, toux, etc.

Le 5. Céphalalgie, vision troublée. Le malade ne peut fixer aucun objet, sans qu'aussitôt la vue ne se voile, et ne soit même abolie. L'anasarque augmente; crachats écumeux mélangés de mucosités blanchâtres purulentes et très abondantes. Toux fréquente et très douloureuse. Voix éteinte, tout à fait basse. Douleur au niveau du larynx à la pression. Diarhée un peu moindre.

Le 6. Céphalalgie. Le malade se plaint de voir les objets doubles et même triples (à ce qu'il assure), surtout quand il les regarde d'un peu loin. De près, les objets paraissent simples, mais la perception est confuse et disparaît même si le malade fixe son regard un peu longtemps; même toux, même expectoration. Le soir, le malade se plaint d'une grande anxiété, il se lève, s'agite et, vaincu par la faiblesse et les douleurs de tête, il retombe sur son oreiller. Le pouls est petit, irrégulier, inégal, oscillant, et bat 86. Les battements du cœur sont sourds, étouffés. (Sinapismes.)

Le malade est en voie d'observation (1).

Le fait qu'on vient de lire n'a pas toute la simplicité désirable lorsqu'il s'agit d'établir une espèce nosologique à part. Néanmoins, tel qu'il est, je le considère comme démonstratif.

Un homme bien portant, exposé par sa profession à toutes les intempéries, est pris, sans phénomènes précurseurs, d'un mal de gorge intense avec réaction fébrile bientôt modérée. Dès le second jour de la maladie, on peut constater tous les signes d'une violente inflammation avec gonflement énorme de toutes les parties de l'isthme du gosier et présence d'une plaque blanc jaunâtre évidemment plastique. C'est donc une angine couenneuse.

Mais l'ensemble des symptômes généraux, aussi bien que la marche de l'affection éloigne toute idée de malignité; il s'agit, par conséquent, d'une de ces angines qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'angine couenneuse commune. Au premier examen, je n'ose pas être plus explicite, bien que mon sentiment me fasse incliner aussitôt vers l'idée d'une angine herpétique. L'aspect d'une membrane continue que présentait l'exsudat plastique me faisait un devoir de cette réserve. Cependant, après quatre jours d'observation, nous voyons poindre sur la luette un groupe de trois vésicules qui ne tardent pas à se décoiffer et se transforment en autant d'ulcérations, à fond jaunâtre couenneux, très analogues à de l'herpès. En même temps, sur la commissure gauche et sur la lèvre inférieure, on voyait un groupe d'herpès labialis des mieux caractérisés. De plus, chose remarquable, la lésion de l'orifice buccal existait du même côté que la principale lésion de l'orifice guttural du pharynx. Cette double circonstance ne me permettait plus de doutes, et je diagnostiquai une angine gutturale herpétique.

A l'appui de mon diagnostic, je remarquais encore que la sécrétion couenneuse était fortement adhérente, comme enchassée dans le tissu du derme muqueux, et ne ressemblait nullement à ces concrétions pelliculaires de la diphthérie septique, étalées à la surface de la membrane, à la manière des lichens qui tapissent les écorces ou les pierres. Je notais aussi l'état satisfaisant de l'innervation, la modération de la fièvre, sans autre dépression des forces que celle qui devait résulter de la maladie aiguë et d'une diète forcée.

Les accidents bronchiques n'étaient pas un motif de sérieuse objection contre ma manière de voir, car les inflammations thoraciques sont de celles qui prennent le plus facilement naissance dans les conditions où se développent les angines. Et plus tard l'apparition de l'anasarque avec l'albuminurie n'a pas jeté davantage le doute dans mon esprit. Pour rattacher directement cette complication à l'angine, il eût fallu admettre, contrairement à toutes les données de l'observation, que celle-ci était de nature scarlatineuse. Or, il n'y a eu ni rougeur des téguments, ni desquamation épidermique, ni fièvre initiale violente, en un mot, on n'a pas pu constater un seul symptôme de scarlatine. En outre, l'existence antérieure d'une anasarque semblable montrait assez que l'angine n'avait pu jouer ici que le rôle secondaire de cause occasionnelle, et nous forçait à lui maintenir son caractère essentiellement bénin.

A ce propos, je ferai pourtant une remarque, c'est que la bénignité d'une affection doit être envisagée à deux points de vue, par rapport à sa nature et par rapport à ses conditions locales. L'herpès est naturellement bénin, ce qui ne l'empêche pas d'entraîner des conséquences assez graves lorsqu'il a son siége sur l'isthme du gosier. En ce qui concerne le pronostic, on ne saurait donc assimiler l'herpès guttural à l'herpès labial; il existe entre ces deux variétés la même différence qu'entre l'œdème érysipélateux des paupières et l'œdème de la glotte, également érysipélateux. Le cas particulier qui nous suggère ces réflexions fera parfaitement saisir cette distinction capitale; car nous voyons le sujet condamné à une diète forcée, s'amaigrir et se débiliter progressivement, jusqu'à ce que le retour des accidents caractéristiques d'une maladie de Bright soit venu aggraver encore la situation, et, finalement, entraîner la mort.

Pour achever l'appréciation de ce premier fait, il me reste à m'expliquer sur la nature du gonflement considérable des amygdales et de la luette. Ce gonflement indiquait certainement un travail inflammatoire, mais je n'y vois pas la preuve suffisante d'une amygdalite parenchymateuse, et je pense qu'il dépendait de la diathèse spéciale dans laquelle se trouvait le sujet, en vertu de la maladie de Bright depuis longtemps existante, mais alors à l'état latent ou bien développée récemment sous l'influence du refroidissement qui a produit l'angine. En d'autres termes, la fluxion inflammatoire a été l'occasion d'une infiltration séreuse considérable à laquelle l'albuminurie prédisposait tous les organes, et le développement d'un exanthème vésiculeux sur l'isthme du gosier a suffi pour y déterminer cette tuméfaction, sans qu'il soit besoin pour l'expliquer d'admettre un phlegmon tonsillaire dont le caractère essentiel, la formation du pus, a d'ailleurs toujours fait défaut. L'herpès du pharynx a donc été la première lésion locale, et, si le travail phlegmasique concomitant a pris une physionomie particulière, cela tenait aux conditions générales de la santé. Toutefois, le travail inflammatoire inhérent à l'herpès peut à lui seul amener un gonflement considérable, sans être aussi excessif, et de l'œdème dans les parties qui, comme la luette, offrent un tissu cellulaire sous-dermique lâche et filamenteux. On en verra plus loin la preuve.

A la suite de cette observation, je placerai un fait semblable, observé à la consultation du Bureau central, par mon excellent ami, M. Lailler, qui m'en a rendu témoin. Notre collègue, M. Labric fils, a examiné le malade avec nous, et je pense que, comme la nôtre, son impression a été favorable à l'idée que je défends. Quand M. Lailler vit cet homme pour la première fois, l'amygdale était couverte d'un groupe d'ulcérations à fond jaunâtre, couenneux, plusieurs petites ulcérations analogues étaient isolées et dispersées sur le pilier correspondant du voile pal tin, ainsi que sur la luette. Le lendemain, ces ulcérations comme aphtheuses s'étaient étendues; par leur confluence, elles ne formaient plus qu'une plaque unique irrégulièrement configurée et offraient par conséquent l'aspect d'une surface diphthérique. On pourra s'en convaincre par la relation détaillée du fait.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Plus tard ce sujet a succombé aux suites de sa maladie de Bright, et l'on a pu s'assurer de l'existence d'un état granuleux des reins fort avancé, lequel devait remonter à une époque éloignée et expliquait ainsi l'existence antérieure d'une anasarque temporaire.

PATHOLOGIE.

DE LA PUSTULE MALIGNE ET DE SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC L'OEDÈME GANGRÉNEUX.

Paris, 19 décembre 1857.

Cher confrère,

Le docteur Babault, qui exerce avec distinction la médecine à Angerville (Seine-et-Oise), m'a envoyé, il y a quelques jours, une lettre sur la *pustule maligne*. L'expérience toute spéciale de cet honorable confrère, aussi bien que l'exactitude des détails qu'il donne sur cette maladie, m'ont fait penser qu'il y avait intérêt pour la science à publier sa lettre.

Je vous l'envoie donc, en la soumettant à votre appréciation.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

ROBERT.

A M. le docteur Robert.

Monsieur et cher maître,

Exerçant la médecine depuis bientôt douze ans dans une localité où existent d'immenses troupeaux qui, tous, sont décimés par le sang de rate, j'ai toujours eu l'occasion de soigner annuellement une dizaine de pustules malignes, ce qui m'a permis d'étudier cette maladie. Cette longue étude pratique, fécondée par la réflexion, m'a amené à reconnaître que le grand obstacle à ce que les médecins des localités où cette affection se montrait rarement la connussent bien, n'était pas tant encore sa rareté, que la confusion que les auteurs ont souvent faite de cette maladie avec l'œdème gangréneux.

Cette confusion a toujours pesé sur la science. C'est elle qui a fait dire à beaucoup de médecins que la pustule guérissait souvent d'elle-même, en occasionnant une perte plus ou moins grande de substance dans les tissus affectés. Elle n'est pas encore dissipée aujourd'hui, j'en trouve la preuve dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, au sujet de l'observation de M. le docteur Raphaël.

Il n'y a qu'un moyen de la faire disparaître, c'est de donner, d'une manière exacte, les symptômes de la pustule maligne, et de les faire contraster avec ceux de l'œdème gangréneux.

Voici les symptômes de la pustule maligne :

Le virus une fois déposé sur la peau, le malade éprouve ordinairement dans cet endroit un sentiment de chaleur ou une simple démangeaison; d'autres fois une cuisson douloureuse. Alors, on aperçoit sur la peau un petit point livide, assez semblable à une morsure de puce, formant une légère saillie, entourée d'une petite aréole, au centre de laquelle ne tarde pas à s'élever une petite vésicule qui finit assez rapidement par s'ouvrir d'elle-même, lorsque le malade n'en hâte pas encore la rupture en se grattant.

Arrivée à ce point, lorsque l'aréole est pâle, la pustule maligne pourrait être confondue avec un grain de vaccin. La vésicule ouverte, on voit qu'elle repose sur un petit tubercule dur, rénitent, grenu, de couleur livide, du volume d'une lentille, occupant presque toute l'épaisseur de la peau. Bientôt l'aréole qui l'environne s'étend, prend une couleur violacée, brune, se tuméfie et se recouvre de vésicules semblables à la première, ce qui lui donne un peu la forme des drupes qui constituent le fruit des ronces. D'autres fois ce cercle est formé d'une seule vésicule. Enfin, le tubercule central se transforme graduellement en une tache noirâtre évidemment gangrenée.

Arrivée à ce degré, la maladie, loin de s'arrêter, continue ses progrès. L'aréole s'étend de plus en plus et se tuméfie de même, ce qui la fait paraître comme une sorte de bourrelet dont le centre, occupé par le point gangrené, a l'air d'être déprimé. Puis le mal gagne le tissu cellulaire sous-cutané, et alors survient, autour de l'aréole, un gonflement considérable, tenant le milieu entre l'œdème et l'emphysème, qui offre au toucher une tension et une rénitence considérables. Alors aussi, si la douleur est restée peu intense, elle augmente et devient quelquefois intolérable. Dans le cas où la maladie a son siége sur un membre, on voit presque toujours des traînées rouges partant du mal et se dirigeant le long du trajet des vaisseaux lymphatiques.

La maladie ayant son siége à la face, le gonflement devient quelquefois énorme et peut s'étendre jusqu'à la partie inférieure du tronc. Le siége étant au col, cette tuméfaction gagne quelquefois la face d'un côté, cas dans lequel on remarque, au niveau du menton, un sillon qui sépare la face du col, puis elle s'étend par en bas sur la poitrine et peut atteindre le bas-ventre. Par suite de ce gonflement énorme, certains désordres peuvent avoir lieu. Ainsi, la respiration et la déglutition peuvent être plus ou moins gênées par suite de la compression du larynx et de l'œsophage. — Il y a loin de ces symptômes à ceux donnés par M. Raphaël. En effet, dans l'observation de ce dernier, « les paupières, la joue jusqu'à la tempe en haut, jusqu'au menton en bas sont couvertes de pustules qui sont assises sur une peau très tuméfiée, excessivement dure et d'une couleur violacée foncée. » Or, le gonflement des parties environnantes dans la pustule maligne offre toujours de l'élasticité, la peau est incolore, ne présente jamais de vésicules en dehors du cercle vésiculaire qui entoure la partie gangrenée; de plus, cette partie n'est jamais considérable, la mort ne survenant pas par l'étendue de la gangrène, mais bien par l'absorption du virus charbonneux.

Ainsi, pour nous, toute maladie qui ne présentera pas les symptômes décrits ci-dessus, n'est pas une pustule maligne.

Du reste, il y a une manière bien simple de s'assurer de l'identité de la pustule maligne, c'est l'inoculation sur des moutons. Toutes les fois qu'on ne produira pas le sang de rate sur ces animaux inoculés, on peut être certain qu'on n'a pas eu affaire à la pustule maligne, mais bien à une affection se terminant par gangrène.

Afin de dissiper tous les doutes, je crois devoir rappeler les symptômes successifs que présente l'œdème gangréneux lorsqu'il a son siége aux paupières :

Boursoufflement des paupières, accompagné de prurit, qui finit bientôt par amener l'occlusion complète de l'œil. La peau de la paupière est lisse, luisante, demi-transparente, d'une couleur rose citrine, l'œil laisse écouler une certaine quantité d'un liquide séropurulent lorsqu'on essaie de l'entr'ouvrir; si l'on appuie sur la paupière, elle garde l'empreinte du doigt. La figure ne tarde pas à se tuméfier et à se déformer, ainsi que la tête, qui prend quelquefois un volume énorme. Cette tuméfaction qui se propage souvent assez avant sur le tronc, affecte toujours sur les parties osseuses une dureté considérable; des vésicules laissant suinter un liquide jaunâtre, concrescible, analogue à celui qu'on remarque dans la militagre, apparaissent sur les paupières et quelquefois sur d'autres parties de la figure. Ces diverses parties finissent par prendre une coloration violette et par se couvrir d'escarres.

Tels sont les symptômes de cette maladie, qui a été jusqu'ici la pierre d'achoppement à toute étude sérieuse de la pustule maligne, bien qu'elle fût connue depuis longtemps, et surtout par le savant mémoire de M. le docteur Bourgeois (d'Étampes). Suivant moi, ce médecin habile ne s'est trompé que sur un seul point. Il a rapproché l'œdème gangréneux de la pustule maligne, d'abord, en lui donnant la dénomination d'œdème malin, ensuite, en conseillant un traitement analogue à celui de la pustule maligne. Or, si cette maladie diffère de la pustule maligne, comme on peut s'en convaincre par la comparaison des symptômes de ces deux maladies, elle en diffère encore par la terminaison. Ainsi, sur douze cas que j'ai rencontrés dans ma pratique, neuf ont été traités par les sangsues et les cataplasmes émollients. Deux malades sont morts subitement au moment où ils se croyaient sauvés, sept ont guéri avec une perte plus ou moins considérable des tissus.

Les trois autres, traités par des incisions, ont guéri sans gangrène. Ce qui me porte à croire que la gangrène est le résultat de l'excessive distension du tissu cutané. Au reste, j'espère pouvoir traiter cette question plus au long, lorsque j'aurai réuni une plus grande quantité de faits.

Pour résumer ce qui précède, nous voyons que dans l'œdème, s'il y a gonflement au début, il n'y a pas de tache noire entourée de vésicules; plus tard, lorsque les escarres apparaissent, elles sont toujours très larges et jamais accompagnées de l'aréole vésiculaire. De plus, dans la pustule, le gonflement des parties environnantes est toujours élastique, rénitent, incolore, sans vésicules, excepté celles qui composent l'aréole entourant la tache gangrenée, de sorte que la pustule, ou les pustules, lorsqu'il y en a plusieurs, figurent des oasis au milieu du boursoufflement incolore des parties environnantes. En outre, la pustule maligne est une maladie violente et contagieuse, ce qui n'existe pas pour l'œdème. Enfin, ce dernier, abandonné à lui-même, guérit souvent, tandis

que la pustule maligne se termine toujours par la mort, lorsqu'elle n'est pas détruite par la cautérisation.

D[r] BABAULT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 novembre 1857.— Présidence de M. LEGROUX.

Sommaire. — Correspondance. — Communication, par M. Rostan, d'un cas de *névrose* rare. — Lecture, par M. Béhier, sur l'*emploi du liquide de Barreswill dans l'analyse des urines*. Discussion : MM. Becquerel, Béhier. — Observation de *tumeur du cou*, par M. E. Barthez.

Correspondance. — M. Leudet, professeur de clinique médicale à l'École secondaire de Rouen, demande le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature un mémoire *sur le traitement des kystes hydatiques du foie.*

M. ROSTAN rapporte un fait extraordinaire de *névrose* observé chez une fille de 18 ans. (L'observation sera publiée plus tard.)

— M. BÉHIER communique le résultat de *Recherches nouvelles sur l'emploi du liquide de Barreswill dans l'examen des urines.*

Dans une précédente communication à la Société, j'avais donné le résultat de l'examen de l'urine de 40 malades, qui toutes avaient présenté, à un degré plus ou moins marqué, à l'aide de la potasse ou du liquide de Barreswill, les changements qui avaient été indiqués jusqu'ici comme caractérisant la présence du glycose dans les urines. Depuis cette communication, M. Leconte, analysant les urines de femmes en couches et n'y rencontrant pas de sucre, conclut de ses expériences que le corps qui réduisait le liquide cupro-potassique était l'acide urique. A titre de contre-épreuve de cette dernière assertion, j'ai entrepris les expériences suivantes, dont je présente les résultats à la Société pour bien mettre en relief la coloration des réductions obtenues dans les divers tubes que j'ai l'honneur de soumettre à la Société.

Dans les tubes n° 1 et n° 2, de l'acide urique pur, mis dans de l'eau distillée, a donné lieu à un liquide blanchâtre, légèrement grumeleux, composé : 1° d'acide urique dissous en très faible proportion, puisque l'eau en dissout environ 1/1720[e] à 15° et 1/1150[e] à la température de l'eau bouillante ; 2° d'acide urique en suspension sous forme de ces légers flocons blanchâtres. Du liquide de Barreswill bien clair, limpide et d'un blanc-bleu étant ajouté dans la proportion d'un grand tiers, j'ai chauffé, et, dès les premiers bouillons, la réduction s'est opérée énergiquement et j'ai obtenu rapidement un abondant précipité d'oxide de cuivre. Cela a eu lieu, dans l'une et dans l'autre expérience, avec la même rapidité et la même facilité.

Considérant que, dans l'urine, l'acide urique n'est presque jamais à l'état libre, car avec MM. Donné, Rayer, Robin et Verdeil, je n'admets pas l'existence de l'acide urique amorphe, qui, selon M. Quevenne, et aussi selon MM. Becquerel et Rodier (*Chimie pathol.*, pages 282, 288), serait combiné à une matière animale pour former les sédiments de l'urine, pensant, avec les auteurs que je viens de citer, que ces dépôts sont des urates acides de potasse, de chaux, de soude et d'ammoniaque, j'ai voulu examiner l'action qu'exerceraient sur le liquide de Barreswill ces urates faits artificiellement et de toutes pièces.

Dans de l'acide urique, mis dans de l'eau distillée comme dans l'expérience précédente, j'ai ajouté un petit morceau de potasse caustique, le liquide est devenu très rapidement transparent et limpide, les flocons d'acide urique ont disparu. Une certaine quantité de liquide de Barreswill ayant été ajoutée et le tout porté à l'ébullition, la réduction s'est opérée très vite et le précipité rouge d'oxyde de cuivre s'est déposé ; c'est celui du tube n° 3.

Plusieurs auteurs, attribuant les réductions obtenues par l'urine à la matière animale que peut contenir ce liquide, ont recommandé de précipiter d'abord cette matière à l'aide de l'acétate de plomb, de reprendre par le sulfate de soude l'excès de plomb, de filtrer, la réduction devant, selon eux, après ces précautions, appartenir à la présence du glycose. M. Becquerel, dans une de vos séances, avait insisté sur la nécessité de ces opérations préliminaires et sur la sûreté de leurs résultats. Je me suis placé dans ces conditions. J'ai pris de l'urate de potasse formé artificiellement comme dans l'expérience précédente, j'ai ajouté à la liqueur, un excès d'acétate de plomb liquide, qui a donné un fort précipité blanc ; j'ai filtré, le liquide obtenu a été traité par le sulfate de soude, cristallisé en excès, un précipité blanc très abondant s'est manifesté, le tout a été jeté sur un filtre, et la liqueur parfaitement incolore qui a été recueillie, traitée par le liquide cupro-potassique, donne un précipité jaune-rougeâtre d'oxyde de cuivre parfaitement caractérisé et en quantité notable, quoique moindre que dans les expériences précédentes. Ce précipité est celui du tube n° 4.

Les tubes n° 5 et 6 contiennent les résultats toujours à peu près semblables des mêmes opérations, seulement, dans les expériences du tube n° 5, les sels de plomb et de soude étaient en moindre proportion. Le résultat est à peu près le même que dans l'expérience n° 4.

J'ai voulu, pour contrôler les expériences qui précèdent, vérifier l'effet du sulfate de soude sur le liquide cupro-potassique ; une forte solution de ce sel mis en contact avec ce réactif n'a amené aucune réduction ; c'est ce résultat que représente le tube n° 7.

Du phosphate d'ammoniaque en dissolution concentrée n'a point altéré non plus la coloration du liquide cupro-potassique ; les phosphates n'agissent donc pas sur ce réactif comme on l'avait donné à entendre, et de plus, ces deux dernières expériences prouvent, pour le dire en passant, que le liquide de Barreswill employé était pur et ne réduisait pas de lui-même par l'ébullition, ce que j'avais essayé à l'avance, du reste.

De l'urate d'ammoniaque, fait artificiellement par l'addition d'ammoniaque liquide dans une certaine quantité d'eau distillée, additionnée d'acide urique, donne, avec le liquide cupro-potassique, un précipité dont partie est d'un gris sale et partie d'un jaune rougeâtre caractéristique, qu'on peut voir dans le tube n° 8.

J'ai voulu varier l'expérience en présence de ce précipité produit par l'urate d'ammoniaque : j'ai, au liquide de Barreswill, ajouté de l'ammoniaque liquide en assez forte proportion ; j'ai chauffé et j'ai vu la liqueur devenir d'un bleu beaucoup plus foncé, comme cela devait être. A ce mélange, j'ai ajouté une quantité assez considérable d'acide urique sans eau distillée ; un précipité d'un jaune clair s'est promptement formé ; il était grumeleux, comme muqueux et est descendu lentement au fond du tube ; un liquide limpide et non colore le surnageait. Pensant que trop peu d'acide urique avait été dissous pour faire sentir son influence et que la proportion de cet acide était trop considérable pour la quantité d'ammoniaque et de liquide de Barreswill, j'ai, à une partie de ce précipité, ajouté de l'eau distillée, de l'ammoniaque liquide et du liquide de Barreswill à nouveau, jai chauffé, et le précipité d'oxyde de cuivre s'est formé très rapidement ; c'est celui du tube n° 9.

Voulant vérifier la valeur de cette hypothèse sur la nécessité d'une certaine quantité d'eau, afin de permettre la dissolution de l'acide urique, j'ai mêlé à fort peu d'eau distillée une proportion assez forte d'acide urique solide et une quantité notable de liquide cupro-potassique ; la liqueur a pris par le mélange de l'acide urique blanc et du liquide de Barreswill une teinte bleu-ciel louche et sale. En chauffant, on voyait se former çà et là des paillettes de jaune rougeâtre caractéristiques de l'oxyde de cuivre, mais, mélangées bientôt à la totalité du liquide, elles lui donnaient une teinte verdâtre.

J'ai alors ajouté à une partie de ce liquide une certaine proportion d'eau distillée et une nouvelle proportion de liquide de Barreswill, j'ai chauffé, et un abondant précipité d'oxyde de cuivre s'est formé rapidement. Ce qui tend à prouver que, dans cette expérience comme dans la précédente, la proportion d'eau employée d'abord était trop petite pour dissoudre l'acide urique en telle quantité qu'il pût exercer son action sur le sel de cuivre et le réduire.

Le tube n° 11 contient le résultat de l'action de l'urate de chaux artificiellement formé sur le liquide de Barreswill ; comme on peut le remarquer, la réduction est très abondante, la nuance très vive et très brillante. L'opération est de beaucoup plus rapide qu'avec l'urate de potasse et l'urate d'ammoniaque.

Les tubes n° 12, n° 13 et n° 14 contiennent le résultat de l'action de l'urate de soude artificiel sur le liquide cuprique. Ce résultat offre ceci de particulier dans les trois tubes, que la nuance de l'oxyde de cuivre est différente de ce qu'elle était dans les autres expériences ; elle est beaucoup plus purpurine.

Dans deux de ces expériences, la soude ayant été, par maladresse la première fois et à dessein la seconde, versée en excès, la réduction a été très longue à obtenir, et le précipité a été d'abord d'une nuance blanchâtre ; il a fallu une ébullition prolongée dans le cas du tube 12. L'addition d'eau, d'acide urique et de liquide de Barreswill, dans l'expérience 13 pour obtenir le précipité purpurin, plus promptement déposé dans le tube 14, dans lequel la soude avait été beaucoup moins abondante.

Dans toutes ces expériences, il est important de ne pas se borner à une ébullition première ; il faut, comme aussi quand on étudie les urines, faire bouillir longtemps, attendre un peu le refroissement avant de juger du résultat ; c'est souvent, en effet, seulement au moment du refroidissement que la réduction s'opère dans certaines expériences. Dans d'autres, au contraire, ces précautious sont inutiles, et la réduction se fait par zones, à mesure que l'ébullition entraîne des mouvements dans la masse liquide.

Ces expériences démontrent, ce me semble, que partout où l'acide urique libre ou à l'état d'urate intervient, la réduction du liquide cupro-potassique est inévitable. Ce liquide n'est donc pas le réactif par excellence pour démontrer la présence du glucose, surtout dans les urines dans lesquelles il rencontre souvent l'acide urique et les urates, dont il est aussi un excellent réactif.

M. BECQUEREL admet l'importance des résultats obtenus par M. Béhier, mais il croit devoir présenter quelques observations. L'acide urique n'existe pas à l'état libre dans l'urine, comme il l'a dit autrefois, mais bien à l'état d'urate acide d'ammoniac et de potasse ; chez les malades atteints de gravelle urique seulement, l'acide urique est cristallisé. M. Leconte s'est trompé lorsque, contrairemeut aux opinions de M. Blot, il a dit qu'il n'existait pas de sucre dans les urines des femmes en couches ; il n'y en a pas chez toutes ; mais quelques-unes en présentent d'assez fortes proportions. M. Becquerel ajoute qu'il faut de grandes précautions quand on fait usage du liquide de Barreswill, il ne faut pas qu'il soit conservé depuis plus d'une semaine, car alors il devient très infidèle et se réduit par une foule d'agents. Dans un cas, il s'est servi concurremment de liquide préparé depuis quinze jours et de liquide préparé depuis la veille. De l'urine traitée par les deux liquides, a réduit l'oxyde de cuivre, et cependant il n'y avait pas de sucre ; mais la même urine, traitée d'abord par l'acétate de plomb, puis par le liquide de Barreswill, a précipité avec les liquides datant de quinze jours, et n'a pas précipité avec l'autre.

M. BÉHIER a examiné l'urine de toutes les femmes en couches de son service, il a pris la précaution de les sonder pour éviter le mélange avec des matières étrangères, et toutes il les a vues précipiter avec le liquide de Barreswill très frais et très bien préparé ; et cependant il admet parfaitement qu'il n'existe pas de sucre chez toutes. Il a observé qu'il y avait un grand rapport entre la coloration des urines et la facilité avec laquelle elles réduisent le liquide, car, presque toujours, la réduction est d'autant plus facile et complète, que l'urine est plus colorée. Il en est de même pour les précipités obtenus avec le tannin, car presque toutes les urines précipitent avec le tannin. M. Béhier n'a pas eu d'autre but, en présentant ces faits, que de prouver que le liquide de Barreswill est infidèle quand il s'agit de démontrer la présence du sucre dans l'urine.

M. BECQUEREL déclare qu'il y a un seul moyen infaillible, c'est l'examen des urines au polarimètre, toutes les fois que l'on ne contrôle pas les expériences chimiques par le polarimètre, on risque d'être induit en erreur, comme l'a été M. Blot ; car, dans les urines des femmes en couches, tantôt il y a du sucre, tantôt il n'y en a pas.

M. BÉHIER croit, d'après les expériences auxquelles il s'est livré, que le polarimètre et la fermentation réunis, et se contrôlant, sont le seul moyen certain. Le polarimètre a cet inconvénient de ne pas déceler les petites quantités que l'on croyait reconnaître au moyen du liquide de Barreswill.

M. BECQUEREL affirme que l'on peut reconnaître par le polarimètre 18 centig. de sucre dans 1,000 grammes d'eau.

— M. E. BARTHEZ présente le moule de la tête d'un enfant qui portait une énorme tumeur sous-maxillaire composée de kystes. (Voir l'UNION MÉDICALE du 31 décembre 1857.)

— A propos d'une communication de M. Aran, sur un cas d'accidents survenus après une *revaccination* pratiquée sur une femme de 40 ans, la Société décide que la question de la *vaccination* et de la *revaccination* sera mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances, et que l'observation de M. Aran sera publiée ultérieurement.

Le secrétaire, D[r] E. MOUTARD-MARTIN.

RÉCLAMATION.

M. Dechambre ne nous *requiert* pas d'insérer la lettre suivante, mais *il tient absolument*, ce sont ses expressions, à ce qu'elle soit publiée. Cette lettre doit donc être bien importante ; voyons :

Paris, le 4 janvier 1858.

Mon cher collègue,

Vous terminez vos dernières *Causeries* (numéro du 31 décembre) par un appel à la *concorde* sur le terrain de l'Association. Cet appel est sans doute sincère ; mais il n'est motivé, ce me semble, que s'il est un acte de contrition ; car, au moment même où vous le faites, vous me mettez dans la nécessité de réclamer contre une série d'articulations et d'insinuations tout à fait propres à semer la *discorde*, et d'autant moins excusables qu'ils sont pour moi le prix de procédés confraternels et amicaux, comme le savent très bien les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, comme le sauraient les lecteurs de l'UNION si vous aviez reproduit mes articles comme j'ai reproduit les vôtres.

Dans un numéro bien voisin de celui où vous exprimez de si bons sentiments, vous vous faites l'éditeur d'une vraie accusation de lâcheté, lancée par une autre feuille à laquelle il ne me convient pas de répondre. Vous reproduisez la phrase suivante : « Séparez-nous de ces *rédacteurs de journaux*, qui auraient voulu être vos collaborateurs si vous aviez réussi, et qui sont aujourd'hui contre vous parce que vous vous êtes trompé. » Cette injure ne peut atteindre personne ; mais, à mon égard, elle a un degré particulier de ridicule, puisque mon opposition est d'une date antérieure à celle de l'enquête provoquée par les médecins de Bordeaux. (*Gaz. hebd.* du 4 sept.)

Le même numéro contient une lettre qui commence ainsi : « Un de nos honorables contradicteurs, M. Dechambre, a, je crois, *le premier cité des noms propres*, en parlant des séances consacrées par la commission générale à l'étude de l'annexion des médecins de toute la France à l'Association de la Seine. » Ce n'est pas par moi, c'est *par vous*, mon cher collègue, que les noms propres ont été introduits dans la polémique. Vous aviez, dans l'UNION MÉDICALE du 24 novembre, désigné *nominativement* six confrères comme ayant pris part à la discussion, et c'est seulement pour rectifier votre erreur que j'ai parlé des séances de la commission, dans la *Gazette hebdomadaire* du 27. Vous aviez nommé six personnes : j'en ai nommé deux autres, et vous laissez écrire dans votre journal que j'ai le premier cité des noms propres ! je n'ai pas dit plus que vous « qui avait parlé pour, qui avait parlé contre ; » mais l'eussé-je fait, où serait le mal ? Je respecte assez mes confrères pour ne pas leur supposer le goût des opinions clandestines.

Dans plusieurs numéros antérieurs aux précédents, vous n'avez pas écrit un mot à mon sujet qui ne tendît à me transformer en adversaire, non seulement du projet des médecins de Bordeaux, mais encore de l'Association générale elle-même, et à donner à vos lecteurs la plus fâcheuse idée de moi, comme confrère et comme critique. Ainsi : 1° j'aurais passé pour mettre au service d'une assertion fausse sur le vote de la commission générale « une incomparable dextérité de plume » (UNION, n° 146), si cette commission ne se fût expliquée une seconde fois sur le projet d'annexion ; 2° vous avez stigmatisé en termes désobligeants le soin que j'avais mis (*Gaz. hebd.* du 11 décembre) à préciser le chiffre des votes émis, quand cette supputation n'avait pour but que de rectifier celle que vous aviez faite avant moi (UNION du 8 décembre) ; 3° vous m'avez reproché d'avoir, dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 50), abaissé la cause de l'Association générale au niveau de *questions personnelles*, quand ce même article était consacré précisément à vous arracher aux questions personnelles, où je prouvais, textes en main, que vous descendiez trop souvent.

Quoi que vous ayez dit ou puissiez dire, honoré collègue, j'ose affirmer que si quelqu'un de vos lecteurs jette, par hasard, les yeux sur les n[os] 36, 48, 49, 50, 51 et 52 (1857) de la *Gazette hebdomadaire*, et sur l'article en voie d'impression pour le n° 2 de l'année 1858, il y trouvera ce que l'UNION MÉDICALE ne lui laisse guère présumer, à savoir : la préoccupation sérieuse de tous les intérêts du corps médical, et l'examen consciencieux des moyens qui peuvent amener la satisfaction de ces intérêts. Et, je termine cette lettre comme je terminais un de mes récents articles : « Restons dans l'arène, puisque notre conscience à l'un et à l'autre nous y a fait descendre ; luttons, luttons vivement, s'il le faut, mais courtoisement, et restons amis : *c'est moi qui vous en convie.* »

Agréez l'expression de mes sentiments dévoués.

A. DECHAMBRE.

Nous ne pouvons croire que ce soit pour des pécadilles semblables que M. Dechambre ait pris la peine de nous écrire. De tous ces griefs réunis, il ne peut sortir une accusation tant soit peu sérieuse, rien que ne justifient quelquefois l'émotion, toujours la rapidité de la composition d'un journal. Nos lecteurs connaissent le ton général de notre polémique et de notre discussion, et ce n'est pas auprès d'eux que nous avons à nous justifier d'avoir blessé aucune convenance. Si nous apportions la même susceptibilité que M. Dechambre à lire ses articles et à souligner ses expressions, il nous serait facile de montrer, et par son numéro même de ce jour, que le langage d'Auguste lui convient peu vis-à-vis de nous, et que c'est une singulière manière de convier les gens à l'amitié que de les affubler du rôle sot et ridicule qu'il nous a prêté dans un de ses articles. Ces récriminations sont puériles et nous ne pouvons y voir que le désir fort naturel qu'a éprouvé M. Dechambre de recommander la lecture de son journal aux abonnés de l'UNION MÉDICALE. Spontanément et librement, nous accédons à ce désir, et nous espérons qu'on nous tiendra compte de cet acte véritablement confraternel.

Amédée LATOUR.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 4. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 12 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Coste, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, a lu, devant la Société de chirurgie, une note sur deux désarticulations de l'épaule et une de la hanche; cette dernière et l'une des deux premières ont été suivies de guérison.

En 1852, à propos d'une amputation du pied par la méthode de Chopart, M. Coste a consigné, dans le numéro du 25 septembre de l'UNION MÉDICALE, les idées qu'il professe sur le choix à faire dans les diverses méthodes qui constituent le manuel de ce genre d'opérations. Ces idées sont résumées au commencement de la note lue par M. Coste; nous les reproduisons.

« Dans toute désarticulation, dit-il, quand la lésion laisse au chirurgien le choix de la méthode, il faut : 1° tailler deux lambeaux plutôt qu'un seul, dussent-ils offrir des dimensions différentes. 2° Les tailler de dehors en dedans, pour les avoir suffisants et bien réguliers.

» Les règles que je cherche à généraliser reposent sur les considérations les plus simples.

» D'abord, il est bien évident que, pour l'amputation dans une articulation entourée d'épaisses couches charnues, comme l'épaule ou la hanche, l'opération faite, on maniera mieux deux lambeaux qu'un seul, on les affrontera plus aisément, sans effort, sans tiraillement, parce qu'ils viendront à la rencontre l'un de l'autre, et l'adhésion immédiate aura beaucoup plus de chances de se produire.

» Si, au contraire, vous faites un seul lambeau, vous êtes obligé, pour qu'il rejoigne l'incision opposée, de le tendre plus ou moins fortement et de lui faire subir une inflexion toujours compromettante pour sa vitalité. Survient-il du gonflement, ce lambeau s'écarte et la surface articulaire reste à découvert; vous ne pouvez plus compter sur la réunion.

» Voilà pour le premier précepte.

» Maintenant, au point de vue de la régularité et de la bonne confection des lambeaux, je ne doute pas un instant qu'il ne soit préférable de les faire en allant de la peau vers les parties profondes.

» En effet, dans une désarticulation, les moindre notions d'anatomie apprennent à ouvrir la jointure. La difficulté de l'opération n'est pas là; elle est tout entière dans la manière plus ou moins heureuse de former les lambeaux. L'habileté du chirurgien consiste surtout à tailler des lambeaux qui ne soient ni trop longs ni trop courts, et dont les bords, régulièrement coupés, puissent se joindre exactement par tous les points de leur contour. S'il en est ainsi, et on ne saurait le méconnaître, il sera manifestement plus aisé d'atteindre le but en divisant les chairs d'avant en arrière, que par le procédé inverse; de cette façon l'opérateur pourra, en quelque sorte, sculpter ses lambeaux.

» Sans doute il faut encore, en manœuvrant ainsi, mesurer soigneusement du regard la ligne où devra passer le couteau; mais, incontestablement, le coup d'œil pourra alors moins faire défaut au chirurgien que dans le cas où l'instrument, introduit par embrochement, est dirigé des profondeurs du membre vers la superficie. Ici, on ne saurait nier que le chirurgien agit presque en aveugle; aussi la main la plus exercée peut-elle se tromper.

» Objectera-t-on que la formation des lambeaux de dehors en dedans rend l'opération plus longue, et partant moins brillante? D'abord ce serait là, je crois, un bien faible inconvénient. Qu'importe que l'exécution d'une opération soit un peu moins rapide, si, en définitive, le résultat doit être meilleur? Mais encore, après avoir bien pris ses mesures et pénétrant résolûment dans les chairs, le chirurgien qui opère, selon ma préférence, peut tout aussi promptement achever son œuvre que celui qui procède autrement.

» Un dernier précepte, qui est le corollaire de ceux que je m'efforce de faire prévaloir, c'est que les lambeaux doivent toujours être taillés d'abord, et la désarticulation constituer le temps final de l'opération. »

Des observations elles-mêmes, dont la lecture a suivi cette espèce de préambule, il semble résulter, sans que le dise M. Coste, que les amputations pratiquées tardivement offrent plus de chances de succès que les amputations immédiates, et que les pansements retardés et rares sont une excellente condition de réussite. M. Coste insiste catégoriquement sur ce dernier précepte.

Avant d'indiquer les points principaux de la discussion à laquelle cette communication a donné lieu, au sein de la Société de chirurgie, nous avons à compléter notre précédent *Bulletin* et à mentionner quelques présentations de pièces et de malades.

A l'occasion du procès-verbal, M. Deguise a exprimé une opinion opposée à celle de M. Larrey, sur la coïncidence des fractures et de la paraplégie. Il n'admet pas l'influence de la paralysie sur les fractures, parce que, à Charenton, où les paralysies générales progressives sont très fréquentes, les fractures sont assez rares.

M. Houël a rappelé que, selon Gerdy, les os qui ne servent plus à la marche se ramollissent et deviennent fragiles et mous, au point qu'on peut les couper avec un scalpel.

M. Deguise n'a jamais rencontré ce ramollissement chez les paralytiques.

M. Demarquay dit l'avoir observé chez des malades affectés de tumeur blanche.

M. Houël ayant objecté que la paralysie doit être de date ancienne pour produire la friabilité des os, M. Deguise a répondu que la durée de la paralysie générale n'est pas aussi courte que le croit M. Houël. Il y a des paralytiques qui vivent à Charenton pendant dix et quinze ans.

M. Larrey a enfin signalé une différence entre les faits invoqués par M. Deguise et ceux dont il a entretenu la Société. Dans les trois observations qu'il a rapportées, il n'y avait qu'une paralysie locale.

M. Larrey a présenté un officier de l'armée d'Afrique chez lequel une plaie compliquée de la face et du cou par une balle, a été suivie de l'extraction du projectile six mois après la blessure.

A l'occasion de la présentation de M. Larrey, M. Houël a rappelé que, dans le duel où Dulong fut tué par le général Bugeaud, la balle qui atteignit au front le malheureux député, se divisa en deux moitiés, dont l'une traversa la tête, tandis que l'autre passa entre le crâne et le cuir chevelu.

M. Richard a donné lecture d'une note *sur quelques cas de cancers de la cavité buccale*, adressée à la Société de chirurgie, par M. le docteur Am. Le Plé, ancien interne des hôpitaux, médecin aux Grandes-Ventes, arrondissement de Dieppe.

M. Voillemier a présenté une tumeur du volume des deux poings

Feuilleton.

LE CHOLÉRA SUR LES FLOTTES ANGLAISES ET FRANÇAISES DANS LA MER BALTIQUE ET LA MER NOIRE EN 1854 (1).

A Monsieur Am. Latour.

II

LE CHOLÉRA SUR LES ESCADRES FRANÇAISES (1854) DANS LA BALTIQUE ET LA MER NOIRE.

CAMPAGNE DE LA BALTIQUE.

Le 13 juin, le pavillon amiral réunissait sous ses ordres, à Barosund, 9 vaisseaux, 6 frégates à voiles, 1 à vapeur et quelques navires à vapeur; 22 compagnies d'infanterie de marine et 3 compagnies d'artillerie étaient réparties sur ces divers navires.

La santé générale était aussi satisfaisante que possible lorsque l'escadre arriva dans le golfe de Finlande.

A la fin de juin (dit le docteur Favre) la constitution cholérique se révéla à bord des différents bâtiments par des flux de ventre, des cholérines, que rien ne pouvait expliquer, si ce n'est une influence. J'appris que le choléra sévissait épidémiquement à Pétersbourg, à Cronstadt et dans quelques autres lieux de la Finlande. Tout devint clair aussitôt. Le 22 juin, une première atteinte de choléra foudroyant signalait l'invasion du mal, dès le matin, à bord du vaisseau l'*Austerlitz*; le soir, on y comptait 5 autres cas également graves; le lendemain et les jours suivants, de nouvelles atteintes. Une épidémie très sérieuse, 76 cas, 56 décès, se développait à bord du vaisseau. Elle fut remarquable par la proportion des cas d'une haute gravité; les malades succombaient en quelques heures, et pendant la période dite asphyxique. Débutant avec violence le 22 juin, elle éprouva un ralentissement marqué du 27 au 30 juin, pour reprendre avec une nouvelle vigueur, et s'éteindre définitivement le 13 juillet.

A bord des autres bâtiments français, l'influence cholérique se bornait à des diarrhées dont il était facile de se rendre maître. Les vaisseaux à voile jouissaient d'une certaine immunité; si ceux à vapeur ont plus souffert du choléra, il faut, pour en trouver la cause, avoir égard à l'époque hâtive de leur entrée dans la Baltique et aux fatigues d'une navigation très dure.

Lorsque nos troupes débarquèrent sur la plage de Bomarsund, la population de l'île était déjà atteinte du choléra. Les différents régiments furent bientôt envahis, le mal se propagea aux troupes de marine, et depuis lors, jusqu'au 4 septembre (époque du retour en France), les pertes par le choléra furent excessivement graves. Il ne produisit pas cependant de ravages aussi considérables sur les navires mouillés à Bomarsund. La diversité des résultats est d'ailleurs expliquée par la différence du genre de vie des troupes à terre et de nos matelots à bord.

En effet, quoique ces derniers fussent accablés de travail par suite du transport continu du matériel de l'armée de terre et des vivres, des corvées de toute sorte, ils passaient au moins leurs nuits dans des lieux abrités et relativement sains. Les soldats, au contraire, étaient campés et soumis aux vicissitudes atmosphériques, à l'humidité des nuits; ils se procuraient de l'eau-de-vie de genièvre, étaient exposés tour à tour à une abstinence forcée et à l'intempérance; chez ceux qui étaient brûlés, de jour, par un soleil ardent, et pénétrés de rosée, pendant la nuit, les miasmes générateurs du mal agissaient avec bien plus d'intensité.

Ainsi sur les 9 vaisseaux, ayant un équipage de 7,667 hommes, il y a eu 756 cas de diarrhées ou cholérines, 214 choléras confirmés, dont 113 décès, soit une proportion relativement à l'effectif de 2,7 pour les cas de choléra, de 1,4 pour les décès.

Voici les conclusions auxquelles s'arrête M. Favre, après avoir parfaitement établi que les conditions générales de l'existence des marins à bord des navires de guerre ne peuvent offrir aucune indication en ce qui concerne la génération spontanée du choléra.

1° L'atmosphère est le moyen de propagation du choléra;

2° La communication directe avec les lieux infectés n'est pas absolument nécessaire pour que la maladie soit contractée;

3° On ne peut encore déterminer dans quel rayon l'épidémie conserve sa sphère d'activité;

4° Les rares communications de navire à navire atténuent beaucoup les effets des épidémies;

5° Le choléra est donc une maladie miasmatique, d'une nature essentielle, parfaitement indépendante du climat, du sol et des conditions hygiéniques.

CAMPAGNE DE LA MER NOIRE.

L'épidémie qui s'est montrée en Orient a eu pour point de départ le Midi de la France. C'est à bord des paquebots des Messageries impériales, sortis de Marseille, que se sont déclarés les premiers cas de choléra observés dans la Méditerranée. C'est encore sur des malades déposés par ces bâtiments à l'hôpital de Gallipoli qu'ont apparu les premiers cas de choléra constatés dans les Dardanelles. Les convalescents, renvoyés de l'hôpital de Gallipoli, importèrent cette cruelle affection sur nos bâtiments d'abord, à l'hôpital de Varna ensuite. Les navires à vapeur, par le moyen desquels s'étaient opérés ces transports, arrivèrent à Baltschik, et c'est en premier lieu par le *Primauguet*, en second lieu par le *Magellan*, que l'on peut suivre la ligne pathologique qui, un instant, a relié les ports de la Bulgarie aux ports de la Provence.

Quoique l'état général de la flotte fût satisfaisant à la fin de juillet, tous les vaisseaux reconnaissaient qu'une influence générale dominait la pathologie, les dérangements intestinaux acquéraient une fréquence inusitée.

Ici prennent place deux faits importants dans l'histoire de cette épidémie : d'une part le passage à Baltschik des deux premières divisions de l'armée, qui revenaient de leur expédition dans la Dobrutscha, et leur campement sur les hauteurs qui couronnent cette ville; d'autre part, le transport, par la marine, des malades de ces deux divisions, surtout de la première, laissée à Mangalia et à Kustendjé.

Le 7 août, la division du général Bosquet vint camper au-dessus de Baltschik. Cette division était loin d'avoir souffert autant que la première; elle fournissait cependant un certain nombre de victimes chaque jour, et la marine dut opérer le transport de 80 malades environ, à destination de Varna. La deuxième division resta campée pendant trois jours; des communications fréquentes s'établirent entre elle et l'escadre, et il me paraît indispensable de noter que, le jour de son départ, le fléau s'abat avec une intensité inouïe sur nos vaisseaux. La première division commandée par le général Canrobert, n'arriva aux environs de

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 7 janvier 1857.

occupant le creux du jarret chez un homme adulte. Cette tumeur était dure, et, dans quelques points, un peu élastique. Il était impossible de savoir quel était au juste son point de départ, et si un des condyles du fémur n'était pas intéressé. En tout cas, il n'y avait de possible qu'une amputation de cuisse, à cause de l'altération et de l'amincissement de la peau qui recouvrait la tumeur.

C'est cette opération qui a été faite. Le malade, qui éprouvait des douleurs intolérables par suite de la compression des nerfs, la réclamait comme un bienfait.

La tumeur s'était développée dans la tête du péroné. Examinée par trois personnes, elle donna tous les caractères attribués aux tumeurs fibro-plastiques.

M. Lenoir rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, à la Société, une tumeur du même genre qui siégeait sur les condyles d'un fémur, et avait nécessité la même opération. Il ajoute que le malade, qui passait pour avoir été guéri, a succombé huit mois après à une diathèse fibro-plastique généralisée, principalement dans le tissu osseux.

M. Forget insiste sur la fréquence des récidives et des généralisations des tumeurs fibro-plastiques. Il fait remarquer que, depuis que l'attention de la Société s'est portée sur ce sujet, on a pu constater que, dans l'extrême majorité des cas, ce genre d'affection récidivait sur place et se généralisait.

M. Larrey a vu également la récidive survenir après l'opération chez un malade qui portait à la cuisse une énorme tumeur du même genre. L'observation ayant été déjà en partie communiquée à la Société, M. Larrey annonce qu'il en donnera le complément.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

NOTE SUR LA DURÉE DE L'INCUBATION DANS LA FIÈVRE PALUDÉENNE, OBSERVÉE A BORD DU BRICK-TRANSPORT *la Pintade*.

Si le miasme paludéen est susceptible de donner naissance, en peu de temps, à des accès qui revêtent tout d'un coup le caractère de la plus haute gravité, à des accès pernicieux promptement mortels, on sait aussi qu'il peut rester à l'état latent dans l'organisme humain pendant un temps très prolongé. Il semble parfois nécessaire que des conditions particulières favorisent son action pathogénique sur les forces vitales atténuées par des causes diverses, telles que la fatigue, la souffrance morale, les mauvaises conditions d'hygiène, etc., etc.

Dans cette hypothèse, la manifestation des accès de fièvre ne se trouverait pas sous la dépendance d'une question absolue de temps, mais tiendrait à des causes générales de maladie sévissant sur des organismes imprégnés. Dès lors, on serait porté à penser que toutes les personnes soumises aux émanations marécageuses en reçoivent l'influence, et que les expressions morbides sont liées à des dispositions individuelles, tandis que, chez ceux qui échappent à la maladie, une élimination des principes générateurs, quelque explication physiologique que l'on admette, s'opère dans une période de temps donnée. Celle-ci devra certainement varier suivant les idiosyncrasies; mais il serait intéressant d'en rechercher les limites.

La mobilité des navires permet une foule d'observations très précises sur ces points d'étiologie et les faits qui se sont passés à bord de la *Pintade*, et qui se trouvent consignés dans le rapport du chirurgien-major, M. Segol, sont peut-être dignes de fixer l'attention.

Ce navire, armé en transport avec 31 hommes, reçut la mission d'aller porter des approvisionnements à Saint-Louis, dans le fleuve du Sénégal. Parti de Brest le 23 juin 1857, il fit une courte relâche à Sainte-Croix de Ténériffe, le 10 juillet, et arriva le 21 du même mois à sa destination. Pendant toute cette première partie de la campagne, la santé générale fut excellente parmi ces marins, âgés de 20 à 30 ans et doués presque tous, d'une constitution saine et vigoureuse. Quoique le mois de juillet coïncide avec le commencement de l'hivernage ou mauvaise saison du Sénégal, on n'observa aucun cas de fièvre sur l'équipage pendant les derniers jours de juillet et le commencement d'août; mais la diarrhée et la dysenterie furent assez fréquentes et caractisèrent nettement l'influence du climat. A partir du 16 août, les fièvres intermittentes devinrent fréquentes parmi ces trente et un hommes de l'équipage; sans gravité, elles cédèrent à de faibles doses de sulfate de quinine.

La *Pintade* a séjourné pendant *un mois et huit jours* à Saint-Louis, du 21 juillet au 29 août, date à laquelle elle descendit le fleuve dont elle ne put franchir la barre que huit jours plus tard. Pendant cette relâche, les précautions habituelles dans ces pays ont été rigoureusement mises en pratique : le jour, les tentes garantissaient du soleil; la nuit, les tauds préservaient les ponts et l'équipage d'une rosée aussi abondante qu'insalubre; le travail était suspendu de dix heures du matin à trois heures du soir; la cale était maintenue dans l'état le plus satisfaisant de propreté, et l'eau du fleuve, saumâtre et séléniteuse dans cette saison, était purifiée par la décantation et l'alunage avant d'être versée dans les caisses en fer.

Dès le 5 septembre, c'est-à-dire avant d'être sorti du fleuve, l'équipage voyait s'aggraver son état sanitaire. Deux hommes étaient frappés d'accès pernicieux auxquels l'un succombait le même jour.

La *Pintade* n'arriva à Gorée que le 13 septembre, pour en repartir deux jours après et se diriger vers la France.

Mais ce navire éprouva des vents contraires qui fatiguèrent beaucoup l'équipage et les passagers. Le 21 octobre, trente-six jours après le départ de Gorée, les diarrhées, les dysenteries, les fièvres intermittentes s'accrurent en nombre et en intensité, ce qui était dû à la persistance du mauvais temps, à l'humidité permanente provenant des coups de mer, à l'impossibilité d'aérer suffisamment l'entrepont et l'hôpital du bord, à la privation de vivres frais, etc.

On relâcha pendant trois jours à Sainte-Croix de Ténériffe.

C'est précisément le lendemain du jour où la *Pintade* reprit la mer, que se développa, du 25 octobre au 10 novembre, une véritable épidémie de fièvre intermittente. En moyenne, on enregistra six accès par jour, invalidant ainsi un cinquième de l'équipage, et les marins qui n'en avaient pas encore été atteints précédemment, le furent tous à cette époque.

Ces hommes avaient-ils été infectés pendant leur séjour à Saint-Louis, par le miasme paludéen, et la maladie était-elle la suite de cette infection se manifestant *après une incubation de cinquante jours?* On n'en saurait douter; tout en reconnaissant la part d'influence qu'ont dû exercer l'encombrement produit par les passagers, le manque d'aération, celle-ci s'effectuant seulement par une écoutille étroite que le gros temps contraignait de maintenir fermée, l'humidité générale, due en grande partie au non renouvellement de l'air, le découragement qui devait naître d'une traversée aussi longue, aussi pénible, etc.

En résumé, il est difficile de constater d'une manière plus précise l'influence endémique d'une localité : trente-et-un hommes, jouissant du meilleur état de santé, en conservent tous les avantages pendant une traversée de vingt-huit jours, et les auraient conservés encore, sans aucun doute, quelque prolongée qu'eût-été une navigation les conduisant dans des pays salubres. Pénétrant immédiatement dans le fleuve du Sénégal au moment où commence l'hivernage, ils ne tardent pas à souffrir de maladies climatériques prenant la forme de diarrhées et de dysenterie, à laquelle succombe un homme le 15 août. Bientôt se manifestent les résultats de l'imprégnation paludéenne; faible d'abord, elle arrive à produire l'état pernicieux et mortel. L'éloignement du lieu où s'est puisé le germe de la maladie ne suffit pas pour mettre un terme aux accidents, et, plus de cinquante jours après la sortie du fleuve, la fièvre intermittente se déclare encore chez des hommes qui avaient résisté jusque là aux fatigues excessives d'une navigation contrariée et à la dépression vitale déterminée par des privations nombreuses.

SENARD.

THÉRAPEUTIQUE.

ENCORE UN MOT SUR L'EMPLOI DE SULFATE DE CUIVRE EN NATURE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES OPHTHALMIES CHRONIQUES;

Par le docteur ROUAULT, médecin à Rennes.

Le sulfate de cuivre est pour nous l'agent le plus précieux de la thérapeutique oculaire.

Déjà nous avons cherché à établir son efficacité dans notre brochure sur les principaux agents anti-ophthalmiques (1) et dans un mémoire que nous avons adressé dernièrement à l'Académie de médecine. Ce moyen constitue, en effet, dans l'espèce, la médication la plus sûre, la plus puissante et la plus rapidement suivie de succès.

Il consiste à toucher énergiquement et vigoureusement toute la surface interne des paupières avec un crayon mousse de sulfate de cuivre. Cette opération ne se pratique généralement qu'une fois pour toutes et elle diffère totalement d'une autre méthode plus connue et plus usitée et qui consiste à passer très rapidement le crayon sur la muqueuse palpébrale, et à répéter cet attouchement léger et superficiel tous les jours ou tous les deux jours.

Celle-ci est bien loin d'avoir la même énergie que la première. Elle n'est même véritablement utile que dans les ophthalmies externes, c'est-à-dire les blépharites, les conjonctivites, les kérato-conjonctivites légères et récentes. Mais dans les phlegmasies oculaires anciennes et profondes, telles que la kératite interstitielle, la kératite vasculaire, la kératite ulcéreuse, etc., etc., son insuffisance et même sa complète impuissance, m'est surabondamment démontrée. C'est dans ces cas graves que nous avons recours à notre méthode, la seule, nous ne craignons pas de le dire, dont les résultats soient constants et soutenus.

Elle a, sur la précédente, des avantages incontestables. Ici, il ne s'agit plus d'un simple attouchement timide, rapide et superficiel, mais d'une application hardie, profonde, et qui doit être prolongée jusqu'à ce que la muqueuse palpébrale ait pris une coloration bleuâtre. Si cette médication n'est pas toujours du goût de certains individus timorés et pusillanimes, il n'en est pas moins vrai qu'elle a sauvé la vue à un grand nombre de personnes qui l'eussent irrémédiablement perdue par des moyens moins actifs.

(1) En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 1 fr. 50 c.

Baltschik que le jour où nous appareillions de cette rade, et ne put conséquemment exercer aucune influence directe.

Ce récit semble bien favorable à l'opinion des contagionistes. Il serait difficile de ne pas être frappé du mode de propagation qui a signalé la marche de cette épidémie; mais, en pareille matière, il importe de recueillir tous les faits avant de s'arrêter à une opinion définitive, et l'observation suivante ne manque pas d'intérêt.

Les vaisseaux le *Friedland* et le *Jean-Bart*, après une croisière sur les côtes de Crimée, arrivent en rade de Baltschik sans avoir eu aucune communication avec la terre, et, le jour même de leur arrivée, ils présentent un cas de choléra. Cette manifestation se produit avant toute relation avec l'escadre, dans laquelle il n'existait, du reste, aucun symptôme d'épidémie, alors que les dérangements intestinaux, signalés à la fin de juillet, tendaient à disparaître.

D'autre part, s'il reste évident que le choléra laisse une trace incontestable de son passage, il n'est pas moins évident que le contraire peut avoir lieu. Plusieurs de nos frégates à voiles ou à vapeur ont été occupées au transport de nombreux malades laissés à Mangalia et à Kustendjé. Parmi ces bâtiments, les uns ont reçu 200 cholériques, les autres 300, d'autres 500; l'encombrement a été extrême; les difficultés du service médical et hygiénique, inouïes. On a dû concevoir les plus graves appréhensions sur les suites de cette mission délicate. Ces tristes prévisions ne se sont pas réalisées; une immunité, pour ainsi dire absolue, a été le partage de la corvette le *Primauguet*, des frégates le *Cacique*, le *Descartes*, et la *Calypso*. Sur la frégate le *Magellan*, on a enregistré dans son équipage, pendant et après cette opération, quelques cas de choléra d'une haute gravité.

Quel parti prendre, pour ou contre la contagion? Convenons que les faits se catégorisent mal dans les opinions exclusives sur cette matière, et que l'on peut aisément trouver des faits à l'appui de celle dont on se fait le défenseur. Celui qui apprécie les faits pour ce qu'ils sont et non pour ce qu'il veut qu'ils soient, n'y trouve pas motif à conviction absolue. On pourrait avancer que le *Primauguet* avait subi une épidémie, et que son aptitude à en recevoir la nouvelle influence s'était éteinte; mais que dire pour la *Calypso*, le *Descartes* et le *Cacique* qui n'avaient pas eu ce triste privilége, et qui n'en ont pas joui du même bénéfice?

Le 9 août, le choléra éclate sur les divers vaisseaux de la flotte; il se manifeste par les excès les plus redoutables. En quelques heures, la deuxième batterie du *Montébello* et de la *Ville-de-Paris* se trouve métamorphosée tout entière en hôpital. Ce jour-là même, un orage violent et une brise de N.-O. qui passait avant de nous arriver sur la division Canrobert, séparée par quelques lieues à peine de Baltschik, nous surprirent au mouillage; mais pendant que presque tous les vaisseaux sont frappés d'une manière si formidable et si cruelle, le *Henri IV* et quelques frégates mouillées sur la rade n'offrent que quelques cas isolés.

Inexplicables mystères, dont les voiles ne semblent pas pouvoir être soulevés, s'écrie avec raison M. Marroin.

On ne peut aussi se rendre compte des singulières inégalités d'influence qui se sont produites : sur le vaisseau de premier rang le *Charlemagne*, l'épidémie est bénigne; sur le vaisseau de deuxième rang le *Jean-Bart*, elle ne frappe pas avec la violence déjà signalée, mais elle persiste beaucoup plus longtemps que sur les autres vaisseaux. Enfin, deux vaisseaux de même force, d'une construction ancienne tous deux, armés dans les mêmes conditions, naviguant dans les mêmes parages, soumis à des conditions identiques d'hygiène, la *Ville-de-Marseille* et l'*Alger*, forment un véritable contraste, le premier par l'exagération, le second par la modicité des pertes.

En résumé, ce qui ressort avec le plus d'évidence, c'est la rapidité foudroyante de cette épidémie qui, dans l'espace de huit jours, moissonne 800 marins environ de l'escadre. La brusquerie des périodes d'invasion et d'augment ne peut se comparer qu'à la brusquerie des périodes de déclin et de terminaison. Je doute fort que les annales des épidémies aient jamais enregistré le passage aussi rapide d'un fléau plus destructeur.

Le fait le plus saillant qui se soit dessiné pendant cette épidémie, c'est l'existence d'une forme tétanique : le délire a été une complication assez fréquente.

La question de l'existence de la diarrhée prémonitoire n'a pas été résolue par un commun accord entre les chirurgiens-majors de l'escadre; le plus grand nombre croit l'avoir observée.

Le plus souvent la durée de la maladie, dans les cas mortels, a été de huit, neuf, dix et onze heures. Les cas les plus foudroyants n'ont eu qu'une durée de trois heures.

L'épidémie a surtout exercé ses ravages parmi les hommes employés au service des embarcations : les gabiers et les peintres, que leur service isole le plus généralement de l'air supposé confiné à l'intérieur des vaisseaux, sont loin d'avoir joui d'une immunité.

On n'a constaté, dans toute l'escadre, que 2 victimes appartenant aux états-majors.

Voici comment M. Marroin résume son rapport :

« Mortalité excessive et insensibilité pour ainsi dire à l'action médicamenteuse pendant la période algide au début formidable de l'épidémie; presque généralité des convalescences franchement prononcées; rareté et bénignité des états typhoïdes consécutifs; tels ont été les caractères généraux de l'épidémie dont j'ai pu suivre les développements heure par heure sur le vaisseau la *Ville-de-Paris*. »

Après avoir exposé fidèlement les remarquables rapports dont j'ai cherché à faire connaître la substance; après les avoir pour ainsi dire complétés par ses savantes réflexions, le docteur Sénard conclut en ces termes :

« Le choléra est une maladie miasmatique, de nature essentielle, parfaitement indépendante du climat, du sol et des conditions hygiéniques. »

Comment se propage-t-il? Que ce soit par infection ou par relation directe, toujours est-il que la transmissibilité est une propriété qu'il possède, et dont la connaissance est acquise aujourd'hui. Conséquemment, l'isolement prescrit par le commandant en chef, à l'égard des navires où la maladie s'est déclarée, est une mesure de haute prudence.

M. Sénard insiste sur cette idée que nous adoptons complétement, à savoir : « que la connaissance des épidémies ne peut être acquise que par les marins, et si les médecins de l'armée navale se pénètrent bien des moyens de rechercher les conditions dans lesquelles les épidémies naissent et se propagent, ils feront faire à la science des progrès sérieux sur un point très obscur d'étiologie. Ces progrès bien constatés auront une influence décisive pour l'emploi des moyens prophylactiques, dont les populations, déterminées par un sentiment général qui domine les spéculations particulières, sauront reconnaître les avantages. »

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

Voici, en résumé, quels sont ses principaux effets thérapeutiques.

Le lendemain de son application et les jours suivants, on constate que la sensibilité de l'œil à la lumière est notablement moindre ou même qu'elle a complétement disparu. Ce résultat est constant. Aussi la cautérisation telle que nous la pratiquons est-elle le remède par excellence de la photophobie; on observe, en outre, que la rougeur et l'épaississement de la conjonctive marchent rapidement vers la résolution; que les ulcères de la cornée ont une tendance à se déterger, à se modifier; mais le plus remarquable et le plus important tout à la fois de tous les changements est celui qui concerne le trouble des milieux transparents de l'œil. Ce trouble diminue, en effet, d'une manière véritablement surprenante. Que la lymphe soit déposée au fond d'un ulcère, dans l'épaisseur de la cornée, qu'elle soit rassemblée en masse ou en plaque, elle ne s'en dissout pas moins comme par enchantement.

En général, la résolution des symptômes phlegmasiques commence trois à quatre jours après l'application du caustique. L'amélioration augmente ensuite graduellement chaque jour, jusqu'au quinzième, époque à laquelle la guérison est ordinairement complète.

Il est vrai qu'avec le collyre simple et la cautérisation légère on arrive quelquefois à un semblable résultat, mais l'amélioration n'est souvent qu'apparente, et la phlogose oculaire reparait quelques jours après. Il n'en est pas de même après l'emploi de notre méthode; la guérison est définitive, et, dans le grand nombre de cas où nous l'avons vue se produire, elle est presque toujours restée solide et durable.

Nous allons rapporter ici quelques nouveaux faits en faveur de cette médication, qui, en raison de sa grande puissance thérapeutique, mérite de fixer l'attention des corps savants :

Serait-elle donc moins heureuse que l'occlusion ou que le séton filiforme ou microscopique ?.....

Voici ces faits :

I. — Mlle M..., âgée de 16 ans, grande, bien constituée, est atteinte, depuis sa première enfance, d'une inflammation de l'œil droit qui a résisté jusqu'ici à tous les moyens ordinaires, tels que collyre, purgatifs, calomel, vésicatoires. La marche de cette affection est essentiellement chronique. Cependant, tous les douze ou quinze jours, il y a retour de l'état aigu qui s'annonce par une augmentation de la douleur, de la rougeur et du larmoiement. La photophobie est alors portée à un très haut degré. Tous ces symptômes se calment au bout de quelques jours, pour se montrer de nouveau plus intenses, très peu de temps après. Lorsque je vis la malade pour la première fois, l'inflammation était très violente et j'éprouvai beaucoup de peine à entr'ouvrir les paupières. Cependant je pus constater que j'avais affaire à une kératite vasculaire; la cornée était notablement troublée et sa demi-circonférence inférieure était recouverte de vaisseaux nombreux en forme de faisceaux, dont la base se continuait avec les vaisseaux de la conjonctive enflammée. Comme cette jeune fille était très nerveuse et très excitable, j'eus d'abord recours à la cautérisation légère et superficielle, que je renouvelai tous les deux ou trois jours, et que je continuai pendant une quinzaine. J'obtins, de cette manière, une amélioration notable qui me fit croire un instant que j'allais arriver à une guérison solide. Mais mon attente fut trompée, car, malgré l'usage du même moyen, la phlegmasie se reproduisit avec une égale intensité. Je me décidai alors à pratiquer la cautérisation suivant notre procédé ordinaire. Douze jours après, tous les signes d'inflammation avaient complétement disparu. La cornée avait repris sa transparence et la vision était parfaite. Depuis lors, il y a de cela un an, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

II. — Un petit garçon de 6 ans me fut conduit par sa mère pour une inflammation de l'œil droit, qui datait de huit mois. La cornée présentait, vers son tiers inférieur, une petite tache à laquelle se rendaient plusieurs vaisseaux appartenant à la conjonctive oculaire. Celle-ci était rouge et légèrement œdémateuse. Il existait peu de sensibilité de l'œil à la lumière. Depuis l'apparition de la maladie, le traitement avait consisté dans des instillations du collyre au nitrate d'argent, et malgré la persévérance et le soin qu'on mit à suivre cette médication, le petit malade n'en éprouva que fort peu d'amélioration. Je le cautérisai énergiquement, et quinze jours après on me le ramena : il était radicalement guéri. Il y a six mois que j'ai soigné cet enfant, et, jusqu'à présent, aucun signe d'inflammation n'a reparu. Tout me porte donc à croire que sa guérison est définitive.

III. — Une petite fille de 12 ans présentait sensiblement le même cas que ci-dessus. Seulement la vascularisation de la cornée était plus profonde et plus étendue, de façon que la vision était, sinon absolument détruite de ce côté, du moins notablement obscurcie. Cette ophthalmie existait depuis plusieurs années et avait offert dans sa marche ces alternatives de mieux et de pire qui distinguent la kératite dont il s'agit. Je la soumis pendant près de trois semaines à la cautérisation superficielle de la face muqueuse des paupières, que je répétai tous les trois jours, sans obtenir de résultat appréciable. En voyant l'inutilité de ce traitement, je pratiquai la cautérisation profonde, et une seule application suffit encore pour amener très promptement une guérison qu'on n'avait pu obtenir par l'emploi successif de tous les autres moyens.

IV. — Marie H..., domestique, 17 ans, très fortement constituée, et d'une excellente santé habituelle, fut prise, il y a dix-huit mois environ, d'une ophthalmie qui l'obligea à quitter sa place. Lorsqu'elle me consulta pour la première fois, et il y a de cela six mois environ, je reconnus qu'il s'agissait d'une blépharite granuleuse compliquée d'une blépharite ciliaire. Tout cela n'existait que d'un seul côté. Les granulations étaient fines, petites, et s'observaient principalement sur la paupière inférieure et au niveau de l'angle oculo-palpébral. Je lui conseillai alors un collyre au sulfate de cuivre à 25 centigrammes de sel pour 30 grammes de véhicule, et une pommade au précipité rouge, dans la proportion de 1 gramme de bioxyde pour 15 grammes de cérat. Sous l'influence de ce traitement, qu'elle continua pendant près d'un mois, son état s'améliora sensiblement et elle put rentrer en place. Mais comme les granulations n'étaient pas détruites, il y eut retour de l'état aigu, et la conjonctive et la cornée redevinrent le siége d'une violente phlegmasie. L'emploi des mêmes moyens que ci-dessus fut suivi d'un mieux très appréciable; cependant, il restait toujours un peu de rougeur de l'œil, et, à des époques très rapprochées, on voyait reparaître l'inflammation, qui ne s'éteignait que pour se rallumer plus intense quelques temps après. La kérato-conjonctivite, qui se manifestait alors, était évidemment sous la dépendance de l'état granulé de paupières, et, pour en voir la fin, il fallait de toute nécessité faire cesser les granulations qui l'entretenaient et qui en étaient aussi la cause déterminante. Le sulfate de cuivre fut employé avec le même succès qu'à l'ordinaire, et cette jeune fille, dont l'œil maintenant est fort bon, paraît débarrassée pour toujours d'une affection qui la mettait dans l'impossibilité presque absolue de gagner sa vie.

A l'occasion de ce fait, nous ferons remarquer que l'état granuleux des paupières n'est modifié favorablement par notre méthode que dans les cas où les granulations sont encore récentes, molles et petites. Si, au contraire, elles sont anciennes, dures et volumineuses, la cautérisation, quelque profonde qu'on la pratique, est insuffisante ou souvent même complétement inutile. Nous pensons donc que le meilleur moyen de la détruire est de recourir à l'excision seule ou combinée à la cautérisation.

De tous les faits qui précèdent, et auxquels nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, il résulte donc encore que le sulfate de cuivre en nature employé hardiment et suivant les indications que nous avons formulées est peut-être, sans contredit, l'agent le plus utile de toute la matière médicale de l'ophthalmologie moderne. Que les praticiens lui fassent donc subir la rude et sûre épreuve de l'expérience, et ils arriveront, nous n'en doutons pas, à des résultats aussi positifs que satisfaisants.

REVUE GÉNÉRALE.

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE; — EMPLOI PROLONGÉ DE LA BELLADONE.

Une jeune fille, remplissant les fonctions d'infirmière, et atteinte d'une incontinence *nocturne* d'urine depuis l'âge de 8 ans, était traitée, depuis huit mois pour cette affection, par M. le professeur Trousseau. Voici la manière dont M. le docteur Chaillou rend compte de cette observation : La malade prit d'abord 1 centigramme d'extrait alcoolique de cette plante, puis 2, puis 3, puis 4, puis 5 centigrammes à la fois. Dès les premières semaines, cette médication amena un amendement considérable, puisque la malade n'urinait plus qu'une fois la nuit au lieu de deux. L'affection devint même, pour ainsi dire, intermittente; ainsi la malade restait deux ou trois nuits sans uriner, puis l'incontinence reparaissait encore pendant cinq à six nuits. La dose d'extrait fut portée progressivement à 10 centigrammes. Nouvelle et importante amélioration : trois nuits mauvaises et six complétement bonnes. La dose d'extrait fut élevée à 15 centigrammes. Cette fois, la jeune fille fut trente-quatre jours sans uriner la nuit, et il est permis de penser qu'un succès complet eût couronné cette persévérance dans l'emploi d'un moyen thérapeutique, comme il est arrivé déjà plusieurs fois dans la longue expérience de M. le professeur Trousseau. Malheureusement, le sujet de cette observation fut pris tout à coup d'une angine dipthéritique qui passa rapidement par toutes ses phases, et finit par enlever la malade. — (In *Journ. de méd. et de chirur. prat.*, 1857.)

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE CONGESTION RACHIDIENNE.

M. le docteur Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort, donne la relation d'une épidémie de congestion et de méningite rachidiennes qui s'est déclarée à cet hôpital dans le service des jeunes filles (enfants trouvés). Cette épidémie a été curieuse par sa marche et par sa terminaison; en effet, les malades, à l'exception d'une seule, n'ont rien éprouvé du côté de la tête, et chez toutes la terminaison a été heureuse; tandis que les autres donnent comme peu probable la guérison de la méningite rachidienne. Sur 19 malades, 10 étaient atteintes de congestion, et les 9 autres de méningite rachidienne. Les symptômes de cette dernière ont été très tranchés; seulement, le long de l'épine, crampes dans les membres inférieurs, paralysie de ces mêmes membres, contraction des muscles, opisthotonos. Chez quelques-unes, le début a été subit; chez d'autres, la maladie s'est annoncée par des fourmillements, des engourdissements dans les membres inférieurs et un malaise général pendant quarante-huit heures. Chez trois malades, il y a eu un véritable opisthotonos; deux autres l'ont présenté d'une manière moins marquée. La durée a varié, pour la méningite, de 50 à 75 jours, et pour la congestion de 15 à 40 jours. Le traitement n'a présenté rien de bien remarquable. — (In *Arch. gén. de méd.*, janvier 1858.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

(EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.)

Séance du 7 novembre 1857. — Présidence de M. Am. Forget.

La correspondance comprend :

Un mémoire *sur l'emploi du séton filiforme* et la relation d'une *opération de rhinoblépharoplastie*, par M. Bonnafont.

Qu'est-ce que la fièvre puerpérale ? Étude sur les maladies des femmes en couches, par M. le docteur Gallard.

Études sur le scorbut à l'armée d'Orient, par M. le docteur Perrin (Maurice).

M. Perrin lit un rapport sur les travaux et la candidature de M. Gallard; les conclusions sont : Déposer honorablement aux archives les travaux de M. Gallard et en admettre l'auteur au nombre des membres titulaires de la Société médicale d'émulation de Paris.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La discussion est ouverte sur le rapport de M. Perrin.

M. Lallemand : Parmi les questions importantes que soulève le rapport si remarquable que vous venez d'entendre, il en est une sur laquelle je vous demanderai la permission de présenter quelques réflexions, et elle me paraît importante, car elle est à la fois une question de fait et une question de doctrine.

Il s'agit de l'observation présentée par M. Gallard, et ayant pour sujet une fièvre larvée. Tout en m'associant pleinement à la première des considérations de M. le rapporteur sur la fièvre larvée, j'exprimerai le regret qu'il n'ait pas assez insisté, par une discussion approfondie des éléments du diagnostic, sur la signification réelle de la maladie qui fait le sujet de l'observation de M. Gallard. Il ne suffit pas, pour reconnaître à une affection palustre le caractère d'une fièvre larvée, qu'elle présente des phénomènes morbides plus ou moins caractérisés, quand même ceux-ci seraient assez intenses ou assez prédominants pour masquer la maladie et changer sa forme primitive. La plupart des fièvres palustres, je parle surtout de celles des pays chauds, présentent à l'observation deux ordres de phénomènes très distincts dans leurs manifestations, mais liés l'un à l'autre par un rapport étroit de causalité : le premier, l'élément palustre qui représente l'état morbide fondamental, et auquel s'attaque directement le quinquina; le second comprend la série complexe de déterminations morbides qui se manifestent sur plusieurs organes, et qui sont liées à la cause fondamentale, soit que la fièvre seule soit toute la maladie, soit qu'il existe en même temps dans l'économie un état pathologique distinct qui agit comme épine et devient l'occasion d'une détermination morbide spéciale.

Ainsi, la fièvre pernicieuse ne pourra jamais être prise pour une fièvre larvée, même quand elle présente des formes qui paraissent s'éloigner complétement de la phénoménisation habituelle des fièvres intermittentes, telles que la fièvre dysentérique, la fièvre cholérique, la fièvre soporeuse.

Il en est de même des fièvres rémittentes et des subintrantes; celles-ci sont presque toujours accompagnées d'accidents formidables du côté des centres nerveux et du tube digestif, accidents qui vont jusqu'à simuler parfaitement des affections typhoïdes, des méningites, des inflammations gastro-intestinales.

Dans ces cas, il faut distinguer deux choses : l'accès fébrile détermine nécessairement une congestion plus ou moins vive sur les centres nerveux et les viscères splanchniques; si l'apyréxie est assez longue et assez complète, ces congestions produites par les accès auront le temps de se résoudre avant l'accès suivant; mais il n'en sera plus de même si l'apyrexie est très courte ou si elle est incomplète; chaque accès viendra ajouter un nouvel afflux à l'afflux précédent. Or, une congestion permanente sur un ou plusieurs viscères, liée à l'élément morbide fondamental par un rapport étroit de génération, modifiera les caractères extérieurs de la maladie sans en changer la nature; d'un autre côté, il peut se faire que, en dehors de la fièvre palustre et parallèlement à elle, un état morbide particulier se développe. Dans les pays chauds, ce sont surtout les affections de forme bilieuse dont le siége est dans l'estomac ou l'organe hépatique ou bien des dysenteries.

On comprend que la fièvre palustre survenant, les congestions qu'elle provoque se fixeront de préférence sur les organes déjà malades et donneront lieu à des déterminations morbides plus intenses; on aura alors deux maladies réunies en une seule et assez difficiles à débrouiller, en un mot on aura une fièvre mixte.

Dans tous ces cas, vous ne pourrez pas dire que la maladie primitive est masquée par ces phénomènes, qui n'en sont que les effets, et que vous avez affaire à une fièvre larvée.

Les faits sont encore plus significatifs, quand il s'agit des fièvres continues, que Torti appelait pseudo-continues, non parce qu'elles ne présentent pas une continuité parfaite, mais pour les distinguer des maladies fébriles continues, liées à un état pathologique différent de l'intoxication marématique.

Là vous n'avez plus la moindre apyréxie, vous n'avez qu'une maladie fébrile parfaitement continue avec quelques paroxysmes irréguliers dans l'époque de leur apparition. Appellerez-vous cette affection une fièvre larvée; direz-vous que la fièvre intermittente légitime a été masquée sous la manifestation d'accidents continus? Pas le moins du monde, vous avez affaire à la plus haute expression de l'intoxication marématique; cela est si vrai que souvent ces affections débutent par l'intermittence, qui fait place à la continuité, après laquelle revient l'intermittence au déclin de la maladie. En outre, ces fièvres continues ne se montrent que lorsque la chaleur de l'été a provoqué un plus grand développement de miasmes palustres, et elles remplacent les fièvres intermittentes simples et les rémittentes, qui reparaissent avec la diminution d'activité des effluves marématiques.

Il est donc nécessaire pour s'entendre de préciser et de limiter la signification des fièvres larvées, et l'on ne doit comprendre, sous cette dénomination, que des accidents morbides accompagnés ou non d'un état fébrile, qui constituent uniquement l'expression de l'intoxication palustre, et qui manifestent cette cause par leur marche et leur traitement.

Ainsi, une congestion cérébrale, une ophthalmie, une névralgie produites par les effluves palustres, se présentant sans autres phénomènes morbides avec une marche intermittente, se guérissant par le quinquina : voilà des fièvres larvées.

J'aborde maintenant la question de fait. Le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Gallard avait-il une fièvre larvée ? D'après ce que je viens d'exposer, on comprendra que je ne suis pas disposé à l'admettre. Dans ce cas, l'élément morbide primitif était bien une fièvre intermittente légitime, c'est-à-dire due à une intoxication palustre; si les accidents observés du côté de la tête et du tube digestif, et qui se sont traduits par du délire et des vomissements, étaient liés à la même cause, ils ne constituaient par conséquent que des déterminations de la fièvre primitive, et la maladie, au lieu d'être une fièvre larvée, n'était plutôt qu'une fièvre rémittente à forme cérébrale et gastrique; mais il faudrait savoir si, dans le pays où la maladie a été observée, les fièvres rémittentes apparaissent dans une saison aussi peu avancée que l'est le mois de juin; il ne me paraît pas en outre très probable qu'une fièvre rémittente puisse durer sans modifications bien marquées et sans traitement spécifique, pendant plus de deux mois.

A quoi rapporter alors les accidents cérébraux et gastriques? Comme le malade avait des habitudes d'ivrognerie invétérées, je me demande si ces accidents ne seraient pas dus à un *delirium tremens* aigu, compliquant la fièvre intermittente. J'exprime cette opinion, parce que j'ai vu souvent le délire et les symptômes du *delirium tremens*, hallucinations, insomnie, tremblement, etc., etc., se développer avec une grande rapi-

dité en Afrique, chez les ivrognes atteints de fièvre intermittente, même simple.

M. Gilette pense que, par fièvres larvées, on doit entendre ces manifestations dans lesquelles on observe surtout l'élément intermittent, mais sans fièvre, et qui ne se rattachent aux maladies fébriles que par l'intermittence; ce qui est bien différent de fièvres intermittentes ou rémittentes, avec manifestations morbides vers quelque centre organique.

L'un des secrétaires, Dr Ch. Clairin.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

British medical Journal. — Juin, juillet, août 1857.

CAS DE MONSTRUOSITÉ, par le docteur Ch. Murray. — Le 4 juin 1857, A. C... accoucha d'un enfant à terme et bien portant. Il était bien conformé, les membres étaient complets et bien développés. Entre le sternum et l'ombilic, sort le corps d'un autre enfant plus petit. Il est également complet, sauf les extrémités supérieures qui sont rudimentaires, et la tête qui manque. L'enfant parasite est comme l'autre, du sexe masculin; il a un pénis et un scrotum, mais l'urètre, s'il y en a, est imperforé, ainsi que l'anus. L'enfant s'est développé depuis sa naissance, et rien n'a empêché l'accomplissement normal de toutes ses fonctions; mais il souffre et crie si l'on vient à bouger le corps de l'autre enfant.

FRACTURE DE LA CUISSE POUR LA QUATRIÈME FOIS, A LA MÊME PLACE, par le docteur G. Humphry. — Sarah Hales, 60 ans, se prend le pied dans un tapis, en 1847, et tombe; elle se casse la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou; sept semaines après elle se levait, et, à la fin du troisième mois, elle marchait. En 1850, elle glissa sur une épluchure de pomme de terre, tomba et se cassa la cuisse gauche au même endroit que la première fois: onze semaines après, la réunion était complète et la malade marchait seule. En 1852, elle était assise par terre, elle veut se relever, sa main glisse et elle tombe sur le genou gauche; elle se casse la cuisse, pour la troisième fois, à la même place. Au bout de trois mois, elle est de nouveau guérie. En janvier 1856, elle tomba sur la route, la cuisse se cassa pour la quatrième fois; elle souffrait peu, et ne savait l'accident que par l'impossibilité où elle était de se servir de son membre: on pouvait craindre que la réunion ne se fît pas; cependant, après être restée dix-huit semaines dans un appareil contentif, elle put se lever et marcher avec des béquilles, qui bientôt lui devinrent inutiles; la réunion était complète, osseuse et solide.

FRACTURE SPONTANÉE DES DEUX CUISSES, par le même. — Sophie Low, 56 ans, raconte qu'elle s'est cassé les deux cuisses dans les circonstances suivantes: depuis quelques années, elle avait une douleur qui, partant du milieu de la cuisse, s'irradiait dans tout le membre. Deux jours avant l'accident, elle se donna un coup au gros orteil, elle éprouva une vive douleur dans la cuisse. Enfin, elle marchait, quand il lui sembla qu'elle s'était attrapé le pied gauche, elle tomba; elle affirme que la cuisse était cassée avant qu'elle ne soit arrivée par terre. On appliqua un appareil, et, cinq semaines après, elle était guérie. A la fin de décembre 1856, elle éprouva la même douleur dans la cuisse droite. Le 1er mars, elle trébucha, et, avant d'être tombée à terre, elle sentit sa cuisse cassée. Le membre fut placé dans un appareil; la réunion s'est faite complétement.

TUMEUR UTÉRINE SIMULANT UNE GROSSESSE, par le docteur C. Cowan. — Une femme était accouchée pendant la nuit; le lendemain, l'utérus était encore gros comme s'il y avait un second enfant. Il n'y avait pas de présentation de membranes à l'orifice utérin comme dans les cas de jumeaux. Le stéthoscope donnait à l'oreille le double bruit du cœur fœtal. La femme mourut d'épuisement; on trouva l'utérus gros comme s'il contenait un fœtus; c'était une grosse masse fibreuse, et non un enfant.

TUMEUR DU DOS, DATANT DE QUARANTE-SEPT ANS, par le docteur W. Collyns. — Marie Wills, 77 ans; à l'âge de 30 ans, elle se plaignit d'une douleur entre les épaules; bientôt en ce point parut une petite grosseur indolore; dix ans après, elle était grosse comme une orange; elle était indolente, un peu molle, sans adhérences cutanées ni aponévrotiques. A cette époque, l'auteur lui proposa plusieurs fois de l'opérer; elle s'y refusa. Il ne revit la malade que vingt ans après, en 1848. Il la présenta à l'Association médicale d'Exeter; la tumeur pouvait bien peser alors 25 livres. Un des membres de la Société lui offrit de l'opérer; elle refusa encore.

Voyageant dernièrement dans le pays de cette malade, le docteur Collyns fut surpris de la trouver encore en vie. Il y avait deux ans qu'elle gardait le lit; elle était réduite à l'état de squelette. La tumeur qui, en 1853, avait grossi jusqu'au poids supposé de 40 livres, avait diminué graduellement, mais, en 1857, elle était encore énorme; elle pendait jusqu'au milieu du dos, recouverte d'une peau lâche sous laquelle couraient un grand nombre de veines dilatées; elle n'était pas très douloureuse, et l'on pouvait facilement la soulever. La longueur de cette tumeur est maintenant de 2 pieds 9 pouces; la largeur, 16 pouces; la circonférence à sa partie supérieure est de 12 pouces, à sa partie inférieure, elle est de 24 pouces. L'auteur pense que depuis longtemps cette tumeur se serait ulcérée, sans les grands soins de propreté dont la malade est entourée.

CAS DE SEXE DOUTEUX, par le docteur G. Hewett. — Une enfant de 5 ans, nommée Élisa F..., et supposée être du sexe féminin, est présentée au docteur Hewett pour être traitée d'une hypertrophie du clitoris. Une opération avait été faite quelque temps auparavant par un habile chirurgien de province, pour enlever ce corps; mais on ne peut avoir de renseignements positifs sur cette opération. Ce prétendu clitoris se développa de nouveau et acquit un volume plus considérable encore. Cette enfant offrait un aspect bien remarquable: à l'âge de 3 ans, il avait commencé à pousser sur le pubis du poil qui s'était extraordinairement développé: on trouvait deux lambeaux de peau ressemblant exactement aux lèvres des femmes, et dans lesquels on ne sentait aucun corps qui rappelât les testicules. Entre ces deux plis cutanés se trouvait un orifice assez large pour admettre le bout du doigt, c'était l'orifice de l'urètre qui conduisait directement dans la vessie. Au-dessus de cette ouverture et entre la commissure supérieure des deux plis sus-mentionnés, se trouvait un corps aussi gros, dans ses moments d'érection, que le bout du pouce d'un adulte, recouvert d'une muqueuse dans toute son étendue, mais n'offrant aucunes traces de gland. Ce corps était formé évidemment de tissu érectile et était susceptible des changements de forme et de volume dépendants de cette propriété érectile. Quand il n'était pas en érection, on pouvait à peine le voir au dehors de ces parties. Tout le pubis était couvert de longs poils rouges.

Après un examen soigneux, le docteur Hewett conclut que l'enfant était du sexe masculin. En effet, l'absence totale de vagin et d'utérus ne permettait pas de soupçonner autre chose; mais cependant les parties externes semblaient bien appartenir au type femelle, la fente du scrotum, la non-descente des testicules et l'absence du corps spongieux tendaient à le faire croire. Le docteur Lee fut du même avis que son collègue le docteur Hewett.

SUR LES NŒUDS DU CORDON OMBILICAL, par le docteur R. West.— Les médecins se sont occupés d'un certain état du cordon ombilical que l'on rencontre quelquefois dans l'accouchement; je veux parler de l'enroulement du cordon autour du cou ou d'une autre partie du fœtus. Dans ces circonstances, le cordon est plus long que d'ordinaire; j'en ai vu un qui s'enroulait cinq fois autour du cou de l'enfant; ce cordon avait quatre pieds de long: ceci est de peu d'importance et peut rarement être préjudiciable; mais quand le cordon est trop long, il y a danger qu'il tombe pendant le travail et qu'il soit comprimé entre les parois du bassin et un point quelconque du corps du fœtus, ce danger est moindre lorsque le cordon, d'une longueur anormale, est raccourci par les tours qu'il donne sur le cou de l'enfant.

Il est un autre état du cordon, que j'ai rencontré plusieurs fois, et dont je ne connais aucune description ni aucune explication; il semble résulter d'un enroulement primitif autour du cou, et prouver quelle est l'étendue des mouvements du fœtus dans l'utérus. Ce sont des nœuds que l'on trouve quelquefois au cordon, tantôt simples, tantôt plus ou moins compliqués. J'ai rencontré une dizaine de fois des nœuds sur le cordon; le premier que je vis, en octobre 1836, était triple; j'en trouvai un autre en mars 1837, il était double; les huit autres étaient des nœuds simples. Dans tous ces cas, l'enfant était vivant et bien portant. Comment se sont formés ces nœuds, je ne puis me l'expliquer autrement que par le glissement de l'enfant à travers les tours que le cordon formait sur lui. Quand il n'y avait qu'un tour, le nœud était simple, quand il y en avait deux, il était double, etc. Quant à la fréquence de ces nœuds, je crois qu'elle est de une sur 270 accouchements.

FISTULE URINAIRE PÉRINÉALE, GUÉRIE PAR LE CAUTÈRE ÉLECTRIQUE, par le docteur E. Stanley. — J. J..., 23 ans, raconte qu'il y a quatre ans, montant un jour un cheval ardent, il fut jeté violemment en avant sur le pommeau de la selle, et se heurta le périnée: il ressentit une violente douleur qui disparut bientôt. Si mois après, il se forma un abcès qui se perça et rendit du pus en quantité; il s'aperçut alors qu'il sortait un peu d'urine par cette plaie: il resta longtemps sans consulter un médecin, et vint dernièrement trouver le docteur Stanley. On plaça une sonde de gomme élastique dans la vessie, afin que, l'urine passant par cette sonde et n'irritant plus les lèvres de la plaie par son contact, l'ouverture périnéale pût se cicatriser. Ce moyen échoua; on fit alors chaque matin, pendant un certain temps, des injections de vinaigre cantharidé dans le trajet fistuleux; le résultat ne fut pas meilleur. Enfin, le chirurgien se décida à chloroformer le malade; il introduisit un cathéter métallique dans la vessie, et fit passer tout le long du trajet fistuleux une aiguille de platine enveloppée dans un mince tuyau de pipe. Le courant galvanique fut appliqué et la fistule cautérisée dans toute son étendue. La sonde fut laissée à demeure dans la vessie pendant environ trois semaines; au bout de ce temps, la plaie du périnée était complétement guérie et ne donnait plus passage à une seule goutte d'urine.

ACCOUCHEMENT DANS UN CAS D'OCCLUSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS, par le docteur F. Hatton. — La malade est une femme de 40 ans, mariée depuis trois ans; elle en est à sa première couche, et, quand l'auteur la vit, elle était en travail depuis vingt-quatre heures. La sage-femme affirmait que depuis onze heures les douleurs étaient régulières et fortes, mais qu'il n'y avait eu d'écoulement d'aucune espèce et qu'il lui avait été impossible de s'assurer de la présentation de l'enfant. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait la surface lisse d'un corps globulaire situé assez bas dans le vagin, et derrière lequel on sentait la tête du fœtus; il chercha en vain l'orifice du col, il ne put y réussir, la surface était partout continue. L'auteur fit de nouveaux examens avec le docteur Roberton, et ils finirent par rencontrer une petite dépression non pas au centre, mais tournée à gauche; c'était le siége de l'orifice oblitéré du col utérin.

La femme était en travail depuis plus de vingt-quatre heures; elle vomissait, le pouls était faible; on se décida donc à pratiquer une ponction dans le lieu supposé de l'orifice utérin. On la fit avec des ciseaux courbes pointus; il s'écoula de suite une grande quantité de liquide amniotique; cette ouverture fut agrandie par deux incisions en croix faites avec un bistouri boutonné; la tête du fœtus vint s'y présenter aussitôt. Malgré cela, l'accouchement n'avançait pas, la femme était épuisée, et la pression de la tête, sous l'influence des douleurs plus fortes et plus rapprochées, menaçait de rompre l'utérus; on élargit un peu l'ouverture; l'enfant ne sortait pas; la mère avait cessé depuis plusieurs heures de sentir des mouvements et le stéthoscope ne révélait plus aucun signe de la vie du fœtus, le chirurgien se décida à opérer la crâniotomie afin de délivrer promptement la femme; puis, tandis que l'un d'eux maintenait le périnée, l'autre tira doucement l'enfant avec le forceps. Le placenta vint bientôt, l'utérus se contracta et il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Il ne survint aucun accident, et la malade partit guérie un mois après. Les parties étaient bien cicatrisées et le col utérin semblait normal. — D.

COURRIER.

Nous avons la triste mission d'annoncer le décès bien inattendu de M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — *Ordre du jour de la séance du 13 janvier* 1858:

Lecture du mémoire de M. Leudet, *sur le traitement des kystes hydatiques.* — Discussion sur la revaccination. — Communication de M. Gubler.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON.—La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi, 13 janvier, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire-général. — 2° Continuation de la discussion sur l'ophthalmie blennorrhagique; communication de M. Furnari. — 3° De la non-virulence du muco-pus blennorrhagique, par le docteur Edmond Langlebert. — 4° Du cathétérisme dans les cas d'engorgement de la prostate, par M. A. Mercier. — 5° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

— Voici la composition du bureau de la Société médicale du 2e arrondissement, pour l'année 1858:

MM. Demarquay, président;
Hervez de Chégoin, vice-président;
René Briau, secrétaire général;
Archambault, secrétaire des séances;
Thibierge, vice-secrétaire.

Mission médicale dans la Tatarie-Dobroutcha, par le docteur Camille Allard, médecin-inspecteur des Eaux thermales sulfureuses de Saint-Honoré (Nièvre), ex-médecin sanitaire et chargé du service médical de la Mission des ponts-et-chaussées de France dans la région danubienne en 1855, etc. Paris, 1857, aux bureaux de l'Union Médicale.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 5. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 14 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Deux seules communications ont absorbé la séance :

Un rapport de M. Devergie sur le travail de M. Raynal, relatif à l'herpès tonsurant de l'espèce chevaline ;

Un mémoire de M. Briquet, et dont la lecture n'a pu même être achevée, sur la colique de plomb et sur un traitement nouveau de cette affection.

L'herpès tonsurant des chevaux a été pour M. Devergie l'occasion d'un exposé de principes sur plusieurs points importants de la pathologie de la peau. Il n'est pas douteux que si l'un des rares dermatographes que possède l'Académie se fût trouvé présent à la séance, une discussion eût éclaté. M. Devergie combat, en effet, contre les tendances et la méthode des dermatographes actuels qu'il accuse de sacrifier le fond à la forme, les caractères microscopiques aux caractères pathologiques. Reprenant les principes développés notamment par Lorry, dans le siècle dernier, et plus récemment par Alibert et par M. Baumès, de Lyon, principes sagement rappelés d'ailleurs par M. Rayer dans la savante introduction de son *Traité des maladies de la peau*, M. Devergie, si nous l'avons bien compris, veut qu'on étudie les maladies cutanées comme une partie de la pathologie, et non comme une branche de l'histoire naturelle. Pouvoir reconnaître, dénommer et classer une dermatose, ne lui paraît pas être le suprême effort de la science. Rattacher cette dermatose à tous les éléments pathologiques d'étiologie, de nature de la maladie, de constitution, de sexe, d'âge du malade, tenir compte des réactions réciproques de la peau sur l'organisme et de l'organisme sur la peau, lui semble plus important encore que la détermination, par exemple, des caractères microscopiques. Les idées modernes sur le parasitisme ont peu séduit cet honorable académicien. Il professe que pour qu'un parasite quelconque, végétal ou animal, puisse se développer sur la peau, il faut que cette peau se trouve dans des conditions propres au développement parasitaire. Il ne suffit pas de placer une graine quelconque sur cette terre, il faut, pour que cette graine germe et pousse, que la terre soit disposée à la recevoir et à la nourrir. Il ne fait pas grâce même au parasite par excellence, à l'acarus de la gale, qui n'est, pour lui, que l'occasion et non la cause de la maladie vésiculeuse désignée sous ce nom. La gale c'est la vésicule, et non pas l'acarus. Un galeux peut transmettre des acarus sans transmettre la gale, si la peau de celui qui reçoit le parasite ne se trouve pas dans des conditions favorables à l'éruption vésiculeuse.

M. Devergie vient de soulever là d'importantes questions, sur lesquelles il est bien désirable qu'une discussion sérieuse s'établisse. C'est, au demeurant, transportée sur le domaine restreint des maladies de la peau, la même question de pathologie générale qui a déjà longuement occupé l'Académie, à savoir, la prééminence du diagnostic anatomique sur le diagnostic clinique, et réciproquement. Il est probable que les localisateurs et les micrographes ne resteront pas sous le coup des objections de M. Devergie, dont le rapport, d'ailleurs, a besoin d'être lu pour que sa signification soit bien comprise.

Le mémoire de M. Briquet a pour but de démontrer qu'on s'est étrangement trompé jusqu'ici, sur le siége de la colique de plomb. Appuyé sur quarante-trois observations nouvelles, M. Briquet se croit en droit d'affirmer que l'élément douleur, dans l'affection saturnine, a son siége, non dans l'intestin, mais exclusivement dans les parois musculaires de l'abdomen. C'est la démonstration de ce fait nouveau que M. Briquet a donnée hier devant l'Académie, l'heure ne lui ayant pas permis d'exposer le traitement nouveau qu'il a institué contre cette affection. Ce traitement nouveau, si nous ne sommes pas indiscret, consiste dans la galvanisation.

Cette séance, comme on le voit, a été très bien remplie ; elle inaugure dignement, pour la nouvelle année, les travaux scientifiques de l'Académie.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET SUR L'OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE ;

Lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ad. Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voir les numéros des 7 et 9 janvier 1858.)

Herpès guttural (angine couenneuse commune) ; rhumatisme articulaire. Pas de traitement actif ; guérison en dix jours.

Obs. II. — M. B..., 42 ans, fondeur en caractères, d'une constitution médiocre, est maigre et pâle, cependant il n'a été sujet à aucune indisposition habituelle et n'a eu d'autre maladie grave qu'une scarlatine.

Il était tout à fait bien portant, dit-il, lorsque le vendredi, 12 juin 1857, étant à son travail, il fut pris, à la suite de l'ingestion de vin blanc, et sans refroidissement antérieur appréciable, d'une douleur dans la gorge, à droite, avec difficulté d'avaler, puis de frissons erratiques, de malaise et de courbature. Rentré chez lui, il ressentit de la chaleur fébrile, se mit au lit sous plusieurs couvertures et sua abondamment.

Le lendemain, samedi 13 et le dimanche 14, la fièvre continua, le mal de gorge augmenta graduellement, et le côté gauche fut envahi. La difficulté d'avaler devint alors extrême. Le dimanche, il survint un nouveau phénomène : une douleur vive dans les deux genoux, rendant les mouvements tellement pénibles que, quoique la fièvre fût tombée le lundi, le malade fut cependant obligé de garder le lit deux ou trois jours. Le genou gauche présenta même une tuméfaction notable (application d'eau-de-vie camphrée sur les jointures douloureuses. Gargarismes d'eau vinaigrée ; sept ou huit jours de diète). Le malade nous dit que lorsque l'impossibilité d'avaler était presque absolue, non seulement il salivait énormément, mais il toussait et il pense que sa toux venait non de la poitrine, mais de la gorge. En même temps, douleur dans la nuque et la région sous-occipitale. Pas de douleurs d'oreilles, pas de surdité. Engorgement modéré des ganglions sus-hyoïdiens ; pas de boutons aux lèvres.

Le 17. M. Lailler a constaté les phénomènes suivants : Les deux amygdales, le voile du palais, surtout la luette, sont fortement tuméfiés et d'un rouge intense. L'isthme du gosier en est à peu près complétement obstrué. Sur l'amygdale droite, un groupe d'ulcérations superficielles à fond jaune couenneux ; quelques points d'un blanc jaunâtre, isolés, se voient aussi sur le pilier antérieur du même côté et sur l'amygdale gauche. Un groupe plus manifeste placé sur le côté droit de la luette permet de bien étudier la lésion, qui consiste en une plaque couenneuse oblongue, légèrement proéminente, irrégulière, comme festonnée, bordée d'un liseré rouge-cerise extrêmement vif et donnant l'idée d'une inflammation éliminatrice autour d'une escarre. On voit aussi de petits points analogues à des aphthes du côté gauche de la luette, vers son extrémité libre. Déglutition très pénible. Ganglions sous-maxillaires peu volumineux et peu douloureux. Nulle réaction fébrile ; faiblesse en rapport avec la diète forcée. D'ailleurs, aucun symptôme septique ou adynamique. (Gargarisme avec une décoction concentrée de guimauve et de pavot. Tisane d'orge miellée. Bains de pieds sinapisés.)

Le 18. M. Lailler m'invite à voir le malade. Nous constatons que les points lenticulaires, isolés, des amygdales et du voile palatin sont devenus confluents par l'extension qu'ils ont pris. On remarque sur leur contour irrégulier le même liseré rouge vif. Néanmoins, le gonflement œdémato-phlegmoneux de toutes les parties de l'isthme a sensiblement diminué. Le malade peut avaler des aliments demi-liquides. Les jours suivants, les phénomènes inflammatoires s'apaisent par degrés ; la déglutition devient de plus en plus facile et rend possible l'ingestion des aliments solides (20 juin). M. Lailler s'assure que les surfaces couenneuses se débarrassent peu à peu de l'enduit plastique qui les couvre et paraissent érodées.

Le 22. Je revois le malade. L'isthme du gosier est encore rouge, il ne reste plus que des traces d'exsudation jaunâtre sur l'amygdale droite et la luette. Dans cette dernière région, nous remarquons, M. Lailler et moi, deux ou trois érosions superficielles groupées à droite, là ou la lésion a débuté.

Il avait été convenu avec ce malade qu'il reviendrait à la consultation s'il éprouvait quelque nouveau malaise ou si la convalescence était entravée par quelque symptôme particulier. Or, il ne s'est pas représenté au Bureau central, ce qui nous autorise à penser que la guérison s'est confirmée.

Voilà donc un cas d'angine couenneuse aussi régulière que possible, aussi exempte de complication que l'angine inflammatoire la plus franche. Cependant, en présence de cette large exsudation qui couvrait une partie de l'isthme dès les premiers jours de l'affection, on aurait pu s'effrayer et employer les cautérisations les plus énergiques ; la proposition en avait été faite ; mais M. Lailler, éclairé sur la véritable nature du mal, crut pouvoir s'abstenir et fut bien inspiré. J'engageai même notre collègue à ne pas conseiller le chlorate de potasse, qui n'avait pas avancé la résolution chez mon malade (obs. I) et n'avait produit qu'une douleur assez vive au passage.

Au résumé, aucun traitement actif ne fut institué, et pourtant, non seulement l'inflammation gutturale ne persista pas plus longtemps que dans le premier cas ; mais la durée en fut aussi courte que celle de toute angine simple, puisqu'elle ne dépassa pas huit à dix jours.

Une circonstance digne de remarque, et que je n'ai fait qu'indiquer en passant, pour y revenir plus tard, c'est l'existence des douleurs manifestement rhumatismales au début de la maladie. Je m'appuierai sur cette coïncidence pour admettre un lien étiologique entre ces deux éléments morbides.

Dans ce fait, de même que dans notre première observation, l'éruption herpétique se montra dès les premiers moments de la maladie, et ne fut point précédée, pendant quelques jours, d'une angine tonsillaire simple. L'herpès, dans ces deux cas, fut donc l'affection primordiale, et l'on peut même dire unique, en tenant compte des remarques à l'aide desquelles j'ai cherché à expliquer le gonflement considérable des diverses parties de l'isthme du gosier.

Cette tuméfaction inflammatoire n'est ici qu'une conséquence de l'herpès. La lésion ulcéro-pelliculaire ne survint, au contraire, que comme complication d'une amygdalite parenchymateuse chez la malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Obs. III. — *Amygdalite parenchymateuse, puis herpès guttural le cinquième jour. Aucun traitement actif ; guérison rapide.*

Mme D... est très sujette aux maux de gorge, je lui ai déjà plusieurs fois donné des soins pour des inflammations de ce genre qui ont généralement présenté beaucoup d'analogie entre elles et ont pour siége principal l'amygdale gauche ainsi que les parties voisines de l'isthme.

Cette dame, d'une charpente bien développée, est cependant d'une santé assez mauvaise et offre le cachet de l'état chlorotique avancé. Elle s'enrhume d'ailleurs très facilement.

Vendredi dernier (le 7 juillet 1857), à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de malaise, de courbature, de perte d'appétit et de fièvre. Dès le lendemain, elle ressentit une gêne et une douleur assez notable dans la déglutition. En même temps la fièvre s'accrut, l'appétit se perdit complétement, et les régions sous-maxillaires, surtout la gauche, devinrent le siége d'un gonflement notable et d'une sensibilité vive à la pression.

Je fus appelé à voir la malade environ quarante-huit heures après le début des accidents ; il y avait alors une chaleur fébrile intense, mais la peau était sudorale, les régions sus-hyoïdiennes étaient très douloureuses au toucher du côté gauche, où l'on sentait distinctement plusieurs ganglions engorgés ; l'amygdale gauche, très volumineuse, formait une saillie considérable entre ses deux piliers et offrait à son sommet une ponctuation grise qui paraissait due à l'accumulation de produits de sécrétion dans les follicules de la glande. L'amygdale droite était beaucoup moins tuméfiée et ne présentait pas de points gris. Le bord libre du voile du palais, y compris la luette, était rouge, gonflé, surtout à gauche. La déglutition des aliments solides était impossible, celle des liquides difficile et très pénible. Répugnance pour toute boisson alimentaire. Constipation. (Éméto-cathartique ; 0,05 tartre stibié ; 1 gramme 50 d'ipéca ; sinapisme sur les extrémités inférieures ; gargarisme détersif ; orge miellée.)

Le 19, la fièvre continue ; pouls à 108-10 ; la nuit précédente a été agitée. La gêne de la déglutition s'accompagnait d'une sensation de dyspnée ; il survient des nausées. (Sinapisme ; gargarisme détersif ; limonade ; eau de Seltz.)

Le 20, amélioration légère dans l'état local ; la chaleur fébrile est peu marquée, quoique le pouls conserve encore de la fréquence. La malade accepte un peu de bouillon.

Le 21, l'état général est un peu plus satisfaisant ; l'aspect de la gorge n'a pas sensiblement changé, bien que la déglutition soit moins pénible.

Le 22, je trouve une recrudescence dans le mal de gorge, laquelle a commencé la veille et subitement. La malade raconte qu'elle était bien, lorsque, vers la fin de la journée, elle ressentit tout à coup une gêne et une douleur plus marquée du gosier ; le côté droit fut à ce moment envahi, et devint le siége d'une sensation plus pénible qu'elle n'avait jamais été même au début du mal. Le gonflement des parties latérales du cou avait lui-même augmenté. En même temps, le mouvement fébrile s'était réveillé, et je trouvai, comme auparavant, le pouls à 100-108 pulsations, la peau très chaude, mais toujours moite. Je constatai, en outre, un aspect tout nouveau des diverses parties de l'isthme du gosier. Des points circulaires ou irrégulièrement configurés, d'un blanc jaunâtre, ayant l'aspect de petites ulcérations couvertes d'une exsudation plastique, existaient sur l'amygdale gauche, sur le pilier antérieur cor-

respondant, sur le bord gauche du voile du palais et jusque sur la luette. En même temps, le pourtour de la commissure labiale gauche était parsemé de petites élevures rouges, papuleuses, au niveau desquelles la muqueuse était plus sensible. La malade se plaignait aussi de douleurs insupportables dans le bassin et les membres abdominaux, douleurs continues et s'exaspérant surtout par les mouvements et la pression. Il en existait d'analogues, mais de beaucoup plus légères dans le reste du corps.

Malgré ces nouvelles complications, je m'abstins de tout traitement actif, et continuai l'emploi des moyens précédemment indiqués, auxquels je joignis seulement un gargarisme d'eau de guimauve et de pavot concentrée.

Le 23, la dysphagie est déjà moindre; l'amygdale droite est rentrée à peu près dans les conditions où elle était antérieurement à la recrudescence. L'amygdale gauche est moins grosse, mais reste couverte, ainsi que le voile palatin, de ces petites plaques blanchâtres observées hier. Les boutons des lèvres ont avorté. Les douleurs arthralgiques sont encore assez fortes. (Même traitement.)

Les 24 et 25, l'état local et l'état général s'améliorent progressivement, les exsudations plastiques de l'isthme du gosier se rétrécissent ou disparaissent, laissant à leur place une surface d'un rouge vif avec un centre légèrement déprimé.

Les jours suivants, cet aspect s'efface et la guérison des accidents aigus ne se fait pas attendre.

Ainsi, voilà un cas où la lésion de la gorge s'est caractérisée d'abord comme une amygdalite parenchymateuse; le cinquième jour seulement, la phlegmasie a revêtu une forme nouvelle, due, sans doute, à l'enanthème herpétique dont l'existence est à la fois démontrée par la forme des surfaces ulcéro-couenneuses et par l'apparition d'une éruption d'herpès avortée sur la commissure labiale correspondante.

Une circonstance me frappe dans la marche de cette affection. C'est que l'époque où l'herpès est apparu sur l'isthme du gosier est précisément celle où il se montre autour de l'orifice buccal, lorsqu'il se présente comme épiphénomène dans la pneumonie.

Il semblerait donc que cet exanthème fût bien, comme on l'a dit, le résultat d'un effort critique produit au milieu de certaines maladies fébriles diverses, quant à leurs localisations, mais dérivant, en général, de l'action du froid combinée à d'autres influences.

A ce compte, l'herpès ne viendrait qu'accidentellement imprimer son cachet à une affection ayant primitivement son existence indépendante au même titre que la péripneumonie elle-même; il ne serait, en un mot, qu'une complication d'une angine d'abord purement phlegmoneuse. Je pense qu'en réalité les choses se sont passées ainsi dans le fait en discussion; mais je ne doute pas non plus que, dans d'autres cas, l'herpès guttural ne constitue primitivement à lui seul toute la lésion.

Ne voit-on pas de temps à autre, à la suite d'un refroidissement, une fièvre éphémère qui paraît se juger par des groupes d'herpès sans autre détermination morbide locale. Eh bien, supposez qu'un de ces groupes s'égare sur un point de l'isthme du gosier, il y aura angine et angine pseudo-membraneuse; mais cette angine ne sera pas autre chose qu'un herpès d'une membrane muqueuse sans phlegmon préalable.

L'opinion que j'énonce en ce moment n'est plus à l'état d'hypothèse, elle repose sur des observations peu contestables. J'ai antérieurement signalé un cas d'angine couenneuse commune, où l'herpès occupait le palais et les lèvres; plusieurs médecins ont également vu cette éruption se répandre dans la cavité buccale. Les deux premières observations de ce mémoire appartiennent à la même catégorie de faits, et confirment pleinement la manière de voir que j'adopte après MM. Bretonneau et Trousseau.

En définitive, l'angine couenneuse commune est tantôt une amygdalite compliquée d'herpès, tantôt un simple herpès guttural.

Mais ce serait une erreur de croire que, même dans cette dernière forme, tout se bornât à une éruption aphtheuse, intéressant seulement la muqueuse bucco-pharyngienne, sous forme d'ulcérations superficielles et circonscrites, sans phlegmasie diffuse et plus moins profonde des tissus sous-jacents. Cela peut se présenter quelquefois, sans doute, mais il est de règle qu'il en soit autrement.

Presque toujours la présence de l'herpès excite une vive inflammation circonvoisine, avec rougeur intense, tuméfaction et infiltration œdémateuse, sécrétion de fausses membranes non seulement sur les ulcérations, mais même sur les régions voisines, conservant d'ailleurs l'intégrité de leurs tissus. Les choses ne se passent donc pas aussi simplement qu'à la peau. On pouvait s'y attendre en considérant l'extrême vascularité des membranes muqueuses. Cependant, pour se rendre parfaitement compte d'une différence si marquée entre des affections semblables des deux téguments, il est besoin d'invoquer d'autres causes.

Une première circonstance peut servir à l'expliquer, c'est que l'herpès ne s'attaque guère aux membranes muqueuses que dans le cas où l'action du froid a été assez forte pour troubler profondément l'économie, en un mot, quand la fièvre est véhémente; tandis que l'herpès labialis constituant la seule localisation morbide, n'apparaît que dans les cas les plus légers de cette affection connue anciennement sous le nom de synoque. Il est donc tout naturel que, dans les premiers cas, la tendance phlegmasique soit plus prononcée que dans les seconds.

Une autre particularité doit être invoquée; je veux parler d'une prédisposition spéciale à produire des exsudats plastiques qui caractérise, comme je le ferai ressortir plus loin, les inflammations des muqueuses. Quoi qu'il en soit, l'herpès guttural provoque, le plus souvent, une phlogose intense et étendue de la région sur laquelle il s'est fixé, en sorte que, lorsqu'on est appelé à en constater l'existence, on trouve tout à la fois les caractères d'une angine diffuse et d'une lésion ulcéro-pelliculaire restreinte à quelques points de l'isthme. D'après cela, il y aurait opportunité à faire entrer le mot angine dans la dénomination de la maladie, sauf à faire suivre ce terme générique d'un adjectif indiquant l'espèce; ainsi l'expression d'*angine herpétique* serait, à certains égards, préférable à celle d'*herpès guttural*. Et comme l'herpès est tantôt une lésion initiale et tantôt une complication, on pourrait apporter une plus grande précision encore dans la nomenclature en appelant, à la manière des anciens médecins, la première variété *angine d'herpès (angina ab herpete)*, et la seconde *angine avec herpès (angina cum herpete)*.

L'analogie vient encore appuyer cette distinction de l'herpès protopathique avec celui qui se surajoute à une angine phlegmoneuse, en nous montrant des ophthalmies spéciales subitement déclarées, pendant que le visage est envahi par une éruption herpétique.

Voici un cas de ce genre :

OBS. IV. — *Ophthalmie herpétique coïncidant avec plusieurs groupes d'herpès de la face à la suite d'un accès de fièvre.*

(Observation recueillie par M. REGNAULT, interne provisoire.)

Salle Saint-Jean, n° 7. T..., 48 ans, forgeron, affecté d'une tuberculisation pulmonaire avancée, avec un amaigrissement énorme, se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon le 7 août 1857, se plaignant surtout d'une ophthalmie survenue dans les circonstances suivantes : Mercredi dernier (5 août), le malade, s'étant précédemment exposé à un refroidissement, fut pris d'un accès de fièvre caractérisé par un frisson intense, suivi de chaleur et de sueur, avec soif et inappétence. A la suite de cet accès, qui ne se reproduit pas les jours suivants, il se manifesta sur la face une éruption d'herpès, étendue à une grande partie du visage. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à son arrivée : un groupe de vésicules occupe la lèvre inférieure à droite, entre la ligne médiane et le sillon mento-labial; la commissure labiale droite est elle-même environnée de vésicules et de papules disséminées; un autre groupe avorté se voit sur la région temporale gauche; un troisième, assez considérable et bien caractérisé, existe aussi à gauche sur le front, au-dessus de l'arcade sourcilière. Outre ces trois groupes principaux, on trouve autour de l'œil gauche, sur la moitié externe des deux paupières, un assez grand nombre de papules et de vésicules isolées ainsi : deux ou trois vésicules à quelques millimètres en dehors de l'angle externe, une vésicule sur le bord libre de la paupière supérieure, quelques autres, comme avortées, sur la lèvre muqueuse du bord libre des deux paupières, vers la commissure. En même temps, inflammation assez vive de la conjonctive, beaucoup plus marquée à la conjonctive palpébrale qui est très rouge, très injectée et granuleuse, principalement au niveau des cartilages tarses, qu'à la conjonctive bulbaire, qui ne présente qu'une teinte rose et quelques vaisseaux. Sensation de corps étrangers entre les paupières.

L'inflammation existe à peu près au même degré depuis la veille. D'ailleurs, le sujet est dans l'apyrexie la plus complète, mais conserve encore de l'anorexie et de l'abattement des forces.

Le 8, mieux. Plus de sensation de corps étrangers. Moins de rougeur. L'herpès commence à sécher. Le sommet des vésicules commence à former, au-dessus de la peau, une croûte rougeâtre au niveau des deux groupes principaux.

Le 9, plus de conjonctivite. La dessiccation des deux groupes principaux commence. Elle est complète pour les vésicules isolées dont la croûte se détache et tombe le 10. Depuis le 5, le malade n'a pas eu de nouvel accès de fièvre.

Le 10 et le 11, toute trace de rougeur a disparu sur le globe oculaire aussi bien que sur la conjonctive palpébrale. La dessiccation est achevée, même pour les deux groupes des régions sourcilière et mentonnière. L'appétit se développe de plus en plus, ainsi que les forces, et le malade paraît être revenu à son état de santé antérieur.

Comment ne pas reconnaître, dans ce cas, une ophthalmie herpétique? A la suite d'un mouvement fébrile assez vif, conséquence probable de l'action du froid, une éruption vésiculaire apparaît en groupes disséminés sur une grande partie de la face. Quelques boutons, entre autres, sont rassemblés au voisinage de la commissure palpébrale gauche; en même temps, la conjonctive est rouge et injectée, et, pour mieux faire saisir encore la nature de ce travail inflammatoire, le bord libre des paupières présente des sortes de papules rouges, enflammées, analogues à celles de la face cutanée de ces voiles membraneux. Le doute est impossible; il s'agit bien là d'une ophthalmie herpétique, c'est un groupe de la paupière qui s'est complété sur la muqueuse oculo-palpébrale.

Mon savant maître, M. Trousseau, m'a dit avoir étudié depuis longtemps cette espèce d'ophthalmie, dont la nature spéciale n'avait pas échappé, à ce qu'il paraît, à la sagacité de M. Bretonneau.

Il est donc incontestable que l'herpès peut envahir la conjonctive; il est également vrai qu'il peut se répandre sur un point quelconque de la muqueuse bucco-pharyngienne. Seulement, dans l'un et dans l'autre cas, il revêt des apparences qui l'ont fait méconnaître de la plupart des pathologistes; il se larve, si je puis ainsi dire. Au premier abord, on a peine à comprendre comment une lésion bien déterminée peut se travestir si complétement dans des conditions autres que celles où on l'observe d'ordinaire. Je vais donc essayer de démasquer l'herpès guttural et de le ramener au type connu.

(La suite à un prochain numéro.)

SYPHILIOGRAPHIE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES;

Par le professeur SIGMUND, de Vienne.

Ce traitement diffère essentiellement de celui anciennement employé et qui a été banni de l'usage général. Il est très doux, simple, applicable à tout âge, tout sexe, toute constitution, et donne de meilleurs résultats que les autres médications mercurielles. Voici comment le professeur de Vienne en pose les règles :

I. PRÉPARATION DU MALADE. — Il faut écarter les complications, etc., diminuer l'alimentation, et faire prendre des bains. Six à dix jours sont ordinairement employés à obtenir ce résultat. L'alimentation doit être simplifiée et réduite, non pas d'après une formule invariable, mais d'après les indications fournies par le malade, sa constitution, son tempérament, les états pathologiques concomitants, etc. Le malade doit s'accoutumer peu à peu à garder la chambre, à rester plus longtemps couché, à provoquer de légères transpirations matinales. La peau doit être rendue propre, souple et favorable à l'absorption. Dans les cas pressés, cette période est abrégée et même omise.

II. FRICTIONS. — La pharmacopée autrichienne contient deux pommades mercurielles; une forte, composée comme la nôtre, de parties égales, et une faible, de une partie de mercure sur quatre d'axonge; (la nôtre : une partie de pommade double et trois parties d'axonge). C'est la faible qui est ordinairement employée.

Les frictions sont faites généralement sur cinq places : les deux jambes, les deux cuisses, la poitrine et l'abdomen, le dos et les lombes, les deux bras et avant-bras. Il faut éviter les parties fortement velues, les tétons, les seins chez la femme, l'ombilic, les parties, siéges d'éruptions fluentes, croûteuses et d'éruptions aiguës.

La friction se fait ordinairement le soir, avant le sommeil; elle doit durer pour chaque place au moins dix minutes, souvent plus, selon que la pommade s'incorpore plus ou moins vite à la peau. Le malade fait les frictions lui-même, avec la main, garnie au besoin d'un gant souple, préalablement imprégné d'huile. Les parties frottées sont ensuite enveloppées d'un linge de fil ou de laine, sans taffetas ciré, sans feuilles de caoutchouc ou de gutta-percha, qui doivent être rejetées. Le lendemain matin, ces places sont lavées à l'eau de savon tiède, bien essuyées et bien recouvertes. Les bains chauds, dans la matinée, peuvent être pris sans inconvénient, et sont même nécessaires quand la peau est sèche, molle, et si les malades transpirent beaucoup. Les linges de corps et de lit doivent être convenablement renouvelés.

La quantité d'onguent nécessaire à chaque friction varie d'après les cas individuels; jamais au-dessous de 0,50 pour les adultes (ainsi 1 gramme pour deux endroits) et rarement au-dessous de 1 (2 pour deux endroits). Le plus grand chiffre de frictions bien faites n'a que très rarement dépassé 40; ordinairement c'est 20 à 30, faites le soir sans interruption. Il n'est pas nécessaire de les suspendre pendant la menstruation. Dans des cas exceptionnels, malades affaiblis, cas tenaces, les frictions sont faites pendant sept à quinze jours, avec un intervalle de même longueur. On n'observe pas de véritables crises.

Le malade doit occuper deux chambres spacieuses, tranquilles, sèches; l'une servant de chambre à coucher, l'autre de chambre d'habitation. Les deux seront largement aérées tous les jours, et auront une température moyenne de 21 à 23° centig., jamais au-dessous de 18°. Le malade reste couché de cinq à six heures du soir jusqu'à dix ou onze heures du matin; il ne quitte le lit et la chambre à coucher que bien chaudement habillé, et ne passe que cinq à six heures dans l'autre chambre aérée et chauffée. Le matin, de bonne heure, il est bien enveloppé dans sa couverture de laine, et reste pendant trois à quatre heures dans une transpiration modérée, que l'on diminue peu à peu.

L'alimentation devrait être réduite au minimum; mais peu de malades sont dans le cas de supporter cette abstinence sans de fâcheux résultats. Il faut régler l'alimentation d'après les habitudes antérieures du malade, la constitution, l'état des voies digestives et d'après la forme de la maladie. La diminution doit se faire peu à peu. Les excitants, le vin seront défendus. Ce sont surtout les syphilis invétérées et négligées chez des individus encore robustes, qui demandent la réduction la plus forte de l'alimentation. La pipe et le cigare sont complétement interdits.

Dès le commencement des frictions, on prescrit un emploi très fréquent, au moins toutes les heures, d'un gargarisme avec de l'alun, du tannin, du borax, de la teinture d'iode, du chlorate de potasse, quand la bouche n'est pas malade; quand il y a des ulcérations, avec du sublimé (10 centig. sur 500 grammes d'eau distillée) de la liqueur de Labarraque (8 à 15 grammes sur 500 grammes d'eau). Quand les gencives sont très bonnes, on se contente d'ajouter à l'eau du gargarisme quelques gouttes d'une teinture alcoolique, d'eau de Cologne, etc. Les dents sont brossées trois fois par jour.

La saison la plus favorable pour la cure est le printemps et la première moitié de l'été, parce qu'alors le convalescent, en quittant la chambre, ne subit pas de forte transition de la température. Ce point est surtout important à noter pour les individus faibles, sensibles, ayant une disposition prononcée pour une maladie, comme les tubercules, le rhumatisme, une affection du cœur. Quand on le peut, on fera donc bien de retarder le traitement jusqu'à cette saison, ou bien on gardera le malade en chambre jusqu'aux premières chaleurs.

III. FIN DE LA CURE. — Après la dernière friction, bain savonneux chaud, et bain simple dans la matinée, encore pendant quelques jours. Le malade abrège peu à peu son séjour au lit, néanmoins il provoque encore un peu de moiteur le matin. Les aliments ne sont accordés que très lentement, de sorte que ce n'est qu'après deux à trois semaines que le malade est retourné à son régime habituel. Il faut éviter au commencement toute impression de froid et y accoutumer la peau peu à peu au moyen de lotions tièdes, puis fraîches, et enfin froides. Selon les maladies ou les états généraux concomitants, on enverra le convalescent aux eaux sulfureuses, chlorurées, ferrugineuses, thermales; on lui fera faire une cure de petit-lait, on l'enverra dans le Midi, etc.

Les accidents de la cure sont à peu près les suivants :

Inflammation érythémateuse, eczémateuse de la peau, surtout aux parties velues. Très rare, quand la pommade n'est pas rance et quand les frictions sont faites convenablement et les soins de propreté observés.

Salivation. — Elle doit être évitée et combattue; elle arrive très rarement, et quand elle est modérée, elle n'interrompt pas le traitement.

Sueurs violentes. — Déterminées ordinairement par un excès de chaleur. Si on ne parvient pas à les modérer, surtout quand elles épuisent, il faut cesser les frictions.

Forte diarrhée, rebelle, survenant sans cause, exige une interruption de la cure.

Congestions violentes vers la tête, le cœur, les poumons, hémorrhagies abondantes du nez, de l'anus et de la matrice; accidents très rares qui font cesser le traitement. Les individus obèses, ayant des maladies du cœur, asthmatiques, ne supportent pas toujours bien la chaleur soutenue et le décubitus horizontal prolongé dans le lit. On leur laisse prendre une position agréable, et l'on diminue un peu la température de la chambre. L'expectoration de petits caillots de sang chez les tuberculeux ne doit pas faire cesser le traitement.

Douleurs en différentes parties du corps. Il faut les combattre par les moyens appropriés. Celles qui sont ostéocopes cèdent aux frictions, ou bien à l'iodure de potassium et de sodium. Si les douleurs ne cèdent pas, il faut suspendre la cure temporairement ou pour toujours.

Affaiblissement profond. — On l'observe chez des malades amaigris, tuberculeux, anémiques, âgés, ordinairement après un certain nombre de frictions. Quand il s'accompagne de sueurs et de diarrhée, il faut d'abord combattre ces accidents et donner une alimentation plus nourrissante, appropriée à l'état des voies digestives. En cas de persistance de ces états, il faut suspendre le traitement peut-être pour toujours. Dans certains cas, quand l'affection syphilitique ne réclamait pas un traitement immédiat, M. Sigmund a institué une cure préparatoire fortifiante, selon les indications.

Insomnie persistante. — S'est montrée deux fois rebelle aux somnifères, et a nécessité la cessation du traitement.

Aggravation des accidents syphilitiques. — Souvent, dès les premiers jours du traitement, et au plus tard dans la deuxième et troisième semaine, les symptômes syphilitiques diminuent. Il est cependant des cas où ce résultat n'est pas obtenu et où, au contraire, il survient une aggravation ; il faut alors suspendre pour le moment ou pour toujours les frictions, ou bien les administrer avec des intervalles. Ce sont surtout les scrofuleux, les tuberculeux, les personnes menacées de scorbut, ou ayant la fièvre intermittente ou la maladie de Bright qui offrent ces exceptions.

Quand on le peut, il faut d'abord combattre la complication et commencer le traitement plus tard. Néanmoins, il existe des cas en dehors des précédents, où les frictions aggravent les accidents syphilitiques, tandis que l'on obtient des guérisons avec d'autres préparations mercurielles, par exemple, le sublimé, le calomel.

Les frictions ainsi employées, sont tolérées par les enfants, les femmes enceintes, les opérés ; de plus, on peut instituer en même temps tous les autres traitements internes, réclamés par des états pathologiques coexistants. — (*Wiener med. wochenschr.*, n°s 36 et 37.)

BIBLIOTHÈQUE.

LE TYPHUS A L'HOPITAL DU FRIOUL ;

Mémoire présenté à la Société de médecine de Marseille, par M. JUBIOT. — V. *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille*, 1857, p. 187.

M. Jubiot a présenté à la Société de médecine de Marseille un mémoire important sur le typhus criméen, qu'il lui a été donné d'observer, en 1856, à l'hôpital du Frioul.

Je veux d'abord reproduire les conclusions de ce travail, qui me paraissent résumer de la manière la plus juste, sauf quelques opinions que je me réserve de contester, l'étiologie, la pathologie et le diagnostic différentiel de cette redoutable affection; puis, je discuterai, à mon point de vue, quelques-unes des allégations de l'auteur, auxquelles j'essaierai de substituer des idées qui me semblent plus rapprochées de la véritable interprétation des faits.

Conclusions du mémoire de M. Jubiot :

« 1° Le typhus s'est développé sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et de l'entassement des hommes.

» 2° Les fatigues, les privations, les maladies, telles que le scorbut, la pourriture d'hôpital, ont affaibli nos soldats et ont altéré leur constitution.

» 3° Les détritus végétaux et animaux en putréfaction, les scorbutiques, les blessés, la pourriture d'hôpital surtout, ont donné naissance à un miasme qui produisait, en Crimée, des fièvres rémittentes et intermittentes, et qui, en imprégnant l'économie, donnait aux criméens une physionomie caractéristique *sui generis*, une cachexie, en un mot, qu'on pourrait désigner sous le nom de cachexie criméenne.

» 4° Les mauvais temps, le froid, les nécessités de la guerre ont forcé les hommes prédisposés par les causes que je viens de décrire à se resserrer, à s'enfermer sous des tentes, de là encombrement et ventilation insuffisante. De là viciation de l'air et production d'un miasme infectieux, de nature typhique, le *miasme typhique*.

» 5° Le typhus est une fièvre essentielle, de nature septique, à manifestations variées et dont les caractères constants sont la stupeur, le délire et l'exanthème muricolore.

» 6° Le typhus est essentiellement infectieux, mais non contagieux.

» 7° On peut faire naître et faire cesser le typhus à volonté. Il naît par l'encombrement et par la viciation de l'air qui en résulte; il cesse par la purification de l'air qu'on obtient surtout par la dissémination.

» 8° Le typhus de 1855-56 a été le même que celui qui a désolé l'Europe de 1792 à 1794. La seule différence qu'il ait offerte porte sur le degré d'intensité qui a été moindre dans la dernière épidémie. Cette différence vient de ce que les populations et l'armée n'avaient ni autant, ni si longtemps souffert; que les conditions hygiéniques étaient bien meilleures, et que la prophylaxie a pris enfin dans la science médicale le rang important qui lui convient.

» J'espère qu'un jour les peuples et les gouvernements comprendront qu'il est bien plus facile de prévenir le mal que de le guérir, et que le rôle principal du médecin consistera à faire de l'hygiène au lieu de thérapeutique.

» 9° Le typhus que nous venons d'observer est le même que le typhus fever d'Irlande et d'Amérique. Origine, symptômes, altérations pathologiques, tout est identique. Or, comme les auteurs qui veulent que le typhus et la fièvre typhoïde soient une seule et même maladie admettent cependant une différence entre le typhus fever et la fièvre typhoïde, il en résulte qu'ils sont dans l'erreur en soutenant l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

» 10° Le typhus et la fièvre typhoïde sont donc deux affections distinctes. »

M. Jubiot n'a point résumé dans ses conclusions le mode de traitement qui lui a semblé préférable; mais je trouve dans le corps de son mémoire l'exposé de sa thérapeutique.

« Espacez les lits, ventilez largement, désencombrez les salles, et vous triompherez du typhus. L'hygiène domine toute la thérapeutique. Quant au traitement proprement dit, j'ai employé avec succès au début les éméto-cathartiques. Puis j'avais recours à tous les toniques, vins généreux, *quinquina*, etc. Quand la forme était périodique, j'administrais le sulfate de quinine. Dans les cas d'ataxie, j'ai eu recours à l'opium, à la belladone. Dans la forme adynamique, je me suis bien trouvé du camphre et du café. Évitez surtout les émissions sanguines.

» Pendant la convalescence, empressez-vous de réparer les forces, n'hésitez pas à donner des aliments. »

L'auteur a jugé en vrai praticien, ainsi qu'on vient de le voir, les plus importantes questions qui se rattachent au typhus en général, mais il me paraît avoir émis, quant à l'étiologie du typhus criméen, quelques opinions contestables.

L'agglomération d'un grand nombre d'hommes sur un point limité lui semble avoir exercé une grande influence sur la production de l'épidémie. Cette appréciation est peut-être trop absolue. Les troupes étaient disséminées sur des espaces immenses et sur des plateaux incessamment halayés par les vents marins. Le croissant que formaient les camps autour de la place avait près de seize kilomètres de développement, depuis Kamiesch jusqu'au camp du Moulin, sur une largeur de mille mètres au moins, et qui atteignait quelquefois deux mille mètres; en outre, de nombreux détachements campaient sur des points disséminés, et, vers la fin de l'hiver 1855-56, il y avait plusieurs divisions sur le bord de la Tchernaïa et jusque dans la vallée de Baïdar, à une très grande distance du quartier-général. L'espace occupé par les troupes était donc immense; il est impossible de l'estimer à moins de cinq cents hectares de superficie. En outre, les rues des camps avaient trente mètres de large. Des espaces vides quelquefois de plus de cinq cents mètres de largeur, des ravins profonds, séparaient les différents corps, les brigades ou les divisions. En un mot, l'assiette des camps était parfaite, et je ne puis pas même concevoir qu'on invoque l'agglomération d'un grand nombre d'hommes sur un point trop limité comme l'une des causes des maladies criméennes.

L'imprégnation du sol par les matières organiques en décomposition ne me paraît pas avoir eu non plus l'influence qu'elle compose que M. Jubiot semble lui attribuer et que lui attribue une opinion généralement répandue. Les cadavres étaient enterrés à une profondeur suffisante, j'ai souvent constaté, pendant les chaleurs de l'été de 1855, l'absence d'odeur putride au milieu des cimetières, et quoiqu'il y ait eu dans certains points des charognes abandonnées, des tas de fumiers trop rapprochés des camps, quoiqu'il y ait eu des latrines et des abattoirs infects, ces causes générales d'insalubrité ne m'ont jamais paru bien actives; l'immense étendue des camps y remédiait suffisamment, même en été. Mais, d'ailleurs, ces matières animales accumulées, cette imprégnation du sol, auraient pu être accusées si le typhus avait paru pendant la saison chaude, mais c'est au cœur de l'hiver, c'est à l'époque où l'abaissement de la température arrêtait nécessairement toute fermentation putride que le typhus a fait invasion.

Enfin, les troupes françaises, anglaises et piémontaises ont vécu dans des conditions identiques, quant à l'espace qu'elles occupaient et quant à l'imprégnation du sol, dont on a tant parlé; or, puisque les troupes anglaises et piémontaises ont été exemptes du typhus, n'est-il pas évident qu'il faut chercher la cause du fléau dans les conditions hygiéniques restées spéciales à l'armée française ? Rien ne me paraît plus sérieusement instructif que cette immunité des armées anglaise et piémontaise dont les camps étaient enclavés et comme enchevêtrés dans les nôtres, tandis que nous étions si cruellement décimés par l'épidémie. Il y a là, ne craignons pas de l'avouer, la contre-partie des succès sanitaires relatifs dont nous nous étions glorifiés pendant l'hiver de 1854-55, et des succès administratifs qui sont restés incontestables, relativement à la rapide installation de tous nos services au début de la campagne.

Quelles sont donc les causes morbides spéciales qui ont agi sur l'armée française et qui ont déterminé le typhus criméen ? S'il m'est permis d'émettre un avis sur cette grave question, je dirai que ce sont les suivantes :

1° *L'encombrement des ambulances.*

Les ambulances étaient devenues, dès le commencement de la campagne et sont restées jusqu'à la fin, d'immenses hôpitaux permanents où les prescriptions de l'hygiène hospitalière n'ont pas pu être exactement suivies. C'est là que le sol, dans les baraques et dans les tentes, s'est imprégné peu à peu de miasmes délétères ; là, le matériel à l'usage des malades s'est peu à peu infecté; là, par suite de la nécessité de se préserver du froid, on s'est, plus que partout ailleurs, privé de ventilation; là, enfin, les hommes hospitalisés pour des accidents scorbutiques et pour des affections de gravité médiocre, contractaient le typhus mortel.

2° *L'alimentation n'a pas été aussi saine qu'on aurait pu le désirer.*

Sans doute, pendant l'hiver 1855-56, il est devenu impossible de nourrir dans les conditions d'une bonne hygiène, une armée de 150,000 hommes, à huit cents lieues des côtes de France, et il faut reconnaître que le problème était matériellement trois fois plus difficile à résoudre par l'administration française que par l'administration anglaise, puisque cette dernière n'avait à nourrir que 50,000 hommes, mais, enfin, il faut admettre qu'il y a eu là, chez nous, une cause très puissante de débilitation.

3° *Les tentes et les baraques habitées par les troupes n'ont pas été suffisamment ventilées.*

Il est impossible de se figurer jusqu'à quel point l'air devient infect dans une tente hermétiquement close, dans laquelle 16 soldats ont passé la nuit. Les difficultés qu'a rencontrées l'administration française pour l'alimentation des troupes, elles les a rencontrées pour le campement. Les troupes ont été logées trop à l'étroit, et les rigueurs de la saison ont obligé les hommes à s'entasser et à s'enfermer dans les tentes et les baraques.

Il faut bien que cette cause de typhus ait été l'une des plus puissantes, puisque la saison qui devait prévenir la production des miasmes putrides à l'air libre, comme je l'ai déjà dit, est précisément celle qui a engendré la maladie.

Il est encore à remarquer que les officiers de tous grades, excepté les médecins, n'ont point été affectés de typhus, le typhus était dans la tente du soldat, il n'était pas dans celle de l'officier. C'est que l'officier était mieux nourri que le soldat et ne respirait pas comme lui un air confiné et infecté.

On a insisté sur l'influence des fatigues excessives qu'avaient endurées nos soldats : il me semble, pour moi, que si les logements eussent été salubres et les aliments sains, l'armée eut commencé à se rétablir à partir de la fin du siége, à partir de l'époque où les exigences du service militaire sont rentrées dans des limites normales. Les travaux héroïques de l'armée devraient donc être rangés parmi les causes éloignées, qui avaient prédisposé les hommes à subir les fâcheuses conséquences des causes prochaines de maladie quelles qu'elles fussent, mais qui allaient s'amoindrissant par le temps, depuis la mémorable journée du 8 septembre 1855.

4° *L'armée n'avait pas de Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité.*

Nous sommes fiers à juste titre de l'organisation de nos services administratifs, aussi, j'espère qu'il sera permis à l'un de ceux qui les admire le plus sincèrement de signaler un perfectionnement dont ils seraient susceptibles.

Il existe en France, dans tous les arrondissements et dans tous les départements, des Conseils d'hygiène et de salubrité qui fonctionnent sous la présidence des préfets. Ces Conseils sont composés de médecins, de pharmaciens, de chimistes, d'ingénieurs, de vétérinaires et d'agriculteurs. Le Comité consultatif d'hygiène publique de la France est composé des hommes les plus éminents dans les sciences et dans l'administration. Qui oserait nier les services que rend à la santé publique l'institution de ces Conseils.

Il est vrai que le Conseil de santé des armées remplit auprès du ministre de la guerre les importantes fonctions de Comité consultatif d'hygiène. Il est vrai encore que les officiers de santé en chef de l'armée devraient, selon l'interprétation des règlements, former un Conseil sanitaire auprès du général en chef, à l'image du Conseil de santé des armées auprès du ministre de la guerre, mais, dans l'état actuel de nos institutions ou de nos usages, ce Conseil de santé de l'armée en campagne ne fonctionne jamais, il n'existe réellement pas.

Et d'ailleurs, les questions sanitaires qui surgissent chaque jour lorsque l'armée est en campagne, ne sont pas seulement du ressort des médecins et des pharmaciens, elles exigent les lumières des administrateurs de l'armée, c'est-à-dire des officiers d'état-major et des officiers de l'intendance, des ingénieurs, c'est-à-dire des officiers du génie ou de l'artillerie.

Or, l'armée possède dans son sein les éléments les plus complets pour l'organisation d'un Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité :

Le chef d'état-major-général, président ;
Le chef de la gendarmerie ;
Le chef du génie ;
Un intendant ;
Le médecin en chef de l'armée ;
Un médecin principal de 1re classe ;
Le pharmacien en chef ;
Le vétérinaire en chef.

Voilà quel pourrait être le personnel. Les membres de ce Conseil seraient saisis par le général en chef de toutes les questions relatives à l'hygiène de l'armée; ils apporteraient le concours de leurs lumières et de leur initiative sans être jamais arrêtés par la crainte de dépasser leurs attributions ni par le soupçon d'exagérer l'importance de leur personnalité. Les délibérations deviendraient exécutoires après la sanction suprême du général en chef.

Les idées justes et simples émises par M. Jubiot dans son mémoire, me fournissent l'occasion de ces réflexions ; elles m'ont été suggérées par la fréquentation des camps, des ambulances et des hôpitaux et par l'observation personnelle des faits militaires, non moins que par les diverses publications qui ont paru depuis la funeste épidémie de 1856.

Mes avis ont peu de poids : puissent-ils seulement faire mettre à l'étude les perfectionnements dont notre organisation sanitaire serait susceptible pendant les grandes guerres, afin que la funèbre éloquence des événements ne se perde pas dans de vains échos. J'ai confiance que la cause de l'humanité triomphera parmi les hommes habiles et puissants qui sont à la tête des affaires : chez eux, le désir de réaliser le bien surpasse encore le pouvoir et le talent.

Dr J. JEANNEL.
Ex-pharmacien en chef de l'armée d'Orient,
Professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Janvier 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, demandant l'expédition authentique de l'acte notarié de la donation faite en faveur de l'Académie par la famille de M. Amussat, afin de pouvoir soumettre cette donation au Conseil d'État.

La correspondance non officielle comprend :

Des additions au mémoire de MM. JEANNEL et MONSEL, sur l'émulsionnement par les liquides alcalins. — (Renvoyées à la commission nommée.)

— L'envoi d'un pli cacheté, par M. le docteur MOURA-BOUROUILLON, relatif au traitement curatif des hernies par un procédé nouveau. (Le dépôt de ce pli est accepté.)

— Une lettre de M. CORNUEL, ancien médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, qui demande le titre de membre associé ou correspondant.

M. LE PRÉSIDENT : L'Académie se rappelle que, d'après les règlements, il peut y avoir dans son sein dix associés libres ; il n'y en avait que sept

avant la mort si regrettable du baron Thénard; il y a donc, en ce moment, quatre places vacantes. Le bureau propose, en conséquence, à l'Académie, la formation d'une commission composée de cinq membres, afin de proposer un associé libre. La commission sera formée dans la prochaine séance.

M. Velpeau fait hommage à l'Académie d'un mémoire imprimé, intitulé : *De l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes,* par le docteur Luigi Ciniselli, chirurgien principal à l'hôpital de Crémone. Les études de M. Ciniselli portent sur un ensemble de quatre-vingts observations comprenant toutes les artères, y compris l'aorte. M. Velpeau ne se fait pas juge de ce travail; mais les règlements s'opposant à ce qu'un rapport soit fait sur un mémoire imprimé, il demande que son envoi soit mentionné au *Bulletin* de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la lecture de plusieurs rapports.

M. O. Henry lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploitation de diverses eaux minérales, dont les conclusions sont successivement adoptées sans discussion.

M. Devergie lit en son nom et au nom d'une commission composée de MM. Leblanc, Bouley et Gibert, un rapport sur un mémoire ayant pour titre : *De la dartre tonsurante du cheval et du bœuf contagieuse de ces animaux à l'homme;* mémoire lu à l'Académie, le 30 juin dernier, par M. Raynal, chef de clinique de l'École vétérinaire d'Alfort.

Au commencement de son rapport, M. Devergie a dit qu'il savait beaucoup de gré à M. Raynal de n'avoir pas introduit dans son mémoire de noms nouveaux, et s'est élevé, à cette occasion, contre la *manie* d'imposer à des choses connues des appellations nouvelles. Il en résulte, selon l'honorable rapporteur, cet inconvénient de distancer les médecins les uns des autres, et de faire croire aux praticiens, qui ont quitté Paris depuis quinze ans, qu'ils ne sont plus au courant de la science.

Dans le cours de son rapport, M. Devergie s'est livré à une longue appréciation de la micrographie, au point de vue de l'étude des maladies de la peau, appréciation qui échappe à l'analyse, et sur laquelle nous pourrons revenir, dans le cas où la discussion se placerait sur ce terrain.

Voici en quels termes se termine le rapport de M. Devergie :

« Il nous reste, maintenant, Messieurs, à résumer les mérites du travail de M. Raynal qui, sous des formes modestes, a fait connaître des personnes qui l'auraient devancé dans l'étude de cette maladie.

» Et d'abord, nous n'hésitons pas à le dire, aucun vétérinaire n'avait désigné ni décrit l'herpès tonsurant chez les animaux. Les vétérinaires pouvaient connaître cette maladie, mais elle recevait la dénomination très vague de dartre.

» On trouve dans le *Journal des vétérinaires du Midi* (tome I, janvier 1838), sous le titre : *De la transmission de quelques maladies des animaux à l'homme,* plusieurs observations succinctes de M. Lavergne, dont quelques-unes paraissent se rattacher à l'affection dont il s'agit. On y cite des exemples de transmission du cheval et du chien à l'homme. On désigne ces maladies sous les noms de gale et de dartres. C'est par la physionomie que l'auteur donne à sa description que l'on reconnaît l'herpès tonsurant.

» Il existe aussi dans le même tome de ce journal des faits de *dartres sèches* observées dans l'espèce bovine, par M. Carrère, de Labastide, avec communication à l'homme; ce sont encore des faits d'*herpès tonsurants,* très succinctement relatés.

» M. Vereyen a publié des observations analogues dans un mémoire qu'il a inséré dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique* (1842). C'est encore sous les noms de gale et de dartre que se trouvent indiqués les exemples d'herpès tonsurant, transmissible des animaux aux animaux et des animaux à l'homme.

» Il faut arriver au mémoire que M. le docteur Letenneur a publié en 1852, pour retrouver l'herpès tonsurant parfaitement signalé dans l'espèce bovine, avec sa transmission à l'homme sous la forme d'*herpès circiné.*

» Nous devons ajouter qu'en 1851, M. Cazenave avait fait voir à ses élèves un individu qui portait à la joue un herpès circiné que le malade rattachait au fait d'avoir porté sur ses épaules un veau dartreux. *(Annales des maladies,* 14 mai 1850.)

» Nous pensons que M. Raynal a, le premier, fait connaître la transmission dans l'espèce chevaline et celle du cheval à l'homme.

» Mais ce n'est là que le plus faible mérite de son travail. Ce qui en fait surtout l'importance, c'est d'avoir donné à cette espèce de dartre du cheval, du bœuf et du chien, le nom de *dartre tondante,* de l'avoir distinguée des autres maladies de la peau ; d'en avoir tracé l'histoire, tant sous le rapport des causes, de la forme, de la marche, de la durée, que sous celui du traitement, et surtout d'en avoir donné une description qui ne laisse rien à désirer.

» A ce point de vue, le mémoire est tout à fait neuf. Il est d'autant plus important, qu'il généralise l'herpès tonsurant chez les animaux et chez l'homme.

» En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

» 1° D'adresser à M. Raynal une lettre de remercîments pour la communication qu'il a faite ;

» 2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. »

M. Moreau : Je prie M. le rapporteur de vouloir bien me donner l'explication d'un point de son rapport; croit-il qu'il y ait identité entre l'herpès circinatus et l'herpès tonsurant?

M. Devergie : Il y a deux sortes d'herpès chez l'homme : l'herpès nummulaire et l'herpès circiné. Le premier est toujours terminé par un bourrelet vésiculaire à vésicules extrêmement petites, qu'on parvient à voir en prenant certaines précautions et en éclairant la surface malade par un rayon de soleil; le second est nommé herpès circiné ou excentrique, parce que le centre, primitivement malade, se guérit vite, et que l'herpès ne persiste qu'à sa circonférence. Quant à savoir s'il y a identité entre l'herpès tonsurant et l'herpès circiné, qui se transmet des animaux à l'homme, j'ai dit que M. Letenneur, de Nantes, avait montré que certains herpès circinés se développaient sur les parties couvertes de poils, chez l'homme, et ne faisaient pas tomber ces poils; de façon qu'il y a trois herpès circinés : un herpès circiné qui se montre sur les parties glabres; un second, qui se développe sur les parties poilues; et un troisième, enfin, qui est tonsurant. Il est une autre différence tirée de la durée de la maladie; l'herpès circiné se guérit facilement, tandis que le tonsurant est quelquefois très rebelle et résiste pendant dix mois et plus à tous les traitements. En somme, la science n'est pas fixée absolument sur le point qui fait l'objet de l'observation de M. Moreau.

M. Moreau : Je remercie M. le rapporteur de son explication, et je vais lui dire maintenant le but de ma demande. Alibert a décrit un herpès furfuracé ou circiné, non contagieux. Or, ceux dont vous parlez sont tous contagieux. Ce ne sont donc pas les mêmes. Pour ma part, j'ai eu souvent l'occasion de voir des hommes, nouvellement mariés, atteints d'herpès circinés, et couchant avec leur jeune femme, sans leur communiquer leur mal; j'ai vu aussi des femmes, dans le même cas, ne pas communiquer l'herpès, dont elles étaient affectées, à leur mari. Il est important de les distinguer de ceux qui sont contagieux; d'autant plus que ceux qui ne le sont pas, sont extrêmement tenaces et rebelles à toute médication.

M. Devergie : J'ai dit, dans mon rapport, que ce n'était qu'en 1837 que Biett avait reconnu la nature contagieuse de l'herpès circinatus, ainsi que l'a rappelé M. Letenneur, de Nantes. Alibert pouvait ignorer ce fait, et l'ignorait certainement.

Maintenant, il est possible que ce dont il parlait, et ce dont parle M. Moreau; il est possible, dis-je, que ce ne soit que des spores, des champignons se développant chez certains individus, dans des conditions particulières d'aptitude et ne se transmettant pas à d'autres, parce qu'ils ne trouvent pas chez ces derniers les mêmes conditions favorables.

M. le Président : Je pense que l'importance du rapport de M. Devergie demande une discussion approfondie : les membres de la section de médecine vétérinaire sont absents, et cela les intéresse spécialement; je propose de déposer le rapport de M. Devergie dans les bureaux, où l'on pourra en prendre connaissance.

Dans tous les cas, l'Académie peut voter dès à présent sur les conclusions du rapport, qui sont personnelles à M. Devergie.

M. Devergie : Je demanderai, si la discussion appelée par M. le Président doit avoir lieu, que cette discussion ne soit soulevée qu'après l'impression de mon rapport, et après, par conséquent, qu'on aura pu en prendre une connaissance complète.

M. le Président : On pourrait attendre trop longtemps l'impression du rapport.

M. Devergie : Il suffira d'en faire imprimer cent exemplaires et de les distribuer aux membres de l'Académie.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

La parole est à M. Briquet, qui monte à la tribune et dit qu'il a hésité à lire le mémoire qu'il tient en mains, tant les faits sur lesquels il désire appeler l'attention de l'Académie sont singuliers, et tant la thérapeutique, mise en usage par lui, à l'occasion de ces faits, est imprévue et contraire aux idées reçues. Mais enfin l'observation de ces faits s'est présentée à lui, toujours identique, quarante-trois fois de suite, et il se décide à aborder la publicité avec une conviction plus forte que ses scrupules : il s'agit de la colique de plomb. L'honorable médecin de la Charité donne ensuite lecture de la première partie d'un travail intitulé : *Études sur la colique de plomb.*

Après avoir rappelé que Giaccomini, de Padoue, avait voulu déjà faire résider les douleurs de la colique des peintres, non dans les intestins, mais dans les muscles abdominaux exclusivement, il montre comment il a été amené à partager entièrement cette manière de voir.

Pourquoi, dit M. Briquet, les muscles des parois abdominales sont-ils à peu près le siége exclusif de la douleur dans la colique de plomb? Peut-être le métal agit-il sur eux en vertu d'une action élective, comme il le fait pour les extenseurs des membres supérieurs. — Peut-être aussi ces douleurs se développent-elles sous l'influence d'une excitation spéciale d'une portion du prolongement rachidien, comme le supposent Astruc, Laënnec et Barbier. Toujours est-il que ce n'est pas un fait particulier à la colique de plomb. Il est une maladie, l'hystera, dans laquelle les douleurs se rencontrent comme étant l'un des principaux phénomènes. Or, il est à présent bien constaté que ces douleurs, qu'on avait toujours considérées comme siégeant, soit dans les cordons nerveux, soit dans les viscères splanchniques, siégent presque exclusivement dans les muscles; et c'est précisément le siége de ces douleurs dans les muscles chez les hystériques, qui m'a porté à le rechercher dans la colique de plomb, où je supposais d'avance que je le trouverais être le même.

Existe-t-il une loi sous l'empire de laquelle se produisent ces myosalgies? Peut-être résultent-elles des troubles des viscères contenus dans les cavités, dont les muscles endoloris forment l'enceinte. Toujours est-il que, quelle que soit leur origine, elles peuvent plus tard exister indépendamment de tout trouble correspondant dans les viscères profonds; et qu'elles ont en quelque sorte acquis par leur durée le droit d'exister par elles-mêmes.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

TRAITEMENT DU CROUP, par le docteur Luzsinsky, médecin en chef de l'hôpital des Enfants de Mariahilf, à Vienne. — Notre confrère publie de nouvelles observations sur l'efficacité du traitement qu'il emploie contre cette terrible affection, et dont nous avions déjà parlé l'année précédente. Les indications à remplir sont les suivantes : 1° Modifier la crase du sang (les alcalis) ; 2° prévenir la localisation de l'inflammation dans le larynx (large vésicatoire entretenu en suppuration à la fourchette du sternum) ; 3° combattre le spasme du larynx (opium); 4° détruire les fausses membranes déjà formées, ou favoriser leur expulsion (solution caustique de nitrate d'argent et vomitifs). Des doutes doivent être élevés sur l'existence du spasme de la glotte; néanmoins, les calmants, et surtout l'opium, peuvent être utiles en diminuant le besoin de respirer et rendant ainsi les inspirations moins brusques et moins énergiques. M. Luzsinsky préfère le carbonate de potasse au bicarbonate de soude, et il le donne à la dose de 2 à 8 grammes par jour, dans une potion gommeuse de 100 grammes. Il faut insister énergiquement sur ce traitement et le commencer le plus tôt possible, car les alcalis exigent du temps pour modifier la composition morbide du sang. Sur 71 malades ainsi traités, il en est mort 14 et 57 sont guéris. Tous les enfants observés dans la première période ont guéri. La seconde période (maladie bien confirmée) a donné 28 guérisons sur 36 malades. Tandis que sur 10 enfants traités dans la troisième (affection très avancée), 4 seulement ont pu être sauvés. — (*Oesterr. zeitschr. f. prakt. heilh.*, 1856, n°s 50 et 51.)

RECHERCHES SUR LA DURÉE DE L'INCUBATION DES ACCIDENTS SYPHILITIQUES TERTIAIRES, par le professeur Sigmund, de Vienne. — Ce spécialiste montre d'abord les difficultés d'un tel travail : on n'est pas d'accord sur la détermination de toutes les formes tertiaires, certains accidents étant classés dans cette catégorie par les uns et niés dans les formes secondaires par les autres; la transition de la période secondaire en la suivante, est parfois insensible; les renseignements fournis par les malades sont souvent faux; l'état actuel de nos connaissances ne permet pas de regarder positivement certaines affections survenues chez des syphilitiques, et après la syphilis, comme produites exclusivement par cette dernière; telles les maladies de la rate, du foie, des reins, du thymus, etc.

1,741 accidents bien caractérisés et sur lesquels on a pu réunir des documents assez positifs, ont servi de base à ce travail. C'étaient, sous le rapport de leur fréquence :

I. Maladies des os et de leurs dépendances. . .	568	décomposées en
a. Inflamm. du périoste ou du périchondre.	202	
b. Inflammations des os ou des cartilages. .	87	
c. Les deux formes réunies.	132	
d. Nécroses des os et des cartilages.. . . .	147	
II. Dermatoses papuleuses et pustuleuses . . .	547	
III. Syphilides squameuses.	292	
IV. Ulcérations de la peau	183	
V. Perforations ou pertes du voile du palais. .	85	
VI. Tubercules du tissu cellulaire	19	
VII. Maladies des ongles.	27	
VIII. Contractures des tendons.	20	
	1741	

Le tableau suivant donne le temps le plus court, le temps moyen et le temps le plus long, écoulé entre la manifestation de l'ulcère primitif et celle de la première affection tertiaire :

	Mois.	Mois.	Ans.
I. Affections des os et des cartilages.	3	24	41
(Infl. du périos. et du périch., 3 m., 15 m., 41 a.)			
(Infl. des os et des cartilages, 6 m., 17 m., 40 a.)			
II. Dermatoses papuleuses et pustuleuses. . . .	6	11	7
III. Syphilides squameuses.	9	16	13
IV. Ulcérations de la peau.	17	22	20
V. Perforations ou perte du voile du palais. . . .	21	32	19
VI. Tubercules du tissu cellulaire.	43	59	40
VII. Maladies des ongles.	37	48	22
VIII. Contractures des tendons	41	71	7

Ces chiffres, recueillis sur des malades de tout âge, de toute constitution et exposés aux influences extérieures les plus variées, n'ont par là que peu de valeur pour la pathologie exacte et positive; mais ils ont une importance statistique parce qu'ils résument un grand nombre de cas, observés dans la même localité et considérés d'après le même point de vue. — (*Wiener med. wochenschr*, n° 45, 1856.)

COURRIER.

Nous portons à la connaissance de nos bienfaisants confrères la situation malheureuse d'un honorable docteur-médecin de Paris, malade depuis plusieurs mois, chef d'une nombreuse et jeune famille, et qui ne peut recourir à l'assistance de l'Association de la Seine, dont il ne fait pas partie.

Les offrandes seront reçues au bureau de l'Union Médicale.

Première souscription : M. A. L., 20 fr.

— M. le docteur Ducros de Sixt, praticien honorable de Paris, vient de mourir à un âge peu avancé.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro (feuilleton de M. de Pietra Santa), au 4e paragraphe de la 2e colonne, il s'est glissé une erreur typographique que nous nous empressons de rectifier : Les conclusions appartiennent à M. Sénard, et non à M. Favre.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 6. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 16 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Giraud-Teulon a publié, en un volume, les différents mémoires qu'il a lus devant l'Académie des sciences, et dans lesquels il a successivement examiné plusieurs questions de mécanique animale. Lundi dernier, il a fait hommage de ce volume à l'Académie, par l'organe de M. Flourens, et en priant M. le Président de l'admettre au concours pour le prix de médecine et de chirurgie.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le Secrétaire perpétuel a mentionné une lettre de M. Al. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts. Cette note est relative à l'étude des inhalations médicamenteuses dans les affections catarrhales. « M. Mayer, a dit M. Flourens, pense que, dans ces affections, la seule médication rationnelle est celle qui agit directement sur les bronches et qui se propose de modifier les membranes muqueuses malades; ce résultat est obtenu à l'aide d'un appareil de l'invention de M. Mayer. » M. le Secrétaire perpétuel n'a ni décrit cet appareil, ni donné la formule des inhalations employées. Nous attendrons la publication des comptes-rendus hebdomadaires pour être édifié à cet égard, et savoir en quoi M. Mayer se différentie de ses devanciers. Cette médication n'est pas nouvelle, en effet, et, pour ne parler que des contemporains, nous avons, il y a quelques jours, enregistré une note de M. Mandl sur le même sujet, — nos lecteurs doivent l'avoir encore présente à la mémoire — et, depuis plusieurs années, M. le docteur Richard-Desruès n'emploie pas d'autre traitement contre les affections pulmonaires, quelles qu'elles soient.

M. Flourens a donné lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, transmettant un mémoire de M. Onésime Simon, relatif au prix Bréant.

Enfin, il a lu l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Charles Sainte-Claire Deville en remplacement de M. Dufrénoy.

Après cette lecture, M. le Président a invité M. Sainte-Claire Deville, présent à la séance, à prendre place parmi ses collègues.

M. Auguste Houzeau a lu un extrait d'un mémoire ayant pour titre : *Preuve de la présence dans l'atmosphère d'un nouveau principe gazeux, l'oxygène naissant.*

M. Velpeau a reçu de M. Delenda, médecin grec, un fragment d'un ouvrage considérable qui a pour titre : *Tocologie hellénique*, et qui demandera, dit l'auteur, dix ans de travail encore pour être terminé. Cet ouvrage montre quelle physionomie les lieux impriment aux maladies, et, comme les plus anciens livres que nous ayons sur la médecine sont les livres d'Hippocrate, il sera curieux de voir si les descriptions modernes de M. Delenda se rapportent à celles du père de la médecine, et jusqu'à quel point les unes et les autres diffèrent des descriptions des médecins pour les mêmes maladies observées dans divers climats.

Les médecins éminents de tous les temps ont pris en sérieuse considération cette influence des lieux, et Baglivi, il y a deux siècles, disait : « Faites attention que j'écris dans l'air de Rome. » M. Delenda, qui écrit dans l'air grec, se propose de déterminer exactement quelle est cette influence et entre quelles limites elle s'exerce.

Dans le fragment qu'il a envoyé à M. Velpeau, il étudie surtout l'état puerpéral, et il montre qu'en Grèce, cet état se complique souvent, pour ne pas dire toujours, de symptômes appartenant, d'ordinaire, à l'empoisonnement paludéen, bien que rien, autour des nouvelles accouchées, ne semble devoir donner lieu aux accès intermittents, rémittents, ou aux fièvres continues qu'elles présentent alors. Ce qui prouve cependant que les symptômes observés sont analogues aux symptômes d'origine palustre, c'est qu'ils ne cèdent, comme ceux-ci, qu'aux seules préparations de quinquina.

M. Delenda a joint à son travail douze observations extraites d'un nombre beaucoup plus considérable d'observations sur le même sujet.

M. Velpeau a terminé sa communication en disant qu'il ne se faisait pas juge du mérite du travail entrepris par M. Delenda, et qu'il priait l'Académie de nommer une commission pour l'examiner.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures un quart.

Dans notre précédent *Bulletin*, nous avons dit que M. Flourens avait fait hommage, à l'Académie, d'un nouveau volume, publié par lui et qui porte pour titre : *De la vie et de l'intelligence.* M. Flourens, en déposant ce livre sur le bureau, s'était borné à en énoncer le titre. Aujourd'hui, nous trouvons dans les *Comptes-rendus hebdomadaires* cet exposé très substantiel, fait par M. Flourens lui même, à propos de son livre :

« Je donne ici, dit-il, le résumé philosophique de deux de mes plus essentiels travaux : mes expériences sur le *système nerveux* et mes expériences sur la *formation des os*.

» Dans mes expériences sur le *système nerveux*, le point capital est la séparation de la vie et de l'intelligence, et de toutes les *propriétés vitales* d'avec toutes les *propriétés intellectuelles*.

» Et, pour la première fois, cette séparation, cette analyse est certaine, car cette analyse est toute expérimentale.

» Je sépare les *propriétés* par les *organes*.

» J'appelle propriété distincte toute propriété qui réside dans un organe distinct. Je dis l'intelligence distincte de la vie, parce que l'intelligence réside dans un organe où ne réside pas la vie, et réciproquement la vie dans un organe où ne réside pas l'intelligence, parce que je puis ôter l'organe de l'intelligence, et l'intelligence par conséquent, sans toucher à la vie, sans ôter la vie, en laissant la vie tout entière.

» Dans mes expériences sur la *formation des os*, je me suis donné ce grand problème, pour la première fois posé en physiologie : le rapport des *forces* et de la *matière* dans les corps vivants.

» Ce n'est pas la *matière* qui vit : une *force* vit dans la *matière*, et la meut et l'agite et la renouvelle sans cesse :

Mens agitat molem et magno se corpore miscet.

» Le grand secret de la vie est la permanence des *forces* et la mutation continuelle de la *matière*. »

M. le Secrétaire perpétuel a lu l'extrait suivant d'une lettre adressée par M. Naumann, professeur de clinique médicale à Bonn, à l'occasion d'un volume qu'il vient de publier.

« Dans l'ouvrage que je vous prie de bien vouloir présenter en mon nom à l'Académie, j'ai essayé de démontrer que la nutrition des différents tissus de l'organisme animal ne s'opère que sous l'influence matérielle ou substantielle de la pulpe nerveuse, laquelle est dissoute (aux extrémités périphériques des fibrilles nerveuses) dans l'humidité interstitielle dont tous les tissus sont baignés. Le plasma transsudé des vaisseaux capillaires se trouve dans ce fluide aussi bien représenté que la matière qui a cessé de faire partie intégrante de différents tissus, laquelle y figure sous la forme de la fibrine (qui n'est aucunement destinée à servir la nutrition). La

Feuilleton.

CAUSERIES.

Devinez un peu ce que j'ai reçu comme étrennes. Je devrais pouvoir vous le dire dans la langue harmonieuse de Théocrite ou d'Anacréon; ou tout au moins dans le dialecte pur et concis d'Hippocrate; car il s'agit d'un produit de l'antique Ionie chanté par tous les poètes, célèbre encore comme du temps des Hipparques, d'une de ces choses rares, que les révolutions, les guerres et les dévastations des barbares n'ont pu détruire, et que l'on retrouve encore sous le beau ciel de l'Attique, telle que le berger Aristée l'y avait introduite, telle que la connurent Alcibiade ou la belle Laïs. Que sont devenus, ô Athènes, tes monuments dont tu étais si fière ! Le cœur navré le voyageur cherche les ruines de l'Acropole, les jardins de l'Académie n'existent plus, le Prytanée, l'Odéon, le Pécile ont disparu, le Parthénon, le temple de Bacchus et de la Victoire sont détruits, de la cité de Minerve, telle que la connurent Socrate et Platon, il n'existe que la place. Et cependant, ô nature toujours neuve et féconde, sur la colline située au sud de cette ville éteinte, se renouvellent sans cesse les fleurs parfumées où les abeilles vont butiner ce miel célèbre du mont Hymette. Il s'y produit encore aujourd'hui avec son parfum pénétrant tout imprégné du suc de ces labiées odorantes si recherchées des abeilles. Eh bien, c'est une caisse de ce miel que j'ai reçue d'Athènes. Et de qui? ne le devinez-vous pas? C'est encore une abeille qui m'a fait ce don précieux, l'*Abeille médicale d'Athènes*, par l'entremise de son savant, spirituel et courageux rédacteur en chef, M. le docteur Goudas. Merci, cher et honoré collègue ! les abeilles du mont Hymette n'ont pas dégénéré. Quel parfum accentué et suave !

Ah! si j'osais envoyer un petit pot de ce doux miel à tous ceux qui me semblent avoir besoin en ce moment d'adoucir un peu leur humeur inquiète. Que de mauvais sang, mon Dieu! on se fait d'ici, de là. Je ne rencontre plus, en certains endroits, que figures refrognées et mines rébarbatives. Mais je parlerai de tout cela une autre fois. Je veux rester aujourd'hui sous l'impression charmante du miel mont Hymette.

Et de fait, j'ai une transition heureuse; je ne sors pas des fleurs. Vous vous souvenez peut-être d'une question qui m'était adressée par une dame charmante et sous cette forme :

« Pourquoi les violettes perdent-elles leur doux parfum quand elles sont entourées de feuilles de lierre? »

J'avais promis de vérifier d'abord l'exactitude du fait. Mais je n'ai pu le faire. J'ai vainement cherché chez nos gentilles bouquetières des violettes entourées de lierre; elles n'en avaient pas. Ce n'est qu'un peu plus tard, à ce que m'a répondu l'une d'elles, et lorsque la floraison de mars est dans toute sa puissance, que, pour ne pas dépouiller le pied de toutes ses feuilles, on a recours au lierre pour envelopper les fleurs. Je ne sais donc rien encore sur la vérité de l'assertion.

Mais il paraît que j'ai pour lecteur un florimane impatient qui, voyant que je ne répondais pas assez vite à la question posée, et me croyant sans doute embarrassé pour y répondre — ce qui n'est que trop vrai — a voulu venir à mon aide. Il m'a donc adressé, sous le voile de l'anonyme, c'est un tort, une lettre très originale, spirituelle d'ailleurs, et surtout très *harmonique*, dans laquelle la question se trouve résolue *ex professo*.

Voici donc cette lettre telle quelle; je n'en supprime qu'une phrase, un peu trop forte de parfum pour moi :

« Mon cher ami,

» C'est une belle question que celle qui vous est adressée; c'est un magnifique problème et dont la solution a bien son importance scientifique, sans compter que le phénomène connu et l'explication vulgarisée auraient pour conséquence de faire cesser cette calomnie dont on accable si souvent ces pauvres et chères violettes.

» Qui n'a pas entendu dire, qui n'a pas répété que la violette — de Paris — n'avait pas d'odeur!

» Accusation menteuse, qui n'a que trop souvent l'apparence de la vérité. A Paris, pas plus qu'ailleurs, le parfum ne manque à la violette, seulement il est absorbé, décomposé, annihilé — c'est cette dernière expression qui est la plus exacte — par le contact et le mélange de la douce fleur avec la feuille de lierre.

» Mais, la cause, la cause de cette singularité... l'explication de cette énigme?...

» L violette est une douce fleur, qui a *cinq* pétales, qui naît et fleurit *au printemps*, c'est-à-dire *au commencement de l'année*, mais qui se reproduit délicieusement par la culture et un peu de chaleur en *hiver*. Horticulteur, florimane et savant, achevez la description; poète, à l'œuvre, et faites un poème, la violette en vaut bien la peine.

» Elle a cinq pétales. *A priori* et d'emblée quand on a mis le nez dans la science, à laquelle je touche en profane, on sait, ou l'on doit savoir, sans l'avoir ni vu ni entendu dire, que la violette a cinq pétales, et qu'il ne saurait, vu sa nature et son caractère, en être autrement; — elle a cinq pétales, parce que le chiffre 5 est chiffre emblématique de l'amitié, — comme le cercle. — Pourquoi, ou comment cela? Tout simplement parce que ce chiffre est composé d'*unités égales*, — la géométrie nous apprend aussi que tous les rayons d'un cercle sont égaux, — et que l'amitié a le doux privilége de niveler tous ceux quelle unit : La taille, l'âge, le caractère, le talent, la fortune, la position sociale... ont beau différer, — rien n'y fait; — ils sont amis, donc ils sont égaux. Si cette explication ne suffisait pas, questionnez les musiciens, et ils vous répondront que la dominante, qui ramène forcément à la tonique, est la cinquième note de la gamme; comme l'amitié (dominante) a pour mission d'amener tous les hommes à l'union... à l'association (tonique). Ceci nous donne du même coup la raison qui fait que la violette à cinq pétales, puisqu'il va nous être démontré qu'elle est emblème d'amitié; et qui vous pousse, vous, — hautement titré en amitié, — à prôner dans la corporation médicale, l'Union et l'Association.

» L'objection que le 3 et le 7 n'ont aussi, comme le 5, que des unités égales, n'infirme en rien ce qui vient d'être établi; ces chiffres ont d'autres affectations caractérielles ou analogiques, et pour ne pas me laisser détourner de la question qui nous occupe, demandez encore aux musiciens ce qu'est, par exemple, la septième note..... et ils vous diront que c'est la *note sensible* — qui tend toujours à monter. — Je vous raconte cela comme un perroquet répète sa leçon; mais votre perspicacité vous a déjà fait comprendre que ce chiffre 7, au lieu de partager avec le 5, sa prérogative de représenter analogiquement l'amitié... pourrait bien être *caractériellement* le chiffre d'ambition.

» Un ergoteur va s'écrier, — les ergoteurs s'écrient toujours pour interrompre une démonstration qu'ils ne veulent et très souvent ne peuvent comprendre; — il va donc s'écrier : mais, la violette n'est pas

pulpe nerveuse, dissoute en se combinant à la matière albumineuse du plasma, donne à cette dernière les qualités nécessaires pour devenir partie intégrante de tissus jusqu'au terme où la substance nerveuse, à laquelle elle doit son organisation, perd ses qualités organisatrices faute de sa séparation des fibrilles nerveuses.

» Les conséquences principales de cette théorie sont les suivantes :

» La matière nerveuse ne se prépare que dans les différents centres nerveux (dans les cellules de ce système) ; toutes les fibrilles nerveuses ne sont que les voies par lesquelles la substance nerveuse croît et se propage lentement en partant des différents centres vers la périphérie. Arrivée à la dernière extrémité de ces fibrilles, la matière nerveuse se dissout dans le fluide interstitiel ou intercellulaire. Selon la richesse plus ou moins grande des fibrilles nerveuses dont les différents tissus sont pourvus, ceux-ci acquèrent des qualités histologiques plus ou moins élevées.

» J'ai essayé, dans ce volume, d'éclairer, par la description de la pneumonie et de la phthisie pulmonaire (d'après les observations puisées dans la clinique médicale dont j'ai l'honneur d'être le chef), de quelle valeur cette théorie deviendra, tant pour la pathologie que pour la thérapeutique. »

M. Elie de Beaumont a fait hommage, au nom de l'auteur, M. A. de la Rive, du troisième et dernier volume de son *Traité de l'électricité*. Dans la lettre accompagnant l'envoi de ce volume, et dont M. le Secrétaire perpétuel a lu quelques extraits, nous avons remarqué le passage suivant qui intéressera nos lecteurs :

« La seconde partie de ce volume, dit M. de la Rive, comprend les applications thérapeutiques de l'électricité qui, en étant rattachées aux phénomènes de l'électricité physiologique, perdent leur caractère empirique pour revêtir une forme raisonnée et théorique qui tend à en augmenter l'intérêt et la valeur. J'ai cherché, en général, autant que possible, à rattacher toutes les applications de l'électricité, aussi bien les physiques et chimiques que les physiologiques, aux principes mêmes de la science dont elles découlent comme des conséquences naturelles. »

Enfin, M. Elie de Beaumont a donné lecture de quelques passages d'une lettre à lui adressée de Boston, par M. le docteur Charles T. Jackson, et relative à la nature et à la quantité de matière saccharine contenue dans le *sorghum saccharatum*.

Dr Maximin Legrand.

CLINIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET SUR L'OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE;

Lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ad. Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voir les numéros des 7, 9 et 14 janvier 1858.)

Malgré les raisons que j'ai données ailleurs pour faire saisir toute l'étendue des modifications que la différence de siége apporte dans l'aspect du même élément anatomique morbide, envisagé successivement sur la peau et dans l'intérieur d'une cavité muqueuse, on pourrait être tenté de nier quelquefois l'herpès sur les amydales ou le voile du palais dans certains cas intenses d'angine couenneuse commune. En effet, si l'on admet encore volontiers une éruption herpétique, quand on retrouve à l'état d'isolement de petites ulcérations superficielles, circulaires, couvertes d'une couenne jaunâtre, on a le droit de se refuser d'abord à voir un herpès dans ces plaques couenneuses plus ou moins larges, irrégulièrement configurées, qui couvrent une amygdale entière et s'étendent sur les piliers correspondants du voile du palais. Cependant, cette répugnance doit céder devant l'observation plus attentive qui nous enseigne par quelles transformations successives la lésion est parvenue à se dissimuler sous cette apparence insolite.

En suivant les progrès de la lésion, voici ce qu'on constate. Les régions occupées, dans une période avancée du mal, par des plaques couenneuses étalées à la manière de celles de la diphthérite septique, n'ont d'abord présenté que des ulcérations aphtheuses circonscrites. Plus tard, seulement, les ulcérations agrandies sont devenues confluentes. Là ne se borne pas le travail morbide.

Ainsi que je l'indiquais tout à l'heure, les ulcérations isolées du début correspondent aux vésico-pustules de l'herpès labialis, ce sont, pour ainsi dire, ces vésicules dépouillées d'épithélium, et dont l'épanchement mis à nu reste adhérent à la muqueuse ulcérée. La formation des larges surfaces couenneuses s'explique bien en partie par l'extension des érosions muqueuses primitives, devenues confluentes ; mais, il faut y ajouter l'envahissement des points limitrophes par une inflammation non ulcéreuse, quoique plastique. Une circonstance du fait observé par M. Lailler et par moi tend à établir la réalité de ce phénomène, puisqu'elle nous montre dans la décroissance du mal l'exsudation couenneuse, disparaissant d'abord des zones extérieures de la plaque, plus récemment envahies, sans mettre à nu une perte de substance appréciable ; tandis qu'à la fin les derniers points grisâtres restants étaient bien couenneux, mais aussi évidemment ulcéreux et correspondaient assez exactement aux ulcérations aphtheuses primitives.

Si les choses se passaient comme nous le comprenons, il n'y aurait à cela rien de surprenant, car, l'observation révèle, dans les inflammations des membranes muqueuses, une disposition à la forme exsudative beaucoup plus prononcée que dans celles de la peau. Ne voit-on pas, en effet, les inflammations pelliculaires se répéter sans cesse sur les organes tapissés par des membranes muqueuses et dans les maladies les plus diverses : les stomatites, les isthmitis, les pharyngites, les laryngites, les bronchites ne revêtent-elles pas souvent ce caractère ? Rappellerai-je aussi la dysenterie, la diphthérite des organes génitaux chez la femme. A côté de cela, combien compterait-on d'affections couenneuses cutanées ? Un bien petit nombre, assurément ; et dans quelles conditions encore ? Ce n'est pas d'emblée sur le tégument externe, jusque-là intact, que les inflammations pelliculaires se développent ; non, elles respectent la couche épidermique. Si elles envahissent le derme, c'est que celui-ci a été préalablement excorié à la suite de la vésication, de l'intertrigo ou de quelque autre état morbide. Or, en pareille circonstance, la surface cutanée se rapproche singulièrement de celle des cavités digestives. Rien ne ressemble plus à une membrane muqueuse, que la peau dépouillée de son épiderme, tout le monde en conviendra ; ainsi, l'on peut dire à bon droit que la peau devient sujette aux exsudations diphthériques, alors que précisément elle a perdu ses caractères propres pour prendre les attributs des muqueuses. Et, comme cette circonstance est nécessairement exceptionnelle, j'avais raison de soutenir que l'enveloppe cutanée est la moins exposée aux phlegmasies couenneuses.

Au contraire, toutes les inflammations des séreuses sont accompagnées d'exsudation plastique, et, sous ce rapport, les muqueuses seraient intermédiaires entre ces membranes et le tégument externe. On comprendrait de cette façon avec quelle facilité une phlegmasie intense, ayant pour siége l'isthme du gosier, déterminerait un épanchement fibrineux. — D'ailleurs, la nature herpétique de l'angine, telle que nous l'avons vue chez nos malades, est rendue vraisemblable par l'analogie qui existait chez eux entre les lésions de la gorge et celle qu'on observe sur la face interne des grandes lèvres, dans l'herpès de la vulve. Ici, en effet, pas plus que dans les angines herpétiques, la lésion n'est bornée nécessairement à des ulcérations petites et isolées ; ces ulcérations peuvent être groupées, confondues, et quelquefois dissimulées sous une nappe de plasma qui les déborde, sans que l'affection ait cessé d'être de l'herpès. Il en est de même pour l'angine couenneuse commune. On pourra former sa conviction sur ce point, en comparant ce qui se passe dans cette angine avec ce qui a lieu dans l'herpès labialis, lorsque celui-ci empiète sur la face muqueuse de la lèvre.

Un fait dont je viens d'être témoin chez un sujet affecté de pneumonie, avec des groupes d'herpès dans les fosses nasales, à l'entrée des narines et sur les lèvres, m'a démontré à loisir, et pour ainsi dire à nu, la suite des changements qui font passer l'éruption vésico-pustuleuse à l'état de plaque couenneuse. J'ai vu d'abord poindre les boutons de la lèvre à son bord libre, sous forme de petites élevures, avec induration profonde du derme cutané et muqueux. Ces boutons se sont développés et sont devenus cohérents en même temps que vésiculeux, puis pustuleux. Puis, du côté muqueux, l'épithélium s'en est détaché, et l'épanchement plastique s'est trouvé à découvert ; il y a plus, une exsudation nouvelle s'est étalée sur toute la surface ulcéreuse, et s'est déversée, si l'on peut ainsi dire, sur toute la muqueuse voisine, de manière à couvrir une assez grande surface que je puis évaluer à 2 centimètres carrés. Dans cette étendue, la couche plastique, formant un léger relief, dissimulait parfaitement les ulcérations primitives de la membrane muqueuse. Rien de semblable n'existait sur la face externe de la lèvre, où les vésicules d'herpès avaient fait place à des croûtes d'un brun très clair. Dans la période de réparation, la surface plastique se déprima légèrement par rapport à la muqueuse, en même temps qu'elle se rétrécit, et parut rétracter la membrane elle-même. L'exsudat perdit aussi progressivement de son épaisseur, et finit par disparaître en laissant une cicatrice rosée qui avait pu se compléter auparavant. Telles sont les phases du processus morbide étudié sur l'orifice buccal ; tout porte à penser qu'elles sont exactement les mêmes sur l'orifice guttural.

Après les explications dans lesquelles je viens d'entrer, il me semble difficile de ne pas admettre la réalité de l'herpès guttural, ou de méconnaître la présence de cet herpès dans les ulcérations à fond plastique, isolées ou confluentes, qui appartiennent à l'angine couenneuse commune (1).

Si c'est une éruption d'herpès qui imprime son cachet à l'angine couenneuse commune, il est clair que nous devons assigner à cette affection l'étiologie de l'herpès labialis lui-même. Comme ce dernier, il reconnaît pour cause l'influence d'un refroidissement. Deux des observations consignées dans ce mémoire suffiraient à établir la justesse de cette manière de voir, quand bien même elle ne serait pas confirmée par des faits nombreux puisés à d'autres sources ; car nous voyons dans l'une (obs. III) la maladie débuter

(1) Toutes les angines couenneuses dites communes ne sont peut-être pas des cas d'herpès guttural. D'autres espèces pourraient bien encore être confondues sous ce titre : l'étude attentive des faits, au point de vue de la méthode naturelle, nous apprendra à les discerner.

---

la seule fleur que la nature ait gratifié de cinq pétales, etc., etc..... Sans doute, mais elle est, *ou doit être* la seule, qui, à ce caractère cinq pétales, unisse la couleur qui lui donne son nom et les autres caractères qui lui sont propres.

» Mais, que nous apprend cette couleur violette ? Et, d'abord, qu'est-ce que le violet ? C'est le mélange, la combinaison intime du rouge et du bleu foncé.

» Qu'est-ce, analogiquement, que le rouge ? Le rouge, c'est la couleur d'ambition, couleur de la pourpre, de la lutte, de la flamme ardente, et, comme le disait le sourd-muet, dans son langage pittoresque, ce doit être la couleur du son de la trompette... qui entraîne au combat.

» Le bleu foncé, indigo, bleu virant au noir, c'est-à-dire à l'absorption, est la couleur de cabaliste, d'intrigue, de calcul, de combinaison, pour arriver à un but... c'est l'âpreté du désir, de la poursuite d'une idée appliquée à atteindre un résultat étranger au sentiment ; l'esprit de corps : lutte de collége ou lutte des camps.

» Différant du bleu *ciel*, couleur d'amour..., de l'électricité ; le poète ajouterait : couleur des yeux de la femme blonde, matière première dont Dieu se sert pour faire ses anges, etc. (Mais, je ne suis pas poète.)

» Unissez le rouge de tout à l'heure au bleu foncé, et vous obtenez le violet : emblême d'amitié du jeune âge, printemps de la vie, amitié de collége, amitié du soldat pour son camarade, — la plus solide, la plus inaltérable, la plus durable des amitiés ; elle a pris naissance, elle a grandi au milieu de la lutte et des dangers ; l'absence ne peut rien contre elle, et la vieillesse la retrouve aussi fraîche, aussi pure, aussi profonde..... Est-ce que la violette n'est pas aussi doucement parfumée en hiver qu'au printemps ?....

» Et le lierre !... Qu'est-ce donc que le lierre ?...

» Avez-vous jamais vu une vieille gouvernante de rentier ou de curé, flairant une succession ?... Un vieil... ami, intrigant, souple, adroit et fourbe, qui sait son moribond par cœur et connaît sa fortune..... quel empressement auprès du pauvre catarrheux..., quel doux langage, quelle égalité d'humeur, comme on l'entoure, comme on l'embrasse, comme on sait s'insinuer.... (même dans les armoires et les cachettes dont on a su s'approprier les clés) ; comme on tolère les inégalités de son esprit, comme on respecte les aspérités de son cœur, on s'incline, on se baisse, on fait des détours, on veut passer pour protéger le pauvre homme contre le froid et l'humidité, on ne le quitte ni l'été ni l'hiver, jour et nuit, on est là, toujours là.... On rajuste ses couvertures, on lui remet son bonnet de coton, il faut le garantir contre les fâcheuses influences... Quelquefois, cela s'est vu, on l'étouffe sous l'édredon, s'il tarde trop à s'éteindre. Et l'on porte des habits sombres, non pas noirs, car s'il faut paraître soucieux, il ne faut pas avoir l'air de prendre le deuil par anticipation.....

» Captateurs de succession, est-ce votre histoire ou celle du lierre au doux feuillage, aux fruits sombres, qui vient d'être esquissée ? Fausse amitié, je te reconnais !

» Maintenant, concluez, mon cher ami :

» L'affirmation et la négation en présence ;

» Le vrai et le faux confondus ;

» L'amitié sincère et l'amitié menteuse rassemblées ;

» La violette et le lierre mélangés.....

» Conséquences : Absence de vérité, amitié nulle, parfum anéanti.

» Votre ami bien dévoué qui désire rester *anonyme*. »

Ingénieux ami, je vous en préviens, j'ai percé votre voile. Je te connais, beau masque.

Amédée Latour.

Strasbourg, le 14 janvier 1858.

Mon cher directeur,

En 1844-1845, je publiai, dans le *Bulletin de thérapeutique*, deux articles, sur l'efficacité de l'opium, dans le traitement du catharre pulmonaire, de l'hémoptysie et de la phthisie. J'arrivais à cette conclusion que le sirop d'acétate de morphine, à la dose d'un demi-grain par once, administré par cuillerées à café, une ou deux fois par jour, était le mode d'application le plus efficace.

Peu de temps après, je vis paraître, dans les journaux politiques, l'annonce d'un *sirop du docteur Forget*. Je dus soupçonner qu'il s'agissait de moi ; mais, comme je ne suis pas le seul médecin de ce nom, je ne me crus pas en droit de réclamer ; je me bornai à décliner cette paternité, dans une de mes publications.

Un de mes clients de Strasbourg, entrant, par hasard, dans la pharmacie de la rue Vivienne où se débite ce sirop, demanda quel était ce docteur F... On lui répondit que c'était un célèbre médecin habitant la province.

Enfin je reçois, aujourd'hui, la lettre suivante :

A Monsieur le docteur Forget, à Strasbourg.

« Monsieur,

» Ayant entendu parler de *votre* sirop du docteur Forget, nous nous déciderions peut-être à en tenter un envoi pour l'exportation, si vous vouliez nous accorder des conditions avantageuses, et si vous pouviez nous garantir la bonne conservation du sirop, à une température constante de 22 à 26° Réaumur.

» Veuillez donc avoir l'obigeance de nous dire si vous pouvez nous expédier directement ce produit, et votre prix et escompte contre espèces pour 500 flacons. Pour le montant de l'envoi, nous serions à votre disposition à vue, ou vous pourriez faire suivre en remboursement, à votre convenance.

» Agréez, etc. *Signé :* Ch. Hofmans et Ce, 28, rue d'Enghein, Paris. »

Il est donc bien établi que, dans l'opinion publique, c'est moi qui suis l'auteur, le détenteur et le débitant du sirop du docteur Forget. Il y a donc là usurpation et surtout diffamation flagrante. Mais que faire ? Attaquer le charlatan qui exploite mon nom ? Mais il répondra : 1° qu'il y a plus d'un docteur Forget dans le monde ; 2° que le sirop qu'il débite n'est pas exactement le mien (grâce à l'addition d'une substance quelconque) ; 3° que mon sirop est celui du Codex, à plus forte dose (demi au lieu d'un quart de grain), ce qui est vrai. Je courrais donc grand risque d'en être pour mes frais.

C'est dans cet état perplexe que j'ai l'honneur de poser les problèmes devant le journal des *intérêts moraux* de la profession.

Votre tout dévoué et affectionné.

Professeur Forget.

L'Union Médicale fait tout ce qu'elle peut faire en pareille occurrence, en donnant la publicité dont elle dispose à la lettre de l'honorable professeur M. Forget.

Il est opportun de rappeler aussi qu'il y a quelques années notre honoré collaborateur et ami, M. le docteur A. Forget, a protesté, dans ce journal même, contre toute assimilation qui pourrait être faite de son nom à celui de l'inventeur ou débitant de ce même remède. A. L.

par une amygdalite parenchymateuse simple, évidemment due, comme toutes ses semblables, à l'action du froid; et dans l'autre (obs. II), un rhumatisme articulaire assez nettement caractérisé ajouter ses symptômes à ceux de l'angine herpétique. D'ailleurs, la pratique journalière nous enseigne que l'herpès labialis, et ceci, dans ma pensée, s'applique également à l'herpès guttural, se montre à la suite ou dans le cours de toutes les affections qui dérivent d'un refroidissement.

L'opinion vulgaire leur attribue une telle origine, et l'expression de *boutons de fièvre* est généralement consacrée à cette éruption, pour rappeler qu'elle est souvent la seule détermination morbide locale qui succède à un mouvement fébrile engendré par le froid.

L'herpès labialis apparaît également au milieu d'autres accidents pathologiques reconnaissant la même cause, et servirait au besoin à témoigner des affinités qui les unissent. Sans parler de nouveau des angines, je rappellerai les phlogoses plus ou moins aiguës de l'appareil respiratoire, celles du larynx, de la trachée, des bronches, du parenchyme pulmonaire lui-même. L'éruption herpétique des lèvres est si habituelle dans la péripneumonie, quoique de nos jours ce rapport fixe bien peu l'attention, qu'il me suffit d'en voir quelques groupes coïncider avec une rougeur vive des pommettes, pour annoncer à distance une fluxion de poitrine, et l'événement justifie d'ordinaire ma prévision.

J'ajoute que l'herpès est, au contraire, si rare dans les pyrexies ou les phlegmasies indépendantes de l'action du froid, que sa présence peut entrer comme élément dans le diagnostic différentiel.

En rattachant les diverses affections mentionnées ci-dessus et quelques autres encore, par un lien commun de causalité, à savoir : l'action d'une basse température, je n'entends pas repousser l'intervention d'autres circonstances plus ou moins importantes. Loin de moi cette pensée. La péripneumonie ne sévirait pas épidémiquement, pour ainsi dire, au premier printemps et ne serait pas, relativement, rare au milieu de l'hiver, si la rigueur du froid en était la seule cause.

Mais il n'en est pas moins vrai que cette maladie, aussi bien que celles dont il s'agissait tout à l'heure, éclate à l'occasion d'un refroidissement. J'en dirai autant du rhumatisme articulaire; il se déclare dans les mêmes circonstances, pourvu que le sujet y soit prédisposé. Envisagée d'une manière générale, la question étiologique peut se poser dans les termes suivants.

Le froid détermine dans les grandes fonctions de l'économie des troubles immédiats encore mal définis, que chacun ressent, et contre lesquels chacun réagit à sa façon. Quand l'action est peu durable, l'équilibre, un moment rompu, se rétablit aussitôt. Si, au contraire, l'action est énergique, ou si, étant légère, elle se prolonge davantage, il en résulte une perturbation plus ou moins profonde et durable, suivie d'un mouvement réactionnel proportionné.

La fièvre peut être le seul phénomène morbide, ou bien il peut s'y joindre une ou plusieurs affections locales, dont les caractères et le siége varient en raison de la prédisposition individuelle et des circonstances adjuvantes ou déterminantes. Si le mouvement fébrile existe seul, il constitue, suivant son intensité et sa durée, soit une simple fièvre éphémère, soit une synoque, que signalent bientôt un ou plusieurs groupes d'herpès labialis. S'il se fait une détermination morbide organique, la fièvre affecte dans ses allures une diversité en rapport avec la nature variable des organes affectés et la gravité des lésions. Le siége et le sens du processus morbide sont d'ailleurs déterminés, je le répète, par le tempérament, la constitution et les maladies antérieures du sujet. Chez l'un, il surviendra un mal de gorge; chez l'autre, une bronchite; chez celui-ci, une pneumonie; chez celui-là, un rhumatisme; mais, en définitive, ces affections sont des effets directs du froid combinés avec des prédispositions individuelles, spéciales.

Étant bien établie, cette communauté d'origine, on pourrait, au grand avantage de la science et de l'art (1), réunir ces maladies en un groupe parfaitement naturel, sous une dénomination empruntée à leur cause efficiente. On aurait ainsi les maladies de froid ou les maladies de chaleur, comme nous avons déjà les maladies de plomb ou celles des marais. Et, j'insiste sur ce point, la science y gagnerait une exposition doctrinale plus philosophique; la pratique, à son tour, en tirerait un profit considérable, car la notion de la cause retrace aussitôt à l'esprit du médecin un bien plus grand nombre de particularités utiles à connaître, que ne fait celle de la lésion ou de l'expression symptomatique; elle conduit plus directement sinon à l'indication pressante, du moins à la grande voie thérapeutique dans laquelle il faut s'engager pour combattre le mal dans son essence même.

Par exemple, un homme dont le visage accuse la souffrance, se présente à la consultation, et nous apprend qu'il *travaille au blanc de céruse;* un autre, au teint pâle et blême, nous dit qu'il a eu les *fièvres d'Afrique;* nous voilà aussitôt fixés non seulement sur la nature du mal principal, mais sur les accompagnements obligés ou possibles, ainsi que sur le traitement à instituer. Par cette brève indication étiologique, nous sommes mieux renseignés que par une description longue et minutieuse des symptômes de la colique sèche ou de la cachexie palustre.

(1) Il serait à désirer qu'on fût en possession d'une expression univoque pour désigner le groupe pathologique dont il s'agit. Au delà du Rhin, on n'hésiterait pas à créer un substantif dont la nécessité serait démontrée, et le mot *nosochimène* (de νοσος, maladie, et χεῖμα, hiver) opposé à celui de *nosothère* (de νοσος, maladie, et θέρος, été), ne manquerait pas de prendre faveur, à moins qu'on ne lui préférât celui de *psychrinose* (ψυχρια, froid), qui aurait pour contre-partie *thermonose* (θέρμόν, chaleur); mais, en France, nous répugnons à ces néologismes, et n'acceptons les innovations de langage que lorsqu'elles nous viennent de l'étranger.

Eh bien, j'ose affirmer que dans mainte occasion, il en serait de même pour les maladies de froid. Souvent la circonstance d'un refroidissement antérieur bien constaté avancerait beaucoup plus la question de diagnostic, de pronostic et de traitement que les considérations tirées des organes lésés ou des troubles fonctionnels. D'abord, à la suite d'un grand nombre de refroidissements, tout se borne à la réaction fébrile, ou bien si quelque organe se trouve atteint, les altérations anatomiques en sont tellement légères et fugaces qu'elles sont sans importance. En pareils cas, ceux qui attendent une lésion grossière pour en tirer une indication de traitement ne verraient rien à faire, et, en effet, ils se croisent les bras devant ce qu'ils nomment vaguement une fièvre éphémère, ne sachant trop ce que cela représente. Sans parler des contemporains, nos devanciers se comportaient autrement. C'était pour eux une règle encore suivie par le public, de chercher à rappeler les fonctions de la peau momentanément interrompues.

De là ces pratiques vulgaires qui consistent à provoquer par tous les moyens des sueurs abondantes chez ceux qui ont reçu l'atteinte du froid. Jusqu'à quel point les procédés en usage sont-ils toujours rationnels, toujours opportuns et toujours innocents; là n'est pas la question, je ne m'occupe que du principe, et je le crois bon avec certaines restrictions. — Le dérangement de la santé qui succède à un refroidissement, dans les cas légers et les plus simples, peut être considéré comme partagé en trois périodes variables en longueur absolue et relative, dans certaines limites du moins. Il existe d'abord un état de concentration, de dépression et d'impressionnabilité qui se révèle par la pâleur des téguments, par la diminution des forces musculaires et digestives, et par la sensibilité exquise pour le froid. Puis, vient un mouvement d'expansion réactionnelle dans lequel la circulation s'accélère, la peau s'injecte, la caloricité s'exalte. Enfin, toute cette agitation s'apaise, la surface du corps devient halitueuse, la température descend au degré normal, le pouls s'abaisse et tombe même au-dessous de son chiffre ordinaire, comme si le cœur, fatigué de tant de précipitation, avait épuisé ses forces.

Qui ne voit, dans cette succession de phénomènes, la reproduction exacte d'un accès de fièvre intermittente, à cette différence près de la durée incomparablement plus longue des trois stades? A vrai dire, toute fièvre éphémère ou synoque, sous le rapport symptomatologique, serait, en quelque sorte, un accès de fièvre palustre à tendance chronique. De même que dans la fièvre éphémère aiguë, permettez-moi ce langage, la sueur met fin à l'accès régulier; de même elle marque l'heureuse issue de la lutte dans la fièvre de refroidissement. C'est donc le but vers lequel il faut diriger ses efforts, si l'on veut rétablir l'harmonie des fonctions. Mais il faut arriver à temps pour réussir dans cette entreprise; tous les moments ne sont pas également favorables, et les moyens propres à en assurer le succès changent avec la période du mal. Est-il besoin de le faire remarquer? c'est dans les premières heures surtout que les sudorifiques proprement dits triompheront de la funeste influence du froid; leur emploi sera néanmoins très avantageux pendant toute la durée de la période de concentration. Plus tard, la conduite variera selon les particularités offertes par la fièvre. La réaction est-elle franche et modérée, on n'a qu'à attendre; si l'économie déprimée ne se relève pas avec assez d'énergie, on l'excitera convenablement par des stimulants diffusibles, les agents sudorifiques sont de ce nombre; quand, au contraire, le mouvement fébrile, dépassant de justes bornes, constitue un danger, on s'attachera à en atténuer la violence par les tempérants de toutes sortes. Dans ce cas, un émèto-cathartique, éteignant tout à coup le feu de la fièvre, sera le meilleur de tous les moyens de sudation, et amènera d'emblée cette détente si désirable.

Telles sont les principales règles à observer dans le traitement de la fièvre de refroidissement. Ces préceptes trouvent aussi leur application dans les affections de même origine qui se composent à la fois de l'élément pyrétique et d'un état organopathique déterminé; mais ils doivent se modifier selon les circonstances, et souvent céder le pas à des indications spéciales plus urgentes, déduites du siége particulier des localisations et de l'intensité des phénomènes morbides.

Je n'insiste pas davantage sur l'exposition doctrinale des maladies qui reconnaissent pour cause commune l'action d'un froid plus ou moins intense; cette rapide synthèse suffira pour montrer de quelle manière je comprends ce sujet.

Si la digression à laquelle je viens de me livrer m'avait un instant détourné de l'herpès guttural, j'y serais naturellement ramené par les considérations relatives à la thérapeutique spéciale des états organopathiques issus d'un refroidissement. Mais les vues générales énoncées tout à l'heure s'appliquent parfaitement à l'histoire particulière de l'angine couenneuse commune. A part une disposition individuelle, dont il faut toujours tenir compte, l'étiologie de cette affection se réduit, d'après cela, à l'influence perturbatrice du froid sur les principales fonctions de l'économie, d'où résulte une éruption, considérée par les anciens comme critique, et connue sous le nom d'herpès, avec ou sans amygdalite antécédente.

Dans ces cas et d'autres analogues, l'herpès, presque toujours borné aux lèvres, se répand dans la partie supérieure des voies digestives, et même respiratoires. Mais rarement il s'éparpille depuis la bouche jusqu'à l'isthme du gosier, en parsemant la voûte palatine; plus souvent il épargne le palais, et ne se fixe que sur les lèvres et sur le gosier. On ne sera pas surpris de cette prédilection si l'on se rappelle que les orifices des organes creux sont, plus que les autres points, exposés à des affections morbides de toutes sortes, ce qu'ils doivent sans doute à la complexité de leur structure, à l'importance de leurs fonctions, en un mot, à leur suprématie vitale. Or, l'isthme du gosier est un détroit placé au confluent des voies alimentaires et aériennes; ce détroit est comparable à l'ouverture buccale elle-même; il est donc tout naturel qu'il partage avec celle-ci le triste privilége de donner naissance aux éruptions herpétiques (1).

Pour compléter l'histoire de l'herpès guttural, il ne me reste plus qu'à tracer le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette affection, d'après les nouvelles données introduites dans la science, et développées dans ce travail. Les détails dans lesquels je suis entré précédemment, abrégeront encore beaucoup ce que j'ai à dire sur ces trois points.

(La fin à un prochain numéro.)

MATIÈRE MÉDICALE.

ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR LA SÉCRÉTION URINAIRE (DIMINUTION DE LA QUANTITÉ DE L'ACIDE URIQUE EXCRÉTÉ NORMALEMENT);

Par le docteur H. RANKE.

Le docteur Ranke rapporte qu'en s'occupant d'une série d'observations sur l'excrétion de l'acide urique dans les états de santé et de maladie et sous l'influence de diverses substances, il a observé une action du bisulfate de quinine sur l'organisme sain, qui lui a paru digne d'être signalée au public médical, sans attendre les résultats complets de recherches ultérieures.

Cette action consiste dans la diminution de la quantité d'acide urique que l'urine contient normalement; elle s'est manifestée d'une manière uniforme dans cinq expériences faites sur trois sujets en bonne santé.

L'importance de cette action, dit le docteur Ranke, si elle se trouve constante, ne peut échapper à personne. Jusqu'à présent, nos connaissances sur l'action physiologique de la quinine, sont encore bien défectueuses, et il en est de même de celles que nous possédons sur la nature réelle de la fièvre intermittente, contre laquelle la quinine est un si admirable médicament. Or, dans la fièvre intermittente, d'après tous les observateurs, il y a une augmentation considérable de l'acide urique dans l'urine; de plus, la rate, qui est l'organe principalement affecté dans cette maladie, renferme normalement de l'acide urique, selon Scherer. N'est-il pas possible que, par l'étude de l'action physiologique de la quinine, nous soyons à même, avec le temps, de répandre quelque lumière sur la nature de la fièvre intermittente et le mode suivant lequel s'accomplit sa guérison.

Dans ces expériences, le dosage de l'acide urique a été fait en abandonnant dans un verre, pendant quarante-huit heures, un mélange de 100 centimètres cubes d'urine avec 6 centimètres cubes d'acide hydrochlorique concentré; recueillant avec soin l'acide urique précipité, sur un filtre dont le poids avait été au préalable déterminé soigneusement dans un état de siccité parfaite; versant sur l'acide urique une quantité d'eau appréciable, jusqu'à ce que le liquide s'écoulant du filtre cessât de présenter la réaction acide; pesant de nouveau le filtre après l'avoir séché exactement, et attribuant à l'acide urique la différence de poids trouvée entre la première et la seconde pesée.

Voici, dit le docteur Ranke, les chiffres que j'ai obtenus et que je livre à l'appréciation du lecteur. J'excrète, en moyenne, étant en état de santé et usant d'un régime mixte, 0.629 grammes d'acide urique en vingt-quatre heures. Cette moyenne est calculée sur les résultats de vingt observations. Le maximum est 0.832; le minimum, 0.455; le premier chiffre de ces séries se distribue de la manière suivante : 0.8 et 0.7 se sont présentés chacun deux fois, 0.6 huit fois, 0.5 sept fois, et 0.4 une fois.

Dans la première expérience, j'ai pris 20 grains de bisulfate de quinine dans le cours de la journée, et, pendant les quarante-huit heures suivantes, l'excrétion de l'acide urique s'est élevée, en tout, à 0.542 gram., ce qui donne, pour vingt-quatre heures, 0.271 grammes, ou moins de la moitié de ma quantité normale.

La seconde expérience a donné un résultat semblable, la quantité d'acide urique excrété en quarante-huit heures, après avoir pris 15 grains de bisulfate de quinine, étant égale à 0.790 grammes ou à 0.395 pour vingt-quatre heures. Le troisième jour après celui où j'avais pris la quinine, j'excrétai de nouveau environ ma moyenne normale d'acide urique, soit 0.621 grammes, et les deux jours suivants 0.543 et 0,656 grammes. Je pris alors le bisulfate de quinine pour la troisième fois, et la quantité de l'acide urique retomba à 0.438 grammes pour le premier jour, et à 0.192 pour le second.

La quatrième expérience et la cinquième ont été faites sur deux médecins de mes amis qui se sont proposés spontanément. En voici les résultats.

Le docteur S... a excrété dans les deux jours qui ont précédé l'ingestion de la quinine, 0.544 et 0.543 grammes d'acide urique. Le troisième jour, ayant pris 20 grains de bisulfate de quinine en deux doses de 10 grains chacune, il a excrété 0.376 grammes d'acide urique. Le matin suivant, après une nouvelle dose de 5 grains de quinine, la quantité de l'acide urique est tombée à 0.317 grammes. Les trois jours suivants, cette quantité est remontée à 0.483, 0.450 et 0.654 grammes.

Le docteur M... a excrété, les quatre jours qui ont précédé l'ingestion de la quinine, 0.662, 0.774, 0.585, et de nouveau 0.585 grammes d'acide urique. Ayant alors pris 10 grains de bisulfate de quinine, il n'a plus excrété ce jour là que 0.358, et le suivant 0.387 grammes d'acide urique. Le troisième jour, la quantité d'acide urique est remontée à 0.670 grammes, et est restée stationnaire à ce point, s'élevant à 0.671 et 0.668 grammes les deux jours suivants.

Aux déterminations précédentes, j'ai à ajouter que, dans deux de ces expériences, j'ai également dosé les autres constituants de l'urine. Les solides en général, l'urée, ne se sont pas trouvés influencés par l'action de la quinine; mais l'acide phosphorique m'a paru être augmenté. Cependant ces points exigent de nouvelles recherches, et en conséquence, je m'abstiens de tout détail.

(1) On peut aller plus loin et se demander si certaines synoques de refroidissement à forme abdominale, simulant de légères fièvres typhoïdes, n'emprunteraient pas leur cachet particulier à la présence d'une éruption semblable dans le tube digestif.

Le docteur Ranke termine en exprimant l'espoir que d'autres répéteront ses expériences, et qu'ainsi de nouveaux matériaux seront obtenus pour dégager la vérité. Pour ceux qui seraient tentés de le faire, il croit devoir ajouter les deux remarques suivantes : Il existe des personnes qui, quoique bien portantes selon toute apparence, excrètent l'acide urique avec une grande irrégularité, le maximum et le minimum se trouvant à une grande distance l'un de l'autre. Ces personnes ne devraient pas être employées pour les expériences, parce qu'il serait nécessaire, avec de tels sujets, de prendre la moyenne d'un très grand nombre d'observations, pour pouvoir arriver à des résultats dignes de confiance. De plus, il est à propos, pendant la durée de l'observation, que de trop fortes quantités de liquides ne soient pas ingérées ; car une grande dilution de l'urine tendrait à rendre moins exacte la détermination de l'acide urique. — (*Medical Times and Gazette,* 30 mai 1857.) — G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 4 janvier 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Sée, médecin des hôpitaux, demande le titre de membre titulaire, et adresse un travail intitulé : *De l'usage des eaux de Nauheim dans les différentes formes de la scrofule.* (Renvoyé à MM. Rotureau, Sales-Girons et Le Bret.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Mission médicale dans la Tatarie-Dobroutcha, 1857 ; par le docteur Camille Allard.

ÉLECTIONS.

M. le docteur Lambron est nommé membre *titulaire*.

M. le docteur Richelot est nommé membre *associé résidant*.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

M. Otterbourg lit un rapport sur un travail de M. Dutrouleau, *sur les bains de mer de Dieppe* (1).

M. Patissier, à propos du vœu exprimé dans le rapport, que M. Dutrouleau soit invité à étudier les effets du *bain de mer prolongé*, déclare que, d'après sa propre expérience, le bain de mer, à Dieppe, et dans les localités analogues, n'agit efficacement, ou même n'est toléré, qu'à la condition d'être de courte durée. La réaction se produit difficilement à la suite des bains prolongés, et l'on court risque alors de déterminer des effets plutôt nuisibles qu'avantageux.

M. Durand-Fardel fait remarquer que le bain de mer, à Dieppe, et en général sur les plages du Nord, pris comme il l'est, et comme sans doute il doit l'être habituellement, pendant une durée de temps très courte, constitue plutôt un moyen hydrothérapique qu'une médication minérale. La médication minérale consiste, en réalité, dans l'inhalation si active de l'air marin, et dans l'usage interne de l'eau de mer, ou bien dans les bains de mer chauds si l'on veut. Mais le bain de mer froid et court agit surtout comme moyen hydrothérapique, bien que l'agitation de la mer, l'action de la vague, la densité, et sans doute la nature du milieu, le différencient notablement de l'hydrothérapie administrée avec l'eau douce. Si l'on veut faire, avec les bains de mer, une médication vraiment minérale, il faut aller chercher des plages chaudes et tranquilles, et, par exemple, la plage d'Arcachon, où l'on peut laisser souvent les enfants passer des heures entières, à la marée basse, à moitié dans l'eau de la mer, sans aucun inconvénient. C'est là une médication toute différente de celle qui se fait à Dieppe au moyen des bains froids et de courte durée.

M. Otterbourg a fait, depuis bien des années, un usage personnel des bains de mer de Dieppe, et il en a étudié attentivement et le mode d'action et les divers procédés d'administration : il considère la pratique traditionnelle des bains de courte durée comme trop exclusivement appliquée. La tolérance des malades pour le bain de mer doit être envisagée, du reste, de la même manière que la tolérance observée dans l'usage des différentes médications. Sans doute, dans un grand nombre de cas, le bain de courte durée doit être prescrit à des sujets jeunes et nerveux : mais on voit généralement la réaction s'établir en proportion de la durée du bain. Sans doute, quand on fera usage de bains prolongés, il sera moins nécessaire d'en multiplier le nombre, surtout si l'on ne cherche à obtenir qu'un effet stimulant. Mais alors que l'absorption des principes minéralisateurs contenus dans l'eau de la mer sera considérée comme utile, ainsi chez les sujets scrofuleux, il importera d'en prolonger la durée pendant vingt minutes, une demi-heure, par exemple. Il faut donc tenir compte avant tout des indications à remplir. Rappelant les observations signalées par M. Dutrouleau, au sujet des *Guides* des baigneurs, M. Otterbourg ne pense pas qu'il y ait de rapprochement à établir entre l'espèce de réaction qu'ils éprouvent sous forme de sueurs nocturnes excessives, et les effets obtenus par les malades.

M. R. Briau est d'avis qu'en thèse générale les bains pris dans l'Océan doivent être de courte durée. Il a été témoin des mauvais effets des bains prolongés dans certains cas d'atonie, surtout alors qu'il dominait un état chlorotique. Il attribue une grande importance au ballottement produit par la vague, et qui constitue, suivant lui, une douche permanente. Il croit que la grande différence d'action reconnue entre les bains pris dans les mers du Nord ou de la Méditerranée, provient surtout de ce que, dans cette dernière, le flux et le reflux, et par conséquent l'agitation de la mer, sont beaucoup moins prononcés.

M. Gerdy pense, comme M. Otterbourg, qu'on pourrait employer les bains de mer sur une plus large échelle. Il n'accepte pas cette médication comme purement hydrothérapeutique. S'il faut tenir compte de l'action du froid, il ne faut pas méconnaître celle de la minéralisation saline, qui est éminemment propre à produire une excitation de la peau. Il n'y a pas à douter que l'on supporte plus facilement et plus longtemps un bain dans la mer que dans l'eau simple, à température égale. Les différences invoquées entre les bains de mer de l'Océan, du bassin d'Arcachon et de la Méditerranée ont été probablement exagérées. Il importe, du reste, de tenir compte, relativement à l'action de ces divers moyens, des conditions variées de tempérament, d'âge, de constitution, d'états morbides, que peuvent présenter les malades.

M. Boullay ne considère pas comme identique l'action du bain de mer et celle du bain d'eau douce, bien que dans les deux cas l'influence exercée par le froid soit commune. Il pense que le bain de mer froid, prolongé pendant vingt minutes ou au delà, ne saurait être sans inconvénient.

M. Allard a observé des faits qui démontrent, d'une manière frappante, la différence des bains dans l'eau de mer ou dans l'eau douce froide. Il rapporte, à ce sujet, que les populations danubiennes, qu'il a visitées lors de sa mission dans les Principautés, témoignent une grande répugnance à se plonger dans le Danube lui-même, tandis qu'elles recherchent avec avidité les bains, et les bains prolongés dans la mer Noire.

M. Lefort rappelle les analyses qu'il a faites à la prière de M. Dutrouleau, et qui se trouvent consignées dans le mémoire de l'honorable médecin-inspecteur de Dieppe. Il a trouvé, dans les urines des malades ayant pris des bains, ou ayant simplement subi l'inhalation, une augmentation considérable dans la proportion normale de chlorure de sodium, jusqu'à 9 grammes au lieu de 4 ; il est vrai qu'il n'y a point retrouvé de brome.

M. Moutard-Martin s'élève contre la proposition émise par M. Otterbourg, que l'intensité de la réaction serait en raison directe de la durée du bain. Il se produit, dans un cas, une impression vive et rapide qui amène une réaction proportionnée, tandis que dans le cas contraire, les mêmes effets ne se montrent que d'une manière très incomplète.

M. Otterbourg développe la proposition qu'il a émise, et sur la portée de laquelle on s'est mépris. Il a voulu seulement engager M. Dutrouleau à étudier spécialement la question de durée du bain de mer, et à chercher une proportion moyenne qui ne se trouve ni insuffisante, comme paraît l'être le bain de cinq minutes, ni exagérée dans un sens opposé.

M. le Président déclare la discussion close, mais invite la Société à la reprendre à une époque ultérieure.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.*

M. de Puisaye achève la lecture qu'il avait commencée dans la séance précédente.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance. Sont inscrits, pour y prendre part : MM. Sales-Girons, Guéneau de Mussy, Bouland, Gerdy, Rotureau et Durand-Fardel.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 18 JANVIER 1858.

Nomination d'un membre titulaire.

— d'un membre correspondant.

Discussion sur le travail de M. Durand-Fardel, relatif à la *nomenclature des eaux minérales.*

Suite de la discussion sur le *Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

(1) Voir l'Union Médicale du 31 décembre 1857.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

SUR L'EFFICACITÉ DES BAINS LOCAUX CHAUDS PERMANENTS DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par le docteur Zeis, à Dresde. — La pratique de M. Zeis diffère de celle du professeur Langenbeck, qui a préconisé ce mode de traitement, dans plusieurs points essentiels, portant surtout sur la permanence et sur la température. En effet, le chirurgien de Berlin emploie les bains, sans interruption, à une température allant, selon les circonstances, jusqu'à 32° c. ; le docteur Zeis les administre avec des intervalles (par exemple, tout le jour, mais rarement la nuit), et à 37° à 42° c. Ces bains locaux sont un excellent moyen pour dissiper les inflammations de la peau et des parties immédiatement sous-jacentes, même quand elles ont déjà pris beaucoup d'extension et d'intensité. Mais on ne doit les continuer dans cette mesure qu'aussi longtemps que l'exige la présence de l'inflammation ; car, dès qu'il s'agit de déterminer la formation de granulations, de combler une perte de substance, ils ne sont plus indiqués; ils retardent ce travail et ne doivent être employés qu'avec des intervalles et pendant un temps de plus en plus court, un quart d'heure à une demi-heure, lorsque le retour des douleurs et l'augmentation de l'inflammation les réclament.

L'auteur résume sa pratique dans les conclusions suivantes :

1° Le bain local permanent, au-dessous de la température du corps, est rarement supporté ;

2° Des bains prolongés, à 37 à 42° c., sont extrêmement utiles aux malades ayant de violentes inflammations locales ; ils enlèvent la douleur, diminuent l'inflammation et dissipent les lymphangites naissantes ou déjà existantes, et empêchent ainsi des suites graves qui seraient devenues inévitables. Continué trop longtemps, ce traitement devient nuisible en empêchant la formation des granulations. Il faut donc les diminuer peu à peu, dès que l'on aperçoit de la langueur et du relâchement dans le bourgeonnement de la plaie ;

3° Les bains *permanents* de la température du membre malade, 35 à 38° c., administrés pour des plaies d'amputation, soulagent l'opéré plus que tout autre traitement ; ils détergent la plaie lorsque la suppuration a déjà commencé à prendre un mauvais caractère, et même, quand elle est devenue sanieuse, quand la plaie est en proie à la mortification, ils empêchent la mort par résorption purulente et par pyémie. —(*Deutsche Klinik,* n° 40, 1856.)

OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR LEGENDRE.

Les obsèques de M. Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, ont eu lieu, lundi dernier, au milieu d'un concours immense de médecins qui s'étaient empressés de venir rendre un dernier hommage à un confrère aimé et estimé de tous. La Société des médecins des hôpitaux de Paris, dont M. Legendre était un des membres les plus zélés, était là, on peut dire, tout entière ; elle était représentée officiellement par M. Legroux, président, M. H. Roger, secrétaire général, et par les membres du bureau. L'hôpital Sainte-Eugénie avait envoyé une députation de convalescents, présidée par M. Paupert, directeur de l'établissement. Le lycée municipal Chaptal, auquel M. Legendre était attaché en qualité de médecin, avait également envoyé une nombreuse députation de ses élèves. Enfin, l'administration de l'assistance publique avait voulu s'associer au pieux hommage rendu au défunt, et on distinguait dans la foule M. Davenne, directeur général, M. Dubost, secrétaire général, et plusieurs fonctionnaires élevés.

Après le service religieux, qui s'est fait à l'église Saint-Eugène, le convoi s'est dirigé vers le cimetière de l'Est. Des discours, qui répondaient parfaitement aux sentiments et à l'émotion des assistants, ont été prononcés sur la tombe par M. Legroux, au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris ; par M. Marjolin, au nom de l'hôpital Sainte-Eugénie ; par MM. Boucher-de-la-Ville-Jossy et Laboulbène, pour les amis et élèves de Legendre.

Nous donnons le discours de M. Legroux, dont la Société médicale des hôpitaux a décidé à l'unanimité l'impression dans sa dernière séance :

Messieurs,

Au nom de la Société médicale des hôpitaux, je viens déposer sur la tombe de Legendre un tribut de regrets : regrets unanimes, parce qu'ils s'adressent non seulement au collègue, mais aussi à l'homme de bien, au cœur droit, au médecin honnête, à l'observateur consciencieux ; à l'homme, enfin, que tous nous aurions été heureux d'avoir pour ami et pour qui des relations, malheureusement trop rares, m'ont laissé, en particulier, un précieux et affectueux souvenir.

Si l'on doit la vérité aux morts, nous pouvons la dire ici tout entière sans restriction, sans réticence, car nous pouvons présenter Legendre comme un type à ceux qui veulent entrer dans les hôpitaux. Là, en effet, plus qu'ailleurs, il faut de l'honnêteté, de la probité médicale à côté de la science. Sans ces qualités, la science devient une déception, un danger, une calamité.

Si nous suivons Legendre dans ses études et sa carrière médicales, nous le voyons reçu interne en 1837 ; nommé médecin du Bureau central en 1847 et médecin des hôpitaux en 1850.

Interne, il remporte, en 1841, la médaille d'or des hôpitaux.

A l'École pratique il remporte un semblable triomphe.

Pendant son internat, il publie, conjointement avec Bailly, d'intéressantes recherches sur la pneumonie lobulaire des enfants, et prélude ainsi à d'autres publications ultérieures, parmi lesquelles nous remarquons un mémoire sur les accidents causés par le tænia, et un volume de recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur quelques points des maladies de l'enfance.

Dans le cours de ses études, il sut se concilier, par son aménité et le zèle qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs, la bienveillance de ses chefs, il avait été, avec notre collègue M. Béhier, un élève favori de Biett. Devenu chef à son tour, il faisait son service avec amour ; respecté et aimé de ses élèves, dont il dirigeait les études avec un soin particulier. A sa dernière heure, il regrettait de laisser inachevés des travaux commencés avec le concours d'élèves laborieux.

Il a souvent animé les séances de notre Société par d'intéressantes communications, et par des discussions parfois un peu vives mais toujours tempérées par son aménité naturelle.

Legendre était médecin du collége Chaptal, où il était aimé et considéré, et où il sera aussi vivement regretté.

En clientèle, il s'était fait une position qui devait un jour rivaliser avec les positions les plus élevées dans la médecine de l'enfance.

Pourquoi tant d'espérances ont-elles été tout à coup brisées ? C'est qu'hélas ! la vie ne nous appartient pas, et que nous en avons souvent atteint ou dépassé le terme avant de pouvoir recueillir le fruit de nos labeurs.

Au moment de dire à notre bien aimé collègue un dernier adieu, devons-nous croire que tout ce qui reste de lui va être enseveli sous cette pierre ? Une telle doctrine peut suffire à des esprits froids ou égoïstes. Elle n'était pas celle de Legendre. Aux natures aimantes, expansives, il faut d'autres aspirations : notre ami mourant, s'est endormi dans le sein de la divinité, et, perçant les mystères de la tombe, notre sentiment nous dit que, dégagée de son enveloppe matérielle, sa belle âme se glorifie dans l'éternité du concours de sympathies qu'il a laissé parmi nous.

ASSOCIATION GÉNÉRALE.

Paris, 12 janvier 1858.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Messieurs,

La Société médicale du XIme arrondissement, après une séance presque entièrement consacrée à la discussion sérieuse de l'importante question qu'agite en ce moment votre journal, a décidé à l'unanimité, moins une voix, qu'elle adhérait entièrement au principe de l'Association générale, et qu'elle appelait de tous ses vœux le moment où toute la famille médicale de la France serait réunie en une puissante et unique Société de prévoyance.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le secrétaire général de la Société, Dr Duchaussoy.

—

Saône-et-Loire : Joscotton, médecin de l'établissement houiller de Montcharnin-les-Mines (Montcharnin-les-Mines).

Tarn : Cassan, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire d'Albi, médecin des épidémies (Albi)

Nous portons à la connaissance de nos bienfaisants confrères la situation malheureuse d'un honorable docteur-médecin de Paris, malade depuis plusieurs mois, chef d'une nombreuse et jeune famille, et qui ne peut recourir à l'assistance de l'Association de la Seine, dont il ne fait pas partie.

Les offrandes seront reçues au bureau de l'Union Médicale.

Premières souscriptions :

MM.	A. L.	20 fr.
	Richelot	20
	Boutin de Beauregard.	10
	Le baron Larrey. . . .	20

— M. le docteur Arnal, médecin par quartier de l'Empereur, est nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Maffei est nommé médecin par quartier de l'Empereur, en remplacement de M. le docteur Louis Fleury, qui est nommé médecin consultant.

— M. Adde-Margras, de Nancy, qui, le premier, a eu l'idée d'ériger un monument à l'illustre Jenner, vient d'obtenir de M. le ministre de l'instruction publique et de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, l'autorisation de l'exposition de la statue de ce grand bienfaiteur de l'humanité, sous l'un des vestibules, au pied de l'escalier qui conduit aux cabinets d'anatomie et à la bibliothèque.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest ne partage pas les idées de M. Coste sur le mode opératoire dont nous avons parlé dans notre dernier *Bulletin*. Quand on désarticule la cuisse en faisant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, ce dernier est difficile à maintenir. Il préfère l'opération qu'il attribue à M. Baudens, et qui consiste à ne tailler qu'un lambeau antérieur. M. Legouest ne pense pas que le succès obtenu par M. Coste soit bien concluant, car l'amputation dont il est question est de celles qu'on appelle secondaires. Or, d'après une statistique faite par M. Legouest, et qui porte sur 44 opérés, sur 30 cas de désarticulation primitive de la cuisse, il n'y a pas un succès ; tandis qu'il y a 2 guérisons sur 11 cas d'amputation secondaire, et 1 sur 3 cas où l'amputation a, dit-il, été pratiquée *ultérieurement*.

M. Verneuil pense que le mémoire de M. Coste offre une excellente occasion de discuter les avantages et les inconvénients des lambeaux taillés de dehors en dedans. Pour lui, depuis longtemps déjà, il a appris à ses élèves à préférer ces lambeaux à ceux qu'on taille de dedans en dehors. Bien que cette méthode soit moins brillante que celle de la section par transfixion, il n'hésite pas à se prononcer en sa faveur. Il tient surtout à ce qu'on taille les lambeaux de dehors en dedans pour les amputations dans la continuité des membres; il rappelle encore la supériorité de cette méthode pour l'amputation en raquette de l'épaule.

En finissant, M. Verneuil exprime le désir que la question des pansements tardifs, soulevée par le mémoire de M. Coste, soit mise à l'ordre du jour.

Rejetant, pour la désarticulation de la cuisse, le procédé à deux lambeaux, M. Voillemier, guidé par les raisons qui se trouvent dans tous les livres classiques, adopte le procédé dans lequel on ne taille qu'un lambeau antérieur, et qui appartient à Larrey et à Delpech, bien que, dans la discussion, on l'ait attribué à M. Baudens.

Pour résoudre la question des pansements rares, aussi bien que celle des amputations primitives et secondaires, il faudrait des statistiques qui portassent sur un très grand nombre de faits. Jusque-là, il sera difficile de se prononcer.

M. Larrey revendique pour son père le principe de tailler les lambeaux de dehors en dedans pour la désarticulation de l'épaule. Il regrette que M. Coste ait donné comme une méthode nouvelle l'habitude qu'il a de faire des pansements rares. Larrey père ne levait le premier appareil qu'au bout de six ou huit jours. M. Larrey reconnaît que l'amputation de la cuisse à un seul lambeau appartient à Delpech.

M. Richard est fixé sur la question des amputations primitives et secondaires. Si M. Voillemier ne l'est pas, dit-il, il peut consulter les chirurgiens ses confrères, et il ne tardera pas à donner, la préférence aux amputations secondaires. M. Richard se prononce pour la section de dehors en dedans, excepté pour les amputations du pied et de la main, pour lesquelles il trouve la précaution inutile.

M. Legouest, repoussant la question des procédés comme étant d'une médiocre importance, répond à M. Voillemier que, en ce qui concerne la désarticulation de la cuisse, il a recueilli 44 faits qui lui paraissent constituer un commencement de statistique dont on peut tenir compte. Pour lui, avec M. Sédillot, il repousse l'amputation immédiate de la cuisse.

M. Voillemier fait remarquer qu'il a parlé des amputations d'une manière générale, tandis que M. Legouest ne parle que d'un cas particulier. Il ne veut pas de la statistique que lui propose M. Richard, il ne consultera pas ses confrères; l'opinion de quelques-uns n'aurait pas toute la valeur qu'on peut croire, il aime mieux se faire une conviction d'après ce qu'il a vu, et il est sûr d'avoir sauvé par l'amputation immédiate des malades affectés de fractures graves, qui auraient infailliblement succombé s'il avait pris tout autre parti.

M. Larrey est porté à donner la préférence à l'amputation immédiate pour les lésions traumatiques graves; mais il fait une exception pour la désarticulation de la cuisse.

M. Richard ne se contente pas de se prononcer pour l'amputation secondaire; il soutient que si on faisait le relevé des amputations pratiquées dans les hôpitaux, on trouverait qu'il y a dix succès à la suite des amputations secondaires, pour un après les amputations primitives.

La section des lambeaux, faite par transfixion, n'est point rejetée par M. Alph. Guérin d'une manière générale. Il l'adopte pour les lambeaux de la continuité des membres et aussi pour le lambeau antérieur de la désarticulation de la cuisse; mais pour la main, et surtout pour le pied, il n'hésite pas à donner la préférence à la section du lambeau faite de dehors en dedans. En taillant le lambeau plantaire du pied, comme le faisait Lisfranc, la difficulté résulte justement de ce que les parties molles de la plante du pied se laissent distendre à mesure que leur largeur diminue sous l'instrument qui taille le lambeau.

M. Alph. Guérin ne pense pas qu'il faille tailler complétement le lambeau de dehors en dedans; il veut seulement, à cause des échancrures si fréquentes dans les amputations du pied, que le lambeau soit tracé de dehors en dedans par une incision profonde pour les limites de laquelle il a précisé les points de repère, et qu'on le sépare ensuite des os, comme dans le procédé de Lisfranc. Ce mode opératoire est tellement sûr, que les élèves, après avoir fait cette opération cinq ou six fois, taillent le lambeau plantaire avec une perfection que la plus grande dextérité obtient à peine par un autre procédé.

M. Voillemier ne pense pas qu'un fait, quelque intéressant qu'il puisse être, soit suffisant pour résoudre toutes les questions soulevées dans le mémoire de M. Coste. Partisan des statistiques, il leur reproche un vice qu'il trouve radical; elles ne tiennent pas compte des blessés qui ont succombé avant le jour où il eût été possible de faire une amputation secondaire. Suivant lui, tous ces décès doivent être portés au compte des amputations secondaires. Pour M. Voillemier, une amputation doit être appelée immédiate quand elle est pratiquée vingt-quatre heures après l'accident; souvent ce laps de temps est indispensable pour que la stupeur et l'abattement se dissipent; le blessé est alors dans de meilleures conditions que s'il avait été amputé plus tôt. En résumé, M. Voillemier est partisan de l'amputation immédiate, et si l'on avait porté au compte des amputations secondaires tous les malades qui ont succombé sans être opérés, les statistiques seraient favorables à son opinion.

M. Coste répond aux objections qui lui ont été faites, que, de-

Feuilleton.

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC L'HYGIÈNE ;

Par M. F. BLONDEL,

Inspecteur de l'Assistance publique de Paris.

(Le travail plein d'intérêt dont nous allons présenter un extrait à nos lecteurs, a été publié par M. Bloudel dans le dernier cahier des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Dans cette sorte de programme des améliorations déjà réalisées ou qui restent encore à l'état de *desiderata*, l'honorable inspecteur a indiqué avec une grande sûreté de jugement les étroites afférences de l'hygiène avec l'assistance publique. Administrateur éclairé et pratique, M. Blondel voit à l'œuvre, et juge par les résultats les applications si utiles de la science médicale à l'un des plus vastes systèmes d'assistance publique qui ait jamais existé. Homme de cœur, il se réjouit du bien déjà fait; homme de progrès, il sollicite le bien à venir. C'est, du reste, la tendance générale de l'administration de l'assistance publique à Paris, de cette administration dirigée avec tant d'habileté et de prudence par M. Davenne, si bien secondé par M. Blondel et par son digne et respectable collègue, M. Vée. — Am. LATOUR.)

. . . .

Nous trouvons à Paris, pour la partie hospitalière, 16 hôpitaux contenant plus de 7,000 lits de malades; 11 hospices ayant plus de 10,600 places pour infirmes, aliénés, enfants idiots, orphelins, etc.; 5 établissements accessoires d'approvisionnement, tels que la boulangerie, la boucherie, la cave, la pharmacie, les magasins aux étoffes, en outre, une direction d'approvisionnement général, une autre pour le placement des enfants en nourrice.

Chaque jour une population de 16 à 18,000 administrés remplit ces établissements, et chaque jour, il faut veiller à l'entretien de ces vastes bâtiments, au traitement, à la nourriture, à l'habillement, au coucher, au blanchissage de tous ceux qui les habitent. Il n'est personne, sans doute, qui n'ait été à même de juger de l'embarras qu'occasionne la présence d'un malade dans une famille et des préoccupations de ceux qui s'emploient autour de lui; quiconque y réfléchit doit se demander avec étonnement ce que peut être un service qui recueille à la fois 7,000 malheureux atteints de graves affections médicales ou chirurgicales, et qui se succèdent avec une telle rapidité, que vingt-cinq à trente jours représentent la moyenne du traitement de chacun d'eux. Plus ils sont nombreux, plus il est indispensable que le service se fasse avec précision; aussi exige-t-il le concours de tous les bons vouloirs, l'action régulière de tous les rouages, et des moyens multipliés de contrôle. Chaque matin, à une heure déterminée, ces 7,000 malades doivent être visités par les médecins ou chirurgiens, qui font pour chacun d'eux des prescriptions alimentaires et médicales; celles-ci, relevées d'après les cahiers de visites, doivent être préparées et distribuées aux heures réglementaires; les pansements, les bains et autres soins ont également leur durée prescrite. Vers la fin du jour, une seconde visite des malades est faite par les suppléants des médecins ou chirurgiens; puis l'administration de chaque établissement, après avoir veillé à l'ensemble et aux divers détails de tous les services, est tenue de rendre compte tous les soirs, par ses écritures, non seulement du mouvement journalier de la population, mais de toutes les consommations d'aliments, de médicaments même qui ont été faites pour chacun des 7,000 malades.

Les 16 hôpitaux emploient 67 médecins, 38 chirurgiens (1), 15 pharmaciens, 179 élèves internes, un nombre bien plus grand, mais variable, d'élèves externes, 774 religieuses ou surveillants, surveillantes, infirmiers et infirmières, en rapport direct avec les malades, 489 personnes attachées aux services généraux de chaque maison. La religion y est représentée, en outre, par 22 aumôniers.

Les hospices, on le sait, recueillent, pour la fin de leurs jours, les infirmes et les vieillards. Par exception, deux de ces maisons, à Paris, ont aussi une division spéciale pour les aliénés. Le service des établissements de ce genre est bien moins compliqué que celui des hôpitaux, mais leur population est beaucoup plus considérable; elle s'élève, nous l'avons dit, à près de 10,600 administrés, dont environ 5,000 à la vieillesse femmes, et environ 3,000 à la vieillesse hommes. Chacune de ces deux maisons a, comme on voit, l'importance d'une grande ville où l'autorité locale serait tenue de pourvoir à tous les besoins des habitants. Dans cette population, se trouvent plus de 2,000 infortunés des deux sexes atteints de folie; le reste se compose de vieillards, d'aveugles, de paralytiques, d'enfants idiots; triste agglomération de toutes les souffrances humaines, douloureux tableau à voir, s'il ne témoignait aussi du soulagement apporté à toutes ces souffrances. 18 médecins, 3 chirurgiens, 3 pharmaciens, 29 internes, des externes, 704 serviteurs des pauvres, soignent spécialement les administrés; 38 aumôniers leur apportent les consolations de la religion; 430 personnes, qui s'occupent des services généraux, complètent le personnel actif de ces 11 hospices.

En consultant le dernier compte publié par le directeur général, on trouve des chiffres d'une autre nature qui n'impressionnent pas moins, et peuvent aussi faire apprécier l'étendue de la haute mission qui lui est confiée.

On voit, par exemple, pour l'année 1856, que le nombre de journées de présence des administrés et des servants nourris, a été 6,900,000; que celles-ci ont motivé une dépense de 3,300,000 kilogrammes de pain; 1,582,000 litres de vin; 1,382,000 kilogrammes de viande; 1,462,000 œufs; 1,263,000 litres de lait; 1,930,000 kilogrammes de légumes frais ou plantes potagères; 240,000 litres de légumes secs; 74,000 kilogrammes de poisson frais; 21,000 kilogrammes de volaille, etc., ce qui donne, pour les principaux articles, une consommation moyenne, par jour, de 9,000 kilogrammes de pain, de 4,324 litres de vin, de 3,788 kilogrammes de viande.

Le nombre des malades qui passent dans les hôpitaux pendant une année, varie de 90,000 à 100,000; la moyenne de ceux admis dans vingt-quatre heures s'élève à 250, et, par moment, ce chiffre est de beaucoup dépassé sans qu'on puisse recevoir tous les malheureux qui se présentent.

1,500 infirmes, seulement, entrent annuellement, à divers titres, dans les hospices; le mouvement spécial des aliénés produit à peu près le même chiffre d'admissions.

Tous les hôpitaux, quelques hospices, le bureau central pour l'admission des malades, ont, en outre, un service de consultations gratuites où l'on fait des pansements, où se délivrent des bons de bains, des prescriptions, des bandages, etc.; plus de 200,000 personnes profitent de ce genre d'assistance.

On n'est plus étonné, après avoir passé en revue tous ces chiffres, que le compte de l'administration porte une dépense de 5,560,000 francs pour les hôpitaux, et de 5,500,000 francs pour les hospices.

Rappelons aussi les 17,000 enfants orphelins ou abandonnés, recueillis par l'administration, leur tutrice légale. Nourris, élevés, instruits, mis en placement, aidés pécuniairement jusqu'à l'âge de 12 ans, maintenus sous le patronage administratif jusqu'à leur majorité, ces enfants, dont le nombre se maintient à peu près au même chiffre chaque année, sont tour à tour l'objet des soins d'une nourrice, d'un médecin, d'un inspecteur, d'un patron, et absorbent plus de 2,300,000 francs.

Enfin, pour l'assistance à domicile, le recensement accuse une population de 70,000 individus qui participent, les uns d'une manière permanente, les autres temporairement, à des distributions de pain, de

(1) Y compris les médecins et chirurgiens expectants, qui, attachés au Bureau central d'admission, remplacent les titulaires en cas d'absence.

puis une dizaine d'années, il a toujours fait des pansements rares, que ses confrères de Marseille l'ont imité, et qu'il n'est pas un de leurs malades qui n'ait eu à se louer de cette pratique. Dans un cas où une malade avait été amputée pour une carbonisation du bras, M. Coste n'a levé le premier appareil que le dix-septième jour. Un seul pansement a suffi. Ordinairement, il a fait le premier pansement du dixième au douzième jour, et les autres tous les cinq ou six jours.

M. Larrey distingue les amputations en immédiates, primitives et secondaires. Il annonce qu'on fait en France, au ministère de la guerre, une statistique des blessés de Crimée, qui tiendra compte du point où les membres ont été atteints.

M. Forget fait remarquer que la discussion porte sur un des points les plus importants et les plus difficiles de la chirurgie pratique. La question de l'amputation immédiate et de l'amputation secondaire, est sujette à des indications nombreuses et variées, et la solution d'une telle question ne peut s'improviser. Elle exige de sérieuses recherches et des résultats statistiques très sévèrement contrôlés. Sans rentrer dans la discussion, je me permettrai une seule observation en réponse à M. Voillemier, qui voudrait, pour que les données de la statistique fussent exactes, que l'on fît figurer au nombre des cas de morts survenus à la suite de l'amputation consécutive, tous ceux qui ont lieu sans que celle-ci ait été pratiquée. Pour que ce procédé de statistique fût légitime et fondé, il faudrait d'abord prouver que tous ces cas de mort n'auraient pas eu lieu si l'amputation immédiate eût été pratiquée. Tant qu'on n'aura pas fait cette preuve, l'argument de M. Voillemier ne sera que spécieux.

Un mot maintenant au sujet du pansement tardif des plaies. — C'est une méthode ancienne et longtemps exclusivement en vigueur ; pour qu'elle ait été abandonnée généralement par la chirurgie contemporaine, il faut que ses inconvénients aient été bien évidents. Et à coup sûr on peut dire que l'école de Dupuytren, et que la plupart de nos maîtres ont eu de bonnes raisons pour faire des pansements fréquents. Vouloir aujourd'hui remettre en question une conquête de la chirurgie qui paraissait bien définitive, c'est faire présumer que l'on possède des motifs péremptoires à l'appui d'une telle prétention.

Or, sur quoi se fonde M. Coste? Sur des résultats meilleurs que ceux que l'on obtenait dans les hôpitaux de Marseille avant qu'il ait substitué les pansements rares aux pansements fréquents. C'est là une donnée générale qui, pour faire autorité, aurait besoin de s'appuyer sur une statistique comparative embrassant tout à la fois et le nombre et la nature des cas pathologiques.

M. Coste, pour prouver l'excellence des pansements tardifs, cite un cas d'amputation du bras pour lequel l'appareil ne fut levé qu'au dix-septième jour : la guérison était complète, sauf à l'un des angles de la plaie. Faut-il conclure que le succès soit imputable au mode de pansement? Pas le moins du monde. Rien ne dit, en effet, que si l'appareil avait été levé dès les premiers jours, le résultat n'eût pas été le même ; et que dans ce cas il ne s'est pas simplement agi d'une réunion par première intention, qui s'observe si fréquemment dans le Midi.

Sous l'influence du climat de Paris, les nombreuses complications qui retardent la guérison des plaies, les érysipèles, les abcès, les nécroses, la rétraction des parties musculaires, toujours à craindre à la suite des amputations, doivent faire préférer la levée prématurée de l'appareil et les pansements fréquents.

M. Giraldès regarde comme presque insoluble la question des amputations primitives et secondaires, parce que, dit-il, c'est une question d'indication qui ne peut pas être discutée *à priori*. Le chirurgien d'une armée en marche aura d'autres raisons qu'un chirurgien civil pour prendre une déterminatiun.

Certains résultats sont d'ailleurs inexplicables. Ainsi, à Sébastopol, la mortalité des amputés de la cuisse était telle, qu'on dut renoncer à pratiquer cette opération. Il en avait été de même dans la guerre du Holstein.

Le climat et les races ont une grande influence sur la mortalité. Les plaies guérissent facilement dans le Midi, et les nègres courent moins de danger que les blancs après les grandes opérations. Il faut encore tenir compte des habitudes et du genre de vie des malades : une amputation n'a pas la même gravité chez un homme de la ville et chez un paysan. On le voit, c'est une question d'indication qu'il faut laisser à l'appréciation de chacun de nous.

M. Voillemier répond à M. Forget que le reproche qu'il a fait aux statistiques n'est pas de lui. L'objection appartient à l'Académie de chirurgie. M. Voillemier préfère les observations aux statistiques, à la condition qu'elles seront en assez grand nombre, car ce n'est pas pour un fait de plus ou de moins qu'on pourra se décider. Signalant ensuite, dans le travail de M. Coste, un cas dans lequel il y a eu une fusée purulente, il se demande si la rareté des pansements a été étrangère à cet accident. Il n'admet pas qu'un chirurgien prudent puisse, à Paris, ne lever le premier appareil que le dix-septième jour.

M. Gosselin fait remarquer que, jusqu'au commencement de ce siècle, on s'était laissé aller avec un peu d'entraînement à pratiquer des amputations immédiates ; depuis, on a abandonné cette pratique, parce qu'on a reconnu que la nature a bien plus de ressources qu'on ne l'avait pensé. Il n'est personne aujourd'hui qui ne sache avec quelle facilité se guérissent les plaies du membre supérieur ; quand c'est la jambe ou la cuisse qui est le siége de la lésion, il est beaucoup plus difficile de prendre un parti. Abordant ensuite la question des pansements rares, M. Gosselin remarque que cette méthode a été proposée à plusieurs reprises, (en particulier par Josse, d'Amiens, et par Larrey), que jamais elle n'est devenue générale, et qu'on a toujours fini par l'abandonner. Si elle n'avait donné que de bons résultats, on ne s'expliquerait pas cet abandon. Les chirurgiens de nos jours ne sont pas généralement partisans des pansements rares pour deux raisons : d'abord parce qu'il n'y a aucun inconvénient à faire des pansements fréquents. Dès le lendemain de l'opération, on peut enlever au moins les pièces extérieures de l'appareil et voir si le sang n'est pas retenu dans la plaie. Ce pansement n'est nullement douloureux si l'on s'est servi de linge cératé et du bandage triangulaire de Mayor. D'un autre côté, la temporisation à de grands inconvénients. Si une violente inflammation se déclare, il peut y avoir étranglement, suppuration abondante, etc., accidents dont les uns ne nuisent qu'au malade, tandis que les autres sont gênants même pour ses voisins. Si on considère, enfin, que les pansements journaliers sont une cause de bien-être et de satisfaction pour les blessés, on admettra, avec M. Gosselin, qu'ils doivent être préférés aux pansements rares.

CLINIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET SUR L'OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE;

Lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ad. Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Pour établir le diagnostic de l'angine couenneuse commune, on se fondera principalement sur l'existence antérieure d'un refroidissement, sur l'aspect particulier des surfaces ulcéro-membraneuses aux différentes époques de leur développement, ainsi que sur la coïncidence de l'herpès cutané, et sur l'absence des signes de malignité.

La question étiologique ne sera pas toujours aussi facile à élucider qu'on pourrait se l'imaginer, et quelques remarques à cet égard ne seront pas inutiles. D'abord, les malades peuvent confondre les phénomènes initiaux d'une maladie aiguë, tels que la sensibilité à l'impression de l'air frais ou les frissons erratiques, avec les effets directs et immédiats du froid. Ensuite la circonstance d'un refroidissement pourra être méconnue, soit parce que le sujet inhabile ou peu habitué à s'observer n'en aura pas tenu compte, soit parce que, mieux averti, il ne se souviendra pas de s'être exposé à un froid violent. Mais le médecin ne doit pas exiger ces conditions de refroidissement extrême, réalisées, par exemple, par une sudation forcée suivie d'un repos intempestif dans une basse température, ou par l'exposition du corps à un courant d'air froid, à une pluie d'hiver qui imprègne les vêtements et ruisselle sur la peau ; rien de tout cela n'est absolument nécessaire pour expliquer les funestes conséquences d'un refroidissement. L'économie en subit plus sûrement peut-être l'impression fâcheuse, quand on garde le repos dans un appartement dont la température est d'un degré seulement inférieur au chiffre nécessaire à l'intégrité des fonctions, surtout si l'on s'occupe de travaux intellectuels. Il est vrai que, dans ce cas, le refroidissement ne s'annonce pas par des phénomènes brusques et intenses, l'impression qu'il fait passe d'abord inaperçue et ne se révèle que plus tard d'une manière moins flagrante, mais non moins certaine.

Ces causes d'erreur écartées, et la circonstance d'un refroidissement bien établie, on s'attachera à constater les caractères assignés précédemment à l'état anatomique du gosier.

La lésion est ulcéro-membraneuse, puisqu'elle consiste dans la réunion d'un groupe de pustules dont la couche épidermique est absente et dont le fond est tapissé par un exsudat plastique. En outre, les surfaces couenneuses sont souvent irrégulières, à contours déchiquetés, car elles résultent de la confluence des éléments de l'éruption herpétique. Les érosions sont encore multiples et disséminées, comme doit l'être un énanthème et comme le sont les groupes d'herpès externes. Enfin, on sera parfois assez heureux pour voir débuter et s'étendre la lésion caractéristique de l'angine couenneuse commune ; on assistera à la métamorphose des points aphtheux en ulcérations plus larges résultant de leur agrandissement individuel et de leur confluence définitive. Si le médecin n'a pas été appelé à temps pour constater les premières phases de l'affection, il lui sera donné, du moins en quelques cas, de saisir dans la période rétrograde plusieurs traits de son aspect primitif, comme cela nous est arrivé pour l'observation II.

---

combustible, de vêtements, de secours de diverses natures, et reçoivent des soins de tous genres. 144 administrateurs, un plus grand nombre de commissaires, les uns et les autres remplissant gratuitement leurs fonctions, 147 religieuses, 159 médecins, 60 employés de différents grades s'occupent de leurs misères et s'efforcent d'appliquer à chaque souffrance le soulagement qu'elle comporte. Les allocations de l'administration générale, les recettes particulières recueillies par chaque bureau de bienfaisance, les munificences impériales, permettent de consacrer annuellement à ces malheureux plus de 3,700,000 francs.

Sur cette somme, plus de 500,000 francs ont été prélevés en 1856 pour le traitement à domicile des malades qu'il est possible de soigner dans leurs familles. Ce mode de traitement, organisé depuis peu d'années, profite aux indigents qui sont inscrits et aux nécessiteux qui ne sont pas habituellement assistés. Ces derniers ont composé, en 1856, un peu plus de la moitié du nombre total des malades traités, 17,000 sur 32,000, et viennent s'ajouter au chiffre des 70,000 clients ordinaires des bureaux de bienfaisance.

Si nous voulions compléter la longue série des misères qui trouvent un appui auprès de l'administration de l'assistance générale de Paris, nous aurions encore à citer les pauvres honteux, non compris au rôle de l'indigence, qui obtiennent des secours accidentels; les mères auxquelles on vient en aide pour prévenir l'abandon de leurs enfants ; les nouveau-nés, dont l'administration supporte les frais de nourriture, quand les parents sont reconnus insolvables. Nous aurions à faire connaître le nom et le but de toutes les œuvres de charité, auxquelles l'administration s'associe, afin d'accroître le bien qui en ressort au profit de mille infortunes diverses ; mais les détails qui précèdent nous ont déjà entraînés au delà des limites que comportent le but et l'étendue de cet article; bornons-nous donc, pour terminer, à résumer en un chiffre, toutes les dépenses, tant ordinaires qu'extraordinaires de l'administration.

Ces dépenses, défalcation faite de celles qui ne figurent que pour ordre dans les écritures, se sont élevées, d'après le compte de 1856, à 15,600,000 francs. Elles ont été balancées par une recette égale, dont un cinquième seulement (3,600,000 francs) correspond au revenu du domaine particulier des pauvres; le reste se compose de 5,400,000 fr. provenant de remboursements ou de perceptions consacrées par la législation, et de 6,500,000 francs fournis à titre de subvention par la caisse municipale.

Un semblable exposé n'est-il pas la justification de ce que nous avons dit plus haut de l'importance de l'assistance publique dans la ville de Paris, de la diversité de ses services et des rapports qui existent forcément entre cette vaste administration et la science de l'hygiène publique? Ces derniers surtout ne s'expliquent-ils pas d'eux-mêmes soit qu'il s'agisse des éléments d'études, des documents divers que l'une peut offrir à l'autre, soit qu'on se préoccupe du concours que l'hygiéniste est appelé à prêter à l'administration pour les nombreuses questions spéciales que soulève la pratique de chaque jour?

Les registres tenus dans les hôpitaux, et qui contiennent, en quelque sorte, l'histoire des 100,000 malades traités chaque année, ne reproduisent-ils pas fidèlement l'état sanitaire de toute la population parisienne ? n'y suivrait-on pas les diverses phases qu'il a pu présenter ?

Qui ne comprendra, en les interrogeant, qu'un dépouillement, par nature de maladies, fera connaître, mois par mois, jour par jour, les influences morbides qui ont régné successivement ; celles qui ont prédominé sous telle condition atmosphérique, en telle ou telle saison ; que les relevés par sexe, par âge, éclaireront sur les prédispositions de chaque catégorie ; que la statistique des logements renseignera sur les conditions sanitaires des quartiers et des habitations, et le classement des professions sur les affections plus particulières à chaque industrie? Quand on opère sur un pareil nombre de faits, quand ceux-ci se reproduisent avec la même variété, périodiquement, tous les ans, il n'est plus de résultat indifférent à constater, d'observation qui ne puisse porter avec elle son enseignement. La thérapeutique elle-même y pourra un jour trouver d'utiles conseils, si, comme on doit l'espérer, on parvient à comparer, par la statistique, l'efficacité des différents modes de traitement.

Des 30,000 personnes environ qui succombent chaque année à Paris, le tiers meurt dans les hôpitaux et dans les hospices. Pour chacune de ces dernières, il est permis de remonter aux antécédents de la maladie, de la suivre dans toutes ses périodes, d'arracher même à la mort le secret du mal qu'on n'a pu vaincre. Que de moyens d'études, hygiénistes et médecins, ne peuvent-ils pas trouver dans ces longs et lugubres nécrologes !

Le traitement des malades à domicile y ajoutera probablement, par la suite, d'intéressants documents, si tous les praticiens du service, selon l'exemple déjà donné par quelques-uns d'entre eux, résument annuellement les observations recueillies dans l'exercice de leurs fonctions.

Passant à un autre ordre de faits, on concevra, sans plus de peine, que dans des établissements hospitaliers aussi considérables, servant d'asile à une population aussi nombreuse et composée de semblables éléments, toutes les questions qui touchent à la salubrité, à l'assainissement des habitations, prennent une grande importance, et que l'application de toute idée nouvelle peut y être tentée avec plus de fruit que partout ailleurs. Ventilation, chauffage, appropriation de localités malsaines, installation des fosses et des cabinets qui y correspondent; toutes les difficultés de ce genre, en un mot, rapprocheront encore l'hygiéniste et l'administrateur, et si le premier peut aider dans la direction des essais, les résultats obtenus ne profiteront pas moins aux progrès de la science qu'à l'administration charitable.

Il en est de même dans les parties industrielles des services hospitaliers. La belle et complète usine de la boulangerie des hôpitaux, leur pharmacie centrale, les buanderies, les bains, etc., procurent chaque jour les moyens d'expérimenter des procédés nouveaux dont l'application présente encore un intérêt général.

Répétons-le donc en finissant, l'assistance peut et doit réclamer, en maintes occasions, les avis de l'hygiène; elle peut s'éclairer de ses lumières, tantôt pour le choix d'un emplacement ou d'une exposition, pour un arrangement de bâtiments ou des dimensions de salles; tantôt pour les précautions à prendre contre les émanations du dehors et les miasmes qui se développent à l'intérieur des établissements; mais elle lui offre une large compensation, en lui ouvrant une mine féconde de renseignements à explorer et le plus vaste champ d'expérimentation qui se puisse trouver. On voit, entre ces deux sciences, la possibilité d'un échange continu de conseils et de services, échange qui sera d'autant plus fructueux, d'autant plus actif, qu'il aura lieu dans de plus grandes cités, et notamment dans une ville comme Paris.

C'est ce que nous nous étions proposé d'indiquer ici, croyant utile d'appeler l'attention des administrateurs et des hommes de science sur l'existence de documents qui ne demandent qu'à être recueillis et interrogés, sur des matériaux qui n'attendent que le metteur en œuvre pour acquérir toute leur valeur. N'y a-t-il pas opportunité à s'en occuper, aujourd'hui que le gouvernement cherche précisément à organiser par toute la France une statistique nosologique? Les relevés des hôpitaux ne pourraient-ils pas en être un premier essai et servir plus tard à la réglementation ultérieure du service général? Nous soumettons humblement ces questions à qui il appartient de les résoudre.

L'apparition simultanée et la coexistence d'un herpès de la face fortifiera singulièrement les données fournies par l'inspection directe de la gorge, elle rendrait même vraisemblable l'existence d'un herpès guttural, dont les caractères propres seraient effacés par les progrès du mal. D'ailleurs, dans l'angine herpétique, les véritables signes de malignité font défaut. Un symptôme local, considéré comme presque nécessaire dans la diphthérite spécifique (1), est peu saillant dans l'angine couenneuse commune : je veux parler de l'engorgement ganglionnaire, que M. le professeur Trousseau désigne par l'expression pittoresque de *bubon* du croup. Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés dans l'herpès guttural, mais non pas comme dans l'angine diphthéritique, au point de distendre énormément la région sus-hyoïdienne, et de donner à l'ensemble de la face et de la partie voisine du cou la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure ; il faut chercher cette adénite par la palpation ; encore doit-on se défier de la sensation que fait éprouver au doigt une amygdale tuméfiée.

Bien que l'herpès fixé sur l'isthme du gosier emprunte à son siége, comme je l'ai dit plus haut, une gravité particulière, cependant il ne s'accompagne jamais de ces phénomènes alarmants par leur soudaineté, leur violence ou leur disproportion relative, de ce désordre symptomatologique, en un mot, qui dénonce la nature essentiellement maligne d'une affection. La fièvre initiale étant apaisée, le mouvement fébrile reste proportionné à l'intensité de la phlegmasie. En tous cas, la réaction est franche, elle a le caractère inflammatoire et si les forces se dépriment rapidement, c'est que les malades se condamnent eux-mêmes à une alimentation insuffisante, plutôt que de s'exposer aux douleurs atroces qu'entraîne chaque mouvement de déglutition.

Résumons ces éléments de diagnostic. Un sujet qui s'est exposé à un refroidissement manifeste, se présente à nous avec un mal de gorge et une réaction fébrile intenses ; il porte autour de l'orifice buccal un ou plusieurs groupes d'herpès, et les diverses parties de l'isthme sont couvertes de taches d'un blanc jaunâtre, les unes petites, arrondies, les autres plus grandes, festonnées ; toutes bordées d'un liseré rouge inflammatoire. Ces surfaces doivent leur couleur à une couche de plasma très adhérente, faisant corps pour ainsi dire avec la muqueuse, et non susceptible de se détacher par lambeaux d'une longueur notable.

Quand l'exsudat est enlevé, il laisse à sa place une légère dépression ulcéreuse et saignante. D'ailleurs, les ganglions sous-maxillaires sont à peine développés, et dans l'état général aucun phénomène irrégulier ne révèle une cause septique. En présence de ces symptômes, on ne peut hésiter à reconnaître une angine herpétique, c'est-à-dire un herpès guttural. Si l'on apprend que l'éruption des lèvres, de même que les surfaces couenneuses du gosier, ne sont apparues que quelques jours après une amygdalite, il s'agit d'une angine tonsillaire avec herpès ; dans le cas contraire, quand l'exanthème et l'énanthème ont été les lésions primitives, nous disons qu'on a affaire à une angine d'herpès.

Je n'insiste pas sur le diagnostic différentiel de l'herpès guttural avec les autres angines couenneuses, ni avec l'angine pultacée. Cette dernière forme est trop mal définie, pour qu'il soit profitable de la mettre en parallèle avec l'espèce que je décris en ce moment.

Le pronostic de l'herpès guttural ne saurait être absolument grave ; toutefois, il n'est pas aussi léger que le ferait supposer la nature bénigne de l'affection. Des inconvénients sérieux s'attachent, en effet, à toute lésion de la gorge capable d'opposer une gêne considérable à l'ingestion des aliments. Au reste, il faut se garder de rapporter à l'angine les conséquences des complications qui peuvent exister chez le sujet, soit que ces complications dépendent d'une maladie antérieure ou qu'elles dérivent, comme l'herpès lui-même, de l'influence du froid agissant sur un organe essentiel à la vie.

D'après l'idée que nous nous en faisons, l'angine couenneuse commune réclame un traitement des plus simples. La seconde observation de ce mémoire démontrerait, au besoin, que l'expectation est préférable à toute autre ligne de conduite; cependant, il peut se présenter des circonstances exceptionnelles qui obligent de recourir à une médication active, par exemple, à un éméto-cathartique pour faire tomber la fièvre et diminuer le volume des tonsilles ; ou bien à une application de sangsues, même à une émission sanguine générale pour abattre l'appareil inflammatoire. Le plus souvent, on pourra se contenter des moyens thérapeutiques les plus vulgaires, tels que boissons émollientes, gargarismes narcotiques (2) et légèrement détersifs, pédiluves sinapisés, laxatifs et purgatifs légers.

Si l'on était appelé dans la fièvre primaire et dès les premiers indices d'une détermination morbide vers la cavité bucco-pharyngienne, on s'efforcerait de ramener à leur état normal les fonctions cutanées, en ayant recours, suivant le cas, à l'une des méthodes de sudation auxquelles j'ai fait allusion précédemment. Ce serait là une sorte de traitement abortif.

Quant aux médicaments spéciaux recommandés à différentes époques, leur utilité n'est pas démontrée. Le chlorate de potasse, employé chez l'un de mes malades, a présenté quelques inconvénients sans compensation; il déterminait une vive cuisson au passage, avec exacerbation inflammatoire, et la lésion n'en fut aucunement modifiée dans sa forme. Ce résultat pouvait être prévu. Je comprends mieux l'influence du chlorate de potasse dans les affections couenneuses liées à une dyscrasie particulière du sang, pourtant je n'en ai rien obtenu, dans un cas d'angine maligne gangréneuse ; mais, en revanche, je l'ai vu faire merveille contre une horrible stomatite mercurielle et il m'a rendu des services dans quelques autres cas, de telle sorte que, si ma confiance en ce médicament n'est pas à la hauteur de l'enthousiasme qu'il excite chez quelques personnes, je ne partage pas non plus la froide indifférence qu'il inspire à plusieurs de nos confrères.

On le voit, l'angine herpétique n'a guère de commun avec l'angine diphthérique maligne, que le siége et la présence d'un exsudat plastique ; d'ailleurs, les circonstances étiologiques, les symptômes généraux, le pronostic et le traitement, tout est différent dans les deux cas. Cette similitude de lésions locales, pour deux affections si éminemment distinctes, a de quoi surprendre ceux qui cherchent dans les seules altérations organiques la caractéristique des maladies ; aussi les micrographes ont-ils minutieusement examiné les fausses membranes du croup et de l'angine couenneuse commune, dans le but de découvrir un élément de diagnostic différentiel.

J'ai, de mon côté, fait cette étude à plusieurs reprises avec une attention scrupuleuse, sans être jamais parvenu à saisir la moindre dissemblance entre les deux produits ; mais ce résultat négatif, d'accord avec mes prévisions, n'a fait que me confirmer dans mon opinion sur la valeur des lésions spécifiques et des signes pathognomoniques en général. La spécificité des lésions n'existe pas, si l'on entend par là qu'une certaine altération ne puisse appartenir absolument qu'à une seule maladie. J'ai vu les taches rosées, lenticulaires de la fièvre typhoïde dans la tuberculisation aiguë, l'érysipèle interne et dans plusieurs autres circonstances morbides ; les éruptions multiformes, qui surviennent chez les femmes en couches, simulent si parfaitement tantôt la rougeole, tantôt la scarlatine, qu'il serait impossible de les différentier anatomiquement. Il n'est pas jusqu'à la pustule, pourtant si particulière de la variole, qui ne puisse être confondue, je ne dis pas avec celle de la vaccine, mais avec celles d'une espèce d'acné, de la morve ou de l'éruption stibiée.

Ce qui met une distance énorme entre ces diverses lésions, c'est la présence d'un principe contagieux quand il existe ; la cause seule est donc spécifique, mais cette cause ne peut être reconnue que par ses effets à la suite de l'inoculation, elle n'est justiciable ni du scalpel, ni du microscope, ni de l'analyse chimique. Ainsi en est-il des angines malignes dues à un miasme, à un poison septique ; sans doute les pellicules ou les escarres de la gorge recèlent en elles le contagium, mais les verres les plus grossissants, les réactifs les plus sensibles sont impuissants à en démontrer l'existence.

La spécificité des troubles fonctionnels n'est pas plus réelle que celle des lésions, je n'en excepte pas même les groupes symptomatiques complexes que nos devanciers surtout désignaient sous le nom de syndrômes ou décoraient du titre de maladies. De véritables accès d'épilepsie se retrouvent dans l'éclampsie puerpérale, aussi bien que dans la maladie herculéenne. Certains ictères graves reproduisent exactement toute la série des accidents appartenant à la fièvre jaune : le mouvement fébrile, l'adynamie, l'ictère, les hémorrhagies, rien n'y manque, excepté la cause spécifique, le miasme Américain. Les exemples se présentent en foule sous ma plume pour prouver que, ni dans les symptômes isolés, ni dans les groupes de symptômes, ne résident des caractères véritablement pathognomoniques.

Comment pourrait-il en être autrement? Ne sont-ce pas toujours les mêmes organes qui souffrent, les mêmes matériaux qui sont utilisés d'après des lois préétablies? Si les facteurs restent semblables et les combinaisons réglées d'avance, on comprend que les produits ne puissent guère différer. Une comparaison servira à faire saisir ma pensée. Supposez un de ces mécanismes ingénieux, connus sous le nom de boîtes à musique, quand il sera monté d'une certaine façon, quelle que soit la main qui lâche la détente, la machine jouera le même air. Ainsi, l'organisme animal, beaucoup plus perfectionné, subissant l'impression de causes diverses, répondra cependant par les mêmes phénomènes enchaînés dans le même ordre, selon la prédisposition.

En d'autres termes, et pour prendre une formule plus scientifique, je dirai : les actes vitaux, soumis à une dépendance réciproque par les lois de subordination relative et de sympathie, se coordonnent régulièrement entre eux et se commandent les uns les autres; il suffira, par conséquent, de provoquer, n'importe par quel moyen, un changement dans une fonction de l'économie, pour que le trouble aille retentir de toutes parts, et que l'on voie se dérouler, dans un ordre déterminé d'avance, la succession des nombreux phénomènes qui en dérivent.

A cette première condition de similitude entre les effets de deux causes morbifiques, il faut en joindre une seconde. Malgré leur différence de nature, plusieurs agents pathogéniques peuvent néanmoins affecter une certaine analogie d'allure dans leur évolution lente ou rapide, dans les organes qu'ils frappent de préférence, ou les surfaces qu'ils choisissent pour voie d'élimination, et jusque dans le travail local, le processus morbide qui les caractérise.

C'est l'histoire des virus variolique et morveux, si bien que les premiers exemples de morve aiguë chez l'homme ont été pris par les observateurs les plus distingués pour des cas de variole anomale ou maligne.

Ainsi, d'une part, les faits témoignent contre l'existence des lésions spécifiques et des symptômes pathognomoniques, dans le sens rigoureux et absolu de ces expressions (1) ; d'un autre côté, les lois de l'organisation expliquent de la manière la plus satisfaisante l'identité ou la quasi-identité des altérations dynamiques et matérielles nées sous l'influence de causes essentiellement différentes. Il est donc tout naturel de trouver les mêmes éléments dans l'exsudat plastique du croup et de l'angine couenneuse commune. Ce n'est pas à dire pour cela que la pellicule diphthérique ne renferme pas autre chose que le plasma de l'herpès guttural ; la propriété contagieuse atteste suffisamment la présence d'un agent particulier dans la première, mais ce produit, insaisissable jusqu'ici, est pour nous le *quid divinum* des anciens.

Ce n'est pas ici le lieu de traiter à fond les questions de doctrines, et je m'arrête pour résumer ce travail, dans lequel je me suis proposé de faire connaître des faits nouveaux et d'instituer sur les bases de la méthode naturelle une espèce nosologique, jusqu'à présent mal définie. Il appartient à mes collègues de juger si ce but a été atteint.

En terminant, je conclus :

1° L'angine couenneuse, dite commune, est une variété de l'angine vulgaire, *à frigore*, et prend place dans le groupe naturel des maladies qui dérivent de l'action du froid.

2° La coïncidence fréquente de l'*herpès labialis*, souvent du même côté que l'angine, et la similitude incontestable des lésions de la bouche et de l'orifice guttural démontrent clairement la réalité de l'herpès sur les régions en apparence diphthériques.

3° Mais l'herpès, comme tous les autres éléments anatomiques des affections tégumentaires, subit des modifications sur les membranes muqueuses. Les vésico-pustules qu'il constitue se décoiffent de leur épithélium et montrent à nu leur exsudat plastique ; en sorte que lorsqu'elles deviennent confluentes, elles offrent une surface couenneuse plus ou moins large.

4° L'aspect de cette surface est modifié, son étendue est augmentée par une sécrétion pseudo-membraneuse sans ulcération préalable qui s'étale sur les points limitrophes, c'est-à-dire sur l'auréole inflammatoire du groupe d'herpès. Cette circonstance indique chez les muqueuses une tendance très marquée aux exsudations plastiques et démontre que, sous ce rapport, elles sont intermédiaires entre les séreuses et la peau.

5° La couche plastique de l'herpès guttural offre exactement la même composition chimique et microscopique que la pellicule du croup, le contagium qui accompagne celle-ci n'étant pas saisissable par nos moyens d'investigation les plus perfectionnés. Cette identité n'a rien qui doive surprendre ; car les symptômes ne sont jamais absolument pathognomoniques, souvent, au contraire, les lésions sont communes à des maladies de nature diverse et les causes seules peuvent être véritablement spécifiques.

6° Malgré cette analogie de lésion avec l'angine diphthéritique maligne, et malgré quelques différences secondaires par rapport à l'éruption cutanée, l'angine couenneuse commune n'est donc, en réalité, qu'un herpès de l'isthme du gosier et mérite le nom d'*angine herpétique*.

7° Il existe deux variétés de cette angine ; dans l'une, l'herpès est primitif et constitue la lésion unique ; dans l'autre, il succède à une amygdalite et se sur-ajoute au phlegmon tonsillaire, en même temps qu'une éruption semblable couvre les lèvres. On pourrait nommer la première forme *angine d'herpès (angina ab herpete)*, et la seconde *angine avec herpès (angina cum herpete)*.

8° Cette affection, bénigne de sa nature, peut, néanmoins, entraîner des conséquences sérieuses, en raison de son siége et de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation : elle est à l'*herpès labialis* ce qu'est l'œdème érysipélateux de l'orifice supérieur du larynx à celui des paupières.

9° L'*herpès guttural* ne réclame aucun traitement spécifique. Au début, une émission sanguine, locale ou générale, sera parfois nécessaire. Le plus souvent, on aura recours à un éméto-cathartique utile pour faire tomber l'appareil fébrile et commencer la résolution de l'engorgement inflammatoire. Alors les révulsifs cutanés rendront des services.

Les autres indications à remplir sont : 1° de calmer les douleurs causées par la déglutition à l'aide des narcotiques appliqués localement; 2° de favoriser l'élimination des produits exsudés par des gargarismes légèrement détersifs et des boissons émollientes ; 3° d'entretenir la liberté du ventre par des lavements et de légers laxatifs; 4° de donner des aliments mous ou liquides, et, s'ils ne sont pris qu'en proportions insuffisantes, d'y suppléer par des lavements nutritifs, et de soutenir les forces par des toniques.

10° Des considérations analogues aux précédentes s'appliquent à l'ophthalmie spéciale, due à la présence de groupes d'herpès sur la conjonctive oculo-palpébrale, affection dont un exemple se trouve consigné dans ce mémoire.

REVUE GÉNÉRALE.

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL AU MOYEN DE DOUCHES D'EAU.

M. le docteur Godefroy, professeur d'accouchement à l'École de mé-

(1) Ce symptôme peut néanmoins être assez obscur dans les cas les plus graves de cette maladie, dans certaines formes gangréneuses, par exemple.

(2) La plupart des narcotiques (laudanum, extrait de belladone) produisent d'abord une irritation locale parfois fort vive sur les membranes muqueuses ; il n'en est pas de même de l'eau de laurier-cerise, qui calme directement et qu'on peut appliquer avec succès à l'aide d'une boulette d'ouate appliquée contre les gencives des dernières molaires.

(1) J'insiste sur ce point, de peur qu'on ne se méprenne sur ma véritable manière de voir. Il n'existe pas, je le répète, une lésion, si caractéristique qu'elle semble par sa forme, qui puisse à elle seule faire affirmer l'existence d'une maladie ; il y en a au contraire qui, sans être exclusivement attachées à une maladie, lui appartiennent plus spécialement et doivent dès l'abord en faire soupçonner la présence. Mais cela ne saurait suffire au diagnostic et ne dispense jamais de chercher à compléter la phrase symptomatique, nécessairement d'autant plus longue, que les progrès de la science ont amené la séparation d'un plus grand nombre d'affections analogues, auparavant confondues.

decine de Rennes, a publié un travail tendant à démontrer les avantages de l'emploi des douches d'eau tiède pour provoquer le travail de l'accouchement prématuré, à montrer, en passant, la supériorité de l'accouchement prématuré artificiel sur les autres moyens qui partagent le monde médical, enfin à préciser la manière dont l'opération doit être conduite, ainsi que les limites dans lesquelles elle est praticable.

Les douches utérines d'eau à 30° Réaumur, dit M. Godefroy, comptent déjà un grand nombre de succès. Leur emploi est si facile, leur innocuité si grande, leur résultat si prompt, leur action ressemble tellement à l'acte physiologique en lui-même (en développant les contractions utérines avant de dilater le col) que, pour l'accouchement prématuré artificiel, la plupart des accoucheurs ont abandonné la dilatation artificielle du col utérin et la rupture des membranes pour recourir exclusivement aux douches utérines, toutes les fois que la nature des accidents le permet et n'oblige pas à pratiquer l'accouchement forcé.

Mode opératoire. — L'appareil instrumental se compose : 1° d'un clyso-pompe ordinaire, muni d'une canule en caoutchouc à large lumière ; 2° d'un vase facile à manier, de la contenance de huit litres environ que l'on remplit d'eau à 30° Réaumur. La femme est placée transversalement sur un lit, les jambes écartées et soutenues par des chaises. Le devant du lit est garni d'une toile cirée qui conduit les eaux dans un vase disposé à cet effet. Le tube injecteur est introduit dans le vagin jusque sur le museau de tanche, et même dans son orifice, si la dilatation le permet. Dans tous les cas, il faut faire pénétrer la canule dans l'orifice utérin, aussitôt que possible; de cette façon, le liquide s'introduit entre les membranes et l'utérus, et le travail se déclare bien plus vite. Une fois que la canule est placée, l'aide qui tient le clyso-pompe fait rapidement jouer le piston, afin d'avoir un jet qui frappe avec force, et cela jusqu'à l'épuisement de l'eau chaude, à moins que des besoins naturels ou des douleurs instantanément développées n'obligent à suspendre l'opération pour quelques instants. Après la douche, la femme est essuyée et couchée. Fréquemment, une seule douche suffit; dans le cas contraire, on la renouvelle trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, jusqu'à ce que la matrice entre en contraction.

Comme l'accouchement prématuré artificiel doit, tout en sauvegardant la mère, donner un enfant viable et vivant, il faut, de toute nécessité, agir à une époque où l'enfant est viable, en se rapprochant d'autant plus du terme de la gestation que le bassin est moins rétréci. L'auteur pense qu'on doit y avoir recours toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur présente 60 millimètres au moins et 95 millimètres au plus. Il indique les précautions à prendre pour avoir toutes chances d'élever un enfant provenant d'un accouchement prématuré artificiel. Ainsi, il recommande de le mettre au sein d'une bonne nourrice immédiatement après sa naissance. S'il ne pouvait prendre le sein, il faudrait que la nourrice fît couler son lait et le lui fît boire avec une cuiller. Il faudra éviter avec le plus grand soin toute espèce de refroidissement, et tenir l'enfant très chaudement. Le baptême devra être administré à domicile et avec de l'eau tiède.

L'auteur donne ensuite quelques observations à l'appui de ces préceptes. Dans l'une, il s'agit d'une femme rachitique, haute de 1 mètre 27 centimètres, n'ayant marché que fort tard, ayant eu déjà trois accouchements à terme, à chacun desquels il a fallu broyer l'enfant. L'examen fait constater : 1° que le détroit supérieur est uniforme ; 2° que son diamètre antéro-postérieur n'a que 60 millimètres; 3° que le bassin est écrasé, l'arcade du pubis n'ayant que 50 millimètres de hauteur. — Au septième mois de sa quatrième grossesse, M. Godefroy provoque l'accouchement prématuré au moyen de deux douches utérines. Le forceps dut dégager la tête enclavée au détroit supérieur par son diamètre bipariétal. L'enfant était vivant, mais ne vécut que trois jours, par défaut de précautions de la part de la mère.

Pour celle-ci, les suites furent si heureuses, qu'elle retournait chez elle douze jours après son accouchement. Il n'est pas inutile de mentionner que les diamètres de la tête avaient : l'occipito-mentonnier, 10 centimètres; l'occipito-frontal, 9 centimètres; le bipariétal, 7 centimètres; et le bimastoïdien, 5 centimètres.

C'est encore une rachitique, mais primipare, qui fait le sujet de la seconde observation. Dans celle-ci, le succès fut plus complet, puisque l'enfant survécut.

M. Godefroy attribue le prompt rétablissement de ses accouchées au régime qu'il leur fait suivre, à moins d'accidents graves. Elles doivent toujours uriner en s'asseyant sur le vase de nuit ou en se mettant à genoux, afin de faciliter l'écoulement des lochies; par la même raison, pendant que l'on fait leur lit (et il est fait tous les jours), elles se placent sur un fauteuil et non sur un lit. Les trois premiers jours, elles prennent, en sus des potages, une fois du pain, de la viande ou du poisson, ou un œuf à la coque et boivent de l'eau mêlée de vin ou de cidre, tiède. Le cinquième jour, elles prennent deux fois des aliments solides, et continuent ce régime. Elles boivent à leur soif, une tisane délayante. Les soins de propreté ne sont jamais négligés, et on a soin d'entrenir la liberté du ventre par des lavements journaliers. — (Extrait de la *Revue médicale*, 31 décembre 1857.)

CATHÉTÉRISME DES VOIES AÉRIENNES PAR LA BOUCHE.

M. le docteur Boullard, ancien prosecteur de la Faculté, appelle l'attention des praticiens sur ce procédé opératoire, et cherche à en préciser les difficultés, ainsi que la manière de les surmonter. Cette opération, dit M. Boullard, a paru à beaucoup d'auteurs indigne de figurer dans un traité de médecine opératoire; d'autres se sont bornés à la nommer dédaigneusement sans en donner la moindre description. Cependant l'utilité n'en est pas douteuse ; elle peut rendre les plus grands services, lorsqu'il s'agit de rappeler à la vie soit un nouveau-né en état de mort apparente, soit un adulte sous le poids d'une asphyxie imminente, après une immersion prolongée dans l'eau ou dans des gaz irrespirables, ou encore lorsqu'il faut rétablir au plus vite la liberté du canal aérien, soit sur des malades dont le larynx ou la trachée se trouvent au voisinage d'une tumeur qui comprime fortement l'un ou l'autre de ces organes, soit enfin sur un individu atteint de l'une de ces affections si graves, telles que l'œdème de la glotte et le croup. D'un autre côté, ce procédé offre moins de difficulté que le cathétérisme par la bouche, et devrait être préféré, s'il ne se présentait parfois quelques circonstances exceptionnelles dans lesquelles l'emploi de ce dernier est tout à fait impossible. Cependant le cathétérisme par la bouche, malgré cet avantage, est loin d'être exempt de difficultés; il demande une certaine habitude qu'il faut acquérir en s'exerçant sur le cadavre ; sans cela, dit M. Boullard, on se trouverait dans le plus grand embarras pour le pratiquer sur le vivant.

L'instrument le plus commode est le *tube laryngien* de Chaussier. On pourrait également se servir d'une sonde de gomme élastique. Les difficultés de l'opération résident dans la disposition anatomique des parties qu'il s'agit de traverser et dans la nature des fonctions qu'elles remplissent. En effet, l'orifice laryngien se trouve placé profondément en arrière et au-dessous de la base de la langue et de l'épiglotte. La présence de cette soupape cartilagineuse qui, dans l'état ordinaire, est dressée précisément au devant du canal, suffirait pour constituer un obstacle. Mais ce n'est pas tout : à la moindre excitation de l'arrière-bouche par un corps étranger, telle qu'une sonde, l'épiglotte s'abaisse sur la glotte, tandis que le larynx s'élève et vient se placer sous la base de la langue. De là une autre difficulté, et ce n'est pas la moindre. Mais il faudra encore éviter l'œsophage, placé immédiatement en arrière du larynx, et dont l'ouverture est beaucoup plus large que celle de ce dernier. Puis le tube, même introduit dans le larynx, trouvera encore un obstacle dans les cordes vocales qui, au plus faible contact, se contracteront convulsivement et fermeront l'entrée de la trachée, résultat qui arrêterait l'opération. Et nous ne parlons pas ici des modifications pathologiques survenues dans les organes.

Voici maintenant le procédé indiqué par M. Boullard. Ce procédé est connu ; mais M. Boullard indique avec le plus grand soin les petites précautions, qui sont trop généralement négligées dans les descriptions, et qui sont cependant très importantes. Le malade est placé en face de la lumière, et de telle sorte que la poitrine soit un peu plus élevée que le bassin; la tête est légèrement inclinée en arrière. On fait ouvrir la bouche aussi largement que possible, et on s'assure qu'elle ne contient pas de mucosités. Si elle en contenait, il faudrait les enlever et avec soin. Avec l'indicateur de la main gauche, garni d'un large anneau métallique pour le préserver de toute morsure (ce qui est bien préférable à un coin), et porté dans le fond de la bouche, on déprime fortement la base de la langue. L'épiglotte, par là même, se trouve soulevée. La sonde, tenue de la main droite comme une plume à écrire, est glissée le long de ce doigt, contourne l'épiglotte pour être ramenée derrière cet opercule, exactement sur la ligne médiane. Si l'épiglotte était encore abaissée, on inclinerait le pavillon de la sonde vers la commissure gauche des lèvres, et par quelques légers mouvements imprimés au bec de l'instrument, et combinés avec l'action du doigt conducteur, on soulève et on contourne cet organe. On redresse l'instrument et on le ramène sur la ligne médiane, en même temps que, relevant son extrémité externe, on s'efforce de présenter l'autre perpendiculairement au plan de l'orifice supérieur du larynx, et de l'engager à travers cet orifice. Il ne reste plus qu'à éviter les cordes vocales inférieures, ce à quoi l'on parvient en dirigeant l'instrument, de façon que le bec suive la paroi postérieure du larynx et passe entre les cartilages arythénoïdes. Si, en ce point, la sonde était arrêtée par un obstacle, qui ne pourrait être que les cordes vocales convulsivement contractées, il ne faudrait point pousser avec force, mais retirer légèrement la sonde et en reporter le bec un peu en arrière, puis essayer de nouveau de franchir la glotte, en profitant, s'il est possible, comme le recommande M. Malgaigne, d'un moment où la glotte se dilate naturellement, c'est-à-dire d'un mouvement d'inspiration.

Ce procédé pourrait encore servir si la sonde devait rester à demeure, et, par conséquent, s'ouvrir dans les fosses nasales. La sonde, alors, devrait être en gomme élastique; et, une fois introduite dans la trachée, on la ferait pénétrer d'arrière en avant dans les fosses nasales, au moyen d'un fil porté par la sonde de Belloc et fixé au pavillon du tube laryngien. — (In *Revue de thérap. méd.-chirurg.*, n° 1, 1858.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

(ancienne Société médicale du Temple).

Extrait des procès-verbaux (1857). — Présidence de M. LABARRAQUE.

Une discussion s'engage sur les divers moyens de désinfection que l'on peut employer soit dans les hôpitaux, soit dans la chambre des malades.

M. MIALHE pense que l'iode et ses composés présentent de grands avantages par la simplicité de leur emploi, qu'ils fournissent des vapeurs désinfectantes proportionnelles à la température de la salle; et qu'ils lui paraissent préférables aux chlorures, que l'on est obligé de mêler à une très grande quantité d'eau pour qu'ils ne soient pas caustiques.

M. LABARRAQUE pense que, sans tomber dans l'inconvénient signalé par M. Mialhe, on peut employer des solutions plus concentrées des chlorures et que ces préparations offrent un grand avantage, sous le rapport du prix.

M. GRANGE fait observer que l'iode libre est un moyen de désinfection très favorable dans certaines circonstances. Ayant voulu, à diverses époques, expérimenter l'influence des vapeurs d'iode sur la marche de la phthisie pulmonaire, soit en faisant aspirer les vapeurs qui se dégageaient d'un flacon à la température de la main, soit en abandonnant de l'iode pur dans des flacons largement ouverts dans la chambre des malades, il a reconnu que, chez les malades atteints de phthisie au troisième degré avec cavernes, et dont les crachats exhalaient une odeur repoussante, on obtenait une modification favorable, l'air expiré et les produits expectorés perdaient cette odeur nauséeuse et alliacée si souvent insupportable aux malades et aux personnes qui les entourent. Le seul inconvénient qu'il ait rencontré est que les vapeurs d'iode provoquent, chez les personnes qui n'y sont pas habituées, de la céphalalgie et un coryza passager.

M. Grange a très souvent employé l'iode pur comme moyen de désinfection dans les cas signalés ci-dessus, sans observer ni une irritation très vive de la gorge, et sans reconnaître non plus l'action si remarquable qu'on lui a attribuée sur la marche de la phthisie pulmonaire.

M. MIALHE rend compte de recherches qu'il a faites et publiées sur l'action des purgatifs. Plusieurs praticiens prennent part à la discussion et font observer que les limonades et les préparations plus ou moins agréables que l'on a imaginées n'ont pas toujours une action aussi nette et aussi rapide que les sels pris en dissolution dans une petite quantité d'eau.

M. DEPAUL fait observer que l'action des purgatifs ne varie pas seulement d'un individu à un autre, mais encore que cette action varie avec l'état pathologique du même individu, et que cette circonstance rend l'expérimentation très délicate.

M. COLLOMB ajoute que, à l'exemple de M. Pasquier, il a l'habitude de donner des purgatifs à très petites doses, l'huile de ricin, par exemple, à la dose de 15 grammes et dans une petite quantité de véhicule, et que cette pratique, qui était celle d'un maître, lui paraît digne de toute l'attention des médecins.

Le secrétaire général, Dr GRANGE.

Nous portons à la connaissance de nos bienfaisants confrères la situation malheureuse d'un honorable docteur-médecin de Paris, malade depuis plusieurs mois, chef d'une nombreuse et jeune famille, et qui ne peut recourir à l'assistance de l'Association de la Seine, dont il ne fait pas partie.

Les offrandes seront reçues au bureau de l'UNION MÉDICALE.

MM. Piogey	10 fr.
Laville	20
Pouillien	5
Un abonné	20
Rayer	20
L. L..., à Maizières	10
Aubert, à Mâcon	10
Leroy-Dupré	5
	100 fr.
Souscriptions antérieures	70
Total	170 fr.

— M. le docteur Pierre Pincoffs, de Dresde, vient d'être nommé, par le roi de Sardaigne, chevalier de Saint-Maurice et Saint-Lazare, pour services rendus aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 8. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 21 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Décidément M. Devergie s'est en vain mis en frais d'un long rapport; vainement, par une mesure exceptionnelle, ce rapport a-t-il été imprimé et distribué au domicile de chaque académicien; vainement M. le Président, qui, seul, semblait comprendre l'importance et l'intérêt des questions soulevées par M. Devergie, a-t-il prodigué toutes les excitations possibles pour que la discussion s'ouvrît; toutes les bouches sont restées closes, et si ce n'avait été M. Depaul et sa courte réclamation de priorité en faveur de M. Bazin, pour la découverte du tricophyton, ce long rapport de M. Devergie passait complétement en silence de la tribune dans les cartons de l'Académie. Les micrographes et les dermatographes se sont abstenus. Il est vrai qu'ils sont rares à l'Académie, et peut-être sentira-t-on le besoin de renforcer ces éléments qui, aujourd'hui, font un peu défaut à l'Académie de médecine.

Avec sa bienveillance si généralement connue, M. Ségalas a lu, pour M. Bérard empêché par la maladie, un mémoire qui lui est commun avec M. Colin, d'Alfort, sur les fonctions du pancréas. Un sentiment qui était dans tous les cœurs et qui s'est fait jour de plusieurs côtés, a empêché l'Académie de se livrer à l'examen et à la discussion de ce travail. Nous devons imiter cet acte de convenance et nous borner à faire, comme l'Académie, des réserves formelles sur les conclusions de ce mémoire. L'Académie est depuis longtemps saisie de cette importante question de physiologie; une commission a été et reste chargée de lui faire un rapport sur ce sujet. A tous égards, il convient d'attendre que cette commission puisse remplir le mandat qui lui est confié.

M. Briquet a terminé la lecture de son mémoire sur la colique de plomb.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LE MASSAGE;

Par le professeur W. FERGUSSON.

Cette expression de massage veut dire une certaine manipulation de l'anévrysme, qui a pour but de déplacer la fibrine qui tapisse l'intérieur du sac, soit en partie, soit en totalité, de manière à oblitérer la lumière de l'artère entre le cœur et la poche anévrysmale.

La pathologie des anévrysmes semble avoir atteint ses dernières limites, et les recherches récentes n'ont pas amené de découvertes bien importantes sur la matière. Les déductions pratiques des connaissances que nous possédons sur cette question ont donné d'excellents résultats; l'histoire moderne du traitement des anévrysmes par la compression montre par les brillants succès obtenus que la doctrine de Hunter sur les anévrysmes n'était pas le dernier mot de la science sur ce sujet si important.

On sait bien que, de temps à autre, les formes ordinaires de l'anévrysme que l'on trouve, par exemple, dans l'anévrysme des artères poplitée, fémorale superficielle, sous-clavière et autres grandes artères, peuvent guérir spontanément ou, comme on dit, par les seuls efforts de la nature : tous ceux qui ont observé avec soin des cas de ce genre, savent quels moyens la nature emploie pour obtenir ce résultat. La théorie, si je puis m'exprimer ainsi, du procédé que suit la nature dans ces guérisons, est si simple au point de vue pathologique et si admirablement évidente, qu'on n'a jamais (je le crois, du moins) fait la moindre objection à l'explication des faits qui se passent dans la guérison naturelle de cette redoutable maladie, qui guérit alors pour ainsi dire spontanément.

On admet généralement que si la colonne sanguine qui passe dans un anévrysme vient, par un moyen quelconque, à être diminuée de volume et d'intensité, la tumeur tend à diminuer et à se guérir : cette guérison est due en partie, peut-être, à la rétraction des tissus, mais surtout au dépôt de fibrine, et il est plus vraisemblable que l'oblitération du sac se fasse dans ces circonstances que lorsque la poche est traversée par une colonne sanguine abondante et rapide dans sa marche. Les résultats du procédé opératoire, indiqué par Hunter, donnent entièrement raison à cette manière de voir; car on a souvent vu la circulation se rétablir dans un anévrysme à la suite de la ligature du tronc artériel, après avoir été suspendue pendant quelque temps par le fait même de cette ligature, bien que, le plus souvent, elle cesse graduellement, et disparaisse définitivement dans un certain laps de temps. La méthode moderne de traitement des anévrysmes par la compression démontre amplement aussi que l'on peut obtenir la guérison d'un anévrysme, même assez promptement, en diminuant simplement la force d'impulsion et l'abondance de la circulation dans l'artère qui est le siége de la maladie. La modification apportée par M. Wardrop à la méthode de Brasdor est fondée sur le même principe : il semble prouvé, par les résultats qu'a obtenus M. Wardrop, que l'application d'une ligature sur l'extrémité éloignée d'un artère au-dessous de l'anévrysme, si elle n'arrête pas complétement la circulation dans l'anévrysme, peut du moins en modifier tellement la quantité et l'impulsion, que l'on peut même obtenir la guérison par ce moyen.

Les pathologistes savent si bien que c'est surtout par le dépôt de fibrine dans l'intérieur du sac anévrysmal et par l'oblitération consécutive du sac que la guérison s'obtient le plus souvent, ils savent si bien que la condition de la guérison est d'empêcher la circulation du sang liquide dans l'anévrysme, que toutes les méthodes de traitement reposent sur ce principe.

Il est inutile d'entrer dans de plus longs détails sur ce sujet, qu'il nous suffise de dire que tous les moyens médicaux ou chirurgicaux que l'on a appliqués à la cure de l'anévrysme, la diète, un régime susceptible d'augmenter la quantité de fibrine du sang, la ligature au-dessus ou au-dessous du sac, la compression, l'électricité, tous ces moyens ont pour but d'aider la nature à accomplir l'oblitération de l'anévrysme.

J'eus le bonheur de faire mes études chirurgicales sous la direction du professeur Turner, l'un des élèves et des aides les plus zélés de l'illustre John Thomson : le professeur Turner a consacré une étude particulière aux maladies des vaisseaux sanguins et son *Essai sur l'obstruction spontanée des artères*, qu'il publia dans le troisième volume des *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg*, a prouvé l'étendue et l'originalité de ses connaissances. Les leçons du professeur Turner étaient basées, je n'en doute pas, sur les doctrines de Thomson; elles étaient pleines d'intérêt, surtout relativement à la question des anévrysmes. Je me rappelle que, traitant la possibilité de la guérison spontanée des anévrysmes, M. Turner admettait comme probable qu'une couche de lymphe de la partie interne d'un caillot pouvait quelquefois se détacher, et, étant transportée par l'ondée sanguine à l'une des extrémités du sac anévrysmal, pouvait ainsi empêcher la circulation de suivre sa route ordinaire, de manière à envoyer le sang dans les collatérales et amener une guérison naturelle, comme la ligature ou la compression, en diminuant d'une façon relative ou absolue le courant de la circulation dans l'anévrysme. A l'appui de cette théorie, M. Turner citait le cas d'un malade qui portait un énorme anévrysme de l'artère sous-clavière. Malgré toutes les remontrances qu'on lui fit à ce sujet, il voulut se livrer à son plaisir favori, de nager en pleine mer : un jour, peu de temps après que le malade avait repris l'habitude de nager, il survint un changement notable dans l'anévrysme. Les détails de ce fait ne sont plus bien présents à ma mémoire, mais je sais que finalement la tumeur guérit spontanément. Le professeur Turner citait ce fait pour prouver la possibilité de la guérison d'un anévrysme par le déplacement d'une portion de fibrine, car il supposait que, chez ce malade, il s'était détaché une couche de fibrine pendant les efforts et les mouvements de la natation, et que cette fibrine oblitérant l'une des extrémités du sac, avait ainsi amené la guérison.

Longtemps après l'époque où s'était passé ce fait, j'exerçais à Édimbourg, et je pus observer un cas d'un intérêt remarquable. Un homme d'une cinquantaine d'années fut pris un jour, en se mettant au lit, d'une très vive douleur dans la jambe; il fit appeler le docteur Russell. En outre de la douleur que le malade éprouvait, il n'y avait d'autre particularité à noter que l'absence de pulsations dans toute la partie inférieure de l'artère fémorale superficielle. Ces symptômes firent conjecturer au docteur Russell qu'il s'était fait dans cette artère une obstruction soudaine, analogue au fait raconté par le professeur Turner. Le progrès de la maladie étant très lent, le malade s'impatienta de ne pas voir le terme de la guérison, et fit venir un charlatan qui lui appliqua un bandage sur le pied et la jambe : cette compression amena bientôt la mortification, et le malade, revenant alors au médecin qui lui avait donné des soins antérieurement, eut à subir l'amputation de la cuisse, opération qui, malheureusement, ne lui sauva pas la vie. Il y avait un grand intérêt à examiner les artères du membre amputé, et nous fûmes bien étonnés de trouver un petit anévrysme de l'artère poplitée, parfaitement rempli par une masse solide de fibrine. Le membre avait toujours été bon pendant la vie, rien ne faisait soupçonner la maladie, et depuis l'accident arrivé au malade, bien que le membre ait été fréquemment examiné, on n'avait jamais eu aucun motif de soupçonner l'existence de la tumeur : le tissu de l'artère, au-dessous et au-dessus de la tumeur, était parfaitement sain. La conclusion que l'on tira de l'observation de ces faits fut que, pendant que le malade faisait un effort pour monter dans son lit, une portion de fibrine s'était déplacée, de manière à arrêter la circulation dans les artères situées au-dessous de l'anévrysme, ce qui a causé la douleur et la sensation particulière dont se plaignait le malade, et que la guérison spontanée de l'anévrysme était en bonne voie, lorsque le bandage que l'on a appliqué malencontreusement a empêché la circulation dans les collatérales, de manière à amener la mortification des parties.

Quelques années après, je fus appelé en consultation dans un cas d'anévrysme poplité, par un chirurgien distingué qui proposa de pratiquer la ligature de la fémorale superficielle. Ce chirurgien avait vu le malade très souvent auparavant, et les symptômes étaient alors si évidents, que le chirurgien avait parlé au malade de l'opération qu'il se proposait de lui pratiquer, et que le malade y avait consenti. Le malade était donc allé chez lui terminer quelques affaires, et lorsqu'il revint, ce fut à la consultation à laquelle j'assistais que le chirurgien le revit pour la première fois. Un court historique des antécédents de la maladie fut fait par le médecin ordinaire, puis nous procédâmes à l'examen du membre, et nous vîmes que la guérison s'était faite spontanément dans l'intervalle de ces trois semaines : pour moi c'était une nouvelle preuve à l'appui de la théorie du professeur Turner.

L'examen de ces faits et de plusieurs autres me suggéra de nombreuses réflexions, dont le premier résultat fut celui-ci : les chirurgiens ont essayé d'aider ou d'imiter la nature dans ses procédés de guérison des anévrysmes, mais aucun n'a songé à imiter ce mode naturel d'obstruction par une portion de fibrine détachée du sac; si des guérisons dites spontanées se sont réellement produites par le déplacement accidentel d'une portion ou de la totalité de la fibrine contenue dans le sac, on n'a jamais rien tenté dans cette voie. J'étais jeune lorsque ces pensées me vinrent pour la première fois à l'esprit, et je n'avais pas la confiance que l'expérience m'a donnée à ce sujet : depuis, j'ai l'habitude d'enseigner dans mes leçons qu'il est possible que des tentatives faites par le chirurgien, dans le but d'imiter ce déplacement accidentel de la fibrine du sac anévrysmal, réussissent à guérir l'anévrysme tout aussi bien que la nature le fait dans ses cas de guérison spontanée. Je parlai de l'excessive précaution avec laquelle les chirurgiens touchent habituellement aux anévrysmes, et j'établis, en principe, qu'une manipulation un peu vigoureuse pourrait avoir pour effet de produire un déplacement de fibrine, et par suite amener la guérison.

La ligature étant si généralement applicable à tous les cas d'anévrysmes qui se présentent au chirurgien, j'avais peu d'occasions de mettre à l'épreuve la nouvelle méthode que je proposais. Je sentis donc qu'il était irrationnel de donner à cette méthode une plus grande publicité avant de pouvoir produire quelques faits pratiques qui vinsssent donner du poids et de l'autorité à un procédé que l'on pouvait regarder comme dangereux et impraticable. Ces résultats qui me manquaient, le temps me les a donnés, et je viens, dans ce travail, les soumettre à l'appréciation du monde chirurgical.

A. L..., 40 ans, d'une bonne santé habituelle, d'une taille et d'un embonpoint moyens, vint me consulter, pour la première fois, le 29 janvier 1852. Il portait au fond du côté droit du cou une tumeur du volume d'une petite orange environ, qui présentait tous les signes ordinaires d'un anévrysme de l'artère sous-clavière; la partie de cette artère occupée par la maladie, semblait être située entre les scalènes. Le malade avait remarqué là un gonflement, depuis deux ans environ, mais il ne s'en était préoccupé que depuis peu de temps, et il venait se soumettre au traitement que je jugerais convenable de lui appliquer.

Chez ce malade, j'avais à choisir entre la ligature en dedans des scalènes et la ligature par la méthode de Brasdor; ces deux procédés me semblaient dans le cas aussi défectueux l'un que l'autre, et promettre peu de succès; je crus donc trouver l'indication d'appliquer le mode de traitement dont j'ai parlé, le massage. Je dois cependant à la vérité de dire que les pulsations étant très distinctes dans la tumeur, cela me

semblait indiquer qu'il y avait peu de fibrine déposée à l'intérieur du sac : malgré cela, le massage me parut encore préférable ici aux autres procédés opératoires.

Lors donc que le malade vint me trouver, le 31 janvier, je mis mon procédé à l'épreuve. Après m'être assuré que les pulsations étaient normales dans les artères axillaire, humérale et radiale, je procédai à la manœuvre : le malade était assis sur une chaise, je plaçai la pulpe du pouce sur la partie la plus saillante de la tumeur; je pressai alors jusqu'à ce que tout le sang liquide fût sorti du sac, et je pus sentir que les deux parois du sac étaient en contact l'une avec l'autre. J'exécutai alors, avec mon pouce, des mouvements de friction, et je sentis que, dans l'intérieur du sac, les parois frottaient exactement l'une contre l'autre; je suspendis promptement ces mouvements, qui avaient été parfaitement comme je le désirais. Le résultat immédiat fut surprenant. J'avais à peine retiré mon pouce du cou du malade que je vis sa main devenir extrêmement pâle, et je remarquai dans ses traits une expression singulière. Il s'élança de son siége en s'écriant : « Qu'avez-vous fait? vous m'avez rendu ivre ! » et il chancelait en marchant. Je le couchai et je m'assurai que les pulsations, rétablies dans la tumeur, avaient disparu dans toutes les artères situées au-dessous. J'eus alors la conviction que j'avais détaché une portion plus ou moins considérable de lymphe de la face interne du sac, et que ce flocon avait immédiatement oblitéré l'ouverture inférieure du sac anévrysmal; j'attribuai l'étourdissement du malade à un afflux plus considérable du sang vers la tête, survenu par suite de cet arrêt de la circulation dans le bras. Le malade ne perdit pas connaissance et se remit promptement de cette espèce de trouble mental. Il se plaignit bientôt de douleurs dans la main et l'avant-bras, semblables à celles qu'il avait éprouvées deux ans auparavant. Au bout d'une demi-heure, il put retourner chez lui; il sentait sa main froide et engourdie.

Je revis le malade à cinq heures du soir, et je trouvai, à mon grand désappointement, que les pulsations avaient reparu dans toutes les artères du bras. Je pensai alors qu'il s'était probablement détaché une très petite portion de fibrine seulement, qui avait momentanément oblitéré l'artère au-dessous de l'anévrysme et qui avait été entraînée soit par l'action du cœur, soit par quelque mouvement du bras. Ce résultat que j'avais obtenu le matin répondait si bien à mes vues à ce sujet, que je résolus de faire une seconde tentative. Je la remis toutefois au lendemain.

Le 1er février, je manipulai la tumeur de la manière que j'ai dite, après m'être soigneusement assuré que la circulation était parfaitement libre dans tout le système artériel du bras. Le résultat immédiat fut le même que la première fois : les pulsations cessèrent dans tout le bras, la main devint pâle, la douleur reparut, et le malade se sentit ivre comme la veille. On le coucha sur un sopha.

2 février. La douleur a diminué; pas de pulsations; la tumeur n'a pas changé d'aspect.

3 février, neuf heures du matin. La douleur dans le bras a cessé pendant la nuit; les battements sont moins distincts dans la tumeur, d'après mon appréciation et celle du malade.

Quatre heures du soir. On perçoit un léger tremblotement dans l'artère radiale au poignet.

4 février, dix heures du matin. L'artère radiale est distendue par du sang, mais on n'y trouve pas de pouls. L'anévrysme a diminué de volume; les battements y sont presque nuls. La douleur du bras persiste.

Six heures du soir. On sent un faible mouvement dans l'artère radiale. Il y a évidemment une grande amélioration.

5 février. Le pouls, au poignet, est à peine sensible. Dans la soirée, la tumeur est un peu douloureuse au toucher : je suppose que c'est dans le point où l'artère est oblitérée. Le bras et la main sont chauds et moites.

6 février. On sent un peu mieux les pulsations de la radiale. Il y a un peu de douleur dans la face postérieure du bras, et un léger engourdissement dans les articulations des doigts. On ne sent pas de pulsations dans l'humérale, mais, quand on la comprime, la radiale s'affaisse.

7 février. Le pouls dans la radiale est distinct; on peut le compter.

8 février. Pour la première fois, je trouve des battements dans une artère traversant la partie supérieure de la tumeur : c'est probablement la transverse du cou ou la scapulaire postérieure, qui semble dilatée. La tumeur a le même aspect que ces derniers jours; les battements y sont peut-être un peu moins sensibles. Si l'on presse modérément la tumeur avec le doigt, les battements y sont un peu moins distincts que dans la carotide du même côté, mais ils sont plus diffus. Le malade raconte qu'il peut maintenant se coucher sur le côté gauche, ce qu'il ne pouvait faire avant, à cause de la gêne que cette attitude produisait dans la tumeur et dans la base du cou.

9 février. Le pouls au poignet est distinct, celui de la transverse du cou est plus marqué qu'hier. L'artère humérale est pleine et bat légèrement; l'axillaire ne peut se sentir.

10. Le malade sent des fourmillements dans l'épaule.

19. Depuis neuf jours, l'état des choses a peu changé. Plusieurs médecins, observant les progrès de cette opération, constatent que la tumeur a diminué de volume et que les battements y sont moins sensibles. Le docteur Taylor, de Huddersfield, a vu le malade aujourd'hui; il pense qu'il y a une grande diminution dans les battements, mais que le volume de la tumeur n'a pas sensiblement changé. A l'aide du stéthoscope, il trouve que le son est maintenant plus fort dans la sous-clavière gauche que dans la tumeur.

5 mars. Jusqu'à cette date, rien de notable à signaler. La tumeur est maintenant évidemment plus petite et un peu plus dure; les battements y sont moins distincts à l'œil comme au toucher. On sent parfaitement des pulsations dans les artères du bras et de l'avant-bras; on n'en sent pas dans l'axillaire. Le malade désire beaucoup retourner chez lui : je le lui permets à condition qu'il s'abstiendra pour quelque temps de tout travail actif.

8. Le docteur Taylor m'écrit qu'il a vu aujourd'hui M. L..., qui n'a pas souffert du voyage. « On s'exposerait peut-être, me dit-il, à commettre une erreur en voulant comparer de mémoire le volume de la tumeur en février dernier et maintenant. Mais je suis bien sûr qu'elle est plus petite, qu'elle se dilate moins et que les battements y sont moins forts qu'avant que M. L... vous vit. »

Le 28 mars, le dr Taylor écrit que « la tumeur est évidemment plus petite, que les pulsations y sont très faibles, qu'il y a peu de différence entre le pouls des deux artères radiales au poignet; on ne sent pas de pulsation au-dessus de la moitié du bras; l'état du malade s'améliore considérablement. »

Le 8 avril, le docteur Taylor rapporte que « la tumeur, depuis quelque que temps, n'a pas changé de volume, mais les pulsations y sont presque nulles, et qu'il faut les chercher avec une grande attention; la tumeur ne se dilate plus sous l'influence des pulsations; elle semble aussi plus solide. »

Vers cette époque, le docteur Clark remplaça le docteur Taylor malade. Il écrit le 29 mai : « Je fus appelé hier chez M. L..., que je n'avais pas vu depuis un mois. J'ai trouvé une amélioration très remarquable; la tumeur a diminué, et semble plus dure au toucher; il y a encore un peu de *bruit*, mais elle est moins distincte qu'avant. Il ressent presque tous les jours ces sensations de fourmillements dans l'épaule. On trouve des pulsations dans l'artère axillaire, et en comprimant celle-ci, on suspend les pulsations au poignet. Cependant ces pulsations sont faibles, et on ne peut les sentir près de la tumeur. Quant au volume, il est beaucoup moindre, j'en ai la preuve en ce que je peux maintenant sentir la clavicule, que la présence de la tumeur empêchait de sentir autrefois. »

Quelques jours après, j'eus une lettre du malade qui me demandait la permission de se servir un peu de son bras.

Le 19 septembre, je reçus du docteur Taylor la note suivante : « J'ai le chagrin de vous apprendre que M. L... va très mal. Les choses allaient bien il a encore quinze jours, lorsque le malade fut pris de fièvre intense et de douleurs dans l'épaule, qu'il attribue à du rhumatisme. Il me fit appeler il y a trois jours, il avait la langue chargée, l'urine était rouge et épaisse; il se plaignait de douleurs revenant avec des paroxysmes irréguliers, occupant le cou, la poitrine et l'épaule, et ayant pour centre le moignon de l'épaule; ces douleurs, tantôt brûlantes, tantôt lancinantes, effrayaient beaucoup le malade. Elles ne s'augmentaient ni par la pression, ni par les mouvements de l'articulation; mais s'il bougeait de son lit où il avait bien chaud, les douleurs augmentaient; en comprimant l'anévrysme, on n'éveillait pas la douleur; ces symptômes continuent, avec cette différence que les exacerbations sont plus vives, et que la souffrance a beaucoup amaigri et affaibli le malade; cette maigreur pourrait faire croire que le volume de la tumeur a augmenté; il n'en est rien, c'est une simple apparence. »

Le malade mourut quelques jours après, vraisemblablement épuisé par les souffrances, c'est du moins ce que croit le docteur Taylor. On fit l'autopsie et on trouva que l'anévrysme s'était rompu partiellement en bas et en arrière, et qu'en ce point le plexus nerveux axillaire semblait faire partie du sac anévrysmal. L'intérieur du sac était rempli par de la fibrine solide d'ancienne date et par un caillot récent. L'artère axillaire était oblitérée par un caillot dur. La tumeur, y compris les nerfs et le tissu cellulaire ambiant, avait le volume environ d'un œuf de poule.

Bien que le malade soit mort, j'ai la certitude que tout avait bien réussi pour concourir à la guérison, sauf cette malheureuse rupture du sac.

L'année suivante, j'eus encore occasion d'appliquer mon procédé.

Le 4 août 1853, R. R..., 44 ans, matelot robuste, vient à l'hôpital à l'heure de la visite : je le vis de suite. Il y avait sur le trajet de l'artère sous-clavière droite une tumeur semblable à celle décrite dans l'observation précédente. Après l'avoir attentivement examinée, je la manipulai exactement de la même manière que l'autre. Je fis remarquer aux élèves présents à l'hôpital la similitude des deux cas et la similitude du traitement employé. C'était la première fois que je voyais le malade, je n'avais donc pas beaucoup de renseignements sur sa maladie; je pris seulement quelques notes sur l'état de la tumeur immédiatement avant l'opération et après; je fis recevoir le malade à l'hôpital, et je m'en allai à mes malades. Au bout d'une demi-heure, on vint me chercher, le malade avait été pris de paralysie de tout le côté gauche, comprenant la face, le bras et la jambe. Il ne perdit pas connaissance, mais il était chancelant : sa bouche était manifestement déviée à droite, et il ne pouvait, quelqu'effort qu'il fît, ni lever, ni remuer le bras ou la jambe gauche.

Pendant la nuit suivante, son état s'améliora et il put lui-même donner les renseignements suivants le lendemain : neuf mois avant, il s'aperçut, pour la première fois, de fourmillements et de faiblesse revenant de temps à autre dans l'avant-bras droit, surtout après le travail. Ces symptômes augmentèrent graduellement et s'accompagnèrent d'une douleur sourde dans la partie interne et postérieure de l'avant-bras, avec sensation d'engourdissement dans le bout des doigts. Il y a à peu près cinq mois, il était impossible de sentir aucun battement artériel au poignet. Il y a seulement quelques jours qu'il se présenta à l'hôpital maritime, où on lui dit qu'il avait un anévrysme. Depuis quatre mois, son bras est faible; enfin, pendant les deux derniers mois, il a senti les mêmes douleurs de temps en temps dans le bras gauche, mais il affirme que les battements artériels n'ont jamais disparu dans le poignet de ce côté.

Jusqu'au 20 août, il y eut peu de changements matériels dans la tumeur; la paralysie du côté gauche diminua et les battements reparurent au poignet droit.

Depuis ce moment jusqu'au 6 octobre, on nota que la circulation collatérale s'établissait; mais, depuis seize jours, les pulsations avaient disparu au poignet droit. Le 6 octobre, on frotta de nouveau les parois du sac anévrysmal l'une contre l'autre; pendant quelques jours, le malade se plaignit d'une légère douleur dans l'épaule. Le 20 octobre, cette douleur avait disparu. Il pouvait se servir de son bras; on le renvoya donc chez lui.

Le 15 juin 1854, il fut admis de nouveau. Depuis sa sortie de l'hôpital, il avait repris pendant quelque temps son service de matelot : il paraissait bien portant, mais ses forces sont beaucoup diminuées. La tumeur n'a pas changé, elle est comme lorsqu'il a quitté l'hôpital : on sent de légers battements dans l'artère radiale.

Le 20 juin, on essaya d'appliquer la compression, mais, n'en retirant aucun bénéfice, on la suspendit bientôt; le malade quitta l'hôpital le 26 août. Il rentra encore en octobre de la même année et resta six semaines; on n'obtint aucun changement.

En août 1855, il revint à l'hôpital; la tumeur avait complétement disparu et l'on n'en pouvait découvrir la moindre trace : on sent le pouls au poignet. Le bras semble aussi fort que l'autre; la paralysie a complétement disparu à gauche.

J'avais hésité jusqu'ici à publier ces résultats, désirant avoir un plus grand nombre de faits pratiques à présenter à l'appui de ma nouvelle méthode de traitement; mais je crois préférable de faire connaître, dès à présent, ces résultats, quelque imparfaits qu'ils soient.

Pour un observateur soigneux, il doit ressortir de la lecture de ces deux observations que les détails coïncident, en grande partie, avec les idées que nos connaissances physiologiques nous faisaient prévoir, tandis qu'il y a un certain nombre de phénomènes, dont nous ne pouvons nous rendre compte avec les connaissances que nous possédons déjà sur la guérison spontanée ou artificielle de l'anévrysme.

Comme les raisonnements que je vais exposer sur ce sujet pourront bien être taxés de partialité, je serai le plus bref possible. D'abord, je supposerai que l'on admet généralement les idées que j'ai émises sur la guérison naturelle de l'anévrysme, sur le mode d'action des diverses méthodes de traitement et sur un cas de guérison accidentelle. C'est sur cette dernière partie que j'appellerai principalement l'attention : c'est une méthode de guérison spontanée dont on s'est très rarement occupé, et l'idée que j'émets dans ce travail n'a pas encore été, que je sache, proposée par personne, ni mise en pratique aux dates ci-dessus mentionnées par un autre chirurgien que par moi-même.

Malgré le résultat défavorable, il me semble que la première de ces deux observations met les faits physiologiques mieux en évidence que l'autre. Le fait de la suspension de la circulation par le moyen que j'ai décrit ne peut certainement pas être mis en doute. La diminution graduelle de la tumeur et le développement des artères collatérales me semblent aussi clairement démontrés que beaucoup des faits relatifs à l'opération par la méthode de Hunter. Il est à noter comme faits intéressants, la cessation des battements dans la portion inférieure de l'artère, le retour graduel des pulsations après un temps égal à celui qui suit la ligature, le développement graduel des artères collatérales à la base du cou, dans l'anévrysme de la sous-clavière, et la sensation de mouvements vermiformes dans l'épaule. L'étourdissement qui survient brusquement lorsque l'extrémité inférieure du sac anévrysmal est bouchée, est encore un fait remarquable; ce phénomène s'explique d'une manière suffisante par l'afflux soudain du sang à la tête par la carotide et l'artère vertébrale; cependant on observe que ce phénomène ne se présente pas quand on fait la ligature de la sous-clavière; nous reviendrons plus tard sur ce sujet. La persistance de la tumeur, malgré sa diminution graduelle, est un fait que je ne puis encore m'expliquer.

La rupture soudaine d'une partie de la tumeur qui a, je crois, été la cause de la mort, peut être attribuée aux mouvements intempestifs faits par le malade, qui se servait de son bras, bien qu'on lui eût recommandé de ne pas le faire, car on a remarqué, sans doute, dans le récit de cette observation, que c'est seulement quand le malade a commencé à se servir de son membre, que les accidents se sont manifestés.

Dans le second cas, bien que le but du traitement ait été atteint d'une façon satisfaisante, cependant les faits physiologiques ne sont pas aussi clairs que chez le premier malade. Au début du traitement, on ne sentait pas de battements au poignet et on n'a pas noté ce fait, très remarquable dans l'autre observation, de la cessation brusque, après le massage, des battements dans toutes les artères situées au-dessous de la tumeur. Cependant, il est certain que le massage y a amené quelque changement étrange : l'hémiplégie soudaine qui a frappé le côté gauche du corps me semble être une exagération de l'étourdissement éprouvé par l'autre malade, et il est certain qu'on doit l'attribuer à la manipulation de l'anévrysme. Si l'on admet cette origine de l'hémiplégie, écartant l'hypothèse d'une simple coïncidence, c'est certainement un accident grave, mais qui corrobore mes idées sur la possibilité de détacher des flocons de fibrine de la paroi interne du sac, de manière à l'oblitérer. On peut admettre, pour expliquer cette hémiplégie, qu'elle a été produite par un petit flocon fibrineux qui, détaché du sac, a été entraîné, vu la petite dimension qu'il offrait, dans la circulation de la carotide ou de l'artère vertébrale qui l'a porté dans le cerveau, par le même mécanisme que le docteur Kirkes a invoqué dans un cas analogue : cet auteur supposait qu'un flocon de fibrine s'était détaché des valvules aortiques, et, transporté dans le cerveau par le torrent circulatoire, avait produit l'hémiplégie.

Dans les deux cas, la tumeur a graduellement diminué de volume, et, chez le second malade, elle a complétement disparu : j'avoue cependant qu'il m'est impossible d'expliquer pourquoi la tumeur persiste aussi longtemps après l'effet supposé immédiat du massage (1).

Dr A. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Janvier 1858. — Présidence de M. Laugier.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique adresse, à la date du 16 janvier, une lettre d'invitation pour assister au *Te Deum* célébré à Notre-Dame le dimanche 17 janvier.

M. le ministre de l'intérieur prie l'Académie de lui faire connaître les résultats de l'analyse de la graisse de porc livrée par les fournisseurs de la Maison centrale de Limoges. (Renvoi à la commission composée de MM. Lecanu, Chevallier et O. Henry.)

(1) Extrait de *Medico-chirurgical Transactions*, t. XL, 1857, London.

M. le ministre de la marine demande du vaccin frais destiné à la division de l'Indo-Chine.

M. le ministre du commerce adresse :

1° Avec une caisse d'échantillons, une demande d'avis sur l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale située dans la commune de Moingt (Loire). — (Com. des eaux minérales.)

2° Une demande de rapport sur un nouveau modèle de suspensoir, de l'invention de Mme PRODHOMME, à Paris. (Com. M. Lagneau.)

3° Un mémoire dans lequel M. Robert LANDELL, médecin anglais depuis longtemps à Porto-Alegro, propose, comme moyen curatif de la variole, le vaccin pris intérieurement. (Comm. de vaccine.)

4° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère, pendant l'année 1856.

5° Un rapport de M. le docteur C. DAUSON, médecin des épidémies de l'arrondissement de Béthune, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Carvin, pendant les années 1856 et 1857.

6° Un rapport de M. MAX. GESNIN, médecin des épidémies à Quimper, sur une épidémie dysentérique qui a régné dans l'arrondissement de Quimper en 1857.

7° Le rapport final de M. le docteur FOURRIER, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Audun-le-Roman (Moselle.)

8° Un rapport de M. PRÉVOST, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans cette ville.

(Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. le docteur Al. MAYER, sur les inhalations médicamenteuses à l'aide d'un appareil nouveau, dans le traitement des maladies des voies respiratoires. (Comm. MM. Louis, Rostan et Michel Lévy.)

— Une note du docteur DUFRESSE DE CHASSAIGNE, inspecteur des eaux thermales de Bagnols, pour servir de complément à son mémoire sur le traitement et la guérison de l'endocardite rhumatismale par quelques eaux minérales. (Renvoyée à la commission nommée.)

— Une analyse de la source ferruginense de Hammam-Meskoutin (Algérie), par M. POGGIALE. (Comm. des eaux minérales.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'à l'occasion de l'attentat du 14 janvier, il est allé s'inscrire aux Tuileries, au nom de l'Académie, et que deux places ayant été réservées pour les membres de l'Académie, au *Te Deum* chanté à Notre-Dame, ces places ont été occupées par le Président et le Secrétaire perpétuel. Il rappelle à l'Académie qu'une adresse de félicitations, signée de tous les membres de l'Académie, sera envoyée au chef de l'État, miraculeusement préservé.

M. LARREY fait hommage à l'Académie, au nom de M. Goffres chirurgien militaire, d'un exemplaire de son *Traité iconographique des bandages*. Selon M. Larrey, ce traité est plus complet que ceux qui l'ont précédé, et, de plus, il est illustré d'un grand nombre de figures dessinées, d'après nature, avec un soin remarquable.

M. GIBERT demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. LE PRÉSIDENT lui fait observer que l'ordre du jour n'appelle pas la discussion sur le rapport de M. Devergie.

M. GIBERT : Je ne discuterai pas. Je veux seulement répondre à une observation de M. Moreau, qui intéresse tous les médecins praticiens, et à laquelle M. le rapporteur n'a pas, selon moi, répondu. M. Moreau a demandé si la dartre tonsurante était la même que la dartre furfuracée d'Alibert. Eh bien! non, la dartre d'Alibert appartient à l'ordre des squames; elle n'est point contagieuse; c'est une psoriase, la *lepra vulgaris*, et elle n'a rien de commun avec l'herpès dont il a été question dans le mémoire de M. Raynal et dans le rapport de M. Devergie...

M. LE PRÉSIDENT : Je suis fâché d'interrompre l'orateur ; mais il entre évidemment dans la discussion, et si M. Devergie, ayant quelque chose à répondre, me demandait la parole, je ne pourrais la lui accorder.

M. DEVERGIE : Je ne veux dire qu'un mot. M. Gibert m'accuse d'avoir répondu à M. Moreau par une erreur. Je proteste. J'ai dit à M. Moreau qu'il y avait deux sortes d'herpès; le nummulaire et le circiné. Mais, sans aucun doute, M. Moreau ne pouvait confondre la dartre furfuracée d'Alibert avec l'herpès tondant, et je n'avais pas à lui répondre, par conséquent, sur cette confusion impossible.

M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission de cinq membres pour l'élection d'un associé libre ; une lecture de M. Robinet sur le climat de Menton; une lecture de M. Ségalas, et, enfin, si l'heure le permet, la discussion sur le rapport de M. Devergie.

L'Académie procède au vote de la commission pendant que M. ROBINET monte à la tribune et lit quelques brèves considérations sur le climat de Menton.

M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite le résultat du scrutin : MM. Duméril, Bégin, Milne-Edwards, Michel Lévy ont obtenu chacun 37 suffrages; M. Würtz en a obtenu 35 ; M. Bussy, 2; MM. Larrey, Bouley, Gibert, chacun 1. — En conséquence, MM. Duméril, Bégin, Milne-Edwards, Michel Lévy et Würtz sont nommés membres de la commission.

M. SÉGALAS donne lecture, au nom de M. le professeur BÉRARD, et de M. G. COLIN, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, d'un mémoire *sur les effets de l'extirpation du pancréas*.

Messieurs,

Je suis venu lire à cette tribune, il y a cinq ans, au nom de M. Colin et en mon nom, un mémoire sur l'extirpation du pancréas. Après avoir décrit les opérations auxquelles nous avions soumis cinq chiens d'une même portée, deux cochons et deux palmipèdes, je fis remarquer à l'Académie que ces expériences étaient encore en voie d'exécution, puisqu'aucun de nos animaux n'avait été sacrifié. « Ce qu'elles vont prouver, ajoutai-je, nous l'ignorons, mais elles nous paraissent instituées de manière à prouver quelque chose. »

M. le Président me demanda alors si je désirais que des commissaires, pris dans le sein de l'Académie, vinssent constater, avec nous, les résultats de ces vivisections.

Je m'empressai de répondre que non seulement nous désirions qu'une commission fût nommée, mais que nous serions heureux qu'elle fût, tout à la fois, *nombreuse* et *laborieuse*. Notre attente n'a point été trompée : M. le Président a désigné MM. Duméril, Cloquet, Jobert, Würtz, Longet, Ségalas et Renault. Cette commission, pénétrée de l'importance de la délégation qui lui avait été faite, s'est transportée, plusieurs fois, à l'établissement d'Alfort, siége de nos expériences. Ce que je vais dire, elle l'a vu, minutieusement vérifié, *si minutieusement*, que des adversaires ne se fussent pas montrés plus difficiles à convaincre. La commission ne verra, je l'espère, dans cette réflexion, qu'un hommage rendu à son impartialité.

L'Académie voudra bien me permettre de jeter un coup d'œil sur la route que nous avons parcourue avec elle depuis le mois d'avril 1857.

A cette époque, bien peu de personnes, en France, conservaient des doutes sur le rôle qu'un physiologiste, justement célèbre, faisait jouer au suc pancréatique, à l'exclusion de tout autre liquide, dans la digestion et l'absorption des matières grasses. M. Longet n'avait pas encore fait paraître sa livraison, qui eût rectifié bien des idées, et il semblait que le dernier mot eût été dit sur cette matière, dans le mémoire que M. Bernard avait fait imprimer en 1856; dans cette belle monographie, où la fonction du pancréas n'est pas étudiée seulement chez les mammifères, mais chez les oiseaux, les reptiles, les poissons, et même chez les invertébrés, on avait négligé, pourtant, la source la plus abondante, la plus féconde de celles auxquelles il était permis de puiser. On s'appuyait sur des vivisections pratiquées sur des animaux d'un volume moyen, des chiens, des chats, des lapins, et l'on ne s'était pas avisé de vérifier les résultats de ces expériences sur de grands mammifères. Cette vérification, que M. Colin avait tentée et que j'avais poursuivie avec lui, dès le moment où l'on m'avait nommé rapporteur de son travail, m'avait conduit à la conclusion suivante, qui, j'ose le dire, avait fait sensation dans la séance de l'Académie où j'en avais donné lecture.

Puisque, chez un animal de l'espèce bovine, on peut, trois et même quatre jours après qu'on lui a divisé le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique, en vingt-quatre heures, plus de 40 litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique, chez les animaux de cette espèce, n'est nécessaire ni pour l'absorption des corps gras, ni pour la formation d'un chyle émulsionné.

Ces conclusions, qui datent déjà de six mois, n'ont point été attaquées ; si nos expériences ont été répétées, on n'a pas jugé convenable de faire connaître le résultat qu'on en avait obtenu. Mais vous remarquerez, Messieurs, que nos conclusions ne comprenaient encore que les animaux de l'espèce bovine, malgré le puissant secours que nous eussions puisé dans l'analogie, si nous eussions voulu les généraliser.

Nous avions donc entrepris une autre série d'expériences, non plus sur les ruminants, mais sur les carnivores. L'Académie se rappelle que, déjà, 33 chiens avaient été sacrifiés à nos recherches, lorsque je donnai lecture de mon premier rapport. Bien que ces travaux soient antérieurs à la nomination de la commission actuelle, je vais, comme j'en fis alors la promesse, en rendre compte à l'Académie, mais un compte très sommaire. Pendant deux minutes, au plus, je cesserai donc de parler au nom de la commission.

Le procédé opératoire auquel nous nous étions arrêtés, à cette époque, ne valait pas, sans doute, celui dont la commission actuelle a vu les résultats, mais il contenait un perfectionnement important. Nos premières tentatives avaient presque complétemont échoué, et on ne s'en étonnera pas. Après avoir fait jeûner les chiens, pendant quelques jours, on leur liait les deux conduits excréteurs du pancréas, puis, dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'opération, on leur offrait un repas succulent. Mais, qu'arrivait-il ! Quelques-uns de ces animaux refusaient de manger, d'autres étaient pris de vomissements, peu de temps après le repas. Il ne s'engageait rien ou presque rien dans l'intestin. D'où fussent venus les matériaux du chyle ? Quelquefois, à la vérité, les vaisseaux lactés contenaient un liquide blanc, mais le plus souvent ils étaient vides. Nous étions sur le point de renoncer à ce système d'expériences, lorsqu'un jour, au moment où je quittais Alfort, je dis à mon collaborateur, M. Colin : « Voyez donc si en poussant directement de l'huile dans l'intestin grêle d'un chien, auquel vous aurez lié les deux conduits pancréatiques, vous ne trouverez pas un liquide blanc dans les lymphatiques du mésentère ? Il s'était écoulé quatre jours sans que j'eusse reçu des nouvelles d'Alfort, et je croyais à un nouvel échec, lorsque mon collaborateur vint chez moi, la figure radieuse, m'annoncer que l'expérience avait eu un plein succès, qu'un magnifique réseau de chylifères, gonflés d'un liquide blanc, se voyait dans le mésentère de l'animal, dans l'intestin duquel on avait poussé de l'huile, après lui avoir lié les canaux pancréatiques. Un fait d'une si grande portée ne devait pas rester comme une exception. Nous nous décidâmes à opérer, désormais, comme nous venions de le faire; le procédé était des plus simples. Après avoir fait jeûner l'animal pendant quatre à cinq jours, pour épuiser la portion de suc pancréatique que la dernière digestion avait pu laisser dans l'intestin, on faisait sortir, par une ouverture pratiquée à la paroi abdominale, l'anse du duodénum à laquelle se fixe le pancréas. Les conduits excréteurs étaient liés, et, séance tenante, on poussait successivement de l'huile et de l'eau tiède dans la cavité de l'intestin dont on avait ponctionné les parois (les chirurgiens savent qu'une simple ponction aux intestins n'est presque jamais suivie d'épanchement). Le duodénum et le pancréas étaient repoussés dans le ventre, et la plaie abdominale fermée par la suture. Au bout de trois à quatre heures, on tuait l'animal et on regardait les chylifères; 16 chiens ont été sacrifiés de cette manière. Je vois, dans le cahier de nos expériences, que sur tous, sans exception, on a trouvé du chyle blanc opaque dans le mésentère et même dans les parois de l'intestin. Que peut-on opposer à ces faits? Qu'il restait du suc pancréatique dans l'intestin ? On s'étonnera peut-être un jour qu'on ait pù s'arrêter devant une semblable objection. Nous y avons eu égard, pourtant, et c'est pour y échapper que nous avons fait la nouvelle série d'expériences dont il me reste à vous entretenir. Je vais parler, désormais, au nom de la commission.

Il ne s'agira plus, ici, d'animaux mis à mort le jour même où on a interrompu leurs voies pancréatiques, mais d'animaux sacrifiés au milieu de la plus robuste santé, sept mois après la mutilation qu'ils ont eu à subir; d'animaux dont quelques-uns sont devenus seize fois aussi pesants qu'ils l'étaient le jour où ils ont été opérés. Je vais donc rapporter ce qui a été observé sur deux palmipèdes, deux cochons, et plusieurs chiens, tous opérés en mai ou en juin dernier, comme il a été dit dans le mémoire que M. Colin et moi avons soumis, il y a cinq mois, à l'Académie.

Je tâcherai de ne pas oublier, qu'il ne suffit pas de grouper des faits, mais qu'il faut encore que la logique, ou, pour tenir un langage moins prétentieux, que le bon sens préside à leur interprétation. Par exemple : de quoi s'agit-il ici ? De rechercher s'il est vrai que les matières grasses ne puissent pénétrer dans l'économie sans le concours du suc pancréatique; qu'on produise un fait démontrant cette pénétration, malgré l'interruption des voies pancréatiques, interruption ou absence bien constatée par une commission de l'Académie, les déductions qu'on tirera de ce fait, fût-il unique, et nous n'en sommes pas là, ne pourraient être infirmées par des faits négatifs, fussent-ils au nombre de cent, fussent-ils au nombre de mille.

Il est un autre point de la question à l'occasion duquel je suis obligé de faire appel au *sens de tout le monde*, car il semble que la passion menace de l'exclure du débat. Dans une émulsion, il faut une certaine proportion entre le corps *émulsionnant* et le corps *émulsionné*. Si le premier n'est pas en proportion suffisante, une partie du second, c'est-à-dire du corps gras, se sépare, et cela diminue d'autant la quantité de l'émulsion. Or, si pour entretenir la chylification journalière d'un animal, il faut tout le suc pancréatique que peut fournir, en vingt-quatre heures, une glande pesant 50 à 60 grammes (c'est le poids du pancréas d'un chien de moyenne grosseur), on doit s'attendre à voir mourir, dans le dernier degré de marasme, un animal dont le pancréas, ou ce qu'on croit être un reste de pancréas, ne pèserait plus qu'un demi-gramme. Que si, pourtant, cet animal, dont le pancréas serait réduit à des proportions si exiguës, se nourrissait à merveille, s'il arrivait à décupler son poids dans l'espace de sept mois, s'il offrait à l'autopsie tout son système chylifère gonflé d'un liquide blanc et opaque, si, du chyle retiré de sa citerne, on pouvait remplir un flacon, comme celui que j'ai fait voir dans une des dernières séances (ce flacon avait été rempli en présence de la commission), on serait bien forcé d'admettre qu'une humeur quelconque a joué le rôle que certains physiologistes ont exclusivement attribué au suc pancréatique.

Après avoir écouté ces prémisses, vous êtes impatients d'entendre le récit des faits ; j'y procède immédiatement.

Chez le canard, le duodénum forme une anse allongée que remplissent les deux lobes du pancréas, réunis à leur partie supérieure. A l'ouverture du corps de notre animal on a trouvé, à la place qu'avait occupée le pancréas, une couche mince d'une graisse extrêmement blanche. Sur l'une des faces de cette couche graisseuse, on voyait deux petits tubercules rosés, du volume d'un grain de chènevis à un grain d'orge. Pas le moindre filament ne reliait à l'intestin ces deux petits corps qui, d'ailleurs, occupaient une place très distante de celle où aboutissent les conduits excréteurs.

Pour que nous puissions recueillir les enseignements qui découlent de ce fait, qui a paru extrêmement intéressant à la commission, je vais lire ce qu'a écrit, au sujet de l'extirpation du pancréas des oiseaux, le physiologiste qui, le premier, je pense, a fait cette extirpation en France : « Chez les oiseaux carnassiers (dit M. Bernard, et il donne pour exemple » les canards), la digestion de la viande se trouve également troublée » par la soustraction du suc pancréatique ou du pancréas, et les animaux » finissent par mourir comme les précédents, c'est-à-dire en huit ou dix » jours, dans le marasme, par défaut de nutrition (1). »

Eh bien, Messieurs, notre canard ou plutôt notre cane a vécu six mois après avoir perdu son pancréas, et le jour où elle avait été tuée devant la commission, elle paraissait en parfaite santé, très vive, très éveillée ; son plumage était lustré et brillant. Au moment de l'extirpation de son pancréas, la cane qui était jeune ne pesait que 730 grammes; mise dans la balance six mois plus tard, en présence de la commission, elle souleva un plateau chargé du poids de 1667 grammes, c'est-à-dire qu'elle avait plus que doublé sa masse. Enfin son corps offrait cette heureuse proportion de chair et de graisse qui eût pu séduire un gastronome.

Il est digne de remarque que cette augmentation de poids et cet embonpoint datent du moment où guidés par des vues théoriques, nous avons substitué le régime de la viande hachée, mêlée de pain mouillé, au régime purement végétal qu'on faisait suivre auparavant à notre palmipède. C'est, pour le dire en passant, en portant le soir cette pâtée à la cane et à l'oie, sa compagne, que j'ai fait, dans ma basse-cour, la chute qui a causé la fracture d'une de mes côtes.

Telle est l'histoire de notre cane. Elle nous a paru fort instructive, et, pour cette raison, je lui ai donné un certain développement. Je serai plus sobre de détails sur l'autre palmipède, une oie, qui avait subi, le même jour que la cane, l'extirpation du pancréas. Les commissaires n'ont pas assisté à l'ouverture du corps de l'animal, qui a succombé, non pas dix jours, mais six mois après l'opération. Peut-être le changement de régime est-il venu trop tard pour la sauver et pour fournir à sa nutrition les matériaux azotés qui semblent surtout lui avoir fait défaut.

Je passe aux mammifères, et, ici, je prends la liberté de rappeler à l'Académie la pensée qui a présidé à nos expériences, parce qu'elle doit présider aussi à leur vérification. Nous avons voulu qu'entre l'intestin et la portion de pancréas que nous n'enlevons pas, et qui reste profondément couchée sur la veine porte, il n'existât plus aucun commerce possible ; nous avons voulu que les deux organes fussent désormais étrangers l'un à l'autre. Pour cela, qu'avons-nous fait? Nous avons extirpé la portion intermédiaire, et, avec elle, les conduits excréteurs qui la traversent. Chez le chien, on peut enlever assez facilement tout le pancréas, moins la portion couchée sur les gros vaisseaux, celle que Brunner appelait *caudex superior*. Que devait donc se proposer la commission dans son enquête? C'était de s'assurer si l'isolement de la partie non extirpée était complet, si aucun tube excréteur ne l'unissait encore à l'intestin. C'est ce que la commission a parfaitement compris et très habilement exécuté. Il faut le dire, une circonstance particulière, et d'un grand intérêt, facilitait cette vérification. Un organe qui cesse d'être utile, qui ne rend plus de services, est négligé par ce qu'on nomme, avec tant de vérité, l'*économie vivante*. Une portion du pancréas, si elle ne communique plus avec l'intestin, si elle ne peut plus exporter le produit de sa sécrétion, cesse de sécréter et s'atrophie. Or, l'atrophie d'une glande ne consiste pas seulement dans une diminution de son volume, elle consiste encore, et surtout dans une altération de texture qui lui donne un aspect auquel on ne peut se méprendre, pour peu qu'on ait ouvert quelques cadavres. Un simple coup d'œil, jeté sur la portion non extirpée du pancréas, apprend si elle a été ou non complétement isolée. A-t-elle conservé son aspect ordinaire, comme on le voit dans quelques-unes des relations de Brunner? La glande communique encore avec l'intestin. Si, au contraire, elle est en voie d'atrophie, l'isolement était complet.

Il y a encore un moyen très simple de s'assurer, chez le chien, que le conduit principal a été détruit. La portion de ce conduit qui perce les parois du duodénum ne s'oblitérant pas, parce qu'elle est tapissée par un prolongement de la membrane muqueuse de l'intestin, il reste en cet endroit, un canal oblique ouvert, comme anciennement dans le duodénum, et terminé à l'extérieur de l'intestin par un cul-de-sac, là où le conduit a été réséqué. Il est donc évident, alors, que ce conduit n'amenait plus rien dans l'intestin. La commission a constaté que cette disposition existait chez tous les chiens qui ont été ouverts en sa présence. On le voit, tous ces faits s'enchaînent et se contrôlent les uns par les autres.

Venons aux détails.

Des deux cochons opérés, comme il a été dit dans notre mémoire du mois de juillet, le plus jeune a été victime d'un accident qui a tourné au profit de nos démonstrations. Deux mois déjà s'étaient écoulés depuis qu'on lui avait excisé la partie inférieure ou duodénale du pancréas ; la balance nous apprenait qu'il augmentait assez rapidement de poids, lorsque, dans la nuit du 8 août, il fut étranglé par un chien qui avait rompu sa chaîne. Le propriétaire du délinquant nous a affirmé que son chien n'était pas affamé, je veux le croire, mais je puis rendre témoignage que ce chien avait un grand appétit, puisqu'il avait dévoré les oreilles et une portion de la paroi abdominale d'un chien dont le choix, au dire de Buffon, est fort peu du goût de l'espèce canine. Fort heureusement, ni le pancréas, ni le duodénum n'avaient été été touchés ; l'examen de ces parties nous dédommagea de la perte que nous venions d'éprouver. Rarement des spéculations théoriques ont-elles été réalisées, à l'ouverture d'un cadavre, aussi complétement que le furent les miennes dans cette circonstance. J'avais dit à M. Colin, immédiatement après l'opération : « La portion du pancréas que nous laissons » dans le ventre va continuer de sécréter pendant quelque temps en- » core ; le produit de la sécrétion sera versé dans le péritoine par le » conduit excréteur dont nous avons laissé un bout dans la glande. Mais » le suc pancréatique, épanché dans le ventre, s'entourera d'une fausse » membrane, de sorte que si l'on ouvrait l'animal avant l'époque de » résorption, je ne serais pas fort étonné qu'on trouvât, dans la région » du pancréas, un kyste plein du suc pancréatique. » Le chien a étranglé notre cochon au bon moment, pour la confirmation de mes conjectures. Un kyste, du volume d'un œuf de poule, tenait la place de la portion excisée du pancréas. Ce kyste n'avait aucune communication avec le duodénum, auquel il n'était pas accolé. On le mit dans l'alcool ; l'humeur qu'il contenait se coagula comme du blanc d'œuf, ou mieux comme du suc pancréatique. Tous ces faits ont été vus par la commission. N'avons-nous pas là une preuve que le suc pancréatique ne pénétrait plus dans l'intestin ?

Le deuxième cochon a été tué devant la commission, dans sa dernière séance. On l'avait laissé vivre cinq mois et demi après lui avoir interrompu les voies pancréatiques, laps de temps pendant lequel il avait gagné 25 kilogrammes, bien que les élèves d'Alfort, qui avaient dû

(1) *Mémoire sur le pancréas*, etc., page 157.

s'exercer sur lui à quelques opérations, nous l'eussent livré dans un triste état. Chez cet animal, le kyste, s'il a existé, avait été complétement résorbé. *Il ne restait pas de trace de conduit excréteur.* La contre-épreuve dont j'ai parlé plus haut, n'a pas manqué à ce fait si concluant, comme on va le voir. La portion non enlevée du pancréas, avait éprouvé la transformation qu'on nomme *atrophie ; elle ne contenait plus de tubes excréteurs ; elle était dure, fibreuse et criait sous le scalpel ; un espace de* 8 *à* 10 *centimètres de large le séparait de l'intestin.* Ainsi, la glande, ou ce qui avait été la glande, ne sécrétait plus rien, et, eût-elle sécrété, il n'y avait plus de conduits pour recevoir et transporter le produit de la sécrétion. Il n'est pas inutile de dire que, pendant la dissection des parties, le scalpel était tenu par M. le professeur Cloquet, qui nous a prouvé qu'il n'avait pas oublié le temps où il était prosecteur de la Faculté.

Chez le cochon, l'appareil chylifère ne se dessine pas aussi nettement que chez le chien ; le chyle n'y est pas aussi opaque. Néanmoins, au moment de l'ouverture du ventre de notre cochon, on a pu voir des vaisseaux lactés contenant un liquide blanc. Ils étaient encore passablement distincts au milieu des rubans de graisse du mésentère. Je fais remarquer, en passant, que ce pachyderme, sans être très gras, avait cependant une couche de lard qui, sous la peau du dos et du cou, ne présentait pas moins de 3 centimètres d'épaisseur.

Avant de parler de notre troisième groupe d'animaux, je vais donner communication à l'Académie d'une petite découverte anatomique que nous avons dû tenir secrète jusqu'à ce moment, vu qu'un certain nombre de curieux, que nous ne connaissons pas, assistaient à nos séances. L'Académie nous saura gré, d'ailleurs, de lui en avoir conservé les prémices.

Si n'était le prix un peu élevé d'un porc, on pourrait dire qu'aucun animal ne devrait être préféré à celui-là, lorsqu'on se propose d'annihiler l'appareil pancréatique, que l'on excise un centimètre du conduit excréteur, le plus souvent unique, par lequel la glande se déverse dans l'intestin, et l'on aura interdit, à tout jamais, l'accès du suc pancréatique dans le tube digestif. Cette grosse glande se séchera sur place et prendra l'aspect qu'elle offrait sur notre deuxième cochon. M. Colin et moi nous nous étions demandé, depuis longtemps, si cette règle ne souffrirait pas quelque exception. Nous pensâmes que le sujet méritait d'être éclairci. Nous fîmes quelques recherches sur l'appareil excréteur du pancréas du cochon. Plusieurs auteurs furent consultés d'abord. Dans l'article où il indique la disposition des conduits pancréatiques chez presque tous les genres de mammifères, les plus rares comme les plus communs, Cuvier, dans sa première édition, ne parle pas du cochon (1). Même silence de Carus dans son *Traité d'anatomie comparée.* M. Verneuil a disséqué les conduits excréteurs du pancréas chez le chat, le cheval, le rat, le hérisson, le mouton, mais non chez le porc. M. Bernard, qui décrit les voies pancréatiques du chien, du chat, du lapin, du cheval, du bœuf, du mouton, de la chèvre, ne dit rien de celles du cochon. La fréquence de cette omission est singulière. Mais M. Duvernoy ne la commet pas dans la deuxième édition des *Leçons* de Cuvier (2), ni Meckel (3) dans son *Traité général d'anatomie comparée.* Voici ce que la dissection nous a appris à cet égard :

Six fois sur neuf il n'existait, en effet, qu'un seul conduit excréteur. Deux fois il y avait, en outre, un conduit filiforme presque capillaire, coloré en jaune, qui se rendait dans le canal cholédoque. Ce conduit prenait naissance dans un petit corps glandulaire *isolé*, de la grosseur d'un haricot. Une injection d'essence de térébenthine, poussée dans le grand conduit, ne pénétrait point dans le petit ni dans la granulation. Enfin, dans un cas où le petit conduit avait des dimensions un peu plus considérables que précédemment, et communiquait avec le grand, l'injection passait librement de l'un dans l'autre, et coulait dans le canal cholédoque. Cette statistique provisoire pourra être modifiée ultérieurement par la dissection d'un plus grand nombre de sujets. Nous ferons remarquer que si ces détails ont de l'importance, c'est au point de vue de l'anatomie pure. La présence ou l'absence du petit conduit ne pouvait, en aucune façon, altérer les résultats de nos expériences, puisque notre résection comprenait, et au delà, la portion de glande et de mésentère dans laquelle les deux conduits se trouvent.

Viennent enfin les expériences sur les chiens. Cinq de ces animaux, de la même portée, comme je l'ai dit, ont été opérés il y a près de huit mois. Ils étaient très jeunes à cette époque. Trois d'entr'eux ont été tués dans trois séances successives, et ouverts en présence de la commission ; les deux autres (un mâle et une femelle) sont encore vivants ; ils sont très beaux ; nous espérons qu'ils ne seront pas inhabiles à la procréation et que la mère aura assez de matière grasse dans son lait pour mener à bien sa future famille.

Chez le chien qui a été tué en premier lieu, il ne restait du conduit principal que la portion qui traverse obliquement les parois du duodénum, portion qui ne disparaît jamais parce qu'elle est tapissée par un prolongement de la membrane muqueuse de l'intestin. Le canal qu'elle formait était compris tout entier dans l'épaisseur de la paroi intestinale, à l'intérieur de laquelle il se terminait par un cul-de-sac très résistant. On n'a pas trouvé de vestiges du petit conduit. L'isolement de la portion du pancréas, que nous laissons, comme je l'ai dit, couchée le long de la veine porte, était complet. Cette portion de la glande (*caudex superior*), la seule que nous laissions, puisque le corps du pancréas et le *caudex inferior* sont enlevés, était distante de l'intestin de 3 à 4 centimètres ; elle n'envoyait aucun filament au duodénum. Elle avait subi la conséquence de son isolement, elle était ratatinée, décolorée, et comme fibreuse ; elle avait, en un mot, perdu l'aspect d'un organe sécréteur. Sur ce sujet, l'attention des commissaires a été attirée par un corps rosé, d'apparence glandulaire, du volume d'une fève, situé tout près de l'intestin, vers le point où avait existé le canal pancréatique. On ne trouva aucune communication entre ce corps et l'intestin.

Chez le deuxième chien, comme chez le premier, il ne restait du conduit principal que le petit bout compris entre les tuniques du duodénum et terminé en cul-de-sac. Il n'y avait pas de trace du petit conduit. Même isolement et même atrophie du *caudex superior* couché sur la veine porte. Enfin, comme sur le premier chien, on trouva le petit corps rosé dont j'ai déjà parlé. Il envoyait dans la paroi intestinale une sorte de tractus transparent, plus étroit qu'un conduit lacrymal. Un stylet de baleine extrêmement fin et pointu, poussé dans cette direction, pénétra dans l'intestin, soit qu'il eût perforé les membranes, soit qu'il eût enfilé un canal naturel. Dans cette dernière hypothèse, nous aurions fait encore une découverte, puisque ce canalicule, ouvert à part dans l'intestin, ne correspondait ni au grand ni au petit conduit excréteur.

Pour fixer l'opinion sur le degré d'importance qu'il convient d'attacher au petit corps glanduliforme dont il vient d'être question, nous l'avons mis dans une balance très sensible. Il pesait 50 centigrammes : c'est la quatre-vingt-dixième partie du poids du pancréas d'un chien de la taille des nôtres, car, sur des sujets de 15 kilogrammes, la glande pèse en moyenne 45 grammes. Or, à supposer que la granulation trouvée sur les deux premiers de nos chiens fût un reste de pancréas et qu'elle eût conservé des communications avec l'intestin, cette granulation, ce reste de glande, ne pouvait conséquemment fournir qu'un quatre-vingt-dixième de la quantité totale du fluide qui aurait été sécrété par le pancréas tout entier. Cette quantité si minime de suc pancréatique ne devait donc émulsionner que la quatre-vingt-dixième partie de la masse de graisse contenue dans le chyle normal. Evidemment, un si faible vestige de ce qu'on a appelé la glande salivaire abdominale n'a pu tenir lieu de l'organe détruit et atrophié. Quel est le pathologiste qui, trouvant dans un pancréas induré ou transformé, une seule granulation demeurée saine, serait tenté d'admettre que cette granulation, préservée de la dégénérescence, ait pu suppléer tout le reste de la glande ? Y en a-t-il un, je vous le demande, qui, en présence d'un fait semblable, attribuerait la formation d'un chyle chargé de graisse, l'intégrité au moins apparente des fonctions digestives, le développement régulier du corps et la conservation de l'embonpoint à la persistance d'un petit grain de pancréas ?

Mais, Messieurs, il y a quelque chose de mieux encore que les raisonnements les plus logiques, ce sont les faits qui parlent d'eux-mêmes.

Si cette petite granulation pancréatique, qui a échappé à notre scalpel sur deux chiens âgés de 15 jours, au moment où ils furent opérés, alors qu'elle était beaucoup plus petite encore ; si, dis-je, ce vestige de glande a pu faire naître des doutes dans votre esprit, voici, ou je me trompe bien, de quoi les dissiper. Notre troisième chien, sacrifié sous les yeux de la commission, à sa dernière séance, examiné avec le plus grand soin par plusieurs de ses membres et par M. le professeur Delafond, ne montrait plus, au-dessus du duodénum, la moindre trace de pancréas : tout le corps de la glande et toute la portion descendante avaient été extirpés avec la plus grande netteté ; un mésentère transparent et large de trois travers de doigt s'étendait entre cet intestin et la veine porte. Rien de plus concluant, ce me semble, que ce dernier fait. Et notez, Messieurs, que ce troisième chien n'avait rien à envier aux autres sous le rapport de la taille et de l'embonpoint. Comme eux il jouissait du meilleur appétit, de la santé la plus parfaite. Jamais ses déjections n'eurent des caractères différents de celles des précédents.

Voilà donc, parmi les animaux sacrifiés sous les yeux de la commission et examinés par elle, un chien, un cochon et un canard chez lesquels tout commerce entre le pancréas et l'intestin est complétement détruit, trois animaux où il n'y a plus le moindre vestige de glande en connexion avec le duodenum. Ces animaux ont été conservés six mois, se sont développés à merveille et ont pris passablement de graisse. Nous pourrions ajouter que des personnes non prévenues n'auraient pas soupçonné, pendant ce laps de temps, chez ces victimes de l'expérimentation, la perte d'un organe auquel on attache tant d'importance.

Maintenant, Messieurs, c'est au nom de M. Colin et au mien que j'achève ce travail. En embrassant d'un coup d'œil l'ensemble des expériences pour lesquelles nous avons réclamé le contrôle de l'Académie, vous voyez comment leurs résultats concordent, comment ils se prêtent un mutuel appui et se complètent les uns par les autres. Ainsi, d'abord chez les ruminants, nous avons obtenu, sans l'intervention du suc pancréatique, un chyle émulsionné comme dans les conditions normales ; puis, chez le chien, le même fait s'est reproduit, soit à la suite de la ligature des canaux du pancréas, soit après l'extirpation de cette glande ; enfin les choses se sont passées d'une manière encore identique chez le porc et les oiseaux palmipèdes.

Les enseignements qui découlent de ces recherches successives sur tant d'animaux sont donc bien opposés aux doctrines acceptées en physiologie depuis quelques années. Nous n'avons pas vu que le déversement du suc pancréatique à l'extérieur, ou l'extirpation du pancréas s'oppose à l'absorption des graissses et à la formation du chyle blanc ; nous n'avons pas observé que ces opérations donnaient lieu à des selles graisseuses, au marasme, à la mort des animaux, à l'atrophie des villosités et à l'ulcération de la muqueuse intestinale. Loin de là, nos vivisections nous ont montré que, sans la participation du pancréas, les matières grasses peuvent être digérées et absorbées ; que, dans ces conditions, les animaux vivent fort bien, se développent régulièrement, prennent de l'embonpoint, n'ont pas de défécation graisseuse, conservent une muqueuse digestive fort belle, avec de magnifiques villosités.

Tous ces résultats d'expériences longtemps suivies et multipliées sur des types variés nous permettent, cette fois, de généraliser plus que par le passé et de dire, sans trop de témérité, que *chez les herbivores ruminants, les carnassiers, chez le porc qui est omnivore et chez les oiseaux, le fluide pancréatique n'est nécessaire ni à la digestion ni à l'absorption des matières grasses.*

M. JOBERT : Je désire présenter quelques observations et savoir, avant toutes choses, quel est le rapporteur ?

M. LE PRÉSIDENT : Ce n'est pas un rapport.

M. SÉGALAS dit qu'il n'a pas mission de défendre le travail qu'il vient de lire, et que M. Bérard, dont la santé s'améliore tous les jours, sera bientôt en état de venir à cette tribune.

M. DUMÉRIL prend la parole pour rappeler que ce n'est pas, à proprement parler, une commission qui a assisté aux expériences dont il est question dans la communication qu'on vient de lire ; ce sont des collègues qui ont été convoqués à titre de témoins officieux. Ce n'est donc pas un rapport et il ne peut y avoir de rapport à ce sujet.

M. VELPEAU : Je demande la permission de présenter une motion d'ordre qui aura certainement l'assentiment de l'Académie. M. Bérard, auteur de cette communication, est dans une situation qui ne laisse pas toute liberté aux appréciations qui pourraient se produire : je pense donc qu'il faut attendre le retour de M. Bérard et ajourner jusque-là toute discussion.

M. H. BOULEY : Dans le travail qui vient d'être lu, M. Bérard invoque à chaque page le témoignage des commissaires, et s'appuie sur lui. (Dénégations de plusieurs côtés.) Je ne sais si vous avez écouté ; mais je suis sûr d'avoir entendu. Or, les commissaires ne peuvent ainsi se laisser engager sans protestation. Si cette communication ne devait pas être discutée, pourquoi l'a-t-on faite ?

M. CAZEAUX : L'Académie peut décider que ce travail ne sera pas imprimé.

M. LE PRÉSIDENT : C'est impossible.

M. WURTZ : Mais si les conclusions sont imprimées ; c'est la même chose que si elles sont votées.

LE BUREAU : Pas du tout.

M. BÉGIN : Dans l'ordre naturel des choses et des habitudes de l'Académie, la communication devrait être discutée ; mais, par des considérations que j'approuve de tout mon cœur, on est d'avis d'ajourner la discussion ; il me semble qu'alors il est juste d'ajourner aussi l'impression.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Cela serait sans précédents. D'ailleurs, il s'agit, non d'un rapport, mais d'une communication, et tout ce qui se lit à cette tribune doit être imprimé. Ne le serait-il pas, qu'on n'y gagnerait rien, puisque la presse en parlerait. On l'imprimera donc, mais en la faisant suivre des réserves qu'elle a provoquées.

M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Devergie. Si personne ne demande la parole et que l'Académie, non suffisamment renseignée, veuille ajourner la discussion, nous la renverrons à mardi prochain.

Plusieurs membres appuient cette proposition ; MM. Caventou et Ricord n'ont pas reçu l'exemplaire du rapport qui devait être distribué.

M. VELPEAU : Mais pourquoi forcer l'Académie à discuter ?

M. DEPAUL : Si la discussion n'est pas ajournée, je demande à dire quelques mots sur le rapport de M. Devergie. Je ne veux pas entrer dans les détails ni dans le fond du rapport, que je trouve très complet et très bien fait ; je ne veux parler que de la partie historique qui le précède, et dans laquelle M. Devergie me semble s'être moins préoccupé de la question en elle-même que de combattre certaines doctrines qui ne lui conviennent pas.

J'aborderai seulement les points principaux de cet historique. M. le rapporteur s'est efforcé de démontrer que la dartre tondante, ou le favus tonsurant, ou l'herpès circiné étaient aujourd'hui reconnus comme étant de même nature et causés par le trichophyton. Il a voulu reporter à un médecin étranger l'honneur de la détermination de ce point de science, et je viens revendiquer cet honneur pour un de mes amis qui, depuis bien des années, observe dans le même hôpital que M. Devergie.

M. Bazin a démontré ce fait un an avant la date assignée par M. Devergie au mémoire de M. Baërensprung. La découverte du trichophyton appartient donc à M. Bazin.

M. Devergie a dit encore que M. Raynal, le premier, avait fait connaître la transmission de l'herpès tonsurant du cheval à l'homme. Et, ici encore, je trouve que M. Devergie n'a pas rendu toute justice à M. Bazin, puisque ces faits de transmission avaient été signalés par lui en 1855.

M. DEVERGIE : J'aurais un extrême regret de n'avoir pas été sincère dans l'historique que j'ai fait. L'Académie comprendra qu'il est quelquefois très difficile de bien fixer les questions de priorité. M. Bazin a beaucoup et souvent varié dans ses opinions, et je prouverai, à moins que je n'aie été bien trompé, que M. Baërensprung a montré, le premier, le point de départ commun aux différentes sortes d'herpès tonsurant. J'apporterai, dans la prochaine séance, une liste historique, revue, sur cette question, et je m'empresserai de rétablir les faits dans leur vérité, si je les ai présentés à faux.

M. DEPAUL fait observer qu'il doit être bien entendu qu'un mémoire ne compte qu'à partir de la date de sa publication.

M. BRIQUET donne lecture de la seconde partie de son mémoire relative au traitement de la colique de plomb par la faradaysation. — (Comm. MM. Barth, Soubeiran et Grisolle.)

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Par décret impérial du 13 janvier 1858, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État de la guerre, M. Larrey (F.-Hip.), médecin principal de 1re classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous-directeur de ladite École, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le docteur Baudens, décédé.

— La *Revue thérapeutique du Midi* reproduit, en l'accompagnant d'éloges bien mérités, l'excellent travail de M. le docteur Cabanellas sur l'Association générale, publié dans l'UNION MÉDICALE du 26 décembre dernier.

— L'*Abeille médicale*, qui a eu la bonne idée d'inviter ses abonnés à lui faire parvenir leurs adhésions à l'Association générale, en lui transmettant leurs bulletins de renouvellement, a reçu un assez grand nombre d'adhésions qui ne figurent pas encore dans le relevé général.

— MM. les actionnaires de l'UNION MÉDICALE qui font actuellement ou qui on fait antérieurement partie du Comité de rédaction, sont invités à vouloir bien assister à la séance de ce Comité qui aura lieu demain, vendredi, à 8 heures du soir.

— M. le docteur P. Bertier, médecin chef interne de l'asile public d'aliénés d'Auxerre, vient d'être nommé médecin des asiles de Saint-Lazare et de la Madeleine, à Bourg (Ain).

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie, ouvert au mois de juillet dernier à la Faculté de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. L. Lefort et Liégeois.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris commencera le lundi 8 février prochain.

Le regisire d'inscription sera fermé samedi 23 janvier.

— M. Nouvelon, nommé récemment pharmacien des hôpitaux, vient de succomber à une maladie dont il était atteint depuis longtemps.

Cours de chimie expérimentale et raisonnée, par M. Edouard Robin. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer l'ouverture des cours de chimie de M. le professeur Edouard Robin, que des circonstances douloureuses avaient forcé à suspendre l'enseignement qu'il a fondé avec la plus grande distinction, il y a vingt ans, et dont nous avons pu nous-même apprécier toute l'utilité, par les services qu'il a rendus à la jeunesse de nos Écoles.

Nous portons à la connaissance de nos bienfaisants confrères la situation malheureuse d'un honorable docteur-médecin de Paris, malade depuis plusieurs mois, chef d'une nombreuse et jeune famille, et qui ne peut recourir à l'assistance de l'Association de la Seine, dont il ne fait pas partie.

Les offrandes seront reçues au bureau de l'UNION MÉDICALE.

MM. Adde-Margras.	10 fr.
Am. Forget.	10
Trousseau.	20
Roche.	10
Ph. Ricord.	20
Carrère.	20
Jobert de Lamballe. .	20
Bertillon	5
Mialhe	20
	135 fr.
Souscriptions antérieures. .	170
Total.	305 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

---

(1) *Leçons d'anatomie comparée*, etc., édition de 1805.

(2) Tome IV, 2e partie, page 591.

(3) Tome VIII, page 531.

Tome XII. — N° 9. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 23 Janvier 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance de lundi nous a semblé fort courte ; d'abord parce que l'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie, et, ensuite, parce que nous n'avions pas encore assisté à une séance aussi bien remplie depuis que nous avons l'honneur de faire ces comptes-rendus.

M. Chevreuil a entretenu longtemps la savante assemblée d'une nouvelle modification apportée par M. Mège-Mouriès à la fabrication du pain, et il a déposé sur le bureau de nombreux échantillons de ce pain. Nous prions nos lecteurs de relire l'article qui a été écrit sur cette question, par M. Amédée Latour, dans le numéro du 24 février 1857, de l'UNION MÉDICALE. Cet article leur rappellera, en même temps, de quelle importance est le problème résolu par M. Mège-Mouriès, et combien cette solution est à la fois ingénieuse et rationnelle.

M. Mège-Mouriès ne s'est pas proposé, à l'exemple de tant d'industriels, de faire rendre à la farine plus de pain, mais bien de faire rendre au grain plus de farine. Il y est parvenu par une étude attentive de l'anatomie du blé et par une analyse très perspicace de ce qui se passe dans les diverses préparations de la mouture. Il a vu qu'entre la dernière couche de l'amande du blé et la première enveloppe blanche qui forme le son, existe un réseau de cellules remplies d'un ferment très actif, qu'il a nommé céréaline. C'est ce ferment qui, devenant probablement diastase par la germination, est chargé de convertir l'amidon et le gluten en une sorte de lait végétal destiné à nourrir la jeune plante. C'est lui aussi qui, dans la farine, change en acides la matière gommeuse et sucrée, détruit le gluten et le colore en brun, attaque l'amidon, décompose, en un mot, tous les principes constituants de la farine et fait du pain de qualité inférieure, aigre, brun, pâteux, mal levé et peu nourrissant. Pour débarrasser le grain de ce ferment, on est obligé de le soumettre à des moutures exactes et à des blutages multipliés qui, malgré les perfectionnements modernes, lui font encore perdre 18 à 22 p. 100 de farine.

M. Mège-Mouriès convertit cette proportion (1/5e) de farine, habituellement perdue, en pain de première qualité à l'aide de procédés très simples, pour lesquels nous renvoyons à l'article indiqué plus haut. Rappelons seulement que : On soumet ces *issues* à une fermentation alcoolique pure, aidée ou non d'une eau acidulée, pour coaguler la céréaline et en même temps faire un levain sans action sur la pâte.

La nouvelle communication de M. Chevreul est relative surtout aux variations que l'on peut faire subir à la fermentation de la pâte pour qu'elle soit plus ou moins levée, et, par suite, appropriée aux différents goûts des consommateurs.

M. Chevreul a terminé ce qu'il avait à dire sur ce sujet par l'énoncé d'un fait qui a bien son enseignement. Avec les procédés ordinaires de panification, 100 kilog. de blé donnent 91 kilog. de pain, tandis qu'avec les nouveaux, la même quantité de blé rend 112 kilog. de pain d'une qualité supérieure. Il en résulte une économie de 0,03 centimes sur le prix du kilogramme. Or, depuis plusieurs mois, M. Mège-Mouriès fait fabriquer son pain dans une boulangerie des plus achalandées de la rue Descartes ; mais il lui est arrivé ceci, c'est que les consommateurs du douzième arrondissement n'ont pas voulu de ce pain, meilleur et moins cher que l'autre, parce qu'ils se sont imaginé que la diminution du prix était un indice d'infériorité.

N'est-ce pas le comte d'Artois qui, en train de s'amuser, ni plus ni moins qu'un commis de nouveautés, avait parié qu'il offrirait aux passants, sur le Pont-Neuf, de leur vendre, pour 3 fr., des écus de 6 livres, et que personne n'en achèterait ? Il gagna son pari.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a présenté à l'Académie le résultat des recherches de M. Florent-Prévost, sur l'alimentation des petits oiseaux.

Un nombre immense d'estomacs d'oiseaux ont été ouverts par ce patient observateur et les matières qu'ils contenaient ont été, par lui, soumises à un rigoureux examen. M. Florent-Prévost a pu ainsi déterminer non seulement les genres, mais souvent les espèces d'insectes dont les petits oiseaux se nourrissent. Il ressort de ces recherches que les oiseaux changent souvent de régime, suivant les lieux et les saisons, et qu'ils sont tantôt herbivores, tantôt insectivores. M. Florent-Prévost montre, à l'aide de ces résultats, que les espèces mêmes qui passent, aux yeux des agriculteurs, pour les plus nuisibles parmi les oiseaux, rendent cependant encore d'incalculables services en détruisant les insectes.

Ces recherches ne sont pas intéressantes rien qu'au point de vue agricole, a dit, en terminant, M. Is. Geoffroy St-Hilaire, elles le sont aussi, et à un haut degré, sous le rapport de l'histoire naturelle. Ainsi, les oiseaux supportent de très longs jeûnes, surtout pendant le temps de l'incubation. A cette époque, ils avalent des plumes qu'ils s'arrachent ; ces plumes ne sont pas digérées ; elles restent intactes dans l'estomac, qu'elles remplissent. C'est un fait que les recherches de M. Florent-Prévost mettent hors de doute.

M. Charles Sainte-Claire Deville, prenant pour la première fois la parole depuis sa nomination, a lu un fragment d'une lettre que lui adresse, du Vésuve, un de ses amis. Le Vésuve est actuellement en éruption, et le cratère, qui se modifie tous les jours, diffère beaucoup de ce qu'il était en 1856, lorsque M. Charles Sainte-Claire Deville en fit la photographie qui fut mise sous les yeux de l'Académie. Dans les faits que relate la lettre dont il donne lecture, M. Deville voit la confirmation de ce qu'il annonçait il y a deux ans, à savoir que le volcan entre dans une ère d'activité modérée. — le Vésuve vieillit.

M. de Quatrefages a déposé sur le bureau des observations ayant trait aux rapports entre la respiration, la chaleur animale et la taille des individus. Ces observations, intitulées : *Recherches de physiologie mathématique*, sont dues à M. Rameau.

M. Despretz a présenté, au nom de M. Dumoncel, une note sur la théorie du magnétisme, au point de vue de la construction des électro-aimants.

M. le docteur Guyon (d'Alger) a annoncé à l'Académie qu'il se proposait de l'entretenir, dans une de ses premières séances, de l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à Lisbonne, et, en attendant, il a fait passer sous les yeux de ses collègues trois peintures faites d'après nature, et représentant les cadavres d'individus ayant succombé à cette terrible affection.

« L'Académie, a dit M. Flourens, entendra avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Guyon, qui est un de ses membres correspondants les plus instruits et les plus dignes. Rien n'égale, a ajouté M. le Secrétaire perpétuel, le dévouement de M. Guyon pour la science et pour l'humanité, et partout où sévit une épidémie meurtrière, on est sûr de le voir accourir et prodiguer aux malades ses soins infatigables. »

Dans notre précédent *Bulletin*, mentionnant la note de M. le docteur Alex. Mayer, relative au traitement des affections des voies respiratoires, par les inhalations médicamenteuses, nous avons dit que ce moyen ne nous paraissait pas nouveau, et que, de nos jours, MM. Mandl et Richard Desruez l'avaient mis en usage. Nous ne connaissions la note de M. le docteur Mayer que par l'énoncé très succinct qu'en avait fait M. le Secrétaire perpé-

Feuilleton.

CAUSERIES.

La situation s'éclaircit ; elle s'est surtout considérablement détendue. Les partisans de l'Association générale peuvent, sans fausse modestie, s'attribuer une bonne part dans ce résultat. Pour aigrir davantage les esprits, ils n'avaient qu'à répondre aux attaques si nombreuses, quelquefois si passionnées, souvent si singulières que le projet girondin a soulevées. Le bon sens et la pratique des choses de la vie leur ont inspiré une conduite plus prudente. Les oppositions se calment quand on ne leur fournit plus d'aliments ; il faut bien cesser les hostilités quand il n'y a plus de combattants. Telle est à peu près la position actuelle.

Il est certain qu'avec un peu moins d'ardeur et de précipitation à vouloir défendre ce que personne n'avait envie d'attaquer, les défenseurs officiels ou officieux de l'Association de la Seine auraient compris que cette institution n'était pas menacée d'une invasion de barbares ; qu'on ne lui ferait aucune espèce de violence pour accepter le projet d'annexion ; que tout se passerait comme tout doit se passer entre gens de bonne compagnie qui se respectent réciproquement ; que l'Association de la Seine resterait toujours libre et maîtresse d'accepter ou de refuser l'annexion qui devait lui être proposée au jour et à l'heure convenables.

Mais enfin, il ne dépend plus de personne que ce qui a été fait n'ait pas été fait, et toutes récriminations, à cet égard, seraient au moins superflues. Ce que je vais dire aujourd'hui n'a d'autre but que de répondre aux questions qui me sont adressées de divers côtés, de calmer l'inquiétude des uns, l'impatience des autres, et d'indiquer à tous le véritable point où nous en sommes.

Le dimanche 31 janvier prochain, l'Association de la Seine tiendra sa séance générale annuelle. C'est ce jour là, qu'après communication préalable des pièces à M. le Président de l'Association, le comité de Bordeaux présentera sa demande par l'intermédiaire d'un délégué, choisi parmi les membres mêmes de l'Association. A cette demande seront annexés un exposé de motifs, un projet de statuts nouveaux et le registre authentique des adhésions reçues.

A la simple lecture de ces pièces, si elle est autorisée par l'assemblée, se bornera l'intervention du comité de Bordeaux dans cette séance.

Pour son délégué, le comité de Bordeaux a fait choix de M. Ricord, et aucun nom, assurément, ne pouvait être plus généralement sympathique.

Le comité de Bordeaux, comme on le voit, veut, clairement, et au grand jour, poser la question devant l'assemblée générale de l'Association de la Seine. Il ne croit pas, et il le prouve, que l'Association soit liée par le vote du 4 décembre, pris en commission générale. Il ne croit pas, et il le prouve, que cette commission ait possédé les pouvoirs nécessaires pour rejeter une proposition qui ne lui avait pas encore été faite. Il en appelle donc de cette sorte de jugement par contumace porté par la commission, à l'arrêt souverain de l'assemblée générale.

Nous croyons savoir que, quoi qu'il arrive, le comité de Bordeaux acceptera cet arrêt. Si cet arrêt est favorable à la cause de l'annexion, le comité aura épuisé son rôle, et cette grande affaire devient dès lors celle de l'Association de la Seine, à laquelle incombera, par cela même, la mission d'organiser l'Association générale, et d'obtenir des pouvoirs publics les autorisations nécessaires.

Si, au contraire, l'assemblée générale repousse le projet d'annexion, nos renseignements nous portent à penser que le comité de Bordeaux, tout préparé pour cette éventualité, provoquera à Paris même une commission d'organisation d'une Association générale, instituée en dehors et à côté de l'Association de la Seine.

Tel est, en aussi peu de mots que possible, et en tant que nos informations soient exactes, l'état présent des choses. L'Association de la Seine pourra et devra agir dans toute la plénitude et la liberté de son action. Nous vivons sous le régime du suffrage universel, les partisans de l'annexion, en s'y soumettant, sont bien décidés à respecter ses décisions. D'un autre côté, fort de la manifestation qui vient de se produire dans le corps médical en faveur de l'Association générale, le comité en poursuivra résolument l'institution par tous les moyens qu'il pourra légalement mettre en œuvre et sous la forme qui sera jugée la plus avantageuse.

Il nous semble que ces courtes explications sont propres à faire rentrer le calme dans les esprits et les sentiments de bienveillance dans les cœurs. Si l'Association de la Seine ne veut pas de l'annexion, elle le prouvera par un vote décisif, et tout sera dit de ce côté. Quelques personnes — je suis de ce nombre, je l'ai suffisamment dit — le regretteront vivement ; mais ce ne sera pour elles ni un motif, ni un prétexte de s'éloigner de cette institution, et surtout de lui devenir hostile. D'ailleurs, si l'Association générale se fonde, comme tout me le fait espérer, la fusion est inévitable ; ce ne sera plus qu'une question de temps.

Après tout, qui pourrait assurer que le refus de l'Association de la Seine de participer au mouvement général de la famille médicale, fût plutôt un mal qu'un bien ? Que d'idées sont écloses dans cette agitation ! Il en est une surtout qui frappe et qui séduit. Pourquoi, m'écrit-on de plusieurs points, se borner à une simple Société d'*assistance* ? Pourquoi ne pas tirer du principe de la *prévoyance* tout ce qu'il renferme ? Pourquoi, au lieu d'une simple caisse de *secours*, qui ne peut jamais être utile qu'à quelques-uns, ne pas songer à une caisse de *retraite* qui serait utile à tous ?

Dans ce moment et à la période où je me trouve de mes réflexions sur ce sujet, je n'oserais pas répondre à ces questions. Cependant, je suis loin de les croire insolubles ; mais, ce que j'aperçois de plus clair, c'est que, plus l'Association projetée sera vaste, étendue, générale, plus facile et plus réalisable sera la transformation de l'idée d'assistance en idée de prévoyance, de caisse de secours en caisse de retraite. Cela me suffit pour le moment, par cette simple prévision, je suis encouragé à me rattacher de plus en plus au projet d'une Association générale, car je sens tout ce que ce principe porte avec lui de puissance et de fécondité. N'imposons pas de limites au progrès, appliquons-le avec prudence, au lieu de lui fermer obstinément la porte comme à un malheur ou un danger.

A propos de l'Association de la Seine et de la souscription qui a été provoquée dans ce journal, en faveur d'un confrère, malade et malheureux, un de mes collègues en journalisme a trouvé une petite malice

tuel. Mieux renseigné, aujourd'hui, nous nous empressons de reconnaître que M. Mayer n'élève aucune prétention à la priorité, et qu'il cite même, dans son travail dont nous avons le texte entre les mains, les appareils de ses prédécesseurs Richard et Mandl, en leur rendant toute justice. M. Mayer s'est proposé de mettre à la portée de toutes les bourses ces appareils à inhalations, avant lui très coûteux, et, par là, de généraliser une méthode de traitement que, d'accord avec lui, nous croyons excellente.

Si ce *Bulletin* n'était déjà trop long, nous aurions parlé à nos lecteurs d'une communication très intéressante de M. Leverrier, à propos des dernières comètes, — Esculape était fils d'Apollon, Dieu du jour — ce sera, si l'espace nous le permet, pour notre prochain compte-rendu.

Dr Maximin Legrand.

CHIRURGIE.

ANESTHÉSIE LOCALE.

Un homme de 25 à 30 ans, est entré au mois d'août dernier à la Maison municipale de santé, pour se faire traiter d'un onyxis. L'ablation de l'ongle incarné fut jugée nécessaire, et M. Demarquay, pour éviter toute douleur au malade, fit appliquer sur le gros orteil une vessie remplie d'un mélange composé de deux parties de glace et d'une partie de sel marin. Au bout de trois à quatre minutes, l'insensibilité fut complète. L'ongle fut enlevé, puis, pour éviter qu'il se reproduisît et que l'on fût obligé de recourir à une seconde opération, comme cela est arrivé dans plusieurs cas, M. Demarquay a détruit avec le bistouri toute la matrice de l'ongle. Le malade a dit qu'il n'éprouvait aucune douleur, qu'il ne sentait même pas qu'on le touchât.

Le lendemain, la plaie était en très bon état, aucune réaction inflammatoire n'est survenue, et, quelque temps après, le malade a pu s'en aller complétement guéri.

Dans le courant d'octobre, une femme, de 40 ans environ, vint réclamer les soins de MM. Monod et Demarquay, pour des douleurs qu'elle éprouvait au genou droit et au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Après un examen attentif, on attribua ces douleurs à une névralgie, et, comme la malade avait déjà, sans succès, subi, en province, divers traitements, on se décida à appliquer autour du genou et de l'articulation du cou-de-pied plusieurs pointes de feu. Sur les parties qui devaient être cautérisées, on plaça une vessie pleine du mélange réfrigérant, et, au bout de trois à quatre minutes l'insensibilité fut assez grande pour permettre l'application du cautère actuel sans faire éprouver aucune douleur à la malade.

Le lendemain, elle nous dit avoir éprouvé, autour des points cautérisés, un sentiment de cuisson, sentiment qui s'est manifesté à mesure que la chaleur revenait au genou et au bas de la jambe; du reste, nous n'avons remarqué aucune phlyctène, aucune réaction inflammatoire apparente les jours suivants.

Ces deux opérations, dont nous avons été témoins, nous ont engagés à appeler de nouveau l'attention sur l'anesthésie locale, et surtout à faire connaître succinctement le grand nombre d'opérations où on peut l'employer avec avantage.

Peu de temps après l'introduction des agents anesthésiques généraux dans la pratique chirurgicale, on signala quelques accidents mortels; aussi les physiologistes et les chirurgiens se mirent-ils à l'œuvre pour tâcher de rendre insensible seulement la partie du corps où l'opération doit être pratiquée, sans être obligés de produire une anesthésie générale.

En France, MM. Flourens, Longet et Serres avaient déjà dit que l'ouverture buccale, les bords de la langue et la muqueuse pharyngienne étaient anesthésiés les premiers, recevant, en plus grande abondance, le contact des vapeurs éthérées.

Longet, en faisant arriver un jet de vapeur d'éther ou en versant de l'éther liquide sur les nerfs périphériques, avait remarqué que ceux-ci devenaient insensibles.

En Angleterre, Simpson affaiblit la sensibilité en versant le liquide anesthésique.

Nunneley, professeur à l'École de médecine de Leeds, stupéfiait à volonté, par des applications locales, la partie antérieure ou postérieure du corps sur des animaux inférieurs; et sur des animaux supérieurs il pratiquait des opérations presque sans douleur, après avoir engourdi une petite portion de la surface du corps.

James Arnott, de Brighton, songea à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant. Ce fut le phénomène connu sous le nom vulgaire de l'onglée qui lui suggéra l'idée d'amener par ce procédé l'insensibilité de la partie du corps où une opération devait être pratiquée. A peine avait-il recueilli quelques faits, qu'il vint en France soumettre son idée à l'expérimentation; et le 16 octobre 1849, M. le professeur Velpeau rendit compte à l'Académie de médecine des résultats encourageants obtenus par Arnott.

Le mélange réfrigérant employé se composait de deux parties de glace et d'une partie de sel, le tout mis dans une vessie. C'est celui dont se sert journellement M. le professeur Velpeau, et qui a été employé par M. Demarquay avant les deux opérations dont nous avons rendu compte en commençant.

La réfrigération fut d'abord employée dans les opérations superficielles, ouverture d'abcès, ablation d'un ongle incarné, l'insensibilité a été produite au bout d'un temps qui a varié depuis une minute et demie jusqu'à quatre minutes. L'application du mélange réfrigérant a encore été employé avant la cautérisation transcurrente, opération douloureuse, quoique bornée à l'épaisseur du derme, et que l'on a souvent à pratiquer sur des sujets jeunes, très sensibles, très effrayés, et chez lesquels souvent l'emploi des inhalations de chloroforme ou d'éther peut être contre-indiquée. Une application de deux minutes et demie à quatre minutes suffit pour rendre insensible la partie qui doit être cautérisée, car, ordinairement, la brûlure ne dépasse pas l'épaisseur du derme. M. le professeur Nélaton reproche à l'emploi du mélange réfrigérant d'éteindre les cautères et d'empêcher les escarres d'être suffisamment profondes; en ayant soin d'essuyer la peau avant de cautériser, on peut remédier aisément à cet inconvénient.

Un grand nombre d'opérations pratiquées pour enlever des productions cutanées, telles que des végétations, des tumeurs situées immédiatement sous la peau, kyste séreux, loupes, peuvent être exécutées sans douleur après l'application du mélange de glace et de sel; M. Demarquay emploie souvent ce moyen et il lui réussit journellement. S'il s'agit d'une tumeur sous-cutanée, il faut prolonger un peu la réfrigération; dans un cas où M. le docteur Cadet de Gassicourt enlevait un kyste du front après une minute et demie d'application du mélange réfrigérant, le malade a souffert lorsqu'on a détaché le kyste et au moment de la ligature d'une artère (Murelle, th. de Paris, 1855). M. Bellingham, après quatre minutes et demie d'application du mélange réfrigérant, a pu, sans causer de douleur, inciser crucialement la peau recouvrant une exostose du crâne. M. le professeur Velpeau a tenté d'amputer un sein après l'avoir congelé, l'incision de la peau fut tout à fait sans douleur, la malade a seulement souffert lorsque le bistouri était dirigé du côté de la mamelle. M. A. Richard est encore allé plus loin que M. Velpeau, il a pratiqué la désarticulation d'un doigt après avoir appliqué pendant sept minutes un mélange réfrigérant composé de glace et sel parties égales et un cinquième de sel ammoniac, on obtient un froid de 16° au-dessous de zéro, l'application de ce mélange a été douloureuse, mais le malade n'a nullement souffert pendant l'amputation. (*Gaz. des Hôpit.*, 1854, 23 septembre.)

La glace amène l'anesthésie de la partie où on l'applique, en suspendant la circulation capillaire, de sorte que son emploi peut, dans certaines circonstances, faciliter l'opération, comme, par exemple, la recherche d'une aiguille profondément enfoncée. C'est ainsi que M. Hargrave, après avoir appliqué le mélange réfrigérant pendant cinq minutes, a pu extraire une aiguille située sous l'aponévrose plantaire, le malade n'a éprouvé aucune douleur, et l'absence d'écoulement de sang a facilité beaucoup la recherche du corps étranger. (*Gaz. hebd.*, 2 mars 1855.)

On voit, d'après ce qui précède, que l'application du mélange réfrigérant est extrêmement facile, on peut se le procurer partout aisément, et, si on n'avait pas de glace sous la main, nous rappelons qu'on peut en obtenir en faisant dissoudre huit parties de sulfate de soude dans cinq parties d'acide chlorhydrique. La rapidité de son action, la constance dans les effets obtenus, l'absence de toute réaction inflammatoire nuisible aux suites de l'opération, recommandent le mélange de glace et de sel comme un anesthésique de la plus grande utilité.

Pour terminer ce que nous avions à dire de l'anesthésie locale, il nous reste à parler de l'éther et à le comparer au mélange réfrigérant.

Lorsqu'une traduction de M. le docteur Richelot eut fait connaître, en France, les travaux de Hardy, de Dublin, sur l'emploi des vapeurs de chloroforme contre les douleurs utérines, M. Guérard s'occupa de produire l'anesthésie locale en faisant volatiliser de l'éther, et imagina, dans ce but, un appareil particulier qu'il présenta à la Société des médecins des hôpitaux, en y joignant le récit de plusieurs opérations pratiquées à l'Hôtel-Dieu par M. Richet. Cet habile chirurgien communiqua, de son côté, à la Société de chirurgie, un mémoire fort intéressant, dans lequel sont consignées plusieurs observations d'anesthésie obtenue par l'évaporation de l'éther. Parmi ces faits nous citerons une suture du lobule de l'oreille, l'ouverture d'un phlegmon de la région thoracique, sous le grand pectoral, l'ablation d'un kyste sébacé situé au devant du corps de la mâchoire inférieure, une amputation du cinquième orteil. Comment l'éther, versé à la surface du corps, peut-il produire l'anesthésie? Il semble résulter de la discussion qui eut lieu en 1854, à la Société de chirurgie, et surtout des expériences de MM. Follin et Leconte, que c'est par la réfrigération que l'éther amène l'insensibilité de la partie du corps où on l'a répandu. Dans leurs expériences, MM. Follin et Leconte virent descendre de + 16° à 14° au-dessous de zéro le mercure dans un thermomètre, dont la boule avait été entourée de coton imbibé d'éther. Le temps nécessaire à amener l'insensibilité en versant de l'éther est variable; ainsi, on trouve dans la thèse de M. Foubert (thèse de Paris, 1854) une observation tirée de la pratique particulière de M. Follin, où après trois minutes environ on obtint l'anesthésie. Cet habile chirurgien a pu alors disséquer sans douleur une loupe, et, comme vers la fin de l'opération, le malade disait sentir le bistouri, M. Follin versa de l'éther sur la plaie, et l'opération fut terminée sans douleur.

Il faut généralement employer une certaine quantité d'éther; pour enlever le kyste sébacé situé au devant du corps du maxillaire supérieur, M. Richet a versé 60 grammes; 40 à 50 grammes ont été évaporés avant l'amputation du cinquième orteil.

---

dans la formule par laquelle cette souscription a été annoncée. Je prie mon honorable confrère de considérer que je n'ai pas tant d'esprit, et que, du peu que j'ai, je ne suis pas assez prodigue pour l'user avec inconvenance dans l'annonce d'un malheur confraternel. S'il y avait vu un avis indirect, un avertissement pour ceux de mes confrères qui se sont jusqu'ici éloignés de l'Association de la Seine, il eût été dans le vrai. C'est cela seul que j'ai voulu faire en disant, ce qui n'est que trop exact, que ce confrère malheureux, ne faisant pas partie de l'Association de la Seine, ne peut recourir à son assistance. Il y a quelques mois, ce confrère encore jeune, robuste, laborieux, subvenant honorablement par son travail aux besoins de sa jeune et nombreuse famille, ne prévoyait pas qu'il ne fallait que quelques gouttes de sang épanchées dans son cerveau pour le rendre inhabile aux soins de sa profession et pour le plonger lui et les siens dans une position pénible. Combien y en a-t-il qui vivent dans cette même imprévoyance, et qui, le jour où le malheur vient frapper à leur porte, ne peuvent trouver d'autre assistance que celle que la publicité de nos feuilles leur procure? Quelques-uns, je le sais, nous blâment de ces exhibitions pénibles. Pénibles! elles le sont plus pour nous que pour vous, austères puritains de la dignité médicale. C'est aussi dans l'exagération de ce principe que puisent leurs arguments les contradicteurs de l'assistance sous toutes ses formes. Cela blesse, cela répugne, disent-ils. Pour mon compte, ce qui me blesse et me répugne, c'est un pareil langage. Aiment-ils mieux le farouche courage de ce malheureux confrère dont je disais ici l'histoire, il y a un mois à peine, et qui s'est soustrait par le suicide aux angoisses de la maladie et du besoin? Ah! je le déclare, si j'eusse connu cette infortune, et que, par une provocation qu'on appelle indiscrète, j'eusse pu prévenir ce lamentable résultat, je croirais avoir bien mérité de Dieu, de la morale et de la confraternité. Qu'ils nous donnent donc, ces fiers contempteurs de nos efforts, un moyen plus prompt, plus digne, plus efficace surtout que l'Association de secourir nos infortunes.

Tenez! à l'instant même je reçois la lettre suivante :

« Monsieur et très honoré confrère,

» C'est le rouge au front, que je m'empresse de vous adresser mon tribut de confraternité pour notre confrère de Paris. Comment, mon cher rédacteur, le fait qui se présente ne pénètre-t-il pas la chair et le cœur de vos opposants; comment à l'instant même tous les médecins de France ne se lèvent-ils pas comme un seul homme pour proclamer hautement leur adhésion? C'est plus qu'un acte de prévoyance qu'ils ont à accomplir, c'est un acte de dignité et de considération pour tout le corps médical; car ces misères, quand elles se présentent, doivent être renfermées dans le sein d'une commission et ne jamais arriver à la publicité.

» Recevez, très honoré confrère, l'assurance de ma considération toute particulière.

» Dr Audouin.

» Beauvoir-sur-Niort, le 21 janvier 1858. »

Je n'ajoute rien à ce concis et éloquent appel.

Et puisque je parle d'assistance, qu'il me soit permis d'en indiquer à nos confrères une forme nouvelle. Une courageuse femme, une grande dame, ayant quitté le monde pour la vie religieuse, a fondé à Paris, — au prix de quels efforts, de quels embarras, de quels périls et de quels sacrifices, Dieu le sait et lui en tiendra compte — une maison d'éducation et d'instruction spécialement destinée aux jeunes filles de parents appartenant aux professions libérales, tels que les artistes, les employés, les avocats, les médecins. J'extrais ces quelques lignes du rapport fait à l'Association des médecins de Paris, par notre aimé collègue, M. Cabanellas, sur l'*Œuvre et institution de Notre-Dame-des-Arts*, établissement situé rue du Rocher, n° 52 :

« La maison spacieuse, exposée au midi, entourée de vastes jardins, présente les aménagements convenables pour loger, suivant les lois d'une bonne hygiène, plus de cent enfants.

» L'éducation de cette maison a cela de particulier qu'elle se termine en donnant à chaque élève un talent ou une industrie se rattachant aux arts libéraux.

» Œuvre de charité fondée par une religieuse, cette maison reçoit gratuitement les jeunes filles devenues orphelines sans fortune, lorsque pendant la vie de leurs parents, une souscription de 15 francs par an a été payée en leur nom.

» Les souscripteurs ont, d'ailleurs, le droit de faire élever leurs enfants au prix de 600 francs par an, tandis que la pension est fixée à 1,000 francs.

» Au milieu des enfants, que renferme cette maison, est élevée gratuitement la fille d'un jeune médecin de province, qui a péri dans un accident de voyage, en allant voir ses malades.

» Des artistes du plus grand mérite, des littérateurs célèbres, des prélats, des médecins, ont formé un comité qui s'occupe de préparer l'avenir de cette maison. »

Qui ne comprend les services que cette belle œuvre pourra rendre aux orphelines de la médecine, lorsque l'Association générale sera en plein fonctionnement.

« Le médecin, avait dit M. de Salvandy, sera le missionnaire de la civilisation en Algérie. » Cette prophétie se réalise. Voici ce qu'on lit dans un journal de notre colonie africaine : « Les Kabyles, et en grand nombre, viennent au fort Napoléon, pour consulter nos médecins militaires, qui jouissent déjà, dans la contrée, de la plus entière confiance.

» Le docteur Leclerc les reçoit avec bienveillance, et son dévouement l'entraîne souvent au milieu de leurs villages, dans leurs propres maisons. Les 1543 malades auxquels il a donné des soins, avec succès, dans le courant du dernier trimestre, témoignent en faveur de son caractère et de sa science, comme leur empressement à rechercher nos conseils prouve qu'ils reconnaissent maintenant la supériorité de nos lumières et les avantages que leur assure notre contact. »

Rien de plus nouveau sur notre horizon médical.

Amédée Latour.

Depuis que M. Richet a fait connaître ses observations, l'éther, comme moyen d'anesthésie locale, est resté dans la pratique chirurgicale. M. Demarquay a pu enlever sans douleur une tumeur mammaire chez une femme qui redoutait beaucoup les inhalations de chloroforme. Au niveau de la tumeur, il versa, par petite quantité à la fois, de l'éther qu'il fit volatiliser de suite, et obtint un degré d'insensibilité tel, que la malade n'éprouva aucune douleur pendant l'opération. M. Monod nous disait dernièrement, à la Maison de santé, qu'il employait constamment en ville la réfrigération par l'éther, soit pour enlever des ongles incarnés, soit avant de pratiquer des cautérisations transcurrentes; mais, en même temps, il nous a signalé un accident contre lequel il faut, dans ce cas, se mettre en garde; c'est l'inflammation par le cautère rougi de la vapeur d'éther répandue sur les couvertures du lit du malade; il est si aisé d'éviter cet inconvénient qu'il est inutile d'y insister davantage.

Si l'on compare actuellement l'éther au mélange réfrigérant, on voit que celui-ci a un effet plus sûr, mais que son application est quelquefois douloureuse, tandis que celle de l'éther ne l'est jamais; cela provient, sans doute, de ce que l'abaissement de température se fait plus lentement. Ainsi, une malade sur le genou de laquelle M. Bouchut avait appliqué le mélange de glace et de sel, se plaignit beaucoup du froid qu'elle éprouvait; et le malade chez lequel M. Ad. Richard obtint un abaissement de température de 16° au-dessous de zéro, en ajoutant du sel ammoniac à la glace et au chlorure de sodium, disait que cette application était fort douloureuse. On ne trouve rien de semblable dans les observations où l'éther a été employé, mais l'anesthésie ne semble pas avoir été complète. Ainsi, dans la désarticulation du cinquième orteil, le malade a souffert lorsque le bistouri est arrivé dans la commissure. M. Guérard, lors de sa communication à la Société des médecins des hôpitaux, a dit que l'emploi d'un mélange réfrigérant était toujours suivi d'une réaction inflammatoire plus ou moins vive, tandis qu'avec l'éther on n'avait pas cela à craindre. Nous ferons observer d'abord que les malades opérés par M. Demarquay n'en ont pas éprouvé, et qu'il en sera toujours ainsi en ne prolongeant pas l'application au delà de ce qui est nécessaire pour amener l'anesthésie. Il suffit, pour cela, de soulever de temps en temps la vessie renfermant le mélange réfrigérant. Quant au sentiment de cuisson éprouvé par quelques malades lors du rétablissement de la circulation capillaire, on peut le rendre nul si on a soin, après l'opération, d'appliquer successivemment des compresses imbibées d'eau glacée, puis avec de l'eau de moins en moins froide.

L'application du mélange réfrigérant, l'évaporation de l'éther ne peuvent pas être employées dans certaines circonstances, comme par exemple lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès dans la cavité buccale. M. Demarquay, frappé de la rapidité avec laquelle il parvient journellement à calmer les douleurs utérines au moyen de douches d'acide carbonique, a eu l'idée d'essayer à obtenir l'anesthésie par ce moyen. Dans ce but, ayant un jour à ouvrir un abcès de la bouche, il a dirigé auparavant un jet d'acide carbonique, et il a pu ensuite opérer sans faire éprouver de douleur au malade. Il a répété l'expérience sur la peau, mais l'effet a été nul: les malades ont souffert. L'acide carbonique, au point de vue de l'anesthésie, ne semble donc avoir d'action que sur les muqueuses.

Une autre fois, avant de cautériser un bourrelet hémorrhoïdal, il dirigea sur lui, pendant vingt minutes, un jet d'acide carbonique, et la douleur a paru notablement diminuée.

Bien que ces faits soient encore trop peu nombreux, et surtout qu'ils aient besoin d'être vérifiés de nouveau, nous n'avons pas cru devoir terminer cet article sans les mentionner.

Concluons de tout ce qui précède que, dans une foule de cas, le praticien sage et prudent doit préférer à l'anesthésie générale l'anesthésie localisée obtenue par la réfrigération; qu'il trouvera dans le mélange ou dans l'évaporation de l'éther un moyen certain de l'obtenir, et qu'il agira ainsi sans faire courir aucun danger au malade.

D[r] Parmentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 décembre 1857. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Correspondance. — Communication de M. Trousseau, sur les *concrétions sanguines des artères*. Discussion : MM. Sée, Gubler, Aran, Béhier, Bouchut, Becquerel, Delasiauve, Hervez de Chégoin, Legroux, Ern. Barthez. — Mémoire de M. Gubler, sur l'*herpès guttural* (*angine couenneuse commune*) et sur l'*ophthalmie due à l'herpès de la conjonctive*. Discussion: MM. Trousseau, Hervieux, Hervez de Chégoin.

A propos du procès-verbal, M. Gubler demande à ajouter quelques mots à ce qui a été dit sur la réduction du liquide de Barreswill par les urines des femmes grosses. M. Blot a attribué cette réduction au sucre, et M. Leconte à l'acide urique; M. Gubler ne croit pas ce dernier fait parfaitement établi, et il pense que la question ne doit pas être considérée comme tranchée.

La correspondance comprend les envois suivants :

1° Le premier fascicule du quatrième volume des *Mémoires de la Société d'hydrologie*.

2° M. Perrin (Maurice), médecin à l'hôtel des Invalides, adresse une observation de *rhumatisme cérébral*, survenu pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, et terminé par la mort, sans que l'autopsie ait révélé aucune altération dans le cerveau, dans le cœur ou dans les jointures.

M. Trousseau : J'ai observé tout récemment un fait que l'on doit rapprocher de ceux dans lesquels on a dit qu'il y avait *embolos* ou *embolie*, et qui me paraît offrir un grand intérêt. Il s'agit d'une femme de 53 ans, admise à l'hôpital pour une affection du cœur, une hydropisie ascite, anasarque, et cirrhose du foie considérée comme consécutive. Quelque temps après, cette femme allait beaucoup mieux, et l'hydropisie était réduite à l'ascite qui, elle-même, avait diminué, lorsque, il y a peu de jours, elle fut prise tout à coup d'une douleur très vive du côté droit de la tête et d'hémiplégie gauche. La connaissance fut parfaitement conservée jusqu'à la mort, qui arriva assez rapidement. J'ai cru à une oblitération d'une artère cérébrale par une embolie, ayant produit une asphyxie partielle et un ramollissement du cerveau. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, sur ma demande, par le docteur Hirschfeld, l'artère cérébrale moyenne, qui ne présentait aucune ossification, a été trouvée complétement oblitérée par un caillot de sang noirâtre et *homogène* de trois centimètres; les rameaux artériels allant au corps strié droit, lequel était en voie de ramollissement, étaient oblitérés de la même manière. Toutes les autres artères étaient libres.

J'attire l'attention de la compagnie sur ce fait que les signes de l'oblitération artérielle vers la tête ont été ici analogues à ceux que l'on remarque pour les membres en pareille circonstance. Il y a eu des douleurs vives, une sorte d'asphyxie du cerveau, et un ramollissement évident. Il y avait de graves lésions des valvules du cœur (indurations et adhérences des valvules produisant une insuffisance des deux orifices auriculo-ventriculaires), et en même temps dilatation avec hypertrophie de l'organe. Il y avait aussi cirrhose du foie; mais j'avais pensé, pendant la vie, que cet organe, qui débordait les fausses-côtes, était augmenté de volume, tandis qu'il n'était que refoulé vers le ventre par un emphysème prononcé du poumon droit. J'eusse évité l'erreur en percutant avec plus d'attention.

J'ai observé deux autres faits avec des symptômes analogues du côté du cerveau, dont un avec autopsie.

M. Sée : Dans un journal allemand, le docteur Magnus Huss a rapporté deux cas analogues à ceux de M. Trousseau, et caractérisés par la douleur de tête et l'hémiplégie. Dans l'un, le caillot pouvait s'adapter à une concrétion sanguine cardiaque; l'autre est moins concluant comme exemple d'embolie. J'ai personnellement observé, dernièrement, un fait semblable, pendant que je remplaçais M. Blache, à l'hôpital des Enfants. Il s'agit d'un enfant rachitique, présentant d'abord un peu de diarrhée, et d'ailleurs bien portant en dehors de son rachitisme, et qui fut pris, une nuit, d'asphyxie avec cyanose limitée à la moitié supérieure du corps. La mort eut lieu vers midi, et, à l'autopsie, on trouva les poumons et les différents organes sains; mais l'aorte, à son origine et au niveau des valvules sigmoïdes, contenait un caillot rougeâtre qui s'étendait vers le vaisseau, tandis que, dans les cavités droites, un caillot analogue, mais décoloré, oblitérait l'artère pulmonaire et avait produit l'asphyxie.

A propos des embolies, je ne puis m'empêcher de rappeler que Virchow considère les faits analogues à celui-ci et à ceux d'oblitérations artérielles qui ont été rapportés par MM. Baron et Legroux, comme des exemples d'embolies, conjointement avec ceux dans lesquels il y a des caillots lancés dans les artères.

M. Trousseau : Je ne veux pas que l'on donne à mon fait une portée qu'il n'a pas. Je n'ai pas dit qu'il y eût vraiment embolie, j'ai livré simplement le fait à l'interprétation.

M. Sée : En disant que l'observation Huss est analogue à celle de M. Trousseau, je n'ai pas voulu non plus les assimiler, j'ai seulement voulu les considérer, ainsi que la mienne, comme des observations confirmatives de la rapidité des accidents mortels qui peuvent résulter de la formation des caillots.

A ce propos, qu'il me soit permis de rectifier une assertion qui m'a été attribuée dans une discussion précédente relative à la gangrène sénile ou spontanée des membres. J'ai dit que, pour Virchow, jamais le lancement d'un caillot dans les artères ne suffit pour caractériser l'embolie, et qu'il faut qu'il y ait en même temps dégénérescence graisseuse du cœur.

M. Gubler : Le fait de M. Trousseau nous démontre que des caillots peuvent se former dans les artères cérébrales, mais il n'y a pas là de *bloc erratique* ayant déterminé la coagulation. Quant au fait de M. Sée, il rentre dans la foule de ceux relatifs à la formation de caillots dans le cœur, et qui sont connus depuis longtemps; mais je ne comprends pas que la cyanose n'ait eu lieu que dans la moitié supérieure du corps, si elle était due aux caillots cardiaques.

M. Sée : Je laisse cette explication de côté. Seulement, le fait me prouve la formation d'un caillot pendant la vie, et la mort par ce caillot.

M. Aran : MM. Trousseau et Gubler ont diminué la question à résoudre en négligeant le ramollissement comme donnée du problème. Ce ramollissement peut précéder ou suivre la coagulation du sang dans les vaisseaux cérébraux; or, ce point important reste indécis et n'a donné lieu, jusqu'à présent, qu'à de brillantes hypothèses, à l'appui desquelles il a été dit des choses très séduisantes, mais nullement concluantes. Que les médecins fassent des autopsies avec soin, et ils trouveront fréquemment des caillots dans les vaisseaux, sans gangrène, sans signes d'embolie. Le fait de M. Sée ne fait pas marcher la question de l'embolie d'un pas; il n'est important que comme exemple de concrétions du cœur, d'ailleurs très communes.

M. Béhier : Les oblitérations dues à ces concrétions sanguines sont loin d'avoir l'importance qu'on leur a attribuée. J'ai rappelé, dans une autre occasion, le fait rapporté par M. Fritz, et donné comme exemple d'embolie, quoiqu'il n'y eût eu aucun signe du côté des organes pulmonaires. Dans les maladies du cœur, la stase sanguine qu'elles produisent explique facilement la coagulation du sang; mais, en dehors des affections cardiaques, cette coagulation est plus difficile à comprendre.

M. Sée, répondant à M. Aran, ne trouve nullement péremptoire son objection relative à la valeur du fait qu'il a cité et qu'il ne donne pas comme fait d'embolie, mais de caillots sur place ayant occasionné des accidents subits, analogues, pour le poumon, à ceux que Kolliker et d'autres auteurs allemands ont observés du côté des fonctions du cerveau, par suite d'oblitération sanguine des artères cérébrales. Il rappelle à M. Béhier que l'on a considéré, comme affections du cœur, la simple dégénérescence graisseuse de cet organe.

M. Béhier : Ainsi voilà que, pour les médecins allemands, l'altération si peu connue encore de la dégénérescence du cœur est donnée comme origine des coagulations sanguines, sans aucune preuve positive, et en s'appuyant sur de simples appréciations ou probabilités.

M. Bouchut : Les faits de M. Trousseau me rappellent des recherches que j'ai faites relativement au ramollissement du cerveau. On a dit que, par suite de l'oblitération artérielle, le ramollissement n'est pas gangréneux, parce qu'il n'a pas d'odeur caractéristique de la gangrène. Mais le cerveau étant à l'abri du contact de l'air, la gangrène doit être inodore et sans odeur de sphacèle, comme l'ont pensé MM. Abercrombie, Gendrin et Rostan. Je défendis cette opinion dans mon mémoire qui fait partie de nos *Actes*, et dans lequel je cite, à l'appui de mon opinion, des faits de ligature de la carotide ayant occasionné une perte de connaissance avec hémiplégie, et ayant produit un ramollissement semblable à celui qui a existé chez le sujet de M. Trousseau, ramollissement qui me paraît être un exemple de gangrène cérébrale.

M. Becquerel : Ayant été chargé de faire autrefois, à propos de la candidature de M. Bouchut à la Société, un rapport sur le travail auquel il vient de faire allusion, je me trouve appelé à lui répondre et à lui rappeler les objections qui furent faites à sa manière de voir. M. Bouchut disait : Le ramollissement du cerveau est une gangrène; donc, la gangrène du cerveau n'a ni l'aspect ni l'odeur de la gangrène extérieure. Mais c'est précisément ce qu'il fallait prouver. J'avais, à cette occasion, relevé des faits où la gangrène du cerveau présentait les mêmes caractères que la gangrène externe, et j'en concluais que, pour admettre la gangrène du cerveau, il fallait que l'organe présentât des lésions analogues.

M. Bouchut : Je fais une différence essentielle entre la gangrène du cerveau par cause traumatique, qui est bien la même qu'aux membres, et celle qui se fait à l'abri du contact de l'air. Dans ce dernier cas, je crois être autorisé à dire que l'analogie plaide en faveur de mon opinion. M. Becquerel, à l'appui de la sienne, a cité des faits dans lesquels, outre la lésion cérébrale, il y avait des escarres extérieures dans d'autres parties du corps; mais ne peut-il pas se faire que l'odeur de ces escarres, s'étant répandue dans la salle d'autopsie, n'ait été, à tort, attribuée au cerveau lui-même?

M. Becquerel conçoit que, s'il n'y avait eu que l'odeur pour caractériser la gangrène cérébrale non traumatique, qu'il a rappelée dans son rapport, il pourrait, en effet, y avoir des doutes; mais la pulpe cérébrale était d'un *gris-noirâtre*, et d'ailleurs M. Andral, qui assistait à l'autopsie, a trouvé la gangrène parfaitement accusée par ses caractères ordinaires. Pour moi donc, ajoute M. Becquerel, cette lésion est la même au niveau du cerveau qu'à l'extérieur, car l'analogie de M. Bouchut ne constitue pas une preuve.

M. Delassiauve : Je ne crois pas que l'on puisse conclure du fait du ramollissement cérébral avec oblitération artérielle à l'existence de la gangrène. J'ai observé un fait de gangrène considérable de la base du cerveau, dans lequel la pulpe de l'organe était jaunâtre, verdâtre par places et exhalait une odeur manifestement gangréneuse; la selle turcique était cariée. On objecta bien que l'air avait pu s'introduire dans le crâne par la lame ethmoïdale; mais j'ai vu depuis des faits analogues sans carie.

M. Trousseau : L'état d'asphyxie locale diffère de la gangrène et de l'état sain, et me paraît constituer un état intermédiaire. L'orteil, avant de présenter les signes propres à la gangrène, se refroidit, se décolore. Pour le cerveau, les phénomènes ne sont pas identiques, mais analogues; la mort survient avant qu'ils ne soient complets. L'opinion que la gangrène y existe sans l'odeur et la couleur particulières à cette lésion n'est donc pas aussi exagérée que le dit M. Becquerel.

S'il y a ramollissement complet ou oblitération artérielle, comment considérer la lésion? Le sang n'y abordant plus, c'est une mortification, sans les caractères de la gangrène, sans doute; mais ce n'en est pas moins une mort, une nécrose, si l'on veut; cela me paraît évident. C'était, du reste, l'opinion de Récamier, d'Abercrombie et de plusieurs autres observateurs.

M. Becquerel : Il n'est pas nécessaire d'admettre la gangrène pour expliquer le ramollissement du cerveau. Ne décrit-on pas le ramollissement comme une lésion bien distincte parmi celles qui sont du ressort de l'anatomie pathologique? La diminution de consistance des tissus, quelle que soit sa cause, doit être admise ici comme pour la muqueuse de l'estomac, par exemple, où l'on ne dit pas qu'il y a gangrène lorsqu'il y a ramollissement.

M. Bouchut dit que personne ne songe à nier le ramollissement comme lésion distincte, mais que lorsqu'il y a oblitération d'une artère en même temps, il y a relation de cause à effet.

M. Hervez de Chégoin fait observer que la ligature d'une artère d'un membre n'entraîne pas nécessairement la gangrène, et qu'il ne serait pas exact, par cela même, de conclure que l'oblitération artérielle la produit toujours.

M. Legroux : M. Becquerel nous a parlé d'un cas de gangrène du cerveau qui ne peut être mis en doute; mais il est dû à une cause septique, et ici nous parlons de gangrène par oblitération. Il y a des gangrènes extérieures qui sont sèches et inodores; il ne faudrait donc pas en conclure qu'il n'y a pas de gangrène sans l'odeur fétide. La question est de savoir, avant tout, si l'oblitération amène le ramollissement; mais elle n'est pas élucidée. Le fait de M. Trousseau semblerait prouver l'affirmative; cependant on pourrait se demander si l'oblitération d'une petite artère serait suffisante.

M. Trousseau a employé le mot asphyxie pour désigner l'état intermédiaire à la gangrène et à l'état sain. J'aimerais mieux dire *syncope* par suspension de la circulation artérielle.

M. Gubler : Il peut y avoir une véritable mortification par le fait du ramollissement, comme M. Carswell l'a démontré. Mais le point sur lequel je désire insister, c'est la confusion que l'on a faite dans les ouvrages d'anatomie pathologique de la *mortification* et de la *putréfaction*. Dans ce dernier cas, il faut le concours de trois circonstances de l'eau, une température suffisante et le contact de l'air. Il suffit qu'une de ces conditions manque, pour que les phénomènes consécutifs qui constituent la putréfaction manquent aussi, et pourtant il peut y avoir alors gangrène.

M. Ern. Barthez : J'ai fait, il y a un certain nombre d'années, des recherches sur les faits de gangrène avec ou sans odeur, et j'ai remarqué

que le traitement employé semble venir à l'appui de l'observation de M. Gubler. En effet, l'emploi de sachets remplis de sable chaud, en produisant l'évaporation des liquides, amenait la momification des parties, qui n'exhalaient plus aucune odeur gangréneuse.

— M. Gubler lit un mémoire sur *l'herpès de l'isthme du gosier (angine couenneuse commune), et sur l'ophthalmie due à l'herpès de la conjonctive.* — (Voir l'Union Médicale des 7, 9, 14, 16 et 19 janvier 1858.)

M. Trousseau s'étonne que M. Gubler présente comme une nouveauté l'angine herpétique; cette maladie est pour lui tellement connue que de tout temps il l'a décrite dans ses leçons cliniques, tous ses élèves en feront foi, et, loin de s'en attribuer la découverte, il fait remarquer que, en 1826, Bretonneau établit parfaitement la coïncidence de l'angine couenneuse commune avec l'herpès. Lui-même, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, il décrit l'angine couenneuse simple sous le nom d'angine herpétique. Ce fait rentre dans la loi commune parfaitement établie par Bretonneau, que les affections de la peau, dans certaines circonstances, occupent les muqueuses en revêtant des formes spéciales; ainsi, dans la variole, la rougeole, la scarlatine. Il en est de même des maladies chroniques de la peau, des *dartres* qui pénètrent dans le nez, dans l'oreille, la vulve, l'anus, la cavité de l'utérus; tout cela est actuellement dans le domaine public.

Un autre point important, c'est que, d'après M. Trousseau, M. Gubler se sert du mot diphthéritique comme d'un terme générique, et l'applique à l'angine couenneuse commune. La diphthérite est une espèce dans le genre des affections couenneuses. Cette distinction est de la plus haute importance pour le pronostic et le traitement. Les angines couenneuses simples guérissent seules, les angines diphthéritiques présentent le degré le plus élevé de gravité et demandent un traitement énergique.

M. Gubler : J'ai dit mon étonnement en voyant que les hommes éminents qui se sont le plus occupés des angines n'avaient pas signalé la présence de l'éruption herpétique sur la gorge pour expliquer l'exsudation plastique de l'angine couenneuse commune. J'ai cherché dans le livre classique de M. Bretonneau et n'y ai vu notée que la coïncidence entre les deux lésions, mais non leur similitude. Il est vrai que M. Trousseau en a parlé catégoriquement dans ses leçons cliniques de 1853; vous venez d'entendre que je le cite dans mon mémoire et que je m'appuie sur son autorité; je regrette de n'avoir pas connu plus tôt l'opinion que s'est faite M. Bretonneau depuis la publication de son grand travail, et qui ne se trouve publiée nulle part; mais j'aurais dû, selon M. Trousseau, moi son externe et son interne, lui avoir entendu émettre cette idée à l'hôpital Necker. M. Trousseau l'a sans doute exprimée devant moi puisqu'il a si souvent formulé cette manière de voir, mais je déclare ne pas me souvenir de cette circonstance, et je suis très excusable sur ce point. Chacun de vous, Messieurs, sait, par expérience, que beaucoup de paroles ne sont pas recueillies par les élèves, ou tombent dans des terrains mal préparés et n'y germent pas.

Quant à la prétendue confusion entre la diphthérite et les diverses inflammations plastiques, je n'en suis pas coupable, et je ne croyais pas qu'il fût possible de m'en accuser, quand j'ai, dans mon prémier travail, pris tant de soin pour différentier les espèces nosologiques, jusqu'ici englobées sous le même titre, et quand je recommande avec tant d'insistance l'emploi de la méthode naturelle dans la classification des maladies.

Enfin, M. Trousseau n'est pas de mon avis lorsque je veux établir que les membranes muqueuses sont intermédiaires entre la peau et les séreuses, sous le rapport de la tendance plastique de leurs inflammations; il nous rappelle, et ceci je ne l'ai pas oublié, qu'à l'hôpital des Enfants et ailleurs, il a eu souvent l'occasion de montrer des surfaces entamées par un vésicatoire, par exemple, que la diphthérite avait envahies. A cela, je n'ai qu'une chose à répondre, c'est que la peau se couvre d'une couenne lorsqu'elle a perdu son épiderme, c'est-à-dire quand elle est devenue comme une membrane muqueuse.

M. Hervieux : J'ai eu occasion d'observer tout récemment un fait qui me paraît présenter une analogie très frappante avec les faits rapportés par M. Gubler. Il s'agit d'un individu, âgé d'environ 40 ans, que j'avais été appelé à soigner pour une petite ulcération de la partie antérieure et inférieure de la jambe droite. Cette ulcération donna lieu à une angioleucite, que je combattis par les antiphlogistiques, et, notamment, par les topiques émollients. Or, il est arrivé que les cataplasmes ont donné lieu à l'éruption d'une quantité considérable de vésicules de nature évidemment herpétique. Je suspendis l'usage des cataplasmes et les remplaçai par la poudre d'amidon. Mais, l'angioleucite persistant, je revins à l'emploi des cataplasmes, et, chaque fois que j'y eus recours, une nouvelle éruption vésiculeuse apparut. Cependant, l'herpès guérit, mais, au moment où je croyais en avoir fini avec cet exanthème, il survint du côté de la gorge des accidents qui me préoccupèrent beaucoup, par leur nature et par le rapport, que je supposai exister entre l'affection cutanée et l'affection pharyngienne. La luette, le voile du palais, les amygdales, se couvrirent d'une abondante exsudation d'un gris blanchâtre, d'apparence couenneuse, qui s'accompagna d'accidents généraux assez graves, fièvre, délire, etc., mais qui céda à l'emploi de l'émétique et des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent solide. Je me suis demandé, tout d'abord, s'il n'y avait pas eu métastase ou répercussion sur la muqueuse de la maladie cutanée. Mais, en entendant la lecture du mémoire de M. Gubler, j'ai pensé qu'il n'y avait peut-être là que la manifestation d'une diathèse herpétique. Tout s'est terminé, chez mon malade, par la formation au pli inguinal d'un volumineux abcès, qui, une fois ouvert, a guéri parfaitement.

M. Hervez de Chégoin demande en quoi la diphthérite diffère de la pourriture d'hôpital.

M. Trousseau : Lorsque la diphthérite sévit dans une famille, et que l'un des membres de la famille porte une plaie, un vésicatoire, par exemple, aussitôt il se recouvre de diphthérite : c'est ce que l'on voit constamment à l'hôpital des Enfants. Il faut donc en conclure qu'il y a, dans ce cas, identité de nature entre la couenne de la gorge et celle de la plaie. Il est certain qu'une plaie recouverte de pourriture d'hôpital ressemble à la diphthérite; mais, dans un hôpital où il y aura 500 malades atteints de pourriture d'hôpital, on ne verra pas un croup; que dans une famille il se développe de la diphthérite cutanée, et, aussitôt, on verra sévir le croup. Que chez un enfant qui a le croup on place un vésicatoire au cou, on le verra se couvrir d'une fausse membrane, et donner naissance à un vaste érysipèle. Dans la pourriture d'hôpital, la plaie prend l'aspect couenneux, elle s'enflamme, se creuse, mais le mamelon ne se couvre pas de couennes, la peau ne s'ulcère pas, et il ne survient pas d'angine diphthéritique. Quand la diphthérite touche la peau, la prostration est extrême, le pouls filiforme, les traits décomposés : la pourriture d'hôpital n'entraîne pas toujours ces accidents graves et rapides.

Le secrétaire, Dr Woillez.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Lusignan, 10 janvier 1858.

Monsieur le rédacteur,

L'Union Médicale contient, dans son numéro du 24 décembre dernier, une note de M. Em. Bonnet, interne à l'Hôtel-Dieu de Poitiers et ayant pour titre : *Sur une épidémie d'angine diphthéritique; cas curieux de transmission et d'importation de la maladie.*

Les nombreuses inexactitudes contenues dans cet article ne peuvent être acceptées par les médecins qui ont eu connaissance des faits et qui ont soigné des malades atteints de diphthérite, dans le village de Moulin-Garnier avant l'arrivée de M. Bonnet, dans cette localité. Ce qui prouve, en passant, qu'il n'a pas *donné les premiers soins aux habitants désolés.*

Le village de Moulin-Garnier est distant de Vivône de 7 kilomètres et de Lusignan de 12 à 13 kilomètres. Sept médecins habitent ces deux villes. Moulin-Garnier n'est donc pas tant *éloigné de tout secours médical.*

M. Bonnet, voulant prouver la contagion directe de la diphthérite, ce que je suis loin de contester, dit : « L'exemple que j'ai observé, etc.... Une mère de famille, etc. » Il a voulu dire l'exemple suivant qu'on m'a raconté. M. Bonnet est allé à Moulin-Garnier à la fin de novembre, et la femme Boursier était morte à la fin d'octobre. Je lis que cette femme avait succombé, sans réclamer les soins de personnes éclairées. Je puis affirmer qu'elle a été soignée par un docteur-médecin appelé en toute hâte, dès le début de l'affection, par la charité d'une dame des plus honorables que je connaisse et demeurant à peu de distance de Moulin-Garnier. Ce médecin a répondu immédiatement à l'appel qui lui était fait; il a abandonné des affaires d'intérêt pour aller porter secours à la femme Boursier. Pendant douze jours que sa maladie a duré, le médecin a fait neuf visites. Le premier jour, il a touché les points malades avec de l'alun en poudre, faute de nitrate d'argent; les jours suivants, le nitrate d'argent a été substitué à l'alun; des vomitifs ont été souvent employés, des gargarismes détersifs ont été fréquemment répétés. Le bicarbonate de soude a été pris jusqu'à la dose de 12 grammes par jour. Le mari de cette femme, homme intelligent, secondait parfaitement le médecin. Il y avait, ce me semble, dans les soins donnés à la femme Boursier, plus que *quelques conseils d'un ou de deux médecins éloignés.*

Le doigt indicateur gauche dont parle M. Bonnet était le pouce de la main droite ; la plaie accidentelle recouverte de fausses membranes était une longue incision de la face palmaire de ce même pouce, pratiquée pour le débrider, car il était le siége d'un panaris très douloureux, avec angioleucite. Les bords de cette incision s'étant recouverts de fausses membranes, ont été cautérisés avec le nitrate d'argent, et l'intervalle des lèvres de la plaie a été littéralement comblé avec de l'alun en poudre. Le médecin ayant pratiqué l'incision trois jours après sa première visite, il est évident que ce n'est pas par cette plaie que la femme Boursier a pris son affection. Le panaris avait eu probablement pour cause une piqûre très douloureuse, que la femme Boursier avait traitée, de son chef, en versant dessus quelques gouttes d'eau sédative. Cette piqûre n'a été vue par personne recouverte de fausses membranes, et même, le médecin ne l'a point découverte. C'est alors que la femme Boursier veut cautériser la gorge de sa fille et est mordue par elle précisément, disent les voisins, à l'endroit de la piqûre. Des phlyctènes s'étaient développées à la face dorsale du pouce déjà très tuméfié; elles ont été conservées intactes.

Le prétendu vésicatoire de précaution, qu'elle portait au bras, n'ayant jamais existé, n'a pu se gangréner.

La femme Boursier n'a pas succombé aussi rapidement qu'on le prétend, le lendemain de la mort de sa fille, mais treize jours après.

D'après les renseignements précis que je viens de donner, ai-je besoin d'ajouter que c'est moi qui ai donné des soins à cette victime de l'épidémie? Je n'avais pas soigné sa fille. Et maintenant, pouvons-nous nous écrier, avec M. Bonnet : *Ce fait démontre, sans réplique, la contagion des angines diphthéritiques?*

La troisième victime de l'épidémie était une femme de 65 ans; je suis étonné que M. Bonnet n'en ait pas parlé.

Quant à l'importation de la diphthérite, je lis qu'une petite fille, domestique à Moulin-Garnier, et prise d'angine couenneuse est transportée dans un village voisin, chez son père (à Fouilloux), où elle meurt; que son frère a été atteint du même mal. Ces faits sont exacts, mais ce qui ne l'est pas, c'est de dire que, *peu de jours après, cette dernière localité fut envahie par l'épidémie.* A la date du 2 janvier courant, il n'y avait pas eu un seul cas nouveau, depuis les deux que je viens de citer.

Le père de ces deux enfants effrayé, se rendit dans un village distant d'une lieue (La Roche-de-Marigny), *pour fuir le fléau, mais il mourut au bout de neuf jours, laissant l'angine ravager le village où il était venu chercher un refuge.* Le 2 janvier courant, il n'y avait pas eu, à La Roche, d'autre cas que celui de ce père de famille.

Les vésicatoires de précaution que tous les habitants malades ou non s'étaient placés au bras, sont plus nombreux dans la note de M. Bonnet qu'ils ne l'étaient réellement sur les bras des habitants du village.

J'ai eu le bonheur, dit M. Bonnet, *d'arrêter le fléau; car, trois jours après, quand je me suis retiré, il n'y avait plus que quatre malades.* Y en avait-il un de plus à son arrivée? Il faut admettre qu'une nouvelle épidémie soit venue visiter les pauvres habitants de Moulin-Garnier. En effet, le 26 décembre dernier, à sept heures du matin, j'étais dans ce village, j'y appris que, dans la nuit précédente, un homme de 23 ans, le nommé Berge, venait de succomber à une angine couenneuse; que son frère était pris du même mal; ainsi que la femme Guignard, à laquelle je donnai mes soins. Et, avant cette époque, le 10 du même mois, succombait Désiré Boisseau, 14 ans, atteint de diphthérite, et ayant reçu les soins de M. Bonnet lui-même.

Monsieur le rédacteur, connaissant votre amour pour la vérité, je ne doute pas de votre empressement à accueillir cette lettre favorablement.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Dupuis, d.-m. p.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

De l'insomnie accompagnant la syphilis chronique, par le professeur Sigmund, à Vienne. — Il s'agit d'une insomnie non déterminée par des douleurs ostéocopes, mais se montrant chez des individus anciennement affectés de syphilis secondaire, le plus souvent chez des hommes de 30 à 50 ans, ayant encore des restes peu apparents de l'affection vénérienne, tels que des taches, des tubercules cutanés, de l'engorgement ganglionnaire, de l'inflammation chronique de la gorge, etc., des gens à peau mollasse, jaune, sale. L'anémie n'était bien prononcée que dans quelques cas. Aucun autre état pathologique ne peut être découvert. L'interruption du sommeil se montrait quelques années après la disparition apparente des symptômes syphilitiques, dans un cas même, après un intervalle de onze ans. Toutes les prescriptions hygiéniques et pharmaceutiques, les narcotiques entre autres, étaient sans résultat. Les malades s'endormaient à l'heure ordinaire, mais se réveillaient bientôt, trois à quatre heures après, toujours à la même heure, et ne pouvaient plus retrouver le sommeil. Quelques-uns s'endormaient plus tard, se réveillaient bientôt pour rester éveillés. Un traitement antisyphilitique, le plus souvent mercuriel, enlevait ce symptôme très rapidement; mais il fallait le continuer et le faire suivre d'un traitement diététique approprié, pour obtenir une guérison radicale. — (*Oesterr. zeitschr. f. prakt. heilk,* 1856, n° 41.)

Lavements saturnins contre les hernies étranglées. — Ce traitement a été préconisé depuis longtemps déjà en Allemagne, et, de temps en temps, on en publie des succès. Les docteurs Neuhold et Floegel en ont recommandé de nouveau l'usage dans la *Oesterr. zeitschr. f. prakt. heilk.*, 1856, nos 41 et 51. Le premier donne des lavements froids de 125,00 renfermant 0,25 de sucre de saturne, toutes les deux heures, plus ou moins, selon l'énergie des symptômes; le second les donne à plus haute dose; jamais moins de 1,00, ordinairement 2,00 par lavement de 250,00, répétés au moins toutes les heures. Les bons effets se font bientôt sentir; au bout de deux ou trois heures, la tumeur devient plus petite, molle, moins douloureuse, et rentre spontanément ou cède à un léger taxis. Jamais on n'a observé de mauvais effet du plomb à ces hautes doses. Ce qui diminue un peu la confiance dans ce moyen, c'est qu'on applique en même temps des sangsues et de la glace, ou de l'eau blanche; mais il faut observer que, dans plusieurs des cas relatés, ces applications avaient été faites sans aucun résultat avant l'administration du plomb, et un des malades allait être opéré. On pourrait expliquer ces bons résultats par l'astriction exercée par ce médicament sur le tube intestinal, qui se rétrécit dans tous ses diamètres, et par l'effet paralysant que l'on voit à un si haut degré dans la colique des peintres.

Observation d'un séjour prolongé de mercure métallique dans le tube intestinal, par le docteur Ficinus, à Stolberg. — Ce médecin avait publié, il y a quelques années, une observation de volvulus guéri par l'ingestion de mercure métallique. Le malade en avait pris, le 26 novembre 1852, 250 grammes, en deux doses et à court intervalle, et avait rendu par les selles une quantité approximativement égale, dans les semaines suivantes. Il y a quelque temps, à son grand étonnement et à celui du médecin, il a trouvé dans une selle un globule de mercure métallique, du volume d'une lentille. Cette substance avait séjourné pendant trois ans et neuf mois dans les intestins sans provoquer le moindre dérangement de la santé. Avait-elle été arrêtée dans un diverticule? Le docteur Ficinus garantit l'authenticité du fait; mais il est dommage qu'il n'ait pas été présent au moment de l'expulsion du globule. — (*Allg. med. central-zeit.*, 1856, n° 82.)

COURRIER.

Le *Titre* et la *Table des matières* du tome XI (1857) de l'Union Médicale seront distribués avec le numéro de mardi prochain.

— Notre savant confrère, le docteur G. Borelli (de Turin), chirurgien à l'hôpital des saints Maurice et Lazare, vient de fonder un journal d'ophthalmologie; son premier article est du docteur C. Sperino. Nous faisons des vœux sincères pour le succès de cette publication, qui doit nous mettre au courant des progrès réalisés par l'ophthalmologie en Italie.

— La *Gazetta medica Toscana* change de titre et de format. Elle s'intitulera désormais *lo Sperimentale*, et paraîtra tous les mois, par livraisons de six feuilles in-8°.

Nous portons à la connaissance de nos bienfaisants confrères la situation malheureuse d'un honorable docteur-médecin de Paris, malade depuis plusieurs mois, chef d'une nombreuse et jeune famille, et qui ne peut recourir à l'assistance de l'Association de la Seine, dont il ne fait pas partie.

Les offrandes seront reçues au bureau de l'Union Médicale.

MM. T.	5 fr.
R.	20
Liouville, étudiant . .	5
Rouhier, à Grancey. .	5
de Solaville.	10
Hérard	10
Dumont de Monteux .	5
Audouin, à Beauvoir .	5
Louis.	20
F. Malteste.	5
	90 fr.
Souscriptions antérieures. .	305
Total.	395 fr.

Notice sur l'épidémie de variole et de varioloïde qui a régné à Dunkerque en 1848 et 1849; par le docteur Zandyck. In-8, Paris, 1857. — Prix : 1 fr. 50. Chez Labé, libraire.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 10. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 26 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dans l'une des dernières séances, M. Danyau avait fait une présentation intéressante en ces termes :

J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, au commencement de cette année, deux enfants nouveau-nés qui, expulsés spontanément, malgré le rétrécissement notable du bassin, avaient eu la partie du crâne en rapport avec l'angle sacro-vertébral fortement déprimée par cette saillie, et n'en étaient pas moins en très bon état plusieurs jours après leur naissance. Je présentais ces cas intéressants non seulement comme des exemples d'enfoncement, mais encore comme des exemples de fracture. La Société se rappelle sans doute que la dernière partie de cette proposition fut combattue, pour l'un des cas au moins, par plusieurs de nos collègues qui ne voulurent admettre qu'une dépression sans fracture. J'objectai que, dans tous les cas où, l'enfant ayant succombé, j'avais pu faire l'autopsie, j'avais toujours trouvé, malgré les apparences d'un enfoncement simple, une fracture au moins de la table interne. Je mets sous les yeux de la Société une pièce qui confirme ce que j'avais avancé à cette époque. C'est le frontal droit d'un enfant qui, moins heureux que ceux que je vous ai présentés, n'est pas né naturellement, a dû être extrait avec le forceps, et qui, rappelé par des soins convenables de l'état de mort apparente dans lequel il se trouvait à sa naissance, n'en a pas moins succombé, au bout de vingt-quatre heures, à une apoplexie méningée considérable, résultant à la fois d'un long travail et de l'opération pratiquée pour le terminer.

L'enfant se présentait en position occipito-iliaque droite antérieure fortement inclinée, et, pendant l'extraction, le frontal droit était en rapport avec l'angle sacro-vertébral. Cette portion du crâne ne put dépasser la saillie osseuse sans s'enfoncer. Je sentis parfaitement, pendant l'extraction, l'os céder, et un petit craquement se fit entendre. A la naissance, on reconnut, sur la partie moyenne du frontal droit, loin des traces laissées sur les parties molles par les cuillers du forceps, un enfoncement dont le grand diamètre, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait 3 centimètres environ d'étendue. Quoique rien n'indiquât positivement une fracture et qu'on pût croire qu'il ne s'agissait que d'une simple dépression, je me prononçai pour une fracture au moins de la table interne de l'os. C'est, en effet, ce que l'examen de la pièce démontre. La table externe est restée intacte ; la table interne présente trois petites fractures, situées les unes au-dessus des autres, sur la saillie que l'os enfoncé fait du côté de la cavité crânienne ; une quatrième à la partie inférieure, où la table interne est comme écrasée ; enfin, une cinquième, non soupçonnée pendant la vie, à l'angle supérieur, et qui comprend toute l'épaisseur de l'os, et a environ 1 centimètre de longueur. Au niveau de la saillie formée par l'os enfoncé, la dure-mère était décollée dans une très petite étendue, et quelque peu de sang liquide était épanché. La crête saillante du frontal avait déprimé la substance cérébrale, d'ailleurs restée saine.

Dans la séance suivante, M. Voillemier a montré une pièce semblable. C'est le crâne d'un enfant nouveau-né, dont le coronal est fracturé longitudinalement dans toute sa hauteur, à 2 ou 3 millimètres à droite de la suture, encore membrane, qui sépare les deux moitiés de cet os. Ce qui différentie surtout ce fait de celui de M. Danyau, c'est l'étiologie de l'accident, car, dans le cas de M. Voillemier, la fracture a été produite par la pression du forceps.

Dans cette même séance, M. Giraldès prenant la parole à l'occasion du procès-verbal, revient sur le traitement des anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu par les injections de perchlorure de fer, et demande ce qu'est devenu ce malade, à qui Dupuytren avait lié une carotide, et à qui, tout récemment, l'autre carotide a été liée par M. Robert.

M. Huguier, en l'absence de M. Robert, donne des renseignements sur ce malade qu'il a observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de son collègue.... A la suite de la ligature de la seconde carotide, il ne survint aucun accident immédiat ; les ulcères du cuir chevelu cessèrent de fournir du sang, et se cicatrisèrent entièrement. La tumeur s'affaissa beaucoup, et la plaie du cou marcha rapidement vers la guérison. Le jour de la chute de la ligature, une petite hémorrhagie survint, mais elle fut facile à arrêter, et quatre jours après la plaie du cou se referma entièrement. On ne sentait plus de battements dans la tumeur.

Le malade était donc considéré comme guéri, lorsqu'il fut pris de diarrhée ; on lui conseilla de sortir de l'hôpital, et il retourna chez lui.

Jusque-là tout était fort satisfaisant ; mais, un jour, nous apprîmes que le malade venait de mourir chez lui subitement, emporté par une apoplexie foudroyante ; cette cause de mort, chez un individu dont les deux carotides étaient imperméables, aurait eu besoin d'être vérifiée par l'autopsie ; mais les parents du défunt s'y opposèrent.

M. Broca ne s'étonne pas de ce genre de mort, qu'il avait signalé comme possible, lorsque M. Robert présenta son malade à la Société de chirurgie, et manifesta l'intention de lier la carotide primitive. Les accidents cérébraux sont déjà très communs à la suite de la ligature d'une seule carotide ; M. Norman Chevers, il y a douze ans, en a publié 15 cas, et aujourd'hui M. Broca en connaît 22. Tous ces malades ont succombé, à l'exception de deux. Le début des accidents, tantôt immédiat, tantôt plus tardif, tantôt brusque, tantôt graduel, s'effectue le plus souvent avant la fin de la première semaine ; mais on l'a vu ne survenir qu'au bout de deux mois, et même de soixante-neuf jours.

Si la ligature d'une seule carotide fait craindre de pareils accidents, les craintes doivent être bien plus grandes encore lorsqu'il s'agit de lier la seconde carotide à un malade qui a déjà subi la ligature de la première. Quant à l'opposition qui paraît exister entre la cause et l'effet, c'est-à-dire entre la ligature des deux carotides et l'apoplexie, ou tout autre accident analogue, elle n'existe pas en réalité. Il ne faut pas oublier qu'après cette double ligature la circulation céphalique n'est plus entretenue qu'au moyen des deux vertébrales ; le sang qui revient à la face, à la voûte du crâne, à la partie supérieure du cou, doit, avant tout, traverser les anastomoses intra-crâniennes qui existent entre les vertébrales et la carotide interne. Les artères de la base du cerveau subissent donc une dilatation énorme. Avec un pareil accroissement de la circulation cérébrale, il n'est pas étonnant que des congestions ou des épanchements aient de la tendance à se manifester dans l'encéphale.

M. Broca répète, en terminant, que la méthode d'Anel n'est qu'un palliatif impuissant dans le traitement des anévrysmes cirsoïdes, et que la méthode par excellence, en pareil cas est celle des injections coagulantes.

M. Forget communique à la Société une note qui lui a été adressée par M. le docteur Ferrand (de Mer), relative à la curabilité du cancer. Voici un extrait de cette note :

Feuilleton.

DE LA REVACCINATION.

Au moment où la question de la revaccination est mise à l'ordre du jour par la Société de médecine des hôpitaux, on nous permettra d'attirer l'attention des lecteurs de l'UNION MÉDICALE sur deux brochures éminemment propres à les renseigner sur tout ce qui touche à ce sujet intéressant. Ces brochures sont d'abord la thèse de M. le docteur COUROT, ancien interne des hôpitaux de Paris (*Recherches sur la revaccination ;* thèses de Paris, 19 avril 1855) ; puis un mémoire de M. le docteur Henri GINTRAC, professeur-adjoint de l'École de médecine de Bordeaux, et médecin des épidémies du département de la Gironde (*Sur une épidémie de variole arrêtée dans sa marche par des vaccinations et des revaccinations générales.* — Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1857.)

M. Courot envisage la question dans tous ses détails jusques et y compris le côté historique qu'il expose avec le plus grand soin. Ne se bornant pas à rechercher seulement ce qui touche directement à la revaccination, il s'occupe, en outre, de la variole, et s'efforce de préciser, à l'aide de documents authentiques, à quelle époque cette maladie a fait pour la première fois son apparition dans les diverses parties du globe. Il la montre étendant rapidement ses ravages sur toutes les populations, et exerçant une influence si désastreuse, qu'on a pu lui attribuer un treizième ou même un dixième des décès survenus dans les contrées qu'elle ravageait. Partout l'art et la science étaient impuissants à la combattre, et nul ne songeait à s'opposer à son développement à l'aide d'un traitement prophylactique ou préventif, lorsque les vieilles femmes chargées de pourvoir les harems orientaux, eurent l'idée d'inoculer la variole, dont la qualité contagieuse était bien connue, aux jeunes Géorgiennes qu'elles destinaient aux honneurs du sérail. Leur seul but, en agissant ainsi, était de se dispenser d'entourer de leurs soins celles dont la beauté serait altérée par les traces de la maladie, et de s'éviter, pour la suite, l'incertitude et la perplexité dans lesquelles les laissait continuellement la crainte de voir leur belle et précieuse marchandise s'avarier au moment de la livraison. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que cette manière de faire, tout en donnant aux sujets une immunité complète pour l'avenir, les exposait, pour le présent à des accidents moins sérieux que si l'on eût laissé la maladie se développer spontanément. En dépit donc de l'impureté de son origine, l'inoculation ne tarda pas à prendre droit de cité dans la science et la pratique de l'art, et l'on est forcé de reconnaître que, pendant de longues années, elle a pu rendre d'incontestables services à l'humanité. Si elle est aujourd'hui complétement abandonnée et regardée même comme dangereuse, c'est que nous possédons un moyen de préservation presque aussi efficace et surtout beaucoup plus innocent, la vaccine.

Tout en reconnaissant qu'un certain nombre d'indices antérieurs avaient pu mettre Jenner sur la voie de son admirable découverte, M. Courot n'hésite pas à lui accorder tout le mérite de cette magnifique invention ; car, à lui seul, il a su coordonner tous les faits propres à en démontrer l'efficacité ; seul il a institué dans ce but de nombreuses et fécondes expériences ; seul, enfin, il a lutté avec toute l'énergie d'une conviction profonde pour répandre cet immense bienfait parmi les populations. Sauf un petit nombre d'exceptions si rares qu'on doit à peine en tenir compte, on n'en est plus à contester l'efficacité de la vaccine, et M. Courot ne voit la possibilité de lui adresser qu'un seul reproche, celui de ne pas préserver d'une façon complète et définitive les sujets qui ont été une fois soumis à son influence. Mais cette immunité existe bien incontestablement pendant un temps plus ou moins long, et une mesure bien simple peut la faire récupérer à ceux qui l'ont perdue : il suffit de les soumettre à une nouvelle vaccination.

Cette revaccination, dont l'utilité est je ne dirai pas méconnue, mais insuffisamment démontrée en France, se pratique d'une manière officielle, et avec le plus grand succès, en Prusse et en Bavière depuis 1831, en Russie et en Danemarck depuis 1833. C'est parce qu'il désirerait ardemment voir une semblable mesure appliquée en France, que M. Courot s'efforce d'en démontrer les avantages. Son travail est divisé en trois chapitres ; le premier a pour but de démontrer l'utilité de la revaccination ; les suivants sont destinés à exposer les modifications que peuvent exercer sur cette opération les divers états physiologiques ou pathologiques, sous l'influence desquels les sujets peuvent être placés au moment où on la leur pratique. Ce qui donne surtout un grand poids à la parole de l'auteur, c'est que son travail est le résumé de nombreuses et attentives observations, suivies avec le soin le plus scrupuleux pendant une année entière dans un des principaux services des hôpitaux de Paris (celui de M. Gendrin à la Pitié), où tous les malades entrants sont irrémissiblement soumis à la revaccination. M. Courot a donc pu pratiquer un total de 1,140 revaccinations (1) sur des sujets qui sont restés plus ou moins longtemps sous ses yeux, et qui, pendant ce temps, ont été exposés à des influences morbides plus ou moins diverses.

Lorsque notre collègue entreprend d'établir, par une démonstration rigoureuse, l'utilité pratique de la revaccination ; il croit devoir lutter bien plutôt contre la tiédeur de ses partisans que contre les oppositions d'adversaires peu nombreux. Néanmoins, il expose avec une grande netteté toutes les objections qui lui ont été opposées, et les réfute d'une façon péremptoire. Tous les médecins connaissent le peu de valeur de ces objections ; nous n'entreprendrons donc pas de les énumérer, et nous nous bornerons à signaler les plus spécieuses ; ce sont : la crainte d'inoculer des maladies contagieuses, ou la variole elle-même, surtout si l'on revaccine en temps d'épidémie ; et la crainte non moins chimérique de voir la variole fâcheusement influencée, troublée dans sa marche régulière par une vaccination intempestive pratiquée pendant la période d'incubation de la maladie. Ces objections, qui pourtant sont capitales, ne tiennent pas devant les démonstrations de M. Courot, et nous verrons plus loin qu'elles sont surabondamment réfutées par les expériences de M. Gintrac. — A côté de ces craintes si vaines, si illusoires, que de raisons militent en faveur de la revaccination ! Et en premier lieu, l'innocuité de cette petite opération, on pourrait même dire la nul-

(1) Avant d'aller plus loin, expliquons pourquoi ce chiffre de 1,140 ne se retrouve pas comme total au bas de tous les tableaux statistiques contenus dans la thèse de M. Courot. Il y a là une petite irrégularité qui pourrait embarrasser bien des lecteurs, comme elle nous a embarrassé nous-même ; nous en avons donc demandé la raison à l'auteur, et il nous a répondu : « Voici la clef de ces » anomalies apparentes : 1° le total 1,140 relatif aux influences des saisons est » le plus élevé, parce qu'il m'a toujours été facile de retrouver l'époque précise » de la revaccination ; — 2° le total 1,114 est moindre parce que, dans le nombre des revaccinés, il en est quelques-uns dont le sexe n'a pas été indiqué ; » — 3° le total 1,105 est moindre encore, parce qu'il ne comprend que les revaccinés au-dessus de 10 ans ; — 4° enfin le dernier total 732 est, de tous, le plus » modeste, parce qu'il s'est rencontré des maladies dont le diagnostic était » incertain, et dont je n'ai pas dû tenir compte. »

« . . . . . Je crois à la guérison du cancer, dit M. Ferrand, même du cancer de la bouche; je suis convaincu que si l'opération était toujours faite dans des conditions favorables, les succès seraient beaucoup plus nombreux.

» Autant j'approuve les opérations hâtives faites avant l'engorgement des ganglions du voisinage, autant je repousse avec énergie ces opérations hasardées qui compromettent l'art sans profit pour l'humanité. C'est dire que j'opère le cancer isolé, circonscrit, et que je ne touche jamais au cancer mal limité, dont les racines ont déjà envahi les tissus voisins.

» Le 3 juin 1857, je fus appelé à Muides pour visiter la femme Parreau Boucher, âgée de 48 ans. Cette femme porte sur le bord droit de la langue, à la partie moyenne, un petit champignon dur, saignant au toucher, qui a commencé à paraître il y a six mois environ. C'était, au début, dit la malade, une petite verrue qui a toujours augmenté: aujourd'hui, cette tumeur est grosse comme une aveline, elle occasionne de la gêne et quelques douleurs lancinantes. Je l'enlève avec le bistouri, et je cautérise fortement avec le nitrate acide de mercure. Après l'ablation, j'incise la tumeur; son tissu est d'un blanc rosé, dur, lardacé, criant sous le scalpel.

» Un mois après, je revois la malade, qui me dit que son mal est revenu; je constate, en effet, qu'il a même pris du développement. Après m'être assuré que les ganglions sous-maxillaires sont sains, j'enlève avec les ciseaux à bec-de-lièvre non seulement le champignon saillant, mais encore le noyau dur qui lui sert de base et qui pénètre dans le tissu de la langue.

» Une forte cautérisation avec le nitrate acide de mercure arrête l'hémorrhagie; je renouvelle cette cautérisation tous les deux jours pendant une semaine.

» La cicatrisation s'est opérée, et aujourd'hui la malade paraît guérie.

» Cette observation est de date trop récente pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y aura pas de récidive; mais je ne perdrai pas cette femme de vue, et je ferai connaître plus tard à la Société le résultat définitif de cette opération.

» Le fait suivant, quoique touchant moins directement à la question, me semble aussi offrir quelque intérêt :

» Le 8 novembre 1851, j'ai été consulté par le nommé Legendre, atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure. Le mal intéresse la lèvre tout entière; il dure depuis quelques années. Legendre a été soigné par une foule de guérisseurs de campagne; il a été opéré, en 1850, par un médecin, qui n'a fait qu'ébarber le mal avec des ciseaux.

» Cet homme était dans la force de l'âge (40 ans environ); il avait un beau teint, et jouissait d'une santé parfaite. Les ganglions sous-maxillaires étant sains, je me décidai à l'opérer.

» J'enlevai tout le mal avec le bistouri, en faisant une incision en V renversé, partant des commissures labiales et se terminant au bas du menton, je réunis au moyen de la suture entortillée.

» Legendre guérit sans difformité; il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. L'opération date de six ans; il n'y a pas apparence de récidive. »

M. Marjolin présente un garçon âgé de 12 ans environ, et présentant un vice de conformation assez rare. Toute la paroi supérieure de l'urètre manque, de telle sorte qu'on peut voir la membrane muqueuse dans toute son étendue jusqu'au-dessous de la symphyse du pubis. En cet endroit, la peau, qui est à peine couverte de poils, forme une sorte d'arcade à concavité inférieure, puis se porte de chaque côté le long des corps caverneux jusqu'au frein; toute la portion de peau qui correspond au prépuce se trouve plissée, et en quelque sorte agglomérée au-dessous du gland.

Dans ce cas, qui diffère complétement de l'exstrophie vésicale, il y a ceci de remarquable :

1° C'est que la symphyse pubienne ne présente aucun écartement;

2° Le vérumontanum et l'ouverture des conduits éjaculateurs, qui, habituellement, dans les cas d'exstrophie de vessie, occupent la fosse naviculaire, sont situés, suivant toute probabilité, à leur place normale. Une petite sonde d'enfant introduite dans le petit pertuis sous-pubien démontre que la vessie a une capacité assez grande. Lorsque l'enfant est debout, l'urine s'écoule involontairement; mais lorsqu'il est couché, l'urine peut être retenue toute une nuit dans la vessie.

Si on fait alors uriner l'enfant debout, on remarque que l'urine peut être retenue deux ou trois secondes, puis elle est projetée assez vivement en avant, à 20 centimètres et plus du méat urinaire; seulement elle forme non un jet cylindrique, mais un jet irrégulier et en nappe. M. Marjolin pense que ce vice de conformation n'entraînant pas nécessairement l'impuissance, il serait inutile de vouloir tenter une opération autoplastique qui n'empêcherait, d'ailleurs, pas l'incontinence de l'urine. Il croit qu'il faut se contenter d'appliquer un appareil de compression, à cette seule fin d'empêcher l'enfant d'être mouillé lorsqu'il marche.

DERMATOLOGIE.

DES ANDERS;

MALADIE SE COMMUNIQUANT DU BOEUF A L'HOMME ET TRÈS PROBABLEMENT DE L'HOMME A L'HOMME.

Travail lu à la Société de médecine de Limoges, dans sa séance du 9 novembre 1857,

Par le docteur Lemaistre, de Limoges.

Si la médecine a fait table rase d'un grand nombre de maladies réputées jadis comme contagieuses de l'homme à l'homme, elle a encore bien d'avantage rétréci le cercle des maladies qui se transmettent par le contact des animaux à la race humaine. Ainsi, sauf la rage, le farcin, le charbon, la gale et le cowpox, on ne trouve plus aucune maladie notée par les auteurs, que les animaux puissent nous transmettre. Il en existe une, néanmoins, bien connue de presque tous les paysans de nos contrées, qui se communique très bien du bœuf à l'homme.

Permettez-moi de vous en dire quelques mots.

Cette maladie a, parmi les gens de la campagne, le nom *endaï* en Limousin et *anders* en Auvergne.

Comme ce dernier nom se rapproche plus du français que le précédent, c'est lui que j'emploierai pour désigner l'affection.

Les anders, chez l'homme, n'ont point le même aspect que chez les animaux.

Chez ceux-ci, dont le derme est recouvert de poils et plus épais que chez nous, les caractères sont différents.

Vous constatez bien des anneaux, de larges plaques rondes, mais vous n'y apercevez point ces teintes rouges qu'on rencontre dans la race humaine.

De plus, la chute des poils là où ils existent, leur donne un aspect tout particulier.

Du reste, voici la description de la maladie dans la race bovine. Nous examinerons plus loin les anders dans la race humaine.

Symptômes chez le bœuf. — Un premier bouton se forme, gros comme un grain de blé.

Il suppure bientôt et fournit un liquide jaune roussâtre, un peu trouble, qui produit une croûte. Cette croûte qui, d'un peu loin, offre l'aspect d'une pustule d'impétigo, s'enlève facilement avec les doigts, et au-dessous la peau est sèche, tuméfiée et un peu rugueuse.

Tout autour de ce premier bouton, se forme un anneau de petits boutons, qui ne suppurent point, mais s'exfolient en écailles furfuracées.

Cet anneau va grandissant peu à peu, et faisant tomber tous les poils.

Il reste constitué par une saillie de la peau d'un aspect blanc grisâtre, dépourvue de poils et s'exfoliant continuellement. Rarement ces anneaux dépassent la dimension d'une pièce de cinq francs.

Deux ou plusieurs anneaux se réunissent quelquefois ensemble. Ainsi donc, la maladie a un aspect différent suivant sa durée : au début, c'est un bouton en suppuration; bientôt arrive une croûte jaunâtre sèche; plus tard, c'est un cercle en desquamation; en dernier lieu, la peau reste lisse et glabre.

Un grand prurit existe au niveau des anders, et les animaux se frottent continuellement.

Cette maladie a son siége de prédilection à la tête, à la face et au cou, rarement ailleurs.

C'est ainsi qu'on les rencontre souvent sur le front, au pourtour des yeux, au voisinage des naseaux et sur les parties latérales du cou.

Et ce qu'il a de singulier, c'est que cette maladie n'affecte presque toujours qu'une moitié du corps, tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche de la tête, de la face et du cou.

Marche, durée, terminaison. — La marche de la maladie par place est envahissante; chaque anders a trois phases : c'est une pustule au début; bientôt une surface en exfoliation; plus tard, ce n'est plus qu'une plaque lisse et dépourvue de poils.

Outre sa marche par places, cette maladie offre une série d'évolutions de plaques successives.

Ainsi, presque toujours, on constate un certain nombre de plaques chez le même individu; seulement les plaques ne suivent pas en même temps leurs différentes périodes.

Pendant qu'un anders n'est qu'au début, l'autre est en pleine voie de progrès, un autre est à sa fin.

Chaque anders met environ un mois pour suivre toutes ses phases, mais les animaux gardent bien plus longtemps cette maladie, c'est-à-dire une évolution de plaques successives.

En général, l'affection est plus tenace en hiver qu'en été; on peut même dire que les bêtes qui en sont atteintes en automne ne guérissent qu'au printemps.

Nous l'avons déjà dit, la maladie se termine par la chute des poils, la peau reste alors quelque temps lisse, mais peu à peu les poils repoussent, et la maladie est guérie.

Diagnostic. — Je ne suis point assez versé dans la connaissance des maladies de la peau des bêtes à cornes, pour pouvoir établir ses rapports ou ses différences avec d'autres affections semblables, si par cas il en existe; je crois, néanmoins, que le caractère de pustule au début, la forme arrondie avec chute des poils, sont des caractères assez distincts pour pouvoir faire différentier l'affection des autres maladies de la race bovine.

---

lité de ses effets chez les individus qui sont encore placés sous l'influence favorable d'une bonne vaccine antérieure, comparée à son efficacité bien incontestable, pour prévenir une invasion prochaine de la maladie, surtout en temps d'épidémie, ou si le sujet est exposé à se trouver en contact avec des varioleux.

Resterait donc à déterminer au bout de combien de temps on doit revacciner? Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, rien n'est plus difficile à indiquer d'une façon rigoureuse que l'instant précis auquel la première vaccination cesse de faire sentir sa bienfaisante influence pour laisser le sujet exposé à toutes les chances de maladie contre lesquelles elle l'avait jusque-là protégé. Il faut donc s'abandonner ici un peu au hasard, et, comme il n'y a aucun inconvénient à faire une tentative inutile, rien n'empêche de renouveler la vaccine à des époques assez rapprochées, le succès ou l'insuccès de ces tentatives répétées pouvant seul nous faire savoir si l'individu est ou non arrivé à la période de *réciptivité*, pendant laquelle il est apte en même temps et à contracter la variole et à pouvoir subir de nouveau l'inoculation vaccinale. Ceux qui ne seraient pas convaincus de l'utilité de ces revaccinations rapprochées et ne croiraient pas, avec Dezeimeris, « qu'il vaut mieux dépasser » l'utile que de rester en deçà du nécessaire » pourraient, d'après les conseils de M. Courot, se contenter de revacciner une fois tous les quinze ans. L'expérience lui a, en effet, appris que bien rarement la revaccination réussit avant la dixième année, tandis que, plus tard, elle est très souvent efficace. Ainsi, sur 1,105 essais faits sur des adultes, 602 fois seulement la revaccination n'a pas donné lieu à la production de pustules, encore l'auteur range-t-il parmi ces 602 insuccès tous les cas dans lesquels les malades sont sortis prématurément de l'hôpital.

La revaccination peut être pratiquée efficacement à tous les âges, et même dans l'extrême vieillesse, car huit tentatives faites entre 70 et 80 ans ont donné quatre succès. A propos des âges, M. Courot trace les règles suivantes : « On peut avoir recours à la revaccination dans l'enfance, » mais seulement à titre confirmatif et pour procurer une entière sécu- » rité, relativement à la variole; elle ne présente quelque chance de » réussite que lors de l'adolescence, dix ou douze ans après une pre- » mière vaccination. D'ailleurs, on n'est guère exposé, à cet âge, qu'à » une varioloïde légère; aussi, le plus souvent, on n'obtient qu'une pus- » tule vaccinale modifiée. A l'âge de 20 ans, les succès de la revaccina- » tion s'accroissent très notablement; assez souvent, à cette époque de » la vie, on est pris d'une varioloïde qui ne laisse pas d'être grave. Quant » à la revaccination, elle produit tantôt une vaccine modifiée, se rap- » prochant, par sa marche, de la vaccine légitime, tantôt une vaccine » légitime. A 35 ou 40 ans, les succès de la revaccination augmentent » encore, et très souvent on obtient une vaccine légitime. Enfin, dans » le dernier tiers de la vie, la revaccination est un peu plus souvent sans » résultat; mais, si la vaccine prend, il survient presque toujours des » pustules vaccinales légitimes très belles. » Relativement au sexe, la revaccination réussit mieux chez la femme que chez l'homme, et, quand elle y réussit, elle fournit plus souvent des pustules de vaccine modifiée (sur 628 hommes, 321 insuccès; sur 486 femmes, 280 insuccès). L'été et le printemps semblent être plus favorables que l'automne et l'hiver au succès des revaccinations.

L'auteur n'a pas trouvé, comme l'avait avancé M. Taupin, que les maladies aiguës aient la propriété de suspendre l'évolution de la pustule vaccinale jusqu'à l'époque de la convalescence, mais il a remarqué que le succès relatif de la revaccination est plus rare pendant la période d'état, et que la vaccine produite alors est moins souvent modifiée. Si, au contraire, la revaccination est pratiquée seulement lors de la convalescence, elle réussit plus souvent, mais en donnant aussi plus souvent lieu à une éruption modifiée. En dehors de cette particularité, nulle influence réciproque ne s'exerce entre la revaccination et les maladies aiguës, et la seule conséquence pratique que l'on puisse en tirer est la recommandation de ne pas tenter l'inoculation, soit au début, soit pendant la période d'état des maladies aiguës, mais d'attendre le commencement de la convalescence. — Les maladies chroniques fournissent proportionnellement un peu plus de succès que les affections aiguës. Parmi ces dernières, les états morbides dus à l'introduction d'un principe septique dans l'économie présentent le plus grand nombre d'insuccès. — Les diathèses, au contraire, augmentent plutôt qu'elles n'amoindrissent les succès de l'opération. — De toutes les maladies, celle dans le cours de laquelle on a noté le plus grand nombre de succès est l'hémorrhagie cérébrale (17 sur 21 tentatives). — Enfin, l'auteur admet, avec Bousquet, que les épidémies varioleuses accroissent sensiblement les succès de la revaccination, et cette manière de voir l'engage à « insister d'une façon toute particulière sur l'urgence qu'il y a à revac- » ciner en temps d'épidémie par ce triple motif : 1° on augmente les » chances d'une opération qui pourra trouver son utilité, ne serait-ce » que plus tard; — 2° on peut espérer légitimement prévenir le mal, » alors qu'il est le plus imminent; — 3° enfin, on aura l'espérance d'étein- » dre ou du moins de restreindre une maladie régnante. »

C'est ce dernier espoir qui a plus spécialement animé M. le docteur H. Gintrac, et il a vu le succès le plus complet répondre à son attente. — En 1854, une épidémie de variole sévissait sur une petite commune du département de la Gironde, représentant une population de 2,600 habitants environ (Gujan, canton de la Teste). — Elle y avait été importée par une jeune femme de 26 ans, qui avait cependant été vaccinée dans son enfance. La mère de cette première malade ne tarda pas à être contagionnée en lui donnant des soins, puis la variole se propagea dans toute la localité d'une façon si rapide, que la première malade ayant été atteinte vers la fin du moins d'octobre 1853, on comptait 180 varioleux au mois de janvier 1854, et que le 10 février suivant, le nombre des sujets affectés s'élevait à 260, c'est-à-dire au dixième de la population. Les hommes et les femmes vaccinés, ceux-là mêmes qui ont eu déjà une première fois la variole, paient un tribut presque égal à l'influence épidémique, et cependant, chose vraiment remarquable, le fléau, tout en sévissant sur le reste de la population, épargne d'une manière générale les enfants âgés de moins de 12 ans s'ils ont été vaccinés une première fois, et seuls ils peuvent séjourner impunément au milieu du foyer dans lequel est concentré le principe morbide qui frappe indistinctement sur tous les autres habitants.

Pendant toute l'épidémie, la variole a été d'autant plus intense, que les individus étaient plus avancés en âge, c'est-à-dire plus éloignés de l'époque où ils avaient subi l'influence vaccinale. De plus, il a été constaté que, en général, la variole des vaccinés était sensiblement modifiée, essentiellement moins grave. Elle durait moitié moins qu'une variole ordinaire; elle n'avait de celle-ci que les prodrômes et les commencements jusqu'à la suppuration. Parvenue à ce point, elle s'arrêtait et arrivait immédiatement à la dessiccation; les forces semblaient lui manquer pour pousser plus loin. Jamais elle n'a été suivie de mort.

Cette épidémie régnait abondante et libre, frappant tous les jours un grand nombre d'individus, ne ménageant, comme nous venons de le dire, et encore d'une façon relative, que ceux précédemment vaccinés,

Pronostic. — Cette maladie n'est point grave, elle est purement locale, et n'offre point de symptômes généraux.

Les animaux atteints ne dépérissent point.

Les anders offrent ce seul inconvénient, que les acheteurs ne veulent point, en général, des animaux qui en sont atteints, parce qu'ils savent que l'affection est contagieuse, et ont peur qu'elle ne se transmette au reste du bétail, voire même à eux-mêmes.

En hiver, la maladie suit toute l'étable ; il n'en est pas de même en été, elle se communique moins, et les animaux atteints en guérissent.

Causes. — Tous les gens de la campagne qui connaissent la maladie, la regardent comme contagieuse, du moins tous les gens qui ont eu à soigner des animaux atteints des anders.

Cette opinion générale doit bien être prise en considération; mais voyons des faits.

Un homme possède trois veaux âgés de 7 à 8 mois ; ils sont parfaitement sains, et pas un poil ne leur manque.

Cet homme va à la foire en avril, et achète deux veaux, l'un sain, l'autre atteint des anders.

En achetant ce dernier, il lui fut dit par le vendeur que si il mettait ces deux veaux ensemble, le malade infecterait l'autre.

Le paysan n'en crut rien et mit ses veaux ensemble.

Quinze jours après, ses cinq veaux avaient les anders.

Ce même homme, quelque temps après, acheta encore deux veaux, mais il les mit dans une étable à part.

Ces deux dernières bêtes ne furent pas atteintes.

Les cinq veaux malades gardèrent la maladie jusqu'en été. Alors elle diminua, les poils repoussèrent, mais la plaque resta en exfoliation jusqu'en juin, qu'ils furent vendus.

Un enfant, âgé de 2 ans, allait souvent dans leur étable, s'approchait tellement d'eux, qu'il recevait leur haleine sur la figure, et même était léché quand il leur donnait quelques brins de paille à manger. En peu de temps la joue droite de cet enfant fut atteinte d'une plaque circulaire rouge, qui dura longtemps.

La pommade au précipité blanc parut un moment atténuer l'affection ; néanmoins, pendant six mois, la rougeur persista avec de très légères gerçures. Ce fait prouve la contagion des animaux entre eux, et des animaux à l'homme.

Sur un seul fait, on ne doit pas conclure.

J'ai interrogé beaucoup de cultivateurs, non seulement de la Haute-Vienne, mais encore des pays limitrophes, de l'Auvergne, par exemple; ils regardent tous cette maladie comme contagieuse. Tous m'ont affirmé qu'elle se communiquait entre les animaux à cornes et que l'homme chargé de les soigner était sûr, une fois ou l'autre, d'en être atteint.

Ainsi le père de l'enfant plus haut cité m'a affirmé que, cinq ou six fois pendant sa vie, il avait été affecté des anders; que constamment les animaux les lui avaient communiqués et que jamais il n'en avait eu sans que les animaux en présentassent.

De plus, comme il soignait seul le bétail, seul il en avait été affecté.

Une femme de l'Auvergne m'a affirmé les mêmes particularités. Les anders, dans son pays, se communiquent très bien d'une bête à corne à une autre et de la race bovine à la race humaine, car, elle aussi en a été atteinte ; elle en a même gardé assez longtemps une plaque au milieu des reins. Mais quelle en est la cause, la cause directe en vertu de laquelle un premier animal est atteint ?

Le 23 février 1855, à la campagne de M. Ateria, à Pierrefiche, on m'a montré trois animaux atteints des anders.

La maladie a débuté par un jeune veau qui est né dans l'étable. Une génisse ensuite a été atteinte et puis une vache.

La vache était à côté du veau, la génisse était en face, de l'autre côté de l'étable.

La génisse et le veau ont peu de communications ensemble.

Y a-t-il eu de la contagion ou simplement de l'endémie, dans ce cas ? C'est ce que je ne saurais dire.

Quelle est la cause qui a déterminé l'évolution de la maladie chez le veau ? C'est ce que je n'ai pu découvrir.

A-t-il été à quelque foire où elle lui aura été communiquée ? Ou bien s'est-elle développée spontanément chez lui ?

De tout ceci il reste évident, pour nous, que la contagion joue un grand rôle dans cette affection.

Age. — Il paraît que, plus l'animal est jeune, plus il est sujet à être atteint des anders.

Ainsi, quand une vache a un veau, celui-ci a fatalement la maladie quand la mère en est atteinte.

Le contact prolongé y est bien pour quelque chose dans ce cas ; néanmoins, les vaches et les bœufs y sont moins sujets que les veaux, et la maladie n'y fait pas autant de progrès.

On m'a cependant cité une vache qui avait gardé l'affection pendant plus d'un an.

Saisons. — L'hiver, les anders suivent toute l'étable ; la maladie, en été, a de la tendance à guérir, et toute l'étable n'en est pas atteinte.

Traitement. — Les gens de la campagne emploient, pour guérir les anders, les traitements les plus divers, comme ils font du reste pour eux-mêmes ; les uns ont recours au miel, les autres à l'eau salée, d'autres à la suie.

Je ne dirai rien de l'efficacité de ces agents thérapeutiques ; je ne m'en suis pas occupé.

DES ANDERS CHEZ L'HOMME.

Je n'ai point pu saisir la maladie à son début, aussi n'en parlerai-je pas. Je ne m'occuperai que de l'affection alors qu'elle est développée.

Vue de loin, c'est une plaque d'un rouge vif, avec saillie légère au-dessus de la peau. Cette plaque, à contours arrondis, varie, pour la grandeur, d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs.

Si on l'examine de près, on la voit constituée par une série de petits boutons rouges, avec une légère exfoliation à la surface. Ces boutons sont, en général, d'un rouge un peu plus vif à la périphérie qu'au centre.

Un prurit très considérable se développe dans ces plaques d'anders vers le soir, quand on se couche, ou encore quand on les chauffe, quand on les gratte, qu'on les mouille ou qu'on sue.

La maladie est purement locale, et n'offre aucun symptôme général.

Son siége de prédilection est la face, les avant-bras et le dos des mains.

La durée est variable depuis un jusqu'à plusieurs mois.

La guérison a toujours eu lieu dans les cas observés par moi.

Cette affection ne me paraît offrir aucune gravité ; elle est seulement importune pour le malade, en ce qu'elle se voit et qu'elle lui cause du prurit.

Causes et traitement. — Dans les observations citées plus haut, on a pu voir que la contagion des animaux à l'homme était une cause de la maladie. Cette cause est-elle la seule ? Cette affection nous vient-elle toujours des animaux, ou bien a-t-elle quelquefois son point de départ chez l'homme ?

J'ai vu tout récemment chez un boucher trois plaques analogues à celles que je viens de décrire. Elles étaient situées aux avant-bras. La cautérisation au nitrate d'argent les a fait rapidement disparaître.

Il est probable que des veaux lui avaient communiqué cette maladie ; cependant il ne leur a point attribué son affection.

J'ai rencontré maintes autres fois des dartres analogues chez des hommes qui n'avaient aucune communication avec les animaux.

Je me rappelle parfaitement en avoir vu atteints en même temps le mari, la femme et l'enfant.

L'affection, chez eux, fut très tenace, et comme il y avait eu quelques antécédents syphiliques, je traitai longtemps, mais en vain, par les mercuriaux, la cautérisation au nitrate d'argent ; mais je n'obtins qu'un succès momentané ; enfin j'en vins aux bains sulfureux qui emportèrent la maladie.

Ce cas-là me porterait à croire que l'affection se communiquerait de l'homme à l'homme. Je me souviens même l'avoir vue sur la face d'un individu qui m'affirmait la tenir d'un homme qui en était atteint et qu'on avait rasé avant lui.

Toutes ces données étiologiques ne sont, comme on le voit, que très problématiques.

De même pour le traitement, nos observations sont trop peu nombreuses pour rien formuler à cet égard.

Comme cette maladie naît par une pustule, et que, de plus, elle se communique à l'homme, je me suis demandé si elle n'aurait pas quelque analogie avec le cowpox, et si il n'y aurait pas lieu de tenter des inoculations ?

J'ai bien déjà interrogé quelques personnes atteintes des anders, pour savoir si elles avaient eu la petite vérole ; mais, comme toutes avaient été vaccinées, il ne m'a pas été permis de tenir compte de leurs renseignements.

En terminant, je ne puis m'empêcher de citer le résumé d'un travail de M. Raynal, vétérinaire à Alfort, lu à l'Académie de médecine en juin 1857.

Ce résumé est ainsi conçu :

1° Il existe chez le cheval et chez le bœuf une maladie cutanée que l'on peut désigner sous le nom de dartre tonsurante contagieuse ;

2° Cette maladie apparaît sous la forme d'anneaux et de cercles d'un diamètre de 3 à 6 centimètres ;

3° Elle détermine la dépilation des points envahis, en procédant toujours circulairement ;

4° La dartre tonsurante se transmet du cheval au cheval et du bœuf au bœuf, et réciproquement du cheval au bœuf ;

5° Elle se transmet également du cheval et du bœuf à l'homme.

C'est cette note qui m'a rappelé que j'avais dans mes cartons des observations prises en 1855, sur une maladie qui me paraît avoir le plus grand rapport, du moins je le crois, avec celle décrite par M. Raynal.

Cependant, comme je n'ai lu de M. Raynal que son résumé, il serait possible que ce ne fût pas la même affection : je ne sais comment il la décrit sur l'homme.

Quant à moi, je ne l'ai point observée chez le cheval.

Toutefois, si la maladie décrite par M. Raynal et celle décrite par moi ne sont qu'une seule et même affection, nos travaux faits

---

lorsque des revaccinations furent pratiquées d'une manière tout à fait générale. En moins de dix jours, on pratiqua 180 vaccinations et 712 revaccinations, à la suite desquelles *l'épidémie fut arrêtée sur-le-champ.* Cinq seulement des sujets revaccinés avec ou sans succès ont été atteints de variole. Comme chez eux, la revaccination n'avait précédé que de peu de jours l'apparition de la variole, on est autorisé à penser qu'elle a été pratiquée pendant l'incubation. Eh bien, même dans ces circonstances, son influence, loin d'être fâcheuse, a toujours été favorable et s'est fait sentir aux approches de la période de suppuration. Ne semble-t-il pas que le vaccin, tout en étant absorbé postérieurement à l'apparition de la variole, a encore pu agir comme préservatif en neutralisant les restes du ferment variolique, puisqu'il a arrêté la marche de la maladie ?

Tels sont les faits importants que nous tenions à mettre en lumière, et qui ressortent si clairement des travaux de MM. Courot et H. Gintrac. Nous ne voulons pas sortir du cadre qui nous est tracé par ces auteurs ; mais il est bien difficile de s'occuper de la vaccine, et à plus forte raison de la revaccination, sans songer de suite à la croisade entreprise par certaines personnes contre cette utile prophylaxie. On l'accuse, en effet, de ne tenir aucune de ses promesses d'immunité, et de se borner seulement à déplacer la mortalité en rendant à la fièvre typhoïde les victimes qu'elle enlèverait à la variole. On suppose donc entre ces deux maladies, variole et fièvre typhoïde, un certain antagonisme tel, que les individus atteints de la première devraient être préservés de la seconde. C'est sur la valeur de cette hypothèse, servant de base principale aux raisonnements plus ou moins spécieux des détracteurs de la vaccine, qu'il serait bon d'être fixé définitivement ; et pour pour cela, il suffit d'une chose bien simple, c'est de rechercher si la fièvre typhoïde s'adresse spécialement aux sujets vaccinés, en épargnant ceux qui ont eu déjà la variole. Déjà, pendant l'épidémie qui a sévi à Poitiers en 1855, MM. Pingault et Bonnet (*Bulletin des travaux de la Société de médecine de Poitiers*) ont observé plusieurs cas de fièvre typhoïde chez des sujets qui portaient des traces incontestables d'une variole antérieure. — De mon côté, j'ai voulu étudier ce fait pendant l'épidémie que nous avons subie en 1855, peu de temps avant celle de Poitiers. — 87 cas de fièvre typhoïde ont été traités alors dans le service de Valleix à la Pitié. Des notes plus ou moins détaillées ont été prises sur 44 de ces 87 malades, 16 fois on a négligé de les interroger sur le point qui nous occupe, ou on a omis de mentionner leurs réponses ; restent donc 28 observations pouvant nous servir à cette étude. — De ces 28 malades,

8 ou plus du quart ont eu antérieurement la variole (3 après avoir été vaccinés, 5 sans avoir jamais été vaccinés).

1 n'avait pas été vacciné et n'avait pas eu d'éruption variolique.

17 avaient été évidemment vaccinés et n'avaient pas eu la variole.

2 prétendaient avoir été vaccinés, sans qu'il en restât de traces évidentes.

28

Ces chiffres sont bien peu nombreux, mais ils ont cependant une certaine importance que ne peuvent manquer d'accroître les recherches ultérieures, si, comme nous l'espérons, il en est entrepris dans cette direction.

T. Gallard.

DU CHLORATE DE POTASSE COMME SPÉCIFIQUE CONTRE LA SALIVATION MERCURIELLE ;

Par M. Th. Herpin, président de la Société d'émulation de Paris, et président honoraire de la Société médicale de Genève. Brochure in-8° de 31 pages. — Paris, 1856, J.-B. Baillière et fils, libraires.

On a trop parlé du chlorate de potasse, et ce sujet, depuis deux ans, a été trop bien traité par des plumes autrement compétentes que la nôtre, pour que nous ayons l'intention d'y revenir. Si ce médicament n'a pas tenu toutes les promesses de son début, et si les espérances que l'engouement de la première heure avait conçues de son efficacité contre les stomatites ulcéreuses et les affections diphthéritiques, ne se sont pas réalisées, cela n'a rien de surprenant. Les choses, comme les gens, ne doivent pas réussir sans contestation, et les succès rapides manquent, en général, de solidité.

Ces restrictions, toutefois, ne s'appliquent qu'à l'extension exagérée qu'on a voulu faire subir aux vertus du chlorate de potasse. Il reste tel que l'avait montré, d'abord, M. le docteur Herpin (de Genève) : un agent héroïque contre la salivation mercurielle, et, par conséquent, un adjuvant inestimable de la médication antisyphilitique. C'est un fait que les belles expérimentations de M. Ricord, à l'hôpital du Midi, ont mis hors de doute.

Nous croyons donc être agréable à nos lecteurs en leur recommandant la petite brochure de M. le docteur Herpin : le premier, il employa cette substance pour combattre le ptyalisme hydrargyrique, et il ne réclame, encore aujourd'hui, pour elle, le titre de spécifique que contre cette complication aussi redoutée de nos jours qu'elle était autrefois recherchée.

Dans les quelques pages de cet opuscule, M. le docteur Herpin raconte, avec une extrême bonne foi, les circonstances qui l'ont mis sur la voie de sa découverte, et il apporte une probité jalouse à indiquer, chez les auteurs qui l'ont précédé, jusqu'aux moindres indices qui ont pu le guider et qu'on pourrait lui opposer en revendication de priorité.

Son travail est complet, croyons-nous, sous le rapport bibliographique, et, de plus, il contient un assez grand nombre d'observations bien résumées, qui seront fort utiles aux praticiens. — Voici comment se termine la brochure de M. Herpin : « Avant, dit-il, qu'une découverte de quelque valeur ait été définitivement adoptée dans la pratique, et avant qu'on ait rendu pleine justice à son véritable inventeur, elle a ordinairement à traverser deux phases distinctes : l'une dans laquelle on nie les résultats ou leur importance, l'autre où l'on conteste à l'auteur la priorité. La spécificité du chlorate de potasse contre la stomatite hydrargyrique a échappé à la première de ces phases ; évitera-t-elle la seconde ? Dans les sciences d'observation et d'expérimentation, il est rare qu'une vérité nouvellement trouvée et démontrée n'ait pas été antérieurement entrevue ; ces aperçus servent de moyens d'attaque à quelques esprits chagrins. Dans le cas actuel, j'ai cherché à éventer cette mine ; après avoir longtemps fouillé et questionné en vain, je viens de découvrir la phrase suivante dans la *Pharmacopée universelle de Jourdan* (2e édit., Paris, 1840, t. II, p. 289) : « Eyr employait 25 grains de chlorate de potasse dans 4 onces d'eau, à la dose de trois cuillerées par jour, dans les ulcères de la bouche survenus après une forte salivation. » C'est bien là un des aperçus dont je parlais ; mais c'est toujours l'ulcère buccal ; et cet emploi tardif et à doses insuffisantes (demi-gramme) du sel potassique, dans l'une des suites de la salivation hydrargyrique, est bien éloigné de l'affirmation positive, après expériences exposées, des effets abortifs du chlorate dans la stomatite mercurielle. »

Nous avons cité ces réflexions parce qu'elles sont d'une bonne philosophie et d'un bon exemple.

Dr Maximin Legrand.

des grandes distances l'un de l'autre, doivent se corroborer et leur porter à admettre la contagion de cette maladie des animaux entre eux et des animaux à l'homme.

Tel est le travail que j'ai lu à la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, dans sa séance de novembre 1857. Ce travail, je le sais, laisse beaucoup à désirer; ce n'est, en quelque sorte, qu'un relevé de notes très insuffisantes, que je suis forcé de publier, parce que la question est à l'ordre du jour.

La première partie de ce mémoire est plus exacte que la seconde; j'ai décrit la maladie chez les animaux, après en avoir vu beaucoup de cas. Quant aux anders chez l'homme, c'est à peine si j'en ai eu un cas bien authentique, celui de l'enfant.

Mais, pour les autres, comme on a pu le voir, il m'est impossible d'invoquer leur transmission des animaux à l'homme. Je ne les ai recueillis que parce qu'ils m'ont offert une certaine analogie de caractères avec ceux de l'enfant.

Cette seconde partie peut soulever beaucoup d'objections, les faits m'ont manqué. J'aurais désiré tenter des inoculations, mais je n'en ai pas eu l'occasion.

Je ne viens donc point publier aujourd'hui une découverte, ou revendiquer des droits de priorité; je veux tout simplement porter mon faible tribut d'observation, à une question qui se discute actuellement. Je ne suis, du reste, que l'interprète d'une opinion très généralement répandue dans nos campagnes, à savoir, que la race bovine est souvent affectée d'une espèce de dartre qui a nom anders, et qui se transmet d'un animal à un autre, et du bœuf à l'homme.

REVUE GÉNÉRALE.

TROUBLES SÉRIEUX DE LA RESPIRATION DISSIPÉS PAR DES MOYENS SIMPLES.

Le service de M. Trousseau, dit M. Chaillou, a présenté plusieurs cas de perturbation grave des fonctions respiratoires, dans lesquels il a suffi d'une médication très simple pour faire disparaître les accidents. Ainsi, un œdème de la glotte était survenu chez un malade atteint de fièvre putride, au quarantième jour. C'était un jeune homme de 22 ans, qui déjà, dans le cours de sa fièvre, avait eu une extinction de voix. Il y avait lieu de supposer des altérations organiques graves du larynx, et M. Trousseau, qui, au moyen d'un abaisse-langue, avait reconnu très aisément, sur l'épiglotte, l'existence d'une rougeur vive et d'une tuméfaction notable, se préparait à pratiquer la trachéotomie. Néanmoins, avant d'en venir là, il ordonna une large insufflation, dans l'arrière-gorge, d'une poudre composée de tannin et d'alun, et la fit répéter deux fois par jour. Dès le lendemain, la respiration était plus libre, et la terrible affection disparut. Si elle se montre de nouveau, on aura recours au même moyen.

Dans la même salle, un chiffonnier, de 59 ans, était en proie à une oppression épouvantable. Cet homme avait une bronchite chronique, compliquée d'emphysème, avec accès diurnes, et, à la suite d'un rhume de cerveau, contracté peu de jours auparavant, une attaque d'asthme était venue se greffer sur tout cela. M. Trousseau, s'attaquant d'abord à cette complication, prescrivit de fumer, trois fois par jour, un mélange de deux parties de feuilles de datura et d'une partie de feuilles sèches de sauge; de boire, pour tisane, une infusion de badiane, et de prendre, de deux heures en deux heures, une cuillerée à bouche d'une potion composée avec 1 gramme de gomme ammoniaque, et 15 gouttes de teinture de belladone, dissous dans un julep du Codex. Le lendemain, la respiration était facile. La médication ci-dessus fut cessée au bout de trois jours, pour faire place à celle de la bronchite chronique.

Un tuberculeux de 28 ans, était en proie à des accès de suffocation qui rendaient la mort imminente et qui étaient dus à un asthme nerveux compliquant la maladie. M. Trousseau a d'abord combattu l'asthme au moyen du datura employé en guise de tabac, puis il s'est adressé au catarrhe pulmonaire. La sécrétion bronchique a été modifiée par le sirop de térébenthine, et l'expectoration favorisée par une potion composée ainsi qu'il suit : racine de polygala seneca, 4 grammes: eau bouillante, 100 grammes; passez et ajoutez : oxymel scillitique, 15 gr,, et sirop d'éther, 25 grammes. Sous l'influence de ce traitement, le malade a retrouvé une sorte de bien-être relatif. — (Extrait du *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1858, n° 1.)

DES VARICES ARTÉRIELLES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LEURS INDICATIONS ET DE LEUR TRAITEMENT.

En prenant cette affection pour sujet de sa thèse inaugurale, M. le docteur Decès s'est proposé d'en élucider l'histoire encore peu connue, d'établir les avantages d'une méthode de traitement sanctionnée par l'expérience clinique, et, par suite, de rendre le pronostic moins fâcheux. Nous voyons, en effet, par l'épigraphe que M. Decès a mise en tête de son travail, que, selon M. Robert, il n'y a guère de chances de guérison pour le malheureux atteint de cette affection artérielle : « Cette maladie, dit le savant chirurgien, présente un très grand intérêt par sa gravité extrême, et surtout par la stérilité des efforts tentés jusqu'à ce jour pour en arrêter les progrès. » D'un autre côté, on lit dans le *Compendium de chirurgie* : L'histoire de la varice artérielle n'est point encore faite, surtout en ce qui touche son traitement : des divers moyens proposés pour combattre les anévrysmes, il n'en est aucun qui ait procuré des guérisons......; il est impossible, avec le peu de faits que possède la science, de formuler un traitement dans l'efficacité duquel on puisse avoir confiance, etc. Voilà l'opinion qu'exprimaient, en 1851, MM. Denonvilliers et Gosselin. M. Nélaton (tome I, page 309) est encore moins explicite; après quelques lignes consacrées à l'anatomie pathologique, il dit ceci : « Il est *probable* que cet état des vaisseaux, serait indiqué sur le vivant par une tumeur noueuse, pulsatile, réductible par la pression. Mais il nous est impossible de nous engager plus loin dans le champ des *hypothèses*. Quels seraient les autres symptômes, la marche de cette affection, sa terminaison? C'est là ce que nous ne pouvons *prévoir*. »

Il y avait donc une lacune, surtout en ce qui touche le traitement; car la symptomatologie, le diagnostic, etc., ont été étudiés depuis. M. Decès s'est efforcé de la combler. Il a fait de la maladie dont nous nous occupons, une étude spéciale, depuis qu'il a eu l'occasion de voir son père guérir, à l'Hôtel-Dieu de Reims, un jeune homme, atteint d'une varice artérielle du front et du cuir chevelu. Voici le résumé de cette observation intéressante : Le malade, âgé de 20 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Reims. Il avait reçu, à 12 ans, un coup sur le sourcil droit, et fut pris, presque aussitôt après, d'une ophthalmie violente qui dura un mois, et fut suivie, au bout de peu de temps, de l'apparition d'une petite tumeur violacée, du volume d'un pois, qui parut sur le milieu du front, près de la racine des cheveux. Sept ans après, ce jeune homme, ayant brusquement changé son genre de vie, vit sa tumeur s'accroître promptement, devenir le siége de battements manifestes qui appelèrent son attention, de telle sorte qu'en y portant un jour la main, il y sentit une espèce de mouvement vibratoire, qu'il désigne sous le nom de *frou-frou*. Puis survinrent des vertiges, des maux de tête. Une circonstance assez remarquable, c'est que la tumeur suivit une marche ascendante pendant cet été, décroissante l'hiver qui suivit, et se remit au printemps à croître de nouveau. Mais cette fois, c'était en 1852, elle atteignit rapidement un volume assez considérable pour amincir la peau et même l'ulcérer vers le mois d'août suivant. C'est alors qu'eut lieu la première hémorrhagie, dont le jet, dit le malade, s'élança à plus de deux mètres en avant de lui. A la suite d'une troisième hémorrhagie semblable, qui fut assez abondante pour lui faire perdre connaissance, ce jeune homme entra à l'hôpital. La tumeur siége sur la région moyenne du front et du cuir chevelu; commençant à la racine du nez, qu'elle déborde un peu, elle monte perpendiculairement, en s'élargissant jusqu'au haut du front, pour se prolonger ensuite dans la même direction, et aller finir insensiblement près du sinciput. Elle forme une saillie de 12 à 15 millim. au-dessus du niveau des parties voisines. La peau qui la couvre a son aspect normal, sauf en quelques points plus saillants qui offrent une teinte violacée. Vers la racine des cheveux existe une ulcération de 7 à 8 millimètres de largeur, à bords frangés et taillés à pic. C'est par là que se sont faites les hémorrhagies, et qu'elles se reproduisent avec la plus grande facilité. La tumeur est le siége d'un double mouvement d'expansion et de retrait, de battements isochrones à ceux du pouls, d'un frémissement vibratoire très prononcé, d'un bruit de souffle continu et saccadé. Les artères voisines sont manifestement dilatées, allongées et flexueuses, dans un trajet plus ou moins étendu.

Après quelques essais infructueux de compression, M. Decès père pratique l'opération de la manière suivante : le malade est couché sur un lit, la tête élevée, les paupières closes par deux plaques de diachylon. La tumeur est circonscrite au moyen de deux incisions semi-elliptiques qui débordent sa base de quelques millimètres et comprennent toute l'épaisseur du derme jusqu'au péricrâne exclusivement. A mesure qu'une artère est ouverte, le doigt d'un aide s'applique dessus et l'empêche de couler. La tumeur est ensuite isolée du péricrâne, auquel elle n'est unie que par un tissu cellulaire lâche, qui permet de l'enlever en grande partie par une sorte d'énucléation; puis dix-huit artères plus ou moins volumineuses sont liées successivement sans trop de difficulté. Les os et le péricrâne sont sains; ce dernier est cependant un peu injecté et violacé dans le centre de la plaie, où le frontal semble un peu déprimé. Pansement simple avec quelques compresses graduées sur la circonférence, pour exercer une pression modérée. Un mois après, le malade sortait de l'hôpital; la cicatrisation, retardée par des accès de fièvre intermittente que l'on avait traitée par le sulfate de quinine, n'était pas encore complète. Mais, sous l'influence de l'air natal, elle marcha avec rapidité et sans nouvel accident. Le malade fut revu au bout de trois ans et demi; il jouissait d'une bonne santé, et la guérison s'était parfaitement maintenue.

Voilà donc un cas de varice artérielle que l'art est parvenu à guérir. M. Decès s'attache à démontrer qu'on n'a jamais obtenu un pareil succès, ni par la compression, ni par la ligature des artères afférentes et émergentes, ni par celle des gros troncs. Sur quatre cas où la maladie fut abandonnée à elle-même, une fois il y eut guérison, une autre fois état stationnaire, et, dans les deux autres cas, la terminaison fut fatale. Il semble résulter de là que l'expectation a mieux réussi que les méthodes dont nous parlions tout à l'heure et que l'intervention de l'art est ici plus nuisible qu'utile. C'est peut-être vrai si l'on s'en tient à ces méthodes; mais l'on changera bien vite d'avis, si l'on compare ces résultats avec ceux que donne l'*ablation totale de la tumeur*. Cette méthode, qui compte trois procédés : la ligature en masse, le caustique et l'excision, a été employée chez *douze malades*, et le résultat a été uniforme : *douze succès*. M. Decès ne se dissimule pas que cette méthode est passible d'objections. M. Robert dit que, en l'admettant comme possible, l'ablation devra, en tout cas, être restreinte aux tumeurs peu volumineuses et alors qu'elles n'occupent qu'un nombre très limité de branches artérielles. On pourra encore, avec Breschet, prétexter que l'étendue de cette ablation, qui expose à mettre les os à nu et à les voir se nécroser, présente surtout des grandes difficultés pour arrêter le sang, qu'on verrait alors sourdre de toutes parts! L'objection de la dénudation des os tombe d'elle-même. D'abord le périoste est toujours là, et il est constamment facile de le respecter. Ensuite, Breschet ne s'appuie sur aucun fait. Quant à la crainte de voir sourdre le sang de toutes parts, la sûreté de nos moyens hémostatiques nous permet de ne pas nous y arrêter. Et puis certains procédés, comme la ligature en masse ou la cautérisation, mettent complétement à l'abri de cet accident. Cependant, l'auteur préfère l'excision, par la raison qu'on peut voir toujours ce que l'on fait, et limiter le mal beaucoup plus sûrement.

Il conclut par les propositions suivantes :

1° La tumeur érectile artérielle n'est qu'un premier degré de la varice artérielle, premier degré qui peut persister toute la vie, et qui a fait regarder à tort ces deux affections comme différentes.

2° La varice artérielle (anévrysme cirsoïde) est une affection essentiellement locale, constituée par une tumeur plus ou moins étendue, mais qu'il est toujours possible de limiter nettement, et à laquelle aboutissent les artères dilatées et flexueuses.

3° Sa nature envahissante, considérée au point de vue des indications qu'elle présente, la rapproche singulièrement des autres tumeurs qui offrent ce caractère particulier.

4° Son assimilation aux anévrysmes est inexacte et erronée.

5° Les vaisseaux afférents ou émergents, dilatés et flexueux, ne constituent nullement la maladie, et reprennent leur état normal aussitôt que la tumeur est enlevée.

6° Enfin, puisque la maladie ne siége pas dans les vaisseaux afférents ou émergents, mais bien dans la tumeur, la méthode de traitement la plus rationnelle, celle que justifient tous succès sans aucun revers, consiste dans l'ablation de la tumeur.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

LAGOPHTHALMOS PAR PARALYSIE DE L'ORBICULAIRE DES PAUPIÈRES, par le professeur G. Blackman. — John Plunket, 28 ans, entre à l'hôpital le 27 octobre 1856. Au mois de mars, il a contracté deux chancres du gland qui ont été cautérisés et se sont guéris en quinze jours. Il survint dans l'aîne un bubon qui se développa considérablement, mais sans suppurer. Après quelques semaines, ce bubon disparut; le malade eut alors des douleurs dans les os, et son corps se couvrit d'une éruption pustulaire. Il eut plusieurs attaques de *delirium tremens*, pendant lesquelles il souffrait beaucoup de la tête. Au moment de son entrée à l'hôpital, il ne pouvait fermer l'œil gauche, et la défiguration de ce côté de la face ne laissait aucun doute sur l'existence d'une paralysie du nerf facial. Il y avait une grande douleur au niveau de l'émergence de ce nerf, due probablement, ainsi que la paralysie, à une exostose du crâne existant en ce point.

Le malade avait déjà suivi plusieurs traitements; il avait pris du mercure, il avait appliqué des vésicatoires volants derrière l'oreille et à la nuque; ces derniers, au dire du malade, n'avaient fait qu'aggraver le mal. L'état général étant un peu amélioré, on fit prendre au malade des pilules de proto-iodure de mercure, puis, au bout de quelques jours, l'iodure de potassium, mais cela sans beaucoup de succès. On recourut donc à l'opération de Dieffenbach, on divisa transversalement le *releveur de la paupière supérieure*, tout en continuant le traitement. En décembre, la paralysie commença à diminuer, et l'orbiculaire des paupières recouvra en grande partie son action; le 20 décembre, le malade pouvait fermer complétement les paupières, et, le 18 janvier, il quittait l'hôpital, ne conservant qu'une très légère difformité. L'exostose avait considérablement diminué, et la paralysie avait presque entièrement disparu.

Le docteur H. Bennett, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, cite le fait d'une malade chez qui une petite tumeur dure, située au-dessous de l'oreille gauche, donna naissance à une paralysie du côté gauche de la face, avec lagophthalmos; c'était un cancer de la glande parotide.

Le professeur Graham rapporte qu'il a vu un malade guéri d'une paralysie de la portion dure de la septième paire par l'extirpation d'une tumeur qui la comprimait, située entre l'apophyse mastoïde et la branche du maxillaire. Mackenzie cite un fait semblable, c'était un ganglion lymphatique de la même région qui comprimait le nerf facial.

Mais, ajoute le docteur Blackman, ce fait est le seul que nous connaissions, où une tumeur de nature syphilitique a produit la paralysie du nerf facial. — (*Western Lancet*, février 1857.) — D.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Quoiqu'il se soit écoulé plus d'un mois depuis la publication d'un article dans lequel vous avez parlé, sans le nommer, d'un chirurgien *lithotritiste* exclu des séances de l'Académie de médecine, je me vois forcé de vous prier de dire qu'il ne s'agit pas de moi. La vérité s'est fait jour à Paris parmi les médecins, malgré votre réticence; mais il n'en est pas de même dans les autres parties de la France et à l'étranger; l'on y a trop conservé le souvenir de plaisanteries échappées à ma jeunesse à l'endroit de cette même Académie, que je révère, et il en est résulté que les suppositions flottantes entre trois noms, se sont arrêtées en plus grand nombre sur le mien. En Belgique, par exemple, où j'étais il y a peu de jours, un journal a cru ne commettre qu'une simple indiscrétion, et non une calomnie, en intercalant une L... à sa reproduction des journaux de médecine de Paris.

Vous voyez, Monsieur le rédacteur, que mon insistance est motivée, et j'espère que vous ferez droit à ma réclamation.

J'ai l'honneur d'être votre dévoué confrère,

Leroy d'Étiolles.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Henry Roger	20 fr.
Homolle	10
Barrel	5
C.	5
Marrotte	10
Herpin	20
Hervez de Chégoin	20
B.	10
Cerise	20
B. de B.	40
Billout	10
Colson, à Bar-le-Duc	10
Soye, à Aubanton	5
Aubenas, à St-Vallier	10
	195 fr.
Souscriptions antérieures	395
Total	590 fr.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro (compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux), on a omis de mentionner la date de la lecture faite par M. Gubler sur l'*herpès guttural*. Cette lecture a été faite le 12 août, bien que figurant sous la rubrique du 9 décembre 1857.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 11. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 28 Janvier 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est fort singulier ! Cette exclamation d'étonnement nous échappe en voyant que ce n'est qu'après quinze jours de réflexion et d'hésitation que l'Académie a osé aborder le rapport de M. Devergie, ou plutôt la partie de ce rapport qui pouvait prêter à une discussion doctrinale. L'honneur de l'initiative revient à M. Bouchardat, car nous passons sous silence l'escarmouche sur la question historique et de priorité soulevée avec plus de zèle que de bonheur, ce nous semble, par M. Depaul.

C'est donc M. Bouchardat qui, dans un petit discours fort accentué, a carrément abordé la question de l'application du microscope à l'étude des dermatoses et de la doctrine nouvelle qui en est résultée, à savoir, la doctrine du parasitisme.

Mais, on peut se demander si c'est bien là une doctrine. Nous connaissons une doctrine du parasitisme renouvelée d'antiques rêveries et propagée par un savant que ses malheurs nous empêchent de nommer et surtout de combattre. Voilà du moins une doctrine complète et qui ne craint pas d'aborder et aussi de résoudre les plus mystérieux problèmes de la pathogénie.

On ne peut, à notre sens, appeler de ce nom les timides inductions tirées jusqu'ici des découvertes dues au microscope dans l'étude des maladies de la peau. Que telle affection dermique, au lieu d'être constituée par telle altération anatomique de la peau, ne soit caractérisée que par la présence d'un parasite végétal, ce fait est intéressant et curieux à connaître sans doute, mais il est douteux que ce fait, de pure histoire naturelle, puisse conduire à une notion étiologique plus certaine et à des applications thérapeutiques plus sûres. Le microscope ne fait que déplacer la difficulté. Il est tout aussi malaisé de remonter à la cause du tricophyton qu'à celle d'une squame ou d'une bulle. C'est toujours la même question de prééminence du diagnostic clinique sur le diagnostic anatomique. Aussi, dans le court et habile discours de M. Bouchardat, voyons-nous plutôt un programme pour l'avenir qu'une exhibition de conquêtes réalisées.

Prenant la question d'un point de vue plus élevé de pathologie générale et comparée, M. Trousseau s'est demandé si la doctrine du parasitisme ne renfermait pas une erreur d'étiologie considérable.

Pour l'honorable académicien, le parasite est un résultat et non pas une cause. Le parasite n'attaque pas les organismes sains et vigoureux, on ne le voit apparaître que lorsque la santé générale a déjà subi quelques atteintes ; c'est une règle générale aussi bien pour les végétaux que pour les animaux. Peut-être quelque horticulteur pourrait-il prendre ici la parole et trouverait-il trop générale la règle de M. Trousseau. Pour quelques variétés de rosiers, par exemple, c'est sur les sujets les plus vigoureux et toujours en pleine floraison qu'apparaît le parasite. Le parasite tué, l'arbuste est complètement guéri. L'oïdium de la vigne ne vient-il pas encore protester contre cette loi ? Soyons plus modestes, promulguons le moins de lois possible en pathologie. Si l'opinion de M. Trousseau est vraie pour un certain nombre de maladies parasitaires comme le muguet, l'affection pédiculaire, etc., elle n'est plus exacte pour la gale qui atteint de préférence les sujets les mieux portants. L'*acarus scabiei*, chez l'homme, ne se plaît et prospère que sur les organismes indemnes de toute maladie. Il disparaît à la moindre atteinte morbide. Chez le chien, au contraire, ainsi que l'a rappelé hier M. Devergie, l'acarus a besoin d'une prédisposition morbide. Ces faits, pour le dire en passant, donnent une idée des rêveries d'Hannemann sur la psore.

Tout est encore fort obscur dans l'étude du parasitisme ; mais c'est un beau sujet de recherches. Si M. Bouchardat exagère notablement l'importance des découvertes déjà faites, ce serait un tort plus grave d'en nier complétement la valeur. Le microscope ne détruira pas certains principes de pathologie générale, et ces principes, à leur tour, peuvent vivre en bon accord avec le microscope. Il est tout aussi légitime d'étudier la pathogénie de l'*herpétisme* — néologisme heureux, emprunté aux travaux si remarquables de M. le docteur A. Fontan — que d'étudier les caractères zoologiques ou phytographiques d'un parasite.

Voilà pourquoi nous ne pouvons approuver cette phrase dédaigneuse du discours de M. Bouchardat : qu'il est plus scientifique de courir après la recherche du parasite qu'après la recherche du *vice dartreux*. Ces mots, vice dartreux, traduisent grossièrement sans doute, mais exactement, une notion médicale juste et profonde. Il serait malheureux, pour la thérapeutique, que le microscope parvînt à l'obscurcir.

Si cette discussion prend du corps et du développement, ce dont elle a besoin, nous la suivrons avec intérêt. M. Devergie lui a donné une base dans son rapport, il serait bon que les orateurs s'en souvinssent un peu plus.

Amédée LATOUR.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PIDOUX.

BRONCHITE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE, SUIVIE DE SPASME DU LARYNX ET D'APHONIE, DE PARALYSIES ET DE NÉVRALGIES DIVERSES. — INVASION D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE ET DISPARITION DE TOUS LES SYMPTOMES NÉVROSIQUES PENDANT SA DURÉE ; RETOUR DE CES SYMPTOMES DANS LA CONVALESCENCE ET APRÈS LA GUÉRISON DE L'AFFECTION AIGUE. — QUELQUES REMARQUES SUR CE FAIT. — CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LES NÉVROSES.

Il existe depuis un an, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille névropathique à un degré très intense, dont l'observation est propre à plus d'un titre à exciter l'attention. Voici, d'après les renseignements que nous devons à la bienveillance du médecin éminent, dans les salles duquel elle est placée, et d'après les notes que M. Sylvestre, interne du service, a eu l'obligeance de nous communiquer, l'histoire pathologique de cette intéressante malade, que nous avons eu occasion d'observer à plusieurs reprises.

Eugénie D..., lingère, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Élisabeth, n° 5, à la fin de 1856, pour s'y faire traiter d'une bronchite aiguë datant de quelques jours.

Cette jeune fille, maintenant âgée de 19 ans, blonde, lymphatique, d'une constitution faible, d'un teint pâle, a été menstruée pour la première fois à l'âge de 16 ans. Depuis, les règles ont paru régulièrement ; mais elles sont douloureuses, peu abondantes, et le sang évacué est d'une couleur rosée plutôt que rouge.

Eugénie D... ne jouit pas habituellement d'une bonne santé. Dans son enfance, elle a eu des convulsions, affection qui, chez elle, paraît s'être manifestée en dehors de toute influence héréditaire ; elle n'a jamais eu que peu d'appétit, peu de forces ; elle est chlorotique et depuis longtemps sujette à des digestions difficiles, à de fréquents maux de tête, à des points névralgiques vagues, et la moindre contrariété, la moindre émotion provoque les pleurs, des palpitations, et détermine la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge. Plusieurs fois, dans de telles conditions, et surtout aux époques des règles, elle a

---

Feuilleton.

DES RECHERCHES DE M. DAREMBERG SUR LA MÉDECINE AU DÉBUT DU MOYEN-AGE (DU VI[e] AU XI[e] SIÈCLE).

Ceux qui se sont occupés de l'histoire des sciences ont nécessairement remarqué que, de l'époque où l'empire romain s'écroula jusqu'au onzième siècle, la médecine paraît n'avoir été l'objet d'aucune culture dans l'Occident. La lacune est manifeste. Nul livre médical qui porte la date d'un de ces siècles et qui soit d'origine latine n'est entre nos mains. La série des médecins latins, d'ailleurs peu nombreuse, est close dans le quatrième ou cinquième siècle par quelques compilateurs très médiocres, tels que Octavius Horatianus, Sextus Placitus, Marcellus Empiricus. Puis, vient cette longue suite d'années sans un nom qui soit transmis, sans une école qui enseigne, sans un livre qui témoigne de l'entretien de la science. Cette mort apparente, cette interruption de toute tradition, cette solution de continuité dans l'enchaînement des choses, sont, au onzième siècle, subitement remplacés par une importation qui change tout. La médecine arabe fait irruption au milieu des Latins ; et, comme si les esprits n'avaient pas langui dans la torpeur, comme si une préparation antécédente avait existé, comme si quelque goût et quelque intérêt étaient demeurés pour ce genre d'études, Honain, Alchindi, Rhazes et bien d'autres prennent possession de l'enseignement parmi les Occidentaux. On les traduit, on les commente ; des écoles célèbres s'établissent, Salerne et Montpellier ; les Roger, les Gilles de Corbeil écrivent, et la médecine du milieu du moyen-âge, dès lors fondée, poursuit son développement jusqu'à la Renaissance, où de nouvelles conditions l'attendent. Mais reste toujours cette période obscure sous les Mérovingiens et les Carlovingiens, ce grand vide qui rend inexplicable la subite fortune des livres arabes chez les Latins. Car si tout avait été éteint, si aucun foyer n'avait persisté, comment cette science étrangère aurait-elle aussitôt prospéré ? Évidemment, les gens qui l'accueillirent si bien étaient tout préparés par leurs études à en recevoir l'influence. C'est, en effet, ce que démontre M. Daremberg, grâce à d'heureuses trouvailles faites dans les bibliothèques d'Europe qu'il a tant parcourues, et à une érudition pénétrante qui sait rapprocher, comparer et reconstruire.

. . . .

Frappés de l'absence de tout renseignement au sujet de la culture de la médecine dans l'époque qui nous occupe ici, les Bénédictins, si érudits et si habitués à travailler d'après les manuscrits, disent, dans leurs discours sur l'état des lettres au VIII[e] siècle (*Histoire littéraire de la France*, t. IV, page 26) : « A l'égard de la médecine, on apporte ordinairement pour raison de ce qu'elle fut alors négligée, que Charlemagne n'aimait ni n'estimait les médecins, qui, cependant avaient été en si grand honneur sous les empereurs romains, ses prédécesseurs. Ce ne fut que sur la fin de ses jours que, sentant peut-être alors les infirmités de la vieillesse et comprenant que des hommes qui aiment la vie et la santé ne peuvent guère se passer de la médecine, il ordonna qu'on la ferait étudier de bonne heure aux jeunes gens. La même raison ne permit pas apparemment qu'on la négligeât absolument avant ce temps-là. Il y a des preuves que nos Français lisaient Pline l'Ancien, et ils pouvaient avoir aussi à leur usage les autres auteurs latins qui avaient écrit sur cette matière, particulièrement Sibure, Eutrope, Ausone, Marcel, tous écrivains gaulois dont les écrits pouvaient subsister encore alors. »

C'eût été une pauvre lecture pour la médecine que celle de Pline l'Ancien. Cet auteur, dont je ne veux en aucune façon amoindrir les mérites et dont le livre est une mine inépuisable de documents pour l'érudit, n'est pourtant ni un naturaliste, ni un astronome, ni un agriculteur, ni un géographe, ni un artiste, ni un médecin, bien qu'il ait embrassé dans son œuvre si vaste une multitude de notions sur l'histoire naturelle, sur l'astronomie, sur l'agriculture, sur les arts, sur la médecine ; on peut y prendre des renseignements non un enseignement. Le fait est que *nos Français* (pour me servir de l'expression des Bénédictins, bien qu'il n'y eût pas encore de Français : ils ne commencent qu'un peu plus tard, alors que les langues romanes se distinguent positivement du latin), nos Français et aussi les autres Latins avaient de meilleures sources d'instruction médicale que la très insuffisante compilation de Pline l'Ancien. Ces sources, M. Daremberg les a découvertes le premier. Non seulement, guidé par les connaissances étendues et précises sur l'histoire de la médecine, il a, dans les bibliothèques, reconnu nombre de manuscrits médicaux appartenant aux VIII[e], IX[e], X[e] et XI[e] siècles, c'est-à-dire antérieurs à l'invasion de la science arabe ; mais encore, sachant faire un ensemble de ce qu'il rencontrait ainsi épars, il s'est convaincu que ces ouvrages, dont aucun n'avait encore été reproduit par l'impression, représentaient la tradition et l'enseignement de la médecine, dans ces temps que jusque-là on avait regardés comme absolument dépourvus.

Quand je dis qu'aucun n'avait été reproduit par l'impression, je me trompe : deux ont été déjà imprimés, mais sans que l'on soupçonnât qu'ils appartinssent au cycle dont il s'agit. L'un d'eux est Esculapius, abréviateur, qui mérite plus d'attention qu'on ne lui en a accordé ; l'autre est un auteur qui jouit d'un juste renom, que l'on lit avec intérêt pour la description des maladies et de leur traitement, et que l'on consulte avec fruit sur les opinions et les procédés des plus anciens médecins : je veux parler de Cœlius Aurelianus. A la vérité, ce n'est qu'un traducteur, mais il nous a conservé par sa traduction une portion de l'œuvre d'un des plus savants médecins de la Grèce, Soranus. Ce qui ajoute au prix qu'il a pour nous, c'est que Soranus ne manque pas, ayant un goût véritable pour l'histoire de l'art, de résumer sur chaque sujet les recherches de ses pricipaux prédécesseurs. La latinité de cette traduction de Cœlius Aurelianus est barbare, ce qu'on attribuait à sa qualité d'Africain ; car le manuscrit unique sur lequel a été donnée l'édition le nomme *Siccinsis*, qu'on a traduit *de Sicca*, en Numidie. Mais je ne doute pas (cela du moins résulte des recherches de M. Daremberg) qu'il y ait une faute de copiste ; Cœlius Aurelianus n'est point Africain, il n'appartient point au II[e] siècle de l'ère chrétienne ; il est beaucoup plus moderne et il faut le faire descendre probablement jusqu'aux environs du VI[e] siècle. La latinité a le caractère non de l'Afrique, où l'on pouvait écrire correctement, témoin Tertullien, mais de l'époque de décadence qui est le prélude du moyen-âge. Il rentre tout à fait, pour la forme et pour le style, dans ces nombreux documents que M. Daremberg a signalés comme antérieurs à la médecine arabe : et il est lui-même un des témoins, et un des meilleurs, de la culture médicale qui fut propre

eu des pertes de connaissance; mais jamais, depuis les attaques éclamptiques de sa première enfance, elle n'a éprouvé de crises convulsives.

Le 12 décembre 1856, sans cause appréciable, la jeune malade fut prise de fièvre, de vomissements, de céphalalgie et de toux, et le 22 elle entrait dans le service de M. Pidoux.

Le lendemain, l'auscultation fit constater un mélange de râles sibilants et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. La fièvre et la toux continuèrent jusqu'au 15 janvier suivant; et ces symptômes, par leur persistance, par leur ténacité, par la pâleur, les sueurs, l'amaigrissement qui s'y joignaient, donnaient lieu de soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. Cependant l'état général finit par s'amender, les râles disparurent, l'appétit se réveilla (20 janvier), et il ne resta plus du côté des voies respiratoires qu'un sifflement laryngé assez fort, qui s'accroissait encore sous l'influence de la moindre émotion : il suffisait, en effet, de l'arrivée de la visite, d'un léger reproche, pour augmenter l'intensité de ce phénomène d'une manière très remarquable. L'auscultation du larynx ne faisait percevoir d'ailleurs que le murmure respiratoire laryngien, mais plus intense qu'à l'état normal, et sans autre bruit morbide.

Ni le sulfate de quinine, ni l'opium, ni la belladone, ni l'asa fœtida, ni le musc, ne parvinrent à modifier ce spasme, qui, au bout de quelques jours, le 23 janvier, se compliqua de difficulté de la déglutition. Cette sorte d'œsophagisme, incomplet d'abord, ne fit qu'augmenter, et bientôt il devint impossible de faire passer ni solides ni liquides.

Les antispasmodiques de toute nature, et sous toutes les formes, furent vainement employés. Seules, les inspirations de chloroforme eurent quelque succès; encore l'amélioration, obtenue à l'aide de ce moyen, n'était-elle que momentanée; elle se manifestait seulement dans la période d'agitation de la chloroformisation, et alors le spasme du larynx disparaissait complétement, et la respiration, redevenant régulière, cessait de s'accompagner de ce sifflement qui vient d'être signalé. Probablement l'état spasmodique de l'œsophage éprouvait aussi une modification analogue sous l'influence de l'agent anesthésique ; mais on ne chercha pas à s'en assurer, cela se comprend assez, en essayant de faire manger ou boire la malade, dans la crainte que les aliments et les boissons ne pénétrassent dans les voies aériennes.

Cet état alla encore en empirant; car, le 30 janvier, on nota que la malade ne parlait plus depuis quelques jours, que sa voix était complétement supprimée, et qu'elle ne pouvait, quelque effort qu'elle fît, réussir à former un son. La déglutition restait également atteinte, et l'on était obligé de recourir à la sonde œsophagienne pour introduire dans l'estomac les médicaments (opium et fer) et les aliments qui consistaient en vin, bouillons et potages.

A ces symptômes vinrent s'en ajouter d'autres qui se manifestèrent dans les appareils nerveux de la vie de relation. La sensibilité fut atteinte la première, et à la même époque (fin de janvier), on constata que les membres inférieurs, les bras, la face, les côtés du cou, le tronc, étaient complétement insensibles aux piqûres d'épingle. L'anesthésie était complète et générale. Les muqueuses du nez, des yeux, de la bouche participaient elles-mêmes à cette insensibilité; mais, chose singulière, la muqueuse du vagin, le col de l'utérus touchés par le rectum (cette jeune fille est vierge), étaient dans le même temps le siége d'une vive hyperesthésie. La menstruation avait lieu une fois, souvent deux fois dans le même mois, et s'accompagnait de vives douleurs dans les lombes et dans le bas-ventre.

Quelques-uns des sens spéciaux subirent aussi une altération fonctionnelle analogue à celle du toucher ; l'odorat et le goût cessèrent d'éprouver l'action propre de leurs modificateurs. La vue et l'ouïe restèrent à peu près intactes; mais il y eut des otalgies d'une violence excessive, qui tinrent la malade dans l'insomnie pendant un grand nombre de nuits.

En février, la paralysie envahit les muscles soumis à la volonté. La jambe gauche d'abord, la droite ensuite, furent complétement paralysées. La paralysie fut précédée, à gauche surtout, d'un phénomène remarquable : tandis que la peau était complétement insensible aux excitations extérieures, telles que le contact des doigts, les pincements, les piqûres d'épingle, il n'en était pas de même des tissus placés plus profondément : car si, saisissant le membre, on venait à presser les masses musculaires avec une force d'ailleurs très modérée, on arrachait des cris à la malade. Cette douleur profonde, cette sorte d'hyperesthésie des muscles, si fortement suscitée par la pression, se produisait parfois spontanément.

Dans le courant de février, la paralysie gagna le bras gauche, puis le bras droit, toujours précédée dans sa manifestation et s'accompagnant des douleurs profondes dont il vient d'être question. Pendant quelques semaines, on put constater une douleur très vive qui suivait toutes les ramifications du plexus brachial du côté gauche.

Ce n'étaient pas là, du reste, les seules souffrances qu'éprouvât la malade : elle accusait aussi des douleurs dans les dents, dans toute la tête. Et toujours la thérapeutique s'épuisait en vains efforts contre l'opiniâtreté de tous ces symptômes.

Dans le cours des mois de février, de mars et d'avril, la paralysie du pharynx disparut et revint successivement plusieurs fois. La moindre émotion suffisait pour produire ces changements. Une parole agréable rendait la déglutition possible ; le défaut d'une visite attendue obligeait de nouveau de recourir à la sonde œsophagienne.

Quoique assurément insuffisante, l'alimentation au moyen de la sonde entretenait, sinon de l'embonpoint à proprement parler, du moins un certain état de fraîcheur relative, une certaine tonicité des tissus, qu'on était étonné de trouver chez une malade nourrie exclusivement de bouillons, de potages et de vin. Du reste, demeurant constamment couchée, elle n'essuyait aucune dépense de forces.

Vers le milieu d'avril, M. Pidoux, qui fait un grand usage de l'hydrothérapie dans les névroses, soumit sa jeune malade à cette médication. La strychnine et l'électricité avaient échoué. Des douches et des affusions froides, des bains froids furent administrés, et n'eurent pas plus d'action que les autres moyens employés. Cependant, au commencement du mois de mai, la parole revint tout à coup et la déglutition put s'effectuer librement. Mais la paralysie des membres et l'anesthésie restaient toujours complètes, et les douleurs profondes siégeant dans les masses musculaires, continuaient à être très vives. La malade se plaignait aussi de violents maux de tête et de douleurs à l'épigastre et dans les hypochondres.

Sauf des intermittences semblables à celles dont il a déjà été question, dans la paralysie du larynx et dans celle du pharynx, cet état resta le même jusqu'au 15 juillet dernier.

A cette époque, la persistance de quelques phénomènes fébriles, courbature, langue saburrale, fréquence du pouls, chaleur et moiteur de la peau, éveilla l'attention. Dès le lendemain (16 juillet), de nouveaux symptômes, épistaxis, ballonnement du ventre, diarrhée, etc., vinrent s'ajouter aux précédents, et confirmer les craintes qu'on avait conçues de l'invasion d'une fièvre typhoïde chez une jeune fille habitant l'hôpital depuis six mois et demi, et couchée dans une salle qui, depuis trois mois, n'avait jamais compté moins de dix ou douze malades atteintes de dothiénentérie.

Le délire apparut le troisième jour de l'invasion des symptômes typhoïdes (17 juillet), et, chose remarquable, dès lors la malade recouvre la sensibilité générale, la sensibilité spéciale et l'usage de ses membres depuis si longtemps condamnés à l'immobilité. Dans le délire, elle se lève, elle marche, et ne paraît plus ressentir aucune de ces douleurs qu'elle éprouvait auparavant.

La maladie aiguë intercurrente suivit sa marche ordinaire, sans présenter aucun phénomène digne de remarque, si ce n'est un catarrhe pulmonaire d'une grande intensité et d'une ténacité extrême, contre lequel l'usage du kermès minéral (0,30 centig. dans une potion) paraît avoir eu une efficacité notable.

Le 15 août, la convalescence commença; mais, pendant un certain temps, elle se montra assez pénible. Chaque jour, l'état de la malade, assez satisfaisant le matin, présentait un changement défavorable le soir : de la fièvre, de la diarrhée d'une part, des maux de tête, quelques points de névralgie intercostale de l'autre, semblaient annoncer une lutte en quelque sorte entre l'élément typhique qui allait s'effaçant et les phénomènes nerveux chroniques un moment étouffés par l'invasion et le développement de la maladie intercurrente. Il en fut ainsi jusqu'au 5 septembre, et à cette date Eugénie D... présentait un amaigrissement considérable.

A partir de cette époque, l'affection primitive reprend décidément le dessus. Tout symptôme fébrile disparaît, la diarrhée cesse; mais à chaque visite, un phénomène nerveux s'est manifesté, et l'on voit apparaître ainsi successivement les douleurs de tête, l'épigastralgie, la difficulté de la déglutition, l'anesthésie cutanée, la douleur profonde dans les masses musculaires, la paralysie du mouvement, et enfin l'impossibilité absolue d'avaler solides et liquides. En même temps, les muscles phonateurs cessent à peu près d'obéir à la volonté, et s'il n'y a pas aphonie complète, du moins la voix est presque éteinte.

Le 20 septembre, la malade est alimentée depuis cinq jours à l'aide de la sonde œsophagienne. Il est digne de remarque que, malgré l'obstacle que la difficulté de la déglutition d'abord, ensuite son impossibilité, et le mode d'alimentation auquel, par suite, il a fallu recourir, paraissent devoir apporter à une réparation suffisante par la nutrition, la pâleur diminue, les joues sont moins excavées, et il semblerait que l'embonpoint progresse au fur et à mesure de la réapparition des phénomènes nerveux et en proportion, pour ainsi dire, de leur intensité.

Le 22 septembre, la déglutition est redevenue tout à coup possible, les aliments et les boissons sont ingérés sans difficulté. Les autres phénomènes persistent. Le bras droit, seul de tous les membres, est libre et exempt de douleurs. L'ouïe est à peu près complétement abolie à gauche, la vue a subi du même côté une altération semblable. Cette fois, le goût et l'odorat résistent davantage à l'envahissement de la paralysie; cependant ils finissent aussi quelque temps après par devenir à leur tour insensibles à l'action de leurs modificateurs.

Depuis lors, l'état d'Eugénie D... est resté à peu près le même, à quelques variations près, surtout à la fin de septembre et dans le courant d'octobre, dans l'intensité ou l'existence de quelques phénomènes névrosiques, variations analogues à celles dont il a été question précédemment. Voici quelle est actuellement sa situation (15 décembre) :

Depuis un mois à cinq semaines, la voix est revenue, faible d'abord, naturelle maintenant. La déglutition, après des alternatives nouvelles, s'effectue normalement à cette heure. La vue et l'ouïe, qui étaient atteintes du côté gauche, se sont améliorées, tout en restant encore notablement affaiblies relativement à l'autre côté. Le goût est toujours oblitéré à un certain degré; l'anosmie a totalement disparu.

L'anesthésie générale persiste ; mais elle est beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite, excepté dans les membres inférieurs, où elle est égale et absolue des deux côtés. En même temps, la sensibilité exaltée, l'hyperesthésie des masses musculaires, spontanée parfois, constante à la pression, continue également, ainsi que les phénomènes névralgiques de siéges divers qui se succèdent et se remplacent tour à tour, mais avec une intensité un peu moindre qu'auparavant. Il y a à peu près constamment dans l'hypochondre gauche, dans les lombes et le long du rachis, une douleur habituelle que la pression augmente beaucoup.

La paralysie du mouvement existe toujours dans les deux membres inférieurs et dans le membre supérieur gauche; le droit seul est valide. A l'exception de ce bras, la malade est réduite à une immobilité totale; elle ne peut imprimer le moindre mouvement à son bras gauche ni à ses membres abdominaux. De plus, un fait grave s'est graduellement produit depuis deux mois environ : c'est l'atrophie musculaire dans les membres inférieurs totalement paralysés : ces membres, néanmoins, sont restés frais, assez fermes et assez volumineux, mais grâce seulement à la nutrition bien conservée, augmentée même, des tissus cellulaire et adipeux.

La malade a peu d'appétit et ne prend qu'une assez faible quantité d'aliments; après chaque repas, elle éprouve des crampes d'estomac, des flatuosités; elle a de la diarrhée assez fréquemment. Les urines sont peu abondantes. Malgré l'état peu satisfaisant des fonctions digestives, son apparence extérieure, eu égard à sa constitution, est assez bonne en ce qui concerne l'embonpoint et la fraîcheur du teint.

Elle continue à être très impressionnable, et les émotions, même les plus légères, lui donnent des palpitations, de l'anxiété, une sensation de boule hystérique et d'étranglement, mais sans faire apparaître, depuis quelque temps, ces phénomènes de spasme ou de paralysie du côté des

---

à l'intervalle entre la chute de l'Empire et l'introduction de la science orientale.

Pour le fond il n'y rentre pas moins. Il appartient, en effet, à la secte des médecins méthodiques, puisqu'il est le traducteur de Soranus, un des plus éminents de cette secte; or, et ce n'est pas un des moins curieux résultats des investigations de M. Daremberg, bon nombre de ces livres anté-arabiques émanent de l'école méthodique. L'école méthodique a joué un assez grand rôle, plus grand même que les historiens de la médecine ne lui ont attribué. En effet, l'opinion a prévalu que Galien, rejetant de bonne heure dans l'ombre ceux qui l'avaient précédé, régna seul, et que la médecine ne connut plus d'autre doctrine que la sienne. Il n'en fut pas ainsi, et l'ascendant définitif et absolu de Galien ne commence qu'aux Arabes. Déjà on peut voir par Oribase que, environ un siècle et demi après le médecin de Pergame, une autorité exclusive n'était pas attachée à son nom. Cela se voit encore mieux par le succès de l'école méthodique dans les premiers temps qui suivent l'entrée des Barbares; pour qu'on se soit adressé aux méthodiques, il faut bien que leur crédit n'eût pas été absorbé dans l'immense crédit qui fut plus tard le partage de Galien. Et, de fait, s'y être attaché ne peut pas être compté comme un tort de cette époque. Une bonne description des maladies, une discussion judicieuse des traitements, voilà leur mérite, et ce mérite fut senti par ceux qui alors les prirent pour guides.

. . . .

Maintenant, faisons-nous, avec l'aide de M. Daremberg, une idée de cette médecine latine des siècles anté-arabiques. Hippocrate y figure. Les documents que nous possédons ne nous donnent pas la preuve que la collection hippocratique ait été traduite tout entière en latin, bien que cela soit probable. Du moins plusieurs traités nous restent dont la latinité témoigne suffisamment qu'ils ont été traduits à une époque où la langue latine entrait dans la barbarie. On sait que ce qu'on nomme œuvres d'Hippocrate est une réunion d'ouvrages qui émanent de mains différentes, mais qui appartiennent à une haute antiquité, le IVe et le Ve siècle avant l'ère chrétienne; on sait que rien de plus ancien ne nous est parvenu en fait de livres médicaux ; on sait, enfin, qu'ils ont été lus, commentés, enseignés par les médecins les plus éminents depuis ceux d'Alexandrie, sous les Ptolémées, jusqu'à Galien, sous Marc-Aurèle. La médecine barbaro-latine (qu'on me permette cette expression pour désigner une époque caractérisée par l'immixtion violente des Barbares parmi les Latins) ne négligea pas ce grand nom. Nous ne sommes plus au temps où Pline disait des médecins latins que quand il y en avait, ce qui n'était pas commun, ils abandonnaient leur nationalité pour se faire grecs (*statim transfugæ ad Græcos*). Mais, à l'époque dont il s'agit, le grec est peu connu; les médecins non seulement n'écrivent plus en grec, mais ils n'entendent plus cette langue, et ils ont besoin qu'on leur en traduise les principaux ouvrages. Jadis, tout ce qui était lettré à Rome savait le grec ; maintenant la latinité devient de jour en jour davantage étrangère à la Grèce, si ce n'est par ce faible lien des traductions barbaro-latines. Je citerai, parmi les ouvrages d'Hippocrate ainsi mis en latin : le traité des *Airs, des Eaux et des Lieux*, ce beau livre où est esquissée, pour la première fois, la doctrine de l'influence du climat et du sol sur les populations; *le Pronostic*, qui retrace, dans un ensemble bien conçu, les communautés des affections aiguës quant aux signes et aux solutions ; le traité du *Régime dans les maladies aiguës*, où Hippocrate critique les livres et les praticiens de son temps ; enfin, un ouvrage, *le livre des Semaines*, que je ne mentionnerais pas si cette traduction n'était pas celle d'un texte qui n'existe plus en grec. Je m'en servis dans le temps pour réparer une perte qui semblait irréparable ; mais je n'aperçus pas le lien que ces vieux documents avaient entre eux ; cela était réservé à M. Daremberg.

Il est probable que les écrits de médecins postérieurs à Hippocrate, mais fort anciens pourtant, tels que Dioclès, Hérophile, Erasistrate, avaient péri ou étaient sur le point de disparaître ; du moins ils ne figurent pas parmi ces traductions barbaro-latines. Mais on y trouve Dioscoride, qui est le principal auteur de l'antiquité pour la botanique et la matière médicale ; un abrégé du *Traité des maladies des femmes* de Soranus, mis d'ordinaire sous le nom de Moschion ; des morceaux de Rufus, qui écrivit beaucoup et eut une grande réputation; des fragments d'Héliodore, chirurgien célèbre qui vécut sous Trajan et dont Juvénal fait mention. Ceux-là sont avant Galien. De Galien lui-même, quelques traités seulement, et non des plus importants, ont été traduits alors, et il ne tient pas la place, à beaucoup près, qui plus tard lui fut acquise. Après Galien, arrive le grand compilateur Oribase, le médecin de l'empereur Julien. Sa vaste collection, connue sous le nom de *Synagogues*, avait été traduite en latin ; on en est sûr par quelques lambeaux rencontrés dans les manuscrits; quant à l'abrégé qu'il en avait fait et qui est intitulé *Synopsis*, nous en possédons des manuscrits latins qui remontent aux VIIe et VIIIe siècles.

Le travail de ces temps ne se borna pas aux traductions. Les médecins rédigèrent des cours qui embrassaient l'explication de certains écrits d'Hippocrate et de Galien (M. Daremberg cite particulièrement un commentaire du VIIe siècle sur le traité *des Sectes* et sur le *Petit Art*); ils composèrent des sommes pour l'étude et la pratique, des traités de botanique et de pharmacologie, des livres de médecine et de chirurgie, entre autres un qui, d'après M. Daremberg, atteste beaucoup d'érudition et une connaissance étendue du grec. L'anatomie ne leur était pas restée étrangère; ils ont laissé des écrits sur cette science. De sorte que cet intervalle, qui paraissait un blanc dans l'histoire, a été réellement laborieux et utilement occupé. Il a, et c'est, dans l'état des choses, tout ce qu'il pouvait faire, entretenu la culture et continué la tradition. Qui aurait droit de lui demander davantage au milieu de l'écroulement de l'Empire, de l'établissement des barbares, de la fondation de nouveaux royaumes ?

Ce travail se poursuivait non sans fruit; un médecin du XIe siècle, Garipontus, le résumait, résumé qu'on s'étonnerait de voir empreint de l'esprit de la secte méthodique, si M. Daremberg ne nous avait appris qu'en effet la secte méthodique avait inspiré toute la période antécédente; en un mot, la médecine, dans l'Occident, se développait sur elle-même, quand survint tout à coup l'invasion d'une science étrangère plus étendue et plus complète. Les livres arabes ou plutôt les livres grecs traduits, commentés, développés par les Arabes, chassèrent devant eux ces premiers essais et restèrent maîtres de l'école. Quand Constantin, surnommé l'Africain, eut apporté à Salerne les traités orientaux, Salerne, toute latine qu'elle était, devint arabisante; et c'est alors que Galien prit dans la médecine l'empire qu'eut Aristote dans la philosophie, les Arabes ayant traduit Galien et suivi sa doctrine dans les encyclopédies

appareils de la phonation et de la déglutition, qui ont été mentionnés. Du reste, il n'y a pas de convulsions. La malade est souvent en proie à l'insomnie, et, quand elle vient à s'endormir, son sommeil est constamment troublé par des rêves tristes.

Il existe dans la région cervicale droite un murmure continu très intense, avec renforcement et bruit musical. Il y a du souffle à la base du cœur. La menstruation est irrégulière et très douloureuse.

Enfin, pour terminer par un trait que M. Pidoux regarde comme de la plus grande valeur, la pression de l'hypogastre a la propriété de surexciter d'une manière insupportable toutes les névralgies, tous les spasmes, tous les désordres nerveux décrits dans cette curieuse histoire. La pression de l'épigastre est douloureuse aussi; mais ici la douleur ne dépasse pas les points directement comprimés.

Voyons maintenant les remarques, les considérations pathologiques et cliniques auxquelles cette observation peut donner lieu.

(La suite prochainement.) Dr A. GAUCHET.

MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACIE.

LE QUINIUM.

La quinologie doit beaucoup à un savant modeste sur lequel ce nous est une bonne fortune d'avoir à appeler l'attention de nos lecteurs. Qu'on nous permette quelques mots sur les travaux de M. A. Delondre, qui serviront d'introduction naturelle à ce que nous nous proposons de dire sur le *quinium*, préparation nouvelle dont il est l'inventeur.

Après la grande découverte de Pelletier et Caventou, M. Delondre consacra toutes ses facultés et sa fortune à la fabrication du sulfate de quinine, et afin de conserver à la France cette nouvelle industrie dont il était un des créateurs, il envoya, en 1828, un agent en Bolivie, pour tenter l'exploitation des forêts de cette république; mais il ne retira des frais de cette expédition que des renseignements dont la science seule a profité.

En 1847, il se décida à visiter par lui-même les forêts du Pérou, dans l'espoir d'y trouver du *cinchonas*, dont la qualité remplaçât ceux de la Bolivie soumis à un monopole.

A son retour des mers du Sud, après les fatigues et les dépenses énormes de son long et périlleux voyage, M. Delondre publia, avec le concours de M. le professeur Bouchardat, un traité pratique intitulé : *Quinologie*, pour prouver chimiquement et commercialement que toutes les espèces de quinquina peuvent concourir aux besoins de la consommation, en indiquant leur origine et leur valeur en alcaloïdes.

La courte Introduction de la quinologie indique assez dans quels sentiments cet ouvrage a été conçu.

L'aperçu historique, formant la première partie de l'ouvrage, est le résumé de nombreuses recherches auprès de tous les auteurs anciens et modernes.

La seconde partie contient un épisode bien abrégé du voyage de M. Delondre à la recherche de ses précieuses écorces.

La troisième partie, qui paraît la plus ingrate, est cependant le fruit d'un long et consciencieux travail, touchant la description des espèces de quinquina avec les observations particulières historiques et chimiques qui se rapportent à chacune d'elles. On peut voir la collection de ces écorces à la Faculté de médecine.

Dans la quatrième partie, sont tracées les déductions pratiques qui tendent à démontrer que les quinquinas à base de cinchonine, ne sont pas à rejeter, qu'il faut, au contraire, revenir à un dosage convenable de l'un et l'autre alcaloïde, ainsi que cela a été constaté par les nombreuses expériences, consignées dans le mémoire sur la cinchonine, par MM. Bouchardat, Delondre et Girault, contenu dans le supplément à l'*Annuaire thérapeutique* pour 1856.

Les planches qui viennent à l'appui des descriptions, dues au crayon habile de M. Bion, sont d'une scrupuleuse exactitude, et ont coûté plus de temps et d'argent qu'on ne pourrait le supposer.

Pendant bien des années, sous le pseudonyme d'Alfred Labarraque, M. Delondre a continué à ses frais de longues recherches, afin d'arriver à compléter, par la préparation du quinium, la découverte du sulfate de quinine.

M. Delondre a voulu remplir les conditions suivantes en préparant le quinium :

1° Trouver une préparation qui permette d'utiliser les quinquinas contenant de la quinine et de la cinchonine, et c'est le plus grand nombre.

2° Arriver à l'uniformité du produit par un dosage facile et rigoureux des alcaloïdes fébrifuges, en mettant ainsi à contribution la grande découverte de Pelletier et Caventou.

3° Conserver tous les principes utiles des quinquinas en éliminant seulement *les matières inertes qui s'opposent à la facile absorption des principes actifs et qui fatiguent l'appareil digestif.*

4° Obtenir un rapport en quinine et en cinchonine qui représente l'ensemble trouvé dans le quinquina rouge vif de l'Équateur, dont l'efficacité a été constatée presque depuis la découverte, mais dont l'emploi est aujourd'hui très restreint à cause de sa rareté et de son prix élevé.

5° Simplifier les opérations de manière qu'il n'y ait rien de perdu, et de façon qu'on puisse livrer le meilleur fébrifuge au plus bas prix possible.

La découverte du quinium a pour but et pour conséquence de rendre général et complet l'emploi de tous les quinquinas à quinine et à cinchonine et d'éloigner ainsi une des plus graves préoccupations que l'usage si général et si étendu du sulfate de quinine a provoquées. On a craint l'épuisement des forêts de la Bolivie et les funestes effets d'un monopole accaparant tous les quinquinas que produit cette république. Avec le quinium, rien de tout cela n'est à craindre; les forêts du Pérou, de l'Équateur et de la Nouvelle-Grenade, offrent d'immenses ressources.

Le quinium est l'extrait alcoolique du quinquina. En voici la formule officielle telle qu'elle a été insérée dans le *Bulletin de l'Académie*, en vertu du décret du 3 mai 1850 :

Prenez des écorces de quinquina dont la composition vous sera connue.

Mêlez ces écorces en quantités telles que la quinine s'y trouve, relativement à la cinchonine, dans la proportion de deux parties de quinine sur une de cinchonine.

Broyez ces écorces; mêlez la poudre avec la moitié de son poids de chaux éteinte par l'eau.

Traitez ce mélange par l'alcool bouillant jusqu'à épuisement.

Recueillez par la distillation la majeure partie de l'alcool. Achevez l'évaporation.

Le résidu est l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux.

4 grammes 50 centig. de cet extrait doivent donner, par les procédés connus :

Sulfate de quinine.	1 gramme.
Sulfate de cinchonine	0,50 centigrammes.

Ou 100 gr. doivent donner, par les procédés connus :

Sulfate de quinine.	22gr,20
Sulfate de cinchonine.	11gr,10

Pour administrer le quinquina sous forme pilulaire, il suffira de formuler ainsi :

Quinium, 15 centigrammes, pour que chaque pilule renferme 5 centigrammes d'alcaloïdes et 10 centigrammes des autres principes solubles.

Ces deux formules semblent devoir suffire à toutes les indications, avec celles que le Codex a consacrées.

Grâce à elles, on pourra employer, de la manière la plus simple, la plus utile, toutes les espèces de quinquinas, du Pérou, de l'Équateur et de la Nouvelle-Grenade, et celles qui proviendront de la culture introduite par M. Pahud dans les Indes néerlandaises. On les emploiera en conservant leurs *principes utiles* et en obtenant dans toutes les pharmacies des préparations toujours identiques.

Nous avons besoin de rappeler ici que les quinquinas employés en nature dans les officines varient, pour leur richesse en alcaloïdes, depuis 1/2 pour 100 et quelquefois au-dessous, jusqu'à 3 et 4 pour 100.

Malgré les soins apportés dans les préparations, comment les médecins peuvent-ils compter sur l'efficacité d'un médicament dont le principe actif est si variable?

Les motifs qui ont fait adopter à M. Delondre cette forme pharmaceutique sont, d'une part, qu'avec quelques grammes de quinium, on peut rigoureusement vérifier la teneur en quinine et en cinchonine; d'autre part, que le quinium conserve toutes les matières utiles du quinquina, et qu'il est privé de toutes les substances inertes et nuisibles.

En d'autres termes, le quinium peut être considéré comme représentant le meilleur quinquina sans le ligneux et les matières cireuses et résineuses que renferme la poudre des écorces, dont la qualité est d'ailleurs souvent si incertaine.

Le quinium, à l'instigation et aux frais de M. Delondre, a fait ses preuves thérapeutiques, en Algérie et en France. MM. les docteurs Laveran et Wahu en Algérie, M. le docteur Hudelet dans les Dombes, en ont porté les meilleurs témoignages. De l'ensemble des faits rapportés par ces honorables confrères, on arrive à la conclusion suivante :

Toutes les fois qu'il faudra couper sûrement et promptement un accès de fièvre, le sulfate de quinine marchera toujours avant toutes les préparations du quinquina; aucune d'elles, et le quinium lui-même, ne pourront lui être comparés pour cette merveilleuse puissance. C'est pour cela que *rien ne peut le remplacer*, lorsqu'il faut combattre des accès pernicieux.

Mais lorsqu'il s'agira de guérir une fièvre ancienne, sans incertitude, sans secousses, c'est alors que le quinium reprendra sa suprématie à la place de la poudre des quinquinas, que l'on employait autrefois.

Nous estimons que c'est là un service réel rendu à la pratique par M. Delondre. L'emploi du sulfate de quinine tend à se restreindre. Merveilleux contre l'élément intermittence, cet agent est inférieur au *bon* quinquina contre la cachexie palustre. Mais le bon quinquina est rare. Le quinium préparé d'après les formules de M. Delondre, c'est le quinquina toujours identique à lui-même, et garanti contre l'infidélité des écorces ou la mauvaise foi des marchands. D'ailleurs, la présence de la cinchonine dans le quinium, comme dans le quinquina, ne saurait être indifférente. D'après les travaux mêmes de M. Delondre, et ceux de M. Bouchardat, il est reconnu que la cinchonine occupe une place importante, sous le rapport physiologique et thérapeutique dans la composition des quinquinas. Si la cinchonine le cède à la quinine pour couper l'accès, ces observateurs ont constaté qu'elle marche au moins son égale pour combattre les fièvres récidivées et pour user la fièvre chez les individus qui séjournent dans les localités marématiques. Il est probable, comme le disent MM. Delondre et Bouchardat, que ces deux bases organiques se complètent l'une par l'autre pour leurs effets utiles.

Amédée LATOUR.

---

qui devinrent classiques. C'est un fait curieux et important dans l'histoire que cet accueil fait à la science grecque sous le costume arabe; sorte de renaissance anticipée, prélude à la grande renaissance du XVe siècle qui réunit définitivement ces deux parties d'un même développement, l'antiquité grecque et l'âge moderne. On ne peut s'en faire une idée qu'à l'aide d'une théorie historique qui tienne le fil de l'évolution. Que cherchaient les Occidentaux dans la science gréco-arabe? Quelle est leur position relative dans la série? Y a-t-il lieu d'acquiescer sans amendement à l'imputation de barbarie qui a pesé sur eux? Et si on ne le doit pas, quel est le départ à faire et où poser la limite?

Rome, si semblable dans l'origine aux cités grecques par ses rois, par sa république, sa plèbe et ses praticiens, Rome suit une évolution toute différente; et un moment arrive où, à côté des Hellènes, elle paraît grossière, rustique, barbare. C'est qu'en effet elle n'a ni poètes, ni écrivains, ni artistes, ni savants qui vaillent la peine d'être nommés. Et pourtant, ce peuple, ainsi dénué de ce côté, mène à bien le plus vaste système de conquête qu'on ait jamais vu, régit prudemment les peuples vaincus, conduit avec une habileté merveilleuse la lutte entre la plèbe et l'aristocratie, et jette les fondements de ce droit qui fait l'admiration du monde. Évidemment, Rome l'emportait autant sur la Grèce par le génie de la politique, que la Grèce l'emportait sur Rome par le génie des arts, des lettres et des sciences.

De même pour les Occidentaux. Et leur tâche ne fut pas petite. Elle était accomplie vers les Xe et XIe siècles, comme le prouve la grande opération des croisades, point culminant du régime commun : à ce point, en effet, l'unité catholico-féodale était devenue plus solide et plus puissante que ne le fut l'unité romaine. Comparons donc l'Occident latin à l'antiquité romaine comme nous avons comparé Rome à la Grèce, et une différence du même genre apparaîtra. La religion transformée, la puissance spirituelle fondée et jalousement séparée de l'autorité temporelle, l'éducation religieuse donnée à tous les membres de la communauté, l'esclavage aboli, en vertu d'une organisation qui servit de transition à la liberté définitive, les vertus domestiques fortifiées par l'ascendant plus grand que les mœurs attribuent aux femmes, tout cela constitue pour la religion, pour la morale et pour l'état social un niveau plus élevé que celui de l'antiquité. Mais à côté de cette supériorité était une infériorité manifeste quant aux arts, aux lettres et aux sciences. Je dis seulement infériorité, car dès lors naissait, avec les langues modernes, la poésie du moyen-âge, dès lors s'élevaient les cathédrales. Cet art, malgré ses qualités, était encore trop loin des côtés supérieurs de l'art antique pour qu'il y eût tendance de l'un à se mettre sous la discipline de l'autre; mais, dans les sciences, grâce à l'extension de la tradition par ces obscurs savants dont M. Daremberg a révélé l'existence, tout était prêt. Les Arabes apportaient les sciences grecques qu'ils cultivaient, sans les arts et les lettres grecques qu'ils laissaient insensibles; ils furent les bienvenus. De là ce demi-jour qui se leva sur l'Occident et le prépara à ses destinées ultérieures.

Je conseille à M. Daremberg de faire un recueil des pièces les plus importantes qu'il a exhumées d'un long oubli : sommes qui montrent comment se comprenait l'enseignement de la médecine; traductions d'auteurs grecs perdus, par exemple, les fragments d'Héliodore; traités par lesquels nous verrons de quelle manière on puisait aux sources antiques. Le tout publié en se conformant scrupuleusement aux manuscrits; car, autant que j'en puis juger par les échantillons qui ont passé sous mes yeux, la langue a de l'importance, étant un latin barbare sans doute, mais qui devait être fort près de la langue vulgaire de ces temps; le tout accompagné de notes et d'explications, afin que le lecteur soit guidé en parcourant ce terrain neuf pour tout le monde. Un recueil ainsi conduit arriverait jusqu'au temps de l'invasion arabe et de l'école salernitaine, travaux que l'on possède maintenant en grande partie dans une collection due à la généreuse sollicitude d'un médecin napolitain, M. de Renzi, qui n'a épargné ni soins ni dépenses pour la mettre au jour, grâce aussi à M. Daremberg, qui a fourni d'amples contributions à l'œuvre de M. de Renzi. Le recueil dont M. Daremberg a tous les éléments serait un jalon essentiel dans la période barbaro-latine. Il est probable que, si on fouillait pour les mathématiques et pour l'astronomie les bibliothèque comme il les a fouillées pour la médecine, on trouverait des traces témoignant que ces deux sciences ont continué à être cultivées. De la sorte, on verrait que, dans ces siècles préparatoires, tandis que la société religieuse et la société politique se fondaient avec la condition d'incorporer les Barbares, l'héritage scientifique de l'antiquité se transmettait, et que les sciences, comme un feu précieux gardé sous la cendre, s'alimentaient, sans éclat, il est vrai, mais sans risque de s'éteindre, prêtes, dès que les circonstances deviendraient favorables, à donner flamme et chaleur. Si bien que, malgré les perturbations, malgré les ralentissements, et tout compensé, la civilisation suit son cours déterminé, et les voies de l'histoire sont justifiées.

É. LITTRÉ.

(Extrait du *Journal des Débats.*)

Le nombre des élèves de la Faculté de Strasbourg est cette année de 96, savoir : pour le doctorat, 90; pour le grade d'officier de santé, 6. En 1857, il y en avait 66 pour le doctorat, et 4 pour le grade d'officier de santé.

Il y a, en outre, 120 élèves militaires, dont 43 sont en cours d'inscriptions, et 77 en cours d'examens de fin d'études.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. L. Gros	10 fr.
Bertet, à Cercoux. . .	10
Desmarres	20
Taupin	10
Fleury	20
Tartivel.	5
Cazeaux	20
G. B. ou L. B.	10
Willemin.	10
J. Guyot	20
	135 fr.
Souscriptions antérieures. .	590
Total.	725 fr.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Janvier 1858. — Présidence de M. Laugier.

Après la lecture du procès-verbal, M. Depaul demande la parole : Je croyais, dit l'honorable académicien, avoir été clair dans les quelques objections que j'ai présentées à M. Devergie, à propos de son rapport ; il paraît que je me suis trompé, puisque je n'ai pas été compris. La presse médicale a mal interprété mes paroles. Cela n'a rien d'étonnant ; dans la réclamation de priorité que je soulevais, il y avait des noms étrangers qui, souvent répétés et se croisant dans mon discours, ont pu amener quelque confusion de la part de médecins peu habitués à ces questions obscures de dermatologie. Mais que M. Devergie s'y soit trompé aussi, cela me surprend. Je n'ai pas dit que le trichophyton avait été découvert par M. Bazin, non plus que par M. Baërensprung : sa découverte est bien antérieure aux travaux de ces deux messieurs; personne ne l'ignore; j'ai dit simplement que M. Bazin, le premier, avait découvert la présence des trichophytons dans l'herpès circiné et que ce n'était pas M. Baërensprung qui avait fait cette découverte. J'ai dit, de plus, que le mode de transmission de la dartre tonsurante du cheval à l'homme, au moyen de ce cryptogame, avait été indiqué par M. Bazin, et non par M. Raynal, comme le prétend M. Devergie dans son rapport. Mais, encore ici, je n'ai parlé que du *mode* de transmission et non de la transmission, qui était connue.

M. Devergie : Je regrette que M. Depaul soit aujourd'hui à côté de ce qu'il a dit dans la dernière séance. Je crois avoir bien compris ce qu'il a dit et je le crois précisément, parce que je suis d'accord avec toute la presse médicale, unanime à cet égard. S'il y a malentendu, il ne tenait qu'à M. Depaul de le faire cesser. Le lendemain même de cette discussion, j'ai eu l'honneur de lui adresser une lettre par laquelle je le priais de bien préciser ce qu'il avait dit, l'assurant que j'étais très désireux de rendre toute justice à M. Bazin. M. Depaul m'a répondu que ce n'était pas à lui à rédiger le procès-verbal et qu'il ne voulait ni ne devait empiéter sur les attributions du secrétaire annuel. Aujourd'hui il a abandonné les trois quarts, au moins, de ce qu'il avançait dans la dernière séance.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Correspondance officielle :

M. le ministre du commerce transmet :

Une lettre par laquelle il accuse réception d'une communication relative à la statistique des causes de décès.

— Le rapport final de M. le docteur Cressant, médecin des épidémies de l'arrondissement de Guéret, sur une épidémie de dysenterie qui a régné, pendant l'année 1857, dans la commune de Bourgd'hem (Creuse).

— Un rapport de M. le docteur Dabesque, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, pendant l'année 1847, dans la commune de Xaintrailles (Lot-et-Garonne.)

— Un rapport de M. le docteur Bouchet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon, sur l'état de la santé publique de cette ville pendant l'année 1857. (Comm. des épidémies.)

— Une demande d'avis et d'analyse, relative à une source d'eau minérale, dite de la *Pauline de Pestrin*, située à Meyras (Ardèche).

— Un rapport de M. le docteur A. Barrié, médecin-inspecteur-adjoint des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Anatole Roux, informant l'Académie qu'il lui fait hommage du buste de M. Ph. Roux, son père.

— Une observation ayant pour titre : *Prodrômes tétaniques enrayés par le traitement chirurgical*, et transmis par M. le docteur Henri Lespiau, médecin militaire. (Renvoyée à l'examen de M. Larrey.)

— Une lettre par laquelle M. Caratheodory prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats au titre d'associé étranger. (Réservée pour la future commission des correspondants étrangers.)

— Une lettre de M. le docteur Delattre, accompagnant l'envoi d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches chimiques et médicales sur les huiles de foies de poissons*. (Com. MM. Grisolle, Soubeiran, Devergie.)

— Une note de M. le docteur Philipeaux, de Lyon, intitulée : *Remarques sur le traitement des luxations complètes en dehors*. (Comm. MM. Robert et Malgaigne.)

— M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté dans la construction du brise-pierre urétral, dans le but d'en faciliter l'introduction dans l'urètre obstrué par un calcul.

Lorsqu'on veut briser un calcul engagé dans l'urètre, il arrive le plus souvent que la première branche ne peut franchir le calcul et vient se heurter contre lui ; M. Mathieu a plusieurs fois entendu M. Nélaton se plaindre de ces difficultés, et c'est d'après ses indications qu'il est arrivé à les faire disparaître en partie par le mécanisme suivant :

On introduit la première branche complètement rectiligne ; grâce à cette condition, elle peut franchir le calcul; l'autre branche présente la disposition ordinaire. Quand la première branche a franchi le calcul, on redresse son extrémité par le mécanisme de la curette articulée de M. Leroy d'Étiolles, en tournant l'écrou du brise-pierre.

La fig. *A* représente l'instrument tel qu'il doit être disposé au moment de son introduction. De même la fig. *B*. La fig. *C* représente l'instrument rétabli pour former le brise-pierre, fermé après le redressement de l'extrémité mobile. La dernière figure le représente ouvert également après le redressement.

B C A MATHIEU

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Landouzy, de Reims, relative au rapport de M. Roche sur le mémoire de M. Deleau jeune.

— M. Barth dépose sur le bureau une brochure de M. Sirus Pirondi.

M. Boudet, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport ayant pour objet diverses demandes d'autorisation qui ont été adressées au ministre, relativement à la fabrication des eaux minérales artificielles.

M. Desportes, à l'occasion de ce rapport, dit qu'il croit devoir présenter une réclamation qu'il fait à peu près tous les ans : les eaux naturelles minérales, en France, sont trop nombreuses et à trop bon marché, pour qu'il soit utile d'accorder ces autorisations d'en fabriquer de factices. Ainsi, à Bussang, l'eau se perd dans les rues, et ne vaut certainement pas 0,10 centimes le litre. Bien captées, les eaux naturelles valent beaucoup mieux que les eaux artificielles : il n'en faut donc plus faire d'artificielles.

M. Londe : Je demande à ajouter un mot : par les mêmes raisons que vient de développer M. Desportes, je propose qu'il ne soit plus fabriqué de vin de Champagne !

Les conclusions de M. Boudet, mises aux voix, sont adoptées.

M. Boudet donne ensuite lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Aulagnier, ayant pour titre : *Utilité de l'application de la substance glaireuse (glairine et barégine) contenue dans les eaux minérales sulfureuses.*

« La nature de ces matières, dit en terminant M. le rapporteur, est trop peu connue encore pour que leur application thérapeutique puisse être l'objet d'une étude officielle : c'est à l'initiative individuelle qu'il appartient de dissiper d'abord l'obscurité qui règne encore sur la plupart des questions qui se rattachent à ces substances.

» La commission, toutefois, rend hommage à la pensée qui a inspiré la proposition du docteur Aulagnier, et elle propose à l'Académie de s'associer à ses vœux en demandant l'insertion, dans la circulaire d'envoi du dernier rapport général, d'un paragraphe particulier sur l'opportunité d'une étude suivie au point de vue médical de la barégine et, plus spécialement encore, des sulfuraires, dont l'iode paraît être un des éléments constants. »

Ces conclusions sont adoptées.

M. Devergie monte à la tribune pour défendre le rapport qu'il a présenté dans la précédente séance :

Je regrette, dit l'honorable rapporteur, que M. Depaul ait été obligé de quitter la séance, et je regrette aussi que ses objections aient été atténuées par les paroles qu'il a prononcées tout à l'heure. Je vais aborder ces objections telles qu'elles ont été formulées d'abord.

En premier lieu, M. Depaul me reproche d'avoir passé légèrement sur le travail de M. Raynal, objet de mon rapport, pour ne m'occuper que de combattre certaines doctrines qui ne sont pas de mon goût. Mon rapport comprend 24 pages d'impression; sur ces 24 pages, 17 sont consacrées exclusivement à l'examen du travail de M. Raynal; restent donc 7 pages pour les questions de doctrine. Ce simple énoncé répond, je crois, suffisamment au reproche de M. Depaul.

En second lieu, mon honorable contradicteur m'a blâmé d'avoir rapporté à un étranger la découverte dont l'honneur reviendrait à un de nos compatriotes; à cela je réponds que la science n'a point de nationalité, et que le premier devoir est d'être juste. J'ai dit que M. Baërensprung avait publié, en 1855, un mémoire pour démontrer l'identité des deux herpès tonsurant et circiné, et qu'il était arrivé à ce résultat en cherchant le trichophyton dans toutes les variétés possibles d'herpès. Je le répète aujourd'hui. — Quant aux publications de M. Bazin, elles sont de deux ordres, indirectes et directes. Les premières sont les leçons professées à l'hôpital Saint-Louis et publiées par ses internes. Elles contiennent des choses telles, que je ne puis les considérer comme appartenant à M. Bazin : ainsi, par exemple, il demande pourquoi l'on ne guérissait pas la gale, avant lui, à l'hôpital St-Louis. Ainsi encore, à propos de l'Académie.....

MM. Trousseau et Bouley (interrompant) : Il n'est pas possible de laisser attaquer plus longtemps, à cette tribune, M. Bazin absent.

M. Devergie : Aussi ai-je commencé par dire que je voulais éloigner de ce débat les publications de M. Bazin, que j'ai appelées indirectes. Dans ce qu'il a publié lui-même, M. Bazin conteste, contrairement à ce qu'on prétend en son nom, que le trychophyton se trouve dans les deux espèces d'herpès (tonsurant et circiné), et il combat leur identité reconnue par M. Letenneur et par d'autres. En 1854, il reste à l'opinion publiée par lui, en 1852, à savoir qu'il n'y a pas identité.

Quant au troisième reproche d'avoir attribué à M. Raynal ce qui appartient à M. Bazin, c'est-à-dire la découverte du mode de transmission de la dartre tonsurante du cheval à l'homme, voici les faits : En 1853, M. Bazin publie, dans un mémoire, l'observation d'un gendarme offrant des plaques herpétiques sur les bras, et dont on retrouve le point de départ sur son cheval. M. Bazin dit qu'après examen microscopique, il a trouvé dans la dartre tondante du cheval un végétal très différent de celui qu'on trouve dans la dartre analogue qui se développe sur l'homme.

J'ajoute, dit M. le rapporteur, qu'il résulte des renseignements officiels conservés à Alfort, et qui m'ont été communiqués, que le cheval dont parle M. Bazin est le même que celui qui, envoyé à Alfort par le gouvernement pour sa dartre tondante, fut observé par M. Raynal et M. Bouley, et qui communiqua la teigne tondante à d'autres chevaux et la teigne circinée aux hommes qui le pansaient. Quant au gendarme, il avait été envoyé à l'hôpital Saint-Louis par M. Raynal lui-même. Il est donc certain que les faits de M. Bazin étaient connus de M. Raynal, et il est également certain qu'ils étaient appréciés par ces deux observateurs d'une manière différente, puisque M. Raynal montre que le parasite est le même et que M. Bazin nie cette identité. Je crois donc avoir fait avec justice la part de chacun.

M. Bouchardat : Je prends la parole avec beaucoup d'hésitation contre le rapport de M. Devergie, non pour combattre ses conclusions, auxquelles je m'associe, au contraire, bien cordialement, mais contre la campagne qu'il a ouverte pour combattre les théories nouvelles. Depuis longtemps je m'occupe d'un travail sur le parasitisme végétal, et je mets sous les yeux de l'Académie des planches dessinées depuis quatre années déjà. Je ne veux m'élever que contre une seule phrase du rapport de M. Devergie, celle dans laquelle il regarde comme fâcheuse l'influence exercée par le microscope sur l'étiologie, et, partant, sur la thérapeutique des maladies de la peau. C'est, selon moi, tout le contraire qui est vrai. Avant le microscope, on marchait en aveugle; maintenant, on a bien plus de chances d'atteindre un ennemi qu'on peut observer.

Dans les maladies de la peau déterminées par les parasites végétaux, la science ne date que du jour où l'on a découvert, décrit ces êtres microscopiques, étudié leurs conditions d'existence en leur rapportant les désordres si variés qu'ils déterminent.

Sous les rapports de l'étiologie et de la prophylaxie, les découvertes nouvelles n'ont-elles pas substitué la lumière aux ténèbres, et ne peut-on pas plus raisonnablement espérer se rendre maître de ces maladies qu'à l'époque où l'on poursuivait le vice dartreux? Ainsi, avant de connaître le sarcopte de la gale, on guérissait cette affection par les frictions mercurielles, en modifiant les conditions générales de l'organisme, mais il fallait huit jours, tandis que, à présent, la gale est détruite en une heure avec l'acarus qui l'a produite ; mais, ce n'est pas tout que de connaître, de décrire ces parasites végétaux, il faut savoir leurs conditions d'existence, il faut chercher à modifier l'économie pour que ces conditions d'existence soient détruites. En tenant compte de ces divers éléments, on sera sur la voie des découvertes définitives de la thérapeutique des maladies de la peau, sur la voie du progrès, de la perfection.

M. Trousseau : Je dirai d'abord incidemment que ce n'est pas sans surprise que je viens d'entendre la glorification du microscope. Je croyais qu'il avait reçu, à cette tribune, d'assez rudes coups pour qu'on n'osât plus en parler de longtemps. Je suis, pour ma part, bien convaincu que ce n'est pas dans la thérapeutique des maladies de la peau que le microscope a rendu des services, et je regrette que M. Bouchardat, qui est un hygiéniste si éminent, ait précisément négligé le côté hygiénique de la question.

M. Devergie a dit, dans son rapport, que M. Raynal avait montré que le développement des dartres tondantes était précédé de symptômes précurseurs chez les animaux; qu'il y avait des prodrômes, une sorte de fièvre d'incubation. C'est là contre quoi je veux m'élever. Qu'on me permette de me servir des renseignements donnés par nos collègues de l'École d'Alfort. Toutes les fois qu'on a voulu inoculer une même maladie à plusieurs animaux et qu'on a choisi les animaux les plus vigoureux, les résultats ont été négatifs; si, au contraire, on choisit les animaux faibles, les expériences réussissent. La même chose s'observe chez les végétaux : les cerisiers, à l'époque de la sève, n'ont jamais de parasites, mais que le même arbre devienne malade, alors ses feuilles et son écorce se couvrent de parasites. Il en est de même pour le muguet chez les enfants, etc.; je pourrais multiplier ces exemples. Tous montrent que le développement des maladies parasitaires n'est pas précédé de prodrômes, mais que l'affaiblissement des organismes augmente la *réceptivité* pour les maladies, — si je puis employer cette expression barbare. — En un mot, les parasites se développent plus facilement chez les individus placés antérieurement dans de mauvaises conditions de santé.

M. Gibert : Je me range de tous points à l'opinion de M. Trousseau : le parasite ne s'implante que sur les individus malades, il n'est donc jamais, à lui seul, toute la maladie.

Quant à M. Bouchardat, il était impossible de choisir un plus mauvais exemple que la gale. Son traitement rapide a été découvert par un chirurgien hollandais, qui ne se doutait guère de la présence de l'acarus.

M. Michel Lévy : C'est, en effet, un chirurgien-major, Helmerich (il a laissé son nom à sa pommade), qui a proposé le premier un traitement expéditif contre la gale. La durée de ce traitement était de quatre jours en moyenne; quelquefois ils ne dure que vingt-quatre heures. Mais Helmerich, qui partageait les idées de son temps sur le vice psorique et les diathèses, redoutait les guérisons rapides et il insistait sur la nécessité de faire absorber par le malade une certaine dose, déterminée, de sa pommade.

M. le baron Percy, dans un rapport trop peu connu, a confirmé toutes les observations d'Helmerich.

Si l'Académie veut le permettre, je rappellerai que j'ai, le premier, proposé et fait adopter, dans l'armée, le traitement expéditif de la gale. Dans les hôpitaux militaires, et surtout dans les hôpitaux civils, très nombreux (300 environ), où nous envoyons les soldats malades et qui sont soumis à nos inspections, la durée moyenne du traitement des galeux était de seize jours — dans quelques hôpitaux de l'Est, cette moyenne s'élevait jusqu'à trente jours. — C'était, on le comprendra, une charge énorme pour le trésor. La moyenne, maintenant, est de quatre heures quand le traitement est bien fait, c'est-à-dire quand les frictions — comme le recommandait déjà Helmerich — sont complètes, dures et continuées pendant longtemps. Quand l'acarus est tué, la gale est guérie, et les reliquats d'éruption vésiculeuse qui persistent plus ou moins longtemps n'ont aucune importance et doivent être négligés.

M. Devergie : Ce n'est pas le microscope qui a conduit à ce traitement rapide, ni qui indique le mode de traitement. Sous Dupuytren, il y avait, à l'Hôtel-Dieu, des frictions générales pour les galeux avec une solution de sulfure de potasse, appelée alors *liqueur de Dupuytren*. Ces frictions se faisaient dans les autres hôpitaux également. Quand M. Cazenave prit, à Saint-Louis, le service des galeux, il eut l'idée d'essayer comparativement tous les traitements contre la gale — il faut bien le dire, toutes les substances un peu actives guérissent la gale — M. Cazenave alla jusqu'à essayer les eaux distillées; il eut, en même temps, l'idée de réduire ces frictions et de les localiser aux mains. M. Bazin, en succédant à M. Cazenave, reprit les frictions générales, et ne fit que rétablir les choses comme elles étaient deux ans auparavant dans les salles qui lui étaient confiées, et comme elles ont été toujours dans d'autres services du même hôpital.

Ce qu'a dit M. Bouchardat est grave : la thérapeutique n'a presque rien gagné au microscope, et les découvertes faites au moyen de cet instrument ont justifié seulement les pratiques trouvées, antérieurement par hasard et par tâtonnements.

Quant à M. Trousseau, il n'a pas complété sa pensée. C'est une erreur de croire que les parasites ne se développent que sur des individus malades. On sait que pour qu'un homme contracte la gale, il faut qu'il soit bien portant — c'est le contraire pour le chien — toutes les maladies de la peau disparaissent pendant le cours des affections aiguës, et reparaissent quand se prononce la convalescence.

MM. Moreau et Leblanc demandent la parole, mais, à cause de l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Michel Lévy sur la présentation d'un associé libre.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 12. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 30 Janvier 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 JANVIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Décidément les séances gagnent en intérêt ce qu'elles perdent en longueur; il y a double bénéfice. Lundi dernier, l'Académie s'est formée en comité secret, après une heure et demie de séance des mieux occupées.

L'événement important pour nous a été la lecture d'un mémoire par M. Cl. Bernard. En voyant l'éminent physiologiste se diriger vers la table de l'hémicycle, nous étions persuadé qu'il allait répondre aux attaques récemment dirigées, soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine, contre ses plus sérieux titres de gloire. Nous nous trompions : — l'art est long, et si la vie est brève, M. Bernard est jeune; il a le temps encore : nous attendrons.

Le mémoire lu par M. Bernard porte sur un nouvel ordre de recherches : il s'agit *de la variation de couleur que présente le sang veineux des organes en rapport avec leurs états fonctionnels.* Le sang veineux, pour les physiologistes et pour tout le monde, est synonyme de sang noir, et les deux expressions sont indifféremment prises l'une pour l'autre. Cependant, à l'état normal, le sang veineux est tantôt rouge et tantôt noir. C'est en faisant, il y a quelques années déjà, des expériences à propos de la fonction éliminatoire du rein, que le savant professeur du Collége de France fut frappé de ces variations de couleur en désaccord avec les idées universellement reçues. Il vit que, souvent, les veines rénales contenaient du sang rutilant qui se mêlait au sang noir de la veine cave inférieure. Une fois ce fait bien constaté, il s'agissait de chercher le rapport des deux couleurs du sang de la veine rénale avec l'état fonctionnel du rein. Il résulta des expériences instituées dans ce but par l'habile physiologiste, que la veine rénale contient du sang noir alors que le rein est à l'état de repos, et du sang rutilant quand le rein fonctionne.

Il restait à déterminer si cette variation de couleur était spéciale au rein ou si c'était un fait général et se retrouvant dans tous les organes d'élimination. On choisit la glande sous-maxillaire, facilement accessible, pour vérifier le phénomène. C'est un organe à fonction intermittente, et l'on vit manifestement que, là aussi, le sang veineux est rouge pendant que la sécrétion a lieu, et noir quand elle est suspendue.

En excitant la glande sous-maxillaire au moyen de l'électricité, on obtint des résultats identiques. On remarqua, de plus, que la sécrétion de la salive précédait de quelques secondes l'apparition rutilante du sang, et que le sang, dans ce dernier état, coulait plus abondamment que lorsqu'il était noir.

En résumé, si l'on doit, à l'état physiologique, conserver les anciennes dénominations de sang veineux et sang artériel, il faut abandonner celle de sang noir et sang rouge;

Le sang veineux diffère de l'artériel par d'autres caractères que la couleur (formation du caillot, etc.), sur lesquels il sera bon d'insister plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici;

Entre le sang d'un même organe à l'état de repos ou en fonction, il existe plus de différences qu'entre le sang de deux organes différents;

Enfin, ces modifications, en rapport avec les états fonctionnels, sont, en définitive, toujours sous la dépendance du système nerveux qui préside à la fonction; c'est donc à étudier les relations du système nerveux avec les organes que devront tendre les recherches ultérieures de la physiologie.

— M. Flourens, parmi les pièces de la correspondance, a mentionné plusieurs documents curieux et intéressants qui nous concernent.

D'abord, un travail qui va faire tressaillir d'aise toutes les matrones et les prêtresses interlopes de Lucine. M. Bérigny, de Versailles, a dressé le tableau statistique d'un nombre considérable de naissances, en ayant égard aux jours de la lune pendant lesquels ces naissances ont eu lieu. Ce travail a été entrepris par suite d'une interrogation de Fr. Arago, qui se préoccupait de savoir si, comme on le dit vulgairement, il naît plus d'enfants pendant le décours de la lune, que pendant sa période d'augment. — La commission de statistique est chargée de se prononcer sur la valeur de ces observations.

Ensuite, une note sur le crétinisme, dans laquelle l'auteur, se basant sur des recherches assez nombreuses, affirme que, toujours, le développement du crétinisme a été précédé de goître, soit chez le crétin lui-même, soit chez ses ascendants.

— M. Grasset a envoyé à l'Académie une série d'observations sur l'action thérapeutique des eaux minérales bromo-iodurées du département de la Drôme.

— M. Jean a obtenu des effets électriques nouveaux avec les appareils d'induction. En isolant le fil induit, au moyen de la térébenthine, il est parvenu à faire dégager des étincelles; vingt éléments de Bunsen ont donné des étincelles assez fortes pour percer des plaques de verre épaisses de plusieurs centimètres. M. le Secrétaire perpétuel a fait passer sous les yeux de ses collègues du bureau, ces plaques de verre transpercées.

— A propos d'une nouvelle réclamation de M. Boinet, soutenant qu'il a, le premier, employé les injections iodées dans le traitement des épanchements pleurétiques et protestant contre la réclamation de M. Sédillot, M. Velpeau a pris la parole. Il avait été chargé, par l'Académie, d'examiner toutes les pièces relatives à cette contestation, et, séance tenante, il a fait un rapport qui, bien qu'extemporané, n'en a pas moins été un modèle de clarté et de bon sens.

« La discussion soulevée entre M. Sédillot et M. Boinet, a dit M. Velpeau, ne peut avoir de résultat avantageux pour personne; elle repose, d'ailleurs, sur un malentendu. M. Sédillot est un chirurgien haut placé, très justement honoré à tous les titres; c'est un homme d'initiative et un praticien consciencieux, depuis longtemps à la tête d'un grand service de chirurgie; il a pu être surpris que M. Boinet, travailleur que tout le monde estime, mais qui n'est point médecin des hôpitaux, et dont la position scientifique est hiérarchiquement inférieure à celle de M. Sédillot; il a pu, dis-je, être surpris que M. Boinet le traitât peut-être un peu légèrement et il a laissé percer l'expression de son étonnement dans ses réclamations.

» J'ai vu toutes les pièces du procès : M. Sédillot croit avoir modifié heureusement l'opération de l'empyème, et, à ce mode opératoire dont il est l'auteur, il a appliqué l'épithète de *nouveau traitement*, etc. C'est contre cette appellation que M. Boinet réclame, croyant que cela rentre dans *sa* méthode générale de traitement des épanchements par l'iode. Mais M. Sédillot dit, au contraire, qu'il n'y a rien de nouveau dans son procédé, sinon l'association d'éléments connus pour en constituer une méthode de traitement qui lui appartient.

» Au surplus, M. Boinet dit aujourd'hui que sa méthode est différente de celle de M. Sédillot. Sa revendication alors n'a plus d'objet dans l'espèce. Mais M. Boinet croit être le premier qui se

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 1er janvier. — Décidément ma réputation s'étend. Hier, croyant à une erreur, je suis allé rapporter à M. P..., bandagiste, un magnifique almanach de cabinet que j'avais reçu sous enveloppe. M. P... n'a pas voulu le reprendre; avec infiniment de politesse, il m'a dit de le garder comme un hommage qu'il était heureux de rendre au docteur Simplice, et autres choses très gracieuses. — Ne m'oubliez pas auprès de vos clients, a ajouté M. P... — Je n'aurai garde d'oublier un aussi aimable homme.

J'ai passé une bonne partie de la journée à envelopper, à adresser et timbrer 173 cartes de visite qui m'ont été envoyées la plupart par des personnes que je ne connais pas encore, mais que mon nom aura sans doute frappé. C'est très flatteur. Et mon ami Benoît qui ne voulait pas que je me fixasse à Paris!... Ces gens de province ont des vues très étroites. C'est à Tartas, n'est-ce pas, que j'aurais reçu les cartes de visite de douze pharmaciens, de dix-huit dentistes, de M. F..., chevalier de la Légion d'honneur, et fondateur de l'industrie des bas élastiques contre les varices, de MM. B..., P..., C..., etc., bandagistes, de MM. d'E... et F..., marchands d'eaux minérales, de M. Popelin aîné (spécialité d'huiles), de M. A. Damoiseau, ancien fournisseur (de quoi?) du Prince Royal, et d'une foule d'autres personnages plus ou moins considérables? Je me suis empressé de renvoyer ma carte à ces représentants distingués de la science, de l'industrie et du commerce.

Le 2. — Un de mes meilleurs clients, homme riche et bien posé, porte à la partie postérieure du cou une tumeur sur le diagnostic de laquelle j'ai voulu avoir l'avis d'un chirurgien. Appelé par moi, avant-hier, le docteur X... a fait une très belle dissertation qui a beaucoup captivé mon client de la rue Duphot. Ce savant confrère est si consciencieux, que ce matin, en sortant de son hôpital, il a voulu revoir mon malade pour bien s'assurer de son diagnostic. J'ai trouvé mon client très touché de cette visite qu'il s'est empressé de m'apprendre.

Le 3. — Au moment de sortir ce matin, j'ai reçu le billet suivant de mon client de la rue Duphot :

« Mon cher docteur Simplice,

» Ma maladie étant chirurgicale et exigeant un traitement exclusivement chirurgical, j'ai prié M. le docteur X..., que vous avez eu la bonté de me conduire, et qui a accepté, de vouloir bien s'en charger. Dans toute autre circonstance, pour moi et pour les miens, j'aurai recours à vos bons soins.

» Agréez, etc. Z... »

Mon ami Benoît, à qui j'ai confié la chose, s'obstine à soutenir que le procédé de ce chirurgien n'est pas délicat. Préjugé de province.

Le 4. — J'ai fait aujourd'hui le relevé de mes honoraires en retard de l'année 1857. J'enverrai demain ma bonne avec les notes, dont le total s'élève à la somme de 1,785 francs. J'ai laissé cette somme en réserve pour payer mon loyer, ma patente et quelques autres frais. — Benoît, qui a toujours peur, m'assure que je ferai bien de me précautionner d'autre part.

Le 5. — Françoise, ma bonne, est revenue furieuse; elle a rapporté 63 francs 50 centimes. Ils ont tous dit de repasser plus tard, parce que les dépenses du jour de l'an avaient mis les bourses à sec. Ce motif est assez plausible; mais Benoît me conseille, cette année, d'envoyer Françoise avant le 31 décembre.

Le 6. — Mes bons amis du faubourg Saint-Denis m'ont invité à aller tirer les Rois. J'ai eu la fève, et l'usage veut que je rende cette invitation. Il y avait là une vieille dame qui m'a entretenu toute la soirée de son catarrhe. Elle ne m'a laissé tranquille que lorsque je lui ai eu formulé et écrit une consultation en règle. Comme cette dame voit beaucoup de monde elle pourra m'être utile. Elle m'a déjà parlé de personnages considérables, auxquels elle veut me recommander. Il ne faut rien négliger.

Benoît, qui se sert souvent d'expressions triviales, m'a dit que je m'étais laissé *chiper* une consultation. Quel langage!

Le 7. — Ma vieille dame d'hier au soir a eu la bonté de m'écrire le billet suivant :

« Bon docteur,

» Vous êtes si charitable que je ne crains pas de recommander à tous vos bons soins une honorable mais très pauvre famille, dont le père, la mère et un enfant se trouvent dans ce moment malades. M. le curé de ....., à qui j'ai parlé de vous, sera très reconnaissant de vos bontés pour la famille C..., qui habite rue de Charonne, n° 198, et à laquelle il porte, comme moi, un très vif intérêt. Si vos courses vous conduisent de ce côté, ayez la bonté de monter jusqu'à leur septième étage. Vous ferez une bonne œuvre. »

De la place Laborde, où je demeure, mes courses, assurément, ne pouvaient me conduire à la rue de Charonne. J'ai pris une voiture et j'y suis allé. (Deux heures à 2 francs 25 cent., et le pour-boire, ci. 5 francs.)

J'écris à M. le curé que je verrai ces pauvres gens une fois par semaine, mais qu'un peu de bouillon, de bon vin, du bois et du charbon accéléreraient beaucoup les effets du traitement.

C'est toujours bien honorable d'avoir fixé l'attention de M. le curé de ......

Benoît, qui est un frondeur, prétend qu'il y a, à Paris, beaucoup de personnes charitables qui font leurs charités sur le dos des médecins. Quelles vilaines idées!

Le 8. — La bonne baronne d'U.... a deux médecins; l'un pour elle, c'est moi; l'autre pour son perroquet. Au médecin de sa personne elle ne veut donner que 3 francs par visite; c'est une vieille habitude dit-elle, et quoique je lui aie discrètement fait remarquer que le prix de toutes choses a bien augmenté depuis le petit écu, elle n'en veut pas démordre. Combien alloue-t-elle au médecin de son perroquet? Je ne le savais pas hier, je le sais aujourd'hui.

J'étais ce matin auprès d'elle et je lui prescrivais quelques moyens contre l'épidémie régnante dont elle est atteinte, lorsque se présente un grand Monsieur, fort bien couvert, à l'air grave et que la baronne reçoit avec beaucoup d'empressement.

— C'est pour mon pauvre Coco que je vous ai prié de passer, lui dit-elle; depuis deux jours il est triste, ne mange pas et a beaucoup de diarrhée.

L'homme de l'art palpe l'animal, examine avec attention et le déclare atteint d'une inflammation d'entrailles. Il prescrit des lavements et se retire après avoir reçu...., j'ai honte de le dire...., une pièce de 5 francs.

Ce n'est pas tout.

— Ah!... mon Dieu!... docteur, j'ai oublié quelque chose, s'écrie la

soit servi des injections iodées dans l'empyème. C'est là une erreur.

» En 1836, on en faisait déjà, et M. Rayer doit se rappeler que, lui et moi, nous fûmes chargés, il y a une douzaine d'années, de suivre les expériences de M. Leblanc, qui injectait de l'iode dans les plèvres des chevaux, à Alfort. M. Boinet a donc tort de réclamer la priorité des injections iodées, bien qu'il les emploie plus que personne et qu'il en ait fait une méthode générale de traitement. D'un autre côté, M. Sédillot n'élève, à cet égard, nulle prétention de priorité; il se sert de l'iode comme tout le monde.

» Il n'y a donc pas lieu de donner suite à cette discussion. Que M. Boinet et M. Sédillot poursuivent, sans collision, et chacun de son côté, leurs travaux si estimés. L'Académie sera toujours disposée à les entendre et heureuse de leur rendre justice. »

M. Despretz a prié M. Velpeau de vouloir bien rédiger son allocution pour qu'elle pût être insérée dans les *Comptes-rendus* hebdomadaires. Nous avons voulu en donner, par avance, au moins le sens à nos lecteurs.

Dr Maximin LEGRAND.

UROLOGIE COMPARÉE.

1° DE L'INFÉRIORITÉ ET DE L'INSUFFISANCE DE L'ACIDE PYROPHOSPHORIQUE COMME RÉACTIF DE L'ALBUMINE;

2° DE LA RÉALITÉ DE L'ALBUMINURIE NORMALE (Réponse à M. le docteur BECQUEREL).

Par le docteur Claude GIGON, médecin des hôpitaux d'Angoulême, etc.

Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont lu, dans les numéros des 13 et 17 du mois d'octobre dernier, le mémoire que j'ai publié sur l'*albuminurie normale chez l'homme et chez les animaux*.

M. Becquerel a cru devoir faire insérer, dans le *Compte-rendu* de l'Académie des sciences d'abord (23 novembre), puis dans l'UNION MÉDICALE (1er décembre), un essai de réfutation au point de vue chimique seulement. Je viens demander encore aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE quelques instants d'attention pour répondre aux objections de mon estimable contradicteur.

M. Becquerel, dans sa critique, résume son opinion en quelques propositions terminales que je résumerai moi-même en quelques mots :

1° Le chloroforme est un réactif *très infidèle* de l'albumine. Il ne précipite qu'une partie de l'albumine et laisse intacte et en dissolution, dans la partie supérieure du liquide, de l'albumine qui s'y trouve contenue; de plus, le chloroforme précipite d'autres substances que l'albumine, les solutions de gomme, d'amidon, de gélatine, etc.

2° Les urines normales ne contiennent pas d'albumine, mais du mucus seulement.

Telle est, en substance, l'opinion formulée par mon estimable contradicteur, je néglige quelques objections de détail sans importance.

• Le chloroforme est un réactif très infidèle de l'albumine.

Je pense que M. Becquerel a employé ici une expression peu exacte, car il applique au chloroforme l'épithète d'infidèle, parce que celui-ci ne précipite pas seulement l'albumine, mais aussi quelques autres substances en solution. On pourrait dire tout au plus que le chloroforme n'est pas un réactif *univoque*, et alors il aurait cela de commun avec tous les réactifs connus de l'albumine. Pour qu'il fût infidèle, il faudrait qu'il manquât souvent, ou du moins quelquefois, son effet sur l'albumine. Or, *jamais* ni M. Becquerel ni aucune autre personne n'a prouvé, n'a essayé de prouver cette infidélité, cette inconstance de réaction. Le chloroforme est surtout le réactif de l'albumine en dissolutions très faibles, il doit être employé pour retrouver cette substance lorsque les acides azotique et pyrophosphorique, le feu, la créosote, les sels métalliques sont sans action; il agit néanmoins très bien sur l'albumine concentrée, qu'il coagule lorsqu'on les bat longtemps ensemble, ainsi que je l'ai constaté et ainsi que l'avaient déjà constaté le professeur Rusponi et le docteur Massart qui ont, suivant l'expression employée par eux, *gélatinifié* le chloroforme avec le blanc d'œuf.

Il est infidèle, dit encore M. Becquerel, parce qu'il ne précipite qu'une partie de l'albumine du liquide et en laisse une partie en dissolution.

Si le chloroforme laisse une partie de l'albumine en dissolution, c'est parce qu'on ne l'a pas employé à dose convenable. Une goutte précipite une quantité déterminée d'albumine, deux gouttes en précipitent davantage, si on en verse une quantité suffisante, il précipite tout.

Mais, à ce compte, tous les réactifs connus de l'albumine seraient infidèles, par exemple l'acide azotique, le feu, les réactifs les plus employés, ne précipitent qu'une partie de l'albumine des solutions, ainsi, faites dissoudre, dans un mortier de porcelaine, 10 gram. de blanc ou de jaune d'œuf dans 150 grammes d'eau distillée, traitez cette solution par l'ébullition et l'acide azotique, filtrez; le liquide est très limpide, alors le feu et l'acide azotique sont sans action sur ce liquide, de telle sorte qu'on pourrait croire qu'il ne contient plus d'albumine, cependant le tannin, la créosote, le sous-acétate de plomb et surtout le chloroforme y font naître encore de très abondants précipités, pourtant l'acide azotique n'est pas un réactif infidèle, puisque, dans les limites de sa puissance, il ne manque *jamais* son effet, seulement il est insuffisant.

J'en dirai autant du sous-acétate de plomb. M. Dumas dit, en parlant de l'albumine : « Le sous-acétate de plomb précipite jusqu'aux *moindres traces* de cette substance. » (*Chimie phys.*, p. 343.) Le chloroforme est infiniment plus sensible que le sous-acétate plombique qui ne précipite l'albumine que jusqu'aux solutions au 3000e, et laisse dans le liquide les solutions plus faibles, tandis que le chloroforme fait naître des précipités très évidents, même dans les liquides où a échoué le sous-acétate de plomb. Je prouverai plus loin que ces réflexions sont applicables à l'acide pyrophosphorique.

Ainsi, le chloroforme n'est pas un réactif infidèle, puisqu'il décèle *constamment*, *toujours* et *sans exception*, des parcelles d'albumine impondérables, insaisissables pour tout autre agent. Dans mon mémoire précédent et dans la crainte d'exagérer les résultats, j'ai dit que le chloroforme précipitait *moins* d'un vingt millième d'albumine; des expériences postérieures me permettent d'affirmer aujourd'hui que ce réactif décèle des parcelles d'albumine parfaitement saisissables jusqu'au *quarante millième*, alors le précipité se compose d'une foule de globules, de perles de chloroforme entourées d'une enveloppe d'albumine qui se dissout dès qu'on ajoute quelques gouttes d'acide azotique.

Le chloroforme, a dit encore notre estimable contradicteur, est un réactif infidèle de l'albumine, parce qu'il précipite plusieurs autres substances en solution dans l'eau, telles que la gomme, l'amidon, la gélatine, etc.

Je connaissais parfaitement ces faits, et si je n'en ai pas fait mention dans mon mémoire, c'est parce que, s'ils ont un certain intérêt au point de vue général, ils m'avaient paru sans valeur lorsqu'il s'agissait de recherches sur les urines; ce ne sont certainement pas ces substances que l'on doit craindre de trouver dans le liquide urinaire.

Au reste, bien que les solutions de ces substances précipitent par le chloroforme, ce n'est là qu'une apparence superficielle, je dirai même presque grossière avec le précipité chloroformique des urines, l'aspect extérieur de ces précipités diffère sensiblement de celui de l'urine et du blanc d'œuf, et, si l'on passe à l'examen chimique, on aperçoit des différences tout à fait tranchées que je ne décrirai point ici dans la crainte de m'éloigner trop de mon sujet et d'allonger considérablement ce mémoire, mais qui ne peuvent permettre aucune erreur. Peut-on, en effet, confondre chimiquement la gomme, l'amidon et l'albumine? M. Becquerel sait mieux que moi qu'il n'en est rien.

Examinons maintenant la valeur de l'acide pyrophosphorique. M. Becquerel le considère comme le *nec plus ultrà* de la puissance en matière de réactifs d'albumine; j'ai dû l'expérimenter avec un soin d'autant plus attentif, qu'il est la seule base vraiment spécieuse sur laquelle s'est appuyée la réfutation de mon estimable contradicteur. Il professe, en effet, cette opinion : que l'acide pyrophosphorique est la pierre de touche de l'albumine, partout où cet acide fait naître un précipité, il y a de l'albumine, là où il ne fait pas naître de réaction, il n'y a pas d'albumine; et, comme cet acide ne fait naître aucune réaction dans l'urine normale, il n'existe pas d'albumine dans ce liquide. Je crois avoir résumé dans ces derniers mots, aussi fidèlement que possible, l'argumentation sur laquelle s'est appuyé M. Becquerel; je déclare tout d'abord que mes expériences m'ont conduit bien loin de cette manière de voir, ainsi qu'on en va juger : l'acide pyrophosphorique récent est solide, d'apparence vitreuse, il est peu soluble dans l'eau froide, s'il est soumis à une ébullition prolongée dans l'eau distillée, il se dissout en grande partie, c'est ainsi que j'en ai placé 10 grammes dans 75 grammes d'eau que j'ai soumis à l'ébullition jusqu'à réduction du quart, l'acide phosphorique était très diminué, alors le liquide a rougi fortement le papier de tournesol. Quelques gouttes sont versées dans une solution d'albumine au 50e, placée dans un tube à expérience, il y fait naître un précipité blanc, très abondant, semblable, en apparence, aux précipités produits dans ce même liquide par les acides concentrés, un excès du liquide-acide ne dissout pas le précipité, même après décantation du liquide albumineux surnageant.

Lorsqu'on essaie les solutions de blanc d'œuf au 100e et au 500e le précipité a encore lieu d'une manière manifeste et décroissante; mais, arrivé à la solution au 1000e, la réaction est très faible et n'est pas plus sensible que celle produite par l'acide azotique dans le même liquide. Si on essaie les solutions de blanc d'œuf au 3000e, au 5000e par l'acide pyrophosphorique, il ne se produit plus aucune réaction. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'acide pyro-phosphorique et l'acide azotique ne précipitent pas les urines, tandis que le chloroforme produit d'abondants précipités, cela tient à leur défaut de sensibilité.

L'acide pyrophosphorique est donc loin d'être d'une « *précision incontestable* » et nous ne pouvons comprendre comment M. Becquerel a pu écrire « *qu'il décèle la présence des quantités d'albumine les plus minimes, un vingt millième, par exemple* (1). »

(1) Presque toute la confusion qui règne sur la valeur des réactifs de l'albumine, y compris l'acide pyrophosphorique, tient à ce que personne, avant les travaux que nous avons publiés dans ce journal, n'avait songé à étudier, d'une

---

baronne; courez vite après M. X.... et demandez-lui s'il faudra garder les matières.

J'avoue que j'ai hésité un instant à faire cette singulière commission. Mais la baronne était si suppliante, que, sans plus réfléchir, je me suis précipité, et du haut de l'escalier j'ai crié avec un grand sérieux :

— Monsieur! Monsieur!... faudra-t-il garder les matières?

— Certainement, certainement, m'a répondu, avec non moins de gravité, mon confrère en médecine comparée.

Benoît, qui se fâche de tout, m'a beaucoup blâmé de cette condescendance. Ces gens de campagne ne connaissent rien aux exigences d'une civilisation avancée.

Le 9. — La baronne m'a promis de me faire recevoir à la Société protectrice des animaux. Je me lance.

Le 10. — Je deviens un personnage. Le directeur d'un journal de médecine important m'a dépêché un envoyé pour me dire qu'il tenait absolument à l'honneur de voir mon nom sur la liste de ses abonnés, où figurent, dit-il, toutes les célébrités médicales françaises et étrangères. Je ne pouvais pas refuser d'accepter ce témoignage de considération. Ce n'est pas à Tartas que je recevrais de pareils hommages.

Décidément Benoît prend trop de familiarités; il m'a dit que j'étais un niais d'avoir accepté la quittance, et que si j'avais marchandé j'aurais eu le journal à moitié prix. Peut-on conseiller de pareils procédés!

Le 11. — Pour le grand mémoire que je prépare et qui est destiné à m'ouvrir les portes de plusieurs Sociétés savantes, j'avais besoin de relire la *Pathologie générale* de M. Chomel. Je me suis dirigé vers le quartier de l'École de médecine, et je suis entré chez un libraire, à qui j'ai demandé cet ouvrage.

— Nous n'avons pas *ça*, m'a répondu le libraire. Mais nous avons quelque chose de plus complet, de plus nouveau, un ouvrage supérieur que tout le monde achète, deux magnifiques volumes; voyez!

Et je vois, en effet, le *Traité de pathologie générale* de M. Monneret. Je me laisse séduire et je l'achète.

Mais je tenais à mon Chomel, et je vais chez le libraire à côté.

— Oh! Monsieur, cet ouvrage a bien vieilli, me dit celui-ci. Depuis que le Bouchut a paru, on ne vend plus du Chomel. Regardez ce superbe volume!

Et je reçois dans mes mains un énorme in-8°. Je pense au bel effet qu'il produira dans ma bibliothèque, et je fais l'acquisition de la *Pathologie générale* de M. Bouchut.

Mais c'est surtout le Chomel que je voulais relire, et je me dirige vers la boutique en face.

— Nous ne tenons pas cet article, me dit cet autre bibliopole, mais, si j'avais un conseil à vous donner, je prendrais la *Pathologie générale* de M. Beyran, qui est le résumé le plus récent et le mieux fait de tous les ouvrages de ce genre.

Cet éloge me flatte, et j'ajoute le Beyran à mes autres emplettes. Néanmoins, je n'oublie pas le Chomel, et je vais le demander quelques pas plus loin.

Ici, à cause du paquet de livres que je tenais sous le bras, on m'a pris pour un commis libraire, et, à ma demande, le marchand a répondu :

— Combien d'exemplaires?

— Un seul, ai-je dit.

— C'est que, pour avoir droit au *treizième*, il faut prendre la douzaine immédiatement.

Ma foi! je me suis permis un trait d'esprit en répondant que j'aimerais mieux prendre le treizième sans la douzaine.

Ce libraire m'a fait un tel éloge de l'ouvrage, de la rapidité avec laquelle s'épuisait cette édition nouvelle, que j'ai été très enchanté d'avoir eu besoin de le relire si tôt, car, dans quelques jours peut-être, je n'aurais pu m'en procurer un exemplaire.

Que Paris est donc une merveilleuse ville! Je sors pour acheter un volume et j'en rapporte cinq. Ces messieurs de la librairie ont des manières si engageantes.

Ce diable de Benoît, qui prend à tâche de tout voir en mal, me dit qu'il comprend très bien pourquoi les éditeurs de Monneret, de Bouchut et de Beyran n'ont pas voulu me vendre le Chomel, et pourquoi l'éditeur de celui-ci a voulu au contraire m'en vendre une douzaine. Ce scepticisme n'est-il pas très déplacé?

Le 12. — Un savant pharmacien de mon quartier m'a fait l'honneur de recommander à mon observation médicale, des pilules qu'il vient de composer et dont il a voulu me donner les prémices. Elles sont excellentes, dit-il, contre la grippe actuelle, dont elles calment l'accident le plus fatigant, la toux. Je me suis empressé, pour répondre à cet hommage, d'adresser tous mes grippés à la pharmacie X....

Le 13. — C'est singulier! tous mes grippés qui ont pris les pilules de la pharmacie X... se plaignent qu'on les vend fort cher et qu'elles ne calment absolument rien.

Le 14. — Benoît est arrivé ce matin et m'a fait une scène pénible. — En plaçant sous mes yeux la 4me page de son journal, il me dit :

— Comment, Simplice, tu fais des annonces!... Et à la 4me page!...

— Je ne te comprends pas.

— Mais, lis donc :

GRIPPE. *Les médecins les plus célèbres de Paris, et entr'autres M. le docteur* SIMPLICE, *prescrivent avec succès les* PILULES CALMANTES *de la pharmacie X..., rue..., n°.... On expédie dans les départements.*

— Je ne suis pour rien dans cette annonce.

— Tu vas t'empresser de la démentir.

— Certainement.

Je réfléchis un instant, et je crois que le meilleur moyen est d'écrire une lettre polie au pharmacien, en le priant de dire que c'est par erreur qu'il a fait figurer mon nom dans son annonce.

Le 15. — Je reçois le billet suivant du pharmacien :

« Monsieur le docteur,

» Il n'y a aucune erreur dans l'annonce que vous me signalez. Je tiens à la disposition de qui voudrait en prendre connaissance, HUIT ordonnances signées par vous, et dans lesquelles vous prescrivez mes pilules. Je n'ai donc rien annoncé de contraire à la vérité, et je n'ai rien à rectifier. — Agréez, etc. »

Comment sortir de là?... Et mon vieil ami Benoît qui est absent pour deux jours..... Je vais en écrire à l'UNION MÉDICALE.

Dr SIMPLICE.

Nota. — M. le docteur Simplice veut bien nous promettre plusieurs autres communications de son instructif journal, si ce premier extrait est favorablement accueilli par nos lecteurs.

Amédée LATOUR.

Non seulement l'acide pyrophosphorique ne décèle pas un vingt millième d'albumine dissous, il n'en décèle guère *plus d'un* millième, c'est-à-dire qu'il égale tout au plus, en sensibilité, l'acide azotique, qu'il est inférieur au tannin, au sous-acétate plombique, à la créosote, et surtout au chloroforme.

Dans la crainte de quelque erreur, j'ai recommencé l'expérience comme il suit :

J'ai placé 10 grammes de cet acide pyrophosphorique dans un creuset de platine, que j'ai fait rougir au feu pendant une demi-heure environ ; l'acide liquéfié a été versé sur une plaque, puis pris, encore chaud et dissous par l'ébullition dans l'eau distillée ; dans cet état tout récent, il a été essayé et n'a pas montré plus de sensibilité qu'avant. Bien plus, un morceau solide a été soumis à l'ébullition avec des solutions albumineuses au 3000e, au 5000e, et n'a produit aucune réaction, et si dans ce même liquide où a échoué l'acide pyrophospborique, et par-dessus ce même acide on ajoute quelques gouttes de chloroforme et que l'on agite fortement, il se forme un abondant précipité chloro-albumineux, preuve de son incontestable supériorité sur le réactif proposé par M. Becquerel (1).

L'acide pyrophosphorique n'est un réactif pour l'albumine que lorsqu'il est récent ; au bout de quelque temps d'exposition à l'air (une heure dit M. Becquerel) ou de solution dans l'eau, il s'hydrate et ne précipite plus l'albumine, ainsi que l'ont démontré Angelhart et Dumas, il ne *reprend* la puissance de précipiter qu'en le faisant de nouveau rougir au feu. Ainsi *tantôt il précipite*, *tantôt il ne précipite pas*, on ne sait jamais si on a ou si on n'a pas un réactif, il est, par conséquent, *vraiment infidèle* dans toute l'acception du mot, et c'est à lui seul que l'on doit appliquer cette épithète que M. Becquerel a donnée à tort au chloroforme.

En terminant ce que nous avions à dire de l'acide pyrophosphorique, nous ne ferons plus qu'une remarque. M. Becquerel dit que « l'on doit à M. Barreswil, d'avoir signalé l'acide pyrophosphorique comme réactif de l'albumine. » Je ne saurais partager cet avis, car je lis dans l'un des ouvrages de chimie les plus renommés de notre époque : « M. Angelhart avait observé que l'acide phosphorique *précipitait l'albumine*, tandis que Berzélius et presque tous les chimistes admettaient le contraire. En examinant le fait avec attention, M. Angelhart s'aperçut que la précipitation n'avait lieu qu'avec l'*acide récemment rougi* (πῦρ, pyro) et que *cette propriété se perdait* au bout de quelque temps. » (in Dumas, *Chimie appliquée aux arts*, t. II, page 238, année 1830.)

Je ne connais pas ce que M. Barreswill a pu ajouter à ce qu'avait dit M. Dumas d'une façon si précise, il y a près de trente ans.

Il résulte des démonstrations qui précèdent que le chloroforme n'est pas un réactif infidèle, car il ne pèche ni par *inconstance*, ni par *insuffisance*, ni par *confusion de réaction*, c'est-à-dire par aucun des trois points mis en litige par M. Becquerel ; et comme on n'a pas même contesté son exquise sensibilité, que nous avons, à cet égard, démontré son incontestable supériorité sur l'acide pyrophosphorique, nous constatons que tout ce que nous avons dit dans notre mémoire est exact : donc le chloroforme est le réactif le plus sensible de l'albumine.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les propriétés du mélange d'acide acétique et d'une solution de prussiate jaune de potasse, proposées par M. Becquerel, ce serait une répétition fastidieuse. Tout se résume dans ces quelques mots : le mélange proposé est inférieur à l'acide pyro-phosphorique dont nous venons de juger la valeur.

Maintenant, examinons la question du mucus.

Deuxième proposition. — L'urine normale ne contient pas de l'albumine, mais seulement du mucus.

Je m'attendais si bien à cette objection, que j'avais été au devant en publiant les idées qui me semblaient militer, non pas contre l'existence du mucus que l'on ne peut se refuser d'admettre dans les *urines brutes*, mais contre l'existence de ce produit seul à l'exclusion de l'albumine. Ces idées et ces raisons expérimentales ne paraissent pas avoir convaincu M. Becquerel, qui, néanmoins, ne les a pas combattues directement ; je vais donc y revenir, en y ajoutant quelques autres considérations.

M. Becquerel *affirme* que les urines normales contiennent seulement du mucus. Je ferai observer que toutes les urines d'expérimentation avaient été rendues depuis vingt-quatre heures, et filtrées soigneusement, souvent même plusieurs fois ; conséquemment, il ne devait plus rester de mucus, puisqu'il est admis par tous les observateurs, et par M. Becquerel lui-même, que le mucus se dépose spontanément par le refroidissement et le repos des urines ; eh bien, malgré ce repos et cette filtration, le chloroforme, le tannin, la créosote y ont fait naître des précipités très abondants, semblables à ceux de l'albumine.

Les urines de vache, au contraire, après refoidissement et filtration, ne donnent aucun précipité par le chloroforme, bien que le mucus y ait été auparavant très abondant, car on le voit à l'œil nu former un nuage très épais à mesure qu'elle se refroidit.

Il y a nécessairement une différence entre ces deux urines, puisque toutes deux ont eu du mucus, et pourtant toutes deux se comportent diversement avec le chloroforme, l'une précipite, l'autre, non.

D'un autre côté, si on calcule l'extrême petite quantité du mucus des urines normales qui, d'après Lehman, n'est que de 0 gr,10 par litre (in *Compendium de médecine*, etc., 30e liv., p. 300). On verra que cela ne peut concorder avec les précipités beaucoup plus abondants que l'on retire de l'urine.

En effet, j'ai séparé, par des traitements successifs au chloroforme, toute la quantité d'albumine contenue dans 25 grammes d'urine ; le dépôt général, traité dans deux tubes différents par un excès de chloroforme, a donné deux coagulum cylindriques ; ces deux cylindres, qui représentaient 81 millimètres de hauteur sur 15 de diamètre, ont été séparés du surplus du liquide par une décantation aussi exacte que possible, à l'aide d'une pipette de verre, puis versés ensemble dans une petite capsule de porcelaine, et le mélange a été placé sous le récipient de la machine pneumatique de notre Lycée impérial, dont je suis l'un des médecins ; le vide a été fait avec soin et poussé jusqu'à 2 centimètres, il a été maintenu pendant vingt-quatre heures et a déterminé l'évaporation complète du chloroforme ; alors le résidu très sec, très peu considérable, pesé avec beaucoup de soin à la balance de précision de Fortin, a donné 0gr,05. Ce résidu nous a paru être de l'albumine, car il a été dissous totalement par l'acide acétique, et la solution a donné une réaction avec la solution de prussiate jaune de potasse.

Or, comme la moyenne de la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures par l'homme et la femme est, à peu de chose près, de 1300 grammes, on arrive à la proportion suivante :

$$25 : 1300 :: 0^{gr},05 : x. \text{ d'où } x = 2^{\,gr}\,60.$$

La quantité d'albumine rendue en vingt-quatre heures par les urines a donc été de 2 gr,60.

Malgré ce faible chiffre, on voit que ce résultat est bien supérieur à celui du mucus, puisque l'estimation la plus récente, celle de Lehman, est de 0gr,10 pour 1000. Mais il faut observer que le produit que nous avons obtenu était complètement sec, si nous le comparons aux solutions animales les mieux connues : le sérum du sang, le blanc d'œuf, nous arrivons au résultat suivant : comme le sérum sanguin contient 10 pour 100 d'albumine et le blanc d'œuf 13,8 (Dumas), la quantité d'albumine rendue dans les vingt-quatre heures par les urines égale celle contenue dans 18 gr,84 de blanc d'œuf ou 26 gr de sérum sanguin.

J'ai renouvelé l'expérience sur 25 grammes d'urine refroidie et filtrée d'une femme en santé, et la pesée exacte a donné 0gr,033 d'albumine, ce qui conduit, d'après la proportion précédente, à l'équation

$$x = 1^{\,gr},71.$$

Ce résultat est un peu moins fort que le précédent, mais ne change rien au raisonnement.

Voilà déjà quelques preuves qui ne me paraissent pas dénuées de toute valeur, voyons ce que nous oppose M. Becquerel.

J'ai lu et relu avec la plus sérieuse attention, le passage où mon estimable contradicteur, en style presque aphoristique, cherche à démontrer qu'il n'existe pas d'albumine dans les urines (troisième proposition), et j'ai toujours été frappé de l'absence complète de preuves qui y règne, cependant c'était là le point culminant de la réfutation. On peut dire que, de la part de M. Becquerel, tout se borne à *une affirmation pure et simple* ; quant aux démonstrations rigoureuses, aux *réactions spécifiques, objectives* du mucus de l'urine, aux caractères qui le différentient de l'albumine, ils sont encore à venir.

Un seul argument avait paru de quelque importance, celui tiré de la puissance de réaction (infaillible selon M. Becquerel) de l'acide pyrophosphorique sur l'albumine ; or, nous avons démontré, de la manière la plus péremptoire, que l'acide pyrophosphorique, loin d'être infaillible, est le plus insuffisant, *le plus infidèle* des réactifs connus de l'albumine, susceptibles d'être employés *pour* les urines, il ne peut, par conséquent, servir à la démonstration qu'on en avait voulu tirer.

L'urine peut donc très bien contenir une assez forte quantité d'albumine en dissolution qui ne saurait être atteinte par l'acide pyrophosphorique, pas plus que par l'acide azotique, mais seulement par le chloroforme et aussi, quoique à un moindre degré, par la solution de tannin et la créosote.

De notre côté, nous avons affirmé l'existence de l'albumine dans les urines normales de l'homme, non seulement parce que nous avons obtenu des précipités avec le chloroforme après séparation du mucus, mais encore parce que nous avons expérimenté et prouvé, sans que cela ait été contesté, que le blanc d'œuf et le sérum sanguin en solutions très faibles (à 1 ou 2 millièmes), se comportent comme l'urine avec le chloroforme.

Qu'ils donnent lieu, *tous trois*, à un précipité semblable qui est dissous par la potasse, l'acide azotique, l'acide acétique, que dans ce dernier cas l'addition de quelques gouttes d'une solution de prussiate de potasse reprécipite l'albumine dissoute.

Que l'oxyde de cuivre hydraté et la potasse font naître avec ces dépôts albumino-chloroformiques une coloration bleue.

Enfin, que ces précipités décantés donnent lieu à des réactions semblables avec le chlorure d'or et de platine, lorsqu'ils sont mélangés exactement avec une baguette de verre et laissés quelques jours en contact.

Ajoutons encore que les urines normales, tout comme l'albumine, précipitent par les solutions concentrées de tannin et par la créosote.

C'est-à-dire qu'ils présentent, *tous trois, tous les caractères* assignés à l'albumine par M. Dumas, qui, du reste, a été notre guide constant dans toutes ces recherches, et de cette similitude absolue de réactions, j'ai cru devoir conclure à une similitude absolue de produit.

Ainsi, j'ai agi par voie de comparaison, j'ai procédé du connu à l'inconnu, je suis parti d'une base positive qui manque complètement à mon estimable contradicteur, qui s'est contenté d'affirmer, mais, comme *affirmer n'est pas prouver*, je persévère *chimiquement* à professer la croyance à l'albuminurie normale.

Mais, abandonnons un instant ces questions purement chimiques, aussi bien tout ce que l'on trouve dans les auteurs sur les caractères différentiels du mucus et de l'albumine est si imparfait, si peu applicable aux urines, que je ne m'étonne pas du peu de solidité des preuves qui m'ont été opposées. Quand on agit sur une quantité considérable de mucus ou d'albumine, il est sans doute facile de trouver des caractères différentiels ; mais, lorsque la quantité de ces substances est très minime et à l'état de précipité, ce caractère diffiérentiel est fort difficile à trouver.

(*La fin à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA RESPIRATION TUBAIRE ET AMPHORIQUE DANS LA PLEURÉSIE ET DES CONDITIONS DE LA THORACENTÈSE ;

Par M. H. Landouzy, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Reims, etc. Brochure in-8° de 58 pages. — Paris, 1856, J.-B. Baillière et fils, libraires.

Analysant, il y a quelques mois, dans ce journal, le *Traité d'auscultation* de M. Beau, nous avons déjà eu l'occasion de dire, incidemment, tout le bien que nous pensons de cette courte et substantielle brochure. Nous venons de la relire, et nous voulons, en quelques lignes, la recommander spécialement aux praticiens.

L'existence du souffle tubaire, si nettement accusée dans la plupart des épanchements pleurétiques, est loin d'avoir, aux yeux des médecins, la signification précise du souffle tubaire de la pneumonie, du gargouillement dans la phthisie, des râles sibilants dans la bronchite, des râles crépitants dans les congestions pulmonaires, etc. Cela tient, selon la judicieuse remarque de M. Landouzy, à ce que Laënnec, qui a porté d'emblée la science de l'auscultation à un si haut degré de perfection, a négligé l'étude des bruits anormaux dans la pleurésie, ou, du moins, n'en a pas déterminé les lois avec autant de rigueur que pour les autres affections thoraciques. Aussi, ces bruits ont-ils longtemps passé inaperçus, et ce n'est que dans ces dernières années qu'ils ont été signalés.

MM. Rilliet et Barthez, par deux communications faites à la Société médicale des hôpitaux, en 1852, et à l'Académie de médecine, en 1855 ; M. Béhier, par deux observations insérées dans les *Archives générales de médecine* (numéro d'août 1854) ; et MM. Barth et Roger, dans divers passages de leur excellent *Traité d'auscultation*, sont les seuls qui aient appelé, sur ce point, l'attention du public médical.

M. Landouzy a soumis ces phénomènes à une étude plus sérieuse et plus profonde qu'on ne l'avait fait avant lui, et, dans le mémoire que nous avons sous les yeux, il s'est proposé d'établir : qu'il existe, dans un assez grand nombre d'épanchements chroniques ou d'épanchements récents à forme latente, des bruits amphoriques dont la notion est du plus haut intérêt. — Que ces phénomènes amphoriques existent dans les épanchements séreux aussi bien que dans les épanchements purulents ; — que les souffles, tubaire ou amphorique, peuvent persister après la disparition du liquide ; — qu'un côté de la poitrine peut être le siége d'une matité absolue, en avant et en arrière, avec souffle tubaire ou amphorique considérable, et offrir presque tous les signes d'un épanchement, sans que la plèvre contienne une goutte de liquide ; — que le son tympanique de Skoda peut exister dans la pleurésie chronique après la résorption complète du liquide ; — que l'égophonie, regardée jusqu'ici (excepté par Skoda) comme signe pathognomonique des épanchements aigus, et comme indiquant même le niveau du liquide, peut exister avec les mêmes caractères, immédiatement après la disparition complète de l'épanchement ; — que ces altérations de la respiration, de la voix, et même de la sonorité, placées, jusqu'ici, sous la dépendance des épanchements, sont dues aux modifications de la plèvre et des poumons, bien plutôt qu'à la présence des liquides séreux ou purulents ; — enfin, comme conséquence pratique, qu'on doit recourir à la thoracentèse dès que la pleurésie passe à l'état chronique, sous peine de voir le poumon devenir imperméable, et le malade succomber à la moindre affection du poumon opposé.

Ces différentes propositions sont appuyées et légitimées par huit observations que M. Landouzy a jointes à sa brochure, et dont il discute les principales circonstances avec une netteté parfaite et une méthode sûre d'elle-même.

En outre des indications très précises qui donnent toute autorité à ces observations, M. Landouzy a eu le soin de consigner consciencieusement, en regard de chacune d'elles, le nom de l'élève qui l'avait recueillie. C'est, à la fois, une garantie de plus, et un acte de justice dont nous le félicitons.

Dr Maximin Legrand.

---

manière générale, la valeur relative de chacun de ces réactifs avec des solutions titrées décroissantes et suffisamment faibles ; ceci a entraîné, dans l'étude des urines albumineuses, quelques erreurs regrettables.

Ainsi on lit (in *Compendium de médecine pratique*, 30e livraison, p. 319) : quelquefois, lorsque la quantité d'albumine est *très peu considérable*, la chaleur ne modifie point l'urine. « On ne connaît pas, dit M. Becquerel, *la cause de ce phénomène*, dû sans doute à ce que l'albumine se trouve *dans un état physique particulier*, quoi qu'il en soit, l'addition d'une goutte d'acide nitrique détermine immédiatement la précipitation. »

Il est évident qu'aujourd'hui on n'aurait pas besoin de la banale hypothése *d'un état physique particulier de l'albumine* pour expliquer ce phénoméne, puisque nous avons démontré, dans le mémoire attaqué, que *le feu* est le moyen le moins sensible pour déceler l'albumine, qu'il ne fait naître de précipités dans les solutions que jusqu'au 100e, ou un peu au delà ; que les solutions, au 500e, par exemple, ne donnent lieu à aucun phénoméne de précipitation, ni de réaction, tandis que nous avons également démontré que l'acide azotique fait naître ces précipités avec les solutions albumineuses, même au-delà du 500e.

(1) Ces faits ont eu pour témoins plusieurs personnes compétentes et entre autres M. Pécout, professeur-agrégé pour les sciences physiques au Lycée impérial d'Angoulême et ancien élève de l'École normale. Je suis heureux de le remercier publiquement, pour le concours empressé qu'il m'a prêté chaque fois que j'ai eu besoin de son aide.

J'ai essayé deux échantillons d'acide pyrophosphorique avec le même résultat ; l'un provenait de la maison Lamoureux et Gendrot, fabricants de produits chimiques à Paris, l'autre de la maison Rousseau fréres, rue de l'École-de-Médecine ; j'ai préalablement fait rougir ces substances dans un creuset de platine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 18 janvier 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Germain, inspecteur-adjoint des eaux de Salins, adresse deux flacons renfermant l'*eau de condensation de vapeurs recueillies au-dessus des chaudières à évaporation des salines de Salins*, et demande que ce produit soit soumis à une analyse chimique. (Renvoyé à MM. Cazin, Sales-Girons et Réveil.)

M. Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx, adresse une note sur l'*application des eaux de Gréoulx au traitement de la phthisie pulmonaire.*

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Des bains de mer, de leur action physiologique et thérapeutique, de leur application et de leurs divers modes d'administration, avec un aperçu *sur l'air et les climats marins*, par le docteur Roccas, médecin à Trouville.

Eaux minérales de Contrexéville; années 1854-55-56; rapport et étude, par le docteur Baud, médecin-inspecteur des eaux de Contrexéville.

Nouvelle méthode analytique pour reconnaître l'iode et le brôme. Recherche de ces métalloïdes dans les eaux minérales. Leur présence dans les eaux de Vichy, par MM. O. Henry fils et Em. Humbert.

Étude sur l'eau minérale des Roches, près Clermont-Ferrand, par MM. O. Henri fils et Gonod.

Études sur la gravelle, par M. Raoul Leroy d'Étiolles.

Des paralysies des membres inférieurs, deuxième partie, fascicule premier, par le même.

ÉLECTIONS.

M. le docteur Dutrouleau, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, est nommé membre *titulaire.*

M. le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, est nommé membre *correspondant.*

M. Gerdy lit un rapport au nom d'une commission chargée d'étudier la question suivante : *S'il serait opportun d'adresser à l'administration supérieure, des vœux relatifs au projet de règlement administratif applicable aux établissements thermaux.* Cette commission était composée de MM. Alquié, Barthez, Le Bret, Lhéritier, de Puisaye, et Gerdy rapporteur.

Ce rapport conclut à la reproduction des vœux exprimés dans le travail lu dans la séance du 24 avril 1854, et adopté par la Société, au nom de la commission instituée pour proposer des vues sur le projet de loi concernant les eaux minérales.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.*

Conclusions du travail lu par M. de Puisaye dans la séance précédente :

1° Les eaux minérales sulfureuses sont impuissantes à guérir la diathèse tuberculeuse.

2° La médication sulfureuse a une influence réelle, efficace, contre les maladies qui compliquent la tuberculisation pulmonaire : œdème, engouement, pneumonie chronique, état catarrhal, tels sont les états anatomo-pathologiques susceptibles de disparaître par l'action des eaux sulfureuses.

3° En raison de l'action spéciale des eaux sulfureuses sur les voies respiratoires, celles-ci paraissent devoir être employées avec plus d'avantage dans la deuxième période que dans toute autre.

4° Enfin la médication a d'autant plus d'action, qu'elle s'adresse à des individus d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux.

M. Sales-Girons entretient la Société de la *chambre de respiration à l'eau pulvérisée* (1) *de Pierrefonds*, et de l'application qu'il en a faite au traitement des maladies de poitrine. (Extrait par l'auteur.)

Après avoir mis son perfectionnement sous la protection de la Société d'hydrologie, donné une description succincte de cette chambre de respiration et de l'appareil qui y pulvérise l'eau minérale à 20° centig. pour la rendre respirable aux malades, l'auteur divise son travail en trois ordres de considérations :

1° Observations relatives à ce mode d'administration qui n'est pas encore connu.

2° Observations relatives aux affections diverses des voies respiratoires, depuis le coryza jusqu'à la tuberculisation et l'asthme.

3° Observations des malades pris individuellement.

M. Sales-Girons ne lit de son mémoire que les deux premiers ordres d'observation, en voici le résumé substantiel.

En général, dit l'auteur, quelle que soit l'affection de poitrine qu'il présente, tout malade envoyé pour cela est introduit dans la Salle de respiration ; seulement, pour les premières séances, il lui est recommandé de se tenir, soit qu'il s'asseye ou qu'il se promène, à la plus grande distance des foyers de la pulvérisation. A cette distance, le malade ne respirant que sur les bords du brouillard atmosphérique, les bronches ne reçoivent l'eau sulfureuse qu'en moindre quantité.

Mais, déjà familiarisé avec cette impression nouvelle dès la cinquième ou sixième séance, on peut se placer au centre de la pulvérisation sans éprouver la sensation céphalalgique qui est le seul malaise des commençants.

Dès les premières séances, les malades sujets à la toux voient ce symptôme s'amender ; jamais les quintes n'ont lieu dans la chambre de respiration. Ceux qui sont affectés de dyspnée y respirent plus aisément, et ceux qui souffrent de quelque gêne ou ardeur à l'arrière-gorge, au larynx ou aux bronches, témoignent d'une sédation marquée dès que la surface des organes intéressés a reçu le contact de l'eau sulfureuse.

(1) On sait que ces chambres de respiration diffèrent des anciennes en ce que l'eau minérale, au lieu d'être réduite en vapeur, y est poudroyée à sa température ordinaire et respirée ainsi avec l'atmosphère dans son état naturel de minéralisation.

Après la quinzième ou vingtième séance et lorsque le mieux-être est manifesté, on peut ordonner aux malades deux séances par jour : l'une à neuf heures du matin, l'autre à trois heures de l'après-midi. Cette pratique est surtout utile à ceux qui n'ont qu'une saison de trois ou quatre semaines à passer aux eaux, selon la prescription du médecin qui les y envoie.

A ce propos, M. Sales-Girons entre dans quelques développements sur l'habitude peu rationnelle de ce qu'on appelle une *saison* de malade. Il fait voir que, pour les affections de poitrine, le terme de cette saison de trois ou quatre semaines tombe juste à la période où le traitement produisait son effet décisif. Mais le malade n'écoutant que l'ordonnance de son médecin, se retire à jour fixé, rentre au milieu des causes physiques et morales dans lesquelles s'est développée sa maladie, et perd rapidement le bénéfice qu'il avait fait aux eaux. C'est même ainsi que M. Sales-Girons explique comment M. Amédée Latour a pu dire que les poitrinaires qui revenaient des eaux sulfureuses mouraient peut-être plus vite une fois rentrés chez eux. Il est certain qu'en se retirant sous l'influence thérapeutique des eaux, c'est-à-dire à la période aiguë de la curation, la suspension du traitement hydro-minéral doit être pire que si jamais le malade ne l'eût entrepris. Ainsi la saison échoit et vient interrompre les eaux au moment où il serait le plus urgent et le plus rationnel de les continuer.

M. Sales-Girons voudrait, enfin, que la Société d'hydrologie intervînt pour que le mot *saison* fût remplacé par celui de *cure*, au moins pour les maladies de poitrine. Du reste, dans la pensée de l'auteur, l'opinion que trois et quatre semaines d'eaux sulfureuses peuvent suffire pour vaincre ou mener à bien une phthisie quelconque est une illusion qui dépréciera plus les eaux qu'elle ne leur fera honneur devant la science.

Après cette digression, qui avait bien sa place dans la question, M. Sales-Girons reprend la suite de ses observations. Il dit que les respirations nouvelles ne suppriment aucun des moyens d'administration déjà connus. La buvette, les bains, les douches, etc., concourent au traitement. Les respirations ne sont qu'un moyen de plus, le plus spécial, sans doute, dans les affections respiratoires, mais qui ne dispense pas du bénéfice des autres.

Passant aux observations cliniques relatives aux maladies de poitrine en général, l'auteur se demande judicieusement ce qui prouvera le mieux l'efficacité de sa médication : serait-ce deux ou trois cas de guérison ou l'amélioration générale produite sur l'ensemble des malades ? Il ne rejette pas les cures individuelles, mais il préfère surtout, dans l'espèce qui nous occupe, l'amélioration générale.

Partant de là et exposant les résultats pratiques de la saison thermale de 1857, il fait le calcul des personnes qu'il a soignées par les respirations d'eaux sulfureuses de Pierrefonds, et il montre que les neuf dixièmes des malades affectés des diverses lésions propres aux organes respiratoires, ont manifesté une amélioration positive, de telle sorte, dit-il, que ceux qui ne se sont pas plus ou moins bien trouvés de la médication ne forment, en réalité, que l'exception ; la règle générale étant l'amélioration.

Passant enfin au détail des maladies par groupes nosologiques, M. Sales-Girons dit que les respirations ont produit un effet plus marqué sur les angines ou pharyngites granuleuses, cette affection si répandue et si inconsidérément traitée par la cautérisation, dont les suites sont pires que la lésion quand il arrive qu'elle en soit guérie. La laryngite a montré pareillement les bons effets de l'eau poudroyée ; les bronchites viennent ensuite ; enfin la tuberculisation elle-même s'est montrée influencée par le mode nouveau, qui fait pénétrer dans les bronches l'eau sulfureuse en nature ; mais les guérisons ne seront possibles que lorsque les médecins enverront les malades de cette catégorie pour y passer non pas trois semaines, mais les trois mois de l'été, et si besoin est les trois mois de la saison d'automne, la plus avantageuse et la mieux indiquée pour le traitement des maladies de la poitrine.

Quant à l'asthmatique, la chambre de respiration à l'eau poudroyée est son séjour, et l'heure des séances est celle durant laquelle il respire le plus aisément.

Du reste, de même que l'amélioration est le résultat général des nouvelles respirations hydro-minérales, de même on peut dire que le temps des séances est celui que les malades de la poitrine passent en souffrant le moins de leurs douleurs habituelles.

M. Sales-Girons termine sa lecture par quelques réflexions sur le développement que promet aux eaux minérales, à celles surtout qui sont efficaces dans le traitement des lésions des voies respiratoires, la nouvelle méthode de les poudroyer à la température ordinaire pour les rendre respirables avec tous leurs minéraux.

— Le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Jaubert, d'une observation de phthisie au second degré, sur la marche de laquelle les eaux de Gréoulx paraissent avoir exercé une influence très marquée.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1858.

Rapport de M. Durand-Fardel sur un travail de M. Peironnet, intitulé : *Première note sur les eaux de la Bourboule.*

Suite de la discussion sur le *Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.*

Rapport de M. Leconte, au nom d'une commission, sur la question suivante : *Existe-t-il de l'iode dans les eaux de Vichy ?*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

CRAYON DE PLOMB DANS LA VESSIE, EXTRACTION PAR UNE PETITE INCISION PÉRINÉALE, par le professeur S. Gross. — Phil. Deyman, fermier, 39 ans, éprouvait depuis quelque temps de grandes difficultés à uriner, qu'il supposait tenir à la gravelle. Il avait l'habitude, pour déranger le calcul (comme il disait), d'introduire dans l'urètre un morceau de crayon de plomb, manœuvre qui facilitait la miction. Le 6 février, il était depuis vingt heures en proie à une rétention d'urine, il eut recours à son procédé habituel, mais le crayon lui échappa des mains et tomba dans la vessie. Au bout de quelques jours, il fut pris de violentes douleurs, et d'un besoin continuel d'uriner : les dernières gouttes d'urine rendues, la douleur était exagérée, et il était obligé d'uriner au moins toutes les heures. Il avait de fortes démangeaisons au gland, un écoulement muqueux abondant, de la chaleur le long de l'urètre pendant la miction et le jet de l'urine s'interrompait souvent. Le malade se présente le 3 mars : la sonde fait reconnaître facilement le corps étranger ; une tentative d'extraction par l'urètre fut faite, mais sans succès, on décida donc que l'on pratiquerait la taille latéralisée. Cette opération fut pratiquée comme à l'ordinaire, sauf que les incisions étaient très petites, on trouva le corps étranger derrière la symphyse du pubis, et on put l'extraire sans difficulté ; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang. Le sixième jour, la plaie était fermée et l'urine passait entièrement par l'urètre.

Le crayon avait environ trois pouces de long et était déjà couvert d'un dépôt d'acide urique et de phosphate de chaux. — *North American medico-chirurgical Review*, mai 1857.

COURRIER.

L'Association de prévoyance des médecins de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle, demain dimanche, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Ainsi que nous le faisons tous les ans, nous invitons instamment tous nos confrères associés à assister à cette séance. C'est demain que le comité de Bordeaux doit saisir l'Association de la Seine du vœu émis par un grand nombre de confrères, sur l'annexion des médecins des départements à cette Association.

Quelle que soit la décision prise, il importe qu'elle obtienne la sanction du plus grand nombre possible des associés.

Nous ne croyons pas avoir besoin de rappeler l'intérêt qu'offre cette question. Mais il est peut-être utile de dire que, quelle que soit la décision qui sera prise demain, les projets d'une Association générale seront poursuivis. Donc, l'assemblée aura, pour ainsi dire, à choisir entre une Association générale unique, dont l'Association actuelle de la Seine deviendra le centre, et une Association générale fondée en dehors de l'Association de la Seine.

Par les motifs que nous avons développés, et dont de plus longues réflexions n'ont fait que nous démontrer de plus en plus la justesse, nous persistons à penser qu'une Association unique est possible, et que son adoption éviterait à l'Association de la Seine des périls dont elle a été avertie.

Nos efforts, dans ce but, ont pu être mal appréciés par quelques personnes, il n'en sont pas moins le résultat d'une conviction loyale et sincère. Il y a longtemps qu'un philosophe a dit « qu'en France on laisse » faire ceux qui mettent le feu et qu'on persécute ceux qui sonnent le » tocsin. » A part la *persécution*, qui est un trop gros mot, nous pourrions faire une application directe de cette pensée à la situation actuelle.

Cette situation est, du reste, fort claire, et, avant tout résultat de la séance de demain, nous désirons qu'il soit bien entendu que la cause de l'Association générale n'a rien à craindre de ce résultat, quel qu'il soit.

Si notre faible voix pouvait être entendue, nous dirions même qu'il serait utile que la question fût nettement et carrément posée, de manière à éviter toute équivoque et surtout toute perte de temps.

A notre humble avis, il est un moyen facile d'éclaircir immédiatement la position.

Lorsque notre honorable et savant confrère, M. Ricord, se présentera, au nom du comité de Bordeaux, pour faire connaître le vœu des médecins des départements, M. le Président n'a qu'à rappeler le vote du 4 décembre dernier, pris par la commission générale de l'Association, et interpeller l'assemblée sur cette question :

L'assemblée est-elle oui ou non liée par ce vote ?

Si l'assemblée dit : Oui ; tout est fini, M. Ricord n'a rien à déposer sur le bureau, rien à lire, rien à exposer. L'assemblée déclare, par cela même, qu'elle n'entend, en ce qui la concerne, donner aucune suite au projet d'annexion, etc.

Si l'assemblée dit : Non ; le délégué du comité de Bordeaux est, par cela même, autorisé à donner connaissance des vœux des médecins des départements et de l'exposé de leurs motifs.

Selon qu'elle sera impressionnée par cette lecture, l'assemblée décidera si elle doit ou non renvoyer l'examen de la question et des pièces à la nouvelle commission générale avec invitation de lui présenter un rapport dans un délai déterminé.

Tout cela, ce nous semble, peut se passer dans le plus grand calme, presque sans discussion, car tous les associés doivent être suffisamment édifiés pour ou contre le projet présenté. Ce qui est bien souhaitable, nous le répétons, c'est qu'il ne reste aucune ambiguïté dans les esprits, et que le vote de demain soit clair et décisif.

Amédée Latour.

— Le lundi 8 mars 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central. MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, du jeudi 4 février au 18 du même mois inclusivement, de midi à trois heures de relevée.

— Par arrêté en date du 18 janvier 1358, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon :

1° Professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Groslambert, qui n'a pas accepté, M. Druhen aîné, actuellement titulaire de la chaire de pathologie externe;

2° Professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Druhen aîné, M. le docteur Monnot, professeur adjoint ;

3° Professeur adjoint pour la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Monnot, M. le docteur Chenerrier, actuellement suppléant ;

4° Professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, M. le docteur Druhen jeune.

M. le docteur Druhen jeune conservera, dans cette nouvelle position, les fonctions de chef des travaux anatomiques qu'il occupe déjà.

— L'administration de l'assistance publique vient d'être autorisée par le conseil municipal de Paris à construire, à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise), un hôpital destiné à recevoir cent enfants scrofuleux des hôpitaux de la capitale.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Arnal	20 fr.
Sichel	10
Lamouroux	5
Boutigny (d'Évreux)	10
Veilliard (d'Yerres)	5
	50 fr.
Souscriptions antérieures	725
Total	775 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 13. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 2 Février 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1858.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1858.

A Messieurs les membres du Comité de Bordeaux.

Vous venez d'avoir votre 31 mai, mes chers Girondins!

Une majorité écrasante s'est déclarée contre le projet d'annexion.

Sur quatre cents membres présents, environ, trois cents, au moins, ont voté contre.

On ne nous accusera pas, cette fois, d'amoindrir l'opposition.

Il avait été résolu entre nos amis, qu'après tout ce que nous avions fait pour éclairer les membres de l'Association et sur les périls réels que nous prévoyons, et sur les périls imaginaires dont on lui a fait peur, nous n'interviendrions d'aucune autre façon que de notre vote, dans la discussion qui pourrait s'élever.

Seul, M. Ricord devait exposer la situation, et seul, en effet, il a parlé et bien parlé.

Il n'a été rien répondu :

Ni au discours de M. Ménière,
Ni au discours de M. le Président,
Ni au discours de M. Perdrix,
Ni à l'allocution de Me Paillard de Villeneuve;

Car, vous le voyez, tout le bureau a donné en masse, mais sans trouver de contradicteur.

Nous n'avons pas combattu, mes chers Girondins, parce que la cause de l'Association générale ne nous a pas paru compromise par le refus de l'Association de la Seine d'écouter nos vœux.

Débarrassée aujourd'hui de toute complication, l'Association générale peut être poursuivie sans entraves et sans autre permission que celle du Pouvoir compétent.

La situation est plus claire, vos mouvements sont plus libres, toutes les conditions de succès sont devenues plus faciles; vous saurez profiter de ces avantages.

Ce n'est pas un langage de circonstance, et inspiré par l'événement, que j'ai l'honneur de vous tenir ; tous nos amis de notre comité de rédaction savent, et vous savez vous-mêmes, que je ne me suis pas trompé sur l'événement, comme j'espère ne pas me tromper sur ses conséquences.

En vous prêtant jusqu'au bout mon faible concours, j'ai voulu remplir jusqu'au bout ce que j'ai cru être un acte de conscience, de respect et de gratitude envers l'œuvre d'Orfila.

J'ai accompli ce devoir aussi bien que je l'ai pu; faire ce qu'on peut c'est faire ce qu'on doit.

Maintenant, chers Girondins, ni plaintes, ni récriminations, ni tristesse, ni découragement. J'ose dire, après avoir assisté à la séance d'hier avec une curiosité très calme, que la grande majorité de l'assemblée ne s'est décidée, dans son vote, que par appréhension. L'argument décisif qui a tout enlevé est celui-ci : si vous accédez au vœu du comité de Bordeaux, dès ce moment même votre Association n'existe plus.

Cet argument, jeté dans l'assemblée par une voix désintéressée et aussi autorisée que celle de Me Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire de l'Association, a produit, à lui seul, plus d'impression que tout ce qui avait précédé.

Et cependant, cet argument manquait de vérité. Vous ne demandiez pas à l'Association de la Seine de se constituer *proprio motu* et indépendamment de toute autorisation préalable, en Association générale. Vous lui demandiez, n'est-ce pas, de poursuivre la réalisation de votre vœu, qui sera't devenu le sien, auprès du Conseil d'État. Comment a-t-on pu dire, comment une assemblée d'hommes éclairés a-t-elle pu croire que, par cela seul qu'une Société demande une modification à ses statuts, cette Société cesse par cela même d'exister? Évidemment on a mal posé la question à l'honorable avocat, et l'assemblée elle-même s'est trompée sur la signification de votre demande.

Mais il n'y a plus à y revenir. Acceptez bravement ce résultat qui n'était que trop prévu. N'ergotons pas sur tel ou tel incident. Voici en quelques mots et avant la publication du procès-verbal officiel, comment les choses se sont passées.

L'assemblée était fort nombreuse. Le bureau de l'Association avait envoyé la veille une circulaire à tous les membres pour les prévenir que la question de l'Association générale devant être probablement posée devant l'assemblée, il croyait devoir résumer en quelques mots les principaux arguments produits contre le projet d'annexion.

Après la lecture du procès-verbal, M. Cabanellas, secrétaire général, a lu le compte-rendu de la gestion de l'Association de la Seine pendant l'année 1857. Arrivé aux incidents relatifs à la question de l'Association générale, l'honorable secrétaire général, invoquant un sentiment de réserve que sa position particulière dans cette question lui imposait, a annoncé que cette partie du compte-rendu avait été rédigée et allait être lue par M. le docteur Ménière, secrétaire de la commission générale.

Cet honorable membre a été immédiatement entendu et a rappelé les discussions qui ont eu lieu dans le sein de la commission générale et le vote qui est intervenu.

A ce moment, M. Ricord a demandé la parole, mais M. le président P. Dubois l'a retenue pour lui et a exposé que M. Ricord avait déposé entre ses mains une lettre et un exposé de motifs adressés au président de l'Association de la Seine ; il a demandé à l'assemblée si elle désirait que lecture de ces pièces lui fût faite.

Sans opposition, l'assemblée a demandé la lecture, qui a été faite par M. P. Dubois.

Cette lecture a été très écoutée, et vos opposants eux-mêmes ont rendu hommage à la parfaite convenance, à la modération et à la sincérité de votre langage.

Alors M. Ricord est intervenu pour expliquer à l'assemblée que, chargé par le comité de Bordeaux de présenter à l'assemblée générale elle-même les pièces qui venaient d'être lues, il avait cru devoir les communiquer d'avance à M. le Président, les lui confier même, afin qu'il pût en prendre connaissance à loisir, mais que M. le Président ne les lui avait pas rendus, et qu'il avait été, par conséquent, empêché de remplir dans toute son étendue la mission qui lui avait été confiée et qu'il avait acceptée.

Puis, dans quelques mots chaleureux et partis du cœur, M. Ricord a exposé son opinion sur la question, et a demandé que votre mémoire et toutes les pièces annexées fussent renvoyés à un nouvel examen de la commission générale.

Ici, le drame commence à s'animer. La proposition de M. Ricord est appuyée par les uns, désapprouvée par le plus grand nombre. Les plus impatients demandent l'ordre du jour.

M. le Président rétablit le silence et demande à être entendu.

M. P. Dubois lit un discours très mesuré, dans lequel il rend hommage à la générosité des idées qu'il est obligé de combattre, il parle de l'état prospère de l'Association de la Seine, de la certitude du présent qu'il ne faut pas compromettre par les incertitudes d'un avenir périlleux peut-être; cet avenir il faut savoir l'attendre; une idée combattue et rejetée aujourd'hui peut reparaître plus tard avec des éléments de succès. Mais l'Association de la Seine ne peut pas se jeter dans les aventures.

Ce discours, très élégant et très onctueux, a obtenu un grand succès.

On criait aux voix, on avait hâte d'en finir. Mais comment en finir? Par un ordre du jour pur et simple? C'était l'avis de quelques-uns. Le plus grand nombre trouvait évidemment ce procédé un peu brutal. On cherche un moyen terme. Cris qui se croisent, tumulte.

Alors se lève M. le docteur Perdrix qui lit une petite note. Il veut atténuer la rigueur du vote du 4 décembre. Il n'y a qu'un mot à changer dans ce vote pour concilier tous les esprits, et ce mot il le trouve dans le verbe *pouvoir*. L'honorable archiviste propose donc un ordre du jour motivé qui exprime cette pensée : L'assemblée générale ne *peut* adhérer, etc.

Cette formule obtient une grande faveur. Quelques membres demandent un très lénitif amendement : Ne peut, *quant à présent*, etc. Mais les impitoyables trouvent la concession de M. Perdrix déjà trop forte. Il en est un qui demande même qu'on dise : Ne peut *et ne veut*, etc. L'assemblée, cependant, ne s'élève pas à ce degré de cruauté.

Une question est faite par l'honorable M. Guérard, à laquelle Me Paillard de Villeneuve fait la réponse que vous savez.

Alors de toutes parts on demande le vote.

La proposition de M. Perdrix est mise aux voix.

Vous savez le reste.

Le temps me presse et je finis.

Mes chers confrères de Bordeaux :

Les Girondins du 31 mai succombèrent en confessant leur foi; Girondins du 31 janvier, vous succombez en confessant l'Association générale.

Amédée LATOUR.

P. S. — Notre honorable confrère et ami, M. le docteur Cabanellas, immédiatement après le vote, a offert sa démission à l'assemblée; l'assemblée, par ses acclamations unanimes, a forcé M. le Secrétaire général à rester à son poste.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Verneuil a lu, devant la Société, deux observations envoyées par M. Azam, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, et relatives à une affection fort singulière, dont M. Verneuil a eu déjà l'occasion de présenter un exemple à la Société. Il s'agit de ces tumeurs sanguines veineuses et réductibles qui se forment à la voûte du crâne par suite de chutes ou de contusions, et qui paraissent communiquer avec les sinus veineux de la dure-mère.

Selon M. Azam, ces tumeurs auraient deux modes de formation possibles; le premier serait celui-ci : à la suite d'une contusion violente de l'os ou d'une fracture peu étendue, il peut se faire un travail obscur et lent d'ostéite raréfiante. Ce travail, portant sur le diploé et les tables osseuses, peut mettre en communication les canaux veineux, ou le sinus lui-même, avec une poche extérieure; les pertuis formés par ce travail peuvent être plus ou moins sinueux, plus ou moins larges, c'est ce qui explique la réductibilité plus ou moins rapide de la tumeur, et la difficulté de les rencontrer à l'exploration.

Le deuxième mode serait le suivant : dans des cas de fissure ou de fracture peu étendue de la région des sinus, la paroi adhérente de ceux-ci peut être déchirée, et par suite ces canaux veineux mis en communication directe avec le foyer de la fracture; alors le contact incessant du sang en circulation peut empêcher le travail de cicatrisation de la lésion osseuse et faciliter la formation de pertuis fistuleux, qui finissent par s'organiser et amènent le sang à l'extérieur au travers des os du crâne.

« J'ai cherché, dit M. Azam, à reproduire par des expériences ce qui peut être reproduit de ce genre de lésion. Sur des cadavres, j'ai produit au moyen d'un marteau de fer ou de bois des fractures du crâne dans la région des sinus. J'ai répété ces expériences un grand nombre de fois; je dois dire qu'en général, après avoir scié les os et détaché la dure-mère avec soin, je n'ai pas vu que la paroi supérieure du sinus, quoique en contact avec la fracture, ait été déchirée; cette paroi et la dure-mère environnante étaient plutôt décollées dans une certaine étendue. Cependant, quoique je ne l'aie pas observée sur le cadavre, cette déchirure ne me paraît pas impossible. Dans un cas où il y avait fracture avec enfoncement peu marqué de la table externe, une longue esquille projetée en dedans avait déchiré la paroi supérieure du sinus longitudinal supérieur.

» En résumé, je pencherais plutôt pour la formation lente des pertuis par ostéite raréfiante ou absorption interstitielle, pertuis qui communiqueraient avec les sinus très voisins par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé, l'extrême ténacité de la paroi supérieure des sinus rendant plus probable son décollement que sa déchirure, du moins tant que la fracture en contact avec elle n'est pas accompagnée d'esquilles perforantes. »

Postérieurement à cette lecture, M. Huguier a communiqué une observation recueillie tout récemment, et qui n'est peut-être pas sans analogie avec les faits en question. Il s'agit d'un petit garçon âgé de 5 à 6 ans, qui présente au niveau de l'angle de la mâchoire gauche une tumeur du volume d'une orange mandarine, arrondie, réductible, partout souple, partout indolente, et recouverte d'une peau saine et sans changement de coloration. Lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, la tumeur se gonfle et devient légèrement bleuâtre; le même résultat se manifeste lorsqu'on comprime la veine jugulaire externe à la partie inférieure du cou. La réduction est d'ailleurs facile, et alors, à travers les téguments flasques et amincis, on sent très bien l'angle de la mâchoire. Cette tumeur est évidemment sanguine et veineuse, et elle est probablement située au confluent de la veine faciale et de la temporale avec la jugulaire externe.

Dans la séance suivante, M. Huguier, à l'occasion du procès-

verbal, est revenu sur ce diagnostic qui lui paraissait si évident, et, avec une bonne foi qui l'honore, il a avoué qu'il s'était trompé. Ayant revu cet enfant en présence de M. Morel, ce dernier émit des doutes sur le diagnostic, et annonça qu'il s'agissait simplement d'un kyste. Une ponction fut faite séance tenante, et effectivement ce fut un liquide séreux, d'une couleur jaune-brunâtre très peu foncée, qui s'écoula à travers la canule du trocart explorateur. Le diagnostic de M. Morel se trouvait, par conséquent, exact, et il fut décidé que M. Huguier traiterait ce kyste par la méthode de l'injection iodée. L'enfant fut ramené à l'hôpital pour subir cette opération. Le liquide s'était à peine reproduit. La tumeur était flasque et très peu remplie, de telle sorte qu'il était très difficile d'y pénétrer méthodiquement avec le trocart. C'est pourquoi M. Huguier, ayant fait concentrer le liquide en un point par des aides qui comprimaient la tumeur avec leurs mains, pratiqua en ce point une petite boutonnière avec un bistouri aigu. L'instrument retiré, le liquide s'écoula aussitôt, et immédiatement après le bec d'une petite seringue en verre, pleine de solution iodée, fut introduit dans l'ouverture. L'injection fut ainsi pratiquée sans le secours du trocart. Le lendemain, la tumeur était plus chaude et plus tendue, mais trois jours après l'injection, elle commença à diminuer. L'enfant n'a eu ni fièvre ni aucun autre accident.

M. Huguier a insisté sur les deux caractères qui lui ont fait croire à l'existence d'une tumeur veineuse sanguine, savoir, d'une part, la réductibilité et, d'autre part, l'augmentation de volume qui se manifestait dans les efforts, dans les cris, ou lorsqu'on comprimait la jugulaire externe à la partie inférieure du cou. Ces changements de volume s'expliquent sans doute en partie par l'existence d'un lacis veineux très développé, sur lequel repose la face profonde de la poche, mais ils dépendent aussi de la région où était situé le kyste. La compression exercée avec la main, sans faire entièrement disparaître la tumeur, la réduisait en grande partie en la refoulant, soit derrière la mâchoire, soit dans les interstices musculaires, soit vers le plancher de la bouche, puis, lorsque l'enfant criait ou contractait ses muscles, la tumeur, refoulée en sens inverse, venait faire à l'extérieur une saillie plus considérable.

— La fin de cette séance a été occupée par une longue discussion suscitée par M. Boinet, et relative aux injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires et des abcès qui en dépendent. L'allocution suivante de M. Richard, que nous empruntons au procès-verbal, résume les points principaux de la thèse soutenue par M. Boinet et du débat auquel elle a donné lieu :

« L'argumentation de M. Boinet, dit M. Richard, me semble un peu trop théorique, et j'aimerais bien mieux qu'elle fût basée sur des faits. Je voudrais, par exemple, que M. Boinet ne se contentât pas de nous citer ses succès, mais qu'il prît la peine de dresser un relevé de tous les cas d'abcès par congestion où il a eu recours à l'injection iodée, et qu'il nous dît combien il a perdu de malades, car je ne doute pas qu'il n'en ait perdu beaucoup.

» M. Boinet vient d'insister sur les mauvaises conditions hygiéniques où les malades se trouvent placés dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux d'enfants, et c'est à cela qu'il attribue les insuccès dont se plaignent les chirurgiens de ces établissements; mais il oublie que c'est précisément à l'hôpital des Enfants que M. Bouvier a recueilli, en une seule année, six observations d'abcès par congestion, guéris sans le secours des injections iodées. Quant aux coxalgies, j'ose dire qu'il est commun de les voir guérir chez les enfants, et quelques succès obtenus à la suite des injections iodées ne prouveraient pas grand'chose. Quoi qu'il en soit, j'invite de nouveau M. Boinet à nous donner la statistique complète de ses succès et de ses revers dans le traitement des abcès par congestion. »

Cette mise en demeure de fournir des résultats cliniques à l'appui des bons effets de la médication par l'iode a été fortement appuyée par M. Larrey, qui a dit, en même temps, partager la manière de voir de M. Cazeaux, relativement aux injections dans les cas d'abcès par congestion. Voici l'objection qu'a présentée M. Cazeaux :

« Il y a une circonstance qui m'a toujours rendu assez sceptique à l'égard des résultats attribués aux injections iodées. C'est que, dans la plupart des cas d'abcès par congestion, il est presque impossible que l'iode injecté arrive jusque sur les os. Cette remarque m'est venue, en particulier, en assistant à certaines autopsies, et en voyant des trajets tellement longs et tellement sinueux que l'injection n'avait vraiment aucune chance d'atteindre le squelette. Je pense donc que les guérisons dont parle M. Boinet ont été dues au traitement général qu'il a constamment mis en usage. »

UROLOGIE COMPARÉE.

1° DE L'INFÉRIORITÉ ET DE L'INSUFFISANCE DE L'ACIDE PYROPHOSPHORIQUE COMME RÉACTIF DE L'ALBUMINE ;

2° DE LA RÉALITÉ DE L'ALBUMINURIE NORMALE (Réponse à M. le docteur BECQUEREL).

Par le docteur Claude GIGON, médecin des hôpitaux d'Angoulême, etc.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Passons à d'autres observations, qui, pour des médecins, ont un bien plus grand intérêt, je veux parler des observations physiologiques.

Dans les urines de l'homme le dépôt chloroformique se produit constamment, si l'on ingère une boisson aqueuse abondante dans l'estomac, soit la petite bière, soit la tisane, comme je l'ai expérimenté sur moi-même, si l'on en ingurgite un demi-litre, par exemple, lorsque l'émission des urines a été copieuse, répétée, les dernières parties d'urine rendue présentent, après filtration, un précipité chloroformique presque aussi abondant que les premières; si pourtant nous n'avions affaire qu'à du mucus, il devrait avoir été lavé et emporté par les premières émissions d'urine, ainsi que le pensait Berzelius; surtout quand on songe à la très petite quantité de mucus rendu par la vessie.

Poursuivons. Dumas (In *Chimie phys. et médic.*, p. 547) cite Lecanu, qui déclare que « les enfants n'en fournissent (du mucus) que des *quantités impondérables*, » tandis que nous avons démontré, au contraire, que chez les enfants et tous les jeunes animaux, le précipité chloroformique est aussi abondant que chez l'adulte. Un observateur anglais, dont le nom nous échappe en ce moment, a même démontré avec l'acide azotique la présence de l'albumine dans les urines du fœtus.

Autre preuve. Si, comme je l'ai fait, on retire l'uretère de l'abdomen d'un chien (n° 1) soumis aux inhalations du chloroforme, qu'on en opère la section et qu'on recueille quelques grammes d'urine, ce liquide, qui n'a pas *séjourné*, qui *n'a pas passé par la vessie*, fournit aussi un dépôt chloroformique abondant; on me répondra que c'est le mucus fourni par les quelques centimètres d'uretère qui restent; mais cela me paraît tout à fait improbable.

Toutefois, comme je ne voulais pas laisser subsister même cette apparence de doute, j'ai institué les expériences suivantes :

J'ai pris un chien (n° 2) d'assez forte taille, j'ai pratiqué dans le flanc gauche une incision, et j'ai été, comme dans le cas précédent, chercher l'uretère, d'après la méthode que j'ai décrite dans un autre mémoire; comme je voulais une plus grande quantité d'urine, je cherchai à amener le second uretère; mais, dans cette manœuvre, l'animal s'agitant, le bec recourbé de la sonde cannelée déchira l'aorte, l'animal mourut d'hémorrhagie foudroyante; alors je m'empressai de recueillir l'urine de la vessie qui devait y être depuis bien peu de temps; car, sous l'influence de la peur, l'animal avait uriné abondamment, ce qu'on voyait parfaitement sur la table à vivisection. L'urine, refroidie et filtrée, traitée par le chloroforme, donna, comme de coutume, un dépôt fort abondant.

Je prends alors un autre chien (n° 3), grand, noir, à poil ras, car notre fourrière municipale des chiens errants fournit libéralement à mes besoins d'expérimentateur; je pratique la même opération, et j'amène à l'incision du flanc l'uretère gauche, et, après en avoir opéré la section transverse, j'introduis dans le bout supérieur, en communication avec le rein, la canule d'argent d'un stylet aiguillé, et je la pousse avec beaucoup de précaution jusque dans le bassinet, c'est-à-dire que je vais *capter l'urine à sa source*, avant qu'elle ait eu aucun contact avec les membranes; bientôt on voit perler au bout du pavillon de la canule une goutte d'urine, et comme cette canule dépasse l'uretère de plusieurs centimètres, je reçois cette urine dans un tube à expérience, sans que ce dernier touche à aucune substance animale; l'urine coule goutte à goutte, elle est claire, sans aucun mélange de sang; lorsque j'en ai recueilli environ 6 grammes, je la traite par le chloroforme, et j'affirme de la manière la plus positive que j'ai obtenu un précipité *tout aussi compacte, tout aussi abondant* que celui des urines du chien n° 2. De plus, ce précipité est dissous par l'acide acétique et reprécipité par la solution de prussiate de potasse, tout comme l'albumine. Ici, il me semble impossible d'accuser le mucus d'être la cause du précipité, car ce serait du mucus sans membrane muqueuse.

Immédiatement après cette opération, je pratique la suture entrecoupée de l'incision du flanc gauche, et je fixe l'uretère par un point dans l'angle supérieur de la plaie. Dès le lendemain, l'animal commence à manger, et j'espère le conserver, bien que la plaie, sans cesse baignée par l'urine qui sort de l'uretère, soit très enflammée, très tuméfiée; nous pourrons ainsi, à toute heure, nous procurer de l'urine non muqueuse pour répéter nos expériences.

Je dois dire, dès à présent, que ces urines ont exhalé très rapidement une odeur ammoniacale très pénétrante.

Enfin, comme dernier argument, je dirai : si le corps que nous précipitons des urines normales n'est réellement que du mucus, il devra être d'autant plus abondant que les membranes muqueuses seront plus étendues et plus vastes; or, il n'en est rien, l'abondance du dépôt uro-chloroformique est quelquefois *en raison inverse* de l'étendue de ces membranes, mais toujours en *raison directe* de la rapidité de la circulation; c'est ainsi que le dépôt chloroformique est très abondant dans l'urine de la taupe, du rat, du lapin et du chat naissant, dont la vessie est infiniment petite, tandis qu'il manque à peu près complètement dans les urines bien filtrées, de la vache, de la jument, de l'ânesse; évidemment, irrésistiblement, ces faits, si souvent vérifiés par nous, renversent complétement l'opinion qui ne veut voir que du mucus dans le précipité chloroformique des urines.

Nous citerons aussi les expériences nombreuses, où l'on voit ces dépôts albumino-chloroformiques se produire sous l'influence de l'accélération de la circulation, même lorsque, chez l'animal, il n'en existe pas habituellement comme chez le bœuf, le cheval, et ce dépôt des urines, augmentant constamment chez l'homme fébricitant, au point de devenir souvent appréciable par l'acide azotique, ainsi que l'a prouvé Finger, en dehors de toute idée systématique. Tout cela, est-ce donc du mucus? Et M. Dumas, qui a déclaré que *l'albuminurie constitue l'état normal de la grenouille*, est-ce que, par hasard, il aurait pris, lui aussi, du mucus pour de l'albumine? Je ne serais pas fâché de savoir ce que pense mon honorable contradicteur sur ce point particulier.

Tout ceci, comme tout ce qui précède, comme tout ce qui suit, prouve qu'il y a autre chose que du mucus dans l'urine humaine, il me paraît infiniment probable que les matériaux aqueux de l'urine, extraits du sang, entraînent en solution avec eux quelques parcelles de l'albumine du sérum sanguin, parcelles qui augmentent avec l'accélération de la circulation. Et, comment pourrait-il en être autrement, quand on songe à la rapidité de la circulation des liquides absorbés par l'estomac, à la promptitude avec laquelle ils traversent le filtre rénal, quand on songe que l'on ne trouve aucune différence entre les sels solubles du sang et ceux de l'urine, « ce qui permet d'espérer que, à l'avenir, une simple opération chimique pourra faire connaître la composition du sang à l'aide *de la composition de l'urine*. » (*Justus Liebig.*, 34e lettre, p. 171.)

Maintenant, si nous fouillons les archives de la science, nous voyons que cette opinion de l'existence de l'albumine normale dans les urines a été déjà professée par deux hommes qui ont été les flambeaux de la science, au commencement de ce siècle : « Fourcroy et Vauquelin montrent que la gélatine et *l'albumine*, très variables en proportion dans l'urine, sont précipitées par le tannin et occasionnent *la prompte putréfaction des urines* (1). » Je prie le lecteur de remarquer ce dernier passage.

Berzelius nie la présence de l'albumine à l'état normal, mais il admet comme Dumas (2), dans les urines, « *une substance azotée particulière*..... Les acides acétique et nitrique dissolvent cette substance (ce que nous avons constaté pour nos précipités chloroformiques). Cette substance concourt *à la constitution de l'urine*, et, en s'altérant, elle devient le ferment qui entraîne *la décomposition de l'urée..... elle n'a été étudiée que par Berzélius.* »

On voit que la plus grande analogie règne entre les opinions de Vauquelin, et celles de Berzélius et Dumas, et que, sauf le mot albumine, qui n'est pas prononcé par ces derniers, il s'agit de la même substance qui entraîne, d'après ces auteurs, la prompte putréfaction de l'urine ou la décomposition de l'urée.

Il est probable que si Berzélius n'a pas adopté l'idée de l'albumine normale, c'est faute d'avoir possédé un réactif suffisamment sensible pour la précipiter et la démontrer. Mais si le chimiste pouvait être en défaut, l'observateur était dans le vrai, en admettant *une substance azotée particulière* servant de ferment pour la prompte décomposition de l'urée (ce qui prouve, soit dit en passant, que quelquefois l'induction peut être supérieure à l'expérimentation). Car, il avait sans doute été frappé, comme tout le monde, de la lenteur de putréfaction du mucus et de la promptitude de putréfaction de l'urine. Il savait que, dans les salles de malades, par exemple, le mucus bronchique rendu en abondance depuis vingt-quatre heures, dans un crachoir, ne présente aucun signe de putréfaction, tandis que les urines rendues à la même époque exhalent une odeur insupportable d'ammoniaque, quoique le mucus, substance à peine animalisée, y soit en très petite quantité. On pourra objecter que tous les mucus ne sont pas les mêmes, mais ce n'est là qu'un argument évasif, dilatoire, et dont il faudrait d'abord avoir prouvé la réalité; au reste, je ne redoute point cette objection de la part de M. Becquerel, puisque je lis dans l'ouvrage qui lui est commun avec M. Rodier : « considéré sur chaque membrane muqueuse en particulier, le mucus est toujours *à peu près le même*..... Le mucus de la vésicule biliaire ne présente rien de particulier; *il en est de même du mucus vésical.* » (*Chimie patholog.*, p. 429.)

Eh bien, cette substance azotée particulière, cette albumine de Vauquelin, n'est autre chose que la substance que nous précipitons par le chloroforme, car, si on enlève cette substance azotée particulière, on rend l'urine humaine presque imputrescible, ce qui a eu lieu dans l'expérience suivante.

Au mois de juillet dernier, au plus fort de la chaleur, j'ai traité 25 grammes d'urine humaine saine par le chloroforme, dans un tube de forte dimension, le dépôt étant obtenu, j'ai filtré et j'ai traité le liquide filtré de la même manière, ce qui a produit un nouveau dépôt; *la substance azotée particulière* se sépare assez difficilement, elle concourt *à la constitution de l'urine*, suivant l'expression de Berzélius, en cela, elle diffère beaucoup du mucus, qui, étant insoluble, d'après Becquerel, se sépare spontanément de la masse du liquide; mais, enfin, après avoir répété cette opération plusieurs fois, il ne se produit que très peu de dépôt. Alors, j'ai fait chauffer le liquide restant jusqu'à expulsion complète du chloroforme, et, après filtration, j'ai abandonné ce liquide à lui-même pendant vingt jours, avant qu'il se soit produit des traces de putréfaction. Ce liquide ne contenait plus *la matière azotée particulière* de Berzélius et de Dumas, l'albumine putrescible de Fourcroy et Vauquelin, ce que j'appelle *l'albumine normale*, le chloroforme l'avait séparée, il ne restait plus que de l'eau, des sels, de l'urée, et la dissolution d'urée ne s'altère que lentement (Dumas). J'ai répété cette opération il y a quelques jours, et, après avoir dépouillé 50 grammes d'urine de sa substance animalisée, comme il a été déjà dit, j'ai divisé le liquide en deux parties, et

(1) In *Chimie anatomique et physiologique*, tome III, page 350, de Robin et Verdeil.

(2) « La dissolution aqueuse d'urée pure ne s'altère que lentement à l'air et se convertit en carbonate d'ammoniaque; mais, sous l'influence de certaines *matières azotées, comparables* à la matière muqueuse des urines, l'urée éprouve rapidement une espèce de fermentation..... et se transforme entièrement en carbonate d'ammoniaque. » (*Loc. cit.*, p. 414.) — Comme on le voit, M. Dumas est beaucoup moins affirmatif que M. Becquerel.

je les ai placées dans deux fioles à long goulot, en un lieu à température, à peu près constante, de 18°+0, puis, j'ai ajouté dans l'une une petite quantité de blanc d'œuf, dans l'autre, un peu de mucus bronchique par trituration dans un mortier de verre; un trou ayant été pratiqué à la couverture de papier de chaque fiole, j'y ai fait passer un petit morceau de papier de tournesol, rougi légèrement, en le tenant en suspension très près du liquide, et voici ce qui a eu lieu.

Dans la fiole contenant le liquide albuminisé, dès le deuxième jour le papier rouge commençait à foncer en couleur, le quatrième jour, il était complétement bleu, il y avait eu un dégagement d'ammoniaque, la fermentation putride était en activité.

Dans la fiole additionnée de mucus, au bout de quinze jours on commençait à peine à apercevoir quelques traces d'ammoniaque, le papier réactif commençait à peine à virer au bleu.

Le mucus seul ne peut donc être l'agent de la fermentation putride si prompte de l'urine, cette opinion, du reste, me paraît insoutenable, en présence des raisons suivantes : Les urines de la vache, du bœuf, du cheval, contiennent beaucoup plus de mucus et d'urée que celles de l'homme et des carnivores, ce fait avait été constaté déjà par Rouelle le jeune, dès le siècle dernier, mais il a été complétement mis en lumière par les chimistes modernes. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés :

Urée chez l'homme (Becquerel et Rodier).	13 p.	1000.
Urée chez le bœuf (Sprengel) (1).	40	—
Urée chez la vache (Boussingault). . . .	18	—
Urée chez le cheval (Boussingault). . . .	31	—

Et pourtant la fermentation putride est très lente, dans les urines de la vache, le dégagement d'ammoniaque y est insensible, à tel point que les étables de vaches et de bœufs sont non seulement habitées sans inconvénients par les valets de ferme, mais encore qu'on en a conseillé le séjour aux phthisiques; tandis que tout le monde sait combien est repoussante et insupportable l'odeur des dépôts d'urine humaine et celles des ménageries d'animaux carnivores.

Poursuivons. L'urine du cochon, au contraire, contient à peine de l'urée (2 par 1000), à peine du mucus (0gr,05 par 1000) d'après de Bibra, et les autres sels sont à peu près les mêmes que ceux de la vache, et pourtant ces urines éprouvent promptement la fermentation putride.

L'urine de chien, tirée directement du rein, est dépourvue de mucus, elle éprouve la fermentation putride, ammoniacale, tout aussi promptement que celle de la vessie, ainsi que je l'ai fait voir plus haut.

Nous ferons les mêmes observations pour les urines de chèvre, de mouton, de lapin, herbivores dont les urines alcalines sont plus complétement fermentescibles que celles de la vache; aussi, les agriculteurs considèrent les fumiers de ces animaux comme étant *plus forts et plus chauds* que ceux de la vache et du bœuf.

Voilà de l'expérience publique, familière, saisissable pour tout le monde, et qui prouve que l'urine, pour être promptement putrescible, doit contenir autre chose que du mucus et de l'urée.

Eh bien! où trouverons-nous un fil pour nous conduire dans ce labyrinthe inextricable, où nous voyons les faits les plus semblables, en apparence, produire des effets si disparates? La doctrine qui voit du mucus seulement dans les urines est ici complétement muette et impuissante, elle n'explique rien et se borne à une négation stérile, tandis que les expériences que nous avons rapportées donnent facilement la clé de la difficulté.

Les urines des animaux qui, refroidies et bien filtrées, ne donnent pas lieu par le chloroforme à un précipité soluble dans la potasse, l'acide azotique et l'acide acétique n'ont pas la substance suranimalisée particulière ou albumine normale, la fermentation putride s'y développe lentement, elles ne laissent pas sensiblement dégager d'ammoniaque, quelle que soit la quantité d'urée ou de mucus qu'on y trouve, tels sont le bœuf, la vache, le cheval, l'âne, et probablement beaucoup d'autres.

Tous les animaux, au contraire, dont les urines refroidies et soigneusement filtrées donnent un précipité albumino-chloroformique, voient survenir facilement la fermentation putride, ils contiennent de l'albumine normale, et cette fermentation se développe d'autant plus promptement que cette substance azotée particulière est plus abondante, ce qui existe chez l'homme, le lion, le tigre, la taupe, le chien, le chat, le lapin, le porc, la chèvre, etc. (2).

Et l'abondance du dépôt albumino-chloroformique est en raison de la rapidité de la circulation, ainsi que je l'ai démontré dans mon précédent mémoire.

Tel est le résultat d'expériences et d'observations nombreuses qui prouvent que l'urine de l'homme renferme, comme substance animalisée, un corps constitutif autre que le mucus, et qui, d'*après ses réactions chimiques, ne saurait être autre que l'albumine* (3).

Aussi, nous ne pensons pas que ce soit par un écrit hâtif, écourté, abordant la difficulté *par la voie étroite*, que l'on puisse renverser ces résultats de recherches ardues, persévérantes, innombrables, ce n'est que par un ensemble d'observations chimiques et physiologiques, en alliant l'expérimentation à l'induction, que l'on pourrait contrebalancer ces faits positifs.

M. le professeur Andral, à l'Académie des sciences, a dit que, si les idées que nous développons ici sont adoptées, c'en est fait de tout ce que l'on a si péniblement acquis sur l'albuminurie; tout est à recommencer. Malgré le profond respect que j'ai professé de tout temps pour ce vénéré maître, je ne puis adopter cette manière de voir : l'albuminurie simple, comme fait, est due à des causes multiples, ce que l'on sait peut donc être conservé, je n'ai fait qu'ouvrir un horizon de plus à la science.

Tout ceci, du reste, a été écrit, non seulement avec bonne foi, mais encore après avoir vu et revu cent fois les mêmes expériences, aussi, je terminerai par une citation de l'illustre Avenbugger, qui résume parfaitement ma situation : « *Scripsi illa quœ inter tœdia et labores et sensuum testimonio iterùm, iterùmque expertus sum.* »

(1) *In* Dumas, *Chimie physiologique*, etc.

(2) Si quelques personnes étaient tentées de répéter nos expériences sur les urines des animaux, nous les engagerions, pour apprécier la quantité du précipité albumino-chloroformique, à ne pas se contenter, comme l'a fait M. Becquerel, de l'examen du dépôt qui s'obtient au fond du tube; il vaut beaucoup mieux, après avoir décanté le dépôt, ajouter quelques grammes de chloroforme, et agiter; alors il se forme un coagulum, un cylindre d'albumine solide, qui est beaucoup plus facile à étudier que le dépôt diffluent qui, vu l'extrême sensibilité du chloroforme, peut quelquefois en imposer sur la quantité réelle d'albumine.

(3) M. Jules Regnault, dans une thèse que nous n'avons pas lue, mais dont nous trouvons un extrait dans le *Compendium* (page 306, 30e livraison), a professé des opinions qui se rapprochent beaucoup des nôtres sous le rapport de l'*albuminurie normale*; il admet, dans les urines, une certaine quantité de matière azotée *de nature albumineuse*, « ce principe, éminemment altérable sous l'influence de l'oxygène de l'air, diffère du mucus, car ce dernier *est séparable par la filtration*..... Il diffère aussi de l'albumine soluble, *parce que* l'urine qui le renferme ne précipite pas par l'acide nitrique. » Ce dernier *parce que* n'a plus de valeur aujourd'hui, puisque nous avons démontré que les solutions albumineuses au-dessous du 1000e ne donnent plus ni réactions ni précipités avec l'acide azotique, il peut donc exister une certaine quantité d'albumine dans les urines, bien que cet acide ne l'indique pas. M. Jules Regnault doit être aujourd'hui complétement de notre avis.

BIBLIOTHÈQUE.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN; — DE LA FIÈVRE LARVÉE; DES HÉMATOCÈLES RÉTRO-UTÉRINES.

Extrait d'un rapport lu à la Société médicale d'émulation,

Par le docteur Maurice PERRIN.

Le premier ouvrage sur lequel je désire appeler l'attention de la Société est une thèse intéressante qui a pour titre : *Du phlegmon péri-utérin.*

Acceptant avec raison la distinction établie par M. Bennet, l'auteur s'empresse de bien circonscrire son sujet en le limitant au phlegmon péri-utérin non lié à l'état puerpéral. On admet généralement que le phlegmon péri-utérin peut se présenter sous l'une des trois formes suivantes : forme aiguë, forme chronique et forme subaiguë ou chronique avec exacerbations périodiques. M. Gallard conteste cette manière de voir. Dans les cas qu'il a pu observer, le début de l'affection a toujours été l'état aigu, et c'est plus tard, les phénomènes inflammatoires étant apaisés, que surviennent l'état subaigu, puis l'état chronique, comme deux stades successifs du même travail phlegmasique. Il est vrai que la forme chronique du phlegmon péri-utérin est moins rigoureusement établie par des faits que déduite de ces cas embarrassants dans lesquels l'apparition des accidents aigus a été précédée d'une longue série de symptômes diversement interprétés : aussi, c'est avec d'autant plus de raison que j'aurais voulu voir M. Gallard étayer sa manière de voir par quelques observations précises et probantes.

Les accouchements, les fausses-couches, un phlegmon antérieur, le mouvement menstruel, les fatigues, le coït souvent répété, la métrorrhagie, la leucorrhée, l'inflammation des muqueuses utérine et vaginale, le redresseur utérin; telle est la série des causes que l'auteur passe en revue, attribuant à chacune d'elles la part d'action que lui impose l'étude approfondie de 53 observations très habilement comparées, qui forment la base de son travail. L'absence d'autopsie ne permettait d'établir l'anatomie pathologique sur des données incertaines. Aussi, M. Gallard ne précise rien sur ce point et accueille d'un air de doute la description trop précise peut-être de M. Nonat à cet égard. Mais pourquoi songe-t-il à remplir cette lacune en déduisant du simple palper hypogastrique les différents siéges du phlegmon péri-utérin. Ces déductions, qui n'ont rien de rigoureux, doivent se trouver mal à l'aise dans un chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

En raison de leurs connexions avec des organes importants, ces phlegmons se traduisent par de nombreux symptômes. Les uns, les signes subjectifs, sont trop connus pour que je m'y arrête, et pourtant je ne puis passer outre sans me demander si les points douloureux signalés par Valleix avec tant de précision ont une valeur réelle dans la séméiotique des névralgies en général, et de celles-ci en particulier, comme le pense M. Gallard. Les autres signes résultent de l'examen des parties malades à l'aide du toucher, qui, seul, doit être mis en usage. Par le toucher vaginal, on constate, tantôt une tumeur chaude, pulsative en arrière du col, tantôt une sorte de bourrelet circulaire, tantôt un empâtement diffus qui entoure la matrice, la rend immobile et comme enclavée dans le petit bassin; par le toucher rectal, on circonscrit en arrière les limites du mal; par les deux réunis, on apprécie l'état de tension, l'épaississement de la cloison recto-vaginale et du cul-de-sac rétro-utérin : siéges habituels de cette affection. Enfin, l'introduction de l'hystéromètre, qui franchit sans difficulté toute la cavité utérine, ne change ni la forme ni le volume de la tumeur.

Le diagnostic du phlegmon péri-utérin offre parfois de sérieuses difficultés.

La métrite a souvent les mêmes symptômes, mais aussi combien de fois ces deux affections marchent-elles ensemble! Le siége précis de la douleur provoquée par la pression, devra être pris en sérieuse considération.

L'ovarite s'en distingue avec facilité dans les cas les plus fréquents, mais que le phlegmon soit latéral, qu'il envahisse les ligaments larges, le diagnostic devient alors difficile, sinon impossible. Ce n'est qu'en tenant compte des commémoratifs, en surveillant attentivement la marche de la maladie, que l'on parvient à une présomption, sinon à une certitude complète.

Rappelons aussi que l'hématocèle rétro-utérine, l'antéversion et la rétroversion, l'antéflexion, l'accumulation de matières fécales durcies dans le rectum peuvent donner le change et faire croire surtout à ces noyaux d'induration qui caractérisent la forme chronique, et qui ont été décrits pour la première fois par M. Gosselin.

Enfin, l'existence de certaines tumeurs fibreuses fournit peut-être au diagnostic les cas les plus embarrassants. L'hystéromètre conseillé par M. Simpson pourra éclairer quand les tumeurs feront saillie dans la cavité utérine; en dehors de ces cas particuliers, il n'y a guère que les commémoratifs qui puissent servir de base à un jugement.

Le traitement ne présente rien de particulier. Un mot seulement sur le moyen préconisé d'abord par M. Gosselin, et, après lui, par M. Gallard, pour arrêter les métrorrhagies symptomatiques du phlegmon péri-utérin.

Quand la série des moyens usuels est épuisée, il faut, dit l'auteur, éviter le tamponnement autant que possible, mais recourir à l'usage d'une potion contenant 20 grammes de teinture de canelle qui tarit bientôt les hémorrhagies les plus rebelles, les plus alarmantes. Toujours le succès justifie la méthode, mais après un résultat aussi inattendu, le doute n'est plus permis en thérapeutique.

Tel est le premier travail de M. Gallard. Comme on a pu le voir, l'auteur n'aborde son sujet qu'inspiré par un grand nombre de faits qu'il a su réunir. Ce point de vue auquel il se place donne de la vigueur à sa pensée, de la précision et de la chaleur à son style, et, à l'ensemble de l'ouvrage, des allures aussi sévères qu'indépendantes.

Mais pourquoi les plus belles qualités ont-elles leurs excès?

M. Gallard analyse 53 observations qui lui sont personnelles, pour le plus grand nombre, et rejette tout ce qui est en désaccord avec elles jusqu'à plus ample information. « C'est la seule méthode qui, dans les sciences naturelles, dit-il, puisse conduire à un résultat sérieux. » Votre expérience consommée, Messieurs, vous fait sentir mieux que je ne pourrais le faire tous les périls de cette méthode.

Il y a deux manières d'aller à la recherche de la vérité : les uns, patients investigateurs, suivent les sentiers battus de la science, et, dans cette marche encore difficile, se servent des lumières de l'observation personnelle pour éclairer quelques points obscurs, réprimer quelque tendance systématique; les autres, novateurs hardis, renversant d'un seul coup tout ce que le passé consacre, réunissent ce qu'il y a d'observations connues, les passent au creuset d'une critique éclairée et en déduisent des doctrines créées de toute pièce.

Moins prudent que les premiers, moins radical que les seconds, M. Gallard, en ne prenant pour appui que l'observation personnelle ou contemporaine, intronise l'individualisme de la plus dangereuse espèce, substitue le doute à la foi scientifique, et rend la science impossible en la constituant par autant de croyances isolées qu'il y a de libres penseurs.

M. Gallard publie, sous le nom de *fièvre intermittente larvée*, une observation qu'il fait suivre de remarques au sujet de la nature de cette classe d'affections.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une très forte constitution, et qui habite, dans le département de la Creuse, une localité marécageuse où les fièvres intermittentes existent à l'état endémique. Cet homme, qui avait des habitudes d'ivrognerie invétérées, fut pris, dans une soirée de la fin du mois de mai, d'un accès de fièvre suivi de vomissements. Les accidents reparurent le surlendemain et l'accès présenta ses trois stades caractéristiques développés suivant leur ordre normal. Du sulfate de quinine fut administré : les phénomènes morbides perdirent de leur intensité, mais ne cessèrent pas complétement.

Le 16 juin, c'est-à-dire plus de quinze jours après l'apparition des premiers accidents, l'accès de fièvre revient plus intense s'accompagne et de vomissements et de délire; à partir de ce moment les accès ont lieu tous les jours, à des heures indéterminées. Une céphalalgie frontale intense, le délire persistent même dans l'intervalle des accès. La parole est hésitante, embarrassée, inintelligible, et l'insomnie presque continuelle; toutefois, on n'a pas noté d'hallucination.

Cet état persiste jusqu'au 15 août, malgré l'application de sangsues aux tempes, d'un vésicatoire et d'un séton à la nuque. Comme au milieu des phénomènes fébriles continus, un paroxysme représentant un accès de fièvre avec ses trois stades se manifeste vers le soir, on se décide à administrer du sulfate de quinine à la dose de 0,50 d'abord, puis de 1 gramme.

Dès le deuxième jour, les accidents sont atténués, et, après huit jours de ce traitement, le délire cesse, le sommeil se rétablit, les forces du malade augmentent et la convalescence se prononce. Pendant le cours de la maladie la rate a conservé son volume normal.

J'ai cru devoir rapporter avec quelques détails cette observation intéressante, qui présentait des difficultés sérieuses, sous le rapport du diagnostic.

Le milieu dans lequel le sujet avait contracté sa maladie, l'intermittence franche du début, les paroxysmes manifestes qui ont suivi, l'efficacité du traitement spécifique, tout fait penser qu'il s'agit ici d'une intoxication palustre, d'une fièvre à quinquina. Était-ce une fièvre pernicieuse? La marche de la maladie ne permet pas de le supposer : les symptômes graves qui caractérisent la perniciosité surgissent de bonne heure, vers le troisième ou quatrième accès. Ils n'appartiennent guère qu'au type quotidien ou double tierce, et la maladie se juge rapidement par la mort, la guérison ou le passage à une fièvre intermittente bénigne ou rémittente.

Était-ce une fièvre larvée? Oui, sans doute, si on considère qu'elle appartenait par son origine aux affections palustres, qu'elle offrait la plupart des symptômes d'une affection cérébrale, et qu'elle a été jugée par le sulfate de quinine.

Cependant, il faut bien s'entendre sur la dénomination de fièvre larvée et savoir préciser la signification de phénomènes, ou bien simplement concomitants, ou bien dépendants de la fièvre palustre.

Il y a fièvre larvée toutes les fois qu'une maladie accompagnée ou non d'un mouvement fébrile est le produit immédiat de l'intoxication palustre, et que sa marche, son type et son traitement la rapprochent des fièvres intermittentes légitimes. Mais les accidents plus ou moins graves, plus ou moins durables ou insolites qui se présentent dans le cours d'une fièvre intermittente ne suffisent pas pour lui imposer le nom de fièvre larvée.

Q'une congestion cérébrale pulmonaire, que des symptômes gastriques ou intestinaux surviennent pendant un accès de fièvre et même se reproduisent périodiquement pendant les accès suivants, ils n'impliquent aucune phase nouvelle dans le génie du mal, et ils tiennent le plus sou-

vent aux lésions de circulation déterminées par l'accès lui-même, où à un état pathologique qui suit l'état fébrile. Là, il y a deux éléments morbides : l'élément primordial prédominant, l'élément palustre et l'élément consécutif, subalternisé, l'élément congestionnel.

Si, au contraire, dans un milieu palustre, *sans autres phénomènes morbides antécédents ou concomitants*, un sujet est pris d'une névralgie, d'un épistaxis, d'une ophthalmie, d'une congestion cérébrale, d'une pneumonie, et, si ces accidents affectent le type de l'intermittence ou de la rémittence, s'ils sont curables par le quinquina; il y a là une fièvre larvée véritable.

Bien qu'on s'entende parfaitement sur la chose malgré la différence des mots, ne serait-il pas avantageux, ne fût-ce que pour ne plus qualifier du nom de fièvres des affections qui peuvent être constamment apyrétiques; ne serait-il pas avantageux, dis-je, de réunir dans une seule classe les maladies dont nous parlons, sous la dénomination d'*intoxication palustre*, prenant des noms particuliers suivant la diversité des manifestations ou des déterminations morbides. Ainsi, on aurait l'intoxication palustre à forme fébrile et non fébrile, à forme intermittente, rémittente, continue, avec accidents graves vers tel ou tel organe (fièvre pernicieuse), à forme névralgique, hémorrhagique, congestionnelle, inflammatoire, etc., etc. (fièvre larvée).

Un troisième travail de M. Gallard, a pour titre : *Causes, siége, traitement des hématocèles rétro-utérines.*

L'étude de cette affection est un progrès tout récent, car, avant la discussion de la Société de chirurgie, en 1851, la science ne possédait guère sur ce point que l'observation de Ruisch, celle de Deneux, publiée dans un mémoire de cet auteur *sur le trombus du vagin et de la vulve*, et quelques indications thérapeutiques puisées dans la pratique de Récamier.

Toutefois, en 1848 déjà, M. Bernutz, en rapprochant un fait qui lui était personnel de celui de Ruisch, s'était occupé du mode suivant lequel se font ces dépôts sanguins, qu'il attribua à une cause toute mécanique. Les règles sont retenues dans l'utérus par quelqu'obstacle matériel ou une simple contraction de l'orifice utérin; le sang épanché ne peut plus être contenu à un moment donné dans la matrice; il reflue par les trompes dans la cavité péritonéale. A bien des titres M. Gallard combat cette doctrine, qu'il ne croit applicable qu'à des faits exceptionnels. Plus rigoureux encore que l'auteur, mettant en regard la plasticité du sang et l'étroitesse de la trompe qui lui sert de conduit, je me demande si les choses ont pu jamais se passer ainsi.

Une explication beaucoup plus rationnelle et qui s'appuie sur des faits nombreux a été donnée par M. Laugier, dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie des sciences, en 1855.

Les congestions ovariques sont la cause prédisposante indispensable; la rupture spontanée de la vésicule de Graaf ou la rupture accidentelle de quelques vaisseaux se rendant à l'ovaire, sont les causes occasionnelles.

La maturation de la vésicule de Graaf est accompagnée d'un certain mouvement fluxionnaire physiologique, et sa rupture est suivie d'une petite hémorrhagie dont le produit va constituer le corps jaune. Admettez un mouvement fluxionnaire plus considérable, une prédisposition permanente ou accidentelle aux hémorrhagies, l'effet physiologique sera dépassé et le sang en excès s'écoulera dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin. Dans l'intervalle des règles, la fluxion disparaît, l'hémorrhagie s'arrête, mais elle revient à l'époque suivante, ramenée par la même cause. Ainsi s'explique parfaitement la marche périodiquement croissante de beaucoup de tumeurs hématiques du petit bassin.

Dans d'autres cas plus rares, l'ovaire est le siége d'une vive congestion produite soit par des excitations trop répétées, soit surtout par la grossesse et, notamment, la grossesse extra-utérine..... Il survient une chute, un choc, une marche forcée, et l'ovaire turgide se déchire au point le moins résistant de sa surface, celui par où pénètrent les vaisseaux qui le nourrissent : de là, épanchement dans le tissu cellulaire des ligaments larges, et, si l'hémorrhagie est abondante, rupture consécutive de l'un des replis péritonéaux et irruption du sang dans la cavité du ventre.

Ainsi s'expliquent ces faits, vérifiés par l'autopsie, dans lesquels la malade succombe peu de temps après l'apparition d'une tumeur hématique volumineuse du ventre. Cette manière de voir, si conforme à nos données physiologiques, si nettement concordante avec la marche capricieuse des tumeurs dont elle dévoile le mécanisme, a toutes les sympathies de M. Gallard; aussi l'appuie-t-il, dans son travail, de plusieurs observations nouvelles des plus concluantes.

L'oblitération des trompes a été signalée comme une cause d'hématocèle du petit bassin. Suivant l'auteur, cette oblitération est, au contraire, consécutive à l'hémorrhagie, c'est-à-dire au travail phlegmasique qui la suit. Je me range pleinement à l'avis de M. Gallard, et je comprends difficilement quel rôle pourrait jouer cette oblitération des trompes dans la production d'une hémorrhagie péri-utérine.

D'après ce que nous savons déjà, les tumeurs qui nous occupent sont tantôt extra, tantôt intra-péritonéales, tantôt enfin, mais plus rarement, elles naissent en dehors du péritoine et pénètrent brusquement dans sa cavité. La doctrine de M. Laugier nous rend parfaitement compte de cette différence de siége; malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, l'autopsie seule nous permet de les constater.

Toutefois, quelques essais ont été tentés. M. Huguier attache de l'importance, dans le diagnostic des tumeurs extra-péritonéales, à la rougeur violacée de la vulve, et M. le d[r] Prost, dans une thèse toute récente, ajoute à ce signe l'élévation du museau de tanche, dans les tumeurs extra-péritonéales, et son abaissement dans les autres. « Il reste à dire, ajoute l'auteur après avoir rapporté ces signes diagnostiques, comment il peut se faire que, dans certains cas, les plus nombreux peut-être, l'utérus ne soit ni élevé, ni abaissé. » Cette réflexion témoigne assez du peu d'importance que M. Gallard attribue à ces données.

Le traitement des tumeurs sanguines péri-utérines est loin d'être établi. S'inspirant des préceptes de Récamier, qui ouvrait largement toutes les tumeurs fluctuantes de cette région, les chirurgiens modernes, et, en particulier, M. Nélaton, ont commencé par ponctionner toutes les collections sanguines paraissant fluctuantes, mais des revers trop nombreux les ont rendus plus prudents et les ont disposés à attendre tout d'une sage expectation, laissant la chirurgie active pour les cas d'absolue nécessité.

On a cité, à l'appui de cette manière d'agir, des exemples de résorption complète, d'évacuation spontanée par le rectum, et M. Gallard enrichit nos annales d'une nouvelle observation très détaillée dans laquelle une tumeur hématique de la grosseur d'une orange et accompagnée, dans son développement, de symptômes des plus alarmants, a complétement disparu après une temporisation de neuf semaines.

Tous ces faits de guérison spontanée ont certes une grande valeur. Malheureusement, l'incertitude du diagnostic différentiel des tumeurs du bassin laisse encore au doute une trop large part. Oui, des tumeurs de cette région, paraissant fluctuantes, augmentant de volume à l'époque des règles, guérissent sans traitement..... Il y en a des exemples authentiques..... Mais, de quelles tumeurs s'agit-il ?..... Est-ce d'une tumeur sanguine, d'un kyste hydatique ou autre, est-ce d'une de ces tumeurs fibreuses lobées en voie de ramollissement par suite d'inflammation ?.... C'est là une question controversée, un problème non résolu, et la science, pour être précise sur ce point, a besoin de nouvelles observations.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

SUR LES KYSTES OSSEUX DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, par le docteur Robert Adams. — W. Danne, 36 ans, charpentier, natif du nord de l'Irlande, vint se présenter à l'hôpital de Richemond, pour se faire traiter d'une tumeur de la face. Cette tumeur, grosse comme un œuf de poule, occupait le côté droit du corps de la mâchoire inférieure, depuis la seconde incisive jusqu'en arrière de la troisième molaire; vu en dehors, du côté de la peau, le gonflement semblait s'étendre de la symphyse jusqu'à l'angle de la mâchoire. La tumeur faisait peu de saillie à la face interne de l'os, mais, en dehors, elle faisait une saillie considérable à la partie inférieure de la joue droite. Presque entièrement recouverte par la muqueuse gengivale, elle était inégale à sa surface et donnait à une forte pression une sensation d'élasticité; la partie la plus saillante était aussi la plus molle. La première molaire avait été enlevée et son alvéole était remplie par un prolongement de la tumeur, s'élevant jusqu'au niveau des dents voisines, et recouvert de la muqueuse buccale saine. La seconde molaire et les deux incisives étaient mobiles. Le malade ressentait constamment dans la tumeur une douleur vive qui s'étendait jusqu'à la base de la mâchoire. Il raconte qu'il éprouvait un sentiment de faiblesse qui le forçait à prendre garde de broyer de ce côté des aliments solides; il lui semblait que sa mâchoire se brisait s'il voulait casser un corps dur avec ses dents. La maladie a débuté, il y a trois ans, sans cause connue, c'était une simple élévation à la partie externe de la gencive de la première molaire; la marche de cette tumeur a été très lente, ce n'est qu'après huit mois que la première molaire est tombée, et c'est maintenant seulement, trois ans après le début, que la tumeur est le siége de vives douleurs. On a ponctionné la partie la plus saillante de la tumeur; il en est sorti un liquide séro-sanguinolent, et le malade a été un peu soulagé. L'ouverture a été quelque temps sans se fermer, et le malade a pu vider plusieurs fois, par la pression, le liquide de la tumeur; il dit qu'il sentait alors les parois du kyste céder sous son doigt comme une coquille. Il y a un an, la tumeur fit un peu saillie en dedans et se développa du côté de la langue. Les dents sont tombées, et les douleurs sont maintenant violentes et continues.

En présence d'une telle altération de la mâchoire, on se décida à pratiquer l'excision de toute la partie malade du maxillaire inférieur.

On enleva la seconde incisive et la troisième molaire pour permettre le passage de la scie à chaîne, et la tumeur fut extirpée en entier, les incisions passant dans les parties saines de l'os.

Le jour même de l'opération, il y eut une violente réaction générale, prostration considérable; pouls lent, faible et intermittent. Le malade passa toute la nuit sur son séant, la suffocation étant imminente chaque fois qu'il voulait se coucher sur le dos. Trois jours après, tous les accidents généraux ont disparu; la plaie de la lèvre et du menton est réunie par première intention; la guérison marche rapidement, et, un mois après l'opération, le malade, complétement guéri, quitte l'hôpital.

La portion du maxillaire, qui a été enlevée, avait environ deux pouces de long sur un pouce et demi d'épaisseur. La tumeur est de forme globulaire, plus développée en dehors, du côté de la joue, qu'en dedans, du côté de la bouche; elle est élastique et cède à la pression des doigts. La surface externe, inégale et bosselée, montre que la tumeur consistait en un kyste multiloculaire; la muqueuse qui recouvrait ce kyste est soulevée çà et là et forme de petites bosselures arrondies du volume d'un pois, d'une couleur pourpre, que la dissection montra formées de sang coagulé et de sérum coloré, contenus dans la plupart des cellules du kyste osseux. La muqueuse étant enlevée, on fit macérer la tumeur et on la disséqua : on trouva que la base du maxillaire, dont il restait seulement une mince coque, était la seule portion qui ne fût pas atteinte par la maladie. La tumeur était formée de cellules osseuses aussi minces que celles de l'ethmoïde.

Ces cellules avaient le volume environ d'un pois, elles communiquaient toutes entre elles; il n'y en avait pas moins de vingt-six. Elles étaient toutes doublées d'une membrane pulpeuse, rouge, vasculaire, et elles contenaient un liquide albumineux, rougeâtre, qui paraissait formé par du sang décomposé.

Le nerf dentaire inférieur et les vaisseaux dentaires étaient repoussés à la partie inférieure du kyste; la paroi supérieure du canal dentaire avait été absorbée, et le canal restait à l'état de gouttière sur laquelle passaient les vaisseaux et le nerf dentaires. On ne put retrouver les branches nerveuses et vasculaires qui se rendent à la racine des dents; elles étaient probablement détruites. Les racines des dents étaient très éloignées du nerf dentaire, dont elles étaient séparées par la totalité du kyste. Enfin, le tronc du nerf dentaire inférieur, à nu dans le canal, semblait avoir été comprimé entre la partie inférieure du kyste et la cavité qui se trouvait à la partie supérieure de la base du maxillaire, seule portion qui restât de cet os.

Il y a deux faits curieux dans cette observation : d'abord la crainte instinctive qu'éprouvait le malade, de voir l'os se rompre s'il mâchait un aliment dur, était basée sur l'état d'amincissement et d'absorption de la branche horizontale du maxillaire que l'autopsie a démontré, et, en second lieu, que la douleur très violente dont se plaignait le malade était due à la lésion du nerf dentaire dont les rameaux avaient disparu par l'absorption.

En présence de ce kyste osseux, qui évidemment n'est pas de mauvaise nature, le chirurgien doit se demander si ce n'est pas le cas d'enlever une semblable tumeur avec le bistouri et la gouge, sans enlever entièrement l'os dont la partie inférieure était saine. Pour ma part, dit le docteur Adams, je crois cependant que, dans les cas où la tumeur comprend le nerf et les vaisseaux dentaires, et où l'instrument devrait enlever ces vaisseaux en même temps que le kyste, ou s'exposerait à voir survenir inévitablement une carie, une nécrose de la mâchoire. L'amputation de l'os dans sa portion malade est donc préférable alors, et il faut réserver pour les tumeurs limitées à un petit volume l'ablation partielle avec le couteau et la gouge.

La difformité qui est résultée de cette opération est vraiment peu de chose, à peine reste-t-il une légère cicatrice de la lèvre et du menton, avec un peu d'enfoncement au niveau de la base du maxillaire. Le malade ne se plaint que de la gêne qu'il éprouve pour la mastication des aliments, obligé qu'il est de mâcher avec le côté gauche. — (*Dublin Hospital Gazette*, juin 1857.) — D.

COURRIER.

L'Académie des sciences tiendra sa séance publique, lundi 8 février, M. Flourens y lira l'éloge historique de l'illustre physiologiste M. Magendie.

— Par suite de la promotion de M. le baron Larrey au grade d'inspecteur, il s'est opéré quelques changements dans le personnel de l'École impériale d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce) :

M. Laveran, médecin principal de 1[re] classe et professeur d'épidémiologie militaire, a été nommé médecin en chef et sous-directeur de l'École.

M. l'agrégé Legouest, sur la double présentation du Conseil de santé des armées et des professeurs de l'École impériale, a été nommé professeur de clinique chirurgicale et du cours des blessures de guerre.

Enfin, un concours qui vient de se terminer, a donné pour successeur à feu M. Félix Jacquot, dans l'agrégation en médecine, M. le médecin-major Dujardin, ancien chef de clinique au Val-de-Grâe et fils du célèbre naturaliste de ce nom.

Le nombre des stagiaires admis cette année au Val-de-Grâce dépassera 60; 56 sont déjà rendus à l'École.

L'École a maintenant une entrée distincte de celle de l'hôpital, et de nouveaux laboratoires de chimie viennent d'être ajoutés à ceux qui sont réservés aux manipulations des stagiaires.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 18 janvier 1858, M. Bellamy, docteur en médecine, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Sarzeau.

M. Josse est nommé préparateur de physique à ladite Faculté.

— Par arrêté, en date du 20 janvier 1858, M. Boucher, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur adjoint de la chaire de clinique interne à la même école, en remplacement de M. Morlot, qui a été nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Voici la composition du bureau de la Société médico-pratique de Paris pour l'année 1858 :

MM. Archambault, président;
Moreau, vice-président;
Perrin, secrétaire général;
J. Gimelle, secrétaire annuel;
Compérat, archiviste;
Janin, trésorier;
Bonnassies, trésorier.

Référendaires : MM. Trèves et Labarraque.
Comité de publication : MM. Aug. Mercier, Compérat, Aubrun.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Lisle	10 fr.
Max. Legrand	5
Colson, de Commercy	10
Blatin	10
Piedagnel	20
Michel Lévy	20
	75 fr.
Souscriptions antérieures	775
Total	850 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 14. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris;

DANS LES DÉPARTEMENTS,

Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie avait à procéder à l'élection d'un membre associé libre. La commission avait présenté une liste de trois candidats ainsi composée :

MM. Littré,
I. Geoffroy St-Hilaire,
Trébuchet.

Du premier tour de scrutin, M. Littré, le savant traducteur d'Hippocrate, a obtenu une majorité considérable et a été proclamé membre associé libre. A un semblable choix on ne peut qu'applaudir des deux mains; et puisque M. Littré, qui a négligé de prendre le diplôme de docteur en médecine, ne pouvait appartenir à l'Académie que par le titre d'associé libre, l'Académie a eu une inspiration heureuse et honorable en s'associant ce savant éminent.

Une seconde place d'associé libre est encore vacante, et l'Académie doit procéder à l'élection mardi prochain. Tout fait croire et espérer que M. I. Geoffroy Saint-Hilaire obtiendra une majorité semblable à celle qui a élu M. Littré.

M. le dr Voisin qui, dans ses livres ou dans ses communications académiques, aborde avec une grande hardiesse les plus ardus problèmes de la médecine morale, a lu un mémoire sur l'identité des causes qui produisent le suicide, le crime et l'aliénation mentale. Nous ferions preuve de présomption et de légèreté en cherchant à apprécier, après une simple audition, un travail de cette nature. Nous espérons que la commission, chargée d'examiner le mémoire de M. Voisin, n'oubliera pas de faire son rapport.

Après cette lecture, l'Académie a repris la discussion sur l'*herpès tonsurant*, ou plutôt, car ce point de départ est bien oublié, sur le parasitisme. Deux membres de la section vétérinaire, MM. Leblanc et Boulcy, ont semblé soutenir une doctrine entièrement opposée. Pour M. Leblanc, si la production des parasites sur l'organisme est quelquefois favorisée par un état chétif et souffreteux de la constitution, le contraire a lieu beaucoup plus souvent, et l'on voit les parasites, végétaux ou animaux, se développer spontanément, sans cause appréciable autre que la contagion, sans prodrômes sur les organismes les plus vigoureux et les plus sains. M. Bouley a précisément soutenu la thèse contraire : si quelquefois le parasite paraît se développer sans prodrômes et sur des animaux actuellement bien portants, il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, le parasite n'apparaît que dans des conditions de souffrance et de débilité. Remarquez que ces deux honorables académiciens ont appuyé l'un et l'autre leur doctrine sur des faits, des expériences, des observations; tout cela est fort curieux et très intéressant, mais singulièrement contradictoire. La médecine comparée peut assurément, c'est notre vive croyance, rendre de grands services à la médecine humaine; aussi est-ce plus pour exprimer un regret que par esprit de critique que nous indiquons ce dissentiment entre deux représentants autorisés de la vétérinaire.

Il est probable qu'ici, comme dans toutes les propositions absolues, la vérité se trouve dans un juste-milieu, et que MM. Leblanc et Bouley ont raison chacun dans une certaine mesure. Le danger est de conclure trop vite. L'étude — l'étude scientifique, s'entend — du parasitisme est encore bien récente. Les conditions du développement parasitaire sont loin d'être connues. La contagion, c'est-à-dire la dissémination des germes, n'explique pas tout. Combien de germes qui tombent sur une terre stérile! Et pourquoi la stérilité de ce sol et la fécondité de cet autre? La notion étiologique ne réside pas tout entière dans le fait visible et tangible. Les réalistes les plus accentués ne peuvent se refuser à admettre quelque chose de parfaitement inconnu, cela est vrai, mais de parfaitement réel, c'est incontestable, la prédisposition. Nous sommes très heureux, sans doute, que le microscope nous révèle la présence, la structure, les habitudes et les mœurs d'un parasite; mais cette connaissance d'histoire naturelle intéressante et curieuse, constitue-t-elle tout ce que, pathologiquement, on a besoin de savoir? C'est en ce sens que nous avons dit et que nous croyons pouvoir répéter que le microscope souvent ne fait que déplacer la difficulté pathologique. Ce n'est pas la faute de ce moyen d'investigation, et surtout ce n'est pas une raison pour le dédaigner. Ce que l'on dit du microscope, on peut le dire de tous les autres moyens de diagnostic, dont personne ne conteste l'emploi et l'utilité.

Les micrographes ne mériteraient de sérieux reproches que du jour où ils voudraient arrêter la science médicale à la pure notion d'histoire naturelle. Si l'emploi du microscope conduisait à cette tendance, il faudrait déclarer cette tendance fâcheuse et la combattre. On peut plaisanter agréablement sur le *quid divinum*, ces mots n'en représentent pas moins l'ensemble des conditions organiques et vitales dont le médecin, tout en en ignorant l'essence, doit cependant tenir compte s'il veut s'élever au véritable diagnostic médical, au diagnostic clinique. De ce *quid divinum* on peut dire qu'un peu de médecine en éloigne, que beaucoup de médecine y ramène. C'est tout simplement la question du vitalisme, du vitalisme tolérant et progressif dont, en plusieurs circonstances, nous avons cherché à donner la formule, et qui nous tient à égale distance du stérile réalisme anatomique et des rêveries du spiritualisme mystique.

Amédée LATOUR.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PIDOUX.

BRONCHITE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE, SUIVIE DE SPASME DU LARYNX ET D'APHONIE, DE PARALYSIES ET DE NÉVRALGIES DIVERSES. — INVASION D'UNE FIÈVRE TYPHOIDE ET DISPARITION DE TOUS LES SYMPTOMES NÉVROSIQUES PENDANT SA DURÉE; RETOUR DE CES SYMPTOMES DANS LA CONVALESCENCE ET APRÈS LA GUÉRISON DE L'AFFECTION AIGUE. — QUELQUES REMARQUES SUR CE FAIT. — CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LES NÉVROSES.

(Suite. — Voir le numéro du 28 janvier 1858.)

A prendre notre jeune malade dans son état présent, dont le trait le plus saillant est la paralysie, et en supposant que l'on ignorât, que l'on ne pût connaître ou que l'on négligeât de tenir compte des antécédents, on pourrait être induit à croire que cet état est la traduction phénoménale d'une lésion matérielle des centres nerveux. Mais les circonstances commémoratives ne permettent pas d'adopter un tel diagnostic; elles donnent lieu de croire, au contraire, que les phénomènes actuels sont de nature purement nerveuse et que la paralysie, dans ce cas, est une paralysie hystérique, plusieurs diraient peut-être une paralysie chez une hystérique.

Feuilleton.

ALGER, SON CLIMAT ET SA VALEUR CURATIVE, PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE LA PHTHISIE (1).

Le titre de cet ouvrage exprime suffisamment dans quel but utile il a été conçu : « C'est un bienfait, dit sir Thomas Browne, que de pouvoir » transporter son existence là où l'air, la terre et l'eau ne provoquent » pas les infirmités de nos parties les plus faibles, et c'est une chance » salutaire aussi que de chercher, de bonne heure, un asile dans un » pays capable d'amender, et, parfois, de réprimer ces infirmités ! »

L'auteur, avant d'entrer en matière, croit devoir indiquer les sources authentiques auxquelles il a puisé : parmi les médecins qui lui ont prêté leur concours obligeant, il cite le docteur Foley, établi depuis longtemps en Algérie ; les docteurs A. Bertherand, Laveran, de Dunkerque, et Leclercq, chefs de services d'hôpitaux militaires importants, tous familiarisés avec la pratique du pays, et possesseurs de documents que le docteur Mitchell reconnaît lui avoir été d'une utilité incontestable.

La statistique médicale eût été imparfaite si l'influence météorologique n'avait pas été préalablement interrogée sur une vaste échelle, à l'aide de nombreux relevés dus aux observations journalières de MM. Humbert et Bourget.

Entourée de ces renseignements recueillis par des hommes compétents, éclairés, l'étude entreprise par M. Mitchell devenait facile; aussi ce confrère pense-t-il avoir assez bien rempli son programme pour garantir les aperçus qu'il donne et les corollaires qui en découlent.

Le premier chapitre est intitulé : *Description générale.* — La capitale de l'Algérie se trouve sur la même parallèle que plusieurs stations du littoral nord de la Méditerranée, telles que Malaga, le midi de l'Espagne, la Sicile, les rives de la Grèce, et divers autres points de l'Asie-Mineure. Elle est un peu plus septentrionale que Malte, l'Égypte et Madère, et se rapproche plus de l'Équateur que Nice, Florence, Livourne, Rome, etc.

Rien de plus séduisant que le tableau pittoresque des environs d'Alger esquissé par M. Mitchell; pour nous, qui connaissons parfaitement les localités, et dont les souvenirs sont encore si présens, nous dirons aussi qu'une promenade dans les sentiers arabes qui escaladent les crêtes culminantes de ces vallées peuplées d'orangers, de citronniers, de grenadiers, de figuiers et d'oliviers, charmera toujours le voyageur le plus blasé. Même durant l'hiver, si triste d'habitude dans nos contrées froides et humides, la banlieue d'Alger peut offrir au valétudinaire une nouveauté et une variété d'excursions impossibles à rencontrer ailleurs.

La physionomie générale de la ville est exacte : l'étranger y rencontre, sans risques à courir, sans fatigues à braver, l'agrément et l'intérêt, des distractions, en un mot, qui égaient sans excitation, et qui sont accessibles à tous les goûts comme à toutes les intelligences.

La beauté, les attraits des lieux, où le malade va chercher la santé, devaient naturellement servir de frontispice à la question qui fait le principal objet de cette étude ; après cette première introduction, M. Mitchell aborde, d'une manière spéciale, le climat en lui-même.

D'une première analyse comparative, des notations météorologiques extrêmement nombreuses, et dont une partie date de la première année de la conquête, il résulte que :

1° La température moyenne de l'année = 20°, 63 ;

2° La température de l'hiver = 16°, 74 ; du printemps = 16°, 13; de l'été = 23°, 94 ; de l'automne = 25°, 70 ;

3° La différence de température entre l'été et l'hiver = 7°, 20 ;

4° La différence entre les moyennes du mois le plus froid et le plus chaud est celle-ci :

Le plus froid (février)	15° 01
Le plus chaud (août)	27° 82
Écart	12° 81

5° La moyenne de la température annuelle à Alger côtoie celle de Malte beaucoup plus près que celle de tous les autres lieux habituellement fréquentés par les malades : elle la dépasse de 1° 11, comme elle le fait pour

Malaga de	1° 66
Madère	2° 22
Rome	5°
Nice	5° 55
Pau	7° 22

6° L'été est presque également chaud à Malte, à Madère, à Malaga et à Alger; bien que, dans cette dernière localité, il le soit moins de 0,55. Mais l'hiver d'Alger excède celui de Madère de 1° 11

Malte	2° 77
Malaga	4° 44
Rome	7° 22
Nice	7° 77
Pau	8° 33

7° Le climat d'Alger, comme *uniformité* de température, défie celui de Madère ; à plus forte raison l'emporte-t-il sur tous les autres.

Après la température algérienne, vient la pression atmosphérique. D'après les observations barométriques, la moyenne des variations journalières successives est extrêmement faible. Il arrive souvent, et surtout en été, que la pression atmosphérique, pour huit jours consécutifs, est représentée par le même chiffre.

De nombreux tableaux pluviométriques nous apprennent que la distribution de la pluie, dans l'année, est à peu près la même à Alger qu'à Madère, Malte, Gibraltar et Nice. Mais, dans ces dernières stations de valétudinaires, la pluie suit une marche différente, et se répartit plus également entre les différents mois. Les lignes suivantes sont trop caractéristiques et trop favorables à la thèse développée par le docteur anglais pour que nous ne les rapportions pas *in extenso* :

« J'ai vu, dit-il, la pluie tomber en grosses gouttes, de fortes averses » fondre, à l'improviste, sur Alger, obscurcir l'atmosphère, balayer la » voie publique comme de véritables écluses de chasses, disperser en un » clin d'œil les promeneurs et les passants les plus affairés, rendre, en » un mot, la circulation tout à fait impraticable.

» . . . .

» L'ondée vient à peine de cesser, que déjà le malade peut quitter sa » chambre et faire de l'exercice en plein air. Rues et routes se sèchent » instantanément ; plus de nuages dans le ciel où le soleil brille victo-

(1) Par M. A. MITCHELL, A. M. M. D.; traduit de l'anglais par Léonce DONOP, lieutenant d'artillerie, et le docteur A. BERTHERAND, médecin principal de l'armée, officier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, membre de plusieurs Sociétés savantes.

En effet, malgré les travaux nombreux qui ont été produits sur l'hystérie, bien des points de l'histoire de cette névrose sont encore sujets à controverse; et il n'est pas jusqu'à la compréhension même du nom par lequel on le désigne, qui ne soit l'objet de contestations, les uns ne voulant reconnaître l'hystérie que là où il existe certains symptômes qu'ils regardent comme pathognomoniques, la sensation de boule, les convulsions; les autres mettant au compte de cette maladie des phénomènes que les premiers regardent comme accessoires ou même comme distincts, et n'apparaissant qu'à titre de complications, l'état nerveux, la mobilité nerveuse, les spasmes, les paralysies, les névralgies, etc.

Il y a peut-être, dans la première manière de voir, quelque chose de plus artificiel que de conforme à la réalité; et il semble à la fois et plus en rapport avec la nature, et plus philosophique de ranger sous le même titre des phénomènes qui, pour ne pas se rencontrer tous chez tous les sujets affectés, n'en ont pas moins une liaison intime, un caractère commun, et dérivent évidemment de la même cause morbide, quelle qu'elle soit. Dans cette manière d'envisager les choses, il n'y aurait, entre tel cas d'hystérie et tel autre, qu'une différence de degré ou peut-être de forme.

Il s'en faut de beaucoup, en effet, que toutes les hystéries se ressemblent, et chaque sujet, à n'en pas douter, imprime à cette affection, comme à bien d'autres, un aspect, une physionomie, une allure en rapport avec les conditions de son tempérament, de sa constitution, de sa manière d'être générale. Cette remarque n'avait pas échappé à Sydenham, et elle se trouve rappelée et complétée dans ce livre qui a tant contribué à ramener aux grandes vérités de la pathologie et de la thérapeutique générales les esprits un moment égarés par les erreurs séduisantes de la médecine physiologique. « C'est surtout, disent MM. Trousseau et Pidoux, c'est surtout chez les femmes où la mobilité nerveuse est très prononcée, qui sont d'une complexion délicate, vaporeuse, que l'hystérie se borne à exercer son influence sur l'innervation de la vie organique. Chez celles-là, la passion hystérique gagne moins souvent les portions du système nerveux affectées à la production des mouvements volontaires, et *établit plutôt sa tyrannie*, comme dit Hoffmann, sur les fonctions vitales; mais aussi elle s'y joue sous mille apparences et reproduit à elle seule tous les spasmes simples et douloureux dont l'*aura* a pour foyer d'autres organes. Au contraire, le second degré de l'hystérie, celui qui est caractérisé par les convulsions et la suspension d'action des sens et du centre cérébral, attaque plus souvent les femmes puissantes, fortes, celles qui sont le moins *nerveuses*. C'est ce qu'avait si bien observé Sydenham : *Fœminæ quibus hæc species, quæ uteri strangulatus vulgò audit, familiarior est, temperamento sunt ut plurimùm plùs quàm solet sanguineo et habitu corporis ad viragines accedente.* »

Cette remarque qui, sans doute, ne saurait être sans exception, trouve son application en ce qui concerne le sujet de l'observation précédente. On voit, en effet, que cette jeune fille, lymphatique, faible de constitution, chlorotique, — la chlorose n'est-elle pas la sœur de l'hystérie, même une espèce d'affection hystérique, comme le remarquent, avec Sydenham, les auteurs du *Traité de thérapeutique, chlorosin..... speciem affectionis hystericæ?....* — que cette jeune fille, disons-nous, avant son entrée à l'hôpital, était sujette aux névralgies vagues, aux céphalalgies nerveuses, et extrêmement impressionnable aux causes même les plus légères de contrariété et d'émotion, lesquelles déterminaient chez elle des pleurs, des battements de cœur tumultueux, l'*aura* sous forme de boule s'élevant de la région épigastrique, et des pertes de connaissance, mais jamais de crises convulsives.

Telles étaient donc les conditions de santé dans lesquelles se trouvait Eugénie D... le jour où elle vient à être atteinte d'une bronchite fébrile qui la conduit dans les salles de M. Pidoux. Cette bronchite se prolonge, entraînant à sa suite de la faiblesse, de l'amaigrissement, des sueurs, qui font craindre un moment qu'elle ne soit venue s'enter sur une tuberculisation pulmonaire jusqu'alors latente; puis elle se termine enfin par résolution. Mais, à ce moment où l'affection catarrhale disparaît, un nouveau symptôme se manifeste, qui prend pour siége un point même des voies respiratoires à peine dégagées, et qui va devenir comme le premier anneau d'une chaîne d'accidents et de phénomènes d'un ordre différent de ceux qui ont été observés jusque-là, d'accidents et de phénomènes du même ordre que ceux qui existaient déjà, mais à un moindre degré, avant l'invasion du catarrhe aigu, en un mot, d'accidents et de phénomènes nerveux, d'abord anormaux, graves ensuite, et peut-être incurables, comme pour protester contre le pronostic léger qu'on porte trop généralement sur les névroses.

Or, cette inflammation bronchique à peine éteinte, a-t-elle été pour quelque chose dans la production de ce symptôme nouveau, de ce spasme du larynx, bientôt converti en aphonie? Si l'on envisage le siége où il est venu se manifester, la réponse à cette question ne semble pas pouvoir être douteuse. Et, d'un autre côté, en tenant compte du trait prédominant de la constitution propre à notre jeune malade, de la disposition névropathique dont son organisation est si profondément empreinte, cette influence du catarrhe sur l'apparition des troubles fonctionnels laryngiens ne s'explique-t-elle pas d'une manière suffisamment nette? Peut-on refuser à la phlegmasie des voies respiratoires le rôle d'accident provocateur? Cette action d'une maladie aiguë, pour développer des éléments de maladie chronique qui s'y associent pendant quelque temps et forment une maladie bâtarde, aiguë-chronique, est, d'après la remarque qui a été faite par M. Pidoux, un fait des plus communs dans la nature, quoiqu'il soit, dit-il, inouï dans notre enseignement médical.

Une bronchite se déclare donc chez une jeune fille sujette aux spasmes, aux vapeurs, à des symptômes nerveux divers, névropathique, en un mot. D'abord l'élément inflammatoire domine; puis, à mesure qu'il s'atténue, l'élément névrosique, un moment comme effacé, reparaît, augmente même, prenant pour théâtre de sa réapparition un organe qui a eu sa part dans l'affection décroissante; et la névrose s'implante sur le larynx encore irrité, de la même manière que le caractère convulsif ou nerveux de la toux se montre dans la coqueluche à la suite de la période catarrhale, de la même manière que l'on voit l'asthme se greffer sur un catarrhe préexistant, chez les sujets nerveux.

Mais les choses n'en restent pas là. Une fois la porte ouverte, pour ainsi dire, aux manifestations morbides propres au système nerveux, la série s'en déroule, et bientôt un grand nombre de fonctions se trouvent envahies à la fois. De l'appareil phonateur, la paralysie s'étend à celui de la déglutition, extension qui peut s'expliquer ici par la communauté d'origine des nerfs qui les animent l'un et l'autre. Puis la suspension de l'action nerveuse, l'anervismie, passe aux organes de la vie de relation. La sensibilité tactile s'éteint, celle de plusieurs sens s'oblitère également. La myotilité est suspendue dans les membres. Et au même moment où le système nerveux, d'un côté devient impuissant à accomplir un grand nombre de ses actions physiologiques, d'un autre côté il s'exalte, et l'on voit se manifester à la fois une sensibilité morale excessive, une impressionnabilité extrême, des névralgies en plusieurs points, et, dans les organes ordinairement peu sensibles, une hyperesthésie telle, que la moindre pression y provoque de la douleur.

Mais y a-t-il quelque chose pour prouver que ces accidents sont purement et simplement nerveux, comme on dit, qu'ils appartiennent bien à l'ordre des névroses, notamment que ces paralysies de la sensibilité et du mouvement sont en réalité des paralysies indépendantes de lésions matérielles des centres nerveux?

D'abord il est dans la marche de la maladie certaines circonstances qui fournissent la réponse à cette question. Ces circonstances, ce sont les alternatives qu'ont présentées l'aphonie et la paralysie du pharynx. Hier, la malade ne pouvait parler, était incapable d'avaler aucun aliment, aucune boisson; aujourd'hui tout est changé, elle fait entendre sa voix, elle mange et boit comme en santé; demain elle sera retombée dans son premier état. A quoi attribuer de tels changements? Une émotion agréable suffit aujourd'hui, une émotion triste suffira demain pour amener ces variations si notables dans l'état des fonctions du larynx et du pharynx. Si le défaut d'action de ces organes était le résultat d'une lésion matérielle de la partie nerveuse centrale ou des nerfs qui président à la contractilité de leurs muscles, évidemment ces alternatives n'auraient pas lieu. La paralysie y est donc purement nerveuse, et, par analogie, il est déjà permis de conclure que les autres paralysies simultanément existantes chez notre malade, sont aussi de même nature.

Du reste, cette conclusion, par analogie, fût-elle attaquable; nous allons trouver, dans une nouvelle phase de l'affection, une démonstration plus directe, démonstration résultant de l'influence exercée sur tous ces phénomènes qui nous occupent, par l'invasion et le développement d'une maladie aiguë intercurrente.

La fièvre est antipathique aux spasmes, *febris solvit spasmos*, a dit Hippocrate. Cette remarque, qu'appuient de leur autorité d'autres grands observateurs, Boerhaave et Van-Swieten, par exemple, qui a été reproduite et commentée par les auteurs du *Traité de thérapeutique* (tome II, médication antispasmodique), s'applique très bien à l'hystérie et au cortége de phénomènes qu'elle entraîne à sa suite; et Georget, quoique avec des réserves, a noté dans son article du *Dictionnaire de médecine* (tome XVI, p. 169), que les phlegmasies graves suspendent ordinairement les attaques de cette maladie, mais non toujours. Or, il est à remarquer, en n'attachant pas au mot *spasmes* une signification trop littérale, que c'est précisément ce qui a lieu chez la jeune fille de notre observation.

Au moment où elle est en proie à ces troubles nerveux, dont nous supposons en litige la véritable nature, une fièvre typhoïde se développe chez elle, due sans doute à l'action des influences nosocomiales, et immédiatement tous ces troubles disparaissent. Dans le délire, symptôme de la dothiénentérie, la jeune malade se lève, marche et ne paraît plus ressentir aucune des douleurs névralgiques dont elle était éprouvée auparavant. Puis, quand la guérison arrive, quand l'affection aiguë disparaît, elle fait place de nouveau au retour des mêmes phénomènes qu'elle avait un moment suspendus. En eût-il été ainsi, si ces phénomènes eussent été symptomatiques d'une lésion matérielle des centres encéphalo-rachidiens?

Les diverses paralysies observées dans ce cas sont donc des

» rieux. Cela tient surtout : à ce que la ville et ses faubourgs sont bâtis
» en pente; à la nature du sol; à la cause éphémère de la pluie; à la
» sécheresse des couches inférieures de l'air. Je crois vraiment qu'un
» malade venu à Alger, l'hiver, pour y vivifier ses forces, sous la clima-
» ture tempérée de cette station méridionale, et y puiser, surtout dans
» la vie *en plein air*, tout ce que les rayons salutaires du soleil africain
» promettent d'amélioration à une santé plus ou moins délabrée, ne
» pourrait y être retenu à la chambre par la pluie, une demi-douzaine
» de jours de suite, durant une période de six à sept mois. »

Une des choses les plus essentielles à l'étude consciencieuse de la température d'un climat pour les valétudinaires, est, sans contredit, de bien apprécier la direction des vents prédominants, les caractères généraux que leur impriment les conditions locales et autres modificateurs ntercurrents. Les matériaux dont a pu disposer M. Mitchell ont été très complets, et lui ont permis d'arriver à la solution du problème.

Les vents régnants à Alger sont surtout ceux de N.-O.; ils représentent, à eux seuls, les 3/10es des notations. Viennent ensuite ceux du S.-O. Les vents S. et S.-E. sont rares; on ne les trouve que deux fois en cent observations.

Ces données méritent quelque confiance, car elles proviennent de près de 7,000 observations, embrassant une période de treize ans et demi. Comparées avec les résultats constatés à Madère, à Gibraltar, etc., l'auteur fait ressortir sans peine les avantages du climat algérien.

Quant à l'hygrométrie de ce pays, elle est pour ainsi dire nulle. L'air d'Alger peut être regardé comme sec et fortifiant. Toutes les remarques faites établissent cette conclusion.

M. Mitchell terminé la météorologie d'Alger par une appréciation sommaire de ses expériences ozonométriques, parallèlement à celles du capitaine Humbert. Dans ce chapitre, comme dans tous ceux qui précèdent, l'auteur, avec ce talent de discussion qui le distingue, examine le degré de confiance qu'on doit accorder aux moyens d'observation. Les résultats obtenus, comme on l'a fait jusqu'ici, avec les papiers de l'échelle de Schonbein, ne lui semblent pas devoir donner des garanties satisfaisantes. « Cette question, dit-il, ne se rattache pas assez directe-
» ment à mon sujet pour que je m'y arrête plus longtemps. »

Enfin, comme complément de ses recherches météorologiques, il ajoute que tout ce qui précède exprime « de nombreux indices du carac-
» tère tropical du climat algérien : oscillations limitées de la colonne
» barométrique avec ses mouvements diurnes et annuels, — peu de va-
» riations du thermomètre, — périodicité des vents et de la pluie, —
» brièveté du crépuscule, ciel sans nuages. — Ce ne sont là pourtant,
» en définitive, que des indices, car, d'après l'ensemble de tous ses élé-
» ments, le caractère véritable du climat est tempéré plutôt que tro-
» pical. On peut donc dire que, pendant l'hiver et le printemps, il le
» dispute à Madère, avec la même chaleur et la même constance de
» température il est plus sec et moins énervant. »

Voyons maintenant si ce que l'auteur va nous dire dans les paragraphes suivants, sur la valeur curative du climat algérien, est de nature à encourager les valétudinaires de nos contrées à aller lui demander une amélioration à leur état, la guérison d'un mal qui fait, hélas! tant de victimes.

M. Mitchell examine d'abord l'influence du climat algérien sur le développement de la phthisie; puis il présente et analyse les preuves sur lesquelles repose la croyance, d'origine ancienne, que la phthisie pulmonaire est rare dans le nord de l'Afrique.

Cette croyance, les chiffres sont venus la confirmer, depuis l'époque seulement de l'occupation française.

Il compare ensuite la mortalité de la phthisie, en Algérie, à celle des autres pays. Un aperçu sur l'influence climatérique sur les maladies de la respiration, en général, fait le sujet du paragraphe onzième; enfin, quelques lignes sont consacrées à l'influence de la saison sur les décès de phthisie en Algérie.

Les statistiques consultées comprennent dix-sept années portant sur des localités et des races diverses; elles ont été « empruntées, dit-il, aux
» hôpitaux et à la clientèle privée, recueillies par des observateurs
» différents, rarement, sinon jamais, en vue de l'étude directe de la
» consomption; ce n'est donc pas là une compilation de quelque mé-
» decin colligeant des faits dans un but spécial et arrêté d'avance, c'est
» un ensemble de chiffres : chacun peut être retrouvé, soit dans une
» topographie, soit dans un ouvrage d'ensemble. Une conclusion tirée
» de matériaux aussi nombreux et aussi variés, patiemment et scrupu-
» leusement analysée, immuable — qu'il s'agisse des affections prises
» individuellement ou par groupes, également vrai pour les différentes
» classes de lésions, comme pour les diverses localités, — une pareille
» conclusion doit avoir une signification immense. »

Dans le courant de la discussion à laquelle M. Mitchell s'est livré, il a exposé les opinions des autres de préférence aux siennes. Il n'a eu d'autre désir que d'apporter des preuves, et il s'est efforcé de le faire aussi complétement que possible. Il ne s'est point proposé pour but des théories et des explications finales. L'immunité qu'il a cherché à faire prévaloir tient-elle exclusivement au climat ou au sol? dépend-elle de l'un d'eux, des deux ensemble? est-elle étrangère à l'une et à l'autre? Là n'est pas, pour lui, la question. Son dessein était d'établir les motifs d'une réputation de salubrité, leur valeur et le degré de probabilité qu'ils empruntent aux statistiques.

En définitive, et comme résumé des considérations précédentes :

1° Les chiffres relatés et les opinions formulées par les médecins permettent de conclure que la phthisie est une maladie beaucoup plus rare en Afrique qu'en Europe ou dans l'Amérique du nord;

2° D'après les mêmes documents, on peut, avec autant de garantie, avancer que les autres maladies des organes respiratoires sont moins fréquentes en Algérie;

3° L'évolution des tubercules s'arrête, jusqu'à un certain point, chez les sujets prédisposés, et chez ceux où elle existe déjà, — à un faible degré, — les progrès de la maladie sont enrayés, tandis que les symptômes généraux s'amendent assez complétement pour affecter les dehors d'une *guérison*.

Le livre de M. Mitchell est remarquable par une vaste érudition, une grande concision de pensée et un profond amour de la vérité. Il a su s'y garder de cet excès d'enthousiasme qui égare trop souvent les auteurs descriptifs. En un mot, son livre, si bien rempli d'observations curieuses, sera lu avec intérêt et avec fruit, non seulement des personnes étrangères à notre art, mais encore des médecins, qui y trouveront des renseignements utiles aux malades dont l'état réclame, l'hiver, l'émigration vers des régions tempérées.

Remercions aussi MM. A. Bertherand et L. Donop du service qu'ils ont rendu à la science en publiant un traduction dont la clarté et la simplicité du style n'excluent pas l'élégance.

Dr ZANDYCK, de Dunkerque.

paralysies nerveuses, de ces paralysies qui ont été désignées sous le nom de paralysies hystériques. Mais elles ont envahi, à la fois, un plus grand nombre d'appareils, elles se sont étendues à une beaucoup plus grande partie de l'organisme que cela n'a lieu d'ordinaire. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer chez des hystériques de l'aphonie, de la dysphagie, de l'anesthésie cutanée, un affaiblissement ou une suspension des fonctions d'un ou de plusieurs sens, de la faiblesse musculaire ou même une véritable amyotilité; mais, en général, ces paralysies sont plus ou moins circonscrites. Chez la jeune malade de notre observation, il y a eu à la fois aphonie, impossibilité d'accomplir la déglutition par défaut d'action des muscles auxquels cette fonction est dévolue, anesthésie cutanée générale, étendue même à des muqueuses voisines de la peau, anesthésie de plusieurs sens spéciaux, paralysie du mouvement dans les quatres membres. Maintenant encore, malgré une certaine somme d'amélioration sur quelques points, cet état est resté à peu près le même; que dis-je? dans l'opinion de M. Pidoux, il est plus profond, et l'atrophie des membres inférieurs montre assez qu'il y a des névroses de la vie organique qui affectent les propriétés fondamentales des centres nerveux; ces névroses profondes et graves n'épargnent pas la nutrition, car il ne serait pas impossible, d'après la manière de voir du médecin de Lariboisière, que les paralysies atrophiques ne fussent que des paralysies profondes de la moelle ou d'un nerf, paralysies dans lesquelles la totalité des propriétés nerveuses centrales serait abolie.

En général, les auteurs regardent les paralysies qui viennent à se manifester chez les hystériques, principalement celles qui affectent les organes locomoteurs, comme succédant à des attaques convulsives violentes et répétées, comme causées par ces attaques. C'est en particulier de cette manière que ce point de leur histoire est envisagé par M. Macario dans le mémoire qu'il a publié sur la paralysie hystérique, dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1844). Pour M. Macario, la paralysie hystérique est une atonie, une inertie du système nerveux, résultant des fortes secousses auxquelles il vient d'être soumis par une attaque d'hystérie. Sans doute les choses peuvent se passer ainsi dans beaucoup de cas, dans le plus grand nombre, si l'on veut; mais il est des exemples, et le fait rapporté ici en est un, qui démontrent que cette manifestation de lésions fonctionnelles du système nerveux, peut se produire différemment, c'est-à-dire en dehors de l'influence d'attaques convulsives antécédentes.

Dans une affection de ce genre, la question du pronostic est certainement d'une grande importance.

Sandras, dans le chapitre où il traite des paralysies nerveuses, s'exprime ainsi relativement à cette question : « Toutes choses égales d'ailleurs, dans chaque espèce le pronostic sera d'autant plus grave que la paralysie sera plus étendue et plus ancienne. Ces circonstances indiquent une détérioration plus grande de l'économie, une action plus grande et plus profonde de la cause; elles doivent, en conséquence, pour le pronostic, être prises en grande considération. Mais, en dehors de ces deux conditions, le pronostic dépend presque entièrement de la cause; d'abord parce que c'est de là que résulte la nature de la maladie; ensuite parce que c'est là que se trouve la meilleure source des indications thérapeutiques, la plus grande somme des probabilités du succès. »

Ces principes, très rationnels, incontestables, une fois posés, cet auteur établit que les paralysies *chlorotiques* et les paralysies *hystériques* sont les moins graves des paralysies nerveuses. Pour lui, les paralysies *par chlorose* sont, de toutes, celles qui ont le moins de gravité, parce que la maladie principale, dont la paralysie n'est qu'un symptôme, étant bien connue, comporte des indications précises et parfaitement applicables. La paralysie *hystérique* vient après, non parce que, dit Sandras, elle se montre en soi plus tenace et plus constante, mais parce qu'elle est sujette à récidives, parce que la cause est moins accessible à nos moyens de traitement, parce qu'elle tient, pour ainsi dire, à la constitution et n'est point, comme la précédente, un simple accident de la de la maladie.

Cette manière de juger la question de pronostic, conforme d'ailleurs à celle qu'a exposée M. Macario, qui regarde la paralysie hystérique comme celle dont le pronostic est le moins fâcheux, cette manière de juger de Sandras est exacte, sans doute; seulement il y a peut-être lieu de ne faire qu'une seule et même chose de la paralysie chlorotique et de la paralysie hystérique, s'il est vrai que la chlorose et l'hystérie, quoique séparées dans les cadres nosologiques, quoique décrites séparément dans les livres, soient en réalité des maladies congénères; si la chlorose est une espèce d'hystérie, comme le voulait Sydenham; si enfin ces deux affections se trouvent habituellement réunies chez les mêmes sujets.

Quoi qu'il en soit, les principes posés par Sandras, et qui sont certainement exacts, devront sans doute servir de base au pronostic dans le cas spécial d'Eugénie D...; mais ce pronostic, ici, aurait beaucoup de chances d'être fautif, si l'on ne tenait pas compte d'autres données que de celles empruntées à la nature de l'affection principale, à l'étendue et à l'ancienneté du phénomène paralysie dépendant de cette affection. Dans toute question de pronostic comme de thérapeutique appliquée, il ne faut jamais perdre de vue que ce n'est pas seulement d'une maladie classée nosologiquement, scientifiquement décrite, qu'il s'agit, c'est-à-dire d'une entité, d'une abstraction, mais d'un malade, d'un malade avec toutes les circonstances qui lui sont propres : tempérament, constitution, idiosyncrasies, diathèses, habitudes, état moral, influence du milieu où il vit, etc., etc.

Bien des choses devront donc entrer en ligne de compte dans la supputation des chances de guérison chez la malade de notre observation. Or, de la considération, de l'estimation de toutes ces choses, il résulte, en définitive, un pronostic plus fâcheux peut-être que favorable. Si, d'une part, en effet, en raison de la nature des maladies, ou de la maladie principale, chloro-hystérie, à laquelle se rattache symptomatiquement l'abolition des fonctions nerveuses, il semble que la paralysie puisse être curable dans ce cas, — d'un autre côté, l'ancienneté de cette paralysie, son étendue, l'ancienneté aussi et le degré avancé de la chlorose, l'état de la constitution, donnent lieu de craindre que la guérison ne soit au moins difficile à obtenir. Cette crainte devient plus forte encore, si l'on remarque que l'altération du sang a peu de chances de se modifier chez une personne condamnée à l'immobilité par sa maladie, et vivant au sein de conditions hygiéniques aussi peu favorables que celles qui résultent du séjour prolongé dans une salle d'hôpital, quelques efforts que fasse d'ailleurs une administration éclairée pour rendre ces conditions aussi bonnes que possible.

Aussi, quoique les indications d'un traitement rationnel, indications qui ont pour but de reconstituer la crase du sang, de modifier la diathèse névrosique, de combattre directement le symptôme paralysie, quoique ces indications, disons-nous, aient été remplies comme elles devaient l'être par le médecin dans le service duquel Eugénie D... a été placée, nous voyons que, jusqu'à présent, cette jeune malade est restée à peu près dans la même situation. Cependant, il faut reconnaître que, depuis quelque temps, il semble y avoir une certaine amélioration dans son état, puisque l'aphonie a cessé, puisque l'anesthésie cutanée est moins intense et moins étendue, celle des sens spéciaux presque disparue, puisqu'un des membres, d'abord réduit, comme les autres, à l'immobilité, est redevenu valide, puisqu'enfin la déglutition, maintenant normale, permet une alimentation plus apte à fournir à la nutrition des matériaux réparateurs.

(La suite prochainement.) Dr A. Gauchet.

OBSTÉTRIQUE.

INDICATIONS DE L'OUVERTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES DE L'ŒUF;

Par le professeur Ritgen.

Le célèbre accoucheur rappelle d'abord la différence à faire entre la *ponction des membranes* et leur *rupture*; la première est faite avec un instrument très ténu, un fil d'argent, par exemple, d'un tiers de millimètre de diamètre, bien arrondi à son bout, et introduit entre la matrice et les membranes, de manière à pratiquer une très petite ouverture située à un endroit où les membranes ne sont pas libres, mais en contact avec la matrice. On détermine ainsi un écoulement très lent des eaux, écoulement dont les résultats sont différents de ceux que l'on obtient au moyen de la rupture large de la poche des eaux et qui permet une sortie à flot du liquide.

I. Indication de la ponction.

Pendant le travail. — La ponction est *prophylactique* quand il s'agit de prévenir une rupture spontanée et large, dans des circonstances qui permettraient un écoulement complet des eaux. Beaucoup d'accidents peuvent être la suite de cette évacuation, tels la chute du cordon, l'entrée de l'air dans la matrice, la cessation de la pression de la matrice par l'intermédiaire du liquide amniotique avec ses conséquences fâcheuses.

Emploi thérapeutique de la ponction. — Distension considérable de la matrice par excès de liquide. — Position transversale du fœtus, avec excès de liquide. — Pendant la gestion, la matrice est alors globuleuse, et l'enfant n'est pas sollicité à adapter son long axe à celui de la matrice qui en manque. Au commencement du travail, le segment inférieur de la matrice se contracte peu à peu, rétrécit son diamètre transversal et commence ainsi à donner à l'organe une forme ovoïde. Cette pression s'exerce également sur l'enfant et modifie la position transversale en longitudinale. Cette conversion est facilitée par une pression latérale sur la matrice, et par là sur le fœtus. A cet effet, il suffit de coucher la femme sur le côté et principalement sur le côté où se trouve la tête, lorsque c'est elle que l'on veut engager dans le col; on la voit alors descendre successivement, surtout dans la seconde période. Cette évolution est ordinairement troublée quand les eaux s'écoulent trop tôt, tandis qu'elle devient sûre et prompte, quand l'écoulement se fait très lentement. En partant de ce fait d'observation, M. Ritgen érige en précepte d'opérer la ponction des membranes.

Faiblesse générale de la matrice. — C'est le meilleur moyen quand elle est le résultat d'une distension forcée, et elle suffit quand cette distension n'a pas été extraordinairement énorme; alors, il faut d'abord exciter la matrice au moyen de frictions spiritueuses, etc., et ponctionner lorsqu'elle a commencé à réagir. M. Ritgen donne, dans ces cas, la quinine, et réserve le seigle ergoté pour la fin, pour empêcher l'hémorrhagie après le détachement du placenta. Il existe encore une autre faiblesse, sans distension, chez les pluripares, vieilles, généralement affaiblies; la ponction ne doit alors être pratiquée que lorsqu'après le réveil des contractions utérines, il se présente une des indications ordinaires.

Accouchement par les pieds, lent. — Les eaux doivent s'écouler peu à peu, pour que l'enfant ne respire pas prématurément, ce qui n'est pas rare dans ces présentations.

Faiblesse partielle de la matrice se manifestant sous la forme de ventre en besace. — Pendant l'accouchement, les portions contractiles de l'organe chassent le fœtus dans la partie dilatée, inerte, et un excès de liquide augmente souvent cette fâcheuse complication.

Aussi longtemps que la contractilité n'est pas réveillée dans cette paroi antérieure, l'accouchement ne peut se faire spontanément, et les efforts de l'art doivent tendre à remédier à cette faiblesse. Il est inutile de tourmenter la femme par le décubitus dorsal prolongé, le bassin élevé, et le ventre remonté au moyen des mains ou d'une serviette; le renversement en avant artificiel du col très élevé et dirigé en arrière est imprudent; il en est de même de l'application du forceps qui saisira rarement la tête et ne pourra pas surmonter la résistance du col. La plus mauvaise pratique est encore la version sur les pieds, à moins qu'une circonstance ne commande la terminaison prompte de l'accouchement; le col opposé à l'entrée de la main et à la sortie de la tête une grande résistance, et souvent la recherche des pieds et la version de l'enfant sont extrêmement difficiles. Il faut, avant tout, fortifier la partie affaiblie de la matrice. On commence déjà pendant la grossesse, au moyen de ceintures, de frictions avec la teinture de baume de Tolu ou du Pérou, et de roborants généraux. Pendant l'accouchement, on y ajoute des fomentations alcooliques aromatiques et l'on fait la ponction des membranes dès que la dilatation du col la permet. Il ne faut pas tarder avec elle, car, sous l'influence des contractions irrégulières, la poche des eaux se rompt de bonne heure. Le seigle ergoté sera donné à très petite dose pour pouvoir l'administrer longtemps, et ne sera commencé que quand les parties molles de la mère seront convenablement préparées et que les eaux se seront en grande partie écoulées par la ponction.

On ne doit pas perdre de vue que le rétablissement de la contractilité exige toujours beaucoup de temps, souvent plusieurs jours. Il ne faut donc pas se laisser entraîner à agir autrement, même quand l'engagement d'une extrémité du fœtus tarde longtemps, ou bien quand une partie du tronc se présente; la mauvaise présentation se modifiera certainement dès que la paroi antérieure de la matrice aura repris sa contractilité. La femme sera couchée sur le côté et en changera aussitôt qu'elle voudra; le ventre sera soutenu par un rouleau rond et court qui ne dépassera pas la crête antérieure et supérieure de l'os des iles; le décubitus dorsal ne sera accordé que de temps en temps et jamais pour longtemps; d'ailleurs, les femmes ne le réclament pas souvent, parce qu'elles ne s'y sentent pas à leur aise. Il faut rendre leur position aussi pénible que possible, et les nourrir légèrement. Ordinairement la faiblesse non douloureuse de la matrice se change d'abord en sensibilité, parfois vive, et la paroi de l'organe devient plus tendue et la besace plus petite. Il faut alors suspendre le seigle ergoté et les fomentations excitantes, et les remplacer par de l'eau de laurier-cerise, de la poudre de Dower, de l'opium, etc., et des applications émollientes et narcotiques. Les injections chaudes d'une décoction de ciguë, de lait, d'huile, et l'introduction d'onguent mercuriel simple ou belladoné dans les cas d'étroitesse, de dureté et de sensibilité du vagin et du col, sont très favorables. Dans un cas de besace, M. Ritgen emploierait des injections d'eau chaude dans la matrice, entre ses parois et les membranes, du côté du relâchement. Elles seraient faites toutes les deux à trois heures à travers une sonde et à une température telle, que la seringue pourrait être tenue contre la paupière fermée. Si l'on arrive trop tard, si la rupture des membranes est large, il faut néanmoins agir comme dans le cas précédent.

Nous avons donné avec détail ces conseils du savant accoucheur; il les fonde sur une vaste expérience couronnée de succès, et l'on voit trop souvent les médecins intervenir dans ces cas d'une manière inopportune.

Contractions spasmodiques de la matrice, qui menacent de rompre les membranes trop tôt.

Expulsion retardée de môles, avec hémorrhagie. — Il faut ponctionner la môle profondément, et en différents endroits, pour évacuer les liquides dans ses cavités. Souvent il faut administrer en même temps le seigle ergoté et tamponner. Quand l'hémorrhagie est très violente, des injections d'eau glacée à travers une sonde introduite jusque vers le fond de la matrice.

Décollement prématuré du placenta, avec violente hémorrhagie. — La ponction doit accompagner tous les autres moyens hémostatiques, et l'accouchement forcé sera réservé pour les cas extrêmes.

Implantation du placenta sur le col.

Épaisseur et résistance trop considérable des membranes. — Cet état réclame tantôt la ponction, tantôt la rupture des membranes.

Cas de l'opération césarienne. — Les douleurs doivent être bonnes, et la matrice doit être réduite à un aussi petit volume que possible pour pouvoir faire la plaie des téguments peu étendue, et pour que l'utérus se rétracte aussitôt après l'opération. Il ne faut pas opérer avant l'écoulement des eaux, et s'il tarde, la ponction est préférable à la rupture, quand il n'y a pas de contre-indications.

II. Avant l'accouchement.

Accouchement prématuré artificiel. — Les injections presque chaudes entre la matrice et l'œuf sont le meilleur moyen; il est cependant des cas où il faut diminuer le volume de la matrice aussi vite que possible; ainsi menace d'asphyxie de la mère, hémorrhagies utérines violentes et incoercibles, détachement prématuré du placenta.

Accouchement provoqué dans une grossesse tardive. — La ponction ne doit être faite et l'accouchement provoqué, que quand la tête du fœtus, devenant trop grande ou l'ossification trop avancée, rendrait le passage trop difficile.

III. Indications de la rupture des membranes.

Application d'instruments; pour ne pas saisir les membranes.

Version. — M. Ritgen n'est pas partisan de la version par manœuvres internes, les membranes étant intactes; on ne peut que difficilement éviter les tiraillements ou l'arrachement du placenta.

Expulsion de l'enfant dans l'œuf entier, non déchiré, ou bien l'enfant ayant la tête coiffée par des membranes faisant poche, et empêchant la respiration.

Quand avec une absence ou une pénurie d'eaux, les membranes ne se rompent pas et sont collées immédiatement ou presque contre la tête. — Il faut les rompre largement dès que le col est assez dilaté. On évite ainsi le tiraillement et l'arrachement du placenta et l'on hâte l'accouchement. On prévient également la position occipito-postérieure qui est souvent le résultat du peu de liquide. Pendant la première période, le col se rétrécit à chaque contraction et éprouve une courbure à concavité postérieure, par suite de la contraction prédominante de sa paroi postérieure. Or, l'occiput s'adapte à la cavité du col, ainsi recourbé en corne, de la manière suivante : sa pointe se porte au devant de la lèvre antérieure, tandis que l'excavation de la nuque appuie contre le promontoire. Cette position ne devient complète que quand le col de l'utérus s'est rétréci au point de s'adapter partout à la tête et de la retenir. Plus tard, la matrice enveloppe tellement le tronc que toute rotation autour de son axe longitudinal devient impossible; alors l'occiput reste dans sa

position postérieure. Si, dans ces circonstances, on déchire largement les membranes dès le commencement, la tête devient plus mobile et l'occiput peut se tourner sur le côté du bassin, dans la seconde période.

Parfois, la simple ponction donne une ouverture trop petite, et l'accouchement se trouve retardé dans les périodes suivantes.

Quand les membranes sont tenaces, il arrive que la tête ou les fesses empêchent plus ou moins complétement la sortie des eaux qui sont derrière, alors il peut survenir des conditions qui forcent à accélérer l'accouchement et il faut rompre les membranes.

Pour retarder un accouchement par trop prompt. — On favorise l'écoulement des eaux en retenant la tête pour que l'application directe des parois de la matrice contre le corps de l'enfant, en rende l'expulsion plus difficile. — (*Monatsschr. f. geburtzk.*, t. VIII, n° 4, 1856.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Février 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Après la lecture du procès-verbal, M. DEPAUL demande la parole sur sa rédaction. M. le Secrétaire annuel a dit que la rédaction du précédent procès-verbal avait été maintenue par l'Académie. Cela n'est pas exact, puisque la réclamation faite à ce propos par M. Depaul a dû être insérée. Toutes les fois qu'un membre de l'Académie a demandé une rectification à propos du procès-verbal, elle a toujours été admise; cela est de droit, et M. Depaul demande qu'on lui applique le bénéfice de cet usage.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Correspondance officielle :

Le ministre du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Doubs pendant l'année 1856.

2° Le rapport de M. le docteur RAYMONN, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montauban, sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans cet arrondissement :

3° Dix-sept rapports de M. le docteur DÉHÉE, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur les épidémies qui y ont régné en 1857.

4° Le rapport final de M. PRÉVOST, faisant fonction de médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie de fièvres muqueuses qui a régné dans la commune de Neuf-Berquin, en 1857.

5° Un rapport de M. le docteur CHANTREUIL, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cambrai, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pommereuil.
(Commission des épidémies.)

6° Un rapport de M. le docteur PRIVAT, médecin-inspecteur des eaux minérales de La Malou, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856. (comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. HARDOUIN, pharmacien à Paris, sur l'iodoforme, et quelques préparations à base d'iodoforme. comme succédanées des préparations iodurées. (Comm. MM. Chatin, Caventou, Bouchardat.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de deux lettres, l'une de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, qui se désiste de sa candidature au titre d'associé libre, en faveur de M. Littré (de l'Institut); l'autre de M. Trébuchet, qui décline aussi sa candidature au même titre, en présence de celles de MM. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire et Littré.

M. VOISIN donne lecture de la première partie d'un mémoire *sur l'identité des causes du suicide, du crime et de l'aliénation mentale.*

« Le titre seul d'un pareil travail, dit M. Voisin, étonne tout d'abord les personnes étrangères à nos études spéciales et provoque quelques inquiétudes relativement aux conséquences que l'on peut tirer de ce rapprochement. La magistrature surtout, comme chargée du maintien et de l'application des lois, manifeste sur ce point la plus vive opposition. »

Parmi les faits les plus propres à entraîner les convictions, M. Voisin cite les suivants, parce qu'ils sont d'une observation journalière :

« Voyez, dit-il, ces jeunes personnes qui se succèdent sans interruption chaque année, et dont la société enregistre avec soin toutes les déterminations : elles ont été séduites, elles sont enceintes et on vient de les abandonner au moment même où elles auraient le plus grand besoin d'appui et de consolation. Qu'ont-elles fait dans cette position cruelle et uniforme pour toutes? Eh bien, l'une a commis un infanticide; l'autre a attenté à ses jours, elle s'est tuée; celle-ci est devenue folle; celle-là a cherché l'auteur de ses maux et s'est vengée par des moyens odieux et criminels; une cinquième s'est jetée dans la débauche et la prostitution, et une sixième, plus forte et mieux née, ayant tout à la fois le sentiment de sa honte et de ses obligations, s'est immolée pour son enfant, et, dans la dignité d'une âme énergique qui veut se relever de sa chute, elle a conservé l'espérance de regagner, à force de résignation, de patience et de douleur, une partie de l'estime qu'elle a perdue.

» La connaissance de ces faits, dit en terminant M. Voisin, et l'assurance de leur retour dans des circonstances déterminées peuvent seules éclairer les gouvernements sur le choix des moyens les plus efficaces pour créer ou modifier des institutions susceptibles d'exercer une influence marquée sur les mœurs nationales ou privées. »

Dans une prochaine lecture, M. Voisin montrera les conséquences qu'on peut tirer de ces faits au point de vue de l'éducation et de la législation. (Com. MM. Devergie, Bousquet et Ferrus.)

Pendant que M. Voisin était à la tribune, on a procédé au vote pour la nomination d'un associé libre. Voici les résultats du scrutin :

Sur 78 membres inscrits, 73 ont déposé leurs bulletins.

M. Littré obtient	63 suffrages.
M. Is. Geoffroy St-Hilaire	5
M. Trébuchet	3
Bulletins blancs	2

En conséquence, M. Littré est nommé associé libre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Devergie.

La parole est à M. MOREAU :

L'honorable académicien rappelle qu'en 1811, un pharmacien en chef de St-Louis, M. Galès, a retrouvé l'acarus perdu, et a établi, par des expériences, que ce sarcopte était la cause de la gale; il montra aussi qu'on guérissait la gale en empoisonnant l'acarus au moyen de l'acide sulfureux. Mais l'acide sulfureux gâtait le linge; on eut recours aux boîtes à fumigations; plus tard on employa la staphysaigre, etc. Avec les pommades sulfureuses, la durée du traitement, à l'hôpital Saint-Louis, était de vingt-et-un jours, et coûtait 33 fr.; avec le traitement de M. Galès, la durée n'était que de huit jours, et coûtait 12 fr. seulement.

M. LEBLANC : M. Trousseau s'est élevé, dans la précédente séance, contre cette assertion de M. Raynal, à savoir : que, chez les animaux, la dartre tondante était toujours précédée de symptômes généraux; mais s'il avait prêté une oreille attentive à la lecture du rapport, il aurait entendu que, sur l'observation d'un des membres de la commission, il avait été spécifié que la dartre tondante se développe quelquefois sur des animaux jouissant de la plus brillante santé. Cette observation a été confirmée, dans un des derniers numéros de l'UNION MÉDICALE, par un travail de M. le docteur Lemaistre, de Limoges, sur les *anders* (c'est le nom de l'herpès tonsurant, en Limousin). Je suis convaincu, pour ma part, contrairement à ce que dit M. Trousseau, que les parasites peuvent se développer et se reproduire sur les animaux parfaitement bien portants. Quant à la remarque de M. Devergie, relative au développement des maladies parasitaires sur les chiens et autres animaux malades, M. Raynal a dit dans son rapport que la gourme fait disparaître l'herpès chez les animaux qui en sont atteints, et je confirme, quant à moi, cette observation; j'ai vu souvent des chevaux et des chiens bien portants contracter la gale. Il ne suffirait donc pas, comme le croit M. Trousseau, de bien nourrir les animaux pour les préserver; et il n'y a pas rien que les animaux malades ou faibles, comme le croit aussi M. Devergie, qui soient aptes à contracter les affections parasitaires. J'admets cependant que souvent les maladies de la peau ont des relations avec les dispositions morbides de l'économie; mais ces dispositions ne sont pas nécessaires. M. Amédée Latour, dans le numéro du 28 janvier dernier, de l'UNION MÉDICALE, a cité deux exemples très concluants du développement des parasites sur des végétaux bien portants.

La maladie, constituée par les parasites, peut donc être purement locale.

J'ajoute, pour répondre à ce qui a été dit au sujet du microscope, que cet instrument n'est certainement pas infaillible; il nous a rendu néanmoins trop de services pour qu'il soit permis de le dédaigner en une matière où l'on n'y voit déjà pas trop clair.

M. H. BOULEY : M. Trousseau a fait appel à ses collègues d'Alfort, se rappelant qu'il avait fait là ses premières armes; je vais répondre à cet appel et apporter, à l'appui de ce qu'il a dit, des faits qui, je l'espère, paraîtront convaincants.

Si l'on étudie la gale chez les moutons — je parle de la gale non communiquée, se développant spontanément, sans contagion (que ce soit le fait d'une génération spontanée ou autre chose, je n'en sais rien) — si, dis-je, on étudie la gale chez les moutons, on voit qu'elle se développe toujours, alors que ces animaux sont dans de mauvaises conditions. Nourrissez fortement le troupeau, jamais il ne deviendra galeux, à moins que par contagion. Sous certains climats et à certaines époques de disette, les moutons perdent leur laine; ils ont la gale.

Certaines maladies graves qui attaquent les chiens les laissent galeux, quand elles ne les font pas succomber. Les chiens constamment à l'attache, sont bientôt envahis par un parasite hideux, la simonide (?) du nom de son père inventeur. On peut, en tenant un cheval absolument isolé et à l'abri de toute contagion, le faire devenir galeux spontanément, en l'affaiblissant. Il en est de même à l'égard du développement des parasites intérieurs; les douves du foie apparaissent chez les moutons; la bronchite vermineuse chez les veaux, quand ces animaux sont placés et maintenus dans de mauvaises conditions. Ainsi, les maladies parasitaires se développent parallèlement aux conditions anti-hygiéniques dans lesquelles se trouvent des animaux.

Quant à la résistance que les organismes sains et vigoureux opposent à l'envahissement de la contagion, M. Trousseau s'est rencontré, sur ce point, avec un observateur dont personne ne récusera la compétence. En 1857, M. Delafond lisait à la Société d'agriculture pratique des observations desquelles il résulte qu'ayant déposé des acares fécondées sur des bêtes grasses et bien portantes, la gale ne s'est pas développée; les mêmes bêtes, affaiblies à dessein, et soumises aux mêmes expériences, sont devenues galeuses. Les mêmes expériences avaient été faites par M. Hertrwig, de Berlin, il y a dix ans.

M. LEBLANC : Cela est vrai d'une manière générale; mais je ne saurais admettre, avec M. Trousseau, que cela soit vrai d'une manière absolue.

M. TROUSSEAU : Je n'ai jamais prétendu cela, ou, si je l'ai dit, c'est par inadvertance; cela n'était pas dans ma pensée.

M. LEBLANC : Alors nous sommes d'accord, M. Bouley, M. Trousseau et moi.

M. DEPAUL a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal. Il monte à la tribune et donne lecture d'une réclamation contre M. Devergie. L'honorable académicien n'ayant pas laissé le texte de sa réclamation au secrétariat, nous la résumons de souvenir et sous toutes réserves :

M. Devergie a lu le premier paragraphe d'une lettre de M. Depaul; il aurait dû la lire tout entière : l'Académie aurait vu que le refus contenu dans ce premier paragraphe ne portait que sur la demande faite par M. Devergie à M. Depaul de rédiger les observations présentées par ce dernier. Quant aux indications que réclamait M. Devergie, elles sont données dans la partie de la lettre qui a été passée sous silence. (M. Depaul lit cette lettre tout entière.)

M. Depaul maintient ce qu'il a avancé relativement à la réclamation de priorité, en faveur de M. Bazin. En 1852, M. Bazin observe le trichophyton dans l'herpès circiné et publie son observation en 1853, bien avant M. Raynal, par conséquent : il y a plus, M. Raynal, dans son travail et dans une note toute récente, insérée au *Moniteur des hôpitaux* du 26 janvier dernier, dit qu'il n'a jamais constaté de cryptogame dans cet herpès et que M. Broca ne l'y a pas constaté non plus.

Quant à M. Barensprung, que M. Devergie veut doter de cette découverte, M. Bazin, deux ans avant lui, avait écrit qu'une jeune fille, observée par lui, portait sur les bras des plaques herpétiques dans lesquelles il avait constaté la présence des spores du trichophyton. A la vérité, M. Bazin croyait que c'était là un effet et non une cause; il admet encore aujourd'hui qu'il y a des herpès non parasitaires; M. Devergie l'admet aussi; il le lui reproche cependant. Mais cela ne prouve rien contre le point en litige.

M. DEVERGIE demande à répondre deux mots seulement à propos de la lettre. S'il ne l'a pas lue tout entière, il en a indiqué, du moins, le contenu, ainsi que cela ressort du procès-verbal.

M. HOUEL présente, en son nom et en celui de M. le docteur ARNAULT, de La Chapelle-St-Denis, un fœtus monstrueux de la famille des *Pseudencéphaliens*, et appartenant au genre *Nasencéphale*.

— A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Extrait des procès-verbaux (1857). — Présidence de M. LABARRAQUE.

M. SÉGALAS rapporte qu'une personne qu'il voit fréquemment, et jouissant d'une santé parfaite, a été atteinte d'un érysipèle de la face après avoir mangé du cayiar parfaitement frais, et demande si, dans le Nord, et spécialement dans la Russie, où on fait un grand usage de cet aliment, des faits de ce genre ont été observés. On sait qu'un certain nombre de crustacés et de mollusques, dans des circonstances mal déterminées, provoquent des affections de ce genre.

M. le docteur DREYFUS, qui a longtemps habité la Russie, où l'on fait une grande consommation de caviar, affirme que cet aliment, qui est très recherché dans ce pays, n'y produit jamais aucun accident, ni érysipèle, ni roséole, et qu'il considère le développement de l'érysipèle dont parle M. Ségalas comme une simple coïncidence.

M. Dreyfus signale à ses confrères un fait pratique d'un grand intérêt, et qui aurait pu donner lieu à une méprise grave. Une jeune femme s'est présentée chez lui, il y a quelques jours, pour se faire ouvrir un abcès qu'elle prétendait avoir dans une des grandes lèvres. Elle souffrait beaucoup et voulait être opérée sur-le-champ. M. Dreyfus, en l'examinant avec soin, reconnut avec surprise qu'il avait affaire à une hernie qui avait pénétré dans la grande lèvre gauche; il la fit rentrer immédiatement. Notre confrère fait observer qu'il n'y avait eu ni vomissements, ni nausées, ni hoquet, qui eussent pu faire prévoir la présence d'une hernie, mais seulement une douleur fixe très vive qui avait fait supposer à la malade que la tumeur qu'elle présentait était un abcès.

Quelques recherches faites à l'occasion de ce fait ont appris à M. Dreyfus que M. Jules Cloquet avait signalé trois hernies de ce genre, et qu'on en avait signalé quelques autres dans les *Comptes-rendus de la Société de médecine pratique*.

M. GAIDE signale un fait du même genre fort remarquable et qui a exercé la sagacité des chirurgiens les plus habiles.

Une jeune femme s'aperçut, sans en avoir jamais souffert, qu'elle avait une tumeur dans l'épaisseur de la grande lèvre; lorsque M. Gaide l'examina, cette tumeur présentait le volume d'un œuf, elle était molle, fluctuante, allongée, sortant du bassin sans donner lieu à aucun bruit de gargouillement. M. Gaide considéra cette tumeur comme une hernie.

Mais, ayant quelques doutes sur son diagnostic, il engagea sa cliente à consulter les chirurgiens qui, par leur position et leur réputation, sont appelés à voir et à juger un grand nombre de cas rares et difficiles.

Le premier chirurgien consulté pensa que ce n'était pas une hernie, ni un abcès, mais le sac d'une ancienne hernie en partie oblitérée, qui se remplissait de liquide, mais dont l'ouverture n'était pas assez grande pour permettre à l'intestin ou à l'épiploon d'y pénétrer.

Le deuxième chirurgien crut que ce n'était point une hernie, mais un abcès froid formant bissac, c'est-à-dire divisé par une cloison telle, qu'une partie de l'abcès se trouvait dans le bassin et l'autre partie entre les plans musculeux des grandes lèvres.

Le troisième chirurgien partagea l'opinion de M. Gaide et diagnostiqua une hernie périnéale ayant une ouverture assez vaste pour permettre à l'intestin d'y entrer et d'en sortir aisément.

Enfin, un des membres de la Société fait observer que cela pourrait être une hernie de la vessie, et que cette affection, très rare il est vrai, rendrait compte de tous les phénomènes décrits et justifierait le diagnostic des deux premiers chirurgiens. Ce serait, du reste, un fait très facile à vérifier, en examinant la tumeur pendant l'état de réplétion de la vessie et après l'avoir complétement vidée.

Le secrétaire général, Dr GRANGE.

COURRIER.

Nous avons reçu plusieurs adhésions nouvelles au projet d'une Association générale. Nous croyons ne devoir rien publier relativement à ce projet avant d'avoir reçu communication des décisions du comité de Bordeaux qui, seul, nous paraît suffisamment autorisé pour prendre toute initiative à cet égard, et qui ne manquera pas, sans doute, de l'adresser à toute la presse médicale simultanément.

— Par décision du conseil de l'Académie, M. le docteur Axenfeld est nommé bibliothécaire-adjoint de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Fievée de Jeumont, médecin de l'Université de Leyde, autorisé depuis l'année 1820 à exercer en France, praticien très répandu, vient de succomber à une attaque d'apoplexie.

— On voit en ce moment, sous le vestibule de la Faculté de médecine, la statue en plâtre de Jenner, le propagateur de la vaccine, due à M. Eugène Paul, sculpteur.

Jenner, ce bienfaiteur de l'humanité, est représenté debout sur une partie du globe terrestre; à ses pieds sont inscrits les mots : France et Angleterre; il observe et médite sur sa découverte. Il tient sa lancette dans sa main droite; son bras gauche repose sur quelques volumes, ses ouvrages, lesquels sont supportés par une colonne antique brisée; sur la face et près du genou, sont gravés le serpent et la coupe; enfin, sous les livres et sur le côté de cette colonne se déroule une feuille de papier sur laquelle est la figure d'une vache, cause de sa découverte.

Une souscription est ouverte chez M. Gossart, notaire, rue Saint-Honoré, 217, pour subvenir aux frais de fonte, afin de l'ériger à Boulogne-sur-Mer, où furent inoculés les premiers enfants.

ERRATUM. — Le travail de M. Gallard dont il est rendu compte dans le rapport de M. Perrin, que nous avons publié le 2 février, est intitulé : DES HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES et non pas *rétro-utérines*, comme on l'a imprimé par suite d'erreur.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Ducos	10 fr.
Pierrey	5
Davenne, directeur de l'assist. publique.	20
D.	20
	55 fr.
Souscriptions antérieures.	850
Total	905 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 15. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 6 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Castelnau, consul de France au cap de Bonne-Espérance, a envoyé la relation du dernier tremblement de terre qu'a ressenti la ville du Cap. Entr'autres observations, M. Castelnau a noté la terreur manifestée par tous les animaux pendant la durée du phénomène. A propos de cette relation, lue par M. Flourens, M. Boussingault a demandé la parole et a rappelé que les témoignages, concernant la terreur des animaux au moment des tremblements de terre, étaient unanimes. Cependant M. Boussingault, en 1826 ou 1827, a assisté, dans l'Amérique méridionale, à un tremblement de terre formidable qui dura cinq minutes trente secondes; placé dans des conditions qui lui donnaient toute sécurité, et qui, par conséquent, lui laissaient son entière liberté d'esprit, il put observer attentivement ce qui se passait autour de lui. Or, pendant tout le temps que le sol trembla, les chevaux demeurèrent dans une indifférence absolue, et ne dénotèrent, par aucun signe, qu'ils s'apercevaient des secousses qu'éprouvait leur point d'appui. Cette circonstance frappa M. Boussingault précisément parce qu'elle était en contradiction avec tout ce qu'il avait lu ou entendu dire à ce sujet. L'honorable académicien n'a fait suivre ce souvenir d'aucun commentaire ; ce sera aux observateurs futurs à se mettre en garde contre les piéges de l'analogie et contre le désir, si naturel, de dramatiser leurs récits.

— M. Duchartre a lu un mémoire sur l'absorption de la rosée par les végétaux. Il résulte des expériences délicates et nombreuses instituées par ce botaniste distingué, que la rosée, contrairement à l'opinion généralement reçue, n'est pas absorbée par les plantes; que, par conséquent, elle ne concourt pas à leur nutrition et qu'elle ne sert qu'à empêcher les pertes trop grandes que feraient les plantes par la transpiration.

— M. Hiffelsheim a donné lecture d'une note relative aux effets physiologiques et thérapeutiques des courants voltaïques continus. Trente-six observations, recueillies dans le service de M. Rayer, à la Charité, lui permettent de conclure que les névralgies sont guéries par ce moyen; que les paralysies générales peuvent être, par ce traitement, très heureusement modifiées, puisque deux guérisons ont été obtenues; et qu'enfin, les courants continus, non moins que les courants intermittents, sont manifestement utiles.

Outre les maladies que nous venons de citer, les observations de M. Hiffelsheim comprennent encore des sciatiques, des chorées, des coliques de plomb, des rhumatismes non fébriles et des paraplégies. Toutes ces affections ont ressenti les bienfaits de la médication voltaïque continue.

En raison de leur importance capitale, nous croyons devoir revenir sur les nouveaux procédés de panification de M. Mège-Mouriès.

La céréaline, une fois connue, et le rôle qu'elle joue dans la coloration des pâtes bien déterminé, M. Chevreul avait prescrit (1er rapport) de détruire la céréaline par la levûre, c'est-à-dire par la fermentation alcoolique. Aujourd'hui M. Mège-Mouriès empêche la céréaline de devenir ferment lactique et glycosique en la précipitant par le sel marin, et en ne lui laissant pas le temps nécessaire pour se constituer à l'état de ferment.

La céréaline, en effet, a deux propriétés bien distinctes : d'abord, elle convertit l'amidon hydraté en glycose et en dextrine; ensuite, elle transforme la glycose en acide lactique, butyrique, etc. Mais, pour produire ces résultats, il faut que la céréaline devienne ferment, et tous les matières azotées exigent, pour devenir ferment, un temps d'incubation plus ou moins long. Or, par la réaction du sel marin, on précipite, d'une part, la céréaline, et on neutralise l'action glycosique; d'autre part, en faisant les levains avec les farines pures de céréaline, et ajoutant les gruaux peu de temps avant la cuisson, on ne donne pas au ferment le temps de s'organiser. Le pain doit donc rester blanc; et c'est, en effet, ce qui arrive.

Dans les pays où l'on ne porte pas jusqu'à l'exagération le goût pour la blancheur du pain, on peut laisser dans les pâtes les parcelles de son que contiennent les *rougeurs ;* dans ce cas, l'opération et les phénomènes ne diffèrent pas sensiblement; les gruaux sont jetés dans le levain et délayés dans l'eau salée, la céréaline est coagulée dans les cellules mêmes du périsperme brisé, et la même limite de temps ne lui permet pas d'achever sa transformation en ferment. Par ce moyen on obtient un rendement plus fort et du pain aussi bon, ne différant du pain ordinaire que par une teinte plus accusée produite par la couleur seule des pellicules interposées.

Ce dernier procédé semble d'autant plus avantageux à M. Mège-Mouriès que, selon lui, l'hygiène autant que l'économie auraient intérêt à laisser dans le pain les parcelles d'embryon et du périsperme qui accompagnent les gruaux. A l'appui de cette manière de voir, il émet les considérations suivantes : « On sait, dit-il, que le règne végétal, placé entre le règne minéral et le règne animal, a pour mission d'organiser les éléments minéraux et de les transformer en matières grasses, sulfurées, azotées, etc., destinées à l'alimentation des animaux, qui les rendent à la terre, d'où la plante les tire. La découverte, dans l'embryon du grain, d'un ou de plusieurs corps gras phosphorés dont on connaît l'action sur les fonctions vitales des animaux, semble prouver que le phosphore obéit à la même loi, et que les animaux ne font que s'assimiler les matériaux de leur pulpe nerveuse. »

En résumé, les avantages principaux qui résultent des procédés de M. Mège-Mouriès, sont :

1° La suppression des farines inférieures et du pain bis;
2° La diminution de la perte au moulin;
3° L'augmentation du rendement en farine et en pain;
4° L'élévation de la force nutritive du pain par la présence d'une plus grande quantité de matières azotées et phosphorées.

La note de M. Mège-Mouriès se termine par quelques mots relatifs au seigle, qui offrent un grand intérêt au point de vue de l'hygiène publique :

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 16 janvier. — Madame Laguerre, garde-malade très aimable et très répandue, est venue me présenter ses respects en me priant de la recommander à mes clients. Elle a une bonne figure, et je ne m'étonne pas que M. Roux, dont elle pleure encore la mort, la protégeât beaucoup. Je l'emploierai le plus tôt que je pourrai, malgré le proverbe de Benoît :

Qui garde-malade a
Vipère a.

Le 17. — De la maison que j'habite, j'occupe le second étage. Quelle n'a pas été ma surprise, ce matin, en descendant l'escalier, de voir reluire sur une plaque de cuivre posée sur la porte d'entrée du premier étage, ces mots : Docteur-Médecin. Je me suis aussitôt informé auprès du concierge, qui m'a appris qu'en effet le premier avait été loué par un confrère. Ce n'est pas agréable. — Benoît arrive tout exprès de son voyage pour me dire que, n'ayant stipulé dans mon bail aucune clause à cet égard, le propriétaire est dans son droit. — Cependant il va y avoir confusion, c'est sûr, et qui tournera à mon désavantage. Benoît me console, en prétendant que je suis dans une position plus *élevée* que mon confrère.

Le 18. — Les désagréments de cette position commencent à se faire sentir. Trois ou quatre personnes aujourd'hui ont sonné à la porte de mon inférieur, croyant sonner chez moi. N'ai-je pas le droit d'indiquer à la partie la plus apparente de l'entrée de l'escalier que le docteur Simplice habite le second? Benoît assure que je serai obligé d'introduire un référé.

Le 19. — J'ai introduit un référé; le président a renvoyé les parties à se pourvoir devant le tribunal civil. Benoît assure que cela peut devenir un gros procès..... Et dire que j'ai encore sept ans de bail !...

Le 20. — Mme Laguerre, que j'ai placée auprès d'une jeune typhique, m'a rassuré. Mon voisin, mon inférieur, est un homœopathe. Benoît veut me persuader que le danger n'est pas plus grand. Il n'y a qu'un moyen de le conjurer, dit-il, c'est de mettre le concierge dans mes intérêts. Je repousse ce moyen avec indignation.

Le 21. — Benoît, qui n'a pas mes scrupules et qui veut se mêler de mes affaires malgré moi, est allé offrir 50 fr. d'étrennes à mon tire-cordon. Le concierge a répondu que le médecin du premier était plus généreux et avait promis 100 fr... Là... c'est bien fait !... Suis-je assez humilié ?...

Le 22. — La discorde est dans la maison. Françoise, ma bonne, s'est prise de mauvaises paroles avec la bonne du premier. Il y a plainte auprès du commissaire de police. Le concierge témoigne que Françoise a dit des injures et a prononcé les mots d'*homme aux pattes*. Benoît rit comme un bossu et prétend que c'est un nouveau délit, délit par calembourg. S'il était spirituel encore !

Le 23. — Le proverbe de Benoît serait-il vrai? Mme Laguerre n'a fait que sottises sur inconvenances. J'ordonne vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, elle n'en met que douze, et elle les applique à l'anus, sous le prétexte qu'il faut éviter les cicatrices derrière les oreilles chez les jeunes personnes. Je prescris du lait coupé d'eau d'orge; elle ne donne que l'eau d'orge, prétendant que le lait est trop nourrissant; mais le lait a disparu. Je conseille le vin de quinquina au Malaga et au cacao, quatre petites cuillerées par jour ; la bouteille d'un demi-litre est à sec après vingt-quatre heures. On lui fait faire deux bons repas par jour, avec deux bouteilles de vin, le café le matin et un *en-cas* substantiel pour la nuit, et elle se plaint qu'on la fait mourir de faim et que je l'ai placée dans une *baraque*. N'a-t-elle pas trouvé à redire sur l'eau de Sedlitz, prétendant que l'huile de ricin est mieux supportée ? N'ose-t-elle pas dire que ce n'est pas ainsi que les grands médecins qui l'emploient traitent la fièvre typhoïde? Heureusement que je suis ancré dans la maison.

Le 24. — Mme Laguerre a semé la méfiance ; on m'a demandé une consultation pour la jeune typhique, dont la maladie est cependant bénigne. On a proposé le docteur X... C'est le choix de Mme Laguerre. Que pourra faire de plus le docteur X... pour une affection simple et qui marche vers une terminaison heureuse?

Le 25. — Le docteur X... s'est très bien conduit. Il a approuvé hautement mon diagnostic, mon pronostic et le traitement suivi. Cependant, il a substitué le bouillon de poulet au lait coupé, la limonade magnésienne à l'eau de Sedlitz, les lavements huileux à ceux de graine de lin, et il a semblé attacher une grande importance à ces substitutions insignifiantes. Mme Laguerre paraissait triomphante. Décidément, cette femme me déplaît.

Le 26. — Il y a six mois, j'ai eu le malheur de perdre un malade qui habitait la rue d'Astorg. La veuve, qui a hérité une très belle fortune de son mari, ne m'ayant pas encore honoré, j'ai cru qu'après six mois, je pouvais me permettre de lui rappeler les soins que j'ai donnés à son mari, et je lui ai écrit un petit mot très poli. J'ai reçu dans la journée le billet suivant :

« Mme veuve X..., à qui vous venez si cruellement et si tôt de rappeler une perle douloureuse, est dans l'impossibilité de s'occuper de votre compte, dont vous ne lui avez donné, d'ailleurs, aucune indication détaillée. Veuillez faire votre note en conséquence et la lui envoyer à son retour d'un voyage qu'elle va faire en Italie. »

Billet sans signature, papier à initiales, filigrané, parfumé et encadré d'un large filet noir.

Benoît, qui sait tout, qui voit tout, dit que cette veuve, que sa douleur empêche de payer le médecin de son mari, a fait restaurer de fond en comble son charmant petit hôtel de la rue d'Astorg. C'est probablement pour enlever tout souvenir de sa perte douloureuse.

Le 27. — Ma petite typhique va de mieux en mieux. — Il est certain, m'a dit la mère ce matin, que depuis le traitement prescrit par M. X..., la maladie a changé de face. — Mais, Madame, ai-je répondu, il n'y avait pas plus de danger avant la consultation qu'aujourd'hui. — Oh ! j'ai bien vu le signe qu'a fait M. X... lorsqu'il a palpé le ventre. — Quel signe a-t-il pu faire ? Le ventre est resté constamment souple, le gargouillement était à peine perceptible, presque pas de diarrhée, à peine quelques taches à la peau, intelligence à peine troublée... — Ça n'empêche pas, s'est écriée Mme Laguerre, que le docteur X... a dit qu'il fallait quelque chose de plus énergique. — Mais les moyens qu'il a conseillés sont identiques à ceux que j'employais moi-même.

Rien n'y a fait. J'ai bien vu que la famille est prévenue et que tout l'honneur de la cure reviendra au docteur X...

Benoît m'a exposé, à cette occasion, une longue théorie sur la consultation. Il faut, dit-il, écouter avec grande attention tout ce qui se

Cette graine ressemble au froment sous beaucoup de rapports, mais elle s'en distingue surtout par la nature de son gluten qui, étant sans cohésion et se divisant comme un corps émulsif, est exposé à une décomposition plus rapide que celui du froment; du reste, ni la glycose, ni l'acide, ni les propriétés laxatives qu'on remarque dans le pain de seigle à 75 pour 100, ne préexistent dans le grain; elles sont toutes le produit de la fermentation lactique; et, en empêchant cette fermentation, on obtient du pain dont la saveur et la couleur sont identiques à celles du pain de froment.

— L'auteur de la note sur le crétinisme, que nous avons mentionnée dans notre dernier *Bulletin*, est M. Fabre.

Dr Maximin LEGRAND.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.
(MÉDECINE.)

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PIDOUX.

BRONCHITE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE, SUIVIE DE SPASME DU LARYNX ET D'APHONIE, DE PARALYSIES ET DE NÉVRALGIES DIVERSES. — INVASION D'UNE FIÈVRE TYPHOIDE ET DISPARITION DE TOUS LES SYMPTOMES NÉVROSIQUES PENDANT SA DURÉE; RETOUR DE CES SYMPTOMES DANS LA CONVALESCENCE ET APRÈS LA GUÉRISON DE L'AFFECTION AIGUË. — QUELQUES REMARQUES SUR CE FAIT. — CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LES NÉVROSES.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 28 janvier et 4 février.)

Les réflexions que nous avons exposées à la suite de l'intéressante observation relatée au commencement de cette *Revue*, et surtout, les restrictions que nous avons cru devoir apporter à ce que le pronostic de cette névrose semblerait avoir de trop peu grave en raison de l'absence probable de toute lésion anatomique appréciable, se trouveront justifiées par les considérations suivantes que nous avons entendu M. Pidoux développer plusieurs fois au lit de sa malade. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE nous sauront gré de les avoir recueillies soigneusement pour les reproduire ici.

« M. Pidoux distingue les névroses en franches ou légitimes, et en bâtardes ou composées. Il appelle aussi les unes régulières et les autres irrégulières. C'est à celles-ci qu'appartiendrait le cas que nous avons rapporté.

» Le médecin de l'hôpital Lariboisière professe que les névroses irrégulières ont pour caractère d'être formées de la fusion des éléments de plusieurs névroses, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, diverses névralgies viscérales et céphalo-rachidiennes, etc...; et c'est pour cela qu'il les appelle composées ou bâtardes. Il signale encore l'intime combinaison d'autres éléments morbides avec ces névroses irrégulières, tels que des fluxions, des congestions, même des phlegmasies chroniques et subaiguës, des flux, des hémorrhagies, etc. Ces combinaisons intimes forment des tableaux cliniques qui n'ont ni place ni nom dans les nosologies.

» Dans ces névroses irrégulières, rien n'est plus commun que la fusion d'une névralgie et d'une phlegmasie, fusion qui fait mentir toutes les définitions qu'on donne séparément de ces deux genres. On ne sait auquel rapporter ces cas hybrides, ni comment les traiter.

» Bien entendu qu'il ne s'agit point ici de congestions, de phlegmasies ou de flux survenant accidentellement chez une hystérique, ni d'accidents hystériques se développant simples et francs chez une femme qui serait affectée de phlegmasies ou de congestions dues à d'autres causes.

» Il en est de même pour ce qui vient d'être dit de la fusion de plusieurs névroses, l'hystérie et l'hypochondrie, par exemple, et de diverses névralgies avec ces deux grandes affections nerveuses, pour former ce qu'on est convenu d'appeler les *névropathies protéiformes*. Avant de nommer ces états morbides, on eût bien fait dit M. Pidoux, de chercher à les comprendre. Quoi qu'il en soit, ces combinaisons pathologiques diffèrent de la coïncidence, chez le même sujet, des diverses affections simples dont elles sont composées, comme la greffe diffère de la germination séparée de deux espèces voisines, mais distinctes, dont les branches et les racines s'entrelaceraient sur le même terrain.

» Quelle est la raison de toutes ces irrégularités et de toutes ces associations d'éléments morbides divers? C'est, suivant M. Pidoux, que les névroses irrégulières ou bâtardes sont toujours diathésiques; et c'est là, précisément, ce qui les fait reconnaître, ce qui les distingue des névroses simples, franches, régulières, telles qu'on les trouve représentées dans ces descriptions, qui éludent les difficultés de la clinique en ne traçant que des types le plus souvent introuvables.

» On comprend, ajoute le savant médecin de Lariboisière, comment sont ainsi abâtardies et dénaturées les névroses diathésiques. Qu'est-ce, en effet, qu'une diathèse? C'est une altération morbide des propriétés les plus profondes et les plus universelles de l'organisation; c'est, pour parler d'une manière rigoureuse et positive, une affection du blastème.

» De là dérivent les deux grands caractères de la diathèse: 1° d'être essentiellement héréditaire; 2° de pouvoir se manifester par toutes sortes de symptômes ou de lésions. Et, en effet, le blastème étant la base de l'organisation, la racine de tous les systèmes organiques et de toutes les fonctions spéciales, il imprime à toutes son cachet et ses dispositions particulières. Il en résulte, que ses affections peuvent se révéler par le désordre morbide de toutes les espèces de formations et de fonctions, puisqu'elles sortent toutes de lui et qu'il les entretient toutes. Quand il est malade, ou quand une diathèse existe, ce qui est la même chose, toutes les fonctions spéciales de l'économie, fonctions nutritives, sécrétoires, sensitives, motrices, etc., peuvent exprimer à leur manière l'altération de leur matrice commune.

» Voilà pourquoi il est rare qu'une diathèse se révèle par un seul genre d'actions morbides, quoiqu'il soit vrai de dire qu'elle affecte toujours plus spécialement un ordre de formations organiques ou de fonctions qu'un autre. Ainsi, quand elle se révèle par des phlegmasies, il est rare que ce soit de cette seule manière, et presque toujours il y a d'autres symptômes ou d'autres lésions concomitantes. C'est aussi ce qui fait que, quand elle se traduit par une névrose, celle-ci n'est presque jamais pure et franche, mais associée à d'autres névroses ou à d'autres éléments morbides, tels que phlegmasie, catarrhe, flux, hémorrhagie, fièvre, etc...

» On ne doit plus s'étonner, dès lors, que les névroses diathésiques ou composées soient toujours d'un pronostic plus grave que les névroses saines et simples. Généralement, elles dénotent une altération profonde et réfractaire du système nerveux, et leur pronostic ne doit pas être léger. Il faut ajouter que les éléments étrangers aux névroses pures, qui leur sont presque toujours associés quand elles sont diathésiques, peuvent prendre le dessus, prédominer et finir par produire des lésions graves de différents appareils nerveux. Ainsi, les névralgies, les paralysies incurables, les névrophlegmasies chroniques, les cachexies, les névropathies fébriles et protéiformes intraitables, etc., sont communes dans les névroses diathésiques.

» On voit donc, ajoute M. Pidoux, que, si le médecin ayant prononcé le mot névrose, venait à dire: *Ce n'est que nerveux*, c'est-à-dire: c'est une maladie légère, parce que, suivant les nosologistes, elle n'est qu'*une lésion de la sensibilité et du mouvement sans altération de structure*, il se montrerait plus léger et plus superficiel encore que la maladie nerveuse elle-même.

» Tout le monde peut facilement faire l'application de ces principes de pathologie générale à la jeune malade de notre observation. Que voit-on, en effet, chez elle? Dès son enfance, un lymphatisme prononcé et une sensibilité morale excessive; c'est-à-dire, d'un côté, une diathèse, et, de l'autre, un système nerveux affectif, non seulement très développé, mais pathologiquement surexcité. Or, ces deux faits ne sont pas sans rapport: l'un est l'expression de l'autre. Au lieu de présenter des engorgements ganglionnaires, des strumes, des phlegmasies spéciales, des suppurations, ce sont des gastrodynies, des maux de tête, des points névralgiques sur plusieurs trajets nerveux, une très grande sensibilité affective, de la dysmétrie caractérisée par une menstruation retardée à chaque époque, du ténesme utérin et probablement une congestion subinflammatoire habituelle de l'utérus.

» C'est ainsi, qu'on voit tous les jours des enfants naître de parents écrouelleux, qui, au lieu d'en reproduire les altérations scrofuleuses communes et classiques, naissent seulement avec du *lymphatisme nerveux*, avec une irritabilité générale, des viscéralgies diverses, de la disposition à l'hypochondrie, etc..... Lugol ne s'y était pas trompé, et il rattachait ces vices morbides du système nerveux à une diathèse scrofuleuse transformée.

» Il est à remarquer que, chez notre malade, presque toutes les névroses et les névralgies sont accompagnées de congestions qu'on pourrait appeler nerveuses à aussi juste titre qu'on le fait des troubles de cette sensibilité, que Bichat nommait animale. A commencer par l'utérus, qui est évidemment ici le centre de toutes les névroses, il n'est presque pas un trouble nerveux proprement dit avec lequel on n'observe une turgescence des capillaires sanguins, comme on en voit survenir aux animaux chez qui on divise un cordon du grand sympathique. Les phénomènes les plus intimes de la vie organique sont donc atteints par cette névrose, ce qui est, il faut le répéter, un des caractères des névroses diathésiques déterminées. Ainsi, chez Eugénie D..., l'hystéralgie est intimement unie à une fluxion utérine. Au niveau des régions douloureuses du torse ou des membres, on observe souvent une injection de la peau qu'on pourrait croire érythémateuse, tant elle est vive. Les moindres pressions, les plus légers frottements exercés sur cette surface, déterminent de ces raies et de ces dessins rouges qu'on produit si facilement chez les enfants affectés de méningite, et qui annoncent une grande ataxie de la circulation capillaire.

» L'atrophie des muscles dans les membres inférieurs paralysés confirme l'idée de ces névroses de la nutrition admises par M. Pidoux, qui combinées à des fluxions, à des pseudo-phlegmasies qu'on pourrait appeler nerveuses, — parce qu'elles sont subordonnées à l'état morbide des divers centres nerveux de tout

---

dit et ne laisser rien passer qui puisse jeter de l'ambiguïté dans l'esprit de la famille. Il faut... il faut tant de choses, que ma politique médicale ne pourra jamais les retenir.

Le 28. — Il y a quelques compensations aux amertumes professionnelles. J'ai soigné, il y a quelques mois, d'une maladie aiguë grave, une jeune femme — il faut tout dire — une belle pécheresse de la rue Saint-Lazare. Quoique je n'attendisse rien de cette cliente à vie imprévoyante, passant devant la porte ce matin, je suis monté chez elle. Elle était dans un bain d'eau parfumée à donner le vertige.

— Ah! c'est vous, bon docteur, s'est-elle écriée. Je ne vous ai pas oublié, soyez sûr. Je vous dois beaucoup d'argent, n'est-ce pas? Je vous paierai, je vous paierai, n'ayez pas d'inquiétude. Que voulez-vous? cette affreuse maladie dont vous m'avez tirée, m'avait tellement changée, j'étais devenue, si maigre, si pâle.... Vous comprenez, docteur?

— Mais, mon enfant, je ne viens rien vous demander. Passant devant votre porte, j'ai voulu voir si votre santé se soutient, voilà tout.

— Je vais comme un charme, mon bon docteur Simplice. Vous êtes bien aimable de me faire cette petite visite. Là! soyez tout à fait gentil. Déjeunez avec moi.

— Merci, merci mon enfant, je ne déjeune jamais, et je vous quitte enchanté de vous trouver en si bon état.

— Vrai! je n'ai pas trop changé?

— Vous êtes plus charmante que jamais. Adieu! adieu!

— Je ne vous oublierai pas, monsieur Simplice, et peut-être aurez-vous de mes nouvelles plus tôt que vous ne pensez.

J'étais dans mon cabinet lorsque, vers les trois heures, Françoise introduit un bel et élégant jeune homme, charmant, ma foi.

— C'est à M. le docteur Simplice que j'ai l'honneur de parler?

— Oui, Monsieur.

— C'est vous qui avez donné des soins à Mlle Camille, rue St-Lazare?

— Oui, Monsieur.

— Je suis chargé par elle d'avoir l'honneur de vous remercier, Monsieur, des bons soins que vous lui avez donnés.

Le beau jeune homme se lève, dépose un petit rouleau sur ma cheminée et s'en va.

Ce petit rouleau contenait bien dix napoléons en bon or.

Ce n'est pas à Tartas que j'aurais de ces aubaines-là.

Une demi-heure après, Françoise m'amène un monsieur, d'un âge plus mûr, très décoré de plusieurs rubans multi-colores, parfaitement bien mis, d'ailleurs, et qui, d'un accent légèrement étranger, me dit:

— Est-ce à M. le docteur Simplice que j'ai l'honneur de parler?

— Oui, Monsieur.

— C'est vous qui avez soigné Mlle Camille, rue St-Lazare?

— Oui, Monsieur,

— Mlle Camille m'a chargé de venir vous offrir ses remercîments.....

— Mais, Monsieur.....

— Elle n'a qu'un regret, c'est de ne pas se montrer plus reconnaissante. Et le monsieur, en se levant, dépose un rouleau sur ma cheminée.

J'étais tout interloqué. Si je parle, me disais-je, je vais découvrir..... Mais cependant je ne peux pas garder.....

Je faisais ces réflexions, que le monsieur très décoré était déjà parti.

Le rouleau renfermait quinze napoléons!

Il n'y a pas à hésiter, je prends mon chapeau et je cours chez Camille avec les deux rouleaux.

De si loin qu'elle m'aperçoit:

— Eh bien! a-t-il bien fait les choses, cher docteur, s'écrie-t-elle?

— Mais, ILS les ont faites trop bien.

— Comment! ils y sont allés tous les deux?

— Tous les deux.

— Ah! ah! c'est charmant! c'est charmant! et cette folle fille éclatait de rire.

— Je vais vous conter la chose, reprit-elle.

C'*est* deux messieurs très bien, n'est-ce pas docteur. Je leur ai dit, à l'un et à l'autre, que je ne les admettrais dans ma société qu'après qu'ils auraient acquitté une dette de cœur. Je leur ai parlé de vous et de vos bons soins, docteur, et voilà.

— Tout cela ne me regarde pas; voici deux rouleaux que j'ai reçus, reprenez celui que vous voudrez.

— Fi donc, docteur, pour qui me prenez-vous? Ce n'est pas trop pour tout ce que vous avez fait pour moi. D'ailleurs, il y a manière de tout concilier: gardez le premier rouleau pour le passé, et le second pour l'avenir. Je n'aurai pas toujours d'aussi bonne occasion.

C'est égal; l'un de ces rouleaux me pèse et je l'enverrai à l'Association des médecins de la Seine.

Le 29. — Mon voisin le pharmacien, qui veut se réconcilier avec moi, m'a envoyé six bouteilles de vin de Malaga, avec lequel il prépare, dit-il, son laudanum.

Après tout, ce n'est peut-être pas un méchant homme.

Le 30. — Je reçois une invitation à dîner chez le chirurgien X... qui traite mon client de la rue Duphot. — Benoît est pris d'un accès de mauvaise humeur en lisant cette invitation. Quoi, dit-il, ce chirurgien t'a soufflé ton malade et il croit être quitte envers toi en t'invitant à dîner? Refuse dignement sans phrases.

J'écris sous sa dictée: « Le docteur Simplice ne peut accepter l'invitation de M. le docteur X... »

Je trouve le billet bien sec. — De deux choses l'une, répond Benoît: ce confrère te craint ou il t'estime. S'il te craint, il sentira que tu as compris son action indélicate, il te craindra davantage et ne recommencera plus à ton égard; s'il t'estime, il ne t'estimera que plus de refuser son dîner.

Sur ce chapitre des dîners, Benoît m'a fait une tirade des plus véhémentes. Il faut qu'il me l'écrive, je veux la coucher sur mon journal.

Le 31. — J'ai été appelé auprès d'une vieille dame de mon quartier. Cette dame n'est pas précisément malade, mais elle veut se précautionner d'un médecin en cas d'accident et elle veut le connaître d'avance.

— Combien me prendrez-vous par visite, m'a-t-elle dit.

Consultant du regard les apparences d'aisance de l'appartement, j'ai cru être bien modeste en demandant trois francs.

— Trois francs, m'a répondu la vieille dame! Mais le professeur Z... ne m'a jamais pris que deux francs. Il loge maintenant si loin, que je désire avoir un médecin plus rapproché, mais au même prix.

Et la chose est certaine. Comment le professeur Z..., si répandu, si recherché, peut-il venir ainsi et à si bas prix, chasser sur les terres des pauvres praticiens du quartier? Benoît trouve cela indigne.

Benoît vient de jeter une grande perturbation dans mes idées. Il veut que je me marie.

J'ai subi toute la journée les remontrances de Françoise, qui trouve que je ne serai jamais aussi heureux que je le suis. Elle a peut-être raison.

Je ne sais ce que j'ai fait toute la journée. Benoît avait-il besoin de jeter cette préoccupation dans mon esprit?

Benoît veut me présenter demain.

Dr SIMPLICE.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

ordre, — à des diacrises, à des hémorrhagies, à des atrophies et à toutes sortes de troubles de la vie végétative, dénoncent ordinairement des diathèses en voie de transformation, produisent des troubles ou des abolitions de fonctions incurables, et doivent inspirer un pronostic beaucoup plus grave que celui qui s'attache habituellement au diagnostic d'une maladie nerveuse.

» Il arrive, en effet, trop souvent, que des accidents funestes, développés tout à coup dans les centres nerveux, viennent terminer ces névroses sur l'innocuité desquelles on avait cru pouvoir compter sous prétexte qu'il fallait en éloigner l'idée d'une altération matérielle; comme si toute altération dans le jeu d'un organe de notre corps pouvait être autre chose que matérielle! Et d'ailleurs, le microscope n'a-t-il pas déjà découvert des lésions caractéristiques des tubes nerveux, dans beaucoup de névroses graves ou anciennes, réputées naguère exemptes de lésions de structure?

» Ce qui rend encore plus réfractaires les névroses composées ou bâtardes, c'est qu'elles sont presque toujours la manifestation de diathèses ou dégénérées ou combinées et abâtardies elles-mêmes. Rien n'est plus commun, en effet, que la fusion de plusieurs diathèses. Or, un des résultats les plus incontestables de cet abâtardissement réciproque, c'est la propriété qu'ont ces nouvelles unités morbides, de se manifester sous des formes nosologiques composées et irrégulières, qui ne sont pas celles par lesquelles se traduisent ordinairement les diathèses composantes, lorsqu'elles sont simples et franches. Quand deux diathèses se fondent et par là se dénaturent, on peut être presque certain que des névroses et des névralgies viendront se mêler à leurs produits ordinaires ou alterner avec eux, et qu'avec le temps, avec le croisement et l'hérédité, des névroses, des maladies inorganiques, comme on dit, remplaceront les lésions organiques, produits naturels et simples de ces diathèses.

» Il est presque inutile de signaler, comme exemple, la diathèse goutteuse et la rhumatismale, leurs affinités si faciles et leur fusion si commune en proportions infiniment variées, et d'énumérer non seulement toutes les affections nerveuses qui en résultent, mais la fréquente et inextricable combinaison des éléments fluxion, phlogose, diacrise, lésions de tissus, qu'on observe avec les douleurs et les spasmes dans cette grande section des névroses diathésiques.

» Mais il en est de non moins communes et qui sont à peine soupçonnées: ce sont les névroses et les névralgies herpétiques, les névroses et les névralgies scrofuleuses, et surtout les névroses protéiformes et hypochondriaco-hystériques qui, intimement combinées à des phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, à des congestions de divers organes et à des flux, etc..., naissent de la fusion très fréquente des diathèses herpétique et scrofuleuse abâtardies et transformées l'une par l'autre.

» Le nombre des dyspepsies et des gastro-entéralgies, avec ou sans diacrise; des dysmétries de toutes les formes avec ou sans névralgie utérine, avec ou sans phlegmasie, avec ou sans déviation de l'organe, mais presque toujours sous la forme de toutes ces affections combinées dans des rapports infiniment variés; le nombre des asthmes, soit secs, soit humides, soit organiques (avec emphysème), ou des asthmes formés de l'association de ces trois formes; le nombre des névralgies de la tête, des membres et du tronc, etc..., qu'on peut rattacher aux diathèses dartreuse et strumeuse isolées et surtout combinées, ce nombre est vraiment incalculable! Sur vingt dyspepsies, dysmétries ou dyspnées, il y en a plus de la moitié dues au vice dartreux, au vice scrofuleux et à des *scrofulates de dartre*. Le reste appartient aux diathèses rhumatismale et goutteuse. Toutefois, il ne faut pas oublier que ces deux dernières diathèses contractent très souvent d'intimes alliances, des fusions indécomposables avec l'une ou l'autre des deux diathèses précédentes.

» Telles sont, — en laissant de côté, et avec intention, la syphilis qui a pour la scrofule et la dartre une très remarquable affinité; en laissant de côté également le cancer, dont le développement est assez souvent précédé de névralgies désolantes par leur opiniâtre férocité, — telles sont à peu près, d'après les doctrines professées par M. Pidoux, les racines de toutes nos névroses et de toutes nos névralgies irrégulières et bâtardes.

» Le praticien peut voir chaque jour ces transformations nosologiques des diathèses s'opérer sous ses yeux au moment du passage de la jeune fille de l'état d'enfance à la nubilité. Pendant la première de ces périodes, elle a été constamment sujette à des phlegmasies dartreuses ou scrofuleuses. La puberté s'accomplit, et toutes ces phlegmasies disparaissent, et des névralgies faciales et intercostales, des gastralgies et de la dysmétrie, accompagnées d'accidents hystérico-hypochondriaques, remplacent les affections strumeuses qui n'ont cessé que pour le nosographe, mais qui persistent sous une autre forme pour le médecin. Aussi, ces névroses existent-elles rarement sans des nuances plus ou moins prononcées de catarrhe, de phlegmasie, de congestion. Presque toujours la langue est irritée, les gencives gonflées, les follicules de l'isthme du gosier rouges et hypertrophiés; et nul doute que, dans toutes ces gastralgies et ces dyspepsies, si carrément rangées parmi les névroses, il n'y ait des éléments de gastrite chronique et de catarrhe stomacal combinés à ceux de la névrose. La maladie est dans un mouvement continuel d'oscillation entre la prédominance de l'un de ces ordres d'éléments et la prédominance de l'autre, en passant par toutes les nuances intermédiaires, ce qui fait varier à tout instant, et selon les saisons, les âges, etc...., le point de mire du traitement.

» Que ne dirait-on pas, sous ce rapport, des dysmétries? — M. Pidoux range sous ce nom toutes les affections utérines dont la nature a fait, dans ces dernières années, le sujet de deux discussions célèbres à l'Académie de médecine. — Le médecin de l'hôpital Lariboisière compare ces maladies aux dyspepsies; pour lui, ce sont des ordres exactement parallèles. Or, dans celles-ci, le fond est toujours une altération morbide primitive de la fonction pepsique, quelles que soient d'ailleurs les formes variables, et par conséquent secondaires, quels que soient les symptômes de congestion, de phlegmasie, de diacrise, de spasme, de déplacement, dont cette débilité et cette perversion primitives du sens digestif s'accompagnent. Or, il est rare qu'elles existent sans un ou plusieurs de ces symptômes.

» Ainsi en est-il de la dysmétrie. Elle n'est ni une inflammation, ni une névralgie, ni un catarrhe, ni un spasme, ni une déviation primitifs de l'utérus; tout cela est secondaire. Elle est une dysmétrie, c'est-à-dire une débilité et une perversion morbides primitives du sens utérin ou des fonctions spéciales de l'utérus. Ce trouble morbide primitif, toujours essentiel, c'est-à-dire formant toujours le fond et l'essence de la maladie, entraîne l'altération des divers systèmes organiques de l'utérus, laquelle se révèle alors sous les formes de la congestion, du catarrhe, de la douleur, du spasme, de la phlegmasie, et enfin des déplacements divers de l'organe. Ceux-ci, en particulier, ne sont, par conséquent, ni cause, ni effet, ni complication des affections utérines où on les observe; ils sont tout simplement un de ses éléments.

» Eh bien, on peut compter que, dans la plupart des névroses diathésiques de la femme, qui sont un mélange irrégulier d'hypochondrie et d'hystérie, la dyspepsie et la dysmétrie jouent un grand rôle, et qu'il est bien rare qu'aux troubles morbides primitifs du sens pepsique et du sens utérin qui caractérisent ces deux dernières névroses, ne soient pas intimement unis des éléments de congestion, de diacrise, de phlegmasie ou de déviation anatomique.

» Rien de plus difficile que de démêler ces diathèses sous ces névroses, d'en faire un pronostic sérieux qui ne leurre pas les familles, et surtout d'en diriger le traitement. Les diathèses composées ou croisées sont plus réfractaires que les simples. Quant aux névroses bâtardes qui en naissent, elles éludent le plus souvent les influences de la matière médicale.

» Les paralysies qu'on observe dans l'hystérie franche, après des attaques, etc..., sont, en général, éphémères, surtout les hémiplégies, les amauroses, les aphonies, etc... Déjà les paraplégies sont d'un pronostic plus sérieux que les hémiplégies. Mais lorsque celles-là sont évidemment diathésiques, qu'elles s'accompagnent d'une grande irritabilité générale, non seulement du système nerveux, mais du système circulatoire et des membranes de rapport; lorsque l'utérus est en même temps le siége d'une dysmétrie avec congestion habituelle et hyperesthésie de l'organe; lorsqu'en un mot, tout révèle chez la femme une diathèse protéiforme, il faut se défier des paraplégies. Elles ne sont pas alors hystériques dans le sens simple, superficiellement et sainement nerveux du mot, si l'on peut ainsi dire, mais dans son sens diathésique, c'est-à-dire dans le sens d'une altération morbide profonde des propriétés nerveuses de la moelle épinière.

» Conclusion: Il y a névroses et névroses. S'il en est de superficielles et de peu graves, il en est aussi de profondes et d'incurables, et les diathèses sont surtout de ce genre: on a vu de quels caractères généraux elles sont marquées. Sandras, dit M. Pidoux, qui a fait dans l'étude des névroses quelques distinctions pratiques utiles, ne possédait pas le principe de ces distinctions. Il a dû, dès lors, s'arrêter à des remarques purement empiriques qui ne laissent rien dans l'esprit. »

Dr A. Gauchet.

Erratum. — Dans le précédent article, page 54, 3e colonne, 4e ligne, lisez: dans *des* organes, au lieu de dans *les*.....

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDE SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA STRUCTURE DES DENTS HUMAINES;

Par M. E. Magitot. Thèse inaugurale, 29 décembre 1857; Paris, in-4°, 114 pages, avec deux planches.

Ce travail, fort curieux par l'originalité de plusieurs questions relatives au développement et à la structure des dents, se divise en trois parties qui répondent, pour ainsi dire, à trois phases successives du développement dentaire:

1° La première comprend l'étude du follicule dentaire dans sa constitution anatomique, et considéré avant le début de la production des substances dures de la dent. Trois parties principales dans le follicule: *a*, l'enveloppe membraneuse composée de deux feuillets dont la structure est déterminée par l'auteur; *b*, le germe ou organe de l'ivoire; *c*, le germe ou organe de l'émail, situé au-dessus du précédent;

2° La seconde partie comprend l'étude du développement des substances dures de la dent proprement dite: ivoire, émail, cément, au sein du follicule déjà étudié.

3° Structure de la dent adulte dans toutes les parties qui la constituent, c'est-à-dire: 1° *parties dures*, ivoire, émail, cément; 2° *parties molles*, pulpe ou germe dentaire, et membrane alvéolo-dentaire.

Les dents sont ainsi étudiées sous trois aspects différents et successifs, division proposée par l'auteur:

1° Pendant la période embryonnaire, à l'état de bulbe formateur;

2° Pendant la période active du développement;

3° A la période adulte.

Voici un aperçu rapide des points originaux développés dans cette thèse:

1° M. Magitot détermine la disposition et la structure des membranes enveloppantes du follicule, et démontre que la membrane interne, au lieu de se replier sur le germe dentaire à la manière des séreuses, comme l'ont affirmé les auteurs, passe en réalité au-dessous de ce germe avec lequel elle confond ses éléments au point d'insertion.

2° Les éléments anatomiques qui composent le germe de l'ivoire ne sont pas des éléments spéciaux affectés exclusivement à la constitution du germe; ils appartiennent à une espèce d'éléments très abondants chez le fœtus, plus rares chez l'adulte, qui ont reçu de M. Robin le nom de *noyaux embryoplastiques* (noyaux fibro-plastiques des auteurs). Puis sont exposés les phénomènes dont ces noyaux deviennent le siége au sein de l'organe, c'est-à-dire la production graduelle des fibres lamineuses se développant autour du noyau comme centre de la génération, et constituant plus tard la trame celluleuse de l'organe.

Nous trouvons ensuite la détermination de la structure du germe de l'émail, identique à celle du germe de l'ivoire, sauf ces deux différences: la matière amorphe est beaucoup plus pâle, et les prolongements nés des noyaux sont plus longs et plus ramifiés.

3° L'auteur a signalé le premier, dans l'intérieur du germe dentaire, la présence normale de masses phosphatiques et de cristaux d'hématoïdine, particularités qui se rencontrent surtout au moment du début de la dentification, et qui dénotent, selon nous, une exagération du mouvement nutritif au sein de l'organe.

4° Exposé complet des caractères des cellules de l'ivoire et de celles de l'émail, cellules considérées par certains auteurs comme des cellules épithéliales; l'auteur signale les différences qui séparent ces deux espèces de cellules, et démontre expérimentalement les phases successives de développement qui transforment ces cellules, soit en ivoire, soit en émail.

5° Démonstration expérimentale du mode de formation des canalicules dentaires.

6° L'auteur expose quelques vues nouvelles sur la disposition que l'on désigne sous le nom de *globules de dentine* (Czermack, Salter), et signale surtout la façon dont ils paraissent se former, en considérant leur production comme symptomatique d'une affection intercurrente de l'enfance.

7° Explication nouvelle du mode de formation de la pellicule amorphe sus-jacente à l'émail et désignée par Kolliker sous le nom de *cuticule de l'émail*.

8° Après avoir passé en revue les différentes doctrines qui règnent dans la science sur le développement et la nature de l'organe dentaire, doctrines impuissantes, suivant lui, à expliquer les phénomènes que présente cet organe, l'auteur propose une nouvelle théorie dite *Théorie de l'autogénie*.

9° Démonstration du mode de formation du cément, démonstration qui refuse dans ce phénomène toute particapation à la membrane externe du follicule, ainsi que l'ont admis tous les auteurs.

10° La couche d'ivoire granuleuse sous-jacente à l'émail et au cément, et au sujet de laquelle les auteurs donnent des interprétations diverses, n'est autre chose que la réunion de petites lames communiquant avec les tubes, et que l'auteur appelle le *réseau anastomotique* des canalicules dentaires.

11° Ces canalicules sont dépourvus de parois propres.

Enfin M. Magitot donne deux planches gravées sur les dessins originaux d'après des préparations microscopiques qui lui sont personnelles.

Dr A. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de novembre et décembre 1857. — Présidence de M. le docteur Aubrun.

Sommaire. — Correspondance. — De la dilatation forcée du rectum dans la fissure à l'anus; de l'utilité des injections iodées dans la fistule à l'anus. — De l'action toxique des moules, à la suite de leur ingestion dans l'estomac. Discussion: MM. Perrin, Moreau, Homolle, Aubrun, Labarraque, Boucard, Dreyfus, Simonot.

La correspondance comprend:

1° Une brochure intitulée: *Sur un appareil pour toutes les fractures du membre inférieur*, par M. Gaillard, de Poitiers; rapporteur, M. J. Gimelle.

2° Une autre brochure de M. le docteur Debeney, intitulée: *Cure radicale des rétrécissements du canal de l'urètre*; rapporteur, M. Delcroix.

3° Un mémoire imprimé de M. le docteur Aug. Mercier, membre titulaire, *sur la myocardite*.

En l'absence de M. le Secrétaire annuel, la lecture du procès-verbal est remise à la prochaine séance, et M. Perrin prend la place de M. le Secrétaire empêché.

M. le Président, après avoir rendu compte à la Société du point où sont arrivés les travaux de la commission générale des délégués des Sociétés médicales de la Seine, tendant à élaborer, en commun, une pétition à Sa Majesté l'Empereur, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, donne la parole à M. le docteur Perrin pour la communication, à la Société, de deux faits intéressants de guérison chez deux malades atteints, l'un, d'une fistule à l'anus, et l'autre, d'une fissure anale. Dans le premier cas, la guérison a été obtenue à l'aide des injections iodées, et dans le second, au moyen de la dilatation forcée et instantanée du rectum.

Le malade atteint de fistule, dit M. Perrin, était un Monsieur âgé de 48 ans, négociant, habitant les environs de Lyon, obligé de voyager pour ses affaires pendant les trois quarts de l'année, et qui était porteur, depuis quinze mois environ, d'une fistule à l'anus qui avait succédé à un abcès volumineux de cette région, abcès qui s'était ouvert de lui-même, après plusieurs jours de cruelles souffrances, et en donnant lieu à la sortie d'un pus de couleur chocolat, d'une abondance considérable et surtout d'une fétidité insupportable. A la suite de l'ouverture spontanée de cet abcès, le malade conserva un léger suintement que, dans l'ignorance où il était de l'affection dont il était atteint, il attribuait à la présence d'hémorrhoïdes. De passage à Paris, M. X... vint me consulter. Voici ce qu'un examen attentif me permit de constater: absence complète de tumeurs hémorrhoïdales, soit internes, soit externes; sur le côté droit de l'anus, à 2 ou 3 centimètres de son orifice, on constate l'existence d'une petite induration de la peau, de forme globuleuse et du volume d'un noyau de cerise, de couleur violacée, et surmontée, à son

sommet, d'un pertuis presque imperceptible, dans lequel il m'est possible de faire pénétrer l'extrémité d'un stylet boutonné à la profondeur de 4 centimètres environ. L'indicateur de ma main gauche introduit dans le rectum rencontre facilement l'extrémité du stylet, qui n'est séparée de la pulpe de mon doigt que par l'épaisseur de la muqueuse de l'intestin et à une hauteur de 3 centimètres environ. L'existence de la fistule une fois bien constatée, et sans essayer plus longtemps de pénétrer dans le rectum par l'orifice interne de la fistule que je supposais exister, à cause de la coloration d'aspect stercoral du suintement, je pratiquai immédiatement, à l'aide d'une petite seringue en étain, une injection avec quelques grammes de la solution suivante :

Eau distillée	10 grammes.
Iodure de potassium.	25 centig.
Teinture alcoolique d'iode . .	20 grammes.

La douleur vive et instantanée accusée par le malade m'indiqua que l'injection avait bien parcouru le trajet fistuleux. Une seconde injection pratiquée de la même manière, au bout de quatre jours, sortit en partie par l'anus, en occasionnant la même douleur que la première fois, et en me donnant en même temps l'assurance que j'avais bien affaire à une fistule complète. Enfin, une troisième et dernière injection fut encore pratiquée quatre jours après, puis le malade quitta Paris, sans autre amélioration qu'une légère diminution dans le suintement, et sans avoir un seul instant discontinué ses courses pour affaires.

En quittant le malade, nous comptions si peu, nous devons l'avouer, sur l'efficacité des injections que nous venions de pratiquer, que nous lui conseillâmes de s'adresser, à son arrivée à Lyon, à l'habileté chirurgicale bien connue de notre confrère, M. Bonnet, pour y subir l'opération de sa fistule par l'incision. Mais, heureusement, ce conseil devint inutile : quelques jours après son départ de Paris, notre malade vit de jour en jour diminuer son suitement, puis complétement disparaître. Pour son entière satisfaction et celle de sa famille inquiète, il ne crut pas devoir s'en rapporter à lui, et il alla trouver M. Bonnet, qui voulut bien lui remettre pour moi le billet suivant : « La fistule à l'anus dont M. F... était affecté, et qui a été traitée par M. le docteur Perrin, est parfaitement guérie. Il n'existe plus de suintement, et un examen attentif ne m'a fait reconnaître ni trajet fistuleux, ni induration. » Nous avons nous-mêmes revu le malade dernièrement, trois mois après les injections, la guérison s'est maintenue complète.

M. Delcroix : J'ai obtenu des résultats très variables de l'emploi des injections iodées dans le traitement de la fistule à l'anus. Il m'a semblé que ces injections réussissaient principalement dans les cas où le trajet fistuleux remontait assez haut dans le rectum. Dans le cas de trajet court, l'injection séjourne moins facilement, et est moins susceptible de déterminer l'adhésion des parois pseudo-muqueuses de la fistule. Dans ces derniers cas, il préfère les injections concentrées au nitrate d'argent.

M. Perrin : S'il n'y a pas d'autres observations présentées à l'occasion du fait que je viens de rapporter, je demanderai la permission à la Société de lui exposer l'autre cas de guérison obtenue non plus dans un cas de fistule, mais dans un cas de fissure à l'anus, à l'aide de la dilatation forcée et instantanée du rectum. C'était chez un homme âgé de 48 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, maigre, exerçant la profession de fabricant de socles de pendule, de conduite et de mœurs parfaitement régulières, et qui, depuis deux ans au moins, souffrait atrocement, après chaque garde-robe, des douleurs caractéristiques de la fissure à l'anus. L'examen de l'anus nous fit reconnaître, en arrière et un peu à droite, l'existence d'une fissure nettement tranchée, de forme oblongue et à fond calleux. Tous les moyens connus et conseillés en pareille circonstance, et qui, selon les cas, nous ont donné des résultats plus ou moins satisfaisants, n'ayant amené chez notre malade qu'une amélioration passagère, qui même ne tardait pas à disparaître aussitôt que l'on venait à cesser tout traitement, nous proposâmes la dilatation forcée de l'anus. Le malade ayant manifesté le désir d'être chloroformisé préalablement, nous priâmes un de nos excellents confrères, M. le docteur Moreau, de vouloir bien nous prêter son utile concours. Mais, notre confrère ayant fait comprendre au malade que la rapidité de l'opération ne rendait véritablement pas indispensable l'emploi du chloroforme, nous procédâmes aussitôt à la dilatation en introduisant successivement nos deux doigts indicateurs dans l'anus, puis, les repliant en crochet, nous exerçâmes, dans tous les sens, des tractions énergiques et instantanées de dedans en dehors sur l'orifice inférieur de l'intestin. Après l'opération, qui fut cruelle sans doute, le malade conserva pendant toute la journée une douleur contusive de la région anale, que nous calmâmes à l'aide de compresses d'eau froide, mais, dès le soir, il alla à la garde-robe sans plus rien ressentir de ses douleurs d'autrefois. Le lendemain, le malade reprenait ses occupations habituelles, et, depuis trois à quatre mois que date sa guérison, il n'est plus, en outre, sujet à la constipation qu'il accusait autrefois.

J'ai rappelé ces deux cas intéressants de guérison, ajoute M. Perrin, comme un nouvel exemple de l'efficacité de deux méthodes de traitement qui ont parfois une supériorité incontestable sur l'instrument tranchant, en ce sens que, dans les cas où elles réussissent, elles évitent aux malades, outre les dangers inhérents à toute opération sanglante, la perte de temps exigée pour la cicatrisation de l'incision nécessaire dans le traitement de l'une et l'autre maladie.

Il y a lieu également de remarquer que, dans la première observation, la dilatation forcée a triomphé du même coup d'une constipation rebelle, et qui entretenait probablement la fissure. Je n'hésiterais pas, en présence de ce résultat, à recourir à la dilatation comme moyen de combattre ces constipations opiniâtres, qui ne cèdent à aucun moyen pharmaceutique, et qui sont certainement entretenues par une sorte d'état spasmodique des sphincters.

M. Moreau : J'ai obtenu de la dilatation forcée de l'anus les résultats les plus avantageux dans des cas où la fissure ne jouait évidemment qu'un rôle secondaire, et même dans une circonstance où il n'y en avait pas trace. Chez une jeune femme qui, depuis six à huit mois, rendait un demi-pot de sang après chaque garde-robe, et qui, par suite de ces hémorrhagies rectales, était plongée dans un état alarmant d'anémie, j'ai vu tous les accidents hémorrhagiques disparaître ainsi que la fissure qu'elle portait, après avoir dilaté la malade. Huit jours après, il n'y avait plus trace de sang à la suite des garde-robes, ni fissure. Chez un autre malade, un Monsieur qui, depuis près de deux ans, rendait du sang en abondance après la défécation, et chez lequel il ne me fut pas possible de découvrir l'existence d'une fissure, bien que chaque garde-robe fût suivie de vives douleurs à l'anus, je recourus également à la dilatation avec un succès inespéré. Le malade, en effet, était en même temps affecté d'une chute du rectum, qui ne disparaissait, après chaque garde-robe, qu'après des tentatives très douloureuses et fatigantes de réduction. Or, aujourd'hui, cette chute se produit bien encore, mais sans presque aucune douleur, et la réduction en est facile : de plus, les hémorrhagies rectales ont disparu entièrement.

M. Compérat : La dilatation forcée comme moyen de combattre certaines constipations est un moyen qui a déjà été employé avec succès, précisément par un membre de cette Société, par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de la Pitié. Dans les cas d'hémorrhoïdes, rendues douloureuses par la violence de constriction du sphincter, ce moyen lui a réussi quelquefois, et sans avoir été obligé de pousser la dilatation très loin. A propos de cette opération, je rappellerai que j'ai publié autrefois un fait d'abcès du petit bassin, dans lequel Récamier, cet habile et ingénieux praticien, n'hésita pas à recourir à son emploi, pour vaincre une constriction extrême de l'anus et faciliter par ce moyen l'introduction de mèches dans le rectum, par lequel l'abcès avait été ouvert. Récamier, dans cet anus où il n'était pas possible d'introduire l'extrémité du petit doigt, fit pénétrer en vrille sa main tout entière, puis la retira brusquement. A partir de ce moment, le pansement de l'abcès devint possible et presque facile.

M. Homolle : J'appartiens, en médecine, aux doctrines vitalistes : or, je me défie d'un moyen aussi mécanique que la dilatation forcée pour guérir la constipation nerveuse dont on a parlé. Dans cette affection, au-dessus des sphincters spasmodiquement contractés, il se produit une dilatation de l'intestin, en forme d'ampoule, dans laquelle les matières stercorales durcies viennent s'accumuler, et que la contractilité insuffisante ou affaiblie de l'intestin est incapable d'expulser. La dilatation ne peut guère, selon moi, modifier un pareil état de choses. Les purgatifs n'y réussissent pas mieux. J'y arrive le plus souvent pour mon compte, en soumettant les malades à l'usage de pilules ou de poudres laxatives, auxquels j'associe la poudre de noix vomique ou la strychnine. Ainsi, je prescris souvent avec succès des paquets composés de 30 centigr. de magnésie calcinée et de 1 centigramme de poudre de noix vomique, ou de 1 milligramme de strychnine.

M. Aubrun : En présence d'une médication en apparence irrationnelle, mais qui guérit, je considère comme parfaitement secondaire, la question de doctrine. J'ai guéri, par la dilatation, deux malades chez lesquels les médications les plus variées avaient échoué. L'un était un homme de 36 ans, presque toujours assis par la nature de ses occupations, et en proie habituellement à une constipation rebelle et opiniâtre. Chaque garde-robe, rendue à de longs intervalles, était suivie de l'expulsion pénible et douloureuse de matières stercorales sèches et dures. Il n'y avait pas de fissure. Les sphincters, chez ce malade, étaient tellement contractés, que l'extrémité du petit doigt pouvait à peine pénétrer dans l'anus. Eh bien, la dilatation pratiquée l'a guéri complétement de cette constipation et de tous les accidents dont elle était accompagnée. L'autre malade était une jeune femme de 26 ans, qui en était arrivée à ne plus sentir le besoin d'aller à la garde-robe. On en était venu à être obligé parfois de débarrasser artificiellement son rectum des matières recuites qu'il contenait à l'aide du manche d'une cuillère. Il n'existait pas trace de fissure, les douleurs accusées à l'anus n'étaient dues qu'au passage difficile des matières desséchées. Or, chez cette malade comme chez le premier, la dilatation, précédée d'une chloroformisation incomplète mais suffisante pour engourdir le sentiment de la douleur, l'a guérie parfaitement, et, aujourd'hui, elle continue d'aller naturellement à la garde-robe sans lavements ni purgatifs. La guérison date de six mois.

Dans une autre séance, M. le docteur Aubrun a fait part de quelques remarques qu'il a faites sur lui-même, à la suite de l'ingestion de moules, qui ont déterminé quelques accidents d'intoxication. En présence de coliques vives, d'un sentiment de brûlure à la gorge, M. Aubrun crut devoir recourir à un vomitif, pour vider l'estomac et expulser les moules non digérées; sous l'influence de ce moyen, les premiers accidents disparurent, mais en laissant une sensation d'acidité insupportable, particulièrement localisée dans les dents. Cette acidité, qu'avaient au reste déjà dévoilée les matières vomies, persista avec une telle intensité que le rapprochement des dents devenait une véritable souffrance; de petites doses de magnésie, prises successivement dans de l'eau sucrée, firent cesser cet état et le calme reparut. M. Aubrun se demande s'il n'aurait pas dû commencer par là, et s'il n'aurait pas ainsi évité d'avoir recours au vomitif.

M. Labarraque dit que, dans les cas d'empoisonnement par les moules, il a été amené à administrer l'eau-de-vie coupée d'eau sucrée; sans cependant pouvoir se rappeler d'où lui venait cette indication, sans même pouvoir s'expliquer d'une manière positive quelle est l'action de l'alcool en pareil cas. Toujours est-il qu'il a constamment vu le moyen suivi de succès, et généralement même dans un délai de moins de trois ou quatre heures.

M. Boucard pense que l'action avantageuse de l'alcool sur l'estomac pourrait être attribuée à un effet anesthésique.

M. Bonassies dit avoir été souvent consulté pour des accidents causés par les moules; qu'il s'est borné, en pareil cas, à prescrire une limonade de citron et qu'il n'a jamais vu aucun malade le rappeler pour une aggravation de symptômes.

M. Dreyfus pense que la question importante, en pareil cas, est de savoir si les faits toxiques tiennent à une idiosyncrasie du sujet, ou à un principe vénéneux inhérent à la moule, et, dans ce dernier cas, quel serait ce principe ?

M. Simonot fait observer que, sur les côtes où la moule est un aliment journalier, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui, en toute saison, ne peuvent ingérer une seule moule, sans présenter les symptômes suivants : toux rauque, boursoufflure de la muqueuse du pharynx, éruption ortiée sur la peau, à la suite quelques selles diarrhéiques.

Évidemment là il existe une idiosyncrasie; en pareil cas, les accidents n'acquièrent jamais une gravité sérieuse, et il suffit d'un peu de lait pour les faire cesser.

Mais, à côté de ces faits simples, il en est de plus compliqués que l'expérience a démontrés provenir de la moule elle-même. Ces accidents étant plus fréquents et plus graves à l'époque où ces mollusques accomplissent l'acte de la génération, on a été porté à admettre une transformation passagère dans leur chair, transformation encore indéfinie, mais développant des qualités toxiques.

Ici les résultats offrent plus de gravité, aux premiers accidents de toux rauque, d'éruption ortiée, de boursoufflure des muqueuses pharyngienne et oculaire, succèdent promptement une agitation violente, des frissons, des crampes, l'altération de la face, un abaissement de température de toute la surface cutanée, des vomissements, des selles aqueuses et abondantes, puis une réaction d'autant plus forte que ces premiers faits ont été plus intenses.

Là est un véritable empoisonnement qui n'a plus la durée éphémère des faits idiosyncrasiques, qui persiste souvent plusieurs jours et laisse surtout le sentiment si pénible dont M. Aubrun a pu constater l'action sur lui-même, l'agacement des dents.

Le lait, en pareil cas, est un remède populaire, seul ou additionné d'un peu d'eau de chaux.

Mais si son action reste insuffisante, si les vomitifs n'ont pas été assez prompts à débarrasser l'estomac, les boissons alcoolisées, éthérées, diaphorétiques, les moyens calorifiques deviennent indispensables pour combattre les accidents auxquels on ne peut refuser une certaine ressemblance avec les symptômes du choléra.

Le secrétaire général, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

NOUVELLE OBSERVATION D'EMBOLIE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, par le professeur Virchow. — L'observation suivante, quoiqu'elle ne donne pas la démonstration mathématique de l'existence de l'embolie, doit être prise cependant en sérieuse considération.

Une journalière de 28 ans, ayant eu déjà deux enfants, fut prise subitement d'accès de manie aiguë; elle voulait étrangler ses enfants, s'accusait d'une nouvelle grossesse, etc. A son entrée à l'hôpital, elle ne présentait pas de lésion d'aucun organe accessible à l'exploration. Les accès étaient presque continus, le paroxysme porté au plus haut degré, les hurlements épouvantables, etc. « Le 12 janvier 1856, huitième jour de l'entrée : dans les trois derniers jours, l'agitation alternait avec du repos. A la visite du soir d'hier, la malade était couchée tranquillement dans le lit, ne répondait pas aux questions, ce qu'elle faisait souvent, le pouls carotidien était modérément fréquent, pas faible, la respiration tranquille et régulière; aucun symptôme particulier ne fut observé. Dans la nuit, agitation et cris violents; vers le matin, un peu de calme; la malade prend une partie de son déjeuner des mains de l'infirmière. A peine celle-ci l'eut-elle quittée, qu'elle entendit quelques cris plaintifs dans la cellule; elle y retourna immédiatement et trouva la malade au moment de rendre le dernier soupir : elle était morte à l'arrivée du médecin. »

Autopsie : « Cœur gorgé de sang, la masse musculaire en est d'une teinte bleuâtre foncée; sang presque partout liquide, ne renfermant qu'en quelques endroits de petits coagulums gris-rouges, très friables. Cœur gauche tout à fait contracté et rigide. Forte réplétion des vaisseaux coronaires. Rien dans les poumons et dans les grosses bronches. Des deux côtés, dans les divisions principales de l'artère pulmonaire, il existe de gros bouchons, fermant presque complétement la lumière du vaisseau, à surface cannelée, relativement sèche, d'une grande solidité, sans aucune adhérence, de peu de longueur et derrière lesquels les branches du vaisseau sont tout à fait perméables. Tous ces caractères indiquent évidemment leur nature embolique. La recherche de la thrombose primitive fut longtemps infructueuse; à la fin, on trouva toutes les ramifications musculaires des veines des deux jambes très variqueuses et remplies de vieux caillots denses; la coagulation s'étendait en haut par la tibiale, dans la poplitée dans laquelle on rencontra les mêmes masses coagulées que dans l'artère pulmonaire. La liquidité complète de la masse sanguine ne laisse aucun doute sur la nature de ces caillots. »

D'après l'état du cœur rencontré dans les cas analogues, ainsi que dans les expériences, M. Virchow avait conclu que la mort arrivait par arrêt de la circulation dans les vaisseaux coronaires et par paralysie (asphyxie) du cœur, et que celui-ci mourait dans la diastole. Dans cette observation, au contraire, la systole du ventricule gauche était très prononcée. Est-ce un état ayant existé au moment de la mort, ou bien lui est-il postérieur et déterminé par une contraction survenue après (*rigor mortis*)? Le dernier point paraît probable. — (*Archiv. f. path. anat. u. physiol.*, etc. tome IX, 1856.)

RÉCLAMATION.

Paris, le 4 février 1858.

Mon cher Monsieur A. Latour,

Dans l'appréciation que vous avez faite de la séance de l'Académie de médecine du 2 février, vous vous êtes étrangement mépris sur l'opinion que j'ai émise relativement à la disposition plus ou moins grande des animaux aux parasites, soit végétaux, soit animaux. Vous avez dit : « Pour » M. Leblanc, si la production des parasites sur l'organisme est *quelquefois* favorisée par un état chétif et souffreteux de la constitution, » le *contraire a lieu beaucoup plus souvent*, etc., etc. » Vous pourrez lire dans mon manuscrit, déposé sur le bureau de l'Académie, ces mots : « J'admets très volontiers que les parasites *pullulent bien mieux* chez » des individus végétaux ou animaux *chétifs*, mais je soutiens que les » parasites vivent et pullulent aussi très bien chez des sujets bien portants, etc. »

Vous devez voir que l'opinion que j'ai émise d'abord est *identiquement la même* que celle que M. H. Bouley est venu soutenir ensuite. J'ai, du reste, eu le soin de faire cette remarque devant l'Académie après le discours de M. Bouley.

Si vous pouviez revenir sur l'erreur fondamentale que vous avez commise à votre insu, vous me feriez bien plaisir.

Votre tout dévoué serviteur,

Leblanc.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 16. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 9 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nous avons, dans notre dernier *Bulletin*, donné le commencement de la discussion suscitée par M. Boinet, à propos des injections iodées appliquées au traitement des abcès par congestion.

A la suite des orateurs dont nous avons reproduit les objections, M. Broca a pris la parole, et, dans une argumentation trop longue pour que nous puissions la transcrire *in extenso*, l'honorable membre de la Société a dit : que, selon lui, M. Boinet se faisait quelque illusion sur le rôle des injections iodées, mais que, cependant, il ne saurait partager le scepticisme de plusieurs de ses collègues sur les effets de ces injections : il a vu guérir des abcès par congestion traités par elles. De plus, il a trouvé, chez un assez grand nombre de sujets ayant succombé par suite de ces abcès, la lésion des os complétement guérie. Il a présenté à la Société anatomique des pièces qui mettent ces faits hors de doute.

Cette guérison spontanée de la carie, a dit M. Broca, et de toutes les suppurations qui viennent du squelette, est, en général, considérée comme fort rare. On part de l'idée préconçue que toutes ces altérations osseuses dépendent d'une cause constitutionnelle, et, dès lors, on est disposé à croire qu'elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément. C'est une grande exagération. La carie, comme la nécrose, comme les tubercules osseux, constitue quelquefois un mal entièrement local, et ces diverses affections peuvent se développer chez des individus robustes, bien constitués, exempts de toute diathèse. Pour les tubercules des os, cela a été dit depuis longtemps; c'est même cet exemple qu'on a opposé à M. Louis pour repousser la loi trop générale qu'il avait émise sur la répartition des tubercules dans les divers organes. Non seulement la tuberculisation des os existe fréquemment chez des individus dont les poumons sont parfaitement sains, mais encore l'expérience a démontré que souvent la production tuberculeuse est localisée exclusivement dans une région très circonscrite du squelette. Il en est de même de la carie, qui se montre assez souvent comme accident entièrement local chez des sujets très bien constitués. Cela est vrai pour les caries vertébrales aussi bien que pour les caries des os superficiels, et celui qui s'en rapporterait à l'étiologie des livres classiques serait bien surpris de voir que, dans les hôpitaux d'*adultes*, la plupart des abcès par congestion se montrent chez des sujets dont la santé générale paraît d'ailleurs excellente.

On a donc beaucoup exagéré le pronostic de la carie et des tubercules des os. Les tubercules guérissent très souvent, et cela a lieu de deux manières : tantôt par absorption de la matière tuberculeuse ou par enkystement, et sans formation d'abcès; ce mécanisme est possible même lorsque plusieurs corps vértébraux superposés sont creusés de cavités tuberculeuses; la guérison alors ne s'effectue qu'à la faveur d'un affaissement qui laisse une gibbosité médiane et postérieure.

Personne n'ignore que c'est une terminaison assez commune du mal de Pott. Le second mécanisme nous intéresse davantage. La matière tuberculeuse se fait jour à l'extérieur de l'os, et provoque dans les parties molles la formation d'un abcès par congestion. L'injection iodée peut-elle, en pareil cas, exercer sur l'état de l'os une influence favorable? Nullement, car la cavité tuberculeuse de l'os est tapissée d'une membrane qui empêche le contact de l'iode avec le tissu osseux. Par cela seul que la matière tuberculeuse s'est portée en dehors de l'os, l'altération osseuse est déjà en voie de guérison spontanée. La lésion du squelette cesse dès lors d'influer sur la marche de l'abcès, et celui-ci constitue à lui seul presque toute la maladie locale. Quant à la carie, il est possible qu'elle soit souvent entretenue par une diathèse; mais cette altération, considérée en elle-même, est parfaitement curable. C'est surtout une question de temps; il faut quelquefois plusieurs mois, plusieurs années, pour tarir la suppuration osseuse; mais les malades, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, finissent le plus souvent par guérir sans opération, lorsque le siége spécial de la carie ne fait naitre aucune complication. Ces résultats heureux sont peut-être rares dans les hôpitaux où les malades ne peuvent sans inconvénient faire un séjour trop prolongé; mais en ville, et surtout à la campagne, la guérison de ces caries sans opération, et même sans traitement local, est la règle la plus ordinaire ; seulement ces guérisons exigent un temps fort long.

Après avoir ajouté que, même après la disparition de la maladie de l'os, l'abcès qui persiste peut constituer une complication très grave, souvent mortelle, dont on ne peut se rendre maître par les injections d'iode; et, que l'iode, contrairement à l'opinion de M. Boinet, n'a aucune influence sur la lésion du tissu osseux, ainsi qu'il résulte de nombreuses expériences, M. Broca s'est résumé en ces deux propositions : 1° Les injections iodées n'exercent absolument aucune action sur l'état local; 2° elles exercent, au contraire, une action des plus favorables sur les parois des abcès par congestion, et ce moyen, quoique fort douteux dans ses résultats, est préférable cependant à tous les autres moyens locaux qui ont été préconisés jusqu'ici.

Parmi les considérations présentées par d'autres membres de la Société, nous devons mentionner les faits de guérison de tumeurs blanches au moyen des applications extérieures et locales — autour des articulations malades — de la teinture d'iode, qu'a rapportés M. Verneuil.

M. Morel-Lavallée a répondu aussi à l'objection de M. Cazeaux, toute théorique, selon lui, et consistant à nier qu'on puisse faire arriver jusqu'à l'os, le médicament, surtout lorsque le trajet fistuleux est long et étroit. Quand, a dit M. Morel, on injecte l'iode, après avoir aspiré le pus, il n'y a aucune raison pour que la teinture d'iode ne pénètre pas partout où était le pus.

M. Boinet, pour répondre à la mise en demeure de M. Richard, a cité 14 cas d'abcès par congestion traités par les injections iodées et guéris, ou du moins heureusement modifiés ; il a ajouté qu'il n'avait perdu qu'un très petit nombre de malades. Abordant ensuite la principale objection de M. Broca, à savoir que l'iode n'agit pas sur le tissu osseux, M. Boinet a dit :

La teinture d'iode, appliquée sur la peau trois jours de suite, fait tomber l'épiderme et détermine même parfois un suintement de sang, et vous ne voulez pas qu'une substance aussi active puisse modifier l'état des tissus osseux? D'ailleurs, lorsqu'on agit sur des os superficiels, on voit que le contact de l'iode active la vitalité des os, les déterge et les fait cicatriser. Pareille chose doit donc se passer sur des os plus profonds qui entretiennent des abcès par congestion.

Quant à la non-pénétration de l'injection jusqu'à la lésion de l'os, M. Boinet a invoqué, pour combattre cet argument, le témoignage de M. Morel, et a rappelé des faits dans lesquels les fistules étant multiples, la teinture d'iode, poussée par l'une, ressortait par les autres, après avoir nécessairement traversé l'os malade.

Feuilleton.

LETTRE à M. le docteur DESMARRES,

SUR UN CAS DE NÉVROSE OCULAIRE.

« J'ai souvent entendu former le vœu que les médecins eussent éprouvé les maladies qu'ils décrivent. Nul doute alors que celles-ci ne fussent considérées sous un autre point de vue et qu'il n'en résultât des lumières *qu'il est impossible d'avoir* lorsqu'on n'a pas soi-même senti les souffrances qu'on cherche à faire connaître. »

(Le professeur ROSTAN, *Lettre* à l'auteur.)

I.

Monsieur et éminent confrère,

La pathologie de l'œil, comme celle du cerveau, renferme une multitude de langues qu'il n'est pas aisé de connaître, car peu de gens sont capables de les lire; encore s'y trouve-t-il des passages qui ne sont qu'épelés, et qu'il est impossible de traduire. Or, si les Champolion de l'ophthalmologie ne peuvent vaincre toutes les difficultés de ces idiomes, que doit-il en être des médecins, *destinés à tout faire*, qui ne se sont occupés d'oculistique que pour préparer superficiellement leur cinquième examen? Aussi, lorsque plus tard ils se trouvent en face de certains malades du genre, ils sont embarrassés comme le serait un maître d'école à l'égard du zodiaque de Denderah. Ne pouvant avouer qu'ils n'entendent rien à la mosaïque qui leur est présentée, ils la jugent quand même, et un traitement quelconque est prescrit; voilà surtout le côté néfaste de leur ignorance.

Depuis longtemps, Monsieur, j'avais cette piteuse opinion de la manière dont, généralement, on se comporte dans votre domaine; et, si je me permets de la manifester aujourd'hui, c'est grâce à votre extrême franchise. En effet, n'avez-vous pas, dans une circonstance triomphale — à laquelle je n'ai pu applaudir que de loin — n'avez-vous pas considéré ce sujet comme *un dédale obscur* dont les sinuosités sont peu connues dans notre patrie (1).

A Dieu ne plaise, Monsieur, que je prétende me soustraire à la critique que je fais peser sur la majorité de mes confrères; non, je ne veux point vous porter à croire que je suis docteur en ophthalmologie, car à peine oserais-je m'en avouer *bachelier*.

Si je suis à cent lieues des limites de l'observation et de celles de la théorie, je sais ce que sont, dans le pèse-douleurs de l'humanité, les symptômes impressifs fournis par certains états de l'anormalité visuelle. Cette expérimentation — je le dis et quelque jour je le démontrerai — me donne une sorte de suprématie que j'invoque pour raconter la névrose, seulement qualifiée par moi, dans la lettre que j'ai eu l'honneur de vous écrire le 29 octobre. Comme mon affection a sa genèse parfaitement établie, c'est par celle-ci que je vais commencer.

II.

Ce qui désharmonise actuellement ma santé, n'est, Monsieur, que la conclusion d'un drame névropathique embrassant l'espace d'environ vingt-deux années. Son caractère essentiel était une parfaite intégrité des facultés psychiques coïncidant avec une foule de désordres cérébraux; surtout avec une difficulté intermittente dans l'exercice de l'attention comme dans celui des mouvements volontaires. La moindre fatigue, la plus petite impression morale, le besoin de nourriture ou de sommeil; enfin, une secousse atmosphérique m'enlevaient la possibilité de pouvoir lire, écrire ou marcher. L'arrêt avait lieu, constamment lieu dans la partie antérieure du cerveau, là où chacun *sent qu'il pense*. Ce triple fait confirme les opinions du savant M. Parchappe; car, en ce qui regarde la progression, j'affirme que, sauf quelques lumbagos de peu de durée, je n'ai jamais rien ressenti dans les régions postérieures du tronc, et que la moelle ne prenait aucune part à la rébellion locomotrice, laquelle était en raison directe de l'écoulement diurne; ou, si l'on veut, de la déperdition de mes forces. J'ai tout un volume à publier sur ce déraiement physiologique; ce que je viens de dire suffira pour établir l'origine de l'épisode que j'en rapporte.

Après une forte recrudescence de la perturbation nerveuse, qui eut lieu dans l'hiver de 1853 à 1854, j'éprouvai un amendement si manifeste que je l'aurais pris pour un commencement de guérison, si je n'avais connu le protéisme des maladies de cet ordre; donc, je me défiais ! Le mieux continua, il s'accrut; et, en 1856, je me trouvais presque replacé dans la voie d'où j'étais sorti. En vue de consolider cet état, je partis pour Paris, comptant sur l'heureuse influence d'un changement de milieu, et sur celle, non moins grande, de la présence de mes amis. Tous furent enchantés de mon bien-être; et, lorsque je fus de retour, ils m'en complimentaient encore dans leur correspondance. Ce bonheur ne devait pas se prolonger, car il fut renversé en moins d'une seconde : je m'exprime sans hyperbole.

III.

Imaginez-vous, Monsieur, que je venais de terminer une étude médico-littéraire sur Samuel Johnson (1) et de protester contre l'abus des vivisections, lorsque, le 10 novembre de l'an dernier, la fatale névrose se réveilla, et, changeant son point d'élection, vint se fixer sur l'appareil optique. Cet accident se produisit-il sans cause déterminante appréciable? Il y en eut une; mais si petite qu'il faut être médecin, dans toute la valeur du terme, pour comprendre qu'il est des conditions pathologiques dans lesquelles *un rien* peut faire sur nous ce que fait l'étincelle sur un baril de poudre : vous allez en juger.

C'était, ai-je dit, le 10 novembre ; ce jour était sombre, humide, chaud comme au printemps. Cette disposition atmosphérique, me rendant toujours réfractaire à l'étude, me livrait à un désœuvrement plus redoutable sur le rocher du Mont-St-Michel qu'il ne le serait ailleurs ; surtout quand on a le désagrément d'être fort bête en face de l'esprit de province ; qu'on n'a aucune appétence pour le jeu comme pour la table, et qu'à l'exemple de Montaigne on peut dire : « ce qui regarde de plus près l'usage de la vie, c'est chose éloignée de mon dogme.... » Or, ne sachant à quoi m'occuper, je m'avisai de vouloir intercaler, dans mon petit dictionnaire de Poitevin, bon nombre de mots qui ne s'y trouvaient point. Je commençai par celui de *tautologie* ; à peine eus-je écrit les deux premières syllabes que je sentis ma vue fatiguée ; chaque lettre en plus la fatigua davantage ; et, à la dernière, je me vis entouré d'une vapeur qui se condensa au point de me plonger dans une profonde obscurité. Des aspersions d'eau froide dissipèrent cet état ; mais l'organe était lésé ; et dès cet instant j'entrai dans une période qui devait compléter les plus terribles appréhensions qu'il soit donné à un homme de pouvoir subir dans l'étendue de sa vie.

Le lendemain matin 11, je ne pus, selon mes habitudes, écrire à la lueur d'une bougie ; et bientôt il me fut impossible de le faire durant le jour. Le 15, je me sentis blessé par la lumière, et par le feu du foyer ; vers le 16 ou le 17, par le reflet des corps brillants, tels que les métaux, le verre ; enfin, arriva le tour des substances blanches.

L'atmosphère prit un ton rougeâtre ; dans le demi-jour, elle se présentait comme étant formée de couches superposées et oscillantes ; si je faisais un mouvement brusque, ces couches se comportaient comme les eaux de la mer lorsqu'on les agite pendant la nuit : elles acquéraient

(1) Voir le journal l'UNION MÉDICALE, *Courrier* du 24 mars 1857, où il est parlé de l'ovation faite à M. le docteur Desmarres.

(1) A propos de ce travail publié dans l'UNION MÉDICALE des 18 juin et 2 juillet 1857, je relèverai une erreur historique commise par mon copiste. En effet, celui-ci a substitué, au nom de *Georges III*, celui de Jacques II. L'anachronisme est saillant : il se trouve dans le numéro du 18 juin, vers le milieu de la troisième colonnette.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TYPHUS QUI A RÉGNÉ SUR QUELQUES BATIMENTS DE L'ESCADRE DE LA MER NOIRE EN 1856;

Par L. Thibaut, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Du mois de janvier 1856 au mois d'avril suivant, des bâtiments de guerre à vapeur faisant partie de l'escadre de la mer Noire, furent employés à transporter les malades de l'armée, de Kamiesh, de Kerth et de Kinburn, aux hôpitaux de Constantinople.

A la suite de ces voyages, les équipages de ces navires furent successivement attaqués par le typhus.

Cette maladie, évidemment communiquée à nos marins par les militaires passagers, se montra avec plus d'intensité sur huit bâtiments dont les noms suivent :

Wagram, vaisseau à vapeur;
Magellan, frégate à vapeur;
Orénoque, frégate à vapeur;
Eldorado, frégate à vapeur;
Vauban, frégate à vapeur;
Algérie, frégate à voiles;
Coligny, corvette à vapeur;
Lucifer, corvette à vapeur.

Les typhiques de six de ces navires furent, au début, traités à bord par leurs chirurgiens-majors, ensuite, évacués sur les hôpitaux maritimes de Kalki et de Thérapia.

Quant à ceux des deux autres, *Magellan* et *Lucifer* (140 malades), ils furent soignés à Kamiesh par deux de nos collègues, MM. Bertrand et Thomas, sous notre direction (alors que nous remplissions les fonctions de médecin en chef de l'escadre sur le vaisseau amiral le *Napoléon*). L'observation de ces derniers malades, les rapports que nous avons reçus des médecins des bâtiments attaqués par le typhus, les notes que nous devons à l'extrême obligeance de nos collègues, MM. Arnaud et Macret, médecins en chef des hôpitaux de Kalki et Thérapia, nous ont fourni les éléments de ces considérations.

Les circonstances spéciales dans lesquelles nous nous trouvions placés ne nous ont malheureusement donné ni le temps, ni la facilité de réunir les matériaux d'un travail plus étendu. Mais nous avons pensé que le simple récit des faits que nous avons vus pouvait offrir quelque intérêt.

Historique. — Quand les navires désignés plus haut furent affectés au transport des malades, ils reçurent, à Kamiesh ou en d'autres points de la mer Noire, un assez grand nombre de militaires malades versés par les ambulances de l'armée. Ces hommes, pour la plupart, étaient convalescents; quoiqu'il se trouvât aussi, parmi eux, des malades dans un état tellement grave, qu'il en mourait toujours quelques-uns pendant la traversée.

C'étaient, en grande partie, des scorbutiques et des dysentériques, mais un certain nombre étaient aussi désignés comme atteints d'*affections typhoïdes*.

Or, cette maladie n'était autre que le typhus qui sévissait alors dans les camps.

A leur arrivée à bord du bâtiment qui devait les transporter, ces malades étaient couchés dans les batteries ou les faux-ponts, et séparés, autant que possible, des matelots.

Mais ils avaient toujours d'assez nombreux rapports ensemble; car on sait combien un isolement complet des individus est difficile à maintenir à bord d'un navire de guerre, par suite des besoins du service et du nombre, toujours élevé, des hommes constituant son équipage.

Aussitôt que l'embarquement des malades était opéré, le bâtiment partait pour Constantinople.

Le voyage durait deux ou trois jours, et, à l'arrivée dans le Bosphore, les malades étaient évacués à terre.

Ils avaient ainsi séjourné sur le navire rarement plus de quatre jours.

Celui-ci, débarrassé de son chargement, était soumis à une série de mesures hygiéniques, ayant pour but de l'assainir et de purifier les objets de couchage et d'habillement qui avaient servi aux malades et aux marins; puis il revenait presqu'aussitôt à Kamiesh.

Quelques jours se passaient, sans qu'on eût rien de particulier à signaler dans l'état sanitaire de l'équipage, quand, tout à coup, le treizième ou quatorzième jour (rarement plus tard) après le *jour de l'embarquement* des malades, quelques cas de typhus se montraient parmi les matelots.

Ces cas étaient plus nombreux, plus graves parmi les individus qui, par profession ou par emploi, s'étaient trouvés en contact plus immédiat avec les localités habitées par les malades passagers.

Ainsi les gens logés dans les faux-ponts, la partie *avant* des batteries (maîtres, mécaniciens, gardiens, infirmiers) ont été, au début, plus particulièrement atteints, et ont donné le plus de victimes au fléau.

En deux ou trois jours, le mal s'étendait rapidement sur le navire envahi, surtout si, par sa position actuelle (en mer ou loin des hôpitaux), il était impossible d'en évacuer sur-le-champ les premiers malades. Ceux-ci, concentrés dans les seules localités où il fût possible de les réunir (batteries, faux-ponts) à cause de la rigueur de la saison et des nécessités qu'imposent la distribution intérieure et le service d'un bâtiment de guerre, formaient un foyer infectieux dont l'influence, s'irradiant bientôt en tout sens, envahissait successivement les autres parties du navire.

Tous les cas affectaient alors une extrême gravité.

Semblable à un incendie, le mal allait s'accroissant en intensité et en étendue à mesure qu'il trouvait de nouveaux éléments d'alimentation.

La marche de ses périodes, alors confuse, mal dessinée, se précipitait rapidement. En vingt-quatre heures, deux jours au plus, le délire éclatait.

Quelques jours encore dans cette situation, et l'on avait la fatale certitude que tout le monde, à bord, devait être atteint.

La frégate l'*Algérie*, qui avait gardé ses malades plus longtemps que les autres navires, ne conserva plus que 25 hommes valides sur 150 hommes d'équipage.

Mais heureusement, grâce à la proximité des localités et aux mesures ordonnées par le commandant en chef de l'escadre, les malades étaient bientôt évacués sur les hôpitaux de Kalki ou de Thérapia, ou déposés à Kamiesh, comme on le fit pour ceux du *Magellan* et du *Lucifer*, dans des ambulances établies à terre, ou sous des tentes dressées sur le pont des bâtiments.

Dès que les typhiques étaient isolés, disséminés, mis pour ainsi dire à l'air, l'épidémie s'arrêtait brusquement sur le navire envahi.

On n'avait plus, et seulement pendant peu de jours, que quelques cas légers parmi les hommes épargnés jusqu'alors.

Ces cas se terminaient toujours heureusement et promptement.

L'influence des mesures hygiéniques adoptées ne tardait pas à s'étendre aux malades évacués dans les ambulances ou dans les hôpitaux.

Les cas jugés très graves dès le début, les premiers hommes atteints, les individus épuisés par l'âge et les fatigues du service succombaient, il est vrai, fatalement dans les premiers jours; mais, chez les autres malades, on voyait, quoiqu'ils fussent placés sous des abris provisoires, par une température rigoureuse (8 à 10 degrés centigrades), l'affection perdre en peu de jours toute sa gravité, le délire cesser comme par enchantement, et des cas, qu'on aurait pu considérer, au début, comme désespérés, passer rapidement à la convalescence.

La guérison était prompte et certaine. Un petit nombre d'hommes seulement ont dû être renvoyés en France par suite d'états pathologiques consécutifs au typhus.

Au mois d'avril, ce service de transport des malades de l'armée, exécuté par les navires de guerre, dut cesser.

On y affecta exclusivement trois frégates à vapeur disposées en hôpital.

Déjà, du reste, depuis quelque temps, l'intendance militaire avait frété pour le même emploi de grands navires de commerce.

On y embarquait, pour la traversée, un des médecins en sous-ordre de l'escadre.

Après chaque voyage, l'équipage de ces navires-transports, quoique fort peu nombreux, payait aussi son tribut à l'épidémie.

Et dans leur mission périlleuse, plusieurs de nos jeunes collègues ont été victimes de leur dévouement.

Nous terminerons cet exposé historique par un tableau indiquant :

Le chiffre de l'équipage des navires atteints;
Celui des malades, des morts;
La date de l'invasion du typhus sur chaque bâtiment;
La date de sa cessation;

Nous y verrons que la durée de l'épidémie, par chaque bâtiment, a varié entre 4, 7 et 25 jours.

La marche de cette épidémie a toujours été rapide. Les trois quarts des malades se présentaient dans les 4, 7, 8, 9 premiers jours.

En 4 jours, on comptait 80 mal. sur 116 (chiffre total) (*Orénoque*).
En 6 jours, on comptait 92 mal. sur 127 (chiffre total) (*Algérie*).
En 7 jours, on comptait 106 mal. sur 120 (chiffre total) (*Magellan*).

NOMS des bâtiments.	CHIFFRE de l'équipage.	NOMBRE des malades.	NOMBRE des morts.	DATE de l'invasion du typhus sur le navire.	DATE de la cessation du typhus sur le navire.
Wagram. . . .	890 h.	45 h.	6 h.	5 janvier.	30 janvier.
Vauban.	317	40	7	4 février.	11 février.
Magellan. . . .	300	120	15	21 février.	6 mars.
Orénoque	300	116	20	7 mars.	2 avril.
Algérie	150	127	24	20 mars.	7 avril.
Eldorado. . . .	300	49	8	10 mars.	2 avril.
Lucifer.	100	18	2	27 février.	15 mars.
Coligny.	100	10	3	1er mars.	4 mars.

Tableau de la maladie. — Ces épidémies de typhus, pour ainsi dire accidentelles et passagères sur nos bâtiments, au milieu de la grande épidémie qui était alors en permanence dans les camps, ont affecté en partie les traits de celle-ci.

---

une véritable phosphorescence. Dans l'obscurité, il s'en échappait tantôt des étincelles électriques, tantôt de petites flammèches variant en intensité, depuis la lueur la plus pâle jusqu'à la plus stridente. Je ne pouvais éternuer ou me retourner dans mon lit, sans donner lieu à ces divers phénomènes; et, en me mouchant, il semblait que du feu s'échappât des yeux, surtout des fosses nasales... à ce point que ma chambre s'en trouvait éclairée. Remarquez, Monsieur, que je vous donne cela comme le produit d'une sensation, bien que, peut-être, ce ne soit que la conséquence d'une congestion *phosphénique*. Partant de cette idée, je dirai que le corps dont il s'agit se dégageait principalement lorsque je passais les doigts sur le globe de l'œil; et celui-ci, pour peu qu'il fût comprimé sur l'un des points de son anneau, dessinait cet anneau par un aspect incandescent.

Une particularité que je ne dois point oublier se présenta vers cette époque, seulement deux ou trois fois et à plusieurs jours de distance au moment où je venais de me coucher. Je me trouvais placé dans un milieu composé de petites pellicules en circulation, pareilles aux fragments de péricarpes qui constituent le son, avec cette différence que la teinte, au lieu d'être jaune paille, rappelait très exactement la belle couleur verte des cantharides.

IV.

Dans cette situation, jugez des efforts que je devais faire pour appeler le sommeil; eh bien, ils étaient renversés par cette fantasmagorie que les anciens attribuaient à la méchanceté d'Hécate. Vous savez, Monsieur, que, selon leur théogonie, cette magicienne avait créé un spectre nommé *Empusa*, et auquel, tout naturellement, elle avait donné son sexe. Envoyé dans le monde pour tourmenter et effrayer les hommes, il revêtait toutes sortes de formes hideuses qui harcelaient l'esprit et préparaient ainsi l'oppression des incubes... C'est un monstre de ce genre qui empoisonnait ma solitude et rendait incomplet l'anéantissement de mes peines. Il était précédé par des ondes noires qui passaient devant mes yeux, et auxquelles en succédaient d'autres d'un éclat progressif dont l'importunité finissait par être douloureuse. Alors survenaient des figures humaines se transformant à l'infini et avec tant d'originalité, qu'il ne m'aurait manqué qu'un crayon habile pour disputer à Callot le titre de premier peintre de l'empire du Diable. Ah! si le grand artiste que je rappelle n'avait été qu'un simple graveur, il n'aurait jamais fait les *Supplices* ni la *Tentation de Saint-Antoine;* mais il était poète et hypochondriaque; il avait vu d'avance ce que son burin traçait sur le cuivre, parce qu'on ne met au dehors de soi *que ce que l'on a en soi*..... Je ne doute pas qu'il n'y eût un livre fort intéressant à faire sur la mythologie médicale; il suffirait de lire à cette intention Homère, Horace, Virgile et surtout Ovide. S'empare qui voudra de cette pensée; je la jette *ludibria ventis* (1).

Quand on médite sur la complexité de ces choses, sur ce mélange de spiritualité et d'organicisme, comme on sent la connexité qui existe entre les divers éléments d'où résulte l'unité physiologique! En avançant que, dans certaines conditions morbides, ces éléments pouvaient être intervertis et donner lieu à un mode de vie tout particulier, je n'ai point avancé une sottise, j'ai émis une vérité.

Depuis deux ans, cette combinaison martyrisante, signalée en 1856, dans une lettre à M. le docteur Cerise (1), ne s'était point opérée en moi; mais, dans la nuit du 25 au 26, je me réveillai en sursaut sous l'influence de la névrosité générale, c'est-à-dire que je ressentis l'un de ces courants indéfinissables qui, allant de la tête au ventre, viennent aboutir à la poitrine, et perturbent d'ensemble les cavités viscérales.

Ce ne fut là qu'une *bouffée* du terrible mistral, après laquelle l'appareil nerveux retrouva tout son équilibre; mais, en revanche, — à coup sûr, par un effet de concentration neurique — la photophobie s'éleva à un tel degré d'intensité que, vers la fin de novembre, je fus dans l'impossibilité de pouvoir supporter le moindre jour; ma rétine se révoltait contre cet agent comme l'estomac se révolte sous l'émétique. Le phénomène de douleur qui en résultait ne peut être comparé; je le place au premier rang des cruautés morbides, me demandant si Dante ne l'a pas omis dans sa partition des peines éternelles!

V.

De par le droit que me donne mon initiation à ce mystère, j'atteste que l'œil, parvenu à son dernier degré de réfractisme pour la lumière, semble être, par celle-ci, déchiré dans toutes ses parties; qu'il tremble convulsivement dans son orbite; et que, si l'action est instantanée, l'effet sera identique à celui de la foudre! Ah! je comprends maintenant le bandeau de Mlle Pigeaire, et combien il faut peu d'espace pour permettre au fluide qui nous éclaire d'arriver jusqu'à nous. Ma susceptibilité était si grande qu'une atmosphère un peu échauffée, comme celle d'un poêle, où cependant ne se trouvent plus de corps en ignition, était pour moi comme celle d'une fournaise ardente. Je *voyais* le calorique diffus dans les proportions les plus minimes; enfermé dans ma chambre, je sentais la moindre oscillation de la flamme d'une bougie brûlant dans la pièce voisine. Je n'en finirais pas si je rapportais toutes les minuties qui se rattachent à ce mode particulier de sensations; minuties qui donnaient à mon humeur des impatiences irréprimables, bien éloignées de mes habitudes.

Excusez-moi, Monsieur, si j'incline à penser que lorsque vous et vos collègues, prononcez le mot de *photophobie*, vous ignorez tout ce qu'il signifie sous le rapport de la sensibilité; tandis que moi, votre écolier à tous, je le poursuis jusque dans ses radicules... Dans une clinique du genre de la vôtre, l'antipathie des malades pour la clarté est, généralement, le symptôme primordial; les uns n'en sont que fatigués; ils la fuient avec un soin proportionné au désagrément qu'elle leur cause; les autres en sont affectés d'une manière intolérable. On doit, vous en conviendrez, tenir compte, autant qu'on le peut, de ces gradations d'intensité; lorsque, surtout, on a à prononcer sur ce qu'accuse un consultant, comme cela a lieu dans le service de santé militaire, dans celui des prisons, parce qu'il s'agit d'exonérer d'un travail ou d'un devoir. D'ailleurs, les souffrances exceptionnelles ne devraient point être ignorées afin d'éviter au patient un surcroît de dommage; et le médecin qui a eu le malheur de faire connaissance avec quelqu'une d'elles, me semble tenu de la signaler à l'attention de ses confrères.

La photophobie, comme symptôme d'une belle inflammation oculaire, se conçoit tout naturellement; mais il n'en est pas ainsi de celle que l'on pourrait appeler *essentielle* qui ne se lie à aucune modification anatomique, et rentre dans la loi que M. Monneret a tout nouvellement formulée, à savoir que « les troubles fonctionnels n'ont pas bosoin, pour exister, qu'il se développe préalablement, une lésion matérielle, soit d'un solide, soit d'un liquide. »

Les affections visuelles de ce genre laissent incomplète l'*Iconographie* de votre honorable maître et émule M. le docteur Sichel. Mais, ce qui ne peut être peint, pouvant être quelquefois raconté, c'est, je le répète, à ceux qui l'ont ressenti et qui savent un peu l'idiome de nos misères qu'il convient de le faire. La façon dont je m'en acquitte, Monsieur, n'a rien de classique; car je tiens peu à ce que cette épître ressemble à une observation d'hôpital; j'écris selon l'ordre et dans l'abondance des vérités que j'ai recueillies, faisant bon marché des règles que le bon Serrurier a posées touchant la manière d'écrire en médecine (1).

(*La suite prochainement.*) Dr Dumont (de Monteux).

(1) Depuis que ces lignes sont écrites, j'ai appris que M. le docteur Ménière avait publié de charmantes *Études médicales* sur les poètes latins.

(1) Union Médicale des 17 et 24 janvier.

(1) *Essai sur le style médical*, Didot, 1821, petit in-4° de 41 pages. M. le docteur Goujon, qui a écrit une notice biographique sur ce médecin de cœur et de solide érudition, a omis de citer cet ouvrage.

Mais peut-être le typhus que nous avons eu à étudier a-t-il présenté un type de cette maladie, plus isolé, plus pur, plus distinct.

En effet, rappelons d'abord que les typhiques provenant du dehors, qui l'ont importé parmi nos marins, appartenaient déjà à cette épidémie de 1856, à laquelle tous les observateurs ont reconnu une physionomie spéciale, plus distincte, sans formes mixtes atténuées comme on en trouvait dans l'année précédente.

Que l'intoxication miasmatique a atteint chez nous des hommes vivant antérieurement dans un excellent état sanitaire et dans des milieux sains, et qu'ainsi l'affection a été dégagée chez eux de ces états complexes de scorbut, de dysenterie, d'infection palustre, qui se rencontraient alors parmi les soldats.

Enfin, que la possibilité même d'enlever promptement les premiers malades à l'influence du foyer miasmatique, a dû maintenir, pour ainsi dire, la pureté du type primitif de la maladie, en ne lui laissant pas le temps de se compliquer d'états nouveaux secondaires.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

OBSERVATION DE TÉTANOS MORTEL SURVENU A LA SUITE DE LA CAUTÉRISATION D'UNE TUMEUR PAR UN CAUSTIQUE.

Étampes, le 28 janvier 1858.

Monsieur et très honoré confrère,

Depuis quelque temps, il existe une grande tendance, dans le monde chirurgical, à remplacer l'instrument tranchant par le caustique, non seulement pour l'ablation de tumeurs considérables, mais encore pour l'amputation des membres, de sorte que ces deux puissants moyens, qui, depuis des siècles, vivaient côte à côte, sans trouble ni discussion, se bornant à se prêter un mutuel appui, à se compléter l'un l'autre; le dernier ayant seulement le monopole des légères affections externes, des petits ulcères cutanés, de mauvaise nature, se sont déclarés une guerre à outrance.

Après l'article si remarquable de M. Forget, inséré dernièrement dans votre estimable journal, je ne me permettrai pas de venir me poser comme juge dans le procès engagé entre le fer et le feu (potentiel); mais l'affaire ne me paraissant pas encore instruite à fond, j'apporterai, simple témoin, un fait qui peut être de quelque importance dans ce litige, et qui a besoin, il me semble, d'être connu; je veux parler d'un cas de tétanos, promptement mortel, suite d'une forte application de caustique sur une tumeur considérable du bras.

Bien qu'on puisse dire que la chose soit renouvelée des Grecs, cependant l'usage exclusif des substances cathérétiques n'avait jamais été abandonné par les médicastres du fond de nos campagnes, comme seul moyen de destruction ou d'ablation séparative, et cela pour deux motifs surtout : d'abord, parce qu'il n'est pas nécessaire pour cet emploi de posséder des connaissances anatomiques bien précises, et ensuite parce qu'agissant ainsi, on flatte la pusillanimité, souvent poussée jusqu'à la poltronnerie, des gens de la campagne, leur clientèle la plus habituelle, gens qui ont une telle peur du bistouri, qu'ils préféreraient être brûlés vifs que d'en tenter les moindres atteintes; en un mot, c'était un moyen d'accaparement de ce genre de pratiques.

Depuis Cancoin, des hommes éminents et consciencieux se sont sérieusement, et dans un but vraiment scientifique, occupés des agents caustiques; M. Girouard, de Chartres, est un de ceux qui les ont le plus expérimentés. Vous avez aussi reproduit, il n'y a pas longtemps dans vos colonnes, l'intéressant mémoire de deux autres médecins distingués de la même ville, MM. Maunoury et Salmon, *sur l'amputation des membres au moyen des caustiques.*

On sait aujourd'hui que ces agents de désorganisation, outre leurs propres inconvénients, ne sont pas aussi exempts d'accidents consécutifs qu'on l'avait cru d'abord. Ainsi, il n'est pas très rare de voir leur emploi suivi d'hémorrhagies sérieuses, d'érysipèle, de phlegmons, de suppuration d'une abondance menaçante, etc. Le cas de tétanos que je viens de signaler doit encore être ajouté à cette liste de conséquences graves. Ce n'est pas, au reste, la première fois que je l'observe, même après une cautérisation relativement légère; j'ai vu deux de mes malades atteints de pustule maligne y succomber en pleine convalescence, leur plaie commençant déjà à se cicatriser.

Voici, du reste, le fait que je viens vous signaler :

Un jeune paysan d'environ 18 ans, né de parents sains, d'une bonne constitution, de tempérament sanguin, n'ayant jamais eu de maladies habituelles, vit paraître, il y a environ une année, une petite tumeur, molle, indolente, à la partie interne et inférieure du bras gauche, un peu au-dessus du condyle huméral correspondant. Ce jeune homme attribuait l'origine de ce mal à un coup reçu dans cette région peu de temps auparavant. Je le vis pour la première fois dans le courant de février dernier; la grosseur avait une forme à peu près conique, elle était molle, fluctuante même, sans battement et sans changement de couleur à la peau; elle n'avait évidemment aucune adhérence profonde. Croyant avoir affaire à un simple kyste sanguin, je lui conseillai d'entrer à l'hôpital, pensant, je l'avoue, qu'il serait facile de le guérir par des injections de teinture d'iode. Il ne suivit pas mon conseil et resta quelque temps sans rien faire, puis consulta un de mes confrères, vers le mois de juillet; nous le revîmes alors ensemble. La tumeur avait plus que triplé de volume et ne présentait toujours ni battements ni douleur; le sommet seul, bleuâtre, était resté fluctuant, la base offrait une consistance demi-solide. Pensant bien alors, sans en être certain toutefois, que cette affection pouvait être de nature maligne, nous voulûmes néanmoins tenter de coaguler le sang qu'elle contenait, ce qui pouvait déterminer ou une résorption lente ou une suppuration qui avait la chance de la faire fondre et de la détruire. A trois ou quatre fois, jusqu'à 10 et 12 gouttes de solution concentrée de perchlorure de fer y furent injectées, sans produire de coagulation manifeste ni de vives douleurs; aucun signe d'inflammation phlegmoneuse ne survint. Je dois dire aussi qu'il sortait à chaque fois une très grande quantité de sang noir liquide, après l'extraction de la petite canule.

Le mal augmentant toujours, sur le conseil de l'un de nous, il alla consulter à Paris, et vit entre autres M. le professeur Nélaton, qui, à ce qu'il paraît, pensa que le malade était atteint d'une tumeur fibro-plastique, et qu'il n'y avait que l'amputation du bras qui pût le sauver, encore, suivant cet éminent praticien, la récidive était-elle fort à craindre.

Le malade ne voulant pas rester à Paris vint se faire admettre à notre hôpital dans le courant du mois d'octobre dernier; il offrait alors l'état suivant :

La tumeur avait acquis un grand développement depuis le milieu de l'été; sa forme était ovalaire, son grand diamètre, situé suivant l'axe du bras, mesurait 15 centimètres, et elle dépassait en ce sens le milieu de ce fragment du membre supérieur; transversalement et en épaisseur, elle avait 6 centimètres. Elle était encore flottante; en pressant la base, on sentait qu'elle s'attachait médiatement à l'os du bras par la portion de l'aponévrose brachiale qui se fixe au bord interne de l'humérus en remontant de l'épitrochlée, mais elle ne paraissait pas naître immédiatement soit du périoste, soit du tissu osseux. Sa surface était assez lisse vers le milieu; il y avait toujours un point fluctuant, et la peau était mince et bleuâtre. Le centre du mal offrait la sensation d'un corps spongieux gorgé de liquide, et la base, plus ferme, était sensiblement onduleuse, sans être fort dure. Les téguments, sauf le point indiqué, avaient conservé leur couleur habituelle. Pas plus qu'avant l'injection, ce mal n'était douloureux; la palpation même la plus forte ne l'était pas non plus. On n'y entendait ni battements, ni bruissements quelconques, et on sentait très bien à sa partie antérieure externe l'artère brachiale, dont les pulsations étaient des plus appréciables. L'état général n'était nullement modifié, et, sauf la pesanteur de la grosseur, les mouvements du bras avaient conservé toute leur liberté.

Que fallait-il faire? Nous nous réunîmes afin d'aviser. Le résultat de notre consultation fut qu'il s'agissait là d'une affection maligne, malgré l'absence de douleur et d'élancement, que ce devait être une *tumeur fongueuse sanguine*, un *fongus hæmatodes*, ou si l'on veut, pour parler un langage plus moderne, une variété de tumeur *fibro-plastique*. C'était d'ailleurs l'avis du savant professeur de clinique chirurgicale; et que, bien que la récidive fût fort à craindre, le patient étant encore fort et vigoureux, tout jeune et d'une parfaite santé, il fallait à tout prix le débarrasser d'un mal qui ne tarderait pas à l'emporter. Avec M. Nélaton, la majorité des consultants opine pour l'amputation du bras au tiers supérieur. Effrayé par cette mutilation, et réfléchissant à la mobilité de la tumeur, à son isolement, en quelque sorte, bien quelle fût profondément enfoncée dans les chairs, malgré sa nature vasculaire, n'avait été l'avis si autorisé de M. Nélaton, j'aurais désiré qu'on commençât par chercher à enlever le mal isolément, quitte à en venir à l'ablation du membre, s'il y avait impossibilité de terminer la première opération. Mes confrères n'ayant pas goûté ces raisons, il fut convenu que l'amputation aurait lieu le lendemain matin; mais le malade et son père, terrifiés à cette idée, ne voulurent pas se rendre à notre avis, et le jeune homme sortit de la maison.

Depuis, nous avons appris, par le père lui-même, qu'il était allé à Chartres consulter M. Girouard, qui lui avait appliqué un caustique sur toute la tumeur, et que bien avant que les escarres ne s'isolassent même, c'est-à-dire quelques jours après cette application, il avait été pris, chez lui, où il était revenu, d'un serrement de mâchoire, avec raideur en arrière du cou, du tronc, puis des membres, qui l'avaient emporté en moins de 36 heures, en un mot, qu'il était mort du tétanos dix jours après l'emploi du caustique.

Si je viens aujourd'hui réclamer pour ce fait l'immense publicité de votre journal, ce n'est pas, je le répète, Monsieur le rédacteur, que je sois ennemi des agents mis en usage comme destructeurs potentiels de nos tissus, mais bien pour faire connaître un de leurs inconvénients qui n'avait pas encore été signalé, que je sache. Loin de leur être hostile, j'emploie très fréquemment dans ma pratique ces puissants moyens de guérison. Mais, à dire vrai, je ne crois pas qu'ils puissent jamais, dans un très grand nombre de circonstances, là où il faut enlever des parties considérables ou agir par une dissection savante, qu'ils puissent, dis-je, remplacer l'instrument tranchant.

Cette observation prouve encore qu'une tumeur maligne, on ne peut douter qu'elle ne le fût, peut se développer chez un sujet jeune, d'une excellente constitution, sans diathèse transmise ni acquise. C'est ce que, d'ailleurs, une foule de faits observés surtout dans ces dernières années, tendent à établir.

On peut même dire que les affections cancéreuses, survenues dans le jeune âge et même dans l'enfance, offrent plus de danger, ont une marche plus rapide et sont plus fatalement suivies de récidive que chez l'adulte, et surtout chez le vieillard.

Veuillez agréer, etc. Dr Bourgeois.

PATHOLOGIE.

DE LA MOBILITÉ DES REINS;

Par le professeur Oppolzer.

Il est important pour le praticien de connaître la possibilité de cette affection; car, s'il n'en est pas prévenu, il peut attribuer à d'autres causes les symptômes observés, et se trouver ainsi conduit à soumettre le malade à des moyens de traitement nuisibles ou à le laisser s'alarmer plus que de raison.

En général, la mobilité anormale n'affecte qu'un seul rein, et particulièrement le droit; mais l'auteur a rencontré des cas où elle existait dans les deux reins à la fois, et à un degré très remarquable. Dans tous les cas qu'il a eu l'occasion d'examiner, les malades ayant succombé à quelque autre maladie, les reins furent trouvés exempts de toute lésion; mais on observait l'absence du coussin graisseux qui entoure ces organes, et l'allongement des vaisseaux rénaux.

Dans quelques cas, l'attention du médecin avait été attirée sur le phénomène anormal par le malade lui-même, celui-ci ayant remarqué une tumeur siégeant dans un seul côté ou dans les deux côtés de l'abdomen, ne devenant perceptible que dans la station debout ou dans le décubitus latéral, et disparaissant dans le décubitus sur le dos. Généralement parlant, toutefois, c'est sans avoir été mis sur la voie et en procédant à une exploration attentive du ventre qu'on arrive à découvrir la mobilité des reins, alors que, sous des parois abdominales relâchées, indolentes, peu chargées de graisse, on vient à percevoir une tumeur assez volumineuse, à bords arrondis, profondément située au-dessous du foie ou de l'estomac. Le côté interne concave ne peut être senti que chez les personnes très maigres, et l'extrémité supérieure n'est accessible que chez quelques-unes. La tumeur peut aisément être déplacée de bas en haut, et alors cesser soudainement d'être perceptible; mais il est impossible de la pousser contre la colonne vertébrale, ou de haut en bas, au-dessous de la crête iliaque, sans déterminer une vive douleur. Une pression forte, dans quelque direction qu'elle ait lieu, y éveille de la sensibilité; et le malade se plaint spontanément d'une sensation pénible de pression ou de tiraillement, particulièrement lorsqu'il se tient debout, qu'il se livre à des mouvements actifs, dans l'acte de la défécation, etc. Dans les cas observés par l'auteur, l'urine présentait ses conditions normales.

Cette affection est ordinairement congénitale, comme le démontre l'allongement des vaisseaux. Une émaciation rapide se produisant chez des sujets antérieurement gras, l'ébranlement du corps, par exemple, dans une voiture entraînée sur un chemin raboteux, la constipation, etc., sont des conditions qui peuvent probablement contribuer à la produire.

Chez les individus gras, le diagnostic peut être impossible; mais il n'est pas difficile chez ceux qui sont maigres, car, en déprimant la tumeur dans la région lombaire, on peut la palper aisément et en apprécier la forme. La douleur à laquelle la mobilité des reins donne lieu assez fréquemment, ne sera pas confondue avec une névralgie, une colique ou un rhumatisme, si le praticien se livre à un examen attentif. Quant aux tumeurs formées par l'accumulation de matières fécales, elles ont une autre forme, et elles ne peuvent se montrer dans la région lombaire ou s'en éloigner en conséquence d'une pression exercée sur elles. L'affection en question peut également se distinguer de la rate mobile, parce que cette dernière siége au devant des intestins, sous la paroi abdominale, et présente de la matité lorsqu'on percute à son niveau, ce qui n'a pas lieu pour le rein. Elle ne pourrait être confondue qu'avec des masses cancéreuses ou tuberculeuses, si elles étaient mobiles et qu'elles ressemblassent au rein pour la forme.

Le traitement de la mobilité des reins par des bandages, ou d'autres moyens analogues, ne donne aucun résultat avantageux. La douleur, quand elle existe, doit être combattue principalement par le repos dans la position horizontale. La constipation et les efforts dans l'acte de la défécation devront être évités. Il est d'un grand intérêt de pouvoir tranquilliser l'esprit des malades sur la nature de leur affection, et prévenir l'emploi des moyens nuisibles : c'est ce qui fait l'importance d'un diagnostic exact. (*Wien Wochenschrift*, 1856, n° XIII, et *Med. Times and Gaz.*, 6 juin 1857.) — G.

REVUE GÉNÉRALE.

NOUVEAU CRAYON CAUSTIQUE, COMPOSÉ DE NITRATE D'ARGENT ET DE NITRATE DE SOUDE.

Parmi les agents caustiques si nombreux qui sont préconisés et employés chaque jour en chirurgie, presque tous détruisent les parties avec lesquelles on les met en contact; très peu, au contraire, ont une action *modificatrice*. Cette action, cependant, est le but qu'on se propose dans bien des cas où les caustiques sont appliqués; la simple modification des tissus donne, en effet, des résultats aussi remarquables que leur destruction par des caustiques puissants. Elle développe dans les tissus la tonicité qui leur est nécessaire, et leur donne en quelque sorte une nouvelle vie, et cela sans aucun des accidents qui aggravent le mal et rendent le résultat définitif incertain.

Le nitrate d'argent jouit, au plus haut point, de cette propriété modificatrice, et cependant il arrive souvent qu'il dépasse encore le but qu'on veut atteindre, en déterminant des escarres sur les points où l'on n'a fait qu'un simple attouchement. Cette observation s'applique surtout à l'emploi qu'on en fait dans les maladies de la conjonctive et du canal de l'urètre. Aussi le nitrate d'argent a-t-il été accusé, et non sans quelque raison peut-être, de causer plus d'une lésion dans les voies urinaires. Et cependant, on ne peut nier les immenses services qu'il rend quelquefois dans ces maladies, services qu'on ne pourrait attendre du sel en solution, parce qu'alors on cautériserait inutilement toutes les parties saines. « La difficulté de limiter l'action du nitrate d'argent, dit M. Brun, rend donc son application dangereuse dans bien des cas; c'est pourquoi j'ai pensé qu'en diminuant sa force caustique, de manière à la rendre simplement agent modificateur, on arriverait à faire disparaître ces inconvénients. Dans cette intention, j'ai fait préparer des crayons de soude et de nitrate d'argent dans des proportions variables. »

Voici la manière de procéder pour obtenir ce crayon : Dissolvez, d'une part, dans quantité suffisante d'eau distillée, une partie d'azotate d'argent; d'autre part, une partie d'azotate de soude, dans la même quantité d'eau. Mettez le résidu dans un creuset et chauffez jusqu'à ce que la matière soit en fusion tranquille. Coulez alors ce produit dans la lingotière préalablement chauffée et graissée. Après refroidissement, on obtient un cylindre qui représente un sel double d'azotate d'argent et de soude. Ce sel double est d'un gris perlé, si chacun des sels employés est pur; il acquiert une teinte brune et noirâtre si sa fusion a été un peu prolongée, soit qu'il y ait eu réduction d'une petite quantité d'argent, soit qu'il y ait eu altération par la matière grasse dont on a enduit la lingotière. L'azotate d'argent et de soude présente une cassure cristalline et rayonnée; il est très soluble dans l'eau et l'alcool bouillants. Il n'est pas plus cassant que le nitrate d'argent et peut être coulé plus facilement. En général, il offre les mêmes caractères. Ces deux sels

peuvent être combinés dans les proportions les plus variées. De plus, l'action du crayon est toujours en raison directe de la quantité du sel d'argent, ce que l'on s'explique facilement si l'on réfléchit que le nitrate d'argent appartient à l'ordre des coagulants et le nitrate de soude à l'ordre des fluidifiants, d'après les idées que M. Mialhe a si savamment exposées dans son *Traité de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique.*

Ce crayon réussit admirablement bien pour toucher les aphtes de la bouche, ou une inflammation localisée de la paupière inférieure, pour barbouiller le gland dans un cas de balanite, et sans provoquer les douleurs si vives que détermine le nitrate d'argent seul. Ne se boursouflant pas, comme ce dernier, quand on le fond, il est beaucoup plus facile à mettre dans la cuvette du porte-caustique de Lallemand. — (Extrait du *Bulletin gén. de thérap.,* 15 décembre 1857.)

FORMULES MAGISTRALES POUR L'ADMINISTRATION DES CORPS GRAS ET DU COPAHU.

MM. Jeannel et Moncel, pharmaciens militaires ont publié, il y a quelque temps, la découverte par eux faite de l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins. Ils proposent aujourd'hui l'application de ce principe à certaines formules magistrales. On peut varier les doses, disent-ils, se rappelant d'ailleurs que 5 centigrammes de carbonate de potasse ou de carbonate de soude émulsionnent très bien, dans 100 grammes d'eau distillée, par simple succussion, la quantité de 8 grammes d'huile. Pour les potions, il sera préférable de se servir d'eau distillée, qui, ne contenant point de sels de chaux ni de magnésie, exigera moins de sel alcalin. Ces messieurs se servent ordinairement de carbonate de soude, obtenu en chauffant le bicarbonate à plus de 100°, et en solution titrée au centième.

Potion d'huile de foie de morue. — Huile de foie de morue, 10 grammes; eau distillée, 20 grammes; eau aromatisée de menthe, 5 grammes; carbonate de soude pur, 1 décigramme.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez l'huile; agitez.

Sous cette forme, l'huile de foie de morue est très supportable. Le sucre est désavantageux en ce qu'il augmente la viscosité.

Potion huileuse. — Huile d'amandes, 20 grammes; eau distillée, 40 grammes; eau de menthe ou de fleurs d'oranger, 10 grammes; carbonate de soude pur, 2 décigrammes.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez l'huile; agitez.

Injection intestinale purgative. — Huile de ricin, 30 grammes; eau commune, 200 grammes; carbonate de soude, 1 gramme.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez l'huile : agitez.

Le copahu peut former, par le même procédé, une émulsion parfaitement homogène et qui ne laisse rien à désirer. Mais les carbonates alcalins donnent à ce médicament et à l'huile de ricin une saveur âcre qui en rend impossible l'administration par la bouche.

Injection urétrale au baume de copahu. — Copahu, 2 grammes; eau distillée, 100 grammes; carbonate de soude, 5 centigrammes; laudanum de Sydenham, 10 gouttes.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez le copahu et le laudanum; agitez. (Extrait du *Bulletin génér. de thérap.,* 30 janvier 1858.)

SUR LES SANGSUES ALGÉRIENNES ET SUR LA CONSERVATION DES SANGSUES [1].

On sait que les sangsues deviennent de jour en jour plus rares et leur prix plus élevé, et que déjà elles sont à peu près complétement bannies de la médecine des pauvres. Et pourtant il n'est personne qui ignore les immenses services que peut rendre le précieux annélide. Pour remédier à cet état de choses, on a déjà proposé nombre de moyens qui tous consistent, les uns, à améliorer les conditions de production dans nos marais, les autres à revivifier les sangsues qui ont servi. Je ne parle point ici des instruments plus ou moins ingénieux, imaginés dans le but de remplacer complétement ces hirudinées, et qui, malheureusement, ne paraissent pas avoir atteint ce but. Je n'ai eu en vue que les procédés qui tendent à multiplier et à revivifier les sangsues. Or, de ces procédés, les premiers ont déjà amené des résultats importants, mais bornés; les autres n'inspirent pas de confiance. En sera-t-il de même de ceux qu'a proposés M. Vayson, vers la fin de 1857 ? Espérons que non.

M. Vayson, d'abord, déplace la question; il nous semble, en effet, chiffres en main, que les sangsues algériennes, connues dans le commerce sous le nom de *dragons* (*sanguisuga troctina,* Moquin-Tandon), sont, au point de vue médical, tout à fait comparables, sinon supérieures, aux autres espèces qui figurent sur le marché de la France. Jusqu'alors ces sangsues avaient été regardées comme de qualité très inférieure. M. Vayson apporta à Alger des sangsues bordelaises choisies dans les marais de la Gironde, et les compara avec leurs congénères d'Afrique, que l'on prit les unes au marché, les autres dans les viviers de l'hôpital militaire. Les expériences comparatives ont été présidées par M. Millon, et présentent toutes les garanties désirables. Voici les résultats obtenus : 109 sangsues bordelaises, pesant en moyenne 1 gr,44, ont absorbé en moyenne 8 gr,55 de sang, et 178 sangsues d'Alger, pesant en moyenne 1 gr,42, ont absorbé en moyenne 8 gr,66 de sang.

On le voit, dit M. de Quatrefages, les chiffres précédents, bien loin de confirmer l'opinion généralement reçue sur l'infériorité des sangsues d'Algérie, accusent en leur faveur une légère différence de 0 gr,11. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que les sangsues bordelaises avaient été choisies par un homme très exercé, et que leur poids moyen était quelque peu supérieur au moyen des algériennes. Mais les premières avaient peut-être souffert de leur transport en Afrique ? On fit la contre-épreuve : 1,000 sangsues dragons furent envoyées d'Alger à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, et 200 d'entre elles furent remises à l'hôpital du Gros-Caillou, où M. Tripier, pharmacien en chef de cet établissement, les mit en expérience. Elles absorbèrent en moyenne 11 gr,35 de sang, tandis que les bordelaises absorbèrent en moyenne 9 grammes. Ainsi, en France comme en Afrique, les résultats fournis par une comparaison attentive ont été exactement les mêmes, et en désaccord complet avec la manière de voir universellement adoptée.

M. Vayson explique la défaveur qui, jusqu'ici, a pesé sur les sangsues dragons par le peu de discernement avec lequel elles étaient recueillies, le défaut de soin qui présidait à leur transport et l'imperfection des moyens dont on se servait pour les faire voyager. Il pense qu'en prenant les précautions convenables, indiquées par lui, les marais d'Afrique pourraient bien jouer d'ici à quelque temps le rôle rempli pendant un certain nombre d'années par ceux de l'Europe orientale.

Disons un mot maintenant de l'appareil que M. Vayson appelle son *marais domestique,* et qui sert à conserver et à transporter les sangsues. Il se compose, dit M. de Quatrefages, d'un vase en terre cuite en forme de cône tronqué renversé. L'extrémité inférieure est percée de trous assez étroits pour ne pas laisser passer les sangsues. On remplit ce vase de terre tourbeuse, et l'on y dépose les sangsues, qui ne tardent pas à s'installer de leur mieux dans ce milieu, semblable à celui qu'elles habitent naturellement. Puis on ferme l'orifice supérieur du vase avec une toile grossière. Veut-on expédier au loin, on humecte la terre dans toute son épaisseur et on emballe le vase dans une caisse ou un simple panier. Veut-on conserver les animaux sur place, on pose l'extrémité inférieure du vase dans un baquet dont l'eau s'élève à 1 décimètre environ, et on l'abandonne ainsi sans autre soin. Grâce à l'infiltration, les couches inférieures du petit marais sont bientôt presque délayées, les couches supérieures demeurent presque sèches. Entre ces deux extrêmes, les sangsues savent fort bien choisir la zone qui leur convient, et y creuser des galeries où elles vivent pour ainsi dire en famille.

Comme moyen de transport, l'appareil Vayson répond à tout ce qu'on peut désirer. Sur 900 sangsues bordelaises, transportées à Alger dans deux appareils Vayson, qui en contenaient, par conséquent, 450 chacun, pas une n'était morte à l'arrivée. Il en fut exactement de même pour les 1000 sangsues algériennes envoyées à Paris. Comme moyen de conservation, cet appareil est également très remarquable. M. Tripier, au Gros-Caillou, et M. de Quatrefages, au Jardin-des-Plantes, ont répété toutes les expériences de M. Vayson, et les résultats ont été les mêmes. Les sangsues se sont même reproduites dans le laboratoire de M. de Quatrefages.

Enfin l'appareil Vayson peut encore servir à revivifier les sangsues, si on a soin de les y placer après les avoir fait dégorger dans un peu d'eau vinaigrée, et de les y laisser un temps suffisant. Ce sujet est encore à l'étude.

M. de Quatrefages termine par les conclusions suivantes :

1° La sangsue algérienne, dite dans le commerce *dragon d'Alger,* est aussi bonne pour le service médical que la sangsue bordelaise;

2° L'Algérie peut devenir un des principaux centres de production de sangsues;

3° La pêche des marais de l'Algérie devrait être réglementée; en particulier, elle devrait être interdite à l'époque des pontes, pour prévenir l'épuisement;

4° Les marais domestiques de M. Vayson remplissent toutes les conditions d'un excellent appareil de transport et de conservation pour les sangsues;

5° Il serait vivement à désirer que l'administration de la guerre fît continuer les expériences commencées par M. Tripier au Gros-Caillou sur la revivification des sangsues. — (Extrait du *Répertoire de pharmacie,* décembre 1857.)

(1) Par M. de Quatrefages.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

(EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.)

Séance du 1er août 1857. — Présidence de M. Am. Forget.

M. le Président demande si la Société est d'avis de prendre ses deux mois de vacance habituelle. La Société, consultée, répond affirmativement. La première séance aura lieu le premier samedi de novembre.

La correspondance comprend :

Un travail intitulé : *Études sociales, hygiéniques et médicales sur les ouvriers employés aux travaux du port du Havre,* par M. le docteur Lecadre.

Une note de M. Hillairet *sur un cas d'amputation spontanée incomplète du tronc et du cou par enroulement, et striction du cordon ombilical chez un fœtus de 3 mois.*

M. Adorne propose à la Société de voter des remercîments à M. Larrey pour le discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Bichat.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Larrey remercie la Société, et fait hommage à chacun des membres présents d'un exemplaire de son discours.

M. Gillette communique une observation de *varioloïde apparaissant au neuvième jour :*

Le 10 juillet 1857, il est entré dans mon service (salle St-Louis, n° 18) un garçon bien constitué, âgé de 4 ans 1/2, qui offrit les phénomènes suivants :

Vacciné le mardi 30 juin, à une des mairies de Paris, il servit le mardi, 7 juillet, à fournir du vaccin pour d'autres enfants.

Le 8 juillet, il eut un vomissement, de la fièvre, de l'agitation, et une éruption de boutons commença sur tout le corps.

Le 11, lendemain de son entrée, l'éruption est des plus manifestes. Un grand nombre de pustules ombiliquées, discrètes, sont disséminées sur le visage, sur le tronc et sur les membres.

Les bras présentent chacun trois pustules vaccinales, larges, à l'état de suppuration, et qui, étant fort rapprochées l'une de l'autre, se sont confondues ensemble. Autour de cette plaque vaccinale, qui se distingue facilement par sa forme, par son étendue, par son degré d'avancement; les pustules varioliques, petites, serrées, forment une zone de 2 centimètres au moins d'épaisseur, où l'extrême confluence gêne le développement.

Cette maladie fut des plus simples, et offrit les caractères tranchés d'une varioloïde. L'état général resta des plus satisfaisants. Il n'y eut point de fièvre de suppuration, et l'appétit fut à peine suspendu.

Dès le 14, sixième jour de l'éruption, les pustules de la face se desséchaient sans passer par la suppuration.

Le 15, la dessiccation était complète sur le visage et commençait sur les membres.

Le 16, les zones de pustules confluentes se séchaient à leur tour, tandis que les pustules vaccinales conservaient encore un peu de purulence.

Le 18, la desquamation était en grande partie terminée, et le lendemain l'enfant sortait en parfait état de santé.

Nous nous bornerons à quelques réflexions : outre le développement simultané de ces deux éruptions, vaccine et variole, il faut remarquer que la variole est apparue juste à l'époque où elle se montrait lors de l'inoculation : *Octavâ vel nonâ die ab insitione, papulæ prodire solent,* lit-on dans Van-Swiéten.

De plus, la vaccine, quoique n'ayant pas eu le pouvoir d'empêcher le développement de la variole, paraît avoir exercé sur la marche de cette dernière maladie la plus heureuse influence; car jamais varioloïde ne fut plus bénigne, malgré l'étendue assez considérable de l'éruption.

Enfin on ne doit pas s'étonner que les pustules varioliques se soient accumulées d'une manière toute particulière autour des pustules vaccinales; ce n'est point à la spécificité de celles-ci qu'il faut attribuer de la part de la variole un redoublement d'efforts, où toutefois elle se serait trouvée vaincue. C'est un fait souvent observé, que la variole est plus abondante sur les parties du corps qui sont en souffrance, comme, par exemple, sur un membre fracturé, autour d'un vésicatoire, ou même sur les parties simplement soumises à un travail répété, comme par exemple encore sur les mains des blanchisseuses.

M. Herpin a publié, il y a vingt-cinq ans, dans un journal de médecine les faits suivants : Une épidémie de variole se déclara dans une petite ville de 4,000 âmes; aussitôt on se mit à vacciner le plus grand nombre possible de personnes. Il y eut néanmoins 100 varioleux, que M. Herpin vit tous, et il put observer six ou sept cas particuliers dans lesquels la variole et la vaccine marchèrent ensemble. Avec ces faits et quelques autres empruntés aux auteurs, il put formuler les lois suivantes. Et d'abord il établit qu'il peut arriver : 1° que l'éruption vaccinale précède l'éruption variolique; 2° que l'éruption variolique précède l'éruption vaccinale; et enfin 3° que les deux éruptions apparaissent simultanément.

Dans le premier cas, la variole est modifiée en raison de l'âge de l'éruption vaccinale.

Dans le second, la vaccine a une marche plus rapide et est modifiée comme le serait la variole par une vaccination antérieure.

De ces deux cas, il faut conclure qu'une éruption modifie celle qu'elle devance.

Dans le troisième cas, dont M. Herpin n'a rencontré qu'un exemple, la marche des deux éruptions fut parfaitement identique.

Ces lois qui, d'ailleurs, souffrent quelques légères exceptions avaient été déjà pressenties par Odier au commencement du XIXe siècle. On peut ici trouver les mêmes nuances, les mêmes irrégularités que l'on rencontre parfois dans la marche de l'une ou de l'autre éruption isolée.

M. Gillette rappelle un autre fait de coïncidence de vaccine et de variole. Il y a une quinzaine d'années, dans le service de M. Andral, une femme mourut d'une variole confluente. Dans un lit voisin était une jeune fille, sur laquelle on ne trouva aucune trace évidente de vaccine; on avait donc vacciné cette jeune fille, et cela quinze jours après que la variole avait eu son maximum d'intensité chez la malade, qui en mourut.

Au bout de huit jours, le vaccin ne donnait aucun signe qui pût faire croire qu'il eût pris; mais, trois ou quatre jours plus tard, des prodrômes de variole éclatèrent, et on vit paraître quatorze ou quinze boutons disséminés sur le corps de la jeune fille.

L'un des secrétaires, Dr Ch. Clairin.

COURRIER.

L'Académie des sciences a tenu aujourd'hui sa séance annuelle.

Après la proclamation des prix, faite par M. Élie de Beaumont, M. Flourens a prononcé l'éloge historique de M. Magendie. Ce discours a été très applaudi.

Parmi les prix et récompenses accordés cette année par l'Académie, nous avons remarqué :

1° Un prix de 2,500 fr. à M. Broca, pour son *Traité des anévrysmes.*

2° Un prix d'égale somme à M. Morel, pour son *Traité des dégénérescences.*

3° Un prix d'égale somme à MM. Delafond et Bourguignon, pour leurs *Recherches sur la gale chez les animaux.*

4° Une mention honorable, avec 1,500 fr., à M. Bertillon, pour son ouvrage *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine.*

5° Une mention honorable, avec 1,500 fr., à M. Fonssagrives, pour son *Traité d'hygiène navale.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 10 février, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° de la non-virulence du muco-pus blennorrhagique, par le docteur Edmond Langlebert; — 3° du cathétérisme dans les cas difficiles, par M. A. Mercier; — 4° communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Goupil	20 fr.
L. Seraine, à Niort	5
Higgins	10
Votrain, à Luc	2
	37 fr.
Souscriptions antérieures	905
Total	942 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 17. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 11 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'élection prévue de M. Is. Geoffroy St-Hilaire comme membre associé libre a eu lieu hier, à l'unanimité, moins six voix, obtenues par M. Trébuchet. Ces six voix sont comme les arrhes données à cet honorable administrateur et statisticien pour la première place vacante de ce genre à l'Académie de médecine.

Pendant le scrutin, M. le docteur Bertillon a été appelé à lire un mémoire de statistique sur le mouvement des naissances et des décès dans la population enfantine. Nous croyons devoir placer ici les principaux résultats de ce nouveau et intéressant travail de notre honoré collaborateur :

M. Bertillon a entrepris une longue étude sur la mortalité en France, et sur sa distribution suivant les sexes, les âges et les départements. Ce sont surtout les dépouillements de l'état civil de 1840-49, travail immense et dévoué, dû à M. Heuschling, qui lui a confié son manuscrit, que M. Bertillon prend pour base de ses recherches.

Il ne s'est encore occupé que de la distribution de la mortalité des nouveau-nés dans la première année de leur vie, et cependant il est arrivé à des résultats aussi importants qu'imprévus.

Il fait observer d'ailleurs que, pour ce premier âge, les éléments du calcul offrent une grande certitude, de sorte que les résultats statistiques sont très précis, et, d'autre part, comme les nouveau-nés sont très impressionnables, leur degré de mortalité révèle énergiquement les influences auxquelles ils sont soumis.

1° *Distribution selon les départements.* — Dans la période étudiée (dix ans), il y a eu en France environ 9,700,000 naissances et 1,500,000 décès dans la première année d'âge. Rapportant seulement les rapports des nombres, on trouve, pour la France entière, que 1,000 nouveau-nés *vivants* sont déjà réduits à 840 survivants à l'âge de 1 an révolu. Autour de cette valeur moyenne, se groupent avec une régularité remarquable, les valeurs de même ordre de chaque département. La moitié de ces départements sont compris autour de la valeur moyenne, dans l'intervalle assez resserré de 860 à 820 survivants à un an. Les autres départements ont des valeurs extrêmes. Les uns, comme l'Eure, l'Eure-et-Loir, la Seine-Inférieure, ne donnent que 760 à 770 enfants de un an sur 1,000 naissances, tandis que d'autres, comme les Pyrénées hautes et basses, la Manche, etc., en conservent presque 900.

Ces rapports sont si bien le fait de qualités locales que, non seulement ils sont le résultat d'une moyenne de dix années, mais ils se retrouvent *chaque* année avec de faibles oscillations.

La statistique des causes de décès (si le vœu académique vient à être accompli) permettra de pénétrer plus avant dans la recherche des causes.

Cependant, si dès aujourd'hui, on étudie comment se groupent géographiquement les 13 départements qui offrent la mortalité la plus rapide du premier âge, on voit avec étonnement, qu'ils sont rangés en un seul groupe autour du département de la Seine, qui lui-même, est excepté. Si, pour se mettre en garde contre les causes d'erreur qui seraient dues aux envois en nourrice, on ajoute le département de la Seine aux 13 qui l'entourent, on trouve que ce groupe de 14 départements offre encore une moyenne très défavorable à l'enfance, puisque sur 1,000 naissances vivantes, 799 seulement arrivent à l'âge de un an, tandis que *le reste* de la France en a pu élever 852! Si, au lieu de ces rapports, on donne en nombre rond, les chiffres absolus, on trouve que la circonscription indiquée compte annuellement 173,000 naissances et 35,000 décès de zéro à un an; mais si la mortalité était ici la même que celle du reste de la France, ce même nombre de naissances ne donnerait lieu qu'à 26,000 décès; c'est donc un excédant de 9,000 décès qu'on paie annuellement et comme indument à la mort!

« Comment expliquer, dit M. Bertillon, une aggravation si manifeste de la mortalité de l'enfance, si régulièrement répartie dans des départements salubres, où les autres âges de la vie ne sont nullement frappés dans une proportion exagérée, et dont quelques-uns, au contraire, comme le département de l'Eure, sont remarquables par la vitalité des autres âges? »

Quelque sobre que M. Bertillon croie devoir être en explication en l'absence des détails statistiques que la science réclame, il ne voit que deux causes qui puissent expliquer les faits qu'il a signalés :

1° Le grand nombre d'enfants naturels sur lesquels pèse, on le sait déjà, une mortalité aggravée;

2° L'envoi des enfants en nourrice,

Quelle que soit la part que l'on accorde à la première cause, elle ne saurait expliquer qu'un supplément de 3,000 décès environ.

La plus grande part de l'excédant paraît donc devoir être attribuée à l'usage immoral où sont les mères d'abandonner leurs enfants, à un âge si tendre, si faible, à une surveillance étrangère.

« Si ce point de vue, ajoute M. Bertillon, si cet accroissement considérable des décès de la première enfance (plus du tiers) peut être dû à cet usage pernicieux, combien serait utile un complément à l'enquête statistique qui permettrait de prouver aux mères, et surtout aux pères de famille, combien il est faux et dangereux de croire que les soins et l'amour maternel, si nécessaires au nouveau-né, sont marchandises que l'on peut acheter pour un peu d'or! L'œuvre que l'éloquence de Jean-Jacques a commencée, la statistique plus éloquente encore pourrait la continuer avec une autorité bien autrement imposante. »

2° *Distribution de la mortalité selon les sexes.* — M. Bertillon aborde ensuite la seconde partie de ses recherches, sur laquelle il appelle toute l'attention au double titre de l'imprévu des faits qui en résultent, et surtout de la méthode statistique dont ce travail atteste la puissance d'investigation.

Après avoir étudié la distribution de la mortalité des nouveau-nés sur le sol français, il s'est demandé si, à ce premier âge, il y avait une différence notable entre la mortalité des sexes. Les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance paraissent unanimes : M. Barrier enseigne que la différence du sexe n'a pas d'importance chez les enfants, que la plus grande analogie paraît exister entre les maladies des garçons et celles des filles. M. Bouchut, MM. Barthez et Rilliet, dans leurs généralités, ne jettent pas même un regard sur la différence des sexes. La physiologie elle-même apprend à considérer le nouveau-né comme un être chez lequel l'influence sexuelle est nulle; les organes spéciaux, à peine formés, sont une force en puissance, mais en léthargie pour bien des années. Ainsi, tant de siècles d'observation, tant d'habiles observateurs sont unanimes.

Sous l'influence de ces autorités, le statisticien doit-il donc s'abstenir et porter ailleurs une investigation qui serait sans fruit sur un point déjà jugé?

M. Bertillon ne le croit pas, car l'observation individuelle ou clinique, particulièrement employée en médecine, ne parvient à saisir que les perturbations assez énergiques pour se dégager des différences individuelles, il en résulte qu'un nombre considérable d'influences générales lui échappe et ne se découvre que par l'observation sur les faits groupés.

Passant en revue les sciences physiques et chimiques, il montre, par de nombreux exemples, les propriétés révélées par le mode d'investigation qui prend pour base un grand nombre d'unités groupées. Ainsi, la modification de couleur que l'air, que l'eau imprime à la lumière, paraît nulle quand le rayon lumineux ne traverse qu'une couche mince du fluide, mais elle apparaît quand l'influence est assez multipliée. Des expériences du même ordre ont montré que la couleur réelle de l'or est le rouge cerise, et celle de l'argent le jaune. L'application que les chimistes ont fait de la même méthode aux analyses de l'air et de l'eau, ont amené des découvertes d'une grande importance, qui avaient échappé par l'étude d'une petite quantité de matière, etc.

« Le physiologiste et le pathologiste, continue M. Bertillon, ont faite jusqu'à ce jour, comme le physicien ou le chimiste qui n'observe et n'étudie l'eau que goutte par goutte; ce sont exclusivement les molécules de l'humanité qu'ils ont soumises à leur sagace investigation, car ils pensent que, quand ils auront découvert les propriétés de cette poussière, ils sauront celle de l'espèce humaine, et que l'hygiène publique, par exemple, qui a pour mission de s'occuper exclusivement de l'*homme collectif*, y pourra puiser toutes les connaissances qu'elle requiert; nous croyons, au contraire, et nous espérons le faire voir de plus en plus par la succession de nos recherches, que ces études physiologiques et pathologiques, qui n'ont pour champ d'observation que l'individu isolé, sont incomplètes, et que, quelque précieuses qu'elles soient, elles laissent beaucoup à faire à la méthode statistique. »

M. Bertillon, malgré les résultats négatifs de l'observation clinique, ne renonce donc pas à rechercher par la statistique si le sexe ne révélera pas son influence dès le premier âge.

Et il trouve que 1,000 naissances féminines amènent 858 filles à un an d'âge, tandis que 1,000 naissances masculines n'y amènent que 828 garçons!

Sous une autre forme, et en nombre rond, sur 100 enfants de chaque sexe, de 0 à 1 an d'âge, il succombe annuellement 20 garçons et 16 filles, soit le cinquième des garçons et seulement le sixième des filles! Cette loi est si constante, qu'elle se vérifie et pour la France entière et pour chacun des départements pris isolément avec de très faibles oscillations; mais encore on la retrouve dans tous les États de l'Europe que les documents statistiques permettent d'étudier, tels que la Suède, la Belgique, la Hollande, l'Angleterre, le canton de Genève, la Prusse, la Bavière, le Piémont. On la retrouve au siècle passé comme au nôtre.

Aucune loi de physiologie pathologique n'est donc plus solidement établie que celle-ci :

« *Quelle que soit la mortalité de la première année de la vie, qu'elle n'enlève qu'un dixième des naissances ou en moissonne près de la moitié, la mortalité des mâles reste constamment plus forte que celle des filles, et dans un rapport qui s'éloigne peu de 5 à 6 décès masculins contre 4 à 5 féminins.* »

Comment donc une différence si marquée, si constante a-t-elle complétement échappé aux plus habiles *cliniciens* de l'enfance? C'est que l'influence que nous avons signalée, quoique si manifeste par la méthode statistique, est trop faible pour être appréciée par l'observation clinique.

La discussion sur le parasitisme a été reprise, et M. Devergie a occupé la tribune. Le discours de cet honorable académicien avait été précédé de la lecture faite par M. Depaul, d'une lettre de M. le docteur Bazin. La question de priorité a un peu aigri le débat; laissons-la se débattre entre les contendants. Quant au discours de M. Devergie, paraphrase un peu trop étendue peut-être de son rapport, l'honorable orateur n'a pu le terminer dans cette séance. Quoique la question portée devant l'Académie par M. Devergie présente un véritable intérêt, l'Académie subit cette discussion plus qu'elle ne l'accepte. Il n'y a pas de contradicteurs, et probablement le combat finira faute de combattants.

Nous chercherons prochainement à présenter un résumé appréciatif de cette discussion, ou plutôt de la question qui divise actuellement les dermographes.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TYPHUS QUI A RÉGNÉ SUR QUELQUES BATIMENTS DE L'ESCADRE DE LA MER NOIRE EN 1856;

Par L. THIBAUT, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

(Suite. — Voir le numéro du 9 février.)

Mode de développement. — Nous avons déjà dit que, d'origine étrangère, importé sur nos navires, le typhus ne s'y est pas spontanément créé de lui-même, comme cela est arrivé dans les ambulances des camps, ou sur quelques navires du commerce, expédiés de Constantinople en France et encombrés d'hommes et de chevaux.

Cette assertion sera facile à démontrer. L'origine typhique d'un certain nombre de passagers malades a été signalée dans tous les rapports des chirurgiens-majors des bâtiments, et facilement constatée partout.

Il ne nous sera pas difficile de démontrer qu'au contraire, du côté de nos bâtiments, aucun élément d'infection n'est entré en action dans la génération de cette maladie parmi nos matelots.

Tous ces navires arrivés récemment de France, avec des équipages sains et vigoureux étaient, à l'exception du *Wagram* qui venait d'être ravagé par le scorbut, dans un excellent état sanitaire.

Le chiffre du personnel était plus élevé. La tenue sévère et la propreté rigoureuse observées sur tous les bâtiments de guerre, y rendaient impossible l'existence de foyers miasmatiques.

On eut toujours soin, dès qu'on les affecta au transport des malades, de n'y embarquer que ceux-ci, et jamais, avec eux, de ces matières encombrantes ou promptes à s'altérer, qui formaient, alors, le chargement ordinaire des navires de commerce au service de l'armée.

Les traversées de Kamiesh au Bosphore étaient, du reste, trop courtes pour que l'encombrement des hommes pût y avoir de fâcheux résultats.

Enfin, insistons sur ce point important : ce n'était pas pendant

les voyages, alors que nos marins se trouvaient en contact avec les malades passagers, que le typhus s'est montré dans les équipages; c'était quelques jours après l'évacuation du bâtiment, quand celui-ci était assaini, purifié, et que les hommes y étaient peu nombreux.

Il y a donc eu là une véritable *incubation* du typhus.

Cette période d'incubation, qui a eu pour *début* le jour où les malades passagers ont été embarqués, pour *terminaison* le jour où les premiers cas de typhus se sont montrés parmi nos marins, a varié sur les huit bâtiments dont nous décrivons les épidémies.

Elle a été de 12 jours pour 2 bâtiments.
de 13 jours pour 1 —
de 14 jours pour 3 —
de 17 jours pour 1 —
de 19 jours pour 1 —

Dans l'intervalle qui sépare son début de sa terminaison, il n'y a eu aucuns symptômes prodromiques bien évidents.

Les équipages, peu nombreux, étaient surveillés avec soin; rien dans leur état sanitaire n'a dû échapper à l'observation.

Le tableau suivant donnera les preuves de ce que nous avançons.

NOMS des bâtiments.	DATE du jour de l'embarquement des malades passagers	TEMPS du séjour de ces malades sur le navire.	DATE du jour de l'invasion du typhus parmi les équipages des navires.	OBSERVATIONS. — Durée de l'incubation.
Wagram..	24 décembre, reçoit de nombreux passagers malades.	Ils y séjournent jusqu'au 2 janvier.	Le 12 janvier, le typhus se déclare parmi les hommes restés à bord, mais, le 5, il y a eu déjà quelques cas chez des hom. déposés à terre.	Du 24 au 5 février, 13 jours.
Vauban....	19 janvier, reçoit des pass. dyss. et fièvre typhoïde.	Y restent 3 j., jusqu'au 21 mars.	14 février.	Du 19 février au 4 fév., 17 jours.
Magellan..	8 février, passag. dyssent. et fièv. typhoïdes.	4 jours, jusqu'au 11 février.	21 février.	Du 8 février au 21, 14 jours.
Lucifer.....	9 février, à Kinburn, prend 70 passagers, dont 15 typhiques.	3 jours, jusqu'au 11 février.	27 février.	Du 9 février au 27, 19 jours.
Orénoque..	24 février, nombreux passagers malades.	4 jours, jusqu'au 27 février.	7 mars.	Du 24 février au 7 mars, 12 j.
Eldorado..	25 février, nombreux passagers malades.	4 jours, jusqu'au 28 février.	10 mars.	Du 25 février au 10 mars, 14 j.
Algérie.....	6 mars, reçoit des passagers malades, part le 8.	8 jours, jusqu'au 14.	20 mars.	Du 6 au 20 mars, 14 jours.
Coligny....	17 février, reçoit 69 passagers.	4 jours, jusqu'au 21.	1er mars.	Du 17 février au 1er mars, 12 j.

Deux de ces bâtiments, l'*Orénoque* et l'*Eldorado*, ont vu le typhus se déclarer dans leurs équipages au moment où ils allaient entreprendre un nouveau voyage.

En résumant les faits cités plus haut nous voyons : l'intoxication typhique prendre naissance au sein du foyer infectieux formé sur nos bâtiments par les militaires passagers; parcourir ensuite, en dehors de ce foyer détruit par l'évacuation des malades, une certaine période d'incubation, comme le ferait une affection contagieuse, une fièvre exanthématique, par exemple. Quant à la durée de cette période, elle ne pourrait être rigoureusement délimitée; elle a varié entre douze et dix-neuf jours.

Division des périodes. — Nous avons déjà dit qu'en retraçant la physionomie qu'ont présentée ces épidémies locales, nous reproduirions presque tous les traits que le typhus a offerts ailleurs, en Crimée ou à Constantinople.

Cependant notre tableau aura des couleurs moins sombres, car le mal a rencontré chez nos marins des organismes sains et vigoureux qui ont pu lutter avec plus d'avantage que ceux des soldats déjà épuisés par les maladies et les fatigues de la guerre.

Aussi, parmi les nôtres, les sujets affaiblis par l'âge et les longs services ont-ils succombé fatalement et rapidement.

Périodes. — On a divisé la marche du typhus en plusieurs périodes.

L'observation des faits ne nous a permis de ne lui en reconnaître que trois bien distinctes :

1° Période prodromique;

2° Période d'invasion;

3° Période d'état ou d'augment.

Cette dernière, caractérisée par le délire suivi d'accidents ataxo-adynamiques, s'est le plus souvent montrée d'une adynamie franche qui, dans les cas heureux, était promptement terminée par une convalescence rapide.

Ces périodes ont eu une durée variable et des caractères plus ou moins bien tranchés, suivant les circonstances hygiéniques dans lesquelles les malades se trouvent placés.

Tant que la concentration du foyer du mal a doublé son influence délétère, les deux périodes confondues l'une dans l'autre, sub-intrantes pour ainsi dire, n'ont formé qu'un court passage à la troisième.

Dès que ce foyer isolé, disséminé, a perdu toute son énergie, on a vu les divers stades de la maladie se succéder plus lentement, s'espacer et s'étendre avec plus de régularité.

Symptômes. — Première période : Prodrômes. — Cette période a généralement manqué au début de l'épidémie, ou plutôt s'est confondue alors avec la période d'invasion.

Les hommes malades se sont alités dès les premiers moments. Quelques-uns, plus énergiques ou moins intelligents, ont essayé de lutter contre le mal pendant un ou deux jours, et de continuer leur service.

Tout ce que nous avons observé quand les prodrômes étaient distincts, c'était une constipation opiniâtre datant de trois ou quatre jours, une légère céphalalgie avec sensation de pesanteur à la tête, quelques étourdissements, de la lassitude, de l'anorexie.

Deuxième période d'invasion. — Ce qui frappait l'attention de l'observateur, dès qu'un malade se présentait à lui, au début de l'invasion, c'était l'aspect insolite du facies (aspect particulier qui n'appartient qu'au typhus et qu'on n'oublie jamais quand on l'a vu).

Ce facies portait le cachet de la stupeur, de l'étonnement. Il offrait comme le reflet d'une légère exaltation ébrieuse (ivresse typhique) qui se trahissait surtout dans les yeux, injectés, brillants, et larmoyants.

Il y avait de l'incertitude, de l'hésitation dans la parole et le choix des mots, avec trouble et légère excitation dans les idées; de l'hébétude des sens, de la dureté de l'ouïe.

Le malade s'affaissait sur ses jambes, sa démarche était incertaine et titubante.

Il accusait une céphalalgie sus-orbitaire intense avec étourdissement.

Puis *la physionomie du mal se dessinant mieux;*

La céphalalgie devient atroce;

Il y a des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, des vertiges;

La face est rouge, vultueuse, animée; les conjonctives sont fortement injectées;

Alternative de frissons et de bouffées de chaleur, brisement des membres;

Voix enrouée, angine légère, déglutition difficile;

Enchifrènement, sensation d'étouffement, poids thoracique dont se plaint vivement le malade;

Toux chez presque tous, au début, avec râles sibilants et muqueux. Ces phénomènes du côté de la poitrine disparaissaient rapidement.

Très rarement nous avons eu des complications pectorales sérieuses (6 cas sur 120 malades sur le *Magellan*).

Nausées, vomituritions dans les accès de toux;

Langue saburrale, rouge à la pointe et aux bords;

Constipation opiniâtre chez tous, au début;

Pas de météorisme, abdomen indolent.

Ce n'est que plus tard qu'il y a eu de la diarrhée avec léger gargouillement diffus, rarement circonscrit aux fosses iliaques.

Sur 120 malades sur le *Magellan*, un seul a eu des phénomènes abdominaux bien marqués : diarrhée, météorisme, gargouillement (il a guéri).

Urines rares, rouges, cuisantes.

Peau sèche, brûlante.

Pouls plein, fort, dur; 120-130-140.

Sang visqueux, sans couenne.

Épistaxis très rares dans cette période (4 à 5 cas.)

Exanthème. — C'était ordinairement le deuxième ou troisième jour que l'exanthème se montrait; on l'a vu quelquefois se déclarer dès le deuxième jour.

Il a manqué dans plus de la moitié des cas.

Des malades ont succombé sans le présenter. (Ainsi 3 morts sur les 15 du *Magellan* ne l'ont pas offert.) Mais, généralement, il accompagnait les cas graves.

On l'observait sur le ventre, le thorax, les cuisses, la face.

Il était caractérisé, au début, par des taches rosées irrégulières, mal limitées, s'effaçant incomplètement sous le doigt.

D'abord légèrement saillantes, elles s'affaissaient ensuite pour prendre la teinte et l'aspect de pétéchies.

Cette éruption a été quelquefois confluente et accompagnée de vibrisses, de vergetures, de taches ecchymotiques de couleur pourpre, livide, situées surtout sur les fesses, les lombes, les cuisses.

L'exanthème pâlissait, puis disparaissait dans le cours de la période suivante. Mais si l'état adynamique du malade était très prononcé, il s'étendait, au contraire, en larges plaques violettes, noirâtres, situées surtout sur les parties déclives.

On a signalé, mais rarement, des sudamina sur le col et la poitrine.

Telle était la physionomie que le typhus présentait chez presque tous nos malades dans la période d'invasion.

Cependant, chez quelques sujets âgés, épuisés par les fatigues du service, les phénomènes de réaction ont manqué entièrement.

Dès les premiers jours, la face était pâle, livide, le pouls faible, souvent irrégulier; la respiration anxieuse, la voix éteinte, chevrotante, les selles liquides.

Le corps était comme une masse inerte, plongé, dès les premiers moments de la maladie, dans une immobilité paralytique.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Février 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Correspondance officielle :

M. le ministre du commerce transmet,

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Var, pendant l'année 1857.

2° Le rapport final de M. le docteur OLIVIER, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Barcelonnette, sur une épidémie de fièvre adynamique, qui a régné dans quelques communes de cet arrondissement, pendant l'année 1857.

3° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne pendant l'année 1857.

(Com. des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur PEYRECAVE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Com. des eaux minérales.)

5° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets et nouveaux. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle comprend :

Envoi, par M. ROBINET, d'une lettre de M. Ludovic LÉCHAUT, instituteur primaire à Montgeroult (Seine-et-Oise), relative à une plante nouvelle qu'il a rapportée de Californie. Au Mexique et en Californie, cette plante passe pour avoir la propriété d'arrêter les effets de la morsure des serpents. (Comm. MM. Chatin et Guibourt.)

— Une lettre de M. le docteur BANG, de Copenhague, envoyant à l'Académie un exemplaire de son mémoire sur les principes minéralisateurs de l'eau de Hjemme.

— M. CHARRIÈRE père écrit à l'Académie pour rappeler à l'attention des chirurgiens un instrument qu'il a fabriqué en 1832 pour M. le docteur Dubowsky, président de l'Académie impériale de médecine de St-Pétersbourg, représenté dans la planche 54, figure 60, du grand ouvrage de MM. Bourgey et Jacob.

Il se compose d'une curette articulée munie d'une coulisse, dans laquelle glisse une canule à la manière de la branche mâle des brise-pierres. Dans cette canule glisse une tige d'acier, arrondie par un bout et terminée de l'autre par une fraise. Une fois la curette engagée derrière le calcul, on fait saillir la partie articulée, puis, avec la tige contenue dans la canule, on maintient le calcul fixé de telle sorte, qu'on peut le diviser par la pression. Si la percussion est nécessaire à la fragmentation du calcul, on retire la tige métallique; le corps étranger est maintenu entre l'extrémité de la curette et l'extrémité de la canule, qui est en acier et fraisée, et en frappant sur l'autre extrémité qui est également en acier.

Enfin, si on veut détruire le fragment par l'usure, on retourne la tige métallique, et on présente au calcul son extrémite fraisée, et il suffit de tourner la tige dans la canule pour obtenir l'usure du calcul, sans fatiguer l'articulation de la curette.

L'instrument peut être introduit de deux manières : 1° on engage la curette, puis on fait glisser toutes les parties qui le constituent, comme la branche mâle de ce nouveau brise-pierres; 2° si l'urètre est suffisamment large, il est préférable d'introduire l'instrument tout entier, et il ne faut pas craindre que les saillies mettent obstacle à son introduction, puisque la tige métallique est arrondie, et qu'on peut toujours la disposer de telle sorte, que toutes les parties ne forment qu'un plan à bords mousses avec l'extrémité de la curette, ainsi qu'on le voit sur la figure (*A*).

M. Charrière père présente en outre, à la savante compagnie, un instrument de lithotritie urétrale, récemment imaginé par son fils.

Lorsque l'on exerce une pression sur l'extrémité de la curette articulée, tout l'effet est supporté par la charnière et le stylet, de sorte qu'on a toujours à craindre que l'instrument ne vienne à se briser. Pour éviter toute espèce d'accident, mon fils, dit M. Charrière, a articulé la curette en sens inverse, de sorte que, quand elle est redressée et qu'elle a à supporter la pression ou la percussion, elle trouve un point d'appui solide sur les deux saillies qui se trouvent de chaque côté de l'articulation. L'instrument est terminé par un bec fixe arrondi, pour faciliter l'introduction (*C* et *D*).

Cette disposition appliquée à l'instrument de M. Mirault, d'Angers, le rend beaucoup plus puissant et plus solide, puisque, ainsi, les deux curettes trouvent en dehors de leur charnière un point d'appui extrêmement solide.

— M. POGGIALE fait hommage à l'Académie de son *Traité d'analyse chimique par la méthode des volumes.*

— M. CLOQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur L. Corvisart, intitulé : *Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés. Expériences parallèles sur la digestion gastrique et intestinale.* (Comm. MM. Longet, Ségalas et Bouchardat.)

M. LE PRÉSIDENT : La mort de M. Amussat a laissé une place vacante au sein de l'Académie, mais non dans la section à laquelle il appartenait. Une commission, composée de onze membres, décidera, dans la séance prochaine, dans quelle section il convient de déclarer la vacance.

M. DEPAUL donne lecture d'une lettre adressée au président de l'Académie par M. Bazin. Dans cette lettre, M. Bazin se plaint de ce que M. Devergie a tronqué les passages de ses travaux qu'il a cités, et n'a pas tenu compte suffisamment de ces mêmes travaux dans l'historique qu'il a tracé. Il prend aussi pour lui tous les reproches que M. Devergie a adressés aux micrographes et au microscope.

M. LE PRÉSIDENT interrompt M. Depaul au milieu de sa lecture, et lui fait observer qu'il n'est pas d'usage qu'une personne étrangère à l'Académie puisse intervenir dans une discussion.

M. DEPAUL répond qu'il ne lit la lettre de M. Bazin que pour éviter cette peine à M. le Secrétaire perpétuel, et que, d'ailleurs, si l'on veut, il accepte toute la responsabilité de ce que dit M. Bazin.

M. Depaul ayant fini sa lecture, M. DEVERGIE répond qu'il a parlé, dans son rapport, des doctrines des micrographes, non parce qu'elles sont celles de M. Bazin, mais parce que ces doctrines ont été publiées depuis longtemps, par M. Robin notamment, et qu'on les trouve tout au long dans la dernière édition du *Dictionnaire de Nysten*, considérablement augmenté par MM. Littré et Robin. L'honorable rapporteur repousse toute question personnelle, mais se croit en droit de discuter les doctrines.

M. le docteur BERTILLON, appelé à la tribune, donne lecture d'un mémoire *sur la mortalité de la première enfance.* — (Voir plus haut, *premier-Paris.*)

Pendant la lecture de ce mémoire, on procède à la nomination d'un associé libre, et les urnes sont promenées dans l'assemblée.

Sur 74 académiciens inscrits, 71 déposent leurs bulletins :

M. Is. Geoffroy St-Hilaire obtient . . 65 suffrages.
M. Trébuchet. 6

En conséquence, M. Is. Geoffroy St-Hilaire est proclamé associé libre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Devergie.

La parole est à M. Devergie :

« Chaque phrase de la note qu'a lue M. Depaul, dans la précédente séance, contient une erreur, dit l'honorable académicien, et il me serait facile de le démontrer. Le devoir d'un rapporteur est tout de justice. Or, M. Depaul m'a reproché de ne pas connaître les travaux de M. Bazin; si M. Depaul avait pris la peine de lire mon ouvrage sur les maladies de la peau, il aurait vu que je les connaissais trop bien, ces travaux, eu égard à ses sentiments personnels pour M. Bazin. Il m'a reproché encore d'avoir attribué à un étranger le mérite d'une découverte faite par mon collègue de Saint-Louis. Voici l'état de la question : il s'agissait de déterminer qui avait signalé le premier l'identité de l'herpès tonsurant et de l'herpès circiné. En 1852, M. Letenneur, de Nantes, l'avait reconnu chez le bœuf et chez l'homme; en 1855, M. Baerensprung avait constaté l'identité de ces deux affections chez l'homme; en 1857, enfin, M. Raynal confirmait ces mêmes travaux, en prouvant l'identité de la dartre tondante du cheval avec l'herpès circiné de l'homme; tandis que, en 1854, M. Bazin, dans le travail qu'on a cité, prétendait tout le contraire. En effet, disait-il, si l'herpès tonsurant et l'herpès circiné étaient une même affection, elles seraient caractérisées toutes deux par l'existence du trichophyton; or, c'est ce qui n'a pas lieu. Maintenant, ajoute M. Devergie, si j'avais eu à traiter l'histoire de la découverte du trichophyton, j'aurais dit que M. Bazin avait constaté la présence de ce parasite dans quatre cas d'herpès circiné, mais ce n'était pas l'objet de mon rapport. »

M. Devergie, ensuite, déclarant qu'il abandonne toute question personnelle, donne lecture d'un travail relatif à la partie de son rapport, dans laquelle il a abordé l'influence fâcheuse du microscope sur la thérapeutique des maladies de la peau. Nous en reproduisons les principaux passages.

« Je reconnais certainement, dit M. Devergie, les services rendus par le microscope à la science, en ce qui concerne l'étude des parasites animaux et végétaux. Mais du champ de l'observation, la micrographie en est venue à créer des théories, prématurées, selon moi, contre lesquelles je me suis élevé dans mon rapport.

» On a dit qu'il existait des affections et des maladies parasitaires. L'affection parasitaire se composait : 1° du champignon parasite, cause; 2° de l'état morbide cutané qu'il développe, effet. Dans la maladie parasitaire, on trouve de plus que dans l'affection, la manifestation de l'aptitude générale à la maladie que le champignon a mise en évidence.

» Le champignon est donc toute la maladie, et, dès lors, il est rationnel d'admettre, non pas des *maladies avec parasites*, mais bien des *maladies essentiellement parasitaires*. Il en résultait que, en détruisant le parasite, on guérissait la maladie. Mais il est nécessaire d'appeler l'attention sur une hypothèse qui est, pour ainsi dire, la base de tout l'édifice micrographique et avec laquelle on répond à tout. Je veux parler de cette nécessité d'un *sol* favorable à la fécondation et au développement des parasites. Or, vous avez entendu MM. Leblanc, Bouley et Trousseau vous déclarer que rien n'était plus faux que cette assertion.

» Il est une autre assertion qu'il nous faut attaquer; elle consiste à dire qu'une maladie parasitaire ne peut pas se développer spontanément, elle a pour condition nécessaire le *contact* d'un parasite; que si le transport direct des germes n'a pas eu lieu, c'est qu'ils existaient dans l'atmosphère et qu'ils sont venus se déposer sur la partie aujourd'hui malade. Pour combattre cette opinion, je prie qu'on se rappelle les faits cités par M. Bouley, et qui prouvent la spontanéité des affections parasitaires, et voici, d'un autre côté, que notre honorable collègue, M. Huzard, dans un mémoire sur l'*oïdium tuckeri*, démontre que, en considérant ce champignon comme la cause de la maladie de la vigne, cette hypothèse conduit forcément à la récente naissance d'une nouvelle mucédinée ou au problème de la formation de nouveaux êtres organisés. »

M. Devergie cite des exemples de maladies pédiculaires qui lui paraissent devoir venir à l'appui des générations spontanées. Il ajoute : « que, sans vouloir remonter à la création de toutes choses, il faut bien reconnaître que l'homme n'est pas né avec des parasites animaux ou végétaux; qu'ils ont dû se manifester dans certaines conditions de misère, de malpropreté et de débauche, et que, s'ils se sont produits une fois, ils ont pu se produire à nouveau sous l'influence de certaines conditions générales et spéciales.

» Fiers de leurs découvertes récentes, les micrographes ont voulu détruire l'ancienne classification anatomique de Willan, mais, nous n'hésitons pas à le dire, ils sont encore allés trop loin sous ce rapport.

» Ils sont aussi allés trop loin en prétendant que toutes les maladies parasitaires doivent être considérées comme contagieuses, et que la contagion s'opère au moyen des parasites, ce qui est inexact. En effet, si la contagion n'est pas douteuse pour les maladies à parasites animaux, il n'en est pas de même pour les maladies à parasites végétaux. La teigne et l'herpès tonsurant sont, à la vérité, contagieux, mais le prurigo décalvans, la mentagre, l'impetigo sycosiforme et le pytiriasis versicolor ne le sont pas. »

M. Devergie se propose de discuter, dans la prochaine séance, d'autres doctrines plus récentes, qui, selon lui, tendent à faire rétrograder l'art de guérir, et à nous reporter au XVIII[e] siècle.

M. Guérard : M. Devergie vient de soulever, entr'autres questions graves, la question des générations spontanées, et je demande à l'Académie la permission de présenter rapidement quelques-unes des raisons qui militent contre cette hypothèse. Spallanzani a mis en lumière la vitalité extraordinaire de certains germes et de certains infusoires. Ainsi, les rotatoires qui ne vivent que vingt-quatre heures, peuvent, étant desséchées, n'être revivifiées par l'humidité qu'un grand nombre d'années après. On sait, d'autre part, que les infusions végétales, même les infusions azotées, comme celle des haricots, par exemple, ne donnent jamais naissance à des infusoires lorsque l'air, qui est en contact avec elles, a été privé de toute matière organique, par son passage soit à travers un tube de porcelaine chauffé au rouge, soit à travers un acide minéral, comme l'acide sulfurique. Si l'on rapproche la vitalité, pour ainsi dire indéfinie des germes, de leur prodigieuse dissémination (l'air de nos appartements contient des carapaces d'infusoires; des montagnes entières, le sol sur lequel est construite la ville de Berlin, sont formés de ces carapaces siliceuses), si, dis-je, on fait ce rapprochement, on demeure convaincu que toutes ces circonstances militent en faveur de la préexistence des germes. Toutes les observations des naturalistes modernes sont favorables à cette dernière manière de voir. Contre le développement spontané des parasites dans certaines maladies, on peut arguer de ce fait qu'ils constituent souvent toute la maladie, et qu'une fois enlevés, ils ne se reproduisent plus; ainsi l'acarus, que Renucci nous a appris à trouver dans les sillons de l'épiderme, comme le faisaient et comme le font encore les femmes corses; ainsi le *pulex penetrans* (*la chique*); ainsi le filaire qui, tous trois, amènent quelquefois de si graves ravages dans l'économie, étant bien détruits, font cesser toute la maladie. Il est, en outre, une considération de quelque valeur contre les générations spontanées : c'est que toute chose a un but, et que puisque ces animaux ont des organes reproducteurs, ils ne doivent pas se faire tout seuls et sans ces organes.

M. Huzard : On a cité ma note sur l'oïdium tuckeri. Je dirai que, selon moi, l'oïdium existait déjà depuis longtemps, et qu'il n'a pas été cause de la maladie de la vigne; il a pris, au contraire, le prodigieux développement que nous avons vu depuis cinq ans, parce que la maladie de la vigne lui offrait des conditions très favorables pour se développer.

M. Guérard : J'ajoute un mot à ce sujet. L'oïdium n'a pas pris naissance, comme on l'a dit, en Angleterre, dans une serre chaude. Pline en parle; par conséquent, il était connu depuis longtemps : comme la matière verte, il n'apparaît que quand il rencontre des conditions favorables.

M. Devergie : Un mot seulement. Par maladies spontanées, j'entends les maladies qui se développent sans contact; mais je ne touche en rien à la grande question des générations spontanées, considérées dans un sens absolu.

M. H. Bouley demande la clôture de la discussion et appuie sa proposition sur le peu d'intérêt que l'Académie semble y prendre.

M. le Président, après avoir demandé l'avis de M. Devergie, renvoie à la séance prochaine la suite de la discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

ÉLOGE HISTORIQUE DE FRANÇOIS MAGENDIE;

Par M. Flourens, secrétaire perpétuel,

Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des sciences, le 8 février 1858.

« Quand on a bien du mérite, » nous dit Fontenelle, dans son éloge de Claude Perrault, « c'en est le comble que d'être fait comme les autres. » L'académicien dont je vous entretiendrai aujourd'hui n'aspirait point au mérite d'être fait comme les autres : il se piquait fort, au contraire, d'être fait tout autrement.

Esprit ferme mais sceptique, droit mais frondeur, si sa vive perspicacité lui a permis de découvrir la vérité, s'il a su la mettre au jour avec simplicité et justesse, aussi bien a-t-il employé une rude énergie à la combattre, toutes les fois qu'elle ne lui est pas venue de lui-même. On eût pu se le représenter armé de la lanterne de Diogène, et en concentrant la lumière pour ne voir que les résultats qu'il obtenait, résultats qui éclairent un des points les plus délicats de l'organisme humain, et qui assurent la durée d'un nom qu'il a laissé grand et honoré.

Ce nom lui avait été transmis par un chirurgien, originaire du Béarn, qui exerçait sa profession à Bordeaux, lorsque François Magendie naquit, le 15 octobre 1783. Les jours de pieuse tendresse, de douce affection que la nature réserve à la faiblesse du premier âge, furent accourcis pour cet enfant. Une maladie aiguë lui enleva sa mère. A peine connut-il la joie d'être aimé d'elle.

A la délicieuse imprévoyance de l'enfance, à l'abandon si doux de soi-même succéda, pour le nouvel orphelin, le plus précoce, le plus rude apprentissage. Dès 1792, transplanté à Paris, il n'entendit plus parler que de l'œuvre suprême de la *régénération sociale*. Son père, bon, intègre, mais incapable de laisser passer une folie sans en prendre sa part, imagina, afin de doter ce fils d'une vigueur civique qui se trouvât à la hauteur des principes qu'il professait, de l'élever selon les préceptes émis par Jean-Jacques.

Le nouvel Émile, absolument livré à lui-même, errait à sa guise dans une liberté qui ressemblait fort à de l'abandon. Pour le sauver des enseignements corrupteurs, on le laissa, par principe d'éducation, dans une ignorance complète. Son unique recours vers le monde intelligent était l'observation, qui, seule, disait son guide, pouvait lui conserver toute son *indépendance*.

Trouvant, peut-être avec raison, moins de difficulté à réformer les abus qu'à combattre les maladies, le patriote enthousiaste abandonna une clientèle qui l'ennuyait pour se laisser accabler de dignités improductives. La clientèle emportait avec elle toute l'aisance de la maison, mais qu'était-ce qu'un pareil sacrifice? L'exagération du dévouement et la réalité de la gêne allèrent si loin qu'il voulut contraindre son élève, en cherchant à lui persuader que ce serait encore un moyen d'indépendance, à fabriquer lui-même ses chaussures. A ce coup, le bon sens du jeune homme se révolta; il protesta contre toutes ces folies et déclara qu'il préférait être dépendant et bien chaussé, et qu'il demandait qu'enfin on l'instruisît.

L'école primaire n'eut point d'élève plus ardent : y arrivant tard, et par le fait d'une volonté énergique, le jeune Magendie dépassa rapidement tous ses concurrents. Son père ne se trouva nullement révolté de l'inégalité que les moyens de son fils établirent dès l'abord : il la lui pardonna très généreusement, et battit des mains en entendant décerner à ce néophyte de 14 ans le grand prix « *De la connaissance des droits de l'homme et de la constitution.* »

Le *Journal des hommes libres* annonçait bientôt après « qu'on pouvait espérer encore de l'âge le plus tendre, lorsque les poisons corrupteurs de la réaction ne l'avaient pas flétri dans sa fleur, puisque le fils du citoyen Magendie, officier municipal, électeur, membre de la commune, etc., ayant rencontré un enfant qui se lamentait et n'osait reparaître devant son père, il l'avait consolé, encouragé et ramené dans sa famille. » doux asile qui souvent avait manqué à ce protecteur improvisé.

Un prix de *vertu*, bruyamment décerné à cette occasion, compléta l'auréole du jeune républicain. M. Magendie en avait conservé un si doux souvenir que, plus tard, à qui prenait la *liberté* de réclamer contre les aspérités très réelles de son *humeur*, il opposait plaisamment qu'avant sa quinzième année il avait obtenu ce magnifique triomphe sous le régime de l'*égalité*, non pas à la vérité de l'*égalité d'humeur*, mais qu'enfin peu de gens pouvaient se vanter d'une vertu si précoce.

Selon l'habitude à peu près constante de ceux qui prônent la liberté, le père de M. Magendie s'en réservait l'usage exclusif. Il déclara à son fils que le soin de ne point déroger à sa race exigeait qu'il endossât la robe et le bonnet de docteur. Que ne put-il lui inculquer la foi robuste, la placide importance, qualités essentielles, que l'esprit fin et juste du jeune homme devait bannir à tout jamais!

Introduit dans les hôpitaux, le nouvel adepte y commença ses études. Le judicieux Boyer le choisit pour son prosecteur; et, dès les premiers mois, ce prosecteur se transforma en un professeur d'anatomie.

Ayant obtenu, par le concours, une place d'interne à dix-huit ans, M. Magendie parvint à se suffire. De son temps, il fit trois parts : à l'étude fut consacrée la plus large; la seconde appartint à un enseignement qui, commencé dès ce début, s'étendit à tout ce qu'il apprit, et devint à la fois la joie et la ressource de sa jeunesse; puis, dans sa pauvreté fière, bien que les impressions reçues de son père l'eussent coloré de la rudesse républicaine, par une sorte d'instinct, vivace et dernière étincelle de la distinction de sa mère, il aimait, il recherchait les délicatesses de la bonne compagnie, coupables raffinements monarchiques qui élèvent l'esprit, forment le goût, et font vivre de la vie de l'intelligence; elles avaient pour lui comme le prestige d'un fruit défendu. Il consacrait donc la troisième part de son temps à s'introduire dans ces salons qui, après la tempête révolutionnaire, s'étaient ouverts à la première éclaircie, où l'on se cherchait, où l'on se comptait, où le malheur avait fait tout le monde ami : on l'y accueillit comme un élégant jeune homme, et il y dissimula, avec un stoïcisme tout romain, sa profonde détresse. « Cependant, racontait-il gaîment plus tard, pendant un temps qui m'a paru assez long, tous frais faits, il ne me restait plus pour vivre que cinq sous par jour, et encore j'avais un chien; nous partagions : par exemple, il n'était pas gras ni moi non plus. »

Cet énergique labeur, cette pudique pauvreté, cette aspiration vers la distinction élèvent l'âme; honneur au pauvre étudiant qui les subit! Si, sous son toit, entre ses quatre murs, pour soutenir sa veille, pour animer son incessant travail, il rêve le succès et la gloire, il ne se trompe pas : c'est à ce prix qu'ils s'achètent.

M. Magendie devint aide, et puis prosecteur à la Faculté. Cet apprentissage d'école lui ouvrait une carrière : son habileté comme anatomiste, son sang-froid, sa hardiesse, pouvaient faire présager en lui un chirurgien supérieur.

Mais la vie de camaraderie forcée, d'égalité mise en pratique, le contact de ces rivalités qui ne se laissent point désarmer, fut pour cette nature âpre et dominatrice une épreuve orageuse. De cette épreuve, naquit une invincible répugnance pour toute concurrence acceptée. Afin d'échapper à ce danger, il abandonna la chirurgie.

Trouver en ce monde une voie où l'on ait ses coudées franches est chose assez rare. Notre ombrageux jeune homme rêvait si mélancoliquement aux difficultés de l'avenir que parfois il laissait s'introduire dans son refuge le découragement amer que la longue souffrance amène, et que l'homme jeune, et surtout le jeune médecin, ne manque jamais d'attribuer à l'une de ces maladies, prétendues incurables, qui, devant un peu de bonheur, ne se montrèrent jamais rebelles.

M. Magendie ne voulait plus vivre; il ne le pouvait plus d'ailleurs, assurait-il. Un matin, un homme de loi se présente. — Mais, dit l'étudiant surpris dans son asile, je n'ai ni procès, ni affaire; que me voulez-vous? — Rien qui vous puisse être désagréable, dit l'étranger, vous êtes devenu héritier d'une somme de vingt mille francs; je viens les mettre à votre disposition.

Notre malade se trouva instantanément en état de convalescence. Ne prenant toutefois que comme un temps d'arrêt, dans sa vie sévère, cette surprise si inattendue, il s'ordonna l'acquisition de jolis chevaux, de chiens gracieux : la surveillance en fut confiée à un groom coquet, élégant, qui était chargé en outre de tenir un léger équipage à la disposition de l'imprévoyant mais heureux possesseur de toutes ces superfluités.

Pour ne perdre aucun des instants de ce bonheur passager, et cependant pour ne rien enlever au travail, tout cet attirail fut logé le plus près possible de l'hospice. « Dès que je trouvais un moment dont je pusse disposer, j'y courais, » disait plus tard M. Magendie, « passant exactement alors toutes mes récréations à l'écurie. » Bientôt les 20,000 fr. furent dissipés; mais un peu de détente fait tant de bien! les forces s'étaient renouvelées.

L'indépendance, ce rêve doré de la jeunesse, se concentrait, pour M. Magendie, dans un cercle qui paraissait ne devoir le conduire qu'à être médecin, *malgré lui*. Il le fut en effet; mais il s'en dédommagea en se tenant dans un état permanent de révolte, en refusant opiniâtrement de rendre foi et hommage à ce qu'il appelait la *grande idole de la crédulité humaine*. Cette lutte, dans laquelle il a déployé infiniment d'esprit, de finesse, de bon sens, dévoile le sceptique dégageant des préjugés l'art qu'il respecte, et se donnant ainsi le droit de faire payer son acquisition à un corps que devaient beaucoup honorer la supériorité de ses lumières et la sévère probité de son caractère.

Les anciens médecins, à commencer par Hippocrate, étaient à la fois médecins, chirurgiens et apothicaires. « Dans la suite, nous dit Fontenelle, le médecin a été partagé en trois, non qu'un ancien vaille trois modernes. » Trois, passe encore pour le temps de Fontenelle. De nos jours il faudrait le partager en quatre.

Sous une impulsion vigoureuse, et qui vibrait encore, une science nouvelle venait de conquérir droit de cité dans nos écoles. La physiologie, pleine d'avenir, prêtant au doute, à la controverse, séduisit l'esprit hasardeux de M. Magendie, et lui ouvrit une distinction isolée.

« Nous autres anatomistes, disait le vieil académicien Méry, nous sommes comme les crocheteurs de Paris qui en connaissent toutes les rues, jusqu'aux plus petites et aux plus écartées, mais qui ne savent pas ce qui se passe dans les maisons. » La physiologie est précisément la connaissance de ce qui se passe dans la maison humaine.

L'étude des forces par lesquelles s'alimente, se maintient la vie, n'a

été cultivée dans l'antiquité que par le seul Galien. Ce grand esprit jeta quelque lueurs admirables; puis, après lui, un long silence se fit.

Plus philosophique que pratique, plus hardie qu'indispensable, du moins au cours routinier des connaissances humaines, cette science arrive sans progrès jusqu'aux temps modernes. Au XVII[e] siècle, guidé par de confuses lumières puisées dans une école d'Italie, un médecin anglais, que protégea un souverain instruit, Harvey, ose, malgré les préjugés populaires, entreprendre sur des animaux vivants des expériences devenues indispensables pour la solution du problème qu'il s'est posé. Il saisit enfin le secret mécanisme qui entretient la chaleur et la vie dans notre organisme, et démontre la circulation du sang.

Cette découverte fut une catastrophe pour nos vieilles Facultés, habituées à savourer en paix toutes les douceurs de l'antique ignorance; elles protestèrent, se conjurèrent : ce fut en vain; leurs beaux jours étaient passés.

Dans celle de nos écoles où Rabelais prit autrefois ses grades et s'en servit aussitôt pour fustiger des verges de son esprit les ridicules et le faux savoir, s'élève, en 1748, un jeune homme : lui aussi, il cherche, il poursuit, il démontre un grand phénomène, le cours du chyle, et par là il complète l'explication de nos forces animatrices. La belle découverte de Pecquet put à peine sauver son nom de l'oubli.

Expulsée par les foudres vengeresses de nos conciles médicaux, la physiologie alla se réfugier dans une Université allemande. C'est là que, sous l'inspiration d'Haller, s'ouvre la série des travaux délicats et profonds qui conduisent de l'étude des organes à celle des ressorts qui les font agir, et dont la progression mène jusqu'à la plus haute philosophie.

Enfin parut, au commencement de ce siècle, le génie audacieux à qui était réservée la mission brillante de populariser en France la physiologie. Bichat joignit à la méthode expérimentale d'Haller des vues hardies et judicieuses, puisées là où on s'entêtait à ne voir que du style. Bichat mit en langage technique les idées de Buffon; il les colora des formes de l'école, les appuya sur des démonstrations anatomiques; par le tour énergique de son esprit, il subjugua ses contemporains, et les entraîna vers une science pour laquelle son ardeur alla jusqu'au sacrifice de la vie.

L'un de ses condisciples, Le Gallois, que n'entouraient ni le prestige de l'éloquence familière, ni les facilités de succès que vant la camaraderie, précurseur modeste des études modernes sur le système nerveux, mourut aussi à la tâche, n'obtenant de la renommée qu'une bien stricte justice.

Le Gallois vivait encore, lorsque M. Magendie se présenta devant l'arène en véritable lutteur.

Mélange singulier de ce que, dans la vie civile, pouvait nous offrir de de meilleur un élève de Jean-Jacques, complété par les enseignements les plus purs, les plus sévères qu'ait donnés notre première République, M. Magendie s'était fait à lui-même son code de devoirs, code au moyen duquel il était assez étrange, montrant tour à tour la plus rude, la plus inflexible personnalité, et dans un autre genre le plus admirable désintéressement; une probité rigoureuse dans l'exposé de ses travaux, une injustice coupable, un dédain cruel pour ceux des autres; une humeur intolérante et farouche vis-à-vis de tout homme qui se trouvait sur sa voie, une bonté, une générosité sans bornes pour les êtres faibles ou souffrants.

Ce fut par une critique que M. Magendie commença à se faire connaître. En 1808, il reproche à Bichat de s'être abandonné à des hypothèses, et déclare que, lui, n'admettra jamais que les faits qui trouveront leur confirmation dans des expériences qu'il lui sera loisible de répéter.

En 1809, il présente à l'Académie des sciences un travail sur un des phénomènes les plus importants de l'économie animale, celui de l'*absorption*.

Si une substance active quelconque, un poison, un venin, est introduite dans une partie du corps, cette substance est immédiatement absorbée, c'est-à-dire portée des parties les plus superficielles jusque dans les plus essentielles et les plus profondes.

Par quels organes se fait ce transport? Est-ce par les veines? Est-ce par les vaisseaux lymphatiques?

Haller pensait que c'était par les veines; John Hunter par les vaisseaux lymphatiques; le reste des physiologistes doutait.

Par une expérience hardie, M. Magendie supprime les vaisseaux lymphatiques; il ne laisse que les veines; il substitue même aux veines un *tuyau de plume*, car les parois des veines auraient pu contenir encore quelques rameaux lymphatiques; et l'absorption a lieu aussi rapidement qu'à l'ordinaire.

L'absorption par les veines était démontrée.

De tout temps, d'utiles dissidents se chargèrent de tenir en éveil nos doctes corporations. L'un des prédécesseurs en ce genre de M. Magendie, le fameux médecin Chirac, avait autrefois soutenu devant la Faculté assemblée, que l'estomac reste inactif dans le *vomissement*. Sa mort survint avant qu'il eût obtenu gain de cause.

Une si belle occasion ne pouvait échapper à M. Magendie. Il prouva, par une expérience décisive, que Chirac avait raison. L'estomac est, en effet, inactif dans le vomissement.

Parmi de nombreux travaux qui se succédèrent, l'un des plus ingénieux est celui qu'il publia, en 1817, sur l'*élasticité* des artères.

On doutait encore de la faculté précise par laquelle les artères concourent au mouvement du sang. Les uns voulaient qu'elles fussent *irritables* ou *contractiles* comme les muscles; les autres qu'elles fussent tout à fait *passives*.

M. Magendie prouva qu'elles sont actives, mais par un mode qui leur est propre. Leur jeu dépend de leur *élasticité*, élasticité très prononcée, et toutefois purement physique.

Le premier objet des expériences, en physiologie, est la *distinction des forces*. M. Magendie apercevait déjà ce grand but, et ici même il l'atteint par un démêlement habile. La circulation du sang commence par la *contractilité* du cœur, force vitale, et se continue par l'*élasticité* des artères, force physique.

L'aversion la plus profonde pour toute conjecture, des faits simples, bien vus, firent remarquer cette suite de recherches par M. de Laplace, qui maintenait dans l'Académie l'esprit sévère de la méthode expérimentale.

Laplace voulait que toute science ne fût qu'un ensemble de faits rigoureusement enchaînés; et après avoir, selon une expression heureuse de M. Cuvier, *soumis le ciel à la géométrie*, il ne désespérait probablement pas de mettre le même ordre sur la terre.

La netteté tranchante du jeune physiologiste, qui concluait toujours d'une manière absolue, sauf à revenir sur ses conclusions, lui parut n'être pas indigne du style d'un géomètre. Si la qualité essentielle de celui-ci est de ne déférer à personne, notre confrère, en effet, eût été, plus que personne, digne de l'être.

M. Magendie, confiant en ses forces, se tenait isolé dans une fierté dédaigneuse, écartant de lui tout médiocre encouragement. Mais il arriva qu'un jour l'illustre, le rigide, le judicieux marquis de Laplace fit les premiers pas vers lui.

L'électricité est moins puissante, car ce n'est pas sur l'esprit qu'elle agit, que ne le sont quelques mots d'encouragement qui tombent de la bouche d'un grand homme. Notre sceptique se croyait à l'abri de tout enthousiasme; il n'en fut que plus subjugué.

« Il est bien regrettable, disait à quelque temps de là M. de Laplace à son vieil ami M. de Montyon, que les corps savants n'aient point à leur disposition les moyens de soutenir le zèle des travailleurs qui se placent dans une sage direction : le jeune Magendie, par exemple, qui donne pour base invariable aux travaux physiologiques l'expérience, mériterait d'être encouragé. » — « Mais vos paroles ne sont-elles pas le plus puissant des encouragements? » — « Elles ne suffisent pas, reprit Laplace : à ceux qui aspirent à venir prendre rang dans nos Académies, il faut des échelons; ces échelons devraient être des concours, des couronnes. » — « A vous en appartiendra toute la gloire, interrompit le modeste bienfaiteur : disposez de tout ce que vous croirez nécessaire; je ne demande que l'honneur d'avoir satisfait à l'un de vos vœux. » Bientôt le prix de physiologie expérimentale était établi, et M. Magendie couronné.

Sa réputation attirait à des cours, que depuis longtemps il avait ouverts, de nombreux auditeurs. En expérimentant devant eux, il les initiait à ses recherches, mettait en jeu leur sagace curiosité, les animait au plaisir de la réfutation. Il voulait le vrai dans toute sa force; pour y arriver, il ne trouvait pas, disait-il, de moyen plus sûr que de ne rien emprunter ni aux anciens ni aux modernes. Partant de ce principe qu'il s'était fait, que tout était à reconstituer dans la science, il remettait tout en question, ne laissant subsister que ce qui pouvait résister à sa controverse incessante.

La nouveauté de cet enseignement plut à sa jeunesse; mais on reprocha au professeur les sacrifices auxquels il se condamnait. Au delà de la souffrance du moment, celui-ci plaçait le but élevé, le but utile, l'amour dévoué de ses semblables. De même que l'homme de l'art qui, pour sauver une existence, ne craint pas de provoquer une douleur, M. Magendie pouvait avoir de la force de résistance, sans manquer de sensibilité. Qu'on se rappelle qu'il partageait avec son chien, alors qu'il n'avait que cinq sous pour vivre, et l'on jugera s'il était inutilement cruel.

En 1816, M. Magendie avait fait paraître un *Précis élémentaire de physiologie*. Cette science qui, un siècle auparavant, n'était abordable que pour quelques savants, se concentre et s'isole dans cet ouvrage pour ne présenter à la jeunesse qu'un manuel lucide et pratique.

En 1820, il fonda un *Journal de physiologie* qui, pendant une durée de dix années, recueillit les travaux des hommes laborieux, propagea les progrès de la science, et étendit la réputation de son rédacteur.

Vers cette époque, poussé par une insatiable curiosité de voir, de connaître tout ce qui se faisait d'analogue à ses travaux, M. Magendie passe le détroit : à peine son séjour à Londres est-il connu que, vivement sollicité par les principaux physiologistes que la patrie d'Harvey comptait alors, il répète devant eux, avec une habileté qui semble tenir du prodige, des expériences au moyen desquelles il arrête, accélère, ou éteint les forces de la vie. L'admiration fut si complète et si bruyante qu'elle eut sa contre-partie. Une prude accusation fut portée devant la Chambre des communes, contre « cet étranger dont la téméraire audace avait rompu toutes les digues humanitaires établies par le zoophilisme anglais. »

L'Institut était la suprême ambition de M. Magendie : pour y arriver il avait combiné efforts et travaux. Cette distinction convenait à ses instincts d'indépendance, de supériorité acceptée, de noble désintéressement. Mais la libre épreuve du scrutin lui convenait fort peu. Ce jour arrivé, il confie à deux de ses élèves le soin de lui apprendre son sort. En proie à la plus vive anxiété, il s'enferme.... Enfin, l'un de ses confidents accourt; mais il est si pâle, si ému, que, se précipitant sur un fauteuil, il y reste sans voix; le second, rouge, essoufflé, se jette de tout son long par terre dès sa brusque apparition. De leur silence, M. Magendie conclut sa défaite. Tandis qu'il cherche à ranimer le plus malade, ce ressuscité lui annonce son succès. « Toutes mes peines sont payées et mon but est atteint! » s'écrie le nouvel élu.

C'est à partir de cette époque que M. Magendie s'attacha à l'étude du système nerveux.

« L'homme intérieur est tout nerf, » disait Van Helmont : *Homo interior totus nervus*. C'est, en effet, par le système nerveux que l'homme sent, qu'il se meut, qu'il vent, qu'il connaît, qu'il vit de la vie intellectuelle : toutes les autres parties n'existent que pour servir et entretenir ce système.

« Si nous admirons l'artifice des fibres dans chaque muscle, disait, il y a deux siècles, le grand anatomiste Stenon, combien le devons-nous admirer davantage dans le cerveau, où ces fibres, renfermées dans un si petit espace, font chacune leur opération sans confusion et sans désordre. »

Stenon avait raison. Ce qui frappe d'abord, dans le système nerveux, c'est l'*artifice* merveilleux avec lequel tout y est rangé. Les fibres, nées du cerveau, en se prolongeant forment la moelle épinière; en se détachant par faisceaux distincts, de chaque côté du tronc, donnent successivement tous les nerfs du corps; vingt fois elles s'associent, vingt fois elles se séparent; les unes se côtoient, les autres se croisent; tout est uni et tout est distinct; tout se touche et rien ne se confond; chaque fibre garde son rôle spécial, sa fonction propre; point de désordre; et, au milieu du rapprochement le plus intime de tous les éléments constitutifs de l'organe, l'exercice le plus libre de toutes les facultés. Quelle profondeur! quel abîme! et, dans l'homme lui-même, quel sujet plus digne de toutes les méditations de l'homme!

Aussi le premier et le plus ingénieux peut-être, le plus inventif des physiologistes, Galien, semble-t-il avoir concentré pour cette grande étude tout ce qu'il avait de pénétration, d'élan, de verve critique.

Il blâme Hippocrate d'avoir confondu les *nerfs* avec les *tendons*; Aristote d'avoir pris le *cœur* pour l'origine des *nerfs*, erreur qu'il lui impute à crime *(crimini dandum)*.

Aristote fondait son opinion du *cœur*, pris pour origine des *nerfs*, sur l'apparence de quelques parties. « Mais, ô bon Aristote! lui dit Galien, depuis quand faut-il juger des parties sur leur apparence? C'est par leurs usages, c'est par leurs propriétés, c'est par leurs fonctions, et par cela seul, qu'il faut en juger. »

Galien a, le premier, séparé nettement les nerfs des tendons; il a, le premier, vu la vraie origine des nerfs; il a, le premier, posé le problème de la perte distincte du *sentiment* et du *mouvement* : problème fondamental que notre siècle seul a su se poser de nouveau et résoudre.

En 1811, un physiologiste anglais, homme d'une sagacité profonde, après avoir longtemps médité sur ce vaste réseau de nerfs dont la complication semble *inextricable*, publia une brochure de quelques pages où *il soumettait à ses amis*, ce sont ses expressions, ses vues et ses idées.

Le principe auquel tout se rattache dans cette brochure est que toutes les fois que deux ou plusieurs nerfs se rendent dans une même partie, ce n'est pas pour y répéter, pour y redoubler la même action, mais pour la douer chacun d'une vertu distincte.

Par exemple, deux nerfs se rendent à la face : l'un est pour le mouvement volontaire, et l'autre pour le mouvement respiratoire.

La langue reçoit trois nerfs : l'un pour le mouvement de déglutition, l'autre pour le mouvement volontaire, le troisième pour le sens du goût.

Chaque nerf a donc son rôle déterminé, sa mission précise.

Mais restait à éclaircir un point, plus difficile encore.

La plupart des nerfs, tous ceux de la moelle épinière, par exemple, sont à la fois moteurs et sensibles.

Comment cela peut-il être? Comment deux fonctions dans un seul organe?

C'est alors que, par un éclair de génie, M. Bell conçut la grande idée que chaque nerf est double, que chacun est composé de deux, l'un pour le *sentiment*, l'autre pour le *mouvement*; c'est alors qu'il s'explique pourquoi chaque nerf a deux *racines*, et que, dans chaque *racine*, prise à part, il voit le nerf primitif, le nerf simple, le nerf distinct.

Il soumet donc chaque racine à l'expérience. Il obtient pour l'une des deux un résultat net et précis; et de la propriété manifestée par celle-là, il conclut la propriété qui réside dans l'autre.

Cette expérience, essai immortel quoique incomplet, fut le premier pas.

Dix ans plus tard, M. Magendie lut à l'Académie un mémoire où il annonçait qu'ayant coupé la *racine antérieure* d'un nerf, il n'avait aboli que le *mouvement*, et qu'ayant coupé la *racine postérieure*, il n'avait aboli que le *sentiment*.

M. Magendie n'avait fait que compléter l'expérience de M. Bell; mais là, dans ce complément même, était un pas nouveau et immense; car rien n'était plus laissé à la seule déduction, tout était positif, la démonstration expérimentale était entière. On ne parut comprendre, en Angleterre, toute la portée du progrès auquel M. Bell avait, le premier, attaché son nom, qu'en apprenant tout ce que, par ce démêlement délicat, M. Magendie avait obtenu d'admiration parmi nous.

L'impression produite par la sagacité fine de notre habile expérimentateur nous dominait encore, que déjà, par un de ces brusques changements auxquels il ne fut que trop sujet, il venait apporter la dénégation la plus complète de son premier travail.

Cette fois-ci, du moins, l'instabilité avait son excuse. Plus on pénétrait dans une exploration si hardie, plus l'énigme se compliquait.

M. Magendie, expérimentateur infiniment plus exercé que M. Bell, n'avait pu multiplier ses recherches sans s'apercevoir que la racine reconnue *motrice*, c'est-à-dire l'*antérieure*, donnait des signes de *sensibilité*.

D'où cette *sensibilité* lui venait-elle?

Impitoyable envers lui-même, au moins autant qu'il l'était envers les autres, M. Magendie a passé vingt ans de sa vie à chercher la solution de ce nouveau problème; et l'on peut dire aujourd'hui, à l'honneur de sa mémoire, on peut dire devant cette Académie qui l'avait si fort applaudi, qu'il l'a trouvée.

La sensibilité de la *racine antérieure*, de la racine *motrice*, n'appartient pas à cette racine, n'est point à elle, n'est qu'un emprunt fait à la racine *postérieure*.

Cette sensibilité d'*emprunt*, de *retour*, cette sensibilité *récurrente*, comme il l'a plus tard appelée, est la découverte de M. Magendie.

Et par cette découverte si fine, si délicate, si difficile à faire, il a rendu au beau principe d'*exclusivité d'action* toute sa pureté, car il a fait voir que, prise en elle-même et considérée en soi, la racine *antérieure* est uniquement *motrice*, comme la racine postérieure est uniquement *sensible*.

On a constaté ces grands résultats tant qu'a vécu M. Magendie; on les conteste encore; ils n'en sont pas moins incontestables. Les contemporains repoussent, la postérité admire.

(La fin à un prochain numéro.)

Mardi soir, le gaz a fait explosion dans les ateliers de M. Charrière, rue de l'École-de-Médecine. Deux ouvriers ont été assez grièvement blessés.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 18. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 13 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier a eu lieu, sous la coupole Mazarine, la séance annuelle de l'Académie des sciences. Les noms des lauréats (prix de médecine et de chirurgie) ont été donnés déjà par l'UNION MÉDICALE, ainsi que le discours de M. Flourens. N'ayant pas à apprécier cette solennité, je demande la permission de revenir, pour les compléter, sur les comptes-rendus des séances précédentes.

Ab Jove principium, je commence par Jupiter, que M. Leverrier accuse formellement d'avoir troublé la marche de la comète de Halley — une des plus régulières cependant parmi ces vagabondes du ciel — mais troublé à ce point que la pauvre comète serait tout à fait perdue et que, si nous la rencontrions demain, nous ne la reconnaîtrions même pas. Il a suffi, pour qu'elle s'égarât ainsi, de son passage auprès de la planète qui sert d'asile au dieu détrôné. Ah ! que Junon aux yeux de bœuf avait raison d'être jalouse malgré sa fierté ! Mais à quoi sert de déclamer contre les passions, vieilles comme le monde ? M. Leverrier s'est gardé de ce travers ; il a patiemment étudié les forces auxquelles obéissent les globes, ces grands êtres qui nous portent à travers les espaces et, après avoir déterminé toutes les variations possibles que le parcours de la comète de Halley a pu subir par le fait de son passage au-delà ou en-deçà des satellites de Jupiter, il est venu offrir à ses collègues le moyen de reconnaître l'astre désorbité, s'il montre sa chevelure au-dessus de notre horizon. Quelle leçon et quel exemple pour les moralistes !

Puisque je parle des dieux antiques si chers aux astronomes, je veux dire aussi que, dans une autre séance, M. Élie de Beaumont a fait part à l'Académie de la découverte de la cinquante-et-unième petite planète. C'est à Nîmes, le 5 octobre dernier, que M. Laurent l'a découverte, ainsi qu'il résulte d'une lettre adressée à M. Élie de Beaumont par M. Valz, de Marseille.

« D'après l'autorisation de M. Laurent, écrit M. Valz, j'ai donné à cette nouvelle planète le nom de *Nemausa*, en mémoire et honneur de la ville et de la fontaine du dieu *Nemausus*. »

Je ne puis qu'applaudir à de tels sentiments ; mais, je le demande à tous les échos des arènes Nîmoises, qu'était ce dieu *Nemausus* que ne connaît pas Chompré ?

Je reviens aux astres chevelus : M. Leverrier avait annoncé, avant la communication de M. Élie de Beaumont, la découverte d'une nouvelle comète, par M. Brunhs, de Berlin, faite le 11 janvier 1858, dans la constellation d'Andromède : c'est la première de cette année. M. le directeur de l'Observatoire de Paris a fait remarquer, à cette occasion, que, depuis un an, toutes les comètes avaient été vues dans la région boréale du ciel, tandis que, dans l'année précédente, pas une seule n'avait été aperçue dans cette même région. Ce qui prouve, une fois de plus, que pour bien voir et pour tout voir, il ne faut pas toujours regarder du même côté.

M. Leverrier a déposé, en même temps, sur le bureau, le troisième volume des *Annales de l'Observatoire de Paris*. La première partie de ce volume contient la détermination des orbites des planètes et des comètes par M. Yvon Villarceau ; la seconde contient, avec le calcul des perturbations possibles de la comète de 1770, dont nous avons parlé plus haut, une discussion de M. Leverrier sur la théorie du soleil et des planètes, qui fera l'objet d'une communication spéciale à l'Académie, dans une de ses prochaines séances.

M. Leverrier a demandé ensuite, à M. le Président, la permission de distribuer à ses collègues une petite brochure de deux pages, contenant l'appréciation, par M. le directeur de l'Observatoire de Greenwich, des deux premiers volumes des *Annales*. M. Leverrier appuyait sa demande sur ce que ces volumes avaient été, de la part de ses collègues, l'objet d'une critique peu bienveillante. La permission a été accordée et la distribution s'est faite séance tenante.

Dans la séance du 1er février, M. E. Monier a lu une note sur une nouvelle méthode pour l'analyse du lait au moyen de liqueurs titrées. Voici sur quel principe est fondée cette méthode : « Si l'on verse, dit M. Monier, du caméléon goutte à goutte dans du lait étendu d'eau et acidulé, on voit immédiatement la belle couleur du caméléon disparaître, comme le ferait, dans les mêmes conditions, un sel de fer au minimum. Si l'on étudie de plus près cette réaction, on observe : 1° que la décoloration est due à la caséine et à l'albumine du lait ; 2° que le beurre et la lactine n'ont aucune action désoxydante. Il ne reste plus qu'à déterminer les volumes de caméléon qu'il faut verser dans une solution, soit de caséine, soit d'albumine, contenant chacune 2 p. 100 de ces matières, pour obtenir, dans ces liqueurs, une teinte persistante et de même intensité. »

M. Monier, après avoir décrit les procédés dont il se sert pour arriver à ces résultats, indique les moyens, également simples, dont il se sert pour déterminer la quantité des autres éléments contenus dans le lait.

M. de Bérigny a envoyé un quatrième mémoire sur l'ozonométrie, dans lequel il s'occupe de la rectification de la gamme ozonométrique de Schœnbein ; rectification basée sur un grand nombre d'expériences faites à l'aide du papier Jame (de Sédan).

Dans une séance antérieure, M. Pasteur avait adressé à M. Dumas une lettre sur la fermentation alcoolique : « En poursuivant mes études à ce sujet, disait M. Pasteur, j'ai trouvé que l'acide succinique était un des acides normaux de la fermentation alcoolique, c'est-à-dire que jamais il n'y avait fermentation alcoolique sans qu'il y eût production aux dépens du sucre d'une quantité d'acide succinique très notable, car elle s'élève au moins à 1/2 pour 100 du poids du sucre fermenté.

» Si la thérapeutique venait jamais à trouver un emploi à cet acide, dont la saveur a quelque chose d'individuellement étrange, et dont la vapeur me paraît avoir sur l'économie une action des plus vives, je crois qu'il ne serait pas difficile d'aller le recueillir à peu de frais dans les résidus rejetés des distilleries.

» Si l'acide succinique est bien, comme je l'affirme, un produit normal, nécessaire, de la fermentation alcoolique, je devais le retrouver partout où cette fermentation s'est produite, dans le vin, par exemple. Et, en effet, ayant pris le vin naturel dont je me sers habituellement et qui est un vin du Jura, en ayant évaporé un litre, repris par l'éther, il se déposa, après vingt-quatre heures, dans le sirop d'acide lactique que l'évaporation de l'éther laissa pour résidu, une quantité très appréciable de cristaux d'acide succinique. »

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE.

QUELQUES CAS DE FIÈVRE SUDORALE OU DE SUETTE ;

Par le docteur LIÉGEY, de Rambervillers.

J'ai lu avec le plus vif intérêt, dans l'UNION MÉDICALE (nos des 31 octobre, 19, 26 et 28 novembre 1857), un travail intitulé : *Du choléra cutané ou sudoral*, par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Ce médecin distingué a bien voulu, à la fin de la première partie de ce travail, me citer comme ayant rapporté des cas de *fièvre cholérique intermittente ou de choléra périodique*. J'ai, en en effet, relaté, et en grand nombre, des cas de cette affection. Les

Feuilleton.

CAUSERIES.

J'ai vu dans mon enfance — j'y ai participé peut-être — un jeu très amusant. On fiche un pieu dans la terre, on coiffe ce pieu d'une vieille marmite, on bande les yeux d'un enfant que l'on arme d'un bâton, et à qui on fait faire plusieurs tours sur lui-même ; ainsi dérouté, l'enfant doit aller casser la marmite de son bâton, et vous comprenez que plus souvent il frappe dans le vide que sur la marmite. Vous entendez aussi les francs et gros éclats de rire de l'assistance. Le vainqueur est celui dont le bâton heureux met en pièces le vieux pot.

Me voilà embarqué dans une comparaison saugrenue, et je ne sais quelle tournure prendre pour dire que toutes les fois que j'assiste à la lecture d'un éloge académique, ce jeu de la vieille marmite me revient involontairement à l'esprit. Aimez-vous mieux que je me livre aux faciles exercices du parallèle classique ? Jamais ne se présenta occasion plus opportune. A deux lunes de distance, les deux secrétaires perpétuels de nos Académies ont eu à faire le même éloge, l'éloge de Magendie. Attendez, voici la période :

L'un, austère jusqu'à la sévérité, a peint en relief, et avec un réalisme impitoyable, les traits de son modèle ; l'autre, plus indulgent, ne les a dessinés que d'un crayon léger. Le premier a produit une image daguerrienne ; le second un pastel complaisant. Le premier, comme un torrent impétueux qui descend de la montagne, a déraciné quelques beaux arbres dans la vallée, a raviné et ensablé des champs jusque-là fertiles ; le second, ruisseau murmurant, a parcouru lentement le vallon, évitant les obstacles et arrivant au but par d'habiles méandres. Celui-là a été Alceste, et celui-ci Philinte. L'un s'est servi d'une rigide plume de fer, l'autre d'une plume élégante arrachée à quelque oiseau chanteur, etc., etc.

Je vous en écrirai trois pages comme cela, si peu que vous y teniez. Mais, en vérité, cette phraséologie rhétoricienne ne vaut pas ma petite comparaison du jeu de tout à l'heure. Et pour en finir, je vous dirai qu'à mon sens, le discours de l'Institut m'a fait l'effet de l'enfant qui gracieusement a frappé dans le vide ; tandis que le discours de l'Académie de médecine a été l'autre enfant qui brutalement a cassé la marmite.

Puisque de toutes parts on invoque les droits de la vérité, j'ose dire que l'histoire de Magendie est encore à faire. Je n'ai trouvé ni ici ni là une appréciation exacte de cette célèbre individualité. Avec Broussais, plus que Broussais, Magendie est la plus grande notoriété scientifique, en médecine, de notre siècle ; on l'a trop oublié, là par une sévérité éloquente, sans doute, mais qui a dépassé le but ; ici par une légèreté, spirituelle assurément, mais qui n'était pas à sa place.

Je ne sais ce que dira l'Europe savante qui honore et respecte le nom de Magendie, qui a rempli ses livres de physiologie de citations de ses travaux ; je ne sais ce que diront les savants physiologistes de l'Allemagne et de l'Angleterre, en lisant ces prétendus *éloges* académiques, dont l'un commence par une épigramme, et dont l'autre finit par une critique. Assurément, l'étranger trouvera que nous avons en France une singulière manière d'honorer nos gloires nationales.

Je voudrais dire cependant, comme circonstance atténuante, que les écueils sur lesquels trop souvent se heurtent les orateurs de nos Académies, viennent plus de la nature du sujet que de leur talent, qui est incontestable. Mais le talent n'est pas tout, il y a aussi le goût, cette qualité suprême, don naturel que Thomas ne put jamais acquérir et que Fontenelle possédait. Un éloge académique n'est ni l'histoire sévère de Tacite, ni la chronique légère de Tallemant des Réaux. L'homme de goût sait prendre le milieu entre l'impartialité de l'historien et le laisser-aller du chroniqueur, et ce milieu ne peut être ni indiqué ni prescrit : l'homme de goût le trouve tout naturellement, comme la fauvette sa jolie petite phrase musicale.

Le goût consiste aussi à ne pas relever chez d'illustres morts l'absence de qualités qui font également défaut chez l'orateur lui-même. Magendie n'était pas doué de modestie, c'est incontestable, mais on s'expose à faire sourire l'auditoire en parlant d'immodestie quand on vient d'écrire soi-même et en parlant de soi-même cette phrase que j'extrais textuellement de la préface d'un livre tout frais éclos au soleil de la publicité :

« Je livre cet ensemble de choses originales et neuves aux physiologistes et aux philosophes ; ils y trouveront les uns et les autres ce qui » leur manque ; le physiologiste, des vues, et le philosophe, des faits. »

Certes, Magendie possédait une grande estime pour ses travaux, mais il n'aurait jamais écrit une phrase semblable.

Je tourne court sur ce sujet, et je me sauve vers l'Académie de médecine.

L'Académie s'est donné deux nouveaux membres associés libres ; c'est le titre le plus élevé que l'on puisse obtenir après celui de titulaire, et qui est réservé aux savants illustres, à des administrateurs célèbres, à des ministres même. La nomination de M. I. Geoffroy Saint-Hilaire a satisfait tous ceux qui savent honorer l'illustration du père dans la glorieuse et pieuse tradition du fils. Le choix de M. Littré par l'Académie a été non moins bien accueilli. Indirectement, c'est vrai, l'Académie commence à donner raison aux idées que j'ai souvent ici émises sur la nécessité de voir la philosophie, l'histoire et la littérature médicales représentées dans cette compagnie savante. Un illustre médecin allemand, avec qui j'avais l'honneur de m'entretenir naguère de ce sujet, manifesta un grand étonnement en apprenant l'absence de toute représentation de ces éléments de la science à notre Académie de médecine. — Quoi, me disait-il, le savant traducteur et éditeur d'Hippocrate n'est pas de l'Académie ? — Non. — Ni votre érudit traducteur de Galien ? — Non. — Ni l'élégant traducteur de Celse ? — Non. — Ni le judicieux traducteur de Paul d'Égine ? — Non. — Ni le spirituel et littéraire auteur *De la médecine et des médecins ?* — Non. — Ni l'éloquent écrivain du *spiritualisme et matérialisme ?* — Non. — Ni M. Buchez, ni M. Cerise, ni M. E. Auber ? — Non, non, non.

Dans sa franchise tudesque, mon illustre Allemand me dit un mot bien dur pour l'Académie.

Mais que doit-il dire, mon illustre Allemand, en lisant nos journaux, de voir qu'en ce moment même, l'Académie discute devant les banquettes vides, avec impatience et dédain, une des plus intéressantes questions de pathologie générale, la question du parasitisme ? Comment en serait-il autrement, puisque la doctrine que M. Devergie combat devant l'Académie, n'a pas ses représentants à l'Académie. — Quoi, me dirait-il, le célèbre et savant micrographe français, dont les travaux sont

premiers de ces cas furent publiés en janvier 1849 dans l'UNION MÉDICALE; puis ils ont été incorporés, à côté d'autres cas du même genre, dans un mémoire ayant pour titre : *Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses*, et publié au commencement de 1850 dans les *Annales de la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale*.

Dans ce mémoire, où je me suis efforcé de montrer l'identité de nature du choléra et de la fièvre cholérique, se trouve exprimée, au sujet de la suette, une opinion identique à celle qui a été émise ensuite par M. Roux, c'est-à-dire qu'en 1850, ou plutôt en 1849 (car le mémoire précité fut rédigé dans le courant de cette année, et imprimé une première fois au mois de novembre de la même année), je considérais déjà la suette comme une affection cholérique, un choléra externe. Que l'on veuille bien me permettre de retracer quelques lignes de ce travail :

« Maintenant, je vais tâcher de faire voir que les phénomènes » qui se passent à la peau sous l'influence régnante, sont analo- » gues à ceux qui, sous la même influence, se produisent dans le » tube digestif : c'est dire qu'il s'agit de comparer la suette » miliaire au choléra.

» Outre les douleurs céphaliques rachidiennes, les rémittences » et les intermittences qui, chez nous, relient entre eux et autres » pyrexies actuelles le choléra et la suette miliaire; outre les » crampes qui s'observent dans ces deux maladies, crampes moins » douloureuses, il est vrai, dans la suette miliaire, on constate » dans toutes les deux un flux, de la peau dans celle-ci, du » tube digestif dans celui-là. Dans l'une et l'autre affection, le » flux est généralement précédé, accompagné de douleurs ner- » veuses; car je n'hésite pas à regarder comme névralgiques les » douleurs périphériques de la suette miliaire. Ne puis-je compa- » rer l'éruption cutanée à l'éruption intestinale? Ne puis-je compa- » rer encore cette sécrétion plastique, mêlée parfois à l'éruption » miliaire dont elle semble naître, et qui offre l'aspect d'un herpès » squameux apparu presque subitement, ne puis-je la comparer à » la sécrétion plastique qui, dans le choléra, comme dans d'au- » tres fièvres pernicieuses, se produit sur la muqueuse du tube » digestif, et dont j'ai vu la formation et l'élimination avoir lieu à » plusieurs reprises chez les mêmes individus?

» . . . . . . Les symptômes cutanés de la suette miliaire, » comme les symptômes gastro-intestinaux du choléra, peuvent » se montrer isolément : dermalgiques, entéralgiques, les dou- » leurs existent quelquefois seules, c'est-à-dire que, dans le cho » léra, elles ne sont suivies d'aucune évacuation (*cholera sicca*), » et que, dans l'affection cutanée, il ne se produit ni sueurs, ni » éruption. Combien d'individus m'ont dit : Ma peau me pique, » me lance, et pourtant l'on n'y voit rien!

» Par contre, l'exhalation intestinale ou cutanée se fait parfois » sans douleur; ainsi, ai-je vu la diarrhée se produire chez cer- » taines personnes, ainsi se sont manifestées des sueurs abon- » dantes, diarrhées et sueurs qui ont quelquefois revêtu le type » intermittent.

» . . . . . Les écarts de régime, l'impression du froid sur le » corps étant en sueur, une saignée intempestive, une émotion » vive et pénible, l'accouchement, etc., sont des circonstances » propres à favoriser la transformation de l'affection superficielle » en affection profonde, en fièvre pernicieuse cholérique ou » autre. »

J'ai cité, dans mes divers travaux, un grand nombre de cas de cette transformation dont la cause est loin d'être toujours appréciable; chaque jour encore, j'observe de nouveaux cas de ce genre, car, ainsi que je l'ai dit maintes fois, la plupart de nos fièvres, rémittentes, intermittentes graves, pernicieuses, typhoïdes, devenues endémo-épidémiques, et qui, si généralement, lorsque la guérison a lieu, se terminent par des sueurs plus ou moins abondantes et une éruption ordinairement semblable à l'éruption miliaire, sueurs et éruption véritablement critiques, la plupart de nos fièvres, dis-je, ont pour point de départ soit de telles sueurs, soit une semblable éruption, soit enfin la réunion de ces deux choses, sueurs et éruptions empêchées, arrêtées dans leur développement.

Je possède donc encore des cas inédits.

C'est parmi les plus intéressants de ces cas, que je choisis la matière des quelques notes successives que je viens offrir aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Je commencerai par la relation d'un fait tout récent, que j'intitule :

OBSERVATION I. — *Suette rémittente pernicieuse typhoïde; efficacité de l'emploi des préparations de quinquina.*

Le 20 novembre 1857, dans l'après-midi, je me rends dans un village du canton de Rambervillers, pour donner mes soins au nommé V..., charron.

C'est un jeune homme de 28 ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une conduite régulière, exemplaire même, et d'une intelligence remarquable : tandis que d'autres, moins nombreux, il est vrai, à la campagne qu'à la ville, perdent leur temps dans les cafés et les cabarets, il consacre ses loisirs à des travaux d'horlogerie, dans lesquels il réussit comme un homme de l'art, bien que personne ne l'ait initié à ces travaux et qu'il n'emploie d'autres instruments que ceux fabriqués par lui. Malgré un travail souvent excessif et une vie trop sédentaire, il a généralement joui d'une bonne santé.

Depuis un an environ, il éprouvait seulement une légère surdité intermittente, lorsque, huit jours avant ma visite, il fut pris de céphalalgie frontale, de rachialgie, de douleurs le long des membres, de chaleur sèche. Le lendemain, le corps se couvrait d'une sueur abondante, avec laquelle coïncidait une diminution notable des accidents sus-indiqués, qui augmentèrent de nouveau pendant la nuit, cette sueur s'étant alors suspendue. Pendant les trois jours suivants, c'est-à-dire jusqu'au 21, on vit se reproduire cette alternative de sueur diurne plus ou moins abondante et de douleurs nocturnes plus ou moins vives, douleurs surtout vives à la tête. Le 21, dans la matinée, on fit une large saignée du bras, d'après le conseil d'une personne que je blâme d'oser, n'étant pas médecin, traiter des maladies graves (1). Le jour même de cette saignée, la sueur fut supprimée, et une épistaxis abondante se produisit. Cette épistaxis, qui fut suivie d'une diminution marquée de la céphalalgie, paraissant à cette personne indiquer l'utilité d'une nouvelle émission sanguine, une seconde saignée fut pratiquée le lendemain. A partir de ce moment, le malade ne souffrit pour ainsi dire plus : mais l'abattement fut grand, la sécheresse de la peau presque constante ou la sueur seulement locale; il y eut du délire, dont les accès, d'une fréquence croissante, étaient parfois, surtout la nuit, d'une violence telle, que l'on avait grand'peine à empêcher ce jeune homme de fuir; il se produisit aussi de la diarrhée.

État dans lequel je trouve le malade au moment de mon arrivée :

Décubitus dorsal, apparence de prostration; yeux enfoncés, cerclés de noir et un peu chassieux, mais paraissant intelligents; amaigrissement, teint jaunâtre, lèvres croûteuses et noirâtres; langue sèche, brunâtre et fendillée; dents fuligineuses; un peu de dysphagie; soif vive; sécheresse de la peau; pouls à 110 et dépressible; respiration un peu accélérée; toux légère et catarrhale; aucun signe de lésion organique de la poitrine; léger météorisme de l'abdomen, qui n'est le siége d'aucune sensibilité anormale; une selle diarrhéique et la miction, laquelle n'offre rien de particulier, viennent d'avoir lieu volontairement; réponses justes, mais faites d'une voix faible, voilée; surdité très prononcée, abolition presque complète des sens de l'odorat et du goût, conservation du toucher et de la vue.

Dix minutes à peine se sont écoulées, lorsque, sous le rapport du moral, la scène change : le calme et la lucidité font place au délire, lequel s'offre successivement, et dans moins d'une demi-heure, sous des formes variées. D'abord, le malade rit à la manière d'un imbécile, puis son visage revêt l'aspect sombre du mélancolique; ensuite se voit l'agitation du maniaque, et, alors, ce jeune homme, qu'auparavant l'on n'eût pas cru capable de changer de position, s'assied brusquement sur son lit, pose ses pieds par terre et oppose une vive résistance lorsqu'on l'oblige à se recoucher; pendant les deux premières phases, sa voix reste faible, il murmure entre ses dents des mots inintelligibles; pendant la dernière phase, il exprime avec volubilité et d'une voix ferme ses idées délirantes; pendant cette phase aussi, la chaleur de la peau s'élève, l'œil s'anime, le pouls acquiert une fréquence nouvelle et devient dur. Lorsque reviennent le calme moral et la lucidité, le regard redevient intelligent, le développement du pouls diminue, la peau offre de la moiteur aux mains et à la face, le malade reprend le décubitus dorsal et l'immobilité, et ne parle plus que pour répondre à mes questions : alors, en un mot, sauf la moiteur, il est dans le même état qu'à mon arrivée.

Depuis que les affections rémittentes et intermittentes graves, les maladies à quinquina, sont devenues fréquentes chez nous, les préparations de cette substance, comme je l'ai dit il y a longtemps déjà, sont en quelque sorte mon *vade mecum*: je fais de manière à les avoir sous la main lorsque je me trouve près d'un malade de la campagne atteint de fièvre. C'est ainsi que, dans le cas particulier, avant de me mettre en route, ayant, d'après quelques renseignements recueillis de la bouche de l'homme qui m'avait été dépêché, reconnu l'utilité de la médication quinique, j'avais envoyé cet homme chez le pharmacien de la famille du malade, se procurer du quinquina en poudre et du sulfate de quinine. Dans ce cas comme dans d'autres, cette précaution, outre qu'elle exemptait d'une longue course, procurait le double avantage d'économiser un temps précieux pour le malade et de me mettre à même d'inaugurer le traitement.

J'administrai, en deux doses rapprochées, 1 gramme de sulfate de quinine et 4 grammes de quinquina dans une infusion de café, mélange que l'abolition du sens du goût empêcha le malade de trouver amer. Diète absolue, eau légèrement rosée avec du vin vieux pour boisson.

En quittant ce jeune homme, près de qui j'avais passé environ une heure, je recommandai de me donner de ses nouvelles le lendemain matin.

Renseignements du 21 au matin. Pendant toute la nuit, la peau a été sèche et chaude, le délire très agité; au point du jour, c'est-à-dire au moment du départ de la sœur du malade pour Rambervillers, le calme et la lucidité sont revenus, et la peau, moins chaude, a paru moins sèche, mais il y avait soif vive. Depuis la veille, il n'y a eu qu'une selle diarrhéique.

Je prescris le même mélange fébrifuge et j'y joins des frictions avec l'onguent napolitain sur l'abdomen et le long de l'échine.

Il est convenu que l'on reviendra le lendemain matin.

Le 22, cette fille vient m'apprendre ce qui suit : L'état de calme et de lucidité a duré, la veille, jusqu'à onze heures du matin; ensuite a recommencé le délire qui, avec de courtes intermittences, a duré près de trois heures, et pendant lequel le malade, qui ne cherchait point à quitter son lit et changeait peu de position, s'est mis à chanter plusieurs fois. Après cette série d'accès délirants, le corps s'est couvert d'une sueur générale abondante, restée telle jusqu'au départ de cette fille, c'est-à-dire jusqu'à six heures du matin. Pendant ce temps, même la nuit, il n'y a eu que de légers accès de délire tranquille.

On exprime le désir que je revoie bientôt le malade; je promets de lui faire ma visite le lendemain matin. (Même traitement.)

Visite du 23. Pas de délire depuis la veille à quatre heures de l'après-midi; la sueur, au commencement de la nuit, s'est transformée en bonne moiteur générale, dont je constate la continuation; l'abattement général,

(1) Nulle part peut-être l'exercice illégal de la médecine n'a lieu plus ouvertement et plus fréquemment que chez nous, où il est rare que les soins du médecin, lorsqu'on veut bien les demander, n'aient été précédés de ceux de l'empirique qui, souvent, lui est substitué.

---

si appréciés en Allemagne, M. le docteur Ch. Robin n'est pas de l'Académie?

Je n'oserais pas probablement lui dire le non fatal, tant je craindrais un redoublement de la franchise tudesque.

Si cette franchise tudesque et que je voile autant que je le peux, pouvait pousser l'Académie dans des voies un peu plus larges, je ne regretterais pas de l'avoir fait entendre *con sordina*. Une élection de membre titulaire se prépare : que l'Académie compte ses médecins, ses chirurgiens, et même — oserai-je le dire? — ses apothicaires; qu'elle compte ensuite — je ne dirai pas encore ses philosophes, ses historiens et ses littérateurs; il ne faut pas tout demander à la fois — mais ses micrographes, et elle sentira peut-être le besoin d'acquérir cet élément nouveau.

Quel service l'Académie rendrait en ce moment à M. Devergie, qui doit être fatigué de combattre d'estoc et de taille dans le vide le plus complet! Si n'était M. Depaul qui le harcèle, mais seulement sur les flancs de la question, l'honorable adversaire des doctrines dermographiques nouvelles ne trouverait pas un seul contradicteur. C'est sans doute parce qu'il ne voit pas en face, en chair et en os, un adversaire quelconque, que M. Devergie garde cette profonde impassibilité dont nous sommes témoins. Cet honorable orateur prend et garde la parole durant des heures entières, sans qu'un accent d'émotion vienne troubler sa voix, sans qu'un éclair de passion illumine son visage. C'est le dieu Terme avec une bouche qui parle, mais dont les sons lents, uniformes et monotones engourdissent l'esprit comme le bruit du pendule. Et tout ce que dit M. Devergie est cependant bien dit, correctement présenté, logiquement enchaîné; que lui manque-t-il donc?

Il lui manque ce qu'il y avait de trop le dimanche 31 janvier dernier, à l'Assemblée générale de l'Association de la Seine, de l'animation, un grain de passion. Et cette animation était telle parmi les honorables adversaires du projet d'Association générale, que ses partisans ont craint de compromettre l'idée en suivant la discussion ouverte. La parole est une arme admirable, mais terrible, et il faut être sûr de soi-même pour oser se permettre d'atteindre ou de ne pas dépasser le but. Par d'autres moyens le but sera atteint, et c'est là l'essentiel. En attendant, le calme renaîtra dans les esprits, les appréhensions se dissiperont, et cette grande question de l'Association générale redeviendra, ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être, une question d'amélioration et de concorde générales.

Des deux chemins qui doivent y conduire, le comité de Bordeaux avait voulu prendre le plus court et celui qui lui paraissait le plus facile. Les propriétaires de ce chemin lui ont interdit le passage; eh bien, l'autre est resté libre, et à l'heure actuelle il y est résolument entré. Un peu de temps, un peu de patience. Un grand pas a été fait vers l'Association générale depuis le 31 janvier, et à tous les amis de cette belle institution j'oserai dire, dans quelques jours : Réjouissez-vous! nos efforts aboutiront! vos espérances seront satisfaites.

Rien ne m'empêche de dire dès aujourd'hui que nous avons reçu, depuis le 31 janvier, vingt-cinq adhésions nouvelles, dont l'adhésion collective de la Société médicale de l'arrondissement de Gannat.

Amédée LATOUR.

DANS LE CROUP, LA CAUSE LA PLUS FRÉQUENTE ET LA PLUS IMPORTANTE DE LA DYSPNÉE, EST LA PARALYSIE DES MUSCLES DU LARYNX.

Le docteur SCHLAUTMANN, à Greifswald, appuie cette thèse sur des considérations de la plus grande valeur. Beaucoup de médecins, ne trouvant pas toujours dans la fausse membrane une cause suffisante de la dyspnée, admettent dans ce cas un rétrécissement spasmodique de la glotte. Mais cet état n'existe pas dans le croup et ne saurait expliquer les symptômes de la maladie. La physiologie, la physiologie pathologique, l'anatomie pathologique, la symptomatologie indiquent au contraire une paralysie des muscles du larynx. Il est bien reconnu que les tissus musculaires situés sous une membrane enflammée, sont infiltrés, pâles, flasques et plus ou moins paralysés; ainsi, dans la péritonite, la pleurite diaphragmatique, l'angine, les inflammations intestinales profondes, la cystite, etc. Or, la même lésion a lieu dans le larynx (et dans le pharynx, le voile du palais, d'où la dysphagie observée dans le croup et continuant même encore après la guérison).

En comparant les symptômes du croup et ceux que l'on détermine par la section des nerf vagues, on trouve une parfaite analogie; or, cette opération paralyse les muscles.

Les symptômes du croup s'expliquent plus facilement en admettant une paralysie qu'une contraction spasmodique.

Le ton de la voix et de la toux. Il ne peut être bas et rude avec un spasme; plus il est grave, plus les cordes vocales doivent être relâchées. Il saute parfois des notes graves aux aignës, mais subitement et par moments : c'est que la pression de la colonne d'air expiré aide aussi à tendre les cordes vocales, et c'est surtout dans les moments de forte expiration que ce symptôme se montre.

La dyspnée est une suite de la paralysie des cordes vocales; dans l'inspiration, la pression de l'air les rapproche et s'oppose ainsi à l'entrée de l'air; l'expiration, au contraire, les écarte. La dyspnée est d'autant moins forte, que la respiration se fait doucement et lentement; elle devient vive pendant les cris, la toux, car, si l'air extérieur se précipite rapidement sur les cordes, il les rapproche plus hermétiquement.

L'hyperémie du poumon et *la pneumonie* s'expliquent également avec la paralysie. Dans la respiration normale, la glotte se dilate pendant l'inspiration et se rétrécit pendant l'expiration; dans le croup, le phénomène est inverse. A l'état normal, les capillaires pulmonaires se remplissent pendant l'inspiration, moins à la suite d'une raréfaction de l'air du poumon, qui n'existe presque pas, mais plutôt par l'allongement des vaisseaux. A l'expiration, au contraire, l'air est un peu condensé dans les poumons, et cette pression aide à vider les capillaires. Dans le croup, l'inspiration est entravée; il se fait donc une raréfaction de l'air des cellules pulmonaires, raréfaction qui aspire le sang et ajoute son action à celle de l'élongation des capillaires; ceux-ci seront donc remplis outre mesure. Mais l'expiration est facile; la pression de l'air du poumon sur les vaisseaux fait défaut, et les vaisseaux ne se vident pas convenablement. De là l'hyperémie pulmonaire observée dans le croup.

Dans le traitement, l'auteur recommande les vomitifs quand il y a des indications à leur emploi; surtout les fomentations froides sur le cou, renouvelées toutes les cinq à dix minutes; quelques sangsues au sternum, quand elles ne sont pas contre-indiquées, mais il faut éviter d'affaiblir trop le malade; les affusions froides exigent beaucoup de prudence et le musc est peu favorable. Enfin, dans les cas désespérés, la trachéotomie. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1856, n°s 9 et 10.)

l'abattement typhoïde, s'est bien amoindri; les yeux, moins enfoncés, ne sont presque plus cerclés; les lèvres, la langue sont beaucoup moins sèches, beaucoup moins enduites; la dysphagie s'est dissipée; la soif est encore vive; le pouls, qui a repris un certain développement, n'offre que 90 pulsations; le flux semble avoir cessé; l'abdomen n'est plus sensiblement météorisé; les réponses très justes, sont faites d'une voix moins voilée, et je les obtiens sans parler bien haut, ce qui montre que la surdité a diminué; il y a des bourdonnements d'oreilles, semblables, dit le malade, à ceux (j'ai omis de le dire) qui se sont produits quelques jours avant la maladie et d'une manière intermittente; le sens de l'odorat est revenu; il en est de même du sens du goût, lequel, les jours précédents, était tantôt amoindri, tantôt, et plus souvent depuis la veille, remarquablement exalté, ce qui fit que, la veille aussi, la première dose du mélange fébrifuge a été prise avec la plus grande facilité, et que l'autre dose a été trouvée d'une amertume presque insupportable.

Muni du même mélange, je l'administrai moi-même comme la première fois, et pus juger du retour ou plutôt de l'exaltation du sens dont je viens de parler.

Désirant, afin de hâter la marche de l'amélioration, ajouter à la sueur critique une autre crise cutanée sous forme d'éruption, je m'étais muni aussi d'huile de croton tiglium, qui, comme l'on sait, donne lieu à une éruption miliaire écrémateuse, laquelle a la plus grande ressemblance avec l'éruption miliaire spontanée, dont souvent elle provoque le développement ou à laquelle elle sert de point de départ.

Je fis, moi-même aussi, des frictions avec cette huile, le long du rachis, sur l'abdomen, la poitrine, les parties latérales du cou et même derrière les oreilles. Des rougeurs se montrèrent à l'instant sur ces diverses parties, où le malade accusa une sensation de chaleur.

A la demande de ce jeune homme, je fis augmenter la quantité de vin mêlé à l'eau et donner de loin en loin un peu de bouillon gras.

Nouvelles reçues le 24 dans la matinée. Aucun vestige de délire ne s'est montré depuis ma visite; la sueur, parfois très abondante, a continué; il y a de nombreux boutons, qui, sur certains points, s'étendent au delà des parties frictionnées; l'abattement a beaucoup diminué; le malade, couché sur le côté, a gouté à plusieurs reprises, pendant la nuit, un sommeil paisible et d'assez longue durée dont il semblait ne sortir que pour demander du bouillon ou du vin, dernier liquide que, plus d'une fois, il a manifesté le désir de boire pur; une selle liée, peu abondante il est vrai, a eu lieu vers la fin de la nuit.

Traitement : les doses quiniques seront diminuées de moitié. — Régime : on donnera alternativement le vin coupé d'eau (parties égales) et une petite quantité de vin pur; un peu de semoule sera ajoutée au bouillon.

Renseignements du 25 dans la matinée. Les forces, l'appétit s'accroissent; le sommeil est bon, la moiteur et l'éruption continuent, la défécation se fait d'une manière normale, l'intelligence reste intacte. (Même traitement; augmentation de la nourriture).

Nouveau progrès le 26. Nouvelle diminution des doses quiniques.

Le 27, dans la matinée, je vois ce jeune homme pour la dernière fois. Il n'y a plus rien de typhoïde dans son aspect; son visage est calme et souriant; sa langue humide et sans enduit; sa peau légèrement moite; son pouls offre 70 pulsations, régulières et d'un développement normal; du côté des sens, il n'y a d'autre phénomène morbide que la cophose, laquelle ayant servi de long prodrôme à la maladie, durera, dis-je à ce jeune homme, probablement quelque temps encore. Il se plaint des démangeaisons que lui cause l'éruption, qui, confluente sur la poitrine, l'abdomen et les lombes, y est transformée en larges plaques de croûtes presque sèches, entourées de petites pustules disséminées, dont les analogues se remarquent sur diverses parties des membres qui, cependant, n'ont pas été frictionnées, comme pour montrer que l'agent irritant n'a fait, pour ainsi dire, que donner le branle à l'éruption critique, laquelle aurait peut-être dû se produire en même temps qu'avait lieu la sueur périodique; il se plaint aussi de ce qu'on ne lui donne ni assez de vin pur ni assez de nourriture, et cependant, dans les vingt-quatre heures, il ne boit guère moins d'un litre de vin et mange cinq ou six potages déjà substantiels.

Connaissant depuis longtemps la tolérance remarquable qui, à l'endroit du vin et de la nourriture la plus substantielle, s'établit chez la plupart de nos convalescents, je n'éprouve nulle hésitation à permettre à ce jeune homme de boire le vin pour ainsi dire à discrétion et d'ajouter à l'usage de la soupe celui de la viande. Je lui permets aussi de commencer à se lever; mais, sachant également depuis longtemps que, dans nos fièvres rémittentes et intermittentes, le mal, comme le feu caché sous la cendre, peut encore exister sous forme latente lorsque toute manifestation symptomatique a cessé d'être appréciable et que telle est la principale cause des récidives si fréquentes dans ces maladies, j'engage le malade à continuer quelques jours encore l'usage de petites doses quiniques.

Mon conseil a été suivi. Sous l'influence du régime le plus tonique, admirablement supporté, les forces se sont promptement rétablies, la guérison est devenue complète au bout d'un petit nombre de jours; du moins, le 2 décembre, lorsque, pour la dernière fois, on m'a parlé de ce jeune homme, il n'avait plus, et à un degré bien amoindri, que la surdité de vieille date.

Réflexions. — Ce cas, que l'on pourrait intituler aussi : *Transformation de la suette périodique en fièvre pernicieuse rémittente typhoïde*, me semble intéressant à divers points de vue :

1° *Au point de vue de la périodicité de la première forme morbide.* Dans les cas que j'ai cités ailleurs, il en est qui offrent une périodicité non moins tranchée, non moins remarquable.

2° *De la transformation de cette maladie.* Cette fâcheuse transformation a été certainement, comme dans d'autres cas, favorisée par les émissions sanguines; elle n'aurait pas eu lieu et la suette aurait été guérie promptement, si, au lieu de ces émissions sanguines, on eût alors mis en usage les préparations quiniques. Si je dis : les préparations quiniques et non pas : le sulfate de quinine, c'est que, depuis longtemps, je reconnais qu'il convient, dans nos maladies essentiellement asthéniques, de contrebalancer l'influence hyposthénisante de ce sel; c'est pourquoi j'y associe une autre préparation de quinquina, la teinture, l'extrait ou la poudre; c'est aussi une des raisons pour lesquelles je donne de bonne heure, même dans des pyrexies de haute gravité, du vin généreux, lorsque l'on peut s'en procurer, et des aliments gras.

3° *De l'adjonction de l'élément pernicieux à l'élément typhoïde.* C'est cette adjonction, si fréquente chez nous et ailleurs, qui fait que les affections typhoïdes, depuis quelques années, ont souvent une marche capricieuse, insidieuse, rapide, marche parfois même foudroyante, qui n'est pas la marche de la fièvre typhoïde proprement dite, mais celle du typhus.

4° *De l'efficacité de la médication quinique.* Pour aucun des médecins qui exercent dans notre contrée, l'efficacité de cette médication dans nos pyrexies, ne saurait être douteuse, car tous, aujourd'hui, sont obligés d'y avoir fréquemment recours.

5° *De la réapparition de la sueur au déclin de la fièvre grave.* Cette fièvre ayant eu pour point de départ la suppression d'une manifestation cutanée, la crise ou les crises devaient avoir lieu vers la peau; ce qui ressort d'une loi pathologique que j'ai indiquée il y a longtemps déjà pour la première fois, et qui ne souffrent que de rares exceptions. C'est en prenant cette loi en considération que, dans le cas particulier, comme dans d'autres du même genre, je me suis efforcé, pour hâter la marche de la période de déclin, de faire naître, à côté de la sueur critique, une éruption également critique.

6° *De la tolérance pour le vin à hautes doses, et l'alimentation substantielle pendant la convalescence.* Que de demi-convalescences, de convalescences avortées n'ai-je pas vues dans les années de pénurie que nous venons de traverser?

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 1er février 1858. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Bertherand, médecin principal à Alger, demande le titre de membre correspondant et adresse un travail intitulé : *Notice sur les eaux alcalines gazeuses de Mouzaïa-les-Mines (Alger), précédée de considérations sur la genèse des eaux minérales thermales, d'après la tradition arabe.* (Renvoyé à MM. Bourdon, Raoul Leroy d'Étiolles et Cazin.)

M. le docteur Fréd. Boschan, médecin aux eaux de Franzesbad, demande le titre de membre correspondant.

M. le docteur Germain, de Salins, adresse une note supplémentaire, au sujet de la *condensation des vapeurs des salines de Salins.* (Renvoyé la commission.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Guide médical aux eaux sulfureuses thermales de Saint-Honoré, ou recueil des travaux publiés sur ces eaux, par MM. O. Henri, Ch. Racle et C. Allard, Nevers, 1857.

Compte-rendu de la saison des eaux thermales d'Aix-les-Bains pendant l'année 1856, par M. Veyrat, Chambéry, 1857.

Analyse chimique de l'eau minérale sulfureuse-alcaline, iodurée et bromurée de Marlioz, près Aix en Savoie, par J. Bonjean, pharmacien à Chambéry.

Études sur les eaux potables et en particulier sur les eaux de Noyonnais, description géologique de cette contrée et recherches étiologiques sur le goître, thèse pour le doctorat, par M. Guilbert, Paris 1857.

De l'avoine considérée comme substance alimentaire pour l'homme, 1856, par M. Herpin, de Metz.

Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, pendant l'année 1856 57, Gannat, 1857, par M. Boudant.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ.

La Société avait mis au concours, le 21 avril 1856, la question suivante : *Des vapeurs qui proviennent des eaux minérales ou qui en sont obtenues artificiellement, au point de vue chimique et thérapeutique, et du mode d'installation des appareils et des salles d'inhalation.*

Un seul travail, écrit en espagnol, a été adressé, avec l'épipraphe suivante : *In nulla enim parte naturæ majora sunt miracula quam in thermis.* (Plinius.)

Ce travail est renvoyé à la commission des prix, composée de MM. Durand-Fardel, Dutrouleau, de Puisaye, Reveil et Sales-Girons.

ÉLECTIONS.

M. le docteur Cabrol, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de bourbonne, est nommé membre *correspondant.*

M. le docteur Œsterreicher, médecin à Carlsbad, est nommé membre *correspondant étranger.*

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Rapport de M. Durand-Fardel, au nom d'une commission composée de MM. Decaye, Destouches et Durand-Fardel, sur une note de M. Peironnet, intitulée : *Premier aperçu sur les eaux minérales de la Bourboule* (Puy-de-Dôme).

Les eaux de la Bourboule, situées à 8 kilomètres du Mont-Dore, sont remarquables par leur température élevée (57° centig.) et leur minéralisation. Elles renferment environ 4 grammes de chlorure de sodium, 3 grammes de bicarbonate de soude, un peu d'iode, peut-être du brôme, dégagent beaucoup d'acide carbonique, une faible proportion d'hydrogène sulfuré, et sont les plus arsénicales que l'on connaisse aujourd'hui. M. Thénard y a trouvé, pour un litre :

0gr,0085 arsenic,
0gr,013 acide arsénieux,
0gr,020 arséniate de soude.

La spécialisation de ces eaux dans la pratique, est telle que leur constitution générale le fait prévoir. Elles s'adressent surtout aux scrofules (eaux chlorurées iodiques), aux rhumatismes (eaux à température élevée), aux suites de fièvres intermittentes (eaux arsénicales). Nous devons ajouter que cette dernière qualité n'est peut-être pas étrangère aux résultats importants qu'on en obtient dans certaines maladies de la peau.

Malheureusement, deux circonstances empêcheront de tirer aujourd'hui de ces eaux tout le parti que paraît comporter leur réelle efficacité. D'une part la faible quantité d'eau minérale qui existe, de l'autre l'état assez déplorable où se trouve l'installation thermale.

Tout porte à penser que des recherches convenablement dirigées mettraient facilement à découvert une quantité suffisante d'eau minérale. Quant à l'établissement thermal, la commission ne peut qu'exprimer le regret que des eaux minérales aussi intéressantes ne se trouvent pas aménagées d'une manière mieux en rapport avec les services que la thérapeutique a le droit d'en attendre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.*

M. Niepce expose que le but qu'il se propose dans le traitement de la phthisie par les eaux sulfureuses, consiste à enrayer l'évolution du tubercule, dont la présence dans le poumon produit les mêmes phénomènes, et tend à congestionner les parties voisines, et que si l'on parvient à prévenir cette congestion et la phlegmasie locale qui lui succède, le tubercule peut rester stationnaire, s'enkyster, se transformer en un produit crétacé, ou que si la fonte s'en opère, la cavité peut se cicatriser.

M. Niepce expose que les eaux d'Allevard, si utilement employées dans les bronchites, les pneumonies chroniques, conviennent éminemment pour détruire les fluxions, les congestions, les phlegmasies catarrhales déterminées par la présence des tubercules dans les poumons.

Si la phthisie pulmonaire elle-même peut être guérie, on ne doit l'espérer que dans les cas où les tubercules sont en petit nombre, disséminés ou isolés, où un seul poumon est atteint.

Le traitement de la phthisie, à Allevard, consiste spécialement dans les inhalations des vapeurs sulfureuses et du gaz sulfhydrique.

Le traitement doit être différent chez les phthisiques à tempérament lymphatique ou sanguin. C'est dans ce but que M. Niepce a établi deux salles d'inhalations différentes : celles de vapeurs et celles purement gazeuses.

Dans les premières, l'air que respirent les malades contient, outre les vapeurs sulfureuses, une certaine quantité de particules salines provenant de l'eau minérale, et qui sont des carbonates, des sulfates sodiques et des chlorures. L'action combinée de ces principes minéralisateurs, paraît à M. Niepce d'une haute importance dans le traitement de cette maladie. Il attribue au gaz sulfhydrique, porté directement sur les poumons, un effet sédatif signalé depuis longtemps par Bordeu et M. Trousseau, et qui se fait sentir sur la toux et sur les mouvements du cœur; et aux sels contenus dans ces vapeurs, d'après Magendie, une action fluidifiante, et, par suite, résolutive sur les matières mucoïdes et albuminoïdes.

Chez les individus lymphatiques, l'eau doit être prise en boisson et en bains, dans le but de déterminer une modification générale de l'économie; mais chez les individus sanguins ou nerveux, le traitement doit différer essentiellement. Dans ces dernier cas, il faut se tenir en garde contre les hémoptysies, et l'on doit plus spécialement agir par les inhalations du gaz sulfhydrique seul et à une température peu élevée, lequel détermine une action sédative, hyposthénisante, qui calme facilement la toux sèche de ces malades.

En général, dit M. Niepce, dans le traitement thermal de la phthisie, il faut se garder de toute excitation qui pourrait activer l'inflammation désorganisatrice; et si dans la phthisie au premier et au deuxième degré, les guérisons ne sont pas aussi nombreuses qu'on le voudrait, du moins parvient-on assez souvent à arrêter les progrès de la maladie, à l'enrayer, à retarder enfin la fin des malades.

M. Rotureau expose la pratique et les guérisons des médecins allemands, relativement à l'emploi des eaux d'Ems et de Soden dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Les médecins d'Ems sont fort partagés sur ce sujet; quelques-uns se refusent à admettre l'opportunité de ces eaux à aucune époque de l'évolution des tubercules.

Quant aux eaux de Soden, M. Rotureau pense que si l'on ne peut rejeter entièrement les résultats considérables que quelques médecins affirment avoir obtenus de leur emploi dans le traitement des premières périodes de la phthisie, il faut surtout en faire honneur aux excellentes conditions hygiéniques qui se trouvent réunies dans cette localité thermale.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

VARIÉTÉS.

ÉLOGE HISTORIQUE DE FRANÇOIS MAGENDIE;

Par M. Flourens, secrétaire perpétuel,

Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des sciences, le 8 février 1858.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

M. Magendie était entré à l'Institut en 1821. Ayant eu assez de finesse pour s'y faire accepter sans dissimuler son humeur originale, sans se contraindre dans sa raillerie indomptée, il se garda bien de se départir ni de l'une ni de l'autre, lorsqu'il fut arrivé à son but. Ses confrères les praticiens l'avaient admis dans leur Académie dès sa fondation, sur ce que jusque-là il s'était montré un disciple d'Hippocrate assez respectueux, bien qu'il ne crût à rien et moins à la médecine qu'à aucune autre chose. L'avenir aidant, les convictions auraient pu arriver; mais cet avenir, embelli par les sympathies qui lui valurent ses succès scientifiques, conduisit jusqu'à la révolte cet initié insoumis.

Dans nos rangs, où des amitiés l'attendaient, il remplit très sérieusement les devoirs qui lui étaient imposés; il se montra pour le travail des commissions aussi actif que judicieux et éclairé; plusieurs rapports de lui furent de véritables études. Mais il tenait en réserve, pour l'exercice de certains de ses privilèges, des saillies dont la brusquerie et l'imprévu déconcertaient les prévisions et troublaient toutes les traditions académiques. Jamais il ne donnait à entendre qu'un sentiment était erroné, qu'un fait n'était pas exact : il le disait. Ses confrères les médecins qui aspiraient à l'Institut, avaient à réclamer son suffrage. A moins que les entraînements de l'affection ne vinssent en aide, il défendait la position en homme qui ne croit pas nécessaire de la partager, et opposait à leurs côtés faibles une franchise qui ne leur laissait rien à deviner. Si des titres réels lui étaient présentés, vaincu dans sa probité : « Eh bien, disait-il en s'éloignant, vous aurez ma voix, mais non pas ma main. »

Un danger beaucoup plus sérieux encore existait vis-à-vis de notre académicien : s'étant consacré sans réserve à la physiologie, il se l'était adjugée comme un domaine qui lui appartenait en propre. Aucun point

de cette science ne pouvait être effleuré sans qu'il s'en offensât : ou il y avait touché, ou il le tenait en réserve dans sa pensée, cherchant quel aspect nouveau il lui donnerait par l'expérience. Dans cet état de choses, un travailleur qui sortait de ligne devenait un ennemi. Une fureur d'enfant s'emparait alors de M. Magendie; il ne se possédait plus : l'homme, élevé dans l'exercice complet des priviléges de la démocratie, reparaissait tout entier, jusqu'à ce que l'honnête homme, l'homme d'esprit sentît ce qu'il y avait d'inférieur à lui-même dans une pareille injustice.

Railleur, désintéressé et spirituel, c'était plus qu'il n'en fallait pour être bien posé dans le monde. Aussi, une clientèle choisie vint-elle au-devant de lui sans qu'il la cherchât, car tout au plus eût-il voulu traiter ses amis : pour lui, les traiter en amis, c'était leur faire très peu de chose; il fallait qu'ils fussent contents ainsi. Mais il fallait bien plus, il fallait que, malades assez raisonnables, ses clients renonçassent à la douceur de lui voir plaindre des maux imaginaires, que, formés à sa guise, ils acceptassent vérités sévères, gronderies et boutades. Malgré tout, ils étaient, selon l'expression de Sganarelle, « si fort eudiablés à le prendre » pour un habile homme, » que, sur la réputation qu'ils lui firent, arrivèrent jusqu'à lui quelques-uns de ces naïfs prôneurs de l'infaillibilité médicale qui vénèrent le joug, et se croiraient voués à tous les maux, si leur foi ne grandissait en raison de l'obscurité des doctrines; en déposant devant eux le bilan de ses croyances, M. Magendie mettait leur candeur dans une plaisante déroute, et finissait par leur assurer qu'ils n'avaient à se guérir que de leur tendance à la crédulité.

A l'ardeur de jeunes praticiens, vantant le succès de leurs prescriptions, il opposait son expérience, leur disant avec une douce ironie : « On voit bien que vous n'avez jamais essayé de ne rien faire. » Si la simplicité extrême de ce mode de traitement amenait d'assez justes objections : « Soyez convaincu, ajoutait-il, que la plupart du temps, lorsque le trouble se produit, nous ne pouvons en découvrir les causes; tout au plus en saisissons-nous les effets : notre seule utilité, en assistant au travail de la nature, qui, en général, tend vers son état normal, est de ne point l'interrompre; nous ne devons aspirer qu'à être quelquefois assez habiles pour l'aider. »

« Qu'on lui fasse faire absolument tout ce qu'il voudra; je ne pres- » cris que cela, » disait-il, en quittant un jeune garçon dont l'état présentait des symptômes alarmants. Ordinairement avare de son temps, de ses visites, il prodigue l'un et l'autre pour cet enfant, mais n'ajoute rien à sa médication. Le soir du troisième jour venu, tout à coup son front s'éclaircit, il saisit l'oreille du malade : « Petit drôle, dit-il, tu ne » m'as pas laissé un moment de repos; » et lui appliquant un léger soufflet : « Va te promener maintenant. » Le père joyeux se rapproche : Qu'avait donc cet enfant? — Ce qu'il avait? ma foi, je n'en sais rien; ni moi, ni la Faculté tout entière, si elle pouvait être sincère, ne vous le dirait; ce qu'il y a de certain, c'est que tout est rentré dans l'état normal. — Et il disparaît.

La plus large part de la carrière médicale de M. Magendie appartint aux malheureux; il préféra l'hôpital à la clientèle. Vingt ans de service comme médecin dans les hospices nous montrent l'homme sévère, l'homme fantasque, devenant doux et patient en approchant de la couche de l'indigent; le penseur sérieux, le censeur inflexible écoutant et consolant les pauvres vieilles de la Salpêtrière, recevant avec émotion la couronne qu'elles lui offrent, et ne quittant cet établissement, pour passer à l'Hôtel-Dieu en 1830, qu'en se conservant le droit d'y continuer ses bienfaisantes aumônes.

Une chaire de médecine était devenue vacante au collége de France. Le ministre, désireux de concilier l'opinion publique avec les tendances du gouvernement, crut avoir à demander quelques concessions au rigide candidat qu'elle lui désignait. Celui-ci, amené par un ami jusqu'auprès de M. Frayssinous et tout surpris de s'y être laissé prendre, se raidit tellement, que l'habile orateur, le grand maître en fait de *conférences*, vit finir celle-ci sans que l'épineuse rudesse, la fierté glacée de son interlocuteur eussent pu être entamées. Sortant de là, notre frondeur secouait la tête, en disant : *Il n'est pas encore assez fort pour moi.* M. Récamier fut nommé.

Trois ans plus tard, en 1830, M. Magendie fut mis en possession de la chaire. C'est alors qu'il donna libre carrière à son entraînement pour l'art expérimental.

On s'est étonné de la manière dont il prodiguait les expériences. Et pourtant, qui serait en droit de l'en blâmer? C'est de ces expériences improvisées que souvent il a fait sortir ses résultats les plus hardis et les plus heureux. Il avait le don de saisir au passage; et comme au vol, les faits apparus. D'une curiosité passionnée, de nature *prime-sautière*, comme eût dit Montaigne, la soudaineté fit son génie.

Toutefois, le succès aventuré des expériences n'en est point l'art. L'art demande, avant tout, de la combinaison, de la réflexion. Ce n'est pas l'expérience qui cherche, c'est l'esprit qui cherche par l'expérience; c'est l'esprit qui trouve, c'est l'esprit qui invente les ressorts qui font trouver. Buffon disait avec un sens profond : *Le meilleur creuset, c'est l'esprit.*

Les leçons de M. Magendie au Collége de France ont été recueillies en deux ouvrages séparés : l'un sur le *Système nerveux*, et l'autre sur les *Phénomènes physiques de la vie.*

Celui-ci nous présente le professeur sous un nouvel aspect.

Bichat avait exagéré le rôle des *propriétés vitales*. M. Magendie exagère, à son tour, le rôle des *propriétés physiques.*

Leur opposition même nous les a rendus tous deux plus utiles. Ce n'est qu'à force de multiplier les points de vue particuliers qu'on arrive à la vue d'ensemble.

Par une alliance profonde, et qui forme le nœud de la vie, tout concourt dans notre organisme : les *forces physiques* comme les *forces vitales.*

Et ces deux ordres de forces ne représentent pas même l'homme au complet. Au-dessus des *forces vitales* règnent les *forces psychiques* ou *intellectuelles.*

La *sensibilité* n'est point une force *physique*, ni la *pensée* une force *vitale.*

Il y a une philosophie supérieure, il y a des philosophies commodes. J'appelle philosophie commode, et ici je ne fais point d'allusion à M. Magendie, car il n'était d'aucune, toute philosophie qui brise son sujet, et prend un fragment pour l'ensemble.

La philosophie supérieure, c'est-à-dire la vraie, embrasse l'être complexe; et, dans cet être complexe, elle arrive à l'unité, non par l'exclusion arbitraire de telles ou telles parties, mais par la vue claire et distincte du rôle précis de chacune.

M. Magendie aurait dit volontiers avec Pascal, quoique dans un sens moins profond : « Nous n'estimons pas que toute la philosophie vaille une heure de peine. »

Là n'était pas son rôle. Son rôle a été celui d'un grand expérimentateur.

Ayant reçu, de Bichat, le flambeau de l'art expérimental, il l'a porté d'une main ferme, durant quarante ans; infatigable dans le travail, hardi dans l'exploration, ne faisant cas d'aucune secte, ni du *matérialisme*, ni du *vitalisme*, ne concevant pas même l'esprit de secte, il a cherché la vérité avec une indépendance entière. Cette raison libre a été son cachet, par où il s'est acquis l'estime des penseurs qui savent le peu que vaut toute côterie intellectuelle, et la sympathie des jeunes gens qui veulent ne devoir qu'à eux-mêmes leurs convictions.

« Les hommes passent, a dit le philosophe, et la science s'accroît. — *Multi pertransibunt et augebitur scientia.* » Haller, Bichat, M. Magendie, venaient à peine de constituer la physiologie proprement dite, la physiologie humaine, qu'un horizon plus vaste se découvrait.

Grâce à l'anatomie comparée, cette étude antique rendue à notre siècle, la vue du physiologiste a pu embrasser l'ensemble des êtres vivants. A l'observation, à l'expérience, il a pu joindre l'art, non moins délicat et non moins fécond, des comparaisons suivies : les comparaisons ont mené aux rapports, les rapports ont conduit aux lois.

« Les lois sont les rapports nécessaires des choses, a dit Montesquieu. »

Un esprit philosophique nouveau, né de la science et supérieur à la science même, se pose déjà toutes les grandes questions de la vie, étudiée non plus seulement dans chaque être en particulier, mais considérée comme un élément constitutif, et, si je puis ainsi dire avec Montaigne, comme une *pièce* de l'Univers : son apparition, son ancienneté, ses gradations, ses variations successives; il ose démêler, il ose suivre les liens profonds qui unissent l'histoire de la vie à l'histoire du globe; il voit le globe et la vie se développer d'une évolution commune; les progrès concertés lui révèlent l'unité de dessein; et, pour rappeler une parole éloquente de l'orateur romain, « il *saisit presque* CELUI qui régit » et modère tout : *ipsumque cuncta moderantem et regentem penè* » *prehenderit.* »

Vers le commencement de 1832, le cours ordinaire de l'existence de M. Magendie fut détourné. Des bruits vagues et sinistres se répandaient au milieu de nous : le lointain fantôme ne tarda pas à se dégager de ses ombres pour présenter à nos imaginations effrayées la poignante perspective de l'invasion d'une épidémie. Alors que, sous la pression de la crainte, les personnalités devenaient vives jusqu'à être cruelles, le noble réveil s'opéra chez M. Magendie. Venant un lundi à notre séance habituelle, il nous dit : « Je suis médecin, Messieurs, ce mandat m'appelle au foyer du mal. Je pars pour Sunderlund; puissé-je, en étudiant le choléra au lieu de son apparition, vous apporter quelques lumières. Donnez-moi, par votre délégation, plus d'autorité. » Partout le voyageur rencontre un respect attendri. Il arrive dans un petit port de mer, centre de contagion. Mais, lui dit-on, une population de pêcheurs, répandue sur les côtes environnantes, a été le point de départ du mal. Il va au milieu de ces malheureux : sous de misérables huttes, exposées à toutes les rigueurs de l'humidité, de la malpropreté et du vice, il trouve des collections d'individus dont la réunion est sans nom; dans ce pêle-mêle, entre des morts et des mourants, vivent, dorment, mangent, des êtres dont les instincts brutaux excluent toute intervention secourable.

La contagion ordinaire n'était point admissible. « Qu'est-ce? Que » ferons-nous? lui demandait-on, à son retour, avec anxiété. — Je ne » sais pas assez, » fut tout ce qu'on put arracher à sa tristesse.

Paris palpitait sous le voile de la crainte, lorsque, d'un seul bond, franchissant l'espace, le fléau y éclate comme une bombe. Qui ne se rappelle qu'à ce début, dont la violence extrême avait été jusqu'alors sans exemple sur notre continent, un être frappé était un être mort! Appelé près du premier atteint, à partir de ce moment, M. Magendie ne s'appartint plus; c'était vers l'hôpital qu'il dirigeait ses pas : « Les riches ne manqueront pas de médecins, » disait-il; et, franchissant les rangs serrés d'une foule frémissante et égarée d'où partaient les cris : « vengeance, mort aux médecins, mort aux empoisonneurs, » il gravissait les degrés de l'Hôtel-Dieu, renouvelant mille fois auprès de malheureux, réduits à l'état de masse inerte, son abnégation, ne sentant d'autre douleur que celle d'inspirer la méfiance, trouvant sa récompense en vidant sa bourse pour accompagner d'un secours le retour dans la famille d'un échappé du péril. — La durée, la rigueur du fléau trouvèrent les forces de M. Magendie à leur niveau.

Le calme un peu rétabli, la croix de la Légion d'honneur lui fut envoyée. « Je la crois assez bien placée, » disait-il.

Ayant satisfait à sa conscience, il retourna à ses travaux, s'occupa encore de ses investigations sur le système nerveux, reprit son enseignement; mais ses leçons sur le choléra, et plus encore sa contenance, trahirent un profond ébranlement. Cet homme, qu'on accusait d'insensibilité, n'avait pas traversé impunément une phase de déchirantes émotions. Poussé par une secrète préoccupation, il s'appliquait à chercher quels sont les agents sous l'influence desquels les maladies épidémiques peuvent se produire.

Un jour qu'enfermé dans son laboratoire, il donnait toute son attention à une expérience, en levant la tête, ses yeux rencontrèrent ceux d'un homme grand, sec, qui, d'une voix brève, demandait à parler à Magendie. Dès la première inspection, au chapeau à larges bords gardé sur la tête, à la culotte courte, à la forme étrange du vêtement, l'expérimentateur comprit à qui il avait affaire. « J'avais entendu parler de toi, dit alors le quaker, on ne m'avait pas trompé; je viens te dire que tu dois cesser ces expériences : qui t'a permis de disposer de la vie de ces animaux? » — « Votre compatriote Harvey, répondit M. Magendie, n'eût point trouvé la circulation du sang, s'il n'eût pu sacrifier les biches du parc de Charles I[er]. Ici, la science lutte contre les maux infligés à l'humanité, comme ailleurs la guerre contre les envahissements de la barbarie : peut-être, ajouta-t-il avec une complaisante déférence, pourriez-vous condamner la chasse. — Certainement, reprit l'inflexible quaker, je condamne la chasse, la guerre et les expériences sur les animaux; l'homme s'y donne des droits qu'il n'a pas; je veux le prouver, et je voyagerai jusqu'à ce que je les aie fait disparaître du monde. » — Probablement ce réformateur court encore.

Le séjour de la campagne vint apporter une heureuse diversion à la vie de M. Magendie. Sous l'influence d'une existence rendue plus facile, cette nature, jusque-là indomptée, fut doucement amenée à se détendre. Il s'était marié : se voyant compris jusque dans les faiblesses de son caractère, il prit en homme d'esprit le parti d'en rire : « Je conviens, disait-il avec abandon, que je ne suis qu'un vrai dogue. » Cet aveu amena des jours heureux; quelques amis, de bons voisins, flattés de tels rapports, vinrent applaudir à des expérimentations sur la végétation, sur les améliorations agricoles, essais qui, disait-il, devaient enrichir la science et le pays, mais dont le résultat immédiat fut de diminuer sa fortune. Au bonheur intime, au charme d'une société spirituelle, notre savant joignit le plaisir si doux de faire du bien. Pour les malheureux de ses alentours, faisant abstraction d'une partie de ses principes médicaux, il avait établi chez lui une petite, mais très petite pharmacie. De tous les remèdes, celui qu'il mettait souvent en usage était de payer à son malade la consultation que ce malade recevait.

Il ne restait de trace du sans gêne et de la rudesse républicaine que dans l'épanchement de quelques bonnes causeries où M. Magendie se donnait, de temps à autre, le malin plaisir de démolir, avec tant de rigueur, tous les gouvernements, qu'un judicieux ami en vint à lui dire : « Si l'on en créait aujourd'hui un tel que vous le rêvez, dans six » semaines vous le trouveriez le plus détestable du monde. » — « Vous » pourriez bien avoir raison, reprit-il. Ce qu'il y a de certain, c'est » qu'il n'en est aucun qui puisse se vanter d'avoir reçu de moi une de- » mande. »

Ce fut effectivement, sans demande, qu'en 1848, lors de la fondation du Comité consultatif d'hygiène publique, on le nomma président. La fermeté avec laquelle il interdit au charlatanisme l'entrée de cette institution, la netteté, la justesse de ses vues, y rendirent son influence utile : comme partout, il y conquit l'estime générale, et plus qu'ailleurs il se rendit accessible à l'amitié.

Déjà depuis huit ans le ministère de la guerre l'avait appelé à la présidence du comité d'hygiène hippique. Les lumières qu'il y apporta devinrent la source d'améliorations dont jouit encore notre cavalerie. En 1851, la croix de commandeur de la Légion d'honneur lui fut envoyée; il en prit ombrage, craignant que les services qu'il avait rendus perdissent ainsi le mérite du désintéressement.

Une altération profonde, qui se manifesta dans la santé de M. Magendie, révéla qu'un des organes essentiels à la vie était atteint. Dès lors, il ne vint plus que rarement à nos réunions; dès lors, au confrère bizarre, malaisé, survécut, au milieu de nous, l'homme supérieur. On ne se souvint plus que de cette ferme droiture qui donnait une si grande force aux liens qui attachaient à lui; et lorsque, plus tard, on apprit que le mal s'aggravait, disciples dévoués, élèves reconnaissants, parents, amis, confrères, ressentirent une commune alarme. Les rudesses furent oubliées. Fontenelle nous dit, en parlant d'un académicien de son temps : « Tous ceux qui pouvaient se plaindre de quelques sincérités, allèrent » le voir; il fut touché de l'expression de sentiments qu'il méritait plus » qu'il ne se les était attirés. » M. Magendie, lui aussi, reçut avec esprit et avec cœur l'expression de sentiments qu'il méritait. « Sachez » bien, disait-il à ses anciens concurrents, que mes rigueurs grandis- » saient en raison de la valeur que je reconnaissais à ceux envers qui je » les exerçais. » Les amours-propres sont ingénieux : dans cet étrange mode d'appréciation, chacun trouva de quoi se satisfaire.

On ne pénétrait pas auprès de M. Magendie sans être frappé de la douleur qui se peignait sur la figure d'un serviteur que trente ans de contact avaient rendu la grotesque, mais fidèle copie de son maître. Veillant avec sollicitude à son chevet, il entendit celui-ci annoncer avec calme l'heure de la séparation. Emporté par son pieux attachement, il s'écria : « Revenez à vous, mon bon maître, je vous en conjure, revenez, » nous grognerons encore ensemble. »

La force morale, que cet homme de bien avait tant cultivée, fut respectée par la maladie. Ses souffrances ne l'étonnèrent pas. Il les étudia comme des phénomènes. « Vous me voyez ici complétant mes » expériences, disait-il en recevant les adieux d'un confrère, jamais la » science, à laquelle j'ai consacré toutes mes forces, ne m'a paru envi- » ronnée de plus de grandeur; les ressorts de la vie, si merveilleusement » combinés, s'éveillent pour faire de chacun de nous un instrument » de passage qui, en s'éteignant, se régénère. Au moins ai-je pu, dans » ma course restreinte, planter quelques jalons sur la route qui mène » à la VÉRITÉ, seule puissance à laquelle j'aie subordonné ma raison. »

Par arrêté en date du 3 février 1858, M. le docteur Sée (Marc) est nommé prosecteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

— MM. Lefort et Liégeois sont nommés aides d'anatomie près la même Faculté.

— Par arrêté en date du 5 février 1858, M. Raymondaud, prosecteur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé, en outre, des fonctions d'agent comptable pour le service spécial de l'enseignement supérieur près ladite École, en remplacement de M. le professeur Bardinet, démissionnaire.

— M. le docteur Delpech, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être chargé de la suppléance de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Vanderhaeghen, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, vient de mourir à l'âge de trente-neuf ans. Cette mort prématurée paraît être la suite d'une piqûre anatomique.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Foucault, à Nanterre. .	5 fr.
Vernois, à Paris	20
	25 fr.
Souscriptions antérieures. .	942
Total.	967 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 19. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 16 Février 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Aux succès obtenus par M. Boinet à l'aide des injections iodées dans les abcès par congestion, M. Marjolin avait d'avance opposé les résultats déplorables du même traitement employé par lui.

« Lorsque cette méthode s'est montrée pour la première fois, avait dit M. Marjolin, je faisais le service dans un hôpital d'adultes. J'y ai traité six ou sept malades, ils sont tous morts. J'avais pourtant suivi aussi exactement que je l'avais pu les préceptes formulés par M. Boinet. Ces insuccès n'ont pas suffi pour m'arrêter. Arrivé dans un hôpital d'enfants, où les suppurations chroniques des os et les abcès par congestion se montrent si fréquemment, j'ai de nouveau essayé les injections iodées, et je dois dire que je n'en ai jamais obtenu le moindre succès. Plusieurs fois même il m'a semblé que mes malades étaient morts plus vite que si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Aujourd'hui je suis découragé... Toutefois, avant de proscrire définitivement les injections iodées, je voudrais voir cette méthode appliquée par M. Boinet lui-même. Je lui propose donc de venir dans mon service, où je lui confierai des malades ; et si cette proposition lui agrée, je demanderai à la Société de chirurgie de vouloir bien désigner une commission chargée de suivre avec nous les résultats du traitement. »

Après avoir entendu le dénombrement des guérisons citées par M. Boinet, M. Marjolin a repris la parole et déclaré qu'il n'était pas encore convaincu :

« Les abcès symptomatiques des lésions du squelette, a dit M. Marjolin, sont tellement communs, et la méthode des injections iodées est tellement répandue, que M. Boinet aurait certainement trouvé ici plus d'appui qu'il n'en a trouvé, si cette méthode était aussi bonne qu'il le croit.

» Personne, je pense, ne conteste l'efficacité de l'iode contre certains accidents produits par la suppuration ; mais les applications iodées font-elles guérir la carie et les autres altérations du tissu osseux ? Voilà la question que j'ai posée devant la Société, et à laquelle je crois pouvoir encore répondre par la négative.

» J'ai appliqué la teinture d'iode sur les caries de la main. Je l'ai fait avec beaucoup de persévérance ; je n'ai pu obtenir aucune guérison. Quelquefois j'ai ainsi provoqué des exfoliations, mais au-dessous des lamelles éliminées la carie continuait comme auparavant.

» Lorsque je considère que, dans des cas analogues, sans avoir recours à l'iode, j'ai réussi par d'autres moyens, tels que les bains sulfureux, je suis conduit à nier l'efficacité de la méthode que préconise M. Boinet. »

M. Marjolin a répondu ensuite aux reproches adressés par M. Boinet à l'hygiène des hôpitaux et a terminé son allocution en invitant, comme il l'avait déjà fait, M. Boinet à venir traiter des malades dans son service.

M. Forget a cité deux observations très intéressantes d'abcès par congestion, qu'il a guéris au moyen des injections iodées.

« M. Marjolin n'ayant eu que des insuccès, a dit M. Forget, il en accuse l'impuissance des injections iodées ; mais peut-être n'a-t-il pas fait tout ce qu'il fallait pour arriver à la guérison. Il nous a dit qu'il ouvrait les abcès le plus tard possible, suivant le précepte de Boyer. Ce précepte était bon à une autre époque, mais on doit l'abandonner maintenant que la méthode des injections a démontré la curabilité des abcès par congestion. Plus le foyer est vaste, et plus il est difficile à guérir. Il faut donc agir de bonne heure au lieu d'attendre le dernier moment.

» M. Boinet nous a cité beaucoup de succès ; mais je voudrais qu'il établit des catégories, et, par exemple, qu'il nous donnât spécialement le relevé des guérisons qu'il a obtenues dans les cas d'abcès par congestion venus d'une lésion de la colonne vertébrale. Quant à moi, je suis partisan des injections iodées, et je leur attribue plusieurs succès que j'ai obtenus.

» Parmi les arguments qu'on a fait valoir pour prouver que l'iode n'arrive pas jusque sur les os, a dit encore M. Forget, il en est un que je crois devoir réfuter. On a dit que l'iode faisait coaguler le pus, et formait ainsi des bouchons solides qui oblitéraient en certains points les trajets fistuleux. Mais cet inconvénient est propre à la teinture alcoolique, et il n'existe plus lorsqu'on choisit de préférence, comme je le fais toujours, la solution aqueuse d'iode. »

Dans la séance suivante, l'ordre du jour appelant la reprise de cette discussion, M. Marjolin s'est exprimé ainsi :

« Les faits que M. Verneuil a cités dans la dernière séance sont relatifs à l'application de l'iode par la méthode endermique, et ne rentrent pas dans la question qui nous occupe, car il ne s'agit ici que de savoir si l'iode, appliqué directement sur le tissu osseux, guérit les maladies de ce tissu. Je puis dire au surplus à M. Verneuil que la petite malade dont il nous a parlé est encore dans mon service, et qu'elle n'est pas guérie de sa carie du coude.

» M. Forget a cru que je n'opérais les abcès par congestion qu'à la période la plus avancée, et pour ainsi dire *in extremis*. Il est certain que, quand l'abcès est au début, je me garde bien d'y toucher, parce que je préfère courir les chances de la résorption spontanée. Mais je n'attends pas pour cela que l'abcès soit énorme et que la peau soit amincie. Au surplus, nous sommes obligés de recevoir dans les hôpitaux les malades tels qu'on nous les présente. Quelquefois, effectivement, l'abcès est sur le point de se rompre ; j'ai plusieurs fois eu recours à l'injection iodée dans les cas désespérés, en vertu de l'aphorisme : *Melius anceps quam nullum*. Mais, lorsque les malades se présentent à moi avant cette période extrême, je n'attends pas qu'ils y soient parvenus pour les opérer.

» Je soumettrai maintenant à M. Boinet une dernière remarque : les injections iodées, appliquées au traitement des kystes, des hydropisies, des épanchements dans les cavités séreuses, sont entrées dans la pratique et sont acceptées par la plupart des chirurgiens. Le même moyen, appliqué au traitement des abcès par congestion, est, au contraire, l'objet de contestations nombreuses, ainsi que le prouve la discussion actuelle. D'où vient cette différence, si ce n'est de la différence des résultats obtenus ? »

Après une discussion sur les conditions nosocomiales et sur l'établissement de Forges-les-Bains, où l'administration envoie maintenant un grand nombre d'enfants malades, discussion qui se passe entre MM. Giraldès, Forget et Marjolin, et que ce dernier termine en disant : « Du reste, les eaux de Forges n'ont presque aucune propriété, ce qui agit sur les enfants, c'est l'air de la campagne ; » M. Boinet a reproduit la liste de ses succès et a répondu aux objections dirigées contre sa méthode.

M. Voillemier, alors, qui avait renoncé à la parole, est venu défendre les injections iodées contre M. Boinet, qui les compromet par ses exagérations, — ce sont les expressions de M. Voillemier. L'habile chirurgien de Lariboisière considère l'abcès par congestion comme un effet résultant d'une affection générale. Aussi suit-il une pratique tout opposée à celle de M. Boinet : tant que l'abcès ne menace pas de s'ouvrir, il ne dirige contre lui aucun traitement chirurgical ; il se contente d'agir sur la constitution des malades. Quand l'abcès est sur le point de s'ouvrir spontanément, alors M. Voillemier intervient et il donne, en général, la préférence aux ponctions successives. Quelquefois il emploie les injections iodées

---

Feuilleton.

LETTRE à M. le docteur DESMARRES,

SUR UN CAS DE NÉVROSE OCULAIRE (1).

VI.

Depuis cinq jours, Monsieur, j'était enfermé dans ma chambre, dont les fenêtres avaient été hermétiquement closes ; dès que la porte s'entr'ouvrait pour donner passage aux personnes qui veillaient à mes besoins, je jetais les hauts cris ; et, je puis dire que, pendant les cent soixante heures à peu près que j'ai passées dans cet esclavage, j'ai laissé échapper plus de mouvements d'impatience que je n'en avais ressenti durant tout le cours de ma longue névrose, c'est-à-dire, depuis 1834, je mangeais à tâtons, dans des vases foncés et non vernis, avec une cuiller de bois et sans serviette. La partie extérieure des draps de mon lit était recouverte d'une cotonade bleue ; ainsi en était des meubles, des glaces et des tableaux appendus aux parois de l'appartement.

Moi, Monsieur, dont le genre de santé me faisait redouter, depuis plus de vingt ans, la solitude morale, ou, si vous voulez mon propre tête à tête, je me trouvais plongé dans les ténèbres qui pouvaient être, pour le reste de ma vie, ce que furent celles de M. de Savigny et d'Auguste Baudelocque. J'avais entendu les premiers gémissements de Jacques Arago ; j'avais vu mon ami Hyppolite Royer-Collard en lutte avec la cécité, et beaucoup d'autres intelligences délaissées par la lumière...

Toutes ces figures, privées de regards, m'apparaissaient tour à tour comme des fantômes qui alternaient avec ceux de l'hallucination pathologique (2). Une autre image dont j'entendais la voix, dont je sentais l'attouchement, dont je recevais mille soins remplis de tendresse, ma femme, enfin, me corrodait le cœur par l'idée de l'avenir qui semblait devoir lui être réservé. Oh ! je me trompais, sans doute, mais il me paraissait que, avec de tels tourments, l'existence entière d'un Appollodore ou d'un Verrès aurait été suffisamment expiée.

VII.

La dernière nuit de novembre se passa dans une excitation mentale qui, vers la pointe du jour, amena un instant de désespoir en portant ma volonté vers le suicide. Par un effort puissant de réaction, je remontai la pente fatale ; et, arrachant toutes les tentures, je sortis me promener dans la rue. Cette perturbation fut très favorable à l'état oculaire ; je rentrai plus calme ; et, moyennant des conserves fortement colorées, je pus résister à la lueur croissante du soleil.

Le confrère qui venait de temps en temps, de la ville la plus voisine, pour parer aux nécessités impérieuses de mon infirmerie, avait eu la bonté de me visiter ; mais, ne l'attendant pas ce jour là, 1er décembre, et plein de souvenir de la nuit que je venais de passer, je me pris à désirer un conseil nouveau. Ma pensée se porta, tout légitimement, sur M. le docteur Houssard, le Nestor médical de la contrée, mais, pour ce praticien consommé, dévoué, dont l'estime, à mon endroit, a une affectueuse empreinte, les heures passent vite et le siècle commence à peser sur ses épaules. Réfléchissant aux difficultés de la route, multipliées par celles de la saison, je me rabattis sur les bonnes dispositions que je savais être pour moi chez M. le docteur Béchet, l'un de vos anciens élèves les plus studieux et les plus dignes. Ce jeune médecin s'empressa de se rendre à mon appel : Dieu sait par quel temps et combien durent lui coûter les six lieues qui séparent Avranches du Mont-Saint-Michel ! Son exploration fut difficile à l'égard d'un organe qui se convulsait sous l'action immédiate de la lumière. Néanmoins, il put constater qu'il n'y avait aucun dérangement anatomique, sauf une grande constriction de la pupille. Il m'affirma que, dans les deux années qu'il avait passées à votre clinique, et dans la sienne propre, il n'avait jamais rencontré une photophobie aussi élevée. Le traitement qu'il prescrivit découlait avec sagesse du diagnostic porté ; il vit, ce que cent autres auraient vu à sa place, une rétinite latente ; en conséquence : sangsues sur la région mastoïde, dérivatifs intestinaux, pilules d'opium.

Que l'excellent M. Béchet me pardonne si je n'étouffe pas, sous le sentiment de reconnaissance que je lui dois, des réflexions qui pourraient être prises pour une sorte de critique ; mais il s'agit d'élucider une question pratique, et ce que je vais avouer ne saurait porter la plus légère atteinte à son propre mérite.

Je confesse donc publiquement que, malgré moi, je repoussai l'émission sanguine, parce que je sentais avoir affaire à une congestion purement nerveuse. Bien des années auparavant j'avais tenté, d'après un avis supérieur, l'emploi de ce moyen, pour maîtriser des phénomènes de cet ordre. L'effet fut si terrible que je crus, pendant plusieurs heures, devoir en perdre la tête, tant l'exaspération était grande !

Dans le physiologisme oculaire, le sang — telle est mon opinion du moins — est, de tous les fluides, celui qui s'y trouve en minorité ; les autres échappant à l'observation, à cause de leur intangibilité, on les connaît mal, ou on ne les connaît pas du tout. Si donc vous vous en prenez intempestivement au système sanguin, vous détruirez la pondération dynamique de l'œil, vous en augmenterez le trouble ; et c'est alors que cette *lampe* si précieuse, si admirable, deviendra *un dédale obscur*, dans lequel, plus que jamais, il sera impossible de se reconnaître.

Cherchez, Monsieur, créez des chefs-d'œuvre d'optique, découvrez, si l'on peut s'exprimer de la sorte, des réactifs d'un effet surprenant, vous serez obligé d'avouer *in petto* ce qu'a répondu dernièrement, à M. le docteur Follin, un sage médecin de Kief. Celui-ci a dit, en présence des caractères hiéroglyphiques de l'ophthalmoscope : « Je vois bien ces choses, mais je ne sais pas ce qu'elles signifient... » Et de longtemps on ne le saura, car le jeu interne de l'œil, pas plus que celui du cerveau, ne sera révélé aux curiosités de la science.

Voilà, Monsieur, ma profession de foi ; je vous prie d'en induire toute la considération que je porte aux efforts que vous déployez pour extraire quelques vérités vraies en faveur de la diagnose visuelle. Très certainement l'ophthalmologie a progressé, mais elle est toute petite, plus petite, ce me semble, que ne le sont ses autres sœurs de la famille nosocomienne.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 février 1857.

(2) Je me prononce ici dans une question qui divise les aliénistes. La visite dont M. le docteur Brierre de Boismont a bien voulu m'honorer, cet été, a eu pour résultat de me convaincre qu'il est des hallucinations que l'on peut considérer comme *physiologiques*.

et il a vu, assez souvent, la poche s'enflammer à la suite de ces injections. Il a vu la plupart de ses malades mourir, et il a terminé son argumentation en adressant à M. Boinet cette question : « Où sont vos morts? Vous ne nous avez cité que des succès. »

Ce à quoi M. Boinet a répondu : « J'ai cité ici tous mes faits; si j'ai caché quelques cas malheureux, j'invite les confrères qui liront le procès-verbal de cette séance à les faire connaître à la Société. »

SYPHILIOGRAPHIE.

ÉTUDE SUR LE CHANCRE CÉPHALIQUE;

Par A. FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi.

I

Question du *chancre céphalique*. — Son intérêt doctrinal. — Comment elle se rattache à la doctrine de la *dualité du virus*.

Le chancre des régions faciale et crânienne, ou, comme l'appelle mon maître M. Ricord, le *chancre céphalique*, soulève aujourd'hui une question des plus graves en syphiliographie.

Il paraît établi, d'après une série de travaux récents émanés de différentes sources, que chacune des deux grandes variétés du chancre se transmet isolément et dans son espèce; qu'ainsi, le chancre infectant, suivi des manifestations constitutionnelles de la vérole, reconnaît toujours comme origine un chancre infectant, également accompagné d'infection générale; et d'autre part que le chancre simple provient invariablement d'un accident de même forme et de même nature. Les prédispositions individuelles, invoquées autrefois avec tant d'assurance pour expliquer les caractères différents du chancre suivant les sujets et la diversité de ses conséquences sur l'économie, semblent donc entièrement dépourvues de l'action modificatrice qu'on leur attribuait. Il n'est plus admissible aujourd'hui que telle ou telle condition de tempérament, de constitution, d'âge, de santé, etc., altère le virus pour lui donner des qualités variables, favorisant ici sa diffusion dans l'organisme, déterminant ailleurs sa localisation, sur ce point primitivement affecté. Cette sorte de réaction de l'organisme, cette influence corrective du terrain sur la graine, est absolument démentie par l'observation. La véritable cause qui détermine la nature et le caractère d'un chancre, tant dans sa forme initiale que dans ses conséquences ultérieures, c'est la source même dont il dérive, c'est le chancre qui lui sert d'ascendant.

Interprétant, d'une façon très rigoureuse d'ailleurs, ce résultat brut fourni par la clinique, c'est-à-dire le rapport constant et fatal de l'*accident de transmission* avec l'*accident d'origine*, de nombreux auteurs n'ont pas hésité à reconnaître une différence de nature entre les deux variétés du chancre, dont ils ont constitué deux *espèces* nosologiques indépendantes. A chacune de ces espèces ils ont attribué un ferment spécial, un *virus* particulier, et de leurs efforts est née la doctrine connue aujourd'hui en syphiliographie sous le nom de *doctrine dualiste*.

Cette doctrine ne pouvait manquer d'être accueillie avec faveur. C'est qu'en effet, au milieu des difficultés sans nombre que soulève à chaque pas l'étude de la syphilis, l'esprit se repose avec satisfaction sur une théorie semblable, qui donne une solution si simple à l'un des problèmes les plus graves de cette science. C'est que, d'ailleurs, présentée et soutenue par des syphiliographes éminents de l'école de Paris et de Lyon, cette théorie paraissait suffisante à embrasser et expliquer tous les faits, sans en exclure aucun, sans en laisser aucun dans l'ombre.

Jeune et active, riche d'observations cliniques, invoquant en sa faveur l'autorité de l'histoire (1), la doctrine dualiste battait en brèche sur tous les points la vieille doctrine de l'unicité, — qui, du reste, depuis Hunter, n'avait rien produit pour sa défense, — lorsque tout à coup, du camp des unicistes, sortit un argument bien inattendu et bien étrange. Quel en fut le père, je l'ignore et nul n'a pu me renseigner sur ce point d'une façon péremptoire. Toujours est-il que, répété et commenté, cet argument fit une rapide fortune, si bien qu'aujourd'hui, surtout depuis les dernières leçons cliniques de M. Ricord, il se retrouve dans toutes les bouches.

L'on méconnaît, disent les partisans de l'unicité, l'influence que peuvent exercer sur le chancre les prédispositions individuelles et les conditions locales. Et cependant cette influence est incontestable. Telle *condition de siége*, par exemple, imprime au chancre un caractère constant : ainsi les chancres des lèvres, de la langue, de la face en général, se présentent toujours sous la forme indurée, prélude de l'infection constitutionnelle. *Le chancre céphalique est toujours infectant.* — Que devient, devant ce fait clinique, la doctrine du double virus?

L'argument porta juste et fort. Il étonna d'abord par sa singularité, puis il s'éleva bientôt à la hauteur d'une objection fondamentale, lorsque les maîtres de l'art remontant dans leurs souvenirs et consultant leur vieille expérience, furent unanimes à reconnaître l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique. Il sembla donc démontré par ce seul fait que le chancre pouvait devoir sa forme à d'autres influences que ses conditions d'origine, comme le prétendait la théorie dualiste; la doctrine ancienne n'avait donc pas, sans raison, signalé le pouvoir modificateur que peut exercer sur l'accident de contagion le terrain ou l'individu qui le porte. En un mot, la théorie de l'unicité parut reprendre ses droits par une éclatante revanche.

Quelle est la portée véritable de cette objection tirée du chancre céphalique contre la doctrine dualiste, telle est la question qu'avec les enseignements de mes maîtres et les documents qu'ils m'ont fournis, je me propose de discuter dans ce travail.— Mais, avant d'aborder ce sujet difficile, il convient d'étudier l'argument en lui-même, c'est-à-dire de rechercher l'état des connaissances acquises sur le chancre céphalique. C'est par cette revue que je débuterai pour y consacrer une grande partie de ce mémoire.

II

École du Midi. — MM. Ricord, Puche et Cullerier.

Je le répète, la solution de l'un des plus graves problèmes de la syphilis se trouve aujourd'hui contenue dans ce fait : l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

Eh bien, ce fait est-il en lui-même irréfragable; est-il suffisamment établi pour tenir en échec une théorie que tant d'observations semblent élever au rang d'une vérité acquise, c'est là ce que j'ai dessein de rechercher, en déroulant la série de documents que j'ai pu rassembler sur cette intéressante question.

J'écarterai tout d'abord une objection qui, bien qu'assez peu fondée, se trouve dans la bouche d'un grand nombre de personnes. « Les chancres céphaliques, dit-on, sont des *curiosités pathologiques*, que l'on a trop rarement l'occasion de rencontrer pour qu'on n'ait pas le droit d'attribuer au hasard d'une coïncidence, à la chance d'une *série*, l'analogie des caractères qu'on leur attribue. » — Sans doute, les chancres de la face, des lèvres, de la langue, etc., sont des accidents incomparablement plus rares que le chancre des organes génitaux; sans doute, un hôpital qui n'est pas spécialement ouvert aux affections vénériennes, n'en fournira d'exemples qu'à des intervalles souvent très éloignés. Mais il n'en est pas de même pour les grands centres de la syphilis, où les exceptions des services non spéciaux deviennent des faits presque vulgaires. Au Midi, le chancre céphalique, sans être fréquent, est bien loin d'être rare et, en tout cas, les relevés qui vont suivre suffiront à démontrer qu'on en possède aujourd'hui assez d'exemples bien observés, pour que les différentes particularités qui s'y rattachent puissent être suffisamment connues et rigoureusement appréciées.

C'est vainement que l'on rechercherait dans les auteurs anciens quelque document relatif au chancre céphalique. Il est fort difficile de distinguer dans leurs descriptions l'*accident primitif de contagion* des *ulcérations consécutives*, quelquefois même des ulcérations mercurielles. La même dénomination se trouve fréquemment appliquée, dans les observations qu'ils nous ont léguées, à des affections d'un genre très différent; l'état des tissus ulcérés n'y est signalé qu'exceptionnellement dans les cas où un noyau d'induration considérable frappe l'attention de l'observateur; presque jamais, enfin, il n'y est question des ganglions sous-maxillaires, etc.

La même obscurité — à un degré moindre sans doute — se retrouve dans les auteurs de notre siècle, presque jusqu'à l'époque où la syphilis reçut ses divisions et ses lois des mains de notre maître. En sorte, je ne crains pas de le dire, qu'il faut arriver aux travaux des *contemporains* pour glaner quelque document de valeur sur la question qui nous occupe.

Je sacrifierai à la volonté bien arrêtée de ne relater dans ce travail que des observations complètes et authentiques une longue série de faits, — tous plus ou moins imparfaits et controversables — que j'avais péniblement colligée dans les anciens auteurs. Je ne ferai que signaler, en passant, une curieuse remarque de Boerhaave sur le chancre des lèvres, *chancre qui expose*, disait-il, *à des accidents plus dangereux que celui des autres régions du corps*, parce qu'en raison de la finesse de l'épithélium des lèvres, le virus y pénètre plus facilement qu'ailleurs jusqu'au réseau de Malpighi, pour étendre de là ses ravages sur tout l'organisme.

J'aborderai donc immédiatement l'enquête que je me suis proposé d'établir sur le chancre céphalique, par la revue des opinions que professent sur ce point les syphiliographes contemporains.

L'on connaît déjà l'opinion de M. RICORD. Je l'ai reproduite dans la partie de ses leçons cliniques que j'ai eu l'honneur de publier récemment.

« Le chancre infectant, dit notre maître, peut se montrer partout. La surface du corps lui appartient de la tête aux pieds, et son domaine est universel. Mais en est-il de même du chancre simple? Permettez-moi, Messieurs, d'arrêter ici votre attention sur un fait bien singulier dont le secret m'échappe et dont je vous appelle à méditer longuement l'inexplicable mystère.

» Je vous ai présenté, dans nos salles de nombreux exemples de chancres mous développés sur les régions du corps les plus différentes, sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les jambes, les bras, l'abdomen, le thorax, etc. Je vous en ai montré *partout*, — partout, sauf en un point, la *région céphalique*.

(1) L'on n'a pas oublié les remarquables travaux de M. le docteur Bassereau sur l'origine des deux chancres. Il résulte des recherches historiques auxquelles s'est livré ce savant médecin, que le chancre simple existait et a été décrit de toute antiquité (Celse, Galien, etc.); tandis que le chancre induré n'a paru en Europe que *vers la fin du XVe siècle*.

VIII.

Je rentre dans la ligne de narration que j'ai interrompue, je reviens au 1er décembre. L'attente de M. Béchet, sa venue, ses bonnes paroles, tout cela fut un intermède qui amoindrit les amertumes et la longueur de la journée; mais, quand arriva le soir, je fus saisi de crainte en songeant à la nuit; Molière et Schiller n'avaient peut-être jamais redouté tant l'insomnie que je la redoutais moi-même : mon lit me faisait peur!

S'il y a dans l'humanité de sales natures, il y en a aussi de belles et d'excellentes..... Or, — Dieu en soit loué — j'ai fait rencontre sur ce rocher de quelques âmes d'élite, parmi lesquelles se trouve une amie dont le zèle, dont l'abnégation ne reculent devant aucune épreuve, Mlle V... est cette Samaritaine; son cœur, associé à celui de ma femme, chercha le moyen de m'amener le sommeil; elle le rencontra en me faisant de la musique. Je m'endormis sous l'influence de cet agent; et, à mon réveil, je reconnus, avec bonheur, les premières lueurs de l'aube. A partir de ce moment, l'espoir me revint; je me familiarisai peu à peu avec le jour; puis je sortis pour me promener sous la protection des divers appareils que j'avais fait demander à Paris; enfin, le 17, je montai au château, et je repris mon service médical discontinué depuis le 27 novembre.

Étais-je guéri? Non, certes, Monsieur, car je ne le suis pas encore; seulement, à cette date je pouvais me conduire; quant à la faculté de fixer mon regard, elle ne m'est arrivée que très lentement et d'une manière fort restreinte. Durant tout l'été, j'ai pu écrire à divers intervalles de la journée; toujours dans des proportions relatives à l'état de l'atmosphère : par exemple, l'époque actuelle m'est des plus défavorables, soit à cause de ses variations météorologiques, soit à cause de cette loi de périodicité que M. le docteur Payet a si habilement démontrée en parlant de la physiologie des battements du cœur. Je félicite ce médecin d'avoir recherché ce qu'est le rythme dans les phénomènes de la vie : voilà un sujet fécond et bien digne d'étude si on le rattache aux aberrations chronométriques du système nerveux.

IX.

Je suis soumis à l'*aiguillette visuelle* comme je l'ai été, durant tant d'années, à l'aiguillette cérébrale. La moindre circonstance me rend ou m'enlève l'aptitude de fixer mon regard sur un objet, à ce point qu'il est des instants dans lesquels, pour vouloir lire ou écrire un mot de plus, je tombe dans l'*hebetudo visus*, ou la kopiopie, selon l'expression peu harmonique de MM. Bonnet et Pétrequin. Antérieurement, ce résultat *était toujours consécutif à un arrêt dans le mécanisme qui préside à l'attention mentale.*

Une semblable disposition vaut bien la peine qu'on s'y arrête, car elle est fort en dehors des banalités morbides; car elle est compliquée, si compliquée qu'il n'y a que deux façons de l'envisager : lui faire l'honneur d'un silence réfléchi ou l'insulter par une pirouette..... — Que de gens résolvent de la sorte une foule de cas très fatigants pour leur intelligence!...

Avant l'*entorse* oculaire du 10 novembre, mon regard recherchait, plutôt qu'il ne l'évitait, le foyer d'une bougie ou d'une lampe; même il semblait s'y complaire. Aujourd'hui — cela est tout simple — il fuit l'éclat d'une lumière tant soit peu vive; et, néanmoins, j'ai besoin d'être éclairé, car les ténèbres me sont insupportables, non moins que la pénombre : voyons si je parviendrai à me faire comprendre. Le matin, lorsque le jour commence à se faire dans ma chambre, si je suis retourné du côté de la fenêtre, je distingue, à un degré de parfaite normalité, les objets qui sont devant moi; si je me retourne dans le sens opposé, je me trouve immédiatement en pleine obscurité, ce que n'éprouverait pas une autre personne à ma place. Je suis impressionné par la photopsie et autres hallucinations, mais beaucoup moins que dans l'obscurité *réelle*.

J'ai besoin d'une atmosphère franche, uniformément saturée de lumière sans que celle-ci soit *tamisée*, comme on me le fait entendre à tout instant, par des verres colorés. Ces verres me conviennent selon la vivacité du milieu où je suis; c'est pourquoi j'en possède de plusieurs nuances, c'est pourquoi aussi je ne m'en sers pas avec continuité, car il faut à mon œil ni plus ni moins de jour qu'il n'en veut : c'est son physiologisme qui en prescrit la dose. Voilà un fait que je ne puis inculquer aux personnes qui m'entourent; elles ne cessent de me répéter que, « quand on a mal aux yeux, on ne quitte point ses lunettes... » Vous conviendrez, Monsieur, qu'il est utile de savoir que l'opium ne fait pas constamment dormir...

Je ne sais pas, Monsieur, si quelqu'un a donné plus d'extension qu'on n'en accorde généralement au rôle que remplissent les paupières. Ces voiles mobiles, composés de quatre à cinq tissus superposés, semblent n'avoir d'autres fonctions que de mettre l'œil à l'abri de la lumière et des corps étrangers durant le repos. Je suis sûr que, dans certaines conditions, ils jouissent d'une transparence et de propriétés spéciales sur le globe visuel; ainsi, lorsque je suis aux prises avec les hallucinations fantasmagoriques dont j'ai parlé, je n'ai qu'à les relever, et l'hallucination cesse : j'ai fait cette expérience plus de cent fois. J'ai éprouvé, encore, qu'ils déterminaient, par leur contact avec l'œil, une douleur cuisante qui me forçait à les relever; sans doute à cause de la tension exercée sur la conjonctive : pourtant cette muqueuse ne laissait percevoir, dans aucune de ses divisions, le plus léger signe d'un état inflammatoire.

Au mois de juin dernier, traversant l'une des plates-formes du château, je fermai les yeux pour les garantir de l'ardeur du soleil, et, aussitôt, je fus affecté par une atmosphère rougeâtre, fourmillante qui, progressivement, s'épaississait en atteignant une vivacité qu'il me fut impossible de supporter au delà de quelques minutes.

Je sais une dame, très nerveuse qui, après son dîner, fut soumise, pendant une quinzaine de jours, à une grande faiblesse dans tout le corps, accompagnée de propension à fermer les yeux. Dès qu'elle cédait à cet entraînement, elle se sentait soulevée d'une manière très pénible, et était prise de nausées. Les paupières se relevaient-elles, ces phénomènes cessaient de suite, et de nouveau, elle luttait contre l'occlusion, ce qui lui était beaucoup moins désagréable.

X.

Il me reste, Monsieur, à vous entretenir de ma conduite thérapeutique; je vais vous en faire l'aveu en me dépouillant de tout respect humain, car je professe qu'il faut apporter, dans les observations médicales, une sincérité vraiment religieuse. Je commençai par commettre ce que Lisfranc appelait, dans son langage anti-académique, une *ânerie*...

» C'est qu'en effet, Messieurs, durant vingt-cinq ans de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre simple développé sur la face ou sur le crâne. Et cependant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu, comme au sinciput!

» Eh bien, Messieurs, tous ces chancres appartenaient *toujours* et comme *fatalement* à une seule et même espèce du chancre, à l'espèce indurée, infectieuse. Ils s'accompagnèrent tous des symptômes propres à la vérole constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration; pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale (1).

» Une fois, pourtant, j'ai cru mes recherches couronnées de succès. C'était sur un malade qui m'avait été adressé de Bordeaux par mon excellent collègue, M. le docteur Venot. Ce malade présentait à la lèvre une ulcération de forme phagédénique, simulant, au premier aspect, un chancre parfait. La base sur laquelle reposait cette ulcération n'offrait qu'un très léger épaississement inflammatoire, mais était absolument exempte de l'induration spécifique du chancre infectant. Je crus tout d'abord à un *chancre mou* de la lèvre, à déviation phagédénique. Mais un examen plus rigoureux ne tarda pas à me faire revenir sur ce premier diagnostic un peu précipité. Ce fut vainement, en effet, que j'explorai la région sous-maxillaire, pour y chercher le bubon symptomatique de l'accident primitif à forme molle; je n'y pus constater le moindre retentissement ganglionnaire. De plus, lorsque je vins à analyser plus attentivement l'ulcération que j'avais sous les yeux, j'y reconnus plutôt les caractères d'une variété de lupus que ceux d'un véritable chancre. Le malade refusa l'inoculation, et la nature de l'affection demeura *au moins incertaine*.

» Depuis cette époque, il ne s'est jamais présenté à mon observation un second fait analogue.

» Je connais encore, il est vrai, deux observations que l'on a citées comme des exemples de chancres labiaux non infectants, non suivis de vérole constitutionnelle : l'une, appartenant à mon élève et ami, le docteur Bassereau, et l'autre à l'un de nos estimables collègues des hôpitaux. Mais ces deux observations sont en réalité très contestables; elles ne me paraissent pas en tout cas assez complètes pour être prises en sérieuse considération et constituer une exception à cette règle qui, jusqu'à présent, semble être générale; l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

Je ne nie point cependant le chancre mou céphalique; je n'en conteste pas la possibilité..... Mais je ne puis que vous parler d'*après les faits observés*, et je maintiens, en conséquence, cette proposition : c'est que, *jusqu'à ce jour, il n'existe pas un fait bien établi de chancre mou développé sur la face, ou, d'une façon plus générale, de chancre mou céphalique* (1). »

(1) Je ne parle pas d'un fait que j'ai publié autrefois. Cette observation, relative à un chancre non induré de la gencive, paraîtrait devoir constituer une exception des plus concluantes, si je n'étais devenu depuis l'époque déjà très éloignée où je l'ai recueillie, beaucoup plus *exigeant*. Je dis bien, dans cette observation, qu'il s'agit d'un chancre non induré de la gencive, contracté avec une femme ayant des chancres et non suivi, après le temps voulu, d'accidents constitutionnels; mais j'aurais dû ajouter que *je n'avais pas vu la femme qui avait communiqué cette ulcération*, et que les chancres dont il était question pour elle n'avaient été constatés que par le malade lui-même. Il est également important de faire observer que *je n'avais pas eu recours à l'inoculation artificielle*, comme dernier critérium, et que, par conséquent, il est permis de douter de la précision du diagnostic et de la valeur absolue de l'observation.

RICORD.

(1) *Leçons sur le chancre*, § II, p. 20.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'UVA URSI CONSIDÉRÉ SPÉCIALEMENT COMME AGENT OBSTÉTRICAL.

M. le docteur de Beauvais, chef de clinique de la Faculté, vient de publier, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un article où il démontre, en s'appuyant sur des faits, que l'*uva ursi* peut parfaitement remplacer l'ergot de seigle dans les accouchements paresseux et même dans la métrorrhagie compliquant le travail. L'*uva ursi*, en effet, malgré le silence des auteurs modernes sur ce point, est un excitant musculaire direct de la fibre organique contractile, et un puissant modificateur des sécrétions pathologiques du système génito-urinaire. Les praticiens pourront donc expérimenter ce médicament, avec d'autant plus de confiance, qu'il n'offre pas le danger des strychnées, ni du seigle ergoté, et que de plus il est agréable au goût des malades; son infusion rappelle l'odeur et la saveur du thé. Quant au principe actif, il est encore inconnu, et c'est peu important. Ce qui l'est davantage, c'est le soin que l'on doit prendre de s'assurer, d'après les caractères propres à la plante, qu'elle n'est pas mélangée avec les feuilles sèches du *vaccinium vitis idæa*, ou même du buis. C'est à ces falsifications qu'il faut attribuer la diversité des effets et partant des opinions sur les vertus de la busserole ou *uva ursi*.

Quant au mode d'administration, dit M. de Beauvais, dans les accouchements simples, mais ralentis par la faiblesse des douleurs, l'atonie de l'utérus, l'épuisement nerveux, il m'a semblé avantageux de donner toutes les heures 1 gramme de feuilles d'*uva ursi*, préalablement infusé dans une tasse à thé d'eau bouillante. On laissera refroidir à la volonté de la malade et on sucrera. Mais s'il y avait métrorrhagie, s'il y avait urgence d'obtenir un effet rapide, je conseillerais de faire une décoction d'*uva ursi*, à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau, et d'en rapprocher l'administration le plus possible. Dans cette circonstance, il faut se rappeler, selon la judicieuse remarque du professeur Trousseau, que, dans les premières heures de l'administration du médicament, la métrorrhagie semblera augmenter. En effet, les premières contractions auront pour résultat, d'expulser le sang déjà sorti des vaisseaux, et ce n'est que plus tard que les sinus utérins tendent à se fermer par la rétraction de l'utérus, et que par suite l'écoulement diminue.

Mais ce n'est pas seulement comme agent obstétrical que l'*uva ursi* pourra être utile. Par ses propriétés excito-motrices, cette plante rendra encore des services signalés dans diverses autres affections, comme l'hématurie, l'incontinence d'urine, la leucorrhée, la métrorrhagie non liée à l'accouchement, etc. On l'emploiera alors avantageusement sous la forme du sirop suivant : *Uva ursi*, 90 gr.; eau bouillante, q. s. sucre; blanc, 1,000 grammes; concassez grossièrement les feuilles d'*uva ursi*; placez-les dans l'appareil à déplacement, et versez l'eau bouillante. Après douze heures de macération en vase clos, recueillez la colature; filtrez et faites avec le sucre un sirop par simple solution en vase clos et à la chaleur du bain-marie.

En terminant, M. de Beauvais rappelle que les anciens avaient depuis longtemps constaté les heureux effets de l'*uva ursi* dans les hémorrhagies, l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hématurie, les métrorrhagies, etc., ainsi que dans les flux atoniques, diarrhée, leucorrhée, cystirrhée, dans certaines incontinences d'urine. Ces propriétés le rapprochent encore de l'ergot de seigle, et sont de nature à appeler l'attention des praticiens. — (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 janvier 1858.)

DE L'INFLUENCE QU'EXERCENT LES ALCALIS SUR LES PRÉPARATIONS DE JUSQUIAME, DE STRAMOINE ET DE BELLADONE.

Il résulte d'expériences communiquées par le docteur Garrod à ses collègues de la Société médico-chirurgicale de Londres, que la potasse et les autres alcalis caustiques détruisent complètement le principe actif de la jusquiame, du stramoine et de la belladone, et que, par conséquent, le médicament, sous cette forme, est complètement inerte, tant appliqué à l'extérieur qu'administré à l'intérieur. Ce médecin a pu administrer à l'intérieur 45 grammes de teinture de jusquiame, unie à de la potasse, sans produire le plus léger symptôme d'intoxication. Les mêmes expériences établissent, au contraire, que les carbonates et bicarbonates alcalins ne diminuent en rien la puissance d'action de ces plantes. On évitera donc de suivre l'exemple d'un certain nombre de médecins qui prescrivent simultanément ces deux ordres d'agents thérapeutiques. Du moins lorsqu'on croira devoir prescrire concurremment les narcotico-âcres et les alcalins, on aura recours aux carbonates, ou mieux aux bicarbonates, mais jamais aux alcalis en substance. — (Ext. du *Bulletin de thérap.*, 30 janvier 1858.)

VÉRITABLE FORMULE DU THÉ DE SAINT-GERMAIN.

On trouve dans quelques pharmacopées françaises une formule du thé de Saint-Germain, mais qui n'est pas exacte. M. Pierlot, pharmacien à Paris, extrait la suivante de la pharmacopée de Prusse, où ce remède est populaire; du reste, c'est celle qu'il emploie dans son officine depuis plus de quinze ans. Prenez : feuilles de séné préparées à l'alcool, incisées menu, 125 grammes; fleurs de sureau, 75 grammes; séminoïdes de fenouil, 36 grammes; séminoïdes d'anis, 36 grammes; crème de tartre, 24 grammes. — Mêlez.

La préparation du séné par l'alcool, dit M. Pierlot, est depuis longtemps déjà mise en usage par les pharmacopées de Prusse et de Vienne, sous la dénomination de *folia sennæ sine resinâ*. Elle consiste à faire macérer une partie de feuilles mondées dans quatre parties d'alcool à 36°; après douze ou quinze heures, au plus, on décante et on exprime fortement les feuilles, que l'on porte sur une claie et que l'on laisse sécher à l'air. Cette opération a pour but d'enlever au séné la majeure partie de son principe drastique, la cathartine, qui cause de violentes coliques, qu'éprouvent les malades purgés par ce végétal.

M. Pierlot regarde le thé de Saint-Germain ainsi préparé, comme un des meilleurs moyens à opposer à la constipation. La dose est de 5 à 10 grammes (une à deux cuillerées à bouche), infusés pendant un quart d'heure dans une tasse à thé d'eau bouillante, prise le soir ou le matin. — (Ext. du *Bulletin de thérap.*, 30 janvier 1858.)

EAU DE CAIL-CÉDRA.

Cette écorce, dit M. Caventou, lorsqu'on en mâche un morceau, développe sur la langue un sentiment d'amertume bien prononcé; elle est dure, cassante et fort lourde. Prise en masse, elle développe une odeur particulière, due à la présence d'une petite quantité d'essence. D'après les analyses de ce chimiste, l'écorce du caïl-cédra contient : 1° du caïl-cédrin (principe amer); 2° de la matière grasse verte; 3° de la matière colorante rouge en abondance; 4° de la matière colorante jaune; 5° de la gomme; 6° de l'amidon; 7° du ligneux; 8° du chlorure de potassium; 9° une essence aromatique.

Cette écorce est employée comme fébrifuge par les naturels du pays qui la fournit, et a même été nommée quinquina du Sénégal, en raison de cette propriété.

M. Caventou propose, si l'expérience vient à prononcer à l'égard de cette action fébrifuge, d'employer un extrait hydro-alcoolique préparé de la manière suivante : on traite d'abord par l'eau l'écorce de caïl-cédra grossièrement pulvérisée, de manière à en épuiser complètement l'amertume; on fait évaporer au bain-marie en consistance d'extrait mou; on traite cet extrait par l'alcool à 26°, qui ne dissout que le principe amer de la matière colorante; de sorte que l'on obtient ainsi un extrait concentré d'un beau rouge, amer et astringent au goût, qui ne doit renfermer que les substances actives de l'écorce. En traitant d'abord l'écorce par l'eau, on élimine, autant que faire se peut, les matières grasses; et, en reprenant par l'alcool l'extrait aqueux, on laisse de côté les matières gommeuses et amylacées.

M. Caventou propose encore de composer un vin et un sirop de caïl-cédra, qui, l'un et l'autre, pourraient être employés comme toniques et

---

Je pris un vomitif!... On a bien proposé — un confrère, ne nous en déplaise! — de tirer le canon durant l'épidémie cholérique, afin de secouer l'atmosphère et en disperser les corpuscules toxiques. N'ayant pas à ma disposition le moyen perturbateur que je souhaitais, et dont je parlerai bientôt, je m'avisai de ce coup de fouet. C'était le cas de s'écrier : *medicus seipsum malè sanat*.

J'essayai l'asa fœtida en lavement, la pommade belladonée, dont M. Sichel fait un fréquent usage, en vue de combattre le resserrement pupillaire, ce qui ne fit absolument rien, et sembla donner aux hallucinations un plus grand développement; ainsi en fut-il de l'opium. Les dérivatifs n'eurent pas un meilleur succès, car l'aloès, pris à la dose d'un gramme, suspendit les fonctions alvines, jusque-là d'une régularité presque parfaite. Ce que voyant, je me mis tout simplement à priser du camphre et à me lotionner le front et les paupières avec de l'eau froide laudanisée. Si ces derniers agents ne me firent pas de bien, du moins, ils ne me firent pas de mal.

Ce qui me fut d'un assez bon secours hygiénique durant mes insomnies, c'est la petite invention dont je m'avisai, tant pour diminuer la longueur des heures, que pour redonner du ton à un dynamisme qui s'affaisse vite par le repos absolu : j'imaginai la gymnastique *cubile*. M. Schreber a fait celle *de la chambre*. Or, la mienne se trouva être la dernière limite du genre. Je comptais vous en exposer la méthode, mais ce serait là un hors-d'œuvre; j'en ferai le sujet d'une note que je jetterai, un moment ou l'autre dans la boîte de l'UNION MÉDICALE.

XI.

Ce n'est point dans la thérapeutique *acoquinée* que j'avais à chercher des armes contre cette forme du réveil de mes misères; il m'aurait fallu, il me faudrait encore, recourir à un ébranlement qui déconcentrât l'irritabilité nerveuse de l'appareil visuel. Certes, l'ipécacuanha, ou tout autre émétique était impropre à disséminer cette irritabilité, ou plus exactement la congestion fluidique qui en était cause.

Le moyen auquel je rêvais, auquel j'aurais donné tout mon espoir, je le voyais à Bellevue, entre les mains du docteur Fleury. L'hydrothérapie, j'en suis maintenant convaincu, a une féconde puissance sur les névroses, et, si j'avais été en position d'y recourir, je l'aurais fait malgré l'espèce de contre-indication attachée, selon moi, à la saison de l'hiver. J'ai comme une idée que ce genre de traitement, de même que la médication antisyphilitique était mieux appropriée durant la chaleur que durant le froid : qu'en pensent MM. Fleury et Ricord? Je le répète, je n'étais pas plus en mesure de me transporter à Paris qu'à Divonne, par une considération que je ne nomme pas parce qu'elle est déjà désignée dans votre esprit.

XII.

Moi, Monsieur, qui me range parmi les promoteurs de l'Association générale des médecins de France, puis-je, à ce propos, ne pas donner cours à toute ma pensée? Ma pensée la voici. C'est que, parmi les innombrables bienfaits qui ressortiraient de l'union projetée, pourrait se trouver celui de procurer à des associés malades, obligés de se déplacer temporairement, une réduction de moitié dans leurs frais de transport. Vous savez l'importance des voyages à l'égard des affections morales ou nerveuses; vous êtes convaincu que, dans certains cas de l'ordre organique, il est urgent de changer d'atmosphère, de recourir aux eaux d'une source médicatoire, aux bains de mer, etc.

Sur les divers échelons de la fortune, beaucoup d'entre nous se rencontrent qui, étant arrêtés dans leur santé, peuvent suffire à ce dérangement s'il n'est que passager; mais que la chronicité s'en mêle, qu'un voyage approprié devienne nécessaire, ils s'adressent à leur bourse, qui répond : « Tu ne bougeras pas! » Alors l'imagination du patient se crispe contre cet arrêt, et s'exagère les bénéfices d'une autre latitude.

Eh bien, Monsieur, avec l'Association générale, on contracte un abonnement près l'administration des chemins de fer, et le médecin de Paris qui a besoin de passer un hiver à Nice, et celui des Basses-Pyrénées, qui n'a rien à retirer de l'aspect et du parfum des montagnes, vient se retremper au foyer des arts et de la science. J'ai connu un vieux monsieur de Dunkerque qui, dans sa jeunesse, fut pris d'une fièvre intermittente des plus rebelles; finalement, il part pour Paris afin de consulter Antoine Dubois. Le jour de son arrivée, on le conduit au Théâtre-Français pour voir jouer le *Mariage de Figaro*. Cette pièce le fit tant rire, qu'à partir de ce moment il fut guéri d'une manière si radicale, que jamais plus il ne revit la fièvre. La thérapeutique n'est donc pas, ainsi que je l'ai écrit dans la *Revue* de mon ami Saurel (1), tout entière entre les mains de la pharmacie.

Les avantages attachés à un changement de milieu sont puissants pour le médecin, par la seule raison que celui-ci *tourne sans cesse dans un même cercle*; tandis qu'ils deviennent souvent nuls pour les personnes d'une autre profession.

Je reviens, en finissant, au principe de l'Association générale; je réitère l'adhésion que je lui ai donnée par le retour de la circulaire girondine, et je crie, du haut de mon rocher :

Rallions-nous tous à cette idée de fertilité, de solidarité et de noble bienfaisance...

Par malheur, ma voix n'a qu'une infime portée; mais, en la joignant à celle de tant d'autres, j'exerce un devoir, puisqu'on a mathématiquement démontré la non-existence des forces *mortes*.

Je me laisse donc aller, cher Monsieur Desmarres, à la monomanie du bien-être et de l'illustration professionnelle, car, de tous côtés, surgissent des cœurs généreux qui me prouvent que la fixité de cette idée ne m'est pas un symptôme de maladie...

Amen!

Tout à vous,

Dr DUMONT (de Monteux).

Mont-Saint-Michel, le 4 décembre 1857.

(1) *Revue thérapeutique du Midi*, numéro du 15 mai 1857.

fortifiants, à l'instar du vin et du sirop de quinquina. Ces préparations ne seraient pas désagréables à prendre, et auraient, en outre, l'avantage de pouvoir être données à un prix moins élevé que celui du quinquina. En voici les formules : *Teinture :* alcool à 22°, 1 kilog. ; écorces de caïl-cédra concassées, 250 grammes. F. s. a. — *Vin :* vin de Bordeaux rouge, 1 litre ; teinture de caïl-cédra, 120 grammes. F. s. a. — *Sirop :* écorces de caïl-cédra, 200 grammes ; sucre blanc, 1 kilog. ; eau, q. s. — F. s. a. — (*Répert. de pharm.*, t. XIV, n° 7.)

SUR LES APPAREILS A EAU DE SELTZ.

Dans ces derniers temps, les accidents produits par l'explosion de ces appareils ont jeté l'inquiétude dans l'esprit d'un grand nombre de personnes habituées à faire usage de ces utiles instruments. Chacun se demandait s'il était bien prudent de continuer à s'en servir.

Pour répondre à de semblables questions, M. A. Chevallier institua les expériences suivantes : il plaça dans un cabinet trente appareils qui avaient reçu une charge triple, quadruple, et même quintuple ; les scellés furent mis sur la porte. Au bout de vingt-quatre heures, aucun appareil ne s'était brisé, et cependant le manomètre dont l'un d'eux était muni marquait quatorze atmosphères et demie. Avec une simple charge l'instrument oscille entre cinq et six atmosphères. La pression a été telle, que dans quelques-uns des appareils l'anneau en caoutchouc, placé entre les goulots des deux ballons et serré par une virole en écrou, a été repoussé au dehors par le liquide, qui s'est échappé par là comme par une soupape de sûreté.

Pour expérimenter la résistance du clissage, une nouvelle expérience fut faite avec trois anciens ballons revêtus du nouveau clissage : deux ont éclaté, mais se sont simplement fendus, et le rotin est resté intact, de façon à emprisonner tous les fragments.

Quant aux matières employées, elles ont toujours été le bicarbonate de soude et l'acide tartrique ou les sulfates acides, mais jamais l'acide sulfurique qui peut charbonner les clissages, de manière à leur ôter toute résistance, si l'on a le malheur d'en laisser tomber seulement quelques gouttes sur ces clissages. — (In *Journal de chimie médicale*, février 1858.)

SIROP DE CARBONATE DE PROTOXYDE DE FER (1).

1° Sulfate de protoxyde de fer purifié, 64 ; eau distillée, 500 ; sucre blanc, 60. — Dissolvez par l'ébullition, filtrez.

2° Carbonate de soude cristallisé, 80 ; eau distillée, 500 ; sucre blanc, 60.

Lorsque les deux dissolutions sont refroidies, mêlez-les dans un vase de verre, agitez un instant ; il se forme un précipité d'abord blanc, qui devient bientôt gris verdâtre et qui garde cette nuance. Laissez rassembler ce précipité pendant vingt-quatre heures, décantez ; ensuite prenez une eau sucrée préparée de la manière suivante : sucre blanc, 80 ; eau distillée, 500 ; dissolvez par l'ébullition, filtrez.

Agitez le précipité dans cette eau sucrée froide ; laissez-le reposer ; décantez ; renouvelez une fois ce lavage par décantation, afin de séparer le sulfate de soude, produit de la double décomposition. Ce lavage doit être fait rapidement pour ne pas dissoudre inutilement le précipité ferrugineux, alors agitez de temps en temps ce précipité dans une nouvelle dose d'eau sucrée (eau, 500 ; sucre, 80), il s'y dissoudra au bout de quelques jours. Enfin, prenez : sucre blanc, 1,200 ; eau distillée, 600 ; ajoutez la solution sucrée ferrugineuse, et faites cuire à 30° bouillant ; aromatisez.

Le produit sera 2,000 grammes de sirop de carbonate de protoxyde de fer presque incolore, et parfaitement limpide, dans lequel l'analyse retrouve 0,90 d'oxyde de fer pour 100 grammes.

Dans ce sirop, la plupart des réactions de l'oxyde de fer sont masquées. Les sulfhydrates alcalins et le cyanure rouge de potassium et de fer sont les seuls réactifs qui y décèlent ce fer par un précipité immédiat. — (In *Journ. de méd. de Bordeaux* et *Revue médicale*.)

BIBLIOTHÈQUE.

DES DYSPEPSIES ;

Par le professeur Chomel. — In-8°, Paris, 1857, Victor Masson, libraire.

De vives et profondes sympathies ont accompagné dans sa retraite, M. le professeur Chomel, et, lorsqu'il s'est vu forcé de se retirer de la Faculté, il a pu se convaincre que maîtres et élèves souffraient également de cette pénible séparation. C'est que nul n'a jamais plus que lui mérité la profonde estime et l'affectueuse vénération dont l'entourent encore aujourd'hui les nombreuses générations de médecins qui se sont formés à la fructueuse école de son enseignement clinique. — Ceux qui ont pu suivre ses leçons à l'Hôtel-Dieu se rappellent avec quelle sollicitude, avec quel dévouement pour les élèves il remplissait ses fonctions de professeur. — La plus incessante de ses préoccupations ne fut-elle pas toujours de chercher à se rendre réellement utile aux élèves en s'efforçant de les initier à la connaissance des maladies les plus vulgaires, de celles qu'ils étaient le plus exposés à rencontrer un jour dans leur pratique ; sans s'arrêter avec prédilection devant ces cas extraordinaires et curieux par leur rareté même, qui ne peuvent intéresser que le maître et avec lui un petit nombre d'entre les plus instruits de ses auditeurs ? — Non pas qu'il négligeât complétement ces faits insolites, car il savait très bien en tirer parti pour son enseignement et les signaler comme un objet de curiosité qu'il fallait étudier pour ne pas laisser incomplet le tableau des misères humaines. Mais c'est à l'étude des maladies les plus communes et les plus fréquentes, à celles dont la connaissance importait au plus grand nombre, et qu'il avait très bien caractérisées lui-même en les nommant *les maladies de tous les jours*, qu'il consacrait la plus grande partie de ses leçons. Aussi, voyait-on les étudiants se presser en foule à ses côtés pour apprendre de son expérience comment-ils devraient se conduire, lorsque, au sortir de l'École, ils se trouveraient appelés près d'un malade atteint de *Pneumonie*, de *Fièvre typhoïde* ou de *Rhumatisme articulaire*, etc.

Aujourd'hui que la voix vénérée de M. Chomel ne peut plus se faire entendre du haut de la chaire professorale à cette jeunesse studieuse qui l'écoutait avec tant de recueillement, l'honorable professeur veut encore contribuer pour sa part à l'instruction de ses élèves. C'est dans ce noble but qu'il a écrit son livre sur les Dyspepsies, simples troubles fonctionnels ne correspondant, à proprement parler, à aucune lésion matérielle de l'organisme, mais dont l'étude ne saurait avoir, pour un clinicien aussi consommé que M. le professeur Chomel, une importance inférieure à celle des maladies qui sont du domaine de l'anatomie pathologique. — Ce qui l'a déterminé dans le choix de son sujet, c'est la fréquence de cette maladie parmi les classes aisées de la société, comparée à sa rareté dans les hôpitaux, où les étudiants ont l'habitude de venir puiser les éléments de leurs connaissances médicales ; car, dit-il : « Les » malades pauvres, que leurs souffrances n'obligent pas à garder le lit, » ne demandent guère à entrer dans les hôpitaux, et ceux qui s'y pré- » sentent dans ces conditions n'y sont que rarement reçus. — Dans le » but de remplir cette lacune, j'ai, à diverses reprises, consacré plu- » sieurs leçons à l'exposition de ces dyspepsies, que, dans l'exercice de » son art, hors des hôpitaux, le jeune médecin rencontre tous les jours. » Cette considération me détermine aujourd'hui à traiter par écrit ce » point important de pathologie. C'est une manière encore de continuer » mon enseignement..... » (p. 5) N'est-il pas remarquable de voir que la même importance ait été attachée à ce sujet, presque simultanément, par M. le professeur Chomel et par son honorable successeur, dans la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Trousseau, qui a fait, l'année dernière, sur les Dyspepsies, une série de leçons dont on a pu lire le compte-rendu dans ce journal. (Voir l'Union Médicale, juin et juillet 1857.)

Limitant son sujet à « ces *dyspepsies*, qui sont indépendantes de » toute autre maladie, soit des organes digestifs eux-mêmes, soit des » parties plus ou moins éloignées ; à ces cas dans lesquels la dyspepsie » constituant la maladie elle-même n'est ni *symptomatique*, comme » dans la gastrite, l'embarras des premières voies, le cancer de l'esto- » mac ou des intestins, ni *sympathique*, comme dans les maladies des » reins, de la vessie, de l'utérus, du cerveau, ou dans les déplacements » herniaires ; » M. Chomel se croit autorisé, par la nature même de ces maladies à leur donner le nom d'*Essentielles*. Il les divise en deux classes : les *dyspepsies accidentelles* et les *dyspepsies habituelles*.

Les premières constituent les différentes variétés de l'état pathologique que l'on est généralement convenu de désigner sous le nom d'*indigestion*. Les causes des diverses espèces d'indigestion sont exposées avec un ordre parfait, et les préceptes hygiéniques ainsi que les indications thérapeutiques qu'il est permis de tirer de la connaissance de ces causes en sont déduits avec le plus grand soin. Malgré tout l'intérêt que peut nous offrir cette première partie de l'ouvrage, nous nous bornerons à le signaler, pour nous empresser de donner au lecteur une idée sommaire de la seconde partie, celle qui traite des *dyspepsies habituelles* ou « trou- » bles persistants des fonctions digestives qui se montrent sous des » formes très variables, indépendamment de toute autre maladie appré- » ciable soit des organes mêmes de la digestion et de ceux qui concou- » rent avec eux à cette fonction, tels que les glandes salivaires, le foie, » le pancréas, soit de ceux qui leur sont associés par les lois de la sym- » pathie. » (p. 47.)

Les dyspepsies habituelles sont étudiées d'abord d'une façon générale dans leurs causes et dans ceux de leurs symptômes qui sont communs à toutes les formes et variétés de la maladie. Puis, à l'occasion de la symptomatologie, l'auteur établit une division entre ces diverses espèces qui forment d'abord deux groupes principaux : 1° la *dyspepsie stomacale* ou *gastrique ;* 2° la *dyspepsie intestinale*, lesquels se subdivisent eux-mêmes en *dyspepsie flatulente ; dyspepsie névralgique* (gastralgique ou entéralgique) ; *dyspepsie boulimique ; dyspepsie acide ; dyspepsie alcaline ; dyspepsie des liquides*. Cette division se reproduit dans le même ordre aux chapitres suivants, notamment, à ceux relatifs au diagnostic et au traitement. — Peut-être, en préférant cette manière d'exposer son sujet, M. le professeur Chomel a-t-il eu en vue d'éviter les redites et de permettre au lecteur de pouvoir plus facilement, et d'un seul coup d'œil, comparer entr'elles ces diverses espèces dans tous leurs détails. Mais il nous semble que, à côté de cet avantage incontestable, une telle distribution offre le léger inconvénient de ne pas présenter un tableau d'ensemble suffisamment complet de chacune de ces variétés. Nous nous demandons même s'il n'eût pas été préférable de commencer par une exposition dogmatique de toutes les généralités d'étiologie, de symptomatologie, de marche, de diagnostic et de traitement communes à toutes les dyspepsies ; et de faire suivre ces généralités d'une série de descriptions particulières dans lesquelles on aurait présenté avec tous les développements qu'elle comporte l'histoire détaillée de chacune des formes spéciales admises par l'auteur ? On aurait eu ainsi, à propos de chacune de ces variétés, un tout complet semblable à celui que présente, par exemple, la description qui se trouve à la page 144, de *Cette maladie, qui semble être la forme la plus grave de la dyspepsie acide, par sa fréquence et son extrême gravité.* Mais n'exagérons pas outre-mesure les mérites de ce plan, et reconnaissons franchement que notre paresse seule eût eu à gagner à son adoption. Il nous a été, en effet, facile, avec les matériaux contenus dans le livre de M. Chomel, de reconstituer nous-même chacune de ces histoires particulières, et, pour cela, nous n'avons eu qu'à prendre la peine de chercher dans les chapitres généraux les paragraphes propres à chaque variété, puis de les rapprocher les uns des autres.

A propos du traitement, M. le professeur Chomel a, d'une façon générale, recours aux prescriptions tirées de l'hygiène, préférablement à celles qui sont du domaine de la matière médicale. Ainsi, il insiste spécialement sur l'importance qu'il peut y avoir à surveiller la quantité et la qualité des aliments, l'ordre et la distribution des repas, sur la nécessité de séparer le déjeuner et le dîner par un plus long intervalle, ou d'intercaler un troisième repas entre le dîner et le déjeuner, avant ce dernier. Il donne ensuite des préceptes relatifs : à la nécessité de mastiquer et d'insaliver les aliments d'une façon suffisante, au choix des condiments, qui peuvent être avantageux ou nuisibles, à l'opportunité d'un exercice modéré, et de la suppression de toute préoccupation, soit intellectuelle, soit morale après les repas. Et, ce n'est qu'après avoir ainsi posé les règles d'une bonne hygiène alimentaire, qu'il prescrit accessoirement certains agents thérapeutiques, comme les affusions froides, applicables à la forme gastrique grave, les eaux minérales, dont l'emploi est variable suivant les cas, l'opium à faible dose pour les formes névralgiques, les poudres absorbantes, dans la dyspepsie flatulente, etc., etc. En somme, il n'attache qu'une médiocre importance à tous ces moyens, et parle à peine de ceux qui peuvent être propres à suppléer à l'insuffisance et aux altérations du suc gastrique, du liquide pancréatique et de la bile. Il ne fait d'exception que pour la bile qu'il a eu plusieurs fois occasion de prescrire avec succès en pilules, dans les cas où la dyspepsie tenait à une altération de la sécrétion hépatique.

Il est vivement à regretter qu'un observateur aussi consciencieux et aussi éclairé que l'est M. le professeur Chomel, n'ait pas eu occasion d'expérimenter d'une façon suffisante, pour pouvoir la juger définitivement, la méthode de traitement préconisée par un de ses anciens élèves : je veux parler de la pepsine, à l'emploi de laquelle M. le docteur Lucien Corvisart attache une importance capitale dans le traitement de toutes les variétés de dyspepsies, et qu'il ne croit pas susceptible d'être remplacée par aucune autre substance, car elle agit, suivant lui, non comme acide, mais comme ferment. Des succès nombreux et empruntés tant à la pratique particulière de M. Corvisart qu'à celle d'autres médecins également recommandables, parmi lesquels on peut citer MM. Barthez, Longet, Vernois, Grisolle, etc. (1), doivent encourager les médecins à expérimenter cette substance, qui nous semble avoir été jusqu'à présent ou trop prônée ou trop dédaignée. C'est à une longue série d'expériences instituées avec toute la rigueur que M. le professeur Chomel savait apporter dans de semblables recherches, quand il était à la tête de son service de clinique, à nous dire ce que nous en devons penser au juste, et il n'est pas douteux pour nous que, si l'honorable professeur avait eu encore sous sa direction les salles de l'Hôtel-Dieu, il ne l'eût fait de façon à satisfaire toutes les exigences scientifiques. C'est donc une lacune qu'il ne lui a pas été permis de combler, et à l'occasion de laquelle il est à désirer que la lumière se fasse d'une façon définitive.

Nous bornerons à ces indications, beaucoup trop brèves, ce que nous avons à dire du livre de M. Chomel, sans vouloir entreprendre d'en présenter un résumé complet, car, ce résumé a été fait par l'auteur lui-même, et avec une si grande netteté, que nul ne peut espérer faire ni mieux ni si bien. Nous renvoyons donc à cet important chapitre ceux de nos lecteurs qui croiraient ne pas avoir le temps de parcourir tout le volume, mais nous leur prédisons d'avance qu'il leur sera difficile de ne pas se laisser aller à lire l'ouvrage en entier quand une fois ils l'auront entre les mains. Ce petit volume ne ressemble en rien aux publications que nous voyons chaque jour apparaître sous le titre de *Monographies* ou de *Traités complets*. Il n'affiche d'autre prétention que celle de présenter toutes les qualités qui caractérisent les œuvres de M. Chomel, et de se distinguer surtout par son côté pratique. Noublions pas, en effet, que l'auteur est, avant tout, professeur et clinicien, et que son livre ne doit être, à proprement parler, qu'une série de *Leçons cliniques* sur la dyspepsie ; leçons écrites, il est vrai, mais ayant tout le charme des leçons orales. On y retrouve, en effet, le même abandon de langage, le même dédain de tout étalage d'érudition inutile, la même facilité à donner place à une digression qui rompe la monotonie de l'ouvrage, et la réunion de toutes ces qualités rend la lecture du livre aussi attrayante par la façon dont le sujet y est traité que par l'importance de ce sujet lui-même.

T. Gallard.

(1) L'analyse des observations ou des mémoires publiés par ces auteurs serait déplacée ici ; et il nous suffira d'en donner une simple énumération, avec indication des sources auxquelles peuvent puiser les médecins qui désireraient être plus complétement renseignés sur ce sujet.

L. Corvisart. *Dyspepsie et consomption. — Usage de la pepsine.* Paris, Labé, 1854.

Rilliet (de Genève). *Études sur l'apepsie et la dyspepsie. (Revue médico-chirurgicale*, 1854.)

Barthez (E.) *De l'apepsie par indigestion répétée et de son traitement par la pepsine.* (*Union médicale*, 1856.)

Debout. *De l'emploi de la pepsine dans la diarrhée des enfants nouveau-nés.* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1856.)

Carlo Tosi. *Degli usi terapeutici della pepsina.* (Ouvrage couronné à Milan. Lib. Chiusi, 1856.)

Edward Ballard. *On artificial digestion, as a remedy in dyspepsia, apepsia and their results.* (London, Walton and Maberly, 1856.)

David Nelson. *Observations on the special application of liquor pepsinia in certain diseases. (Britisch medical Times*, 1857.)

James Ross. *Extreme debility after acute disease successfully treated by pepsine.* (*Edimburgh med. journal*, 1857.)

Grisolle. *Traité de pathologie interne.* (7e édition, Paris, 1857, V. Masson.)

T. G.

(1) Par M. Dannecy, pharmacien à Bordeaux.

COURRIER.

HONORAIRES. — On lit dans la *Revue médicale :*

Le tribunal de commerce de Paris vient d'être appelé à se prononcer sur une question d'honoraires qui peut intéresser quelques-uns de nos lecteurs. Un de nos confrères avait donné des soins à un négociant qui lui devait pour ses honoraires la somme de 265 fr. Cette somme n'avait point été payée et était due *depuis plus d'un an*, lorsque le négociant tomba en faillite.

Le médecin se présenta alors avec les autres créanciers pour avoir sa part proportionnelle dans l'actif ; puis il se ravisa et prétendit être considéré comme créancier privilégié, parce qu'il avait donné des soins à son client dans sa *dernière* maladie, c'est-à-dire dans celle qui avait précédé la faillite.

Le syndic repoussait cette prétention en soutenant que la loi accordait un privilége au médecin qui avait donné des soins à un malade dans sa dernière maladie, c'est-à-dire dans *celle dont il était mort ;* mais qu'ici le failli était vivant, et que ce n'était même que par une faveur spéciale qu'on n'invoquait pas la *prescription*, et qu'on admettait le docteur au partage de l'actif à l'égal des autres créanciers.

Nous n'avons pas besoin de dire que le tribunal a décidé dans ce sens, en déclarant que le législateur avait entendu par la dernière maladie celle qui avait été suivie de la mort.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Rezard de Wouve . . .	15 fr.
Bouchor	20
	35 fr.
Souscriptions antérieures. .	967
Total.	1,002 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 20. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 18 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Devergie ayant renoncé à la parole, la discussion sur le parasitisme est close. Mieux eût valu ne pas l'entamer que de la laisser incomplète. Il est frappant pour tous que l'Académie n'était pas prête sur cette question.

L'Académie a procédé à l'élection d'une commission de onze membres, chargée de rechercher dans quelle section aura lieu la prochaine nomination à une place vacante par le décès de M. Amussat.

A l'occasion d'un rapport fait par M. Chatin sur un mémoire de M. le docteur Gubler, et relatif au muguet, une courte discussion s'est engagée sur la valeur étiologique de l'acidité de la bouche comme cause de cette mucédinée, et sur l'importance pronostique de son apparition comme épiphénomène dans la période ultime de plusieurs maladies. Notre compte-rendu expose suffisamment les opinions émises par les orateurs.

Après ce rapport, M. Chatin a gardé la parole pour lire une note dans laquelle ce savant distingué a énuméré les objections faites à ses travaux sur la recherche de l'iode dans l'air, l'eau et le sel, et dans laquelle aussi il a cherché à y répondre. Les travaux de M. Chatin, aussi bien que ceux relatifs à la recherche de l'ozone, prennent l'importance de sérieux problèmes d'hygiène, et l'attention qu'ils excitent est légitime.

M. le docteur Piedvache, honorable praticien du département des Côtes-du-Nord, et lauréat de l'Académie, a clos la séance par la lecture d'un mémoire sur la dysentérique. Ce travail, très étendu, a été renvoyé à l'examen d'une commission.

Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE.

CORPS ÉTRANGER PÉNÉTRANT DE L'ŒIL DROIT (FRAGMENT DE CAPSULE FULMINANTE); DÉCHIRURE DE LA CORNÉE DANS SON TIERS INFÉRIEUR; IMPLANTATION DU CORPS ÉTRANGER DANS LE TISSU DU LIMBE INFÉRIEUR DE L'IRIS; EXTRACTION; GUÉRISON.

Par le docteur A.-P. DOUMIC.

Victor Fraget, 11 ans 1/2, demeurant rue Saint-Denis, 309, m'est présenté le lundi 4 février 1858; il porte à l'œil droit une plaie cornéenne survenue dans les circonstances suivantes :

Le samedi 2 janvier, il s'amusait à faire partir des capsules avec un fusil qu'on lui avait donné pour ses étrennes; une capsule se déchira par l'effet de la pression du chien du fusil, et le fragment, ainsi détaché, pénétra avec violence dans l'œil droit, lacérant la cornée dans son tiers inférieur et s'implantant dans le tissu de la portion correspondante de l'iris. L'enfant resta sans soins depuis le samedi à deux heures de l'après-midi, jusqu'au lundi, jour où il fut amené chez moi.

Il était alors dans l'état suivant :

La cornée droite offre, vers son tiers inférieur, une plaie de 7 à 8 millimètres, non pas exactement située sur le diamètre vertical de l'œil, mais un peu obliquement de bas en haut et de dehors en dedans : l'extrémité supérieure de cette plaie rectiligne est un peu au-dessous du niveau de la marge pupillaire, l'iris étant contracté comme il l'est vers le milieu de la journée. La chambre antérieure, dans tout son tiers inférieur, est remplie par du pus jaune et floconneux, masquant entièrement l'iris. La conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival sont considérablement injectés : le petit malade baisse la tête en marchant et tient ses paupières violemment contractées; la photophobie est très intense. Chez lui, l'ophthalmie traumatique est compliquée par l'état scrofuleux de sa constitution.

Le malade, très intelligent, a su très bien distinguer les divers éléments de la douleur qu'il éprouve; il a remarqué que, chaque fois que la paupière supérieure passe sur la cornée, il ressent une vive douleur, non pas dans le globe de l'œil, mais dans la paupière, dans laquelle il sent « *passer une griffe pointue.* » J'examine l'œil de face, il est impossible de voir la moindre trace de corps étranger; en l'examinant de profil, je pus observer que l'hypopyon est séparé en deux moitiés, l'une interne et l'autre externe, par le corps étranger dont on apercevait la teinte brune au milieu du pus jaunâtre : le corps étranger est donc implanté perpendiculairement dans le limbe inférieur de l'iris et forme une sorte de cloison qui divise l'hypopyon en deux parties : cette sensation de griffe que le malade ressent lors du passage de la paupière sur la cornée est certainement due à l'arête ou à l'un des angles du corps étranger faisant, à travers la plaie cornéenne, une très légère saillie que l'on ne peut voir à l'œil nu non plus qu'à la loupe, masquée qu'elle est par le pus situé entre les lèvres de la plaie.

Il y a douleur intrà et circumorbitaire, céphalalgie intense, fièvre, langue sale, inappétence, insomnie.

La douleur et l'état d'irritation générale contre-indiquaient formellement toute opération immédiate; je remis donc au lendemain l'extraction du corps étranger. Je prescrivis une application de douze sangsues au devant de l'oreille droite, des douches oculaires tièdes répétées plusieurs fois par jour, des onctions d'onguent napolitain fortement belladoné, et trois paquets de calomel et d'opium (calomel, 10 centigr., opium, 5 centigrammes par paquet) à prendre le jour même : pour le lendemain matin, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 5 janvier, le petit Victor vint me trouver : il y avait un peu moins de douleurs et de vascularisation; l'hypopyon est peut-être un peu augmenté. Les sangsues et la purgation ont diminué les maux de tête; l'état général est meilleur.

Je procède de la manière suivante à l'extraction du corps étranger : remarquant que la plaie cornéenne est béante, je me décide à tenter par là l'extraction; j'agrandis un peu l'angle inférieur de la plaie avec le couteau lancéolaire, et, en écartant les lèvres de l'incision pour introduire les pinces, je distingue alors parfaitement le morceau de cuivre, que je saisis : l'extraction nécessita des efforts de traction plus considérables que je ne l'aurais cru; enfin, une fois détaché du tissu de l'iris, le fragment de capsule put être facilement extrait : le petit malade s'est bien prêté à l'opération, qu'il a courageusement subie; le premier temps, c'est-à-dire le détachement du corps étranger de son implantation dans l'iris, a été seul douloureux : le passage à travers la plaie cornéenne a été insensible.

Le fragment de capsule fulminante extrait de l'œil est sous forme d'une lame de cuivre épaisse d'un demi-millimètre, et représentant un carré irrégulier dont le côté mesure 6 millimètres 1/2 à 7 millimètres.

Je prescris quatre paquets de calomel et d'opium, des onctions fréquentes d'onguent napolitain belladoné et des applications continues d'eau froide.

Le mercredi 6 janvier, il y a déjà une amélioration sensible : le petit malade a bien dormi toute la nuit; la douleur a presque entièrement disparu; l'hypopyon est un peu diminué, il y a beaucoup moins de vascularisation.

Continuer le traitement indiqué.

Vendredi 8 janvier. L'hypopyon est en bonne voie de résorption, l'inflammation est beaucoup moindre; la plaie de la cornée se réunit : la pupille est large, ronde, parfaitement noire; le petit malade ouvre facilement son œil, il n'y a plus de photophobie. J'essaie la vision : il peut lire assez couramment un caractère d'impression ordinaire. — Continuer les onctions d'onguent napolitain belladoné; je remplace le calomel et l'opium par l'émétique en lavage.

Mercredi 13 janvier; j'aperçois un petit kératocèle occupant l'angle inférieur de la plaie de la cornée; il y a adhérence de l'iris en ce point, de sorte que la pupille, quoiqu'assez large, est un peu ovalaire verticalement et un peu attirée en avant par sa partie inférieure. L'hypopyon a complétement disparu; il n'y a plus trace d'inflammation. Essayant la vision, je trouve que le petit malade ne peut plus lire que le titre du journal; il aperçoit bien les lettres du corps du journal, mais elles sont brouillées : je trouve derrière l'iris, dans le point où cette membrane a été blessée et peut-être perforée par le corps étranger, je trouve, dis-je, à la partie inférieure de l'appareil cristallinien, une opacité opaline, ronde, ne débordant pas la marge pupillaire lorsque l'iris est dans un état de contraction moyenne, et ne gêne par conséquent pas la vision, mais qui trouble celle-ci dès que la pupille est comme aujourd'hui dilatée par la belladone. Quel est le siége de cette opacité? Est-ce la capsule, est-ce le cristallin? Est-ce simplement un dépôt de pus ou de lymphe à la surface de la capsule? Cela est assez difficile à déterminer. — Je cautérise le kératocèle avec un crayon pointu de nitrate d'argent et j'ordonne des instillations de laudanum. En même temps, je prescris l'usage interne et externe de l'iodure de potassium comme altérant, dans le but de faire disparaître l'opacité, que j'ai observée à la partie inférieure de l'appareil cristallinien.

Samedi 16, il n'y a plus ni rougeur, ni douleur. Le kératocèle est preque complétement affaissé, la synéchie antérieure existe toujours, mais elle ne gêne en rien la vision qui est parfaite, car le petit malade lit très couramment, non pas seulement les grosses lettres, mais bien le corps du journal. — Le père me demande la permission d'emmener son enfant à la campagne : je n'y vois aucun inconvénient, car le petit malade, parfaitement guéri, se sert de son œil droit comme avant l'accident. L'opacité qui existe en arrière du limbe inférieur de l'iris est limitée à la partie inférieure de l'appareil cristallinien, elle n'a pas augmenté depuis trois semaines, et elle ne gêne aucunement la vision.

REMARQUES. — Quelle doit être la conduite du chirurgien dans une circonstance aussi grave? Aller à la recherche du corps étranger est une chose qui peut souvent ne pas être sans danger, mais du moins a-t-on la chance de saisir le corps étranger et de l'extraire. Si, au contraire, soit par timidité, soit parce qu'il est impossible de le trouver, le chirurgien laisse dans l'œil un corps étranger métallique un peu volumineux, la perte de l'œil est inévitable. La nature sait toujours se débarrasser des corps étrangers, disent certains chirurgiens, tôt ou tard ils sont éliminés. Cela est parfaitement vrai, mais comment se fait cette élimination? Un abcès se forme autour du corps étranger, l'abcès s'ouvre et le corps étranger sort avec la matière purulente. Il est indifférent que, dans un membre, par exemple, un petit abcès se déclare, emmenant avec lui le corps étranger; mais il n'en est pas de même pour l'œil; admettons, en effet, que l'œil ne se vide pas (et cela n'est que trop fréquent); à l'abcès succédera une cicatrice qui s'opposera à la vision, et c'est là le cas le plus heureux. Le chirurgien se trouve donc dans cette alternative : en laissant le corps étranger, l'œil est perdu, en allant à sa recherche on peut réussir à l'extraire : donc le chirurgien doit tenter l'extraction du corps étranger dans quelque cas que ce soit. S'il réussit à l'extraire, il a obtenu la plus grande partie de la guérison, il a encore à combattre l'inflammation traumatique quelquefois fort grave, comme chez notre petit malade, il a encore à prévenir divers accidents qui peuvent succéder à cette inflammation, mais enfin il a fait le plus grand pas.

Un second point sur lequel je veux appeler l'attention est celui-ci : il s'est formé à la partie inférieure de l'appareil cristallinien une petite opacité, qui, dans l'état de dilatation moyenne de la pupille, se trouve cachée par l'iris et ne gêne en rien la vision : en trois semaines, elle n'a pas changé d'aspect ni de dimensions; elle occupe la partie de l'appareil cristallinien qui est juste en face du point de l'iris qui a été blessé : de quelle nature est cette opacité? C'est ou bien un dépôt de fibrine à la face antérieure de la capsule, ou bien un dépôt de fibrine à la face antérieure du cristallin et recouvert par la capsule dont la plaie s'est fermée par-dessus ce dépôt, ou bien, troisième hypothèse que quelques rares observations semblent pouvoir appuyer, une cataracte partielle, limitée au point touché. De ces trois hypothèses, les deux premières sont évidemment les plus admissibles.

Bien que, dans les conditions ordinaires de dilatation de la pupille, la vision ne soit pas gênée par cette opacité, la vue est cependant un peu troublée alors que la pupille est plus largement dilatée, au déclin du jour, par exemple : il faut donc tenter de faire disparaître cette cataracte vraie ou fausse. Nos maîtres nous ont appris à tous qu'il est impossible de guérir sans opération une cataracte vraie, M. Caron du Villards et d'autres ont même écrit sur ce sujet; mais, comme dit le savant syphiliographe, M. Ricord,

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais, »

et nous devons, en présence des faits authentiques, irrécusables, de cataracte guérie par le traitement médical, nous devons, dis-je, et tout véritable travailleur doit mettre un peu moins d'absolutisme dans cette dénégation : on se rappelle, sans doute, comment a été accueillie cette phrase de notre savant maître, M. Sichel, au Congrès ophthalmologique de Bruxelles : « Il n'y a que les charlatans qui prétendent guérir les cataractes sans opération ! » Les ophthalmologistes belges, qui travaillent sérieusement et acceptent la science d'où qu'elle vienne, sont loin de partager l'opinion de M. Sichel à cet égard, aussi, ont-ils vigoureusement repoussé l'accusation de charlatanisme portée contre les médecins qui cherchent à guérir la cataracte sans opération, mais dans un petit nombre de cas restreints seulement. Appelez charlatan l'homme qui prétend guérir toutes les cataractes indistinctement sans opération (surtout quand il opère le malade sous prétexte de lui extraire un cil), cette flétrissante épithète n'atteint pas l'homme qui, placé dans de bonnes conditions, en face d'une cataracte traumatique de fraîche date, enfin, dans des circonstances exceptionnelles, tente la guérison de cette cataracte par un traitement médical. Laissant de côté les *guérisseurs de cataractes sans opérations,* comme les appelle Maître-Jan, nous citerons plusieurs travaux tendant à prouver que, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, on peut obtenir cet heureux résultat : celui de Van Berghem; Anvers 1853; de Peruzzi (de Messine), *Gazette médicale*, 1856.

M. le professeur Nélaton est également d'avis que certaines

cataractes peuvent être guéries sans opération : « Il est d'observation que plusieurs variétés d'opacité de la capsule, quand elles sont récentes et surtout qu'elles surviennent sous l'influence d'une inflammation, sont susceptibles de disparaître par résorption : un traitement approprié, activant ce travail, peut donc contribuer à la guérison de la cataracte. » (Nélaton, *Pathol. chirurg.*, tome III, p. 165.)

Nous trouvons également dans Mackensie (t. II, p. 398) une note additionnelle de MM. Warlomont et Testelin, qui nous semble dictée par un bon esprit d'impartialité : « Nous ne dévierons pas cependant, *et c'est la plus large concession que nous puissions faire à l'opinion contraire*, que, dans certains cas de cataracte accidentelle au début, surtout de cataracte traumatique, un traitement médical peut faire disparaître l'opacité. »

Enfin, M. Guépin, ophthalmologiste distingué de Nantes, a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (nos du 15 novembre et du 15 décembre 1857) deux articles fort curieux sur le traitement médical de certaines cataractes. M. Guépin insiste sur ce fait que ce ne sont pas des cataractes complètes, ni toutes les cataractes indistinctement qu'il prétend guérir ; il dit qu'il est certaines formes de cataractes, survenant par l'imbibition du liquide sous-capsulaire entre les stries corticales du cristallin, dont on obtient la rétrocession par le traitement médical ; c'est au début de l'affection que le traitement doit être appliqué, et si l'on n'a pas obtenu d'amélioration au bout de quinze ou vingt jours, il faut cesser le traitement, et il est complétement inutile de le continuer.

Le petit malade qui fait le sujet de cette observation était précisément dans les conditions regardées par M. Guépin comme favorables au traitement médical. Je l'ai donc soumis au traitement iodé et à des applications de ventouses faites de deux jours l'un : voici ce que nous constatons aujourd'hui 3 février : la cornée présente à son tiers inférieur une cicatrice linéaire presque verticale, à peine visible ; la synéchie antérieure existe toujours, la pupille, tiraillée en bas, est large, noire partout, excepté dans sa partie inférieure, où il y a encore une petite opacité haute de 2 millimètres environ, elle est opaline et demi-transparente, beaucoup plus légère qu'elle ne l'était le 16 janvier, c'est-à-dire il y a vingt jours. La vision est parfaite, le malade lisant couramment le caractère d'un petit texte, il voit, dit-il, tout aussi bien qu'avant l'accident.

16 février. Le petit malade vient me voir : Il n'y a plus trace d'opacité dans la pupille ; la vue est aussi nette de l'œil droit que du gauche ; il lit sans hésiter le texte le plus fin. La guérison est complète.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TYPHUS QUI A RÉGNÉ SUR QUELQUES BATIMENTS DE L'ESCADRE DE LA MER NOIRE EN 1856 ;

Par L. Thibaut, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

(Suite. — Voir les numéros des 9 et 11 février.)

Troisième période, d'état. — Cette période, dont le début était caractérisé par le délire, se montrait, ordinairement très rapidement, surtout chez les premiers malades.

Nous avons vu, sur le *Magellan*, le délire éclater dès le deuxième jour de l'invasion, dans les premiers temps de l'épidémie.

Plus tard, il n'apparaissait que le troisième ou quatrième jour de la seconde période. Cette règle était même la plus commune.

Sa manifestation a été très rarement reculée au delà du cinquième jour, et n'a jamais dépassé le sixième.

A l'*entrée de cette période*, la céphalalgie, d'abord plus intense, tend bientôt après à disparaître.

La face pâlit, la teinte des conjonctives se fonce.

La température de la peau s'abaisse, se refroidit même chez les sujets très affaiblis.

Le pouls perd de sa fréquence (70-75) ; il devient faible, quelquefois filiforme.

La langue se sèche ; la constipation persiste le plus souvent.

Alors se montrent les épistaxis qui, du reste, ont toujours été assez rares :

5 sur 40 malades (*Vauban*).
6 sur 120 malades (*Magellan*).

Il n'y a eu qu'un seul cas d'hémorrhagie intestinale (sujet de 50 ans. Mort).

Le délire paraît.

Ce délire était à degrés variés, mais il n'a manqué chez aucun de nos malades, si ce n'est dans quelques cas très légers.

a. Il était parfois passager.

Ainsi, dans les cas les moins graves, il n'existait que la nuit, avec tendance à un léger assoupissement pendant le jour. Le malade, du reste, facilement réveillé, reconnaissait bien ceux qui l'interrogeaient et répondait assez juste aux questions, quoi qu'avec lenteur et embarras de la parole.

Ces cas simulaient la rémittence, mais le sulfate de quinine est resté impuissant contre eux.

b. Le délire était le plus souvent permanent.

1° Tantôt incohérent, mais tranquille ; il était caractérisé par des rêvasseries, des paroles incohérentes avec tremblotement des lèvres, soubresauts des tendons, mouvements convulsifs des membres supérieurs.

2° Tantôt agité, furieux, surtout chez les sujets énergiques et robustes.

3° Enfin raisonné (typhomanie).

Le malade suivait une idée fixe, raisonnée, généralement en rapport avec sa profession ou en relation avec des événements antérieurs de son existence.

« Un maître d'hôtel se lève, s'habille pour aller remplir une » commission imaginaire.

» Un sous-officier du *Magellan* veut se charger de la police de » l'ambulance.

» Il prononce contre les hommes qui l'entourent des punitions » dont le motif est basé sur des raisons assez plausibles.

» Des hommes qui, dans l'état de santé, étaient actifs, bons » travailleurs, se lèvent à la hâte pour aller reprendre leur ser- » vice. »

Ce délire simule la folie, mais le malade, soutenu un moment par son exaltation, est bientôt trahi par ses forces. Ses jambes se dérobent sous lui. Il chancelle, et se laisse sans difficulté reconduire à son lit. Il a bientôt oublié les idées qui l'avaient surexcité.

Nous avons vu, sur le *Magellan*, le délire chez plusieurs malades se tourner vers des idées de suicide.

Ils l'appelaient comme un remède assuré à leurs maux, et cherchaient à le pratiquer comme par esprit d'imitation.

Cinq tentatives de mort volontaire ont eu lieu sur ce navire.

Le chirurgien-major et le maître canonnier en sont les victimes.

Il faut éloigner des malades tous les instruments de destruction.

Un d'eux se jette à l'eau par 6° — 0 centig. On le sauve, il est comme une masse inerte, glacée, mais le délire a disparu chez lui. Réchauffé, fortement frictionné, il entre en réaction, sans sueurs, et guérit.

4° Le délire a encore affecté d'autres formes.

Chez des hommes âgés, usés, chez lesquels le corps était, dès le début de la maladie, comme une masse inerte, avec la peau froide, le pouls filiforme, lent, le délire ne s'est trahi que par quelques soupirs entrecoupés, des cris inarticulés et par des mouvements convulsifs des yeux et de la face.

5° Le délire, accompagné de coma, a été fréquent, surtout au début des épidémies.

Le malade était plongé dans un coma profond dont il ne sortait que pour quelques instants, sous l'influence d'une vive excitation.

Il reconnaissait difficilement ceux qui l'appelaient, émettait quelques plaintes, proférait quelques mots sans ordre, sans suite, trahissant l'existence du délire, et se replongeait bientôt dans son sommeil léthargique.

Le délire a été bien rarement accompagné de phénomènes de congestion vers le cerveau ; la face était presque toujours pâle, le pouls faible, lent.

Il a été, dans quelques cas, compliqué de mouvements choréiques des membres, et même de convulsions épileptiformes.

1 cas sur le *Lucifer*. . . . Mort.
1 cas sur le *Wagram* . . . Mort.

Enfin, chez trois malades, on a observé des accidents tétaniques trismus (raideur générale).

Orénoque.	1 mort.
Wagram	1 mort.
Lucifer.	1 mort.

Le délire a duré, dans la moyenne des cas, 2, 3, 4, rarement plus de 5 jours.

1 cas. . .	8 jours	(*Magellan*).	Mort.
1 cas. . .	12 jours	(*Idem*).	Guéri.

Suites du délire. — Le délire cessait souvent brusquement, surtout dans les cas heureux, et ne disparaissait qu'à la suite d'un sommeil profond de quelques heures.

Il était ordinairement suivi d'une *adynamie franche*, à degrés et durée variables, avec retour de l'intelligence ; mais, dans la moitié des cas graves à peu près, à cette adynamie se sont mêlés des phénomènes d'ataxie.

Décrivons d'abord cet état mixte d'*ataxo-adynamie*. Ici, avec les phénomènes d'adynamie, on avait du coma vigil, du *subdelirium* la nuit, des soubresauts des tendons, de l'agitation dans les membres.

La langue, fuligineuse, était tremblotante ; il y avait des mouvements convulsifs des yeux, du marmotement des lèvres, des cris, des plaintes. Le délire n'avait pas totalement disparu, quoique le malade, fortement interpellé, répondît assez bien aux questions qu'on lui adressait.

Si l'*adynamie* se présentait seule, on observait, dans son degré le plus élevé, que le corps était comme une masse inerte, le regard fixe, la face terreuse, les conjonctives noirâtres, les yeux chassieux. La cornée, sèche, s'ulcérait. Il se formait rapidement des escarres gangréneuses sur les fesses, les lombes, le sacrum, le scrotum. Il y avait des selles liquides, involontaires.

Le pouls était filiforme, la peau glacée, la respiration anxieuse, la voix éteinte.

La langue, collante, fuligineuse, était sèche, râpeuse, tremblotante.

Les taches de l'exanthème, qui tendaient ordinairement à s'effacer avec la disparition du délire, dans la plupart des cas, devenaient, au contraire, ici, plus foncées, plus livides.

Les fesses, les cuisses présentaient une teinte générale couleur jus de mûre.

Le malade s'éteignait sans douleurs.

Mais heureusement l'adynamie n'affectait qu'assez rarement cette forme grave.

Dans son degré modéré, on n'avait que de la sécheresse de la langue avec un enduit brunâtre ; qu'une prostration toujours assez grande avec un peu de somnolence. Mais l'intelligence était nette.

La peau était sèche, sale, pulvérulente, le pouls faible, lent.

Il y avait alors de la diarrhée.

Ces évacuations alvines nous ont paru toujours salutaires. On a même habituellement cherché à les favoriser par le traitement, et l'on s'est contenté de les modérer quand elles étaient trop abondantes.

L'abdomen était indolent, sans météorisme. La bronchite avait alors disparu. Les taches de l'exanthème pâlissaient et s'effaçaient.

Terminaisons. — Dans tous les cas qui se terminaient favorablement, la convalescence arrivait bientôt et se montrait presque subitement.

Mais, entre elle et le stade du délire, il y a eu toujours une période d'adynamie plus ou moins prolongée.

Une des premières manifestations de la convalescence était le réveil de l'appétit.

Il était des plus vifs, et l'on était étonné de voir le malade bien supporter presque aussitôt de légers aliments.

La langue se nettoyait, quoique conservant, pendant quelques jours, un léger enduit saburral.

Le pouls restait encore mou, faible et lent.

Une assez grande faiblesse persistait, et quelquefois aussi une légère diarrhée.

Presque tous les malades ont guéri complétement et rapidement.

Très peu d'hommes ont dû être renvoyés en France pour s'y rétablir entièrement.

2° Quand la terminaison *était fatale ;* si c'était à la suite de l'ataxo-adynamie, le malade mourait au milieu de convulsions ou de mouvements épileptiformes.

3° Dans l'adynamie grave, il s'éteignait sans douleurs, sans mouvements, par un passage presque insensible de la vie à la mort.

4° Dans la forme comateuse du délire, la terminaison était presque toujours fatale. Si le malade devait guérir, c'était à la suite d'une période de sommeil toujours assez prolongée qu'il se réveillait sans délire.

Y a-t-il eu des terminaisons par crises ?

Les diarrhées arrivant vers la fin de la période d'augment ont été très nombreuses. Elles nous ont toujours paru la terminer favorablement, modérer et abréger la durée du délire, qu'elles aient été naturelles ou provoquées par le traitement.

Nous n'avons pas vu de sueurs critiques. On en a signalé l'existence parmi les malades du *Vauban*.

Nous noterons, comme crise d'un délire furieux, une épistaxis abondante.

Des parotides suppurées se sont montrées chez trois malades qui ont guéri.

Chez un autre malade, une parotide non suppurée a été suivie de mort.

Trois cas d'éruptions herpétiformes.

Marche. — Nous avons déjà vu que la maladie précipitait sa marche, tant que le foyer d'infection formé par les malades conservait toute son énergie ; que les deux premières périodes, alors, duraient peu ; que les stades de la maladie s'étendaient et se dessinaient plus nettement, quand l'isolement et la dissémination des typhiques arrêtaient les progrès du mal et diminuaient sa gravité.

Les premiers malades atteints succombaient ordinairement dans les premiers jours, mais il n'y a pas eu de cas sidérants, et très rarement la mort a eu lieu dans les deux ou trois premiers jours de la période d'invasion.

Elle a été même peu fréquente au début de la période de délire, si ce n'est quand il était comateux, ou accompagné d'accidents tétaniques ou épileptiformes.

La mort est arrivée ordinairement plus tard le huitième ou le dixième jour du début de la maladie, au milieu des accidents ataxiques, ou dans l'adynamie, ou à la suite de complications pulmonaires.

Dans tous les cas heureux, la convalescence est toujours rapidement survenue.

Nous avons vu (tableau no 2) que la moyenne du temps de la durée de l'épidémie sur chaque bâtiment a été à peu près de dix-sept jours, et que les trois quarts des malades s'étaient présentés dans les dix premiers de son invasion. Eh bien, un mois après le début de celle-ci, il ne restait plus dans les hôpitaux, encore en traitement, qu'un *sixième* des malades. Les autres étaient entrés en convalescence ou guéris.

Durée. — La durée des périodes n'a pu être bien facilement déterminée. Nous ne pouvons établir rien de certain pour la première période, toujours très rapide et peu distincte.

Dans la moyenne des cas, nous avons trouvé, pour celle d'invasion, une durée de trois, quatre jours, rarement plus. Quelquefois moins, surtout au début de l'épidémie.

Pour la durée du délire, nous avons eu deux jours dans quelques cas ; le plus souvent trois, quatre ; très rarement plus de cinq ou six jours.

Les accidents ataxo-adynamiques se prolongeaient ordinairement pendant peu de temps. Ou ils étaient rapidement mortels, ou ils étaient bientôt remplacés par l'adynamie franche.

Celle-ci a toujours été abrégée par l'influence d'un traitement tonique.

La durée totale de la maladie nous a paru être, dans la plupart des cas, de quinze à seize jours, en comptant du jour du début de l'invasion à celui de l'entrée en pleine convalescence.

Dans les moins graves, la maladie n'a guère duré que dix à douze jours.

Enfin, vers la fin des épidémies, quelques hommes n'ont offert, pour ainsi dire, qu'une légère esquisse de la maladie. On n'observait, chez eux, que quelques-uns des phénomènes de la période d'invasion : lassitude, lombago, légère agitation la nuit; pas d'exanthème. Tous ces accidents duraient à peine quatre à cinq jours.

Deux de nos infirmiers, à Kamiesh, ne les ont présentés que pendant vingt-quatre heures.

Les complications du côté des poumons, bronchite profonde, pneumonie, ont toujours beaucoup retardé l'apparition de la convalescence.

(La fin à un prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE QUELQUES POISONS;

Par le professeur KOLLIKER.

L'auteur a expérimenté principalement sur des grenouilles, parce que la résistance vitale de ces animaux permet de suivre plus distinctement l'action des substances énergiques, agissant surtout sur le système nerveux. Néanmoins, certains résultats ont été contrôlés au moyen d'expériences faites sur des lapins et des chiens. Les essais ont été nombreux et faits avec tous les soins et toutes les garanties que l'on peut attendre d'un savant aussi expert en cette matière que le professeur de Wurtzbourg. Le suivre dans le détail de ses expériences ingénieuses, nous mènerait trop loin; nous ne pouvons donner que les résumés, tels qu'il les a formulés lui-même.

I. CURARE. — 1° Le curare ayant pénétré dans le sang, ou déposé sur une plaie, tue très rapidement; son action est lente et exige de hautes doses, surtout chez les mammifères, quand on l'ingère dans le tube intestinal. Il est sans action, appliqué sur la peau des grenouilles.

2° Les grenouilles, empoisonnées avec de très petites doses, peuvent revenir à la vie, même quand leurs nerfs ont été complétement paralysés. Ce résultat s'obtient également chez les mammifères, même avec des doses plus fortes, si l'on pratique la respiration artificielle.

3° Par l'intermédiaire du sang, *il paralyse les nerfs moteurs des muscles volontairement contractiles*; chez les grenouilles il tue en quelques minutes les expansions nerveuses dans les muscles mêmes, et n'attaque les troncs nerveux qu'au bout de une à deux heures. Après la paralysie des expansions nerveuses, si, par l'excision du cœur on empêche les troncs de recevoir encore du poison, ils mettent trois à quatre heures à mourir.

4° Le *cerveau* est moins affecté par le curare que les nerfs dans les muscles. Néanmoins, dans les empoisonnements partiels, les mouvements volontaires disparaissent rapidement, tandis que l'on observe encore une demie à une heure après le commencement de l'action, des mouvements spontanés, de nature douteuse, qui proviennent peut-être surtout de la moelle allongée.

5° La *moelle* est beaucoup moins affectée que le cerveau. Les empoisonnements partiels montrent que son pouvoir réflexe persiste encore pendant une demie à une heure et demie, et l'irritabilité de sa substance blanche ou son pouvoir conducteur, même encore pendant deux à trois heures. Il est un fait remarquable; c'est que, dans ces cas, le pouvoir réflexe diminué peut être de nouveau réveillé par l'application directe de strychnine, sur la moelle.

6° Les intoxications partielles prouvent que les *nerfs sensitifs* conservent leurs fonctions au moins aussi longtemps qu'il existe encore des mouvements réflexes, et lorsqu'au moyen de la strychnine, on a réveillé ces mouvements prêts à disparaître, les nerfs sensitifs ne se montrent nullement affectés, de sorte qu'il est douteux que le curare ait une influence sur eux.

7° *Les nerfs des muscles soustraits à la volonté et ceux des glandes*, paraissent être également paralysés; du moins ce fait existe pour le vague, par rapport au cœur; pour le sympathique, par rapport à l'iris; les nerfs des cœurs lymphatiques postérieurs; les nerfs vaso-moteurs de la membrane natatoire des grenouilles; les splanchniques, dans leur action sur les mouvements péristaltiques des intestins; le nerf qui préside à la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

8° Les *muscles volontaires* restent tout à fait contractiles, mais ont plus de dispositions aux contractions locales seules. En général, ils paraissent être pris de rigidité cadavérique, plus tard qu'à l'ordinaire.

9° Les *muscles lisses* également conservent leur contractilité encore longtemps après la paralysie.

10° Le *cœur* est peu influencé par le curare, chez les amphibies; les battements de cet organe et la circulation continuent encore régulièrement, beaucoup d'heures après l'empoisonnement. Seulement le nombre des contractions cardiaques paraît un peu augmenté par suite de la paralysie des nerfs vagues. Lorsque l'on coupe en fragments le cœur d'une grenouille empoisonnée, on voit les parties renfermant des ganglions se contracter seules, comme chez les grenouilles saines; on doit en conclure que ces ganglions, au moins, ne sont pas paralysés par le curare. Quant aux nerfs du tissu du cœur, il n'est pas douteux que les ramifications du vague soient mortes, et il est probable que celles du sympathique ont subi le même sort.

11° Les *cœurs lymphatiques* des grenouilles sont immobiles au bout de peu de temps.

12° Le *sang* des animaux empoisonnés par le curare est liquide et foncé, mais se coagule facilement au dehors des vaisseaux, en formant un caillot plus mou, qui ne rougit que peu au contact de l'air. Le curare mêlé à du sang, n'en empêche pas la coagulation; mais ce liquide devient plus foncé et rougit à peine à l'air.

13° Le sang des animaux empoisonnés possède également des qualités toxiques; mais on ne parvient pas à paralyser complétement d'autres animaux. Le curare, mêlé directement au sang, ne perd rien de son activité.

14° Les solutions un peu concentrées de curare, appliquées localement sur les nerfs, les tuent, mais seulement après un certain temps; elles paraissent agir également sur les nerfs dans le tissu musculaire. Les solutions étendues n'ont pas d'action. Mis en contact avec le cerveau et la moelle, le curare est tout à fait inactif, quand on a soin d'en empêcher l'absorption.

15° Lorsque, chez un mammifère, on entretient la circulation au moyen de la respiration artificielle, une série de sécrétions sont activées plus ou moins (Bernard); cette action doit être mise sur le compte de la dilatation des vaisseaux, suite de la paralysie de leurs nerfs.

16° Chez les mammifères, le curare produit la mort par suite de la paralysie des nerfs respiratoires et ainsi par la cessation de la respiration, ce qui détermine, comme effet secondaire, des convulsions. Chez les grenouilles, l'extinction définitive des fonctions peut être également le résultat de la cessation de l'action du poumon et de l'oxydation incomplète du sang, qui, finalement, rend le cœur impropre à activer la circulation; cependant cette cause de la mort n'est pas aussi évidente, parce que, chez ces animaux, les fonctions sont, à un haut degré, indépendantes de la respiration.

Quelle est la conduite à tenir dans un empoisonnement par le curare? Dès le premier moment, la destruction du poison par tous les caustiques, par le chlore, le brôme, l'iode, etc. Y a-t-il eu déjà paralysie, il n'existe qu'un moyen : la respiration artificielle. La strychnine est sans résultat favorable; le curare agit presque exclusivement sur les expansions nerveuses et la strychnine sur la moelle. L'expérience a, d'ailleurs, parlé, ni Virchow, ni Kolliker n'ont jamais réussi à empêcher la mort. On ne voit pas trop non plus que ce que l'on peut attendre de l'électricité. Son action thérapeutique est encore nulle. Il n'est pas le contre-poison de la strychnine, et il ne pourrait être indiqué que dans les cas où il s'agirait d'exercer une action déprimante sur les nerfs moteurs périphériques; mais il est par trop actif pour pouvoir être manié sans danger.

Les expériences faites avec les substances suivantes sont moins nombreuses que les précédentes, moins variées et entreprises surtout dans le but d'étudier quelques points spéciaux de l'action de ces substances.

II. CONIINE. — Paraît agir comme le curare, en paralysant avant tout les nerfs moteurs, probablement dans la même succession, c'est-à-dire d'abord les expansions et beaucoup plus tard seulement les troncs. Le cerveau, la moelle et les nerfs sensitifs en sont peu affectés; elle reste également sans action sur le cœur et sur les muscles. Elle tue en paralysant les muscles respiratoires. Son action locale est irritante, même traitement.

III. STRYCHNINE. — Les expériences ont été faites avec une solution de 2 p. 100 d'acétate.

1° La strychnine, absorbée et passant par le sang n'a pas la moindre action sur les nerfs moteurs.

2° Elle paralyse les nerfs des muscles volontaires, en les surexcitant lors des contractions tétaniques.

3° Elle n'affecte nullement les nerfs sensitifs.

4° Le cœur sanguin subit peu d'influence de la part du tétanos strychnique; tout au plus, il bat un peu plus lentement. Il n'en est pas de même des cœurs lymphatiques postérieurs des grenouilles, qui sont immobiles pendant chaque accès un peu fort, mais battent vivement dans les intervalles.

5° Le tétanos strychnique est déterminé d'abord par des excitations qui frappent les nerfs sensitifs, et, en second lieu, par des excitations de la moelle, parties du cerveau.

6° A la suite d'un tétanos strychnique violent, les muscles sont peu irritables et la rigidité cadavérique arrive plus tôt.

Ces résultats obtenus sur des grenouilles, s'appliquent également aux mammifères, car nous savons que la strychnine est une de ces substances qui exercent la même action sur ces deux classes d'animaux.

IV. OPIUM. — 1° L'opium détermine, chez les grenouilles, un *tétanos* tout à fait semblable à celui de la strychnine et se montrant également comme résultat réflexe et comme action déterminée par le cerveau.

2° Ce tétanos n'est pas lié à la présence du cerveau.

3° Il existe encore après l'enlèvement de la moelle allongée, mais il cesse quand on coupe la moelle au-dessous de la cinquième vertèbre. Ce résultat est expliqué par les expériences de Harless, qui prouvent que la moelle, située au-dessous de cette vertèbre, ne possède pas, chez les grenouilles, le pouvoir de déterminer des actions réflexes et est inactive dans les empoisonnements avec la strychnine.

4° L'opium, arrivant par le sang, *n'agit pas sur les nerfs périphériques*. Ce fait paraît singulier, car il est généralement reconnu que l'opium, appliqué localement sur les nerfs, les tue. Mais il est probable que ce résultat n'est obtenu qu'avec des solutions un peu concentrées; déjà Fontana a trouvé que l'eau avait une action identique, Valentin est arrivé à la même conclusion, et les quelques expériences contraires de Humboldt, de J. Muller et de Stannius, doivent avoir une autre signification, d'autant plus que Stannius a trouvé l'extrait différemment actif, selon qu'il était frais ou vieux. Une solution trop concentrée agit sur les nerfs, par suite de ses propriétés physiques, les désorganise et les rend inactifs.

5° Le tétanos, provoqué par l'opium, *détruit l'excitabilité des nerfs moteurs*, en les surexcitant comme la strychnine.

6° Les *muscles volontaires* qui participent au tétanos perdent rapidement leur excitabilité et deviennent plus tôt rigides.

7° Les *muscles lisses* perdent également bien vite leur excitabilité.

8° Le *cœur* est moins impressionné par l'opium; il battait encore dans deux cas après six, et dans un après dix-huit heures. Mais il est partiellement paralysé, car le nombre des battements diminue considérablement. Dans une expérience, le cœur s'est arrêté dans la diastole, à chaque attaque tétanique. Si ce fait se confirmait, il indiquerait une participation de la moelle allongée et une puissante excitation des nerfs vagues qui en serait la suite.

9° Les *cœurs lymphatiques* s'arrêtent à l'état de contraction pendant les accès, battent, quoiqu'irrégulièrement, dans les intervalles, et ne se mettent en repos qu'après l'épuisement de la moelle.

10° L'action sur le *cerveau* ne peut pas être grandement connue par ces expériences; jusqu'à l'invasion du tétanos, les grenouilles exécutaient encore des mouvements volontaires, parfois très énergiques, qui généralement allaient en diminuant et persistaient parfois jusqu'aux accès. Ceux-ci une fois survenus, il était difficile de reconnaître une action cérébrale; cependant, quelques animaux faisaient encore des mouvements manifestement volontaires, qui se terminaient toujours par un accès. Il serait donc possible que l'opium excitât au commencement le cerveau chez les grenouilles.

11° Les *nerfs sensitifs* ne paraissaient pas affectés; du moins ils étaient très excitables aussi longtemps que duraient les accès tétaniques. Plus tard, lorsque la paralysie survenait, il n'était plus possible de s'assurer de leur état.

M. Kolliker regarde la différence d'action de l'opium sur les grenouilles et sur les mammifères, comme plus apparente que réelle et il fait remarquer que la plupart des auteurs ont signalé l'existence de convulsions et d'excitation, non seulement chez ces animaux, mais aussi chez l'homme. Aussi, pour lui, cette substance est un excitant qui agit primitivement sur tout le système nerveux central, et la stupeur, qui survient d'emblée après de fortes doses surtout, serait le résultat d'une surexcitation. Mais il convient lui-même qu'il y a encore beaucoup d'obscurités à dissiper à ce sujet et certes, il a bien raison en ce dernier point.

(La fin à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA FOLIE SYMPATHIQUE PROVOQUÉE OU ENTRETENUE PAR LES LÉSIONS ORGANIQUES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES;

Par M. le docteur E. AZAM, médecin-adjoint de l'asile public des femmes aliénées, de Bordeaux. Mémoire adressé à la Société médico-psychologique. — Brochure in-8° de 52 pages. Bordeaux, 1858, Gounouilhou, place Guy-Paulin, n° 1.

Le 7 janvier dernier nous appelions l'attention des lecteurs de l'UNION MÉDICALE sur la thèse de M. Ch. Loiseau traitant de la *Folie sympathique*. Nous disions que cette thèse, très complète et très remarquable, avait été le point de départ de discussions ayant occupé plusieurs séances de la Société médico-psychologique, et que l'objet dont elle traite avait été si peu étudié jusqu'à présent, que les savants membres de cette Société avaient dû, ajournant toute conclusion, faire appel à de nouvelles observations et à de nouveaux faits.

C'est pour répondre à cet appel, que M. Azam, dont les recherches étaient depuis longtemps dirigées de ce côté et qui, pour bien observer, est dans une excellente position; c'est, disons-nous, pour éclairer un des points restreints et bien déterminés de la question laissée indécise par la Société médico-psychologique qu'il publie aujourd'hui 40 exemples de folie provoquée par des lésions utérines. De ces 40 cas, 11 ont été recueillis personnellement par M. Azam; ils sont complets, suffisamment détaillés et concluants; les 29 autres ont été relevés par lui sur les registres de l'asile, leur authenticité n'est pas moins grande, mais ils sont moins complets que les premiers.

Les uns et les autres sont surtout intéressants en ce qu'ils autorisent M. Azam à résoudre la plupart des objections soulevées par différents membres de la Société médico-psychologique, à l'occasion de la thèse de M. Loiseau.

Ainsi, dans cette discussion, comme on le voit par les *Annales* de la Société, et comme le rappelle, du reste, M. Azam, M. Maury avait fait observer avec raison que, « chez des malades devenus aliénés sympathiquement à la maladie d'un organe, on avait découvert qu'il existait des aliénés dans la famille, et que, par suite, la seule cause probable devait être l'hérédité. » — « J'ai eu soin, dit M. Azam, de m'enquérir de cette cause; c'est la première question de tous les renseignements que j'ai pris auprès des familles, et aucune des malades ne l'a présentée. »

— M. Parchappe avait demandé qu'une folie dite sympathique présentât ce caractère d'être venue avec la maladie d'un organe et de disparaître avec la souffrance de ce même organe. — « Je crois, dit M. Azam, que les faits suivis de guérison présentent rigoureusement cette condition. Ceux mêmes qui ne sont pas suivis de guérison la présentent aussi, car l'incurabilité de la maladie organique a entraîné l'incurabilité de l'aliénation. »

— M. Baillarger avait demandé, comme M. Maury, qu'il fût établi, pour les malades observées, qu'il n'y a pas de folie héréditaire, et que les désordres de l'esprit ont été en diminuant avec la maladie de l'utérus. — « Chez nos malades guéries, répond encore M. Azam, il est facile de constater la présence de cette dernière condition qui a existé jusqu'à l'évidence et m'a particulièrement frappé. »

— M. Buchez avait dit judicieusement que ce qu'on attribue à une lésion éloignée peut provenir de la préoccupation où jette cette même affection, et que le trouble mental peut être l'effet des commentaires exagérés auxquels la souffrance donne lieu. — Cette objection ne pourrait s'appliquer qu'à une seule des malades de M. Azam, celle qui fait le sujet de la neuvième observation, et l'auteur a eu le soin de discuter cette objection de manière à montrer son peu de probabilité.

Enfin, M. Loiseau pensait, au moment où il a écrit sa thèse, que, dans l'état actuel de la science, on ne pouvait soutenir l'opinion du rapport des affections mentales avec la lésion de tel ou tel autre organe. « Je crois bien comme lui, dit M. Azam, que toutes les fois qu'une aliénée sera lypémaniaque suicide ou homicide, elle n'aura pas nécessairement une maladie de l'utérus; mais, pour moi, les faits produits sont suffisants pour établir dans la pratique, entre la lypémanie suicide ou homicide et les maladies de l'utérus, une liaison d'une grande importance clinique, et je ne considère comme suffisamment autorisé à remonter de l'une à l'autre, à chercher à guérir l'une par l'autre. »

En résumé, les faits nombreux que, pour répondre au vœu émis par la Société médico-psychologique, M. Azam a colligés et qu'il discute avec lucidité dans sa brochure, ces faits, disons-nous, sont la confirmation des idées de M. Loiseau sur la *Folie sympathique* et le complément de ces idées sur une cause déterminée de ce genre de folie.

Nous ne savons quel accueil a été fait par la Société médico-psychologique au rapport que M. Schneffp a présenté sur le travail de l'aliéniste de Bordeaux. En attendant le contrôle suprême de la discussion, qu'il nous soit permis de voir, dans ce travail, la justification de la haute opinion que nous avons exprimée ici relativement à la thèse de M. Ch. Loiseau.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Février 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Correspondance officielle :

M. le ministre du commerce transmet :

Deux rapports de M. le docteur LENOIR, médecin des épidémies pour le canton de Précy-sous-Thil, sur une épidémie dysentérique qui a régné dans la commune de Braux, et sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamerey (Côte-d'Or).

— Un rapport de M. LEMAZURIER, médecin des épidémies, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Viroflay (Seine-et-Oise).

— Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Saône-et-Loire et de la Drôme pendant l'année 1857.

— Le rapport de M. GREMAUD, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Champrougier (Jura). — (Commission des épidémies.)

Correspondance non officielle :

M. le docteur PETIT (de Maurienne) adresse une lettre à M. le Président, relative à la lecture faite dans la dernière séance par M. le docteur Bertillon sur la mortalité de la première enfance. (Commission déjà nommée.)

— M. LITTRÉ, récemment élu membre associé, adresse une lettre de remercîment à l'Académie.

— M. CHANDELUX adresse, avec une lettre, une observation d'herpès tonsurant publiée dans la *Gazette hebdomadaire* en juillet 1856, et recueillie en 1851.

— M. le docteur CRAMOISY adresse, avec une lettre, un exemplaire de sa thèse, intitulée : *Du trichophyton et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux*. Paris, 1856.

— M. le docteur LEFEBVRE prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté renfermant le dessin de deux instruments destinés au traitement des affections utérines. (Ce dépôt est accepté.)

— M. POGGIALE, au nom de M. FÉGUEUX, pharmacien aide-major de l'armée d'Afrique, présente un travail sur l'analyse chimique du sang d'un homme atteint d'éléphantiasis des Arabes. (Comm. MM. Lecanu et Poggiale.)

— M. Jacques BLECHMAN, ancien médecin des hôpitaux militaires temporaires de Crimée, adresse un mémoire sur l'*ostéopyose et son rapport à l'infection purulente*. (Com. MM. Velpeau, Cruveilhier et Robert.)

— M. MILNE-EDWARDS fait hommage à l'Académie de son ouvrage intitulé : *Physiologie et anatomie comparées de l'homme et des animaux*.

— M. MATHIEU adresse à l'Académie la lettre suivante :

La présentation faite dans la dernière séance, au sujet d'un instrument *dit brisé-pierre urétral*, et qui a eu pour but d'atténuer celle que j'avais faite précédemment d'un instrument analogue, construit d'après les indications de M. Nélaton, me fait voir qu'on s'est trompé sur la nature des pièces qui le composent ; je ferai remarquer à l'honorable compagnie que l'instrument que j'ai eu l'honneur de lui soumettre n'est en aucune façon muni de stylet dont j'ai précisément cherché à éviter l'emploi ; car j'avais pu en apprécier tous les inconvénients à la suite des insuccès nombreux dont il avait été la cause dans des tentatives faites en 1832 et plus tard. Mon instrument n'a rien de commun avec ceux qui l'ont précédé, et la modification qu'exposait la présentation lue à la dernière séance, ne me paraît offrir d'autre difficulté vaincue que celle de faire tourner une vis dans un sens différent de celui où elle avait tourné jusqu'à présent.

Quant à l'instrument de M. le docteur Dubowisky, M. Nélaton le connaissait, et moi aussi, mais il ne remplissait pas les conditions demandées par l'honorable professeur de clinique, et qui l'a conduit à donner la préférence à celui que j'ai fabriqué.

Agréez, etc. MATHIEU.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Devergie. — La parole est à M. le rapporteur.

M. DEVERGIE remercie l'Académie du vote qu'elle a émis en sa faveur dans la dernière séance ; mais, à propos de l'incident qui s'est produit, il croit opportun de renoncer aujourd'hui à la parole et d'ajourner à plus tard la communication qu'il devait faire.

M. O. HENRY, en son nom et au nom de MM. Chevallier et Lecanu, lit un rapport au sujet d'une graisse renvoyée par M. le ministre de l'intérieur, à l'examen de l'Académie.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° La graisse, destinée dans la maison pénitentiaire de Limoges à la préparation de plusieurs substances alimentaires, est altérée.

2° Elle diffère essentiellement de celle prise comme type, qui offre les conditions prescrites au cahier des charges de la fourniture de l'établissement.

3° Enfin, son emploi doit être interdit dans la préparation de matières alimentaires.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

M. CHATIN lit en son nom et au nom de MM. Beau et Blache, un rapport relatif au mémoire de M. Gubler, ayant pour titre : *Études sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée et du muguet* (*oïdium albicans*).

Après avoir donné une analyse succincte du travail de M. Gubler, M. Chatin rend compte des recherches auxquelles a dû se livrer la commission dans le but de contrôler les faits annoncés par l'auteur. La commission s'est assurée que :

1° L'acidité buccale était constante chez les sujets atteints de muguet ;

2° Qu'elle précédait toujours l'apparition de l'oïdium albicans ;

3° Qu'il était possible de provoquer par cette mucédinée la fermentation acide dans une liqueur sucrée.

En conséquence, la commission à l'honneur de proposer à l'Académie de renvoyer le mémoire de M. Gubler au comité de publication, et de lui adresser des remercîments.

M. TROUSSEAU : Je ne puis que m'associer complétement aux éloges que M. le rapporteur vient de décerner à M. Gubler ; M. Gubler est un médecin assurément très distingué et dont les travaux ont l'estime de tout le monde ; mais je suis obligé de faire quelques réserves contre une des opinions émises par M. le rapporteur et dont je dois, comme membre de la commission, décliner toute responsabilité.

Il y a cette phrase, dans le rapport de M. Chatin : « Le muguet se produit quand la bouche a été longtemps acide. » Ainsi, la production du muguet n'aurait plus de valeur pronostique ; son apparition signifierait que la bouche a été longtemps acide, voilà tout. La conséquence immédiate de cette opinion est l'emploi des alcalins. Or, il y a, dans ce simple énoncé, plusieurs choses inexactes : que le muguet se développe après l'acidité de la bouche, personne ne le conteste ; mais il y a beaucoup d'affections et même d'états physiologiques, dans lesquels la bouche est acide, sans développement du muguet. La plupart des femmes enceintes, par exemple, ont la bouche acide depuis le commencement de la grossesse, à ce point, que leurs dents se ramollissent et tombent, et cependant elles n'ont pas de muguet.

J'arrive maintenant à la valeur pronostique du muguet.

J'en appelle à tous mes confrères ici présents et aux chirurgiens. Ne voit-on pas, dans les affections graves, le muguet précéder la mort de peu de temps ? Le muguet a donc une valeur pronostique considérable. Je ne traite ici ni la question étiologique ni la question diagnostique, je me borne strictement au point de vue pronostique. Pour les enfants, Valleix a trouvé que, sur 24 atteints de muguet, il en périssait 22, soit les onze douzièmes ; à ses yeux, le muguet était le signe d'un état extrêmement grave ; il ne tue pas par lui-même, mais, encore une fois, sa valeur pronostique est énorme.

J'aborde un autre point du rapport, la question thérapeutique. De la notion de l'acidité buccale, il semblerait devoir résulter que le meilleur moyen pour combattre le muguet serait les alcalins. En est-il vraiment ainsi ? Non ; tous les jours on emploie l'acide chlorhydrique uni au miel ; ou la solution concentrée de nitrate d'argent (1 gramme d'azotate pour 3 grammes d'eau). C'est là le meilleur remède à opposer au muguet ; je le mets au-dessus même du borax ; on emploie aussi la solution saturée de sulfate de cuivre (1 gramme pour 8 grammes d'eau). Le borax, dont on se sert beaucoup, a une efficacité bien plus grande que les carbonates de soude, qui sont cependant plus alcalins que lui.

Je me résume, en répétant que le muguet a une valeur pronostique incomparablement plus grande qu'il ne semble résulter du rapport que nous venons d'entendre.

M. CHATIN : Chacun pourra faire son profit des excellentes choses que vient de dire M. Trousseau ; je demande toutefois la permission de présenter quelques courtes observations sur les trois points principaux de son argumentation :

D'abord M. Gubler admet et prouve que le muguet se développe dans des liqueurs acides ; mais, nulle part, dans son mémoire, il ne dit que le muguet se développe nécessairement dans les liqueurs acides ; ce serait aller plus loin que M. Gubler que de lui faire tenir un pareil langage.

Ensuite, relativement à la valeur pronostique du muguet, je crois qu'il y a, entre les opinions de M. Gubler et celles de M. Trousseau plus de conformité que ne paraît le croire M. Trousseau. Que dit M. Gubler ? Que le muguet, *par lui-même*, n'a pas une valeur grave ; mais il ne prétend pas qu'il ne puisse, dans certaines circonstances, être le signe d'une affection grave. Il va même jusqu'à dire que, dans certains cas, le muguet, à l'état de feutrage épais, constitue un danger par lui-même. (M. Chatin cite, à cette occasion, un fait observé par M. Beau, dans le service de M. Fouquier. Il s'agissait d'une vieille femme, à l'autopsie de laquelle on trouva l'œsophage et la muqueuse stomachale couverts d'un enduit blanc de l'épaisseur de plusieurs centimètres.) En somme, donc, M. Gubler, pas plus que M. Trousseau, ne nie que le muguet ne puisse se présenter dans les cas graves.

Enfin, quant à l'action des acides, M. Trousseau paraît repousser les idées de M. Gubler, comme contradictoires à la pratique généralement suivie ; mais les acides *énergiques* dont parle M. Trousseau, et qui sont employés contre le muguet, agissent non comme acides, mais comme agit l'azotate d'argent, etc., c'est-à-dire comme modificateurs puissants des surfaces sur lesquelles on les applique.

M. TROUSSEAU : M. le rapporteur s'est un peu mépris sur mes paroles. Je n'ai pas contesté l'acidité de la salive ou des sucs buccaux dans les conditions de développement du muguet ; je ne conteste pas l'utilité des alcalins et surtout du borax contre cette affection ; mais je conteste que la notion d'acidité mène à l'emploi thérapeutique des alcalins, ou plutôt justifie cet emploi. Si cela était, en effet, au lieu d'employer les acides et l'azotate d'argent, nous emploierions tous les alcalins, et l'action des remèdes serait proportionnée à leur force mesurée par l'alcalimètre.

Je dis que les modificateurs de la membrane muqueuse guérissent le muguet, et que ce ne sont pas les idées chimiques qui ont conduit là : voilà tout.

M. CAZEAUX : Tout le monde sera de l'avis de M. Trousseau quant à la valeur pronostique grave du muguet chez les adultes, et, en particulier, chez les femmes enceintes. Mais je suis d'un avis tout contraire relativement à la gravité du muguet chez les enfants, et je crois que Valleix a singulièrement exagéré les dangers de cette affection. Les chiffres malheureux qui ont été cités par M. Trousseau, peuvent peut-être s'expliquer par le séjour des enfants à l'hôpital et par les mauvaises conditions dans lesquelles ils sont placés. Ce que je sais, c'est que, dans la pratique civile, le muguet n'a pas de gravité et, de tous ceux que j'ai observés en ville, pas un seul n'a succombé. Encore une fois, les conditions hygiéniques mauvaises, et surtout l'alimentation défectueuse que les hôpitaux offrent aux enfants, sont les causes des nombreux décès signalés par Valleix.

M. BOUDET : M. Gubler a établi que le muguet se développe dans un milieu acide, les alcalins sont donc indiqués rationnellement pour neutraliser les conditions de développement de cette maladie. D'un autre côté, les acides énergiques agissent bien plutôt comme caustiques et altérants qu'autrement. Les deux opinions émises par M. Gubler et par M. Trousseau peuvent donc très bien se concilier ; elles ne sont pas contradictoires.

M. MOREAU : J'appuie de tous points ce que vient de dire M. Cazeaux : il est très essentiel de distinguer le muguet des adultes de celui des enfants. Je n'ai jamais vu, dans ma pratique civile, succomber un seul enfant atteint de muguet. Qu'une nourrice n'ait pas suffisamment de lait, qu'elle ait des gerçures au sein, en un mot que, par une cause quelconque, l'alimentation ne se fasse pas bien, le nourrisson présentera du muguet. On y remédie facilement en lui donnant une bonne nourrice et une alimentation convenable.

M. BLACHE : Il ne faut pas confondre le muguet dont parlent MM. Cazeaux et Moreau, avec celui dont parlait Valleix. Le premier est simple, le second se montre comme complication. En 1824, à l'instigation de mon maître, M. Chomel, j'ai pris pour sujet de thèse : *Du muguet dans les maladies graves*, et j'ai montré que son apparition était toujours l'indice d'une terminaison funeste prochaine. Mais le muguet peut se montrer dans des conditions bénignes et ne pas emporter un pronostic aussi grave ; c'est ainsi que, depuis quelque temps, j'ai vu beaucoup de grippes se compliquer d'angines et de stomatites et présenter du muguet, sans aucune gravité, et, cependant, c'était chez des adultes. J'ajoute que le borax, que nous employons tous maintenant, à l'incitation de M. Trousseau, est tout à fait exempt de dangers pour les enfants, avantage que ne présentent pas les acides ou les autres substances énergiques dont on a parlé.

M. CAZEAUX : Ce que j'ai dit s'applique non au muguet simple que je ne connais pas, mais au muguet s'accompagnant, comme je l'ai toujours vu, de complications du côté des organes digestifs.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie procède à l'élection d'une commission de onze membres, chargée de désigner à quelle section appartiendra le prochain remplacement. Sur 37 votants, MM. Bouvier, Grisolle, Velpeau, Rayer, Robert, Blache, Guérard, H. Bouley, Wurtz, Poggiale, obtiennent chacun 37 suffrages, M. P. Dubois 36.

En conséquence, les honorables académiciens dont les noms précèdent sont nommés membres de la commission.

M. CHATIN lit une *note sur la présence de l'iode dans l'air, dans les eaux, dans les minéraux et les corps organisés*.

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

1° La présence de l'iode dans les plantes et les animaux aquatiques, est reconnue par tous ;

2° La présence de l'iode dans les minéraux et la généralité des corps simples réputés cependant purs, n'est pas contestée ;

3° La présence de l'iode dans les eaux communes théoriquement incontestable, expérimentalement établie par moi et par plusieurs chimistes, paraît être encore un objet de doute pour quelques personnes ;

4° La présence de l'iode dans l'eau distillée n'est pas admise par M. de Luca ;

5° La présence de l'iode dans l'air est niée par MM. Cloëz et de Luca ;

6° Je persiste à soutenir qu'il est facile de démontrer l'existence de l'iode dans les eaux communes, dans les eaux distillées provenant de celles-ci, dans l'air enfin, soit qu'on en lave en volume suffisant, soit qu'on opère, de préférence, sur la pluie ou la neige, sur le givre ou à rosée ;

7° De la quantité d'iode plus grande dans la rosée que dans la pluie, de la densité de la vapeur d'iode, de la non-proportionnalité entre l'iode et les chlorures ou autres composés minéraux des pluies, enfin de l'existence de l'ozone et de son action sur les iodures, je tire la conséquence que l'iode existe dans l'air, à l'état libre ou de vapeur.

M. BOULLAY reproche à M. Chatin de n'avoir pas tenu compte des observations et des travaux de M. Eugène Marchand sur la recherche de l'iode. M. Marchand est un concurrent redoutable qu'il ne fallait pas laisser dans l'ombre.

M. CHATIN répond qu'il n'avait pas à s'occuper de M. Marchand, eu égard à l'objet de sa communication actuelle à l'Académie. La question de priorité entre M. Marchand et lui a été jugée par l'Académie des sciences. Il ne pourrait, d'ailleurs, que signaler avec plaisir la parfaite conformité des opinions de M. Marchand avec les siennes propres.

M. CAVENTOU prie M. Chatin de lui expliquer un point de son rapport qui lui a paru obscur : il a dit que M. de Luca, qui retrouvait des quantités extrêmement minimes d'iode mises par lui dans de l'eau distillée, ne pouvait retrouver le même corps, en quantité dix fois plus considérable, dans les eaux naturelles.

M. CHATIN répond qu'il ne sait pas comment se produit ce résultat contradictoire. Il ne peut s'en rendre compte que par l'idée préconçue qu'a M. de Luca, qu'il n'y a point d'iode dans les eaux naturelles.

Répliquant à une nouvelle observation de M. Caventou, M. Chatin ajoute que la description des procédés n'est rien ; ce sont les minuties des manipulations qui sont tout, et il n'est guère possible de les indiquer. Il cite, à l'appui, l'exemple de M. Poggiale, qui n'avait pas trouvé l'iode dans les eaux naturelles avant d'avoir opéré avec M. Chatin, et qui, depuis, l'a trouvé partout et très facilement.

M. le docteur PIENVACHE, médecin de l'hôpital de Dinan (Côtes-du-Nord), donne lecture d'une note sur la dysenterie épidémique et sur son traitement.

Après avoir rappelé les principaux traits des épidémies qu'il a observées, l'auteur entre dans des détails assez étendus sur la thérapeutique de cette affection. Il résulte de son expérience que les antiphlogistiques et les opiacés ne réussissent jamais à faire avorter la dysenterie ; que les purgatifs, au contraire, enraient souvent la marche de la maladie, surtout quand ils sont administrés au début ; que les lavements avec l'acétate de plomb et l'alun ont une action réelle et puissante ; que l'emploi simultané des purgatifs et des lavements substitutifs constitue véritablement une méthode abortive. — (Commission des épidémies.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

M. de Larroque, chevalier de la Légion d'honneur, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, est décédé à l'âge de 75 ans.

— Le concours ouvert à Lyon pour la place de chirurgien-major de l'hôpital de l'Antiquaille s'est terminé par la nomination de M. Gailleton.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 21. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 20 Février 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Parmi les nombreuses lettres de remerciment adressées à l'Académie par les lauréats et que M. Elie de Beaumont a lues lundi dernier, la plus remarquable, à coup sûr, est celle de M. Goldschmidt. Cet infatigable astronome ne croit pas pouvoir mieux témoigner sa reconnaissance qu'en annonçant la découverte de la cinquante-deuxième petite planète. — C'est la dixième que découvre M. Goldschmidt. — Cette dernière a été vue par lui, pour la première fois, le 4 de ce mois, *par un temps couvert*. Si la gratitude fait exécuter de pareils tours de force à M. Goldschmidt, alors que la commission a partagé le prix Lalande entre M. Brunhs et lui, que fera-t-il le jour où ce prix, — nous le lui souhaitons de grand cœur, — sera décerné à lui seul ?

M. le Secrétaire perpétuel a mentionné encore, en dépouillant la correspondance :

Une lettre de M. Cosson, annonçant qu'il va entreprendre un cinquième voyage botanique dans nos possessions algériennes, accompagné de quelques amis, et demandant à l'Académie des instructions et des conseils.

Une note d'un compositeur de musique dont nous regrettons beaucoup de n'avoir pas entendu le nom : cette note est relative aux rapports des sons de la gamme avec les planètes et aux mélodies que chantent les corps célestes.

Un autre Monsieur, dont le nom aussi nous a échappé au milieu du bruit terrible des conversations particulières, a envoyé une note pour proposer de traverser tout le tube digestif avec une tige métallique, bonne conductrice de l'électricité, ce qui serait, au dire de l'auteur, un moyen infaillible autant qu'ingénieux de guérir le choléra.

A propos du mémoire lu par M. Cl. Bernard, dans une des dernières séances, sur la couleur variable du sang veineux, M. Rappell a réclamé la priorité. La découverte de ce phénomène a été consignée dans un ouvrage envoyé par lui, à l'Académie, il y a plusieurs années. On a nommé, pour examiner ce point, une commission dont l'honorable M. Bernard est le rapporteur.

M. Landouzy, directeur de l'École de médecine de Reims, a envoyé un travail relatif aux effets de l'électrisation sur l'exaltation de la sensibilité dans les affections de l'ouïe.

Un grand nombre de paquets cachetés ont été acceptés par le bureau. Un, entre autres, de M. Henri Sainte-Claire Deville, relatif, à la fabrication de la crinoline.

— M. Duméril, dont le zèle est en raison directe du grand âge, a présenté deux rapports ; l'un sur le mémoire de M. Florent Prévost, communiqué à l'Académie dans la séance du 18 janvier dernier, par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, et qui a pour objet l'étude de l'alimentation des oiseaux. Après avoir rendu hommage aux qualités d'observateur qui distinguent M. Florent Prévost, depuis plusieurs années aide naturaliste au Muséum, M. Duméril a terminé son rapport en proposant d'engager l'auteur à continuer ses intéressantes recherches ; et de l'encourager en lui venant en aide.

Le second rapport, présenté verbalement par M. Duméril, concerne un mémoire adressé de Nemours (Algérie) par M. Ducommun, et présenté à l'Académie par M. le maréchal Vaillant, dans la séance du 1er février de cette année. Ce mémoire était destiné à faire connaître les habitudes du kermès de la vigne depuis son éclosion jusqu'au terme de son existence. L'honorable rapporteur s'est borné à regretter que l'auteur n'eût pas eu connaissance du quatrième volume des *Œuvres* de Réaumur, dans lequel le kermès est étudié d'une façon plus complète que dans le mémoire de M. Ducommun.

M. de Sénarmont, au nom de M. Barouillé, ingénieur à Saint-Étienne, a déposé sur le bureau des échantillons de houille fabriquée artificiellement à l'aide de procédés nouveaux. M. Cagniard de Latour avait cherché, il y a plusieurs années, à fabriquer de la houille en calcinant des matières organiques en vases clos. Les produits obtenus alors ressemblaient plus à du bitume qu'au charbon de terre. M. Barouillé a repris ces expériences, et, en les modifiant, est arrivé à un résultat très satisfaisant. C'est avec de la sciure de bois, mélangée à de l'argile, soumise à une assez forte pression, et portée, dans des vases *incomplétement clos*, à une température inférieure à 250°, qu'il a pu fabriquer les échantillons présentés par M. de Sénarmont. La cassure de ces échantillons est plus ou moins brillante, selon que la pression a été plus ou moins forte, et selon aussi la proportion d'argile mélangée. Cette houille artificielle reçoit les empreintes des feuilles absolument comme la houille naturelle. « Si les empreintes des morceaux que je mets sous les yeux de l'Académie, a dit M. le vice-président, ne sont pas très nettes, cela tient à ce que l'on s'est servi de feuilles fraîches, qui se laissent écraser par la pression, pour peu qu'elle soit forte ; mais on sait que les feuilles sèches sont à ce point résistantes, qu'à Vienne, on obtient, sur du plomb, des empreintes reproduisant les nervures jusque dans leurs moindres détails. »

Voilà donc rassurés, nous l'espérons, du moins, les alarmistes de fantaisie qui prédisaient l'arrêt de la grande industrie, par l'épuisement des mines de houilles ; il leur reste la ressource d'exercer leur verve critique sur la nécessité d'employer la sciure de bois qui, à la rigueur, pourrait s'épuiser aussi ; mais, à part la critique, est-il quelque chose d'inépuisable ?

M. le maréchal Vaillant, au nom de l'auteur, a fait hommage à l'Académie de l'ouvrage de M. Poggiale, intitulé : *Traité d'analyse chimique par la méthode des volumes.*

Si les compositeurs de musique, après Pythagore et Cicéron, cherchent à faire chanter les astres, voici des naturalistes qui s'occupent — chose plus inattendue — à faire parler les poissons : M. Coste a présenté une note de M. Dufossé, de Marseille, sur ce sujet auquel on ne reprochera pas, certes, le manque de nouveauté ou de hardiesse. M. Dufossé constate que ce qu'il appelle la voix des poissons, se produit tantôt à l'aide d'organes ayant, d'ailleurs, une autre destination, tantôt à l'aide d'organes spéciaux ; dans le premier cas, les sons émis résultent, par exemple, du frottement des os pharyngiens supérieurs contre les inférieurs. Ces sons se produisent dans l'eau et hors de l'eau ; M. Dufossé les a observés particulièrement chez les mâles, et les croit destinés à appeler les femelles.

M. Leverrier, en présentant le bulletin météorologique de la semaine, s'est plaint des reproches immérités qui lui sont adressés journellement par les lecteurs des grands journaux : tous les jours à 4 heures, le bulletin météorologique de la journée est expédié, de l'Observatoire de Paris, à tous les autres Observatoires et à tous les savants qui se livrent à ce genre de recherches ; personne, dans le monde scientifique ne s'est plaint, jusqu'à présent, de la façon dont est rédigé ce bulletin ; si les journaux ne le reproduisent pas complétement, ça n'est pas la faute de M. Leverrier, et il demande qu'on ne le rende pas responsable de ce défaut d'exactitude : « D'ailleurs, a dit en terminant M. Leverrier, pour ne pas encourir de reproches, il faudrait ne rien faire. » Cette réflexion nous a rappelé que M. Biot en faisait une analogue, il y a quel-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Notre monde médical se range, il devient très économe et d'une austérité de vie très exemplaire, s'il faut en juger par le peu de dépenses qu'il affecte aux frais de réception. Jamais peut-être les salons médicaux n'ont été moins ouverts que cette année. Y a-t-il encore des salons médicaux ? Quelques soirées dansantes, quelques dîners plus ou moins cérémonieux, c'est tout ce dont on entend parler dans la confrérie. Des réunions périodiques, il en existe à peine deux ou trois, et c'est beaucoup dire. Autrefois, il y a peu d'années encore, il y avait un monde médical, de véritables maisons ouvertes ; on citait les dimanches d'Orfila, célèbres dans toute l'Europe ; les déjeuners littéraires d'Alibert ; les déjeuners plus intimes d'Esquirol ; les dîners renommés de Bourdois de Lamothe, ce médecin grand seigneur dont la salle à manger renfermait une collection de tableaux estimée cent mille écus. On connaissait les mardis du docteur X..., les jeudis du docteur Z... et les samedis du docteur K... Toutes ces traditions sont à peu près perdues ; on reçoit le moins possible aujourd'hui, et nos prudents confrères n'ont jamais dépensé moins d'argent que depuis qu'ils gagnent beaucoup d'or. Cette transformation a ses causes : ne les cherchez pas ailleurs que dans les exigences de plus en plus terribles de la vie parisienne. Le budget des dépenses nécessaires s'est si énormément accru, qu'il ne reste plus rien pour les dépenses de plaisir ou de luxe. L'élévation des loyers, la cherté de toutes choses, le luxe écrasant de la toilette des femmes, absorbent tout. Le loyer prend un revenu qui oscille entre 2,000 et 10,000 fr. ; une femme à laquelle le mari n'alloue que 2,000 fr. pour ses frais de toilette, est une femme indignement malheureuse et persécutée ; l'ameublement a exigé une mise de fonds qui se traduit par une perte de 12 à 1,500 fr. dans le revenu ; les impôts et la patente enlèvent 3 à 400 fr. ; ajoutez à cela l'éducation des enfants, et voyez ce qui reste même à des praticiens très bien placés, à ceux dont la clientèle produit de 20 à 30,000 fr., frais de table, de domesticité distraits. Et si petit, si court que soit le chapitre des exutoires..... Aussi, l'épidémie sociale qui, jusqu'à ces derniers temps, avait épargné nos confrères, fait chez eux, comme partout, les plus grands ravages. Ils sont familiers avec l'argot de la Bourse ; ils parlent avec une aisance déplorable de reports et de primes ; ils lisent couramment la cote des effets publics, et apprécient comme un coulissier les valeurs industrielles. J'en connais un qui a gagné 100,000 fr., le malheureux, en spéculant sur les actions de la Banque de France. Je tiens de l'indiscrétion d'un sixième d'agent de change que, parmi les meilleurs clients de son patron, on compte quatre médecins. Les plus prudents, mais ce sont aussi les plus rares, suivent encore les traditions du bon vieux temps, ils placent leurs économies sur des terres ; cela rapporte moins, mais c'est plus sûr. Ils n'ont pas l'inquiétude de ces oscillations qui, dans 24 heures, font monter ou descendre leur fortune dans des proportions quelquefois effrayantes. L'un de nos plus honorables confrères avait fait une économie de 30,000 fr. C'était, disait-il, un commencement de dot pour sa jeune fille. Il y a deux ou trois ans, il est piqué de la tarentule boursicotière. C'était alors la fureur des actions des Petites-Voitures ; il en achète au prix de 165 fr. L'infortuné n'a pas vendu à temps ; elles valaient hier 48 fr. 75 c. ! Pauvre dot que notre confrère espérait grossir par un placement avantageux !

Malheureusement cette fièvre de spéculation, autrefois si rare parmi les médecins, l'est devenue beaucoup moins dans ces dernières années. Elle explique très bien par les préoccupations qu'elle donne, jointes aux soucis professionnels, que nos confrères soient peu disposés à y ajouter encore les embarras des réceptions. De ces embarras, il en est qui s'en exonèrent tout à fait en recevant leurs amis, voire même leurs clients, au cabaret. Quoi de plus commode, en effet ! La mode en prend et elle est donnée de haut. On a beaucoup parlé, ces jours derniers, d'un grand dîner aux *Frères-Provençaux*, et offert à M. le ministre de l'instruction publique par M. le doyen de la Faculté, escorté de tous les professeurs ses collègues. Cette Faculté si célèbre ne peut disposer que de locaux si insuffisants que, pour recevoir le ministre, elle est obligée de l'inviter dans un lieu public. Ça été peut-être de la part de M. le doyen une façon spirituelle et adroite de faire remarquer au chef de l'Université l'exiguïté de l'espace accordé à l'un des premiers établissements d'instruction supérieure.

Il est question, d'ailleurs, d'un très beau plan d'agrandissement, devenu indispensable, de notre Faculté. On lui accorderait tout l'espace compris entre la rue Hautefeuille et la rue Larrey. Il y aurait deux façades, la façade actuelle prolongée des deux côtés et donnant sur la rue des Écoles, et une autre façade plus monumentale, et qui serait la principale, sur le nouveau boulevard St-Germain. On construirait de nouveaux amphithéâtres ; la bibliothèque, le cabinet de physique, le musée pharmacologique et d'anatomie comparée seraient considérablement agrandis. Le doyen y trouverait enfin un logement digne du chef de cette illustre Faculté. A Dieu plaise que ces beaux projets se réalisent !

Mais, ce ne serait pas avoir tout fait que d'agrandir et d'embellir le monument. Des réparations aussi urgentes sont à faire à l'intérieur, c'est-à-dire sur le personnel enseignant et professant, ou, pour mieux dire encore, sur le personnel qui ne professe ni n'enseigne. N'est-il pas très singulier que la Faculté de Paris, qui a surtout brillé par son enseignement anatomique, ait précisément sa chaire d'anatomie inoccupée depuis deux ans ? Comment se fait-il que la *Revue médicale* et son spirituel rédacteur n'aient pas signalé ce fait en s'écriant : L'anatomie se meurt, l'anatomie est morte ? Et ces professeurs qui, depuis plus d'un quart de siècle, n'ont pas fait un seul cours ? Et d'autres qui font à grand'peine trois ou quatre leçons par an ? Et d'autres qui, irrités de professer dans le vide, se montrent, aux examens, d'une sévérité excessive pour les élèves qu'ils n'ont pas su attirer à leurs leçons ? Et ceux qui n'interrogent les élèves que sur leurs livres ou leurs leçons ? Et ceci, et cela, et tant d'autres choses encore qui se disent dans le quartier latin et que le feuilleton, trop indulgent, ne veut pas reproduire.

Toujours est-il que c'est l'enseignement libre qui, pour les élèves, tient aujourd'hui le haut du pavé. Justice doit être également rendue aux agrégés qui suppléent les professeurs officiels. L'amphithéâtre est toujours bien garni quand les cours sont faits par MM. Jarjavay, Gosselin, Verneuil, Vigla, Tardieu, Aran, Broca, Lasègue, et nous ne devons pas

ques jours à peine. Ceux qui font collection de pensées justes peuvent la transcrire : « Il n'y a, disait le vénérable académicien, que ceux qui ne font rien, qui ne se trompent jamais. »

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, ET NOTAMMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DES MUSCLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

On entend par hyperesthésie, l'augmentation de la sensibilité, ou l'excès dans la faculté de sentir; c'est le nom sous lequel on comprend maintenant divers états que nos prédécesseurs désignaient vaguement sous les noms de douleurs, de névroses, de névralgies, ou de phénomènes nerveux.

Cette exaltation de la sensibilité sur laquelle les auteurs des traités d'hystérie ont passé fort légèrement, est pourtant l'un des accompagnements tellement constants de cette névrose, qu'il n'est pas une femme atteinte d'hystérie qui ne la présente dans une ou dans plusieurs de ses parties.

Pour montrer de quelle importance elle est dans l'affection hystérique, et pour donner une idée du rôle qu'elle y joue, je veux me borner, dans cet article, à traiter de l'une des hyperesthésies qui a a le moins fixé l'attention des auteurs, de l'hyperesthésie des muscles.

Avec les notions qui ont généralement cours en fait d'hystérie, on s'étonnera sans doute de voir un article sur une altération de sensibilité si peu considérable qu'il n'en est pas même fait mention dans la plupart des traités de pathologie. Mais on s'étonnera bien plus, quand on me verra prétendre que l'hyperesthésie des muscles est un phénomène très commun chez les hystériques; qu'elle produit les accidents les moins connus, et que l'ignorance dans laquelle on s'est trouvé à son égard, a causé les erreurs de diagnostic les plus nombreuses, les plus singulières, et quelquefois même les plus graves dans leurs résultats.

On sera surpris de trouver dans cette hyperesthésie des moyens non seulement de connaître la nature de l'hystérie, mais encore d'avoir, par elle, une sorte de criterium, à l'aide duquel on peut déterminer positivement si tel trouble dont la nature est encore un sujet de contestation entre les médecins, appartient aux phlegmasies ou aux névroses.

Qu'a de commun un trouble dans la sensibilité des muscles, organes grossiers de la locomotion, avec les affections morales, causes principales de l'hystérie, se dira-t-on. Quel rapport peut-il exister entre la fibre musculaire et les souffrances physiques ou morales. C'est ce qu'on va voir.

Il faut d'abord constater que l'ensemble des muscles soumis à la volonté est très souvent le théâtre des manifestations de l'hystérie. C'est sur les muscles que se passent les mouvements convulsifs des attaques qui ont lieu chez les deux tiers des hystériques; c'est également sur eux qu'ont lieu les affaiblissements et les paralysies qui se voient si fréquemment chez elles. C'est encore sur les muscles que l'on trouve les anesthésies et les hyperesthésies des parties superficielles, si communes dans l'hystérie, qu'elles en forment le caractère distinctif. Le système musculaire joue donc évidemment un grand rôle dans l'hystérie.

Maintenant tâchons de deviner pour quelle raison ces organes du mouvement, sont si fréquemment intéressés dans cette maladie.

Je demanderai la permission de prendre la chose d'un peu loin, afin de me faire mieux comprendre.

La puissance qui a créé l'univers a entouré chacune de ses créations de tous les moyens de protection nécessaires à sa conservation et à son bien-être. Les animaux qui seuls jouissent de la faculté de se déplacer, trouvent dans cette faculté, les moyens, soit d'aller l'un vers l'autre, afin de partager les jouissances réciproques, ou de se soulager dans leurs souffrances, soit de se fuir quand l'un d'eux devient dangereux pour les autres. Mais pour obéir à cette destination de leur nature, il fallait que des signes communs à tous, qu'une sorte de langage universel leur fissent connaître ces besoins réciproques, ou ces dangers. Ces signes, ce sont les changements extérieurs par lesquels se manifestent les passions. Chez l'homme qui fait le sujet de nos études, l'expression de la figure, les gestes, la voix, les mouvements du corps, et, en général, tous les actes qui s'exécutent à l'aide des muscles, sont les moyens les plus ordinaires de cette manifestation. Il était par conséquent tout naturel que l'hystérie, qui n'est ordinairement que l'expression, à la vérité très complexe, de souffrances ou vives ou prolongées, se manifestât par les mêmes moyens que ceux que mettent en jeu les passions affectives.

Voyez une femme impressionnable éprouver subitement une émotion morale pénible; à l'instant sa figure se colore, ses traits s'animent, sa gorge se serre, elle éprouve de la strangulation; si elle veut boire, il lui est impossible d'avaler; si elle veut parler, ou la voix lui manque, ou elle jette un cri; son cœur bat avec précipitation; un poids presse sa poitrine; sa respiration est entrecoupée; on dirait qu'une pression, venue de l'extérieur, vient peser sur l'épigastre; il se manifeste dans les membres un sentiment d'inquiétude, un besoin d'agitation et de mouvement; les bras se tendent ou se raidissent; les muscles des membres se contractent involontairement et par secousses, ou sont pris d'un tremblement convulsif. Puis, au bout de quelques instants de cet état de souffrance, éclatent les pleurs, les sanglots, les gémissements, l'urine coule claire et abondante. Et quand cette sorte d'accès est passée, il reste de la céphalalgie, des douleurs dans le dos, une sensation de souffrance à l'épigastre et de la courbature dans les membres. Or, il sera établi plus loin que la plus grande partie de ces actes si divers se passe sur les muscles. C'est bien là une hystérie qui ne dure que quelques heures, après lesquelles l'équilibre s'est rétabli. Mais si, au lieu de n'agir qu'une fois, les causes morales se reproduisent fréquemment, ou bien si elles ont une durée assez longue, les manifestations physiologiques des passions affectives qui en résulteront deviendront permanentes, et au lieu d'un accès momentané on aura l'hystérie confirmée.

On comprend maintenant pourquoi les manifestations hystériques se passent si fréquemment sur les muscles.

Arrivons maintenant à l'hyperesthésie de ces organes.

Les douleurs des parties charnues qui constituent les parois des cavités splanchniques, et l'épaisseur des membres, sont connues depuis longtemps, puisqu'Hippocrate lui-même en afait mention. Elles sont des accompagnements si fréquents de l'hystérie, qu'il n'est pas un observateur qui ne les ait indiquées. Le seul point qui était inconnu était leur siége. En effet, on s'était assez généralement accordé, jusqu'à ces derniers temps, à les regarder comme des douleurs nerveuses, sans en dire plus. M. le docteur Henrot est le premier qui ait avancé d'une manière explicite que quelques-unes d'entre elles étaient des douleurs des muscles. Mais ni lui, ni M. Gendrin, à qui il faut rapporter cette sorte de découverte, ne se sont nullement doutés du rôle que joue l'hyperesthésie des muscles dans l'hystérie, car ils placent ces organes de la locomotion au rang des parties qui sont le moins souvent atteintes de cette augmentation de la sensibilité.

L'hyperesthésie des muscles est au contraire tellement fréquente chez les hystériques, que sur quatre cents de ces femmes dont j'ai pris l'observation, il s'en est trouvé au plus une vingtaine qui n'avaient pas eu de douleurs musculaires au moment où je les ai observées.

Il est si facile de reconnaître l'hyperesthésie des muscles par les caractères suivants, qu'il est surprenant qu'on ne l'ait pas aperçue plus tôt.

1° La douleur qui constitue l'élément principal de cette hyperesthésie siége toujours dans les lieux occupés par la portion charnue des muscles.

2° Comme l'hyperesthésie intéresse le plus ordinairement les muscles superficiellement placés, la douleur se fait sentir immédiatement sous la peau.

3° Si l'on presse légèrement avec le bout d'un doigt le muscle hyperesthésié, et surtout si l'on agace ses fibres en les grattant très légèrement avec ce même doigt, et en ayant bien soin de ne pas agir sur les parties plus profondément situées, on fait naître de la douleur si elle n'était pas sentie auparavant, ou bien on l'exaspère si elle existait déjà.

4° La douleur ainsi produite est très vive; ou elle fait faire des contorsions à la malade, ou elle lui fait jeter des cris, quelquefois même elle provoque l'apparition d'une attaque hystérique. Les malades arrêtent presque toujours la main qui les presse.

On a la certitude que cette douleur ne vient pas des parties plus profondes, d'abord en raison des précautions prises pour n'agir que sur les parties superficielles, puis parce que la douleur est la même quand on presse le muscle à l'endroit de son passage sur un os inflexible, et enfin parce qu'elle est souvent plus forte à l'endroit des attaches du muscle que partout ailleurs.

5° Le mouvement et surtout la distension des fibres des muscles hyperesthésiés provoque ou exaspère cette douleur.

6° Le repos absolu et l'absence de mouvements la calment ou la font disparaître plus ou moins complétement.

7° Les courants électriques d'intensité moyenne, auxquels on fait traverser toute la longueur d'un muscle à l'état normal, y occasionnent une sensation qui est à peine pénible. Lorsqu'au contraire on leur fait traverser des muscles hyperesthésiés, ils provoquent une douleur très difficile à supporter, quelque faibles qu'ils soient, et s'ils sont forts, la douleur devient bientôt intolérable.

8° La thérapeutique possède maintenant, dans la faradysation, le moyen de faire cesser à l'instant même, dans la grande majorité des cas, les douleurs musculaires non inflammatoires, telles que les douleurs rhumatoïdes, celles de la colique de plomb, etc. Or, l'hyperesthésie hystérique des muscles se trouve précisément être l'une de celles qu'on fait disparaître le plus régulièrement et le plus facilement à l'instant même de la galvanisation.

Tels sont les caractères à l'aide desquels on constate que la douleur dont il est ici question, ne siége ni dans la peau ni dans les viscères sur lesquels les muscles sont placés, mais bien qu'elle réside dans les muscles eux-mêmes.

L'étude de ce siége a beaucoup d'importance, attendu que lorsqu'une douleur siége dans les muscles, le médecin est presque toujours maître de la faire assez promptement disparaître par des moyens qui auraient peu d'influence sur les douleurs ayant leur siége ailleurs. Il faut donc constater cette existence dans les divers points de la périphérie du tronc et des membres.

L'hyperesthésie, que j'appellerai la myosalgie hystérique, n'affecte pas indifféremment tous les muscles du corps; elle se porte de préférence sur les muscles superficiels, en occupant ceux du tronc

---

désespérer de notre mère Faculté, quand, autour de nos vieux maîtres dont l'âge trahit les forces et le zèle, nous voyons cette foule de talents jeunes et vigoureux.

Si l'on agrandit les bâtiments de l'École, c'est qu'on pense sans doute aussi à agrandir son enseignement. Vous verrez certainement que les *desiderata* si lointains et si souvent exposés passeront à l'état de faits accomplis. La Faculté sera dotée d'un enseignement de l'histoire de la médecine et des institutions médicales, de cliniques spéciales et officielles pour les maladies mentales, l'ophthalmologie, la syphiliographie, la dermographie, toutes choses que l'on trouve dans les programmes des universités d'Allemagne et d'Italie, et qui n'existent chez nous que grâce au dévouement et au zèle de l'enseignement libre. Que de choses à faire et qui pourront illustrer un décanat!

J'en reviens à mes moutons, c'est-à-dire au peu d'empressement de nos confrères, cette année, pour amuser leurs confrères, leurs amis et leurs clients. Il n'y a pas eu stérilité complète cependant. Les fêtes charmantes données dans les salons toujours élégants et toujours si recherchés de notre aimable confrère M. S... ont eu lieu comme d'habitude; et nulle part on ne trouve des plaisirs plus distingués et une réception plus gracieuse. Les mardis de notre excellent confrère M. M... n'ont pas été interrompus, et ces réunions, presque exclusivement confraternelles, sont toujours très suivies. Quelques soirées dansantes ont été remarquées, notamment celles de nos confrères D... et M... Mais que de peines, dit-on, pour se procurer des danseurs! Nos jeunes gens ne dansent plus; ils cherchent de l'œil les tables de baccarat ou de lansquenet, seules émotions de leur jeune vieillesse. Malheur au maître de maison qui n'a pas quelques intelligences dans la Place; et Place est ici au sens propre et militaire, car seuls les jeunes officiers savent apporter gaîté, plaisir et entrain dans ces réunions dansantes. C'est ce que me répondait ces jours-ci un de nos confrères qui donnait autrefois plusieurs bals de saison : Que voulez-vous, me disait-il, je ne connais plus personne à l'état-major. A ce point de vue, le bal annoncé au Val-de-Grâce, chez notre savant confrère, M. M... L..., ne laissera probablement rien à désirer aux belles et intrépides danseuses. Sexe charmant, sexe enchanteur, pourquoi donc vous a-t-on appelé le *sexe faible?* Quelle faiblesse, mon Dieu, de danser six ou huit heures de suite, serré, comprimé, étranglé dans cet affreux appareil de torture qu'on nomme un corset! On peut hardiment défier le plus robuste capitaine de la garde impériale de se livrer sans péril pour ses jours à un semblable exercice.

Jamais peut-être éloge académique prononcé à l'Académie des sciences n'a fait autant de bruit que l'éloge de Magendie prononcé par M. Flourens. Ce discours a obtenu les honneurs du *Moniteur* et a été reproduit par la presse politique tout entière. Il a obtenu un incontestable succès dans le monde, mais, parmi les savants, ce succès a été contesté. J'ai dit sur lui mon humble opinion, je n'y reviendrai pas. Seulement je m'étonne que les biographes de Magendie, si empressés à découvrir le côté âpre et anguleux de son caractère, ne se soient pas souvenus d'un fait notoire, très connu au ministère de l'instruction publique et qui prouve, assurément, que Magendie n'était pas toujours ce savant inquiet et jaloux, ne voyant que des ennemis dans ses rivaux ou ses émules.

M. Cl. Bernard venait de publier sa découverte de la fonction glycogénique du foie. Le jour même que cette découverte avait été l'objet d'un rapport à l'Académie des sciences, M. Magendie se fait annoncer chez M. le ministre de l'instruction publique et lui dit :

— C'est la première fois que je demande quelque chose à un ministre; je viens aujourd'hui vous demander non une faveur, mais une justice, non pas pour moi assurément, mais pour un jeune savant qui vient de faire une grande découverte en physiologie.

Et avec une grande chaleur, Magendie expose au ministre les titres de son protégé à la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Le lendemain, Magendie recevait du ministre le brevet et la croix pour M. Cl. Bernard.

Je regrette que ce trait ne se soit pas trouvé sous la plume de M. Flourens qui, une seule fois, n'a pas écrit le nom de M. Cl. Bernard, le meilleur ouvrage de Magendie.

Ne me plaignais-je pas tout à l'heure de la rareté de plaisirs et de fêtes? Que j'avais donc mauvaise grâce. Voici, en effet, une invitation que j'ai reçue et que je reproduis textuellement :

CERCLE HARMONIQUE DES MODIFICATEURS HUMANITAIRES.

Fondé et dirigé par M. Jules DE ROVÈRE, nº 27, rue du Faubourg-du-Temple, à Paris.

NOUVEL ENSEIGNEMENT RATIONNEL ET ATTRAYANT.

Notions pures et anti-fantastiques de la Science naturelle, vulgairement appelée MAGNÉTISME ANIMAL, etc., etc.

Unité dans la Variété. — Sublimité dans la Simplicité. — Sainteté dans l'Humanité.

« Paris, le 1er février 1858.

» Monsieur,

» Vous êtes invité à assister aux Expériences démonstratives et expérimentales qui auront lieu au CERCLE HARMONIQUE, le mercredi 3 février 1858.

» *Le directeur du Cercle*, J. DE ROVÈRE. »

(Deux entrées libres.)

Suis-je bien venu à exprimer quelques regrets quand je n'ai pas profité d'une si séduisante invitation?

On rit de tout en France, même de la grippe. Voici un mot qui nous vient d'Auvergne sur l'épidémie régnante :

Hier, dit un journal du cru, un mariage se célébrait dans l'une des églises de Clermont-Ferrand, les deux époux étaient fortement grippés, et, lorsqu'on leur fit la question sacramentelle à laquelle il faut absolument répondre par un oui, aucun d'eux ne put distinctement prononcer ce mot : à chaque *ou*, la quinte avait le dessus, et l'*i* se perdait dans une note impossible.

— Voilà, dit quelqu'un, un mariage qui finira mal.

— Pourquoi cela? demanda une personne qui avait remarqué l'air de bonheur répandu sur la physionomie des deux époux.

— C'est, dit l'autre, qu'ils se prennent en *grippe*.

Des produits de l'Auvergne, je préfère la pâte d'abricots.

Amédée LATOUR.

bien plus souvent que ceux des membres. Au tronc lui-même elle a ses lieux d'élection sur lesquels on la trouve avec une constance et une régularité telles, qu'on peut s'en servir pour en faire l'un des caractères de l'hystérie.

Je vais donc examiner successivement ces divers siéges.

DE LA CÉPHALALGIE.

Quand l'hyperesthésie occupe les muscles de la tête, elle constitue ce que l'on appelait la céphalalgie, à laquelle naturellement on n'attribuait aucun siége, et contre laquelle on n'avait que des remèdes très vagues.

Cette affection est si commune chez les hystériques que, sur 356 d'entre elles, j'en ai trouvé 300 qui l'avaient soit habituellement, soit très fréquemment. — Cette céphalalgie occupait :

1º Toute la périphérie de la tête, chez. . . . . . 16 malades.

2º La région frontale où elle siégeait dans les muscles surciliers et dans la portion antérieure des muscles occipito-frontaux, chez. . . . . 72 —

3º Les régions temporales, où elle siégeait dans les deux muscles temporaux, chez . . . . 40 —

Dans le temporal gauche, chez 12
Et dans le droit, chez. 6

4º La région frontale et les régions temporales simultanément, chez . . . . 68 —

5º La région occipitale soit seule, soit en même temps que les régions frontale ou temporale, au niveau de la partie charnue des muscles, chez. . . 20 —

6º Et enfin le sommet de la tête, seulement chez 10 —

La céphalalgie hystérique siége donc chez les neuf dixièmes des malades au moins, dans la partie charnue des muscles du crâne.

Elle est fréquemment pulsative, à cause des battements artériels qui se faisant au milieu de parties endolories, provoquent de la douleur; d'autres fois elle est lancinante; elle existe pendant le repos, et même pendant le séjour au lit, ce qui la distingue de la céphalalgie chlorotique, qui ne se fait guère sentir que pendant les mouvements.

Le seul point intéressant qu'offre la céphalalgie hystérique est son siége dans les muscles, circonstance qui fait qu'elle est plus susceptible d'être influencée par la thérapeutique que les autres douleurs dont le siége n'est pas aussi bien déterminé.

DE L'ÉPIGASTRALGIE.

L'hyperesthésie se voit dans les muscles qui se trouvent dans la région épigastrique, où elle joue un rôle bien plus important qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent.

D'abord elle y est très fréquente, puisque sur 358 hystériques qui ont pu donner des renseignements à ce sujet, 317 avaient des douleurs qui siégeaient dans les muscles de la région épigastrique.

Parmi ces 317 femmes, 130 n'avaient de douleurs que dans les muscles de cette région, et ces douleurs ne s'accompagnaient d'aucun trouble notable dans les fonctions digestives. Les diverses phases de la digestion des aliments n'avaient aucune influence sur elles.

187, au contraire, avaient en même temps la douleur des muscles dont il vient d'être parlé, et les malaises de la gastralgie. Chez ces malades, on pouvait assez aisément faire disparaître la douleur causée par l'hyperesthésie des muscles, et ne laisser que les troubles de la gastralgie.

Ainsi les six septièmes des hystériques ont des douleurs des muscles de la région épigastrique.

Quelle peut être la raison de la constance d'une douleur dans des parties qui, au premier abord, semblent n'avoir aucune relation avec la nature morale de la maladie? L'étude des circonstances dans lesquelles naît l'épigastralgie va donner le mot de cette sorte d'énigme.

1º L'épigastralgie peut exister dès l'enfance chez des petites filles maltraitées ou nées avec une prédisposition héréditaire à l'hystérie, et alors elle s'associe à des troubles des organes digestifs et à la disposition aux migraines. Les enfants qui présentent cette association morbide peuvent être considérés comme forcément dévoués à devenir la proie de l'hystérie.

2º Chez d'autres malades, elle apparaît soit à l'époque de l'établissement des menstrues, soit plus tard, quand la menstruation se fait difficilement et péniblement. Elle paraît alors résulter des souffrances que cet état occasionne.

3º Chez un certain nombre de jeunes filles, l'épigastralgie apparaît au milieu des troubles divers que suscite la chlorose. Dans un tel état, la nutrition languit, l'hématose se fait mal, il existe un malaise général, et les perturbations du système nerveux se produisent avec la plus grande facilité.

4º Chez un petit nombre de femmes, l'épigastralgie apparaît avec les autres symptômes de la maladie, par le simple fait de l'évolution de ses divers phénomènes et sans l'addition de causes déterminantes spéciales.

Ces diverses circonstances donnent naissance à la moitié au plus des cas d'épigastralgie, l'autre moitié se produit sous l'influence des deux ordres de causes qui vont être étudiés.

5º Les attaques hystériques. Celles-ci sont ordinairement précédées et accompagnées par un sentiment de compression, de distension ou de déchirement à la région épigastrique. Cette sensation doit être bien pénible, car il est très commun de voir les malades, au plus fort de leurs convulsions, chercher à se frapper ou à s'arracher l'épigastre, ou bien indiquer, par leurs gestes et par la gêne de la respiration, qu'il existe une forte souffrance en cet endroit. Tout le monde sait d'ailleurs que, pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'attaque, les malades éprouvent constamment une augmentation notable de leur douleur épigastrique. Or, pour peu que ces attaques se répètent, l'épigastralgie devient permanente et ne disparaît plus.

6º Les affections morales tristes. Ces affections agissent à peu près de la même manière que les attaques. On sait que ces émotions, quand elles sont fortes, ou même quand elles ne sont que vives, produisent à l'épigastre une constriction douloureuse; cette constriction peut, à la rigueur, se passer dans l'estomac, mais l'expérience constate qu'elle siége également dans les muscles de la région épigastrique. Aussi ne faut-il pas des chagrins bien longs pour faire naître l'épigastralgie.

En résumé, cette hyperesthésie se produit sous l'influence de deux ordres de causes physiologiques : 1º par l'influence directe des centres nerveux sur les muscles de la région épigastrique; 2º par la réaction de l'estomac souffrant sur ces mêmes muscles.

(La suite à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE.

SUR UNE FONCTION PEU CONNUE DU PANCRÉAS, LA DIGESTION DES ALIMENTS AZOTÉS; EXPÉRIENCES PARALLÈLES SUR LA DIGESTION GASTRIQUE ET INTESTINALE.

Par Lucien Corvisart.

(Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 2 février 1858.)

On est très peu instruit sur la manière dont les aliments animalisés ou azotés sont digérés dans l'intestin; depuis la découverte (1836) de Purkinje et Pappenheim relative à l'action dissolvante que le pancréas peut exercer sur eux, découverte d'ailleurs presque méconnue, la science n'a rien acquis de nouveau.

Les recherches physiologiques expérimentales que nous rapportons sur la seconde digestion (digestion intestinale), nous ont amené aux conséquences qui suivent, et qui nous paraissent importantes. Celles-ci sont de deux sortes :

1° Les unes physiologiques, directes, sont l'expression des faits expérimentaux;

2° Les autres pathologiques, indirectes, sont des inductions ou corollaires qui éclairent quelques points de médecine clinique.

1° Propositions physiologiques.

1. Les aliments azotés sont digérés par l'estomac; ils le sont aussi par le pancréas.

2. Le pancréas est, pour ainsi dire, un organe supplémentaire, dont l'action, pour les repas copieux, vient s'ajouter à celle de l'estomac.

3. La nature des deux digestions est semblable, en ce sens que chaque aliment soumis, soit à l'une, soit à l'autre, est transformé en un produit définitif exactement semblable, l'albuminose ou peptone.

4. Le suc pancréatique éprouve, sous l'influence de la chaleur et de certains agents, des réactions particulières *que le suc gastrique n'éprouve point*. Cette différence persistant, lorsque les deux fluides digestifs se sont chargés de peptones, on a pu, négligeant ce qui appartient en propre aux *sucs*, croire, à tort, à une différence entre les peptones; mais l'erreur, une fois signalée, est facile à éviter.

5. Lorsqu'un aliment ou une portion d'aliment azoté a subi complétement la digestion gastrique, le suc pancréatique n'exerce plus aucune action sur lui et ne le transforme pas en une autre peptone.

6. C'est sur la partie des substances albuminoïdes, qui a quitté l'estomac avant d'avoir été transformée en peptone (albuminose), que le pancréas est appelé à agir.

7. Dans certains cas, la somme d'action du pancréas peut égaler celle de l'estomac.

8. Si l'on n'avait égard qu'à la quantité des fluides digestifs sécrétés, on croirait l'estomac bien plus puissant, car le suc gastrique est dix fois plus abondant que le suc pancréatique; mais, par compensation, le suc pancréatique est dix fois plus riche en ferment (pancréatine).

9. Si l'action du suc gastrique est aidée par un séjour, un brassage prolongés avec l'aliment, le suc pancréatique jouit du grand privilége d'agir également bien à l'état alcalin, neutre ou acide, et trois fois plus vite, sur l'aliment azoté.

10. Tout est disposé dans le duodénum pour que le suc pancréatique agisse aussitôt qu'il rencontre l'aliment; tout est disposé dans l'estomac pour qu'une grande proportion des aliments soit transformée en peptone, et, de plus, pour que l'autre portion soit au moins préparée à subir très rapidement la digestion pancréatique.

11. Cette préparation, qui varie avec la qualité et la quantité soit de l'aliment, soit du suc gastrique, etc., etc., consiste tantôt en une simple imbibition, tantôt en une dissolution. La digestion pancréatique, vu sa rapidité forcée, trouve, dans cette préparation, un aide utile. L'estomac joue, dans ce cas, vis-à-vis du pancréas, le même rôle que les dents remplissent avant la digestion gastrique.

12. Toutefois, de même que le suc gastrique peut digérer seul, le suc pancréatique est capable d'accomplir seul la digestion des aliments qui n'auraient pas subi cette préparation ou division gastrique. Ainsi, les matières albuminoïdes, *directement* mises en fragments dans l'intestin *à l'état de crudité*, c'est-à-dire sans aucune préparation, y sont parfaitement et complétement digérés; l'action est seulement plus lente.

13. Lorsque le suc gastrique et le suc pancréatique sont séparés et agissent successivement, chacun exerce sa fonction dans sa plénitude, et la quantité d'albuminose (ou peptone) produite peut ainsi être doublée.

14. Mais, c'est une chose remarquable que, si ces deux ferments digestifs se rencontrent à l'état pur, les deux digestions cessent de s'exercer aussi librement; loin que le produit digéré soit doublé par cette réunion, au contraire, il peut se réduire à rien, car, dans cette circonstance non physiologique, la pepsine et la pancréatine s'entre-détruisent.

15. Dans l'état normal, la nature prévient ce conflit par trois moyens : 1° Le pylore, qui sépare les deux ferments, 2° la digestion gastrique même, pendant laquelle la pepsine, en formant la peptone, s'épuise et s'abolit, 3° la bile, qui, ainsi que l'a démontré Pappenheim, anéantit l'activité du ferment gastrique.

16. La bile ne précipite pas la peptone produite par l'influence de l'estomac, de sorte que la digestion soit détruite et à refaire; au contraire, c'est la bile elle-même qui est précipitée par l'acide du suc gastrique ou du chyme.

17. La nature de l'aliment azoté influe beaucoup sur la quantité de peptone que, au profit de l'économie, les deux digestions successives peuvent produire; ainsi, dans nos expériences, tandis que la musculine, la caséine fournissaient près de 30 grammes de peptone parfaite, l'albumine ou le tissu gélatigène, quoique donnés à quantité égale, en produisaient à peine 15 grammes.

18. La digestion, soit gastrique, soit pancréatique, efface d'abord dans les diverses substances albuminoïdes leurs propriétés les plus caractéristiques; elle liquéfie les insolubles, enlève à l'albumine sa coagulabilité, à la caséine la propriété de se cailler par la présure, à la gélatine celle de se prendre en gelée, à la musculine celle de se précipiter par le chlorure de sodium, etc.; enfin elle les transforme toutes en albuminoses ou peptones.

Les albuminoses, pour avoir des réactions individuelles beaucoup moins prononcées que les matières albuminoïdes dont elles émanent, n'en conservent pas moins des caractères différentiels.

19. La nature des peptones varie avec celle des substances albuminoïdes dont elles proviennent; cette variété répondant ainsi à des besoins plastiques différents de l'économie.

20. Les albuminoses ou peptones qui ont le plus d'analogie entre elles et sont les plus difficiles à distinguer, sont l'albumin-peptone, la musculin-peptone, et, chose remarquable, la gélatin-peptone; comme si les aliments dont ces trois nutriments émanent, étaient, entre eux, moins différents qu'on ne croit.

De ces faibles différences entre les nutriments azotés ou peptones résulte une espèce d'équilibre instable favorable au travail d'assimilation exercé par les tissus.

21. Les peptones ont pour caractères génériques qu'elles restent toujours solubles dans l'eau, soit acide, soit neutre, soit alcaline, ce qui assure une facile circulation dans l'économie. La chaleur ne les coagule pas, l'acétate de plomb ne précipite pas la plupart d'entre elles. Les peptones, d'ailleurs, résistent, en général, mieux que les matières azotées alimentaires, aux combinaisons métalliques insolubles.

22. Les peptones forment un genre aussi bien caractérisé que le genre albuminoïde; il est évident, toutefois, que les progrès de la science détermineront leur nature d'une manière bien plus précise qu'on ne peut le faire aujourd'hui.

23. Quelques physiologistes persistent dans cette erreur singulière de croire que l'estomac ne fait que gonfler ou diviser les aliments sans les dissoudre. Quelle dénégation apporter à la balance qui montre que, pour un poids considérable, chaque aliment albuminoïde est non pas divisé mais dissous, passe à travers le filtre, est absorbé par les membranes?

24. D'autres ont soutenu que le suc gastrique, opérant sur les aliments azotés, ne produit que de la gélatine, sans songer que les caractères qui font de la gélatine une espèce azotée particulière, n'ont jamais pu être reconnus dans le chyme, même *neutralisé*, après une digestion fibrine, de caséine, de musculine, d'albumine; et que la gélatine, elle-même, perd définitivement ses caractères spécifiques, c'est-à-dire se digère dans le suc gastrique.

25. Enfin, d'autres poursuivant cette hypothèse ancienne que l'albumine du sang n'est que la matière digérée elle-même, veulent qu'en cessant d'être acides (c'est-à-dire étant neutralisées), les peptones se résolvent en albumine; l'erreur n'est possible que si, à l'exclusion des autres aliments, on n'envisage que l'albumine ou la fibrine, dont une digestion incomplète prête à l'équivoque. En effet, l'albumine crue échappe toujours en partie à la digestion gastrique; la fibrine mal digérée ne se transforme qu'en albumine (caséiforme). Hors ces deux cas, si l'on expérimente le produit régulièrement digéré de l'albumine concrète (et lavée) de la caséine, de la musculine, de la gélatine, etc., il n'y a plus accès au doute. Ces peptones ne renferment jamais d'albumine.

26. Les peptones reçues ou produites par le suc pancréatique alcalin, qu'elles soient ou non saturées, n'offrent pas non plus d'albumine.

Elles n'augmentent pas, en conséquence, d'un poids appréciable l'albumine coagulable que le suc pancréatique pur et sans peptone *contient normalement*.

27. Pendant les trois premières heures qui suivent le repas, époque à laquelle la dissolution, la transformation dues à la digestion, sont très peu avancées, le sang de la veine porte (comparé au sang veineux général) ne s'enrichit point d'une quantité sensible de matériaux azotés par absorption digestive. D'un autre côté, dans l'intestin, ou à l'étuve, les éléments du sang, globules, fibrine, se transforment en albumine (caséiforme), sous l'influence du suc pancréatique alcalin, par un commencement de digestion.

28. Or, si l'on considère que pendant les trois premières heures de la digestion : 1° le suc pancréatique est versé dans le duodénum à l'état pur et actif; 2° que l'absorption par les veines mésentériques n'est pas suspendue; 3° que le suc pancréatique peut exercer son action digestive dans un milieu alcalin comme le sang; si l'on considère, d'autre part, que précisément pendant ces trois premières heures, une grande partie des globules et de la fibrine du sang de la veine porte se transforme dans cette veine, à *poids égal en albumine* (comme ils se fussent digérés dans l'intestin sous l'influence de ce même suc pancréatique), il est difficile de reculer devant cette hypothèse que je formule nettement d'une *véritable digestion intra-veineuse*.

29. On n'a tracé, entre les matières azotées, dites extractives et l'albuminose produite par la digestion gastrique ou pancréatique, aucun caractère réellement différentiel. Or, les vaisseaux chylifères, la veine porte et sa continuation, les veines hépatiques, c'est-à-dire les vaisseaux qui reçoivent le plus directement les produits de la digestion, sont beaucoup plus riches en matières extractives (albuminose?) que le reste du sang.

2° Corollaires pathologiques.

A. Il existe, relativement aux matières albuminoïdes, une dyspepsie duodénale causée par la viciation, l'insuffisance ou l'absence du suc pan-

créatique, et dont les symptômes n'apparaissent qu'à partir de la deuxième et troisième heure de la digestion, avec sensations plus profondes que dans la dyspepsie gastrique (Voyez propositions 1. 2. 3. 6. 7.).

Dans le cas de dyspepsie duodénale pancréatique, l'usage de la pancréatine administrée à l'intérieur est indiquée.

B. Une dyspepsie duodénale secondaire peut provenir d'une insuffisance presque absolue de la division que le suc gastrique fait *au moins* subir aux aliments qu'il n'a pas transformés en peptones. La digestion pancréatique est alors plus lente, comme est plus lente la digestion gastrique lorsque les dents n'ont pas suffisamment rempli leur emploi. Cette dyspepsie duodénale secondaire se guérit, quant à elle, à l'aide du traitement approprié à la dyspepsie primitive gastrique.

C. Une dyspepsie duodénale secondaire peut encore provenir ou d'une surabondance excessive du suc gastrique, ou d'une *insuffisance* de l'anneau pylorique; car, dans ces deux cas distincts, le suc gastrique arrive dans le duodénum, en y conservant malheureusement son activité qui nuit, dès lors, à celle du suc pancréatique. (Voyez propositions 13. 14. 15. 16.)

D. Une troisième dyspepsie duodénale secondaire peut provenir d'une insuffisance dans la sécrétion biliaire, cette insuffisance amenant (par défaut d'anéantissement de l'activité du suc gastrique dans le duodénum) les mêmes fâcheux effets que dans les deux cas précédents.

E. Une dyspepsie, qu'on pourrait appeler porte ou hépatique, peut résulter d'une viciation de la digestion intra-veineuse.

F. Certains symptômes de dyspepsie, de gastralgie, d'entéralgie, d'hépatalgie peuvent être attribués à tort à l'estomac, à l'intestin, au foie, et ne résulter que de l'absorption par la veine porte du suc pancréatique trop abondant, trop actif ou trop irritant.

G. La bile, qu'elle parvienne *dans l'estomac*, pathologiquement, à travers le pylore, ou dans un but thérapeutique par la bouche et le cardia, anéantit l'activité du suc gastrique dans le ventricule. Cette connaissance peut servir à faire employer la bile pour parer à la surabondance du suc gastrique.

H. A poids égal d'aliment azoté, à force digestive égale, l'économie trouve, pour se l'*assimiler*, un poids variable de peptone, *poids variable suivant la nature de l'aliment.* On est tout à fait dans l'erreur quand, en hygiène, on estime le pouvoir *trophique* d'une espèce alimentaire azotée, uniquement d'après la richesse en azote de celle-ci. L'équivalent trophique ou nutrimentaire des aliments n'est point si simple à fixer.

I. Lorsqu'il est plus urgent de calmer les douleurs et la révolte des organes digestifs que de relever rapidement les forces, il faut donner pour nourriture l'aliment qui se dissout le plus vite et le plus complètement, quelle que soit la quantité de peptone qu'il fournisse.

J. Mais quand il est plus pressé de relever les forces générales que d'amoindrir des souffrances gastro-intestinales, il faut, au contraire, faire choix des aliments qui, pour une force digestive égale, fournissent, suivant les connaissances physiologiques, le poids le plus considérable de peptone, bien qu'ils se dissolvent et se digèrent plus lentement.

K. Celui qui ne digère qu'avec un organe (estomac ou pancréas) est, par ce fait, mis environ à la demi-ration de peptone. De même, celui qui, avec une force digestive normale et égale, ne mange que de l'albumine ou du tissu gélatigène (au lieu de caséine ou de musculine, qui fournissent le double de peptone) se trouve ainsi à la demi-ration de peptone et n'est nourri qu'à moitié.

Dans les deux cas précédents, une suractivité soit de l'organe restant (premier cas), soit des deux organes (deuxième cas), peut intervenir et tirer des aliments, donnés à discrétion, la ration entière de peptone; mais il ne faut point se confier longtemps à cette extrême ressource fonctionnelle, car toute *suractivité* persistante a pour résultat plus ou moins éloigné, mais final, d'épuiser.

L. Non seulement il ne faut pas donner longtemps une seule espèce d'aliment azoté, par la raison qu'une seule espèce de nutriment azoté (ou peptone) est insuffisante à réparer la variété des organes; mais aussi, parce qu'un même aliment donné exclusivement et consécutivement (huit jours de suite, par exemple), cesse d'exciter la sécrétion gastrique et cesse de subir la transformation digestive.

M. La plupart des peptones que nous avons étudiées ont la propriété d'échapper à la précipitation par l'*acétate neutre de plomb*; or, dans tous les cas où les matières albuminoïdes de l'urine se trouvent être du genre albumineux, elles y persistent malgré l'acétate de plomb employé pour les précipiter, et masquent, le plus énergiquement de toutes, le sucre à la réaction cupro-potassique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Extrait des procès-verbaux (1857). — Présidence de M. Labarraque.

M. le docteur Bonnassies a enlevé trois loupes à un de ses clients, au moyen des caustiques.

Cet homme portait trois loupes assez volumineuses sur la partie latérale de la tête, elles s'étaient développées avec une extrême lenteur, et, depuis vingt ans, il éloignait l'opération qui devait l'en débarrasser, par horreur des instruments tranchants. M. Bonnassies n'eut pas à choisir la méthode opératoire, elle lui fut imposée par le patient. L'une de ces tumeurs, la plus grosse, avait 16 centimètres de circonférence et 9 centimètres 1/2 d'élévation; il employa le caustique de Vienne, puis la potasse caustique; au bout de soixante jours de traitement, le malade fut entièrement guéri.

M. Grange fait observer que cette méthode n'a certainement pas l'avantage d'une guérison rapide; elle inflige au patient un traitement long et douloureux et n'est certainement pas à l'abri de tout accident. Il a opéré lui-même et vu opérer un très grand nombre de loupes du même genre avec le succès le plus complet, et presque toujours on a pu réunir par première intention, et alors la guérison était parfaite.

Au bout de quelques jours, d'autre part, il sait que des érysipèles phlegmoneux ont plus d'une fois suivi les cautérisations de ces tumeurs. M. Denonvilliers a eu deux fois l'occasion, l'année passée, de voir des érysipèles de ce genre envahir le cuir chevelu et provoquer des accidents fort graves à la suite de cautérisations faites pour extirper des loupes.

M. Forget, sans vouloir comparer les deux méthodes et donner une préférence absolue à l'une d'elles, croit qu'on ne doit les opérer que lorsqu'elles deviennent un sujet de gêne pour le malade, et que, quelque méthode qu'on adopte, il peut survenir des accidents sérieux; une fois l'extirpation jugée nécessaire, il pense que l'une et l'autre méthode peuvent donner d'excellents résultats, à la condition de tailler convenablement les lambeaux qui doivent former la cicatrice, soit en enfermant la tumeur dans une ellipse caustique, soit en faisant deux incisions elliptiques qui permettent une réunion facile des deux lèvres de la plaie.

M. Mialhe lit une note sur les propriétés chimiques et la préparation de l'amylène. (Cette note a été publiée.)

M. Forget présente quelques observations sur des expériences qu'il a faites avec un de ses confrères sur l'amylène. Il résulte des expériences tentées sur les animaux que l'amylène est d'un maniement moins dangereux que l'éther et le chloroforme. Les petits animaux, plongés dans des atmosphères de ces divers anesthésiques, supportent beaucoup mieux l'action de l'amylène que celle du chloroforme et de l'éther. Il faut, pour provoquer l'anesthésie avec l'amylène, autant de temps que pour le chloroforme. Mais l'action de l'amylène persiste beaucoup moins longtemps; l'homme reprend ses sens avec une extrême facilité, et ne ressent pas cet affaissement, cette céphalalgie qui accompagne l'anesthésie chloroformique; l'amylène lui paraît être un anesthésique plus puissant que l'éther, mais moins irritant que lui, aussi actif que le chloroforme, mais d'une action plus rapide et peut-être moins dangereuse pour le patient.

Il semblerait devoir être employé dans les opérations rapides et d'une importance médiocre.

Maintenant il a contre lui des inconvénients considérables : sa composition variable mal déterminée, son odeur repoussante et son extrême cherté. L'expérience seule décidera quelle place il devra occuper parmi les anesthésiques déjà connus.

Le secrétaire général, Dr Grange.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Juillet 1857.

TESTICULES TUBERCULEUX; CASTRATION; GUÉRISON, par le docteur Lawrence. — Le premier fait est celui d'un adulte à qui le chirurgien pratiqua la castration à l'aide de l'écraseur linéaire. Le tissu propre du testicule était sain, mais il était parsemé de dépôts tuberculeux qui avaient également envahi l'épididyme, et principalement la tête de cet organe où l'on trouvait de petits abcès formés par le ramollissement des tubercules. Dans ce cas, il est à remarquer que, malgré l'envahissement des dépôts tuberculeux, les tubes séminifères étaient sains, comme on put s'en assurer en les dépliant. La tumeur, grosse comme le poing, n'avait aucune adhérence avec le scrotum et le cordon étant facile à isoler permit l'emploi de l'écraseur.

Le second fait est celui d'un homme âgé qui depuis l'âge de 10 ou 12 ans, avait le testicule gauche plus gros que le droit. Il y a peu de temps, à la suite d'une marche forcée, le testicule gauche enfla considérablement, et, à sa partie antérieure, il se forma dans les bourses un abcès qui donna issue à du sang et à de la matière granuleuse; le testicule était gros comme une orange. M. Lawrence en pratiqua l'ablation avec le bistouri, opération qui donna lieu à une abondante hémorrhagie. En ouvrant la tumeur, on trouva dans la tunique vaginale une grande quantité de pus; la face interne de cette membrane était doublée d'une couche épaisse de matière pultacée et tuberculeuse. L'épididyme avait entièrement disparu par la suppuration, le testicule était ramolli, et les tubes séminifères étaient isolés les uns des autres.

L'auteur fait observer que, comme cela arrive généralement, c'est l'épididyme qui est le point de départ de la maladie tuberculeuse.

TUMEUR DU TESTICULE; CASTRATION; GUÉRISON, par le docteur Fergusson. — Le malade est âgé de 38 ans; il porte dans le scrotum une tumeur grosse comme le poing, qui enveloppe le testicule droit; le début est très ancien et le développement, fort lent d'abord, a été hâté par un coup de balle que le malade a reçu en jouant à la paume. La tumeur est indolore même à la pression. Le chirurgien pratiqua la castration par le procédé ordinaire, et le malade guérit promptement. La tumeur était formée par le testicule qui était placé au milieu d'une masse sarcomateuse assez considérable. L'auteur regarde ce fait comme un exemple de tumeur fibreuse se développant primitivement dans le scrotum et enveloppant plus tard le testicule.

EXCISION DE LA TÊTE DU FÉMUR, par le docteur R.-N. Davies. — Édouard G..., 12 ans, porte depuis longtemps une maladie de la hanche, avec luxation de la tête du fémur sur la face postérieure de l'os iliaque, il porte quatre ouvertures fistuleuses au-dessus et au-dessous du grand trochanter, et une à la face interne de la partie supérieure de la cuisse. La suppuration est tellement abondante et épuise tellement le petit malade que le chirurgien se décide, le 2 juin, à exciser la tête du fémur. Le malade étant soumis au chloroforme, une longue incision cruciale est pratiquée au-dessus du trochanter; la tête et le col du fémur étant cariés, le fémur est coupé au-dessous du grand trochanter. La cavité cotyloïde étant aussi cariée dans une assez grande étendue, toutes les parties malades en sont excisées avec la gouge; puis la réunion des parties molles est faite par cinq points de suture, en ménageant une issue au pus. Le membre fut maintenu par des attelles et le pansement appliqué. Aucun accident ne vint troubler la marche de la guérison et bientôt le malade pouvait fléchir lui-même la cuisse sur le bassin.

TIBIA TRÉPANÉ POUR UN ABCÈS, par le docteur Johnson. — Il se présente quelquefois des malades qui, sans autre symptôme, éprouvent dans les os (et c'est le plus souvent le tibia) des douleurs intolérables que l'on ne sait à quelle cause attribuer. Il est des cas où cette douleur est le signe d'un abcès de l'os; en voici un exemple.

Un garçon de bonne constitution se présente à l'hôpital, éprouvant de grandes douleurs, surtout la nuit, dans la tête du tibia; l'os est un peu gonflé; il y a cinq ans que la maladie a commencé. Une incision cruciale de la peau met l'os à nu, une petite couronne de trépan est appliquée, et, à travers l'ouverture pratiquée à la tête du tibia, on découvre une petite cavité contenant du pus; c'était donc bien un abcès osseux; cette cavité fut remplie de charpie, la suppuration s'établit, et, au bout de peu de temps, le malade sortit parfaitement guéri.

PLUSIEURS CAS DE RÉSECTION DU GENOU. — Obs. I. *Résection du genou en conservant partiellement la rotule; guérison*, par le docteur Fergusson. — Édouard O..., 34 ans. Il raconte qu'à l'âge de 16 ans il tomba, le genou s'enfla considérablement. Des sangsues et des vésicatoires firent passer l'inflammation, mais l'articulation s'ankylosa. Il y a six mois, le genou devient très douloureux; il est un peu enflé; il y a de l'épanchement, la pression de la rotule sur l'articulation est très douloureuse, ainsi que celle du fémur sur le tibia. Après avoir essayé pendant quelques jours un traitement antiphlogistique, le chirurgien ponctionne l'articulation, il en sort du pus; le stylet montre que la tête du tibia est nécrosée; le 2 mai, le docteur Fergusson fait une incision en forme d'H, résèque une portion des condyles du fémur ainsi qu'une portion de la tête du tibia; les cartilages inter-articulaires étaient épaissis et pulpeux. Le membre est placé dans un appareil à fractures. Six semaines après, le malade marche avec des béquilles. Le 8 juillet, il se tient debout sur ses deux jambes, ayant à gauche une genouillère de gutta-percha.

Obs. II. *Résection du genou chez un enfant de 4 ans 1/2*, par le docteur Holt. — Le petit malade a reçu un coup sur le genou, et à la suite sont venus des abcès et, finalement, des fistules. Considérant la résection comme la seule chose à faire en ce cas, le docteur Holt réséqua l'articulation, tout en conservant la rotule dans le lambeau antérieur; l'extrémité inférieure du fémur était nécrosée, la tête du tibia était ramollie. Aucun accident n'a retardé la guérison.

Cet enfant est peut-être le plus jeune sur lequel on ait encore pratiqué la résection de l'articulation du genou. Sa grande jeunesse n'a cependant gêné en rien la guérison.

Obs. III. *Résection du genou; guérison*, par le docteur Walton. — C'est une enfant de 14 ans, qui depuis plusieurs années a couru tous les hôpitaux de Londres. Il n'y avait pas de fistules, mais le genou était gros, très douloureux et incapable de mouvement. Le docteur Walton enleva une portion des condyles fémoraux et de la tête du tibia, enleva la rotule qui était malade, et plaça le membre dans un appareil pour faciliter la réunion des extrémités osseuses. Les cartilages inter-articulaires étaient ulcérés, et, dans quelques points même, ils étaient entièrement disparus.

Obs. IV. *Ankylose ancienne du genou; résection de l'articulation fondue en une pièce*, par le docteur Fergusson. La malade est une jeune fille qui, après de nombreuses inflammations du genou, porte une ankylose, la jambe demi-fléchie sur la cuisse; la suppuration n'a pas cessé pour cela, et, comme elle épuise le sujet, le chirurgien pratique la résection du genou; les extrémités osseuses formant l'articulation du genou, on enleva d'un bloc la masse osseuse en laquelle le fémur et le tibia s'étaient fondus, et l'on put facilement mettre en contact les extrémités des deux os. La malade a bien guéri, la coaptation s'est parfaitement faite.

L'auteur insiste sur les résultats que lui ont donnés plus de 100 résections articulaires; à savoir que cette opération est très rarement mortelle en comparaison de l'amputation.

DEUX CAS DE RÉSECTION DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE. Le premier fait appartient au docteur Bowman et le second au docteur Holt. — Ce sont deux enfants de 5 et 6 ans. Chez le premier, le fémur était presque ankylosé à angle droit avec le bassin, de nombreuses fistules entouraient l'articulation, et la suppuration épuisait le sujet. On trouva la tête du fémur presque entièrement détruite, en partie par l'absorption et en partie par de petits fragments qui, détachés de sa masse, étaient flottants dans la cavité cotyloïde. Dans le second cas, suppuration abondante, fistules nombreuses, luxation du fémur. La tête fémorale fut réséquée, et la cavité cotyloïde grattée avec la gouge. Ces deux opérations ont bien réussi.

CANCER DU SEIN ET CANCER DISSÉMINÉ DANS DIFFÉRENTS ORGANES, par le docteur W. Cooke. — Marie Y..., 64 ans, porte depuis quatre ans un cancer du sein gauche profondément ulcéré et saignant fréquemment; tout le sein est pris et les nombreuses hémorrhagies qu'elle a eues l'ont jetée dans un état déplorable de maigreur et de marasme. Elle meurt le quatorzième jour après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Tout le sein gauche est envahi par un cancer largement ulcéré, l'induration cancéreuse s'étend aux côtes et aux espaces intercostaux, de façon que les téguments sont adhérents; la dégénérescence cancéreuse a envahi les côtes que le scalpel coupe facilement, ces os ont une apparence cartilagineuse. Le poumon gauche est atrophié et contient des plaques de tissu cancéreux; la plèvre costale du même côté est parsemée de tubercules cancéreux du volume d'un pois; la cavité de la plèvre est remplie par deux ou trois pintes de sérum, dont le volume déplace le cœur en le poussant à droite. Sur le péricarde on trouve une grappe de tubercules cancéreux; le poumon droit était un peu emphysémateux et présentait quelques plaques de tissu cancéreux. Le cœur était dilaté et hypertrophié, ses cavités remplies par de gros caillots noirs; la valvule mitrale contenait des dépôts osseux, les valvules aortiques étaient très épaisses. Le foie contenait deux énormes dépôts de squirrhe blanchâtre semblable à du tissu cicatriciel. L'estomac diminué de volume offrait, au pylore, un dépôt cancéreux qui rétrécissait cette ouverture. Les intestins, la rate et le pancréas étaient sains. — D.

ASSOCIATION MÉDICALE DE TOULOUSE. — Dans sa séance générale, tenue le 27 décembre, l'Association a entendu le compte-rendu de ses actes, pendant l'année 1857, présenté par M. Guitard, son secrétaire général. Elle a ensuite procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1858; ont été élus : président, M. Marchand; vice-président, M. Parant; secrétaire général, M. Guitard; secrétaire adjoint, M. Giscaro; trésorier, M. Dassier (Auguste), réélus; secrétaire des consultations gratuites, MM. Debezin et Raffy. — (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— Une mort cruelle vient encore de répandre l'affliction parmi les élèves de la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles. M. Félix Aubert, interne à l'hôpital Saint-Pierre, vient de succomber à l'âge de 27 ans, à la suite d'accidents provoqués par une piqûre anatomique.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Fouque, à Grenelle. .	5 fr.
Jozan.	20
Sales-Girons.	5
D***.	5
Ch. Marchal, à Mondelange (Moselle). . .	5
	40 fr.
Souscriptions antérieures. .	1,002
Total.	1,042 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 22. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 23 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris*;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 FÉVRIER 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Voillemier, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, a présenté une tumeur qu'il croit être de la nature des enchondrômes. Elle avait pour siége la face interne du doigt médius d'un cocher âgé de 40 ans. Cet homme raconte qu'il l'avait dès l'âge de 12 ans, qu'elle augmentait très lentement; arrivée à la grosseur d'une noisette, elle resta stationnaire. C'est seulement depuis deux ans qu'elle a pris le développement qu'elle a aujourd'hui : elle est du volume d'une grosse noix. Cette tumeur n'était pas adhérente à la peau, mais elle paraissait l'être aux parties profondes; pourtant il a été assez facile de la détacher du périoste sur lequel elle reposait, sans mettre l'os à nu, ni ouvrir l'articulation de la première phalange avec la seconde. Elle a tout à fait la forme d'un petit cerveau, légèrement concave à sa face profonde, convexe dans sa partie libre. Sur cette convexité, sont des circonvolutions assez profondes pour permettre de séparer en partie ses différents lobes. Elle est ferme, élastique, d'une couleur opaline, presque transparente dans certains points. Dans d'autres, elle est d'un blanc mat comme du cartilage. A sa partie postérieure, il y a un petit prolongement dur, inégal, formé par la substance calcaire. A tous ces caractères, M. Voillemier pense reconnaître un enchondrôme. La pièce est remise à M. Broca, qui veut bien se charger d'en faire l'examen microscopique.

(Dans la séance suivante, à l'occasion du procès-verbal, M. Broca a communiqué les résultats de l'examen microscopique. La tumeur est constituée par du tissu cartilagineux à peu près pur, et les parties calcaires sont des ossifications véritables.)

— M. Forget présente un malade chez lequel une tumeur s'est développée dans l'épaisseur du gland. Cette tumeur, dont le volume égale celui d'une grosse noisette, présente une forme globuleuse, assez régulièrement sphérique; elle est située dans l'épaisseur du tissu du gland, en avant du conduit urétral, dont elle refoule la paroi antérieure en faisant légèrement saillie vers la fosse naviculaire, de telle sorte qu'elle gêne quelque peu l'excrétion des urines. Elle est dure, résistante et indolente. La muqueuse du gland et celle de l'urètre sont d'ailleurs simplement soulevées, et ne sont le siége d'aucune altération. Les ganglions inguinaux ne présentent aucune trace d'engorgement.

Le malade a eu, il y a cinq ans et demi, un chancre suivi d'infection constitutionnelle et d'accidents secondaires, qui ont cédé à un traitement régulier. Il n'a jamais eu d'accidents tertiaires d'aucune sorte. La tumeur s'est montrée il y a un peu plus de deux ans. Elle était alors peu volumineuse, et est restée longtemps stationnaire; mais, depuis quelques mois, elle prend de l'accroissement.

M. Forget est porté à croire que la syphilis n'est point la cause de cette tumeur. Il penserait plutôt qu'il s'agit d'une production accidentelle de la nature des cancroïdes. Toutefois, avant de proposer une opération, il est disposé à essayer le traitement des accidents tertiaires de la syphilis.

— M. Gosselin présente, de la part de M. le docteur Lizé, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu du Mans, une fracture du fémur au quart inférieur, avec complication de fracture intercondylienne. Voici le résumé de cette observation :

Homme, 34 ans; chute dans un fossé de 2 mètres de profondeur, le 16 mars 1855, produisant une fracture du fémur droit à trois travers de doigt au-dessus des condyles. Cette fracture présentait une double complication : d'une part, le fragment supérieur, terminé en pointe, faisait issue à travers les chairs, à la partie antérieure de la cuisse; d'une autre part, les deux condyles fémoraux étaient mobiles l'un sur l'autre, ce qui était l'indice d'une fracture verticale pénétrant dans l'articulation. Les deux parties du fragment inférieur étaient renversées en arrière et faisaient saillie dans le creux du jarret.

Après des efforts infructueux de réduction, M. Janin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Mans, fut obligé de pratiquer la résection du fragment supérieur. La réduction fut alors obtenue. Le membre fut placé dans l'appareil à extension de Desault. De graves accidents, une inflammation diffuse et une suppuration disséminée sur plusieurs points se manifestèrent bientôt. Il fallut pratiquer des ouvertures au jarret, à la cuisse, et jusqu'au niveau du grand trochanter. L'amputation, proposée à plusieurs reprises, fut enfin acceptée par le malade; mais elle fut inutile, et la mort survint le 22 mai 1855, environ deux mois après l'accident.

Autopsie du membre amputé. — La capsule de l'articulation du genou est presque entièrement détruite, ainsi que les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur et de la rotule. On trouve encore dans l'articulation quelques débris des cartilages semi-lunaires, de vastes fusées purulentes partant du foyer de la fracture, remontant entre les muscles et à la surface du fémur, jusqu'au dessous du point où l'amputation de la cuisse a été pratiquée. Le périoste du fémur est presque partout détruit, et le pus repose directement sur le tissu osseux. La jambe est également infiltrée de pus, et le jarret est entièrement ravagé par la suppuration.

Les fragments du fémur ont été desséchés après macération. M. Gosselin, au nom de M. Lizé, place ces pièces sous les yeux de la Société. Il y a d'abord sur la partie inférieure de la diaphyse du fémur un trait de fracture très oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et présentant la plus grande ressemblance avec ces fractures en coin dont il a été si souvent question devant la Société. La pointe du fragment supérieur est située en avant; elle est assez aiguë; c'est elle qui a perforé la peau. En outre, un trait de fracture à peu près vertical, séparant les deux condyles, s'étend de l'échancrure intercondylienne jusqu'au sommet de l'angle rentrant que le trait de la fracture forme sur le fragment inférieur. En rapprochant ces trois fragments l'un de l'autre, on est autorisé à penser que la fracture verticale a été produite par la pointe du fragment supérieur du fémur, agissant sur le fragment inférieur, et le faisant éclater à la manière d'un coin.

— M. Voillemier présente deux fragments de crâne provenant de deux individus blessés par les éclats des grenades fulminantes dans la soirée du 14 janvier.

C'est d'abord le coronal du nommé Riquier, qui est mort presque sur le coup, frappé en même temps à la cuisse, au ventre et à la tête. Cet os a été traversé de part en part sur la ligne médiane, entre les deux arcades sourcilières. La table externe est coupée nettement, et présente une ouverture assez régulièrement ronde, de 6 millimètres de diamètre; la table interne est comme déchirée dans une étendue plus que double. Le corps étranger n'a pas été retrouvé dans le cerveau; il s'était probablement perdu dans les sinus de la face, à laquelle on ne devait point toucher.

L'autre pièce est la moitié gauche du coronal d'un garde de Paris qui est arrivé mourant à l'hôpital. L'os a été perforé d'outre en outre. Comme sur la première pièce, l'ouverture de la table externe est assez nette, irrégulièrement ovalaire, ayant 6 millimètres dans sa plus grande longueur, et 4 dans sa plus grande largeur. La table interne a été brisée très irrégulièrement, comme soulevée et déchirée en écailles, dont plusieurs ont été retrouvées à plus d'un centimètre dans la substance cérébrale. La perte de

---

Feuilleton.

L'ART CULINAIRE CHEZ LES CHINOIS.

« Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es » s'écrie Brillat-Savarin en parodiant le proverbe du gastronome philosophe, pour justifier ses préjugés nationaux contre les Anglais. S'il est vrai que dans l'examen des choses rien ne doit passer inaperçu, nous devons nous arrêter un moment pour examiner l'économie domestique de notre nouvel ennemi, le Chinois, et, en vue de la longue guerre qui se prépare avec lui, une étude sur « ce qu'il mange » pourra nous aider peut-être à apprendre enfin « qui il est. »

Nos lecteurs pourront donc juger chacun par soi du caractère du Chinois d'après les recherches qu'a faites dernièrement un Anglais résidant parmi eux dans ce moment. Ce correspondant impartial et profond avoue assez franchement qu'en fait de cuisine, les Chinois tiennent une place au-dessous des Français, mais bien au-dessus des Anglais. Il existe un peu de philosophie dans l'acte le plus insignifiant de la vie de tout Chinois : il voit, par exemple, le rapprochement qui existe entre la cuisine et la civilisation, et son raisonnement s'accorde en ceci avec celui de beaucoup de philosophes d'Europe.

Le Chinois place donc l'Anglais au bas de l'échelle sociale, vu son ignorance dans l'art culinaire. La manière dont se nourrissent les barbares des Achors paraît plus que sauvage aux yeux des gastronômes du Céleste-Empire. D'abord l'Anglais est accusé de faire à table tout le travail de l'abattoir et de laisser compléter dans son estomac tout celui du cuisinier. « Au temps où nous étions encore sauvages, dit un jour un Chinois très poli à son emphytron anglais, nous mangions comme vous en nous servant de couteaux et de fourchettes et nous n'avions point de bâtons.

» Encore aujourd'hui, nous portons un couteau dans notre poche, mais nous ne nous en servons point; cet usage est un souvenir de la barbarie. Nous nous mettons à table pour manger, non pour dépecer des carcasses. »

Les hommes sédentaires de tous les pays seront de l'avis de ce Chinois, que les membres saignants, qui nous rappellent l'animal vivant, ne peuvent servir de nourriture qu'aux Anglais et aux bêtes de proie. Cette nourriture saine et abondante dont se vantent les insulaires ne consiste pour la plupart que dans quelques tranches de viande saignantes et dans quelques légumes à peu près crus, qui demandent pour leur digestion une intensité de chaleur qu'une activité continuelle et une santé à toute épreuve peuvent seules donner à l'estomac. C'est ainsi que se nourrit l'homme dans l'état de la nature.

En Chine, les indigènes peuvent juger de la cuisine anglaise sous sa forme la plus repoussante. A Hong-Kong et à Shanghaï, surtout pendant l'été, la table de l'Anglais le plus riche offre un triste spectacle. Les animaux que l'on y sert ont été tués le jour même, et leurs tissus sont encore roidis par la mort. Ceci n'est point la faute des cuisiniers chinois, qui ont pour la plupart un grand talent naturel et une connaissance parfaite de leur métier.

Il existe, à Hong-Kong, un petit homme maigre et rabougri, qui n'a jamais eu d'autre enseignement que celui fourni par quelques pages déchirées d'un vieux livre de cuisine jeté au rebut dans un vaisseau français, qui vous accommode les quelques plats indiqués dans ces pages, tels que le consommé aux œufs pochés, un filet de bœuf aux champignons, une mayonnaise, une salade, des pommes de terre frites et une omelette sucrée, aussi bien que chez Véfour; pour la mayonnaise, il pourrait lutter avec tous les chefs de Paris, et pour la salade surtout il est sans rival.

L'article de consommation de l'ouvrier chinois est nécessairement le riz bouilli, mais il est toujours cuit avec soin, à point, ni trop ni trop peu. Je mange le riz d'un *hong* barbare est une expression de douleur et d'humiliation chez les Chinois qui doit nous éclairer sur l'opinion de cette nation sur l'état culinaire chez nous, car le *hong* (négociant) est un homme riche, quoique son riz inspire de la pitié chez le mendiant chinois. Si vous examinez le bol de riz du plus pauvre, vous le verrez bien assaisonné et parfaitement cuit, chaque grain se détachant légèrement, du reste, et se roulant avec facilité sur les bâtons.

Il n'est pas douteux que les Chinois mangent les chiens et la vermine. L'habitude en est venue, sans doute, de la nécessité causée par le manque de riz, dont il n'y a jamais suffisamment dans l'empire chinois. Mais, au-dessus des classes les plus pauvres, nous trouvons le bol de riz accommodé avec quelques légumes en *curry* coupés par morceaux délicats et appétissants. Puis en montant d'un échelon, nous entrons dans la cuisine douteuse, il est vrai, mais toujours parfumée et attrayante.

Des réchauds ambulants nous présentent des soucoupes ou des bols microscopiques remplis de bouillon, de viande ou de légumes. En outre, chaque rue nous offre au moins une demi-douzaine de restaurants. Là vous voyez des chaudières qui bouillonnent tandis que des quenelles y dansent avec frénésie en exécutant des sauts et des bonds irrésistibles à l'appétit du Chinois affamé et point curieux. Les Anglais, dans les mêmes conditions, en mangent aussi quelquefois, et affirment que ces quenelles sont excellentes au goût, quoique leur composition reste toujours un mystère que l'on ne se soucie peut-être point d'approfondir.

Chez ces restaurateurs, on voit aussi une friture perpétuelle de poissons et de viande. Cette friture s'exécute à l'huile, et voici enfin le côté faible de la cuisine chinoise. Que cette huile soit de l'huile de castor, comme le prétendent certains voyageurs jugeant d'après l'odeur, ou que ce soit l'huile de coton comme l'affirme le bon père Huc, elle est détestable sans contredit. L'odeur en est tellement infecte, qu'à l'heure des repas l'air des rues en est empoisonné.

Malheureusement, il est aujourd'hui impossible pour un Européen de jouir d'un dîner purement chinois. L'hôte indigène se croit obligé, par politesse, de vous assommer de plats qu'il croit être de votre goût, puisque vous persistez à les faire servir chez vous. Un vrai dîner de cérémonie en Chine n'est point une affaire sans importance. La salle à manger est tout bonnement une verandah ouverte dans toute sa longueur à l'air du ciel.

Au dîner auquel notre correspondant fut invité, la table était chargée d'avance de tout ce qui peut tendre à exciter l'appétit. Il y avait une tour carrée artistement construite d'aiguillettes d'oie; un tumulus de hachures de tripes, des œufs durs de couleur foncée conservés dans la chaux et dont le goût est estimé suivant l'antiquité; des grains confits dans le vinaigre, un tas curieux de mollusques inconnus en Europe, des crevettes énormes, du gingembre et des fruits confits. Tout ceci

substance de la table interne est quatre fois plus grande que celle de l'autre table. Le seul corps étranger, retrouvé à 4 centimètres de profondeur dans la substance cérébrale, était gros comme une tête d'épingle.

M. Voillemier montre encore un morceau de grenade, gros comme un œuf de pigeon, à forme pyramidale, irrégulièrement triangulaire et portant sur chaque arête des angles les restes d'un pas de vis. Ce fragment, qu'il a extrait de la cuisse d'un marchand de journaux, par une contre-ouverture, est le plus gros qu'il ait trouvé. Tous les autres projectiles qu'il a retirés des plaies sont très petits, aplatis, irrégulièrement quadrilatères; aussi les blessures sont-elles, en général, moins graves qu'on n'aurait pu le craindre. Leur petit volume et leur forme aplatie étaient des obstacles à ce qu'ils pénétrassent profondément, à moins d'être lancés par une très grande force. Cette extrême division des grenades lui a semblé tenir uniquement à la matière grossière peu homogène dont elles sont faites.

— M. Larrey présente à la Société les extrémités osseuses des deux jambes d'un nègre, qui a subi une double amputation dans des circonstances assez remarquables. En voici l'exposé, d'après une note adressée à M. Larrey, avec les pièces anatomiques, par le docteur Afflatet, aide-major aux ambulances de l'armée d'Afrique:

« Le nommé Braïk, esclave nègre, âgé de 18 ans, doué d'une forte constitution, fut atteint, en novembre 1856, de douleurs vives dans les deux pieds, soit par les fatigues de sa condition, soit par toute autre cause. Voulant se débarrasser de ces douleurs devenues insupportables, il eut recours à un médicastre arabe, qui lui fit prendre un pédiluve dans la décoction d'une plante résineuse et irritante, présumée la sabine. Le résultat en fut si violent, que les deux pieds, frappés de gangrène, se détachèrent simultanément des jambes, au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Ce malheureux nègre essaya pendant six mois de faire cicatriser ses plaies avec diverses plantes du pays; mais n'y réussissant pas, il se décida enfin, dans les premiers jours de mai 1857, à entrer à l'hôpital militaire de Milianah. Il se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé.

» L'examen de ses jambes fit constater la plus grande similitude dans la mutilation de chacune d'elles. Les extrémités articulaires des os, dénudées dans une étendue de 40 millimètres environ, étaient atteintes de nécrose, avec tendance à l'élimination spontanée des séquestres, au niveau du périoste exostosé et des parties molles épaissies. Il en résultait une sorte de bourrelet hypertrophique considérable au-dessus des saillies osseuses. Les chairs étaient couvertes de bourgeons fongueux, d'où s'écoulait un pus sanieux et fétide. Une myriade de vers existait enfin au fond de chaque plaie.

» L'amputation des deux jambes au tiers moyen fut pratiquée en même temps, cinq jours après, par M. Brunet, aide-major de l'hôpital. Cette double amputation n'a rien offert de notable; on avait chloroformé le sujet; la réaction a été presque nulle, et la cicatrisation s'est effectuée en vingt-cinq jours. Les moignons, devenus réguliers, n'avaient pas encore été soumis à un moyen de prothèse, lorsque ces renseignements nous ont été adressés. On peut même craindre, comme dans les cas d'amputation des deux jambes, que l'application des membres artificiels ne soit ici très difficile. »

SYPHILIOGRAPHIE.

ÉTUDE SUR LE CHANCRE CÉPHALIQUE (*);

Par A. FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi.

II

École du Midi. — MM. Ricord, Puche et Cullerier (suite).

M. CULLERIER n'est pas moins absolu sur ce point que M. Ricord. « J'ai vu — disait-il récemment en me permettant de reproduire ses paroles — j'ai vu un très grand nombre de chancres développés sur la face, sur les lèvres, sur la langue, etc., et jamais je n'ai constaté sur ces régions que le chancre induré, exorde fatal de la syphilis constitutionnelle. Dans les *quelques* cas où j'avais pu croire y rencontrer des ulcérations primitives à base molle, simulant d'aspect le chancre simple, j'ai toujours pris soin d'interroger à la lancette le pus sécrété, et l'*insuccès invariable* de mes inoculations m'a toujours démontré que j'étais en présence d'ulcérations étrangères au chancre (1). »

M. PUCHE, qui depuis de longues années recueille avec une infatigable persévérance l'histoire des malades admis dans son service à l'hôpital du Midi, m'a permis de consulter, sur la question qui nous occupe, ses précieuses collections: en sorte que je puis donner ici le résumé de son énorme pratique.

Ce résumé, comme l'a dit M. Ricord, présente d'autant plus de prix qu'un grand nombre des observations qui le composent ont été recueillies à une époque déjà assez éloignée, c'est-à-dire dans un temps où le problème du chancre céphalique ne pouvait être ni posé, ni prévu. C'est donc l'expression de la vérité clinique, prise sur nature, observée et décrite sans esprit de doctrine (2).

OBS. 1. — Sujet de 25 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Premier accident vénérien (3).

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Adénopathie cervicale double.

OBS. 2. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatique; constitution moyenne. — Premier accident vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

OBS. 3. — Sujet de 38 ans. — Tempérament bilioso-sanguin.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Chancre induré de la lèvre inférieure. — Traitement mercuriel commencé avant tout accident constitutionnel. (Le malade ne reste que dix-huit jours au Midi; perdu de vue.)

OBS. 4. — Sujet de 31 ans. — Tempérament lymphatique. — Premier accident vénérien.

Chancre lingual induré. — Chancre huntérien de la joue, près la commissure labiale. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole. — Adénopathie cervicale.

OBS. 5. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution moyenne. — Blennorrhagie vingt mois avant le chancre actuel.

Chancre lingual induré.

Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum; papules muqueuses de la lèvre inférieure. — Adénopathie cervicale.

OBS. 6. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution bonne. — Blennorrhagie un mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Papules muqueuses des bourses et de la verge. — Impétigo du cuir chevelu.

OBS. 7. — Sujet de 20 ans. — Tempérament lymphatique. — Constitution moyenne. — Blennorrhagie contractée en même temps que le chancre.

Chancre de la lèvre supérieure.

Papules muqueuses ulcérées des lèvres et des piliers du voile du palais; papules muqueuses de l'anus et des orteils. — Adénopathie cervicale gauche.

OBS. 8. — Sujet de 27 ans. — Tempérament lymhatique; constitution débile. — Urétrite cinq mois avant les accidents actuels.

Chancre de la lèvre supérieure. — Chancre de la langue. — Adénopatbie sous-maxillaire double et indolente.

Papules muqueuses des piliers du voile du palais, de la luette et des amygdales.

OBS. 9. — Sujet de 19 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses du gland, du scrotum et de l'anus. — Adénopathie cervicale.

OBS 10. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution moyenne. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum et de la face interne des cuisses. — Ophthalmie spécifique. — Alopécie. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

OBS. 11. — Sujet de 32 ans. — Tempérament bilioso-sanguin. — Constitution forte. — Une urétrite douze ans avant le chancre.

Chancre induré de la lèvre inférieure, près la commissure.

Plaques muqueuses du voile du palais. — Adénopathie cervicale.

OBS. 12. — Sujet de 44 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution vigoureuse.

Chancre à l'âge de 22 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Papules muqueuses. — Adénopathie cervicale gauche.

OBS. 13. — Sujet de 26 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte.

Chancre à l'âge de 22 ans, avec urétrite. — Nul accident consécutif.

Chancre induré de la langue.

Traitement mercuriel commencé au quinzième jour de la maladie. — (Le malade est perdu de vue huit jours après.)

OBS. 14. — Sujet de 35 ans. — Tempérament bilioso-sanguin. Constitution forte.

Chancres à l'âge de 28 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure (induration très accusée).

Traitement mercuriel commencé le 21e jour de la maladie, et continué 34 jours, sans accidents. — Perdu de vue.

OBS. 15. — Sujet de 24 ans, lymphatique. — Pas d'accident vénérien antérieur.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure.

Éruption papuleuse cuivrée. — Papules muqueuses de l'anus et du scrotum. — Éruption pustnleuse du cuir chevelu. — Tumeur gommeuse.

OBS. 16. — Sujet de 27 ans. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre labial. — Plaques muqueuses de l'anus et de la gorge. — onyxis; chute des ongles des pieds et des mains.

OBS. 17. — Sujet de 27 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

(1) Communications orales, 1857.

(2) Il serait superflu, je pense, de reproduire *in extenso* ces observations. Je n'en donnerai que le sommaire, en insistant seulement sur les particularités ralatives à la question qui nous occupe.

(3) L'on remarquera que la plupart des observations citées dans ce mémoire contiennent des détails relatifs à l'âge des sujets, à leur constitution, à leur tempérament, à leurs antécédents vénériens, etc... — C'est qu'en effet toutes ces conditions ont été invoquées comme autant de prédispositions pouvant exercer une certaine influence sur le *caractère* et la *forme* du chancre, ainsi que sur ses conséquences ultérieures. L'on verra par ce qui suit que l'on ne saurait attribuer à aucune de ces conditions le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

était de meilleure qualité et les mollusques inconnus surtout d'un goût exquis.

Mais les affaires sérieuses nous invitent. Chaque convive est fourni d'une soucoupe et d'une cuillère en porcelaine; il apporte lui-même ses bâtons. Une serviette légèrement imbibée d'eau chaude se trouve à chaque place.

Le premier plat, toujours dans les occasions de cérémonie, est la soupe aux nids d'oiseaux. L'Européen est toujours surpris de n'y point voir flotter les nids eux-mêmes dans la soupière et de n'y sentir aucun goût de plumes ni de mousse. Tout ce que l'on voit dans cette soupe est une substance épaisse et muqueuse qui surmonte le bouillon. Au-dessous, existe une liqueur blanche et de la chair de poulet. Mais remarquez bien que la soupière n'est que le soleil et qu'une myriade de planètes l'entourent sous la forme de toutes petites tasses contenant des sauces de toute espèce, tant sucrées que sûres, aromatisées, épicées, acides ou parfumées. Ah! comme le Chinois s'entend bien à la composition de ces diables de condiments!

Le second service vous agite un peu les nerfs: c'est un ragoût de de limaces de mer. A Macao, elles sont toutes blanches, mais à Ningpo elles sont vertes. Elles sont, il est vrai, un peu glissantes et visqueuses, et assez difficiles à saisir avec des bâtons inexpérimentés; mais leur goût est assez agréable, ressemblant un peu à la graisse verte de la tortue. Le plat qui suit est composé de la chaire qui recouvre le crâne de l'esturgeon, mets très recherché et dispendieux, mais dont la valeur n'excuse point la mort de ce grand nombre de poissons qu'il faut pour en servir même un tout petit plat.

Ensuite vient un salmis de nageoires de requin mêlées de tranches de porc, puis une espèce de salade composée de boulettes de crabe, excellente à la vue et au goût en même temps.

C'est à ce moment que l'Européen commence à soupirer après une bouchée de pain ou une cuillerée de riz, mais le maître des cérémonies qui préside toujours au dîner chinois, déclare que ce n'est pas encore le moment, selon les « rits. » Donc, arrive le « riz des génies. » C'est une compote de prunes avec toute espèce de fruits, dont l'aigre-doux forme un excellent correctif à la graisse visqueuse des plats de poissons.

Ensuite vient un plat de barbes de capucins, puis un plat de champignons de manchouria. Alors une recbute de poissons avec des légumes et un plat de langues de canards, ce qui, en Chine, est le nec plus ultra de l'art culinaire.

Nous étions occupés, dit le correspondant, à étudier ce mets avec tout le recueillement qu'il mérite, quand nous fûmes réveillés par ce cri de bravo chinois: *Ey yah!* qui nous remplit de frayeur. Nous nous aperçûmes alors que les fenêtres des maisons voisines, les balcons, les toits, les vebrandas, s'étaient garnis de monde pendant le repas et que nous servions de spectacle à toute la ville. A ceci point de remède, et nous fûmes condamnés à continuer notre exercice en public, tout comme les invalides ou la famille royale à Versailles autrefois.

On me fit entendre que plusieurs de ces curieux avaient payé leurs places pour voir manger des barbares, ce qui ne diminua en rien l'embarras de nous autres Européens, en nous voyant ainsi le point de mire de tout ce monde.

Après les langues de canards vinrent, à l'occasion dont nous parlons, des tendons de daim, mets royal, que l'empereur lui-même envoie en cadeau à ses favoris. Le père de Yeh, gouverneur de Canton, vient d'en recevoir une quantité, comme témoignage de l'affection de son maître.

Ce mets fini, la nature épuisée se refusait à travailler d'avantage. Quand fut placé sur la table un plat d'oreilles de Vénus, les Européens ne purent y toucher. Or, un plat non attaqué est le signal de la clôture du festin. Le maître d'hôtel avait beau annoncer qu'il existait encore vingt services plus fins les uns que les autres, le maître des cérémonies ne voulait plus rien écouter.

Le riz au naturel fut alors servi dans de petites tasses, et l'on en mangea avec avidité. Des confitures et des grains d'acanthe confits dans l'alcool suivirent; puis vint le thé. On ne permet point de fruits crus dans un repas chinois. Un proverbe du pays prétend que le poids du fruit sur l'estomac est plume le matin, soie à midi, et plomb le soir.

Il nous fut assuré que tout ce qui avait été servi à ce dîner était ce qu'il y avait de plus nourrissant, léger et facile à digérer. Il est certain qu'à cette occasion, malgré les efforts qui avaient été faits par les convives, ils soupèrent tous à l'européenne ce soir-là même et de bon appétit.

(Extrait du *Pays*.) MAURICE.

Le *Moniteur* enregistre la promotion de M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth, au grande d'officier de la Légion d'honneur. M. le docteur Suquet, alors chirurgien de la marine de l'État, fut décoré à l'âge de 19 ans pour services rendus à bord du vaisseau commandé par M. Parseval-Deschênes, pendant une épidémie de la fièvre jaune. Se trouvant à Paris en congé, M. le docteur Suquet a sollicité et obtenu le périlleux honneur de se rendre à Lisbonne pendant que cette capitale était envahie par le fléau de l'épidémie. C'est pour le récompenser de son zèle et de son dévouement à l'humanité, que le gouvernement a promu ce jeune savant au grade d'officier de la Légion d'honneur.

L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES A LONDRES. — La capitale de la Grande-Bretagne a, comme Paris, son hôpital des Enfants-Malades. C'est un vaste établissement situé dans Great Ormond-street.

Les bienfaits qu'il a répandus sont considérables, car, depuis sa fondation, qui date de 1852, il a été traité au dehors 47,100 malades, et au dedans il en a été traité 1,860.

Un grand jardin, des cours spacieuses, les séparations établies pour empêcher la contagion des malades, un dépôt de nourrices, enfin l'organisation sanitaire la plus complète, tels sont les moyens auxquels on doit le succès de cet établissement.

Un meeting a eu lieu ces jours derniers à Freemason's Tavern pour entendre le rapport annuel sur la situation de l'hôpital. Le fauteuil était occupé par M. Charles Dickens. Aux côtés du président avaient pris place sir James Clarke, M. Labouchère, le docteur Waston, l'honorable M. Vereker, le docteur Hawkins, M. Coleridge, etc.

M. Dickens a exposé les progrès faits par l'établissement et les espérances qu'il donne encore; il a fait connaître le nombre de secours administrés et celui des individus secourus. Il a profondément touché l'assemblée en exprimant, dans ce style qui lui a fait une si grande réputation littéraire, la reconnaissance des mères pour la société charitable qui arrache à des mains débiles de petites créatures plus débiles encore, pour les rendre plus fortifiées contre les privations futures de la vie.

Des remercîments ont été votés d'enthousiasme à l'illustre président. — (*Times*)

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire. Ollie. — (Traitement mercuriel commencé au 21e jour, continué deux mois, sans accidents constitutionnels. — Perdu de vue.)

Obs. 18. — Sujet de 22 ans. — Tempérament lymphatique. — Une blennorrhagie antérieure.

Chancre du sillon naso-labial. — Adénopathie sous-maxillaire très développée.

Papules muqueuses du scrotum et du fourreau de la verge; balano-posthite secondaire; papules muqueuses des lèvres et des amygdales; psoriasis spécifique; adénopathie cervicale; douleurs rhumatoïdes.

Obs. 19. — Sujet de 24 ans.

Urétrite à l'âge de 14 ans. — Chancres simples à 21 ans, traités sans médication mercurielle par M. Puche. — Nul accident consécutif.

Chancre lingual. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse; érythème des amygdales; angine; alopécie; adénopathie cervicale. — Céphalée nocturne.

Obs. 20. — Sujet de 22 ans, lymphatique. (Vu seulement une fois à la consultation.)

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Obs. 21. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. Adénopathie sous-maxillaire. Diarrhée incoercible, brusquement supprimée au moment de l'éruption d'un psoriasis confluent. — Adénopathie cervicale.

Obs. 22. — Sujet de 25 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Urétrite quinze mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide papuleuse. — Angine.

Obs. 23. — Sujet de 27 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la pointe de la langue. — Adénopathie sous-maxillaire.

Transformation du chancre en papule muqueuse. — Plaques muqueuses du voile. — Céphalée.

Chancre simple de la verge, consécutif à l'infection.

Obs. 24. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la face. — Bubon sous-maxillaire; suppuration *quatre mois* après le début du chancre, à une époque où la *cicatrisation* était complète. (Adénite strumeuse.)

Roséole; plaques muqueuses des lèvres, du voile du palais, des bourses. Roséole de récidive. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 25. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution robuste. — Nul accident vénérien antérieur.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Chancre induré de l'index gauche. (Ces deux chancres, apparus simultanément, provenaient de la même origine.)

Roséole. — Papules muqueuses du gland, du prépuce, des lèvres et de l'anus. — Adénopathie cervicale. — Alopécie. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 26. — Sujet de 30 ans. — Nul antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse; plaques muqueuses des lèvres, du voile et des piliers. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

Obs. 27. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin; forte constitution.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide lenticulée. — Papules muqueuses des lèvres. — Éruption croûteuse du cuir chevelu.

Obs. 28. — Sujet de 30 ans.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indurée.

Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses labiales.

Céphalée. — Adénopathie cervicale postérieure et mastoïdienne.

Papules muqueuses du voile du palais.

Obs. 29. — Sujet de 25. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Urétrite en 1855.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide papuleuse. — Psoriasis spécifique.

Obs. 30. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin; constitution vigoureuse.

En 1849, *chancres simples* avec bubon suppuré. — Pas d'accidents consécutifs.

En janvier 1857, nouveaux *chancres simples.*

En mars 1857, *chancre induré de la lèvre supérieure.* — Adénopathie sous-maxillaire.

En mai, roséole papuleuse; en juin, papules muqueuses buccales.

Ce résumé comprend donc *trente* observations relatives à des accidents primitifs développés sur diverses régions de la tête, les lèvres, la langue, les narines, la joue, etc.

Or, sur ces trente cas, il en est *vingt-cinq* dans lesquels l'on trouve signalés consécutivement à l'accident initial des symptômes non douteux de syphilis constitutionnelle.

Il en est *cinq*, au contraire, dans lesquels il n'est pas fait mention d'accidents consécutifs. Mais, dans ces cinq cas, l'induration du chancre est toujours signalée, avec l'adénopathie spécifique de l'ulcère infectieux, de façon à ne permettre aucun doute sur l'existence de la diathèse. L'absence des manifestations constitutionnelles n'y saurait être attribuée qu'à l'intervention hâtive du traitement mercuriel.

En somme, *les trente observations de M. Puche sont toutes relatives à des chancres indurés, c'est-à-dire à l'espèce infectieuse de l'ulcère vénérien primitif. — Pas une observation de chancre simple, non infectieux, siégeant sur la région céphalique.*

Ce résultat me paraît considérable.

Ainsi, l'école du Midi, représentée par MM. Ricord, Puche et Cullerier, est unanime sur ce point : les chancres qui se développent sur la face et sur les muqueuses des cavités qui en dépendent (bouche, fosses nasales) — comme peut-être aussi les chancres que bien plus rarement l'on rencontre sur le crâne — paraissent appartenir comme fatalement à une espèce unique, l'espèce indurée, et donner lieu *invariablement* à la vérole constitutionnelle (1).

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Je ne parle ici que des chancres *de contagion*. Il sera question plus loin des résultats fournis par la lancette, pour les *chancres d'inoculation.*

OPHTHALMOLOGIE.

SUR LA CATARACTE LAMELLAIRE;

Par le docteur E. Williams, de Cincinnati.

Cette espèce de cataracte, bien que connue depuis longtemps des ophthalmologistes, a été bien décrite pour la première fois, au point de vue de l'anatomie et du diagnostic, par Ed. Jæger, dans son ouvrage, *Uber Staar und Staaroperationen.* Le professeur Arlt, de Prague, en donne aussi une bonne description dans son ouvrage *Die Krankheiten des Auges,* sous le nom de *Stationare Kernstaar jugendlicher Individuen.*

Mackenzie accorde seulement quelques lignes à ce qu'il appelle *cataracte centrale capsulo-lenticulaire :* le docteur Græfe, de Berlin, a donné un bon travail sur ce sujet dans la seconde partie du premier volume des *Archiv. für ophthalmologie,* avril 1855, et le second volume de ce même journal pour l'année 1856, contient la relation de plusieurs cas forts intéressants de cette affection, par le docteur E. Müller, d'Oldenbourg. Le docteur Ed. Jæger lui a donné le nom fort bien approprié de *schichstaar* ou *cataracte lamellaire,* nom que lui ont consacré tous les ophthalmologistes allemands.

Sous le rapport de la fréquence de cette affection, il y a une grande différence d'opinions : Jæger, lorsque son ouvrage parut, n'avait observé cette variété de l'opacité du cristallin que quatre fois sur 910 individus atteints de cataractes; tandis que Græfe regarde la cataracte lamellaire comme étant la forme la plus commune des maladies de l'appareil cristallinien chez l'enfant. Le docteur Müller dit en avoir observé 70 cas et plus dans l'espace de quinze mois. Arlt l'a observé une vingtaine de fois sur des sujets âgés de 8 à 40 ans.

Les premiers temps de la vie semblent être l'époque à laquelle cette affection se développe le plus fréquemment. La question de savoir si elle est congéniale ou non n'est pas décidée; mais celle de l'hérédité est assez probable, d'après les faits observés par le docteur Müller : il a vu cette forme de cataracte chez trois sœurs, dont la mère était, dit-on, extrêmement myope depuis sa plus tendre enfance, ce qui pourrait bien tenir à ce que ses cristallins présentaient le même état. Cette affection se développe généralement dans les premiers temps de la vie, mais, comme elle est très peu sensible au début, on ne la remarque pas jusqu'au moment où l'enfant va à l'école. Græfe dit qu'il ne l'a jamais vue avant l'âge de quatre ans, probablement parce que l'enfant n'ayant pas besoin d'exercer sa vue d'une manière soutenue, l'affection passe inaperçue.

Il y a une chose à remarquer, c'est que lorsque les parents viennent demander l'avis du médecin, c'est généralement pour une myopie exagérée ou pour quelque autre défaut de la vision qu'ils consultent l'homme de l'art, la cataracte n'ayant pas généralement été reconnue par eux. Souvent aussi c'est l'opticien qui les adresse au médecin, parce qu'il lui est impossible de trouver des verres qui améliorent la vue du malade. Que la maladie soit congéniale ou qu'elle se développe dans les premiers temps de la vie, elle fait généralement des progrès assez rapides pendant quelques mois, une année tout au plus, puis elle reste stationnaire pendant un temps indéfini, et même le plus ordinairement, à ce qu'il paraît, pour le reste de la vie. Le professeur Arlt a observé plusieurs de ces malades pendant cinq, six, huit et dix ans, sans pouvoir découvrir le plus léger changement, soit dans la coloration, soit dans le volume de l'opacité.

Chez un malade qui dit avoir été très myope depuis sa plus tendre enfance, c'est à 40 ans seulement que se présenta la nécessité de changer les verres dont il s'était toujours servi; certes, voilà bien un fait dans lequel on peut supposer avec raison que, pendant tout ce temps, la maladie n'a pas fait de progrès. Cependant, il y a des faits qui prouvent que, après un intervalle de temps plus ou moins long où l'affection est restée stationnaire, l'opacité s'est développée de nouveau et a envahi tout le cristallin.

La *cataracte lamellaire* est une opacité circonscrite d'une lame mince du cristallin, la portion corticale et le noyau restant d'ailleurs parfaitement transparents.

Les particularités du fait suivant, qui est un type de la cataracte lamellaire, valent mieux qu'une longue description des signes diagnostiques de cette variété si intéressante de cataracte, qui était peu connue il y a peu de temps encore.

H. S..., 17 ans, fermier, d'un tempérament lymphatique et d'un développement physique au-dessous de la moyenne, vient demander avis sur la faiblesse de sa vue. Le père raconte que ce jeune homme, depuis sa plus tendre enfance, était très myope et avait une expression singulière dans les yeux; enfin, que la vue a toujours été très faible. Il y a neuf ans environ qu'il a eu la scarlatine, et depuis cette époque sa vue est devenue encore plus mauvaise. Un examen attentif des antécédents de ce malade amena la découverte des détails intéressants qui suivent :

Quand ses yeux ne sont pas fixés sur un objet, ils sont errants et oscillent légèrement, comme cela se voit dans le cas de nystagmus faible. Les pupilles sont ordinairement petites, mais elles se dilatent et se contractent facilement; dans chacune d'elles, on aperçoit une opacité blanc bleuâtre diffuse, à peu près uniforme dans tous ses points, et dont le siége est évidemment dans le cristallin.

Près de la marge supérieure de la pupille gauche, quand celle-ci est modérément dilatée par l'ombre de la main, on voit une tache blanche distincte, qui a environ le volume d'une petite tête d'épingle, qui s'étend en bas sur l'opacité blanc bleuâtre diffuse, vers le milieu de la pupille. Afin de mieux examiner encore les opacités cristalliniennes, je dilatai les pupilles avec l'atropine, et j'observai facilement alors l'état suivant :

Occupant le centre de chaque pupille, mais sur un plan postérieur à l'iris, on voit une tache ou un disque circonscrit, de deux lignes à deux lignes et demie de diamètre, terminée brusquement à ses bords, et entourée d'une zone périphérique du cristallin qui est parfaitement transparent.

L'opacité diffuse existe à peu près au même degré pour les deux yeux, à l'exception de la petite tache blanche (capsulaire) superposée sur l'opacité cristallinienne de l'œil gauche. Si l'on examine les yeux dans une chambre obscure avec un ophthalmoscope réfléchissant une lumière brillante, on voit un état de choses, que je décrirai aussi fidèlement que possible, tout en déclarant que, pour bien reconnaître cette affection, il vaut mieux la voir une fois que d'en lire mille descriptions. Quand la lumière réfléchie par le miroir de l'ophthalmoscope tombe perpendiculairement au plan de la pupille, dans l'œil gauche, l'opacité présente une couleur brun rougeâtre, le rouge prédominant au centre, là où il y a plus de transparence qu'à la circonférence. La transparence est plus grande au centre de l'opacité, dans cette circonstance, non pas parce que l'opacité est réellement moindre en ce point, mais parce que la direction perpendiculaire des rayons incidents favorise leur transmission en plus grande quantité que vers la circonférence sur laquelle leur obliquité en fait réfléchir un plus grand nombre. Si, au lieu de diriger la lumière perpendiculairement au plan de l'iris, on la dirige obliquement, soit en changeant la direction du miroir, soit en faisant regarder le malade de côté, l'aspect de ces opacités est tout différent. La totalité du disque prend alors une teinte brun clair uniforme, excepté à la circonférence, qui est représentée par un ruban étroit d'un blanc plus éclatant. Du bord externe de ce ruban blanchâtre se détache un grand nombre de rayons courts qui lui donnent un aspect étoilé.

Si l'on regarde avec une lentille bi-convexe très forte, on voit ces rayons en plus grand nombre, et le bord du ruban, qui semblait lisse à l'œil nu, présente un aspect ridé, à découpure fine. En dehors de ce ruban, est une zone transparente, c'est la périphérie du cristallin.

Dans l'œil droit, le disque est également demi-transparent, mais il l'est moins juste à son centre qu'un peu plus en dehors. La circonférence de ce disque est, comme dans l'œil gauche, d'un aspect plus blanc, plus opaque, et entre ce bord blanchâtre et le centre est une zone plus transparente que la circonférence et que le centre. En bas et en dedans, le bord de ce disque présente une sorte de ruban étroit, duquel part une sorte de rayon qui, à une distance d'un quart de ligne, se renfle en forme de bouton ou de ganglion; de ce bouton émanent deux branches divergentes, dont chacune se termine par un petit renflement à une courte distance de la circonférence du cristallin. En regardant obliquement, je vois très distinctement les extrémités de ces branches excentriques. Sur d'autres points de la circonférence, on voit un grand nombre de petits rayons plus longs que les autres. L'humeur vitrée est parfaitement transparente, et l'on voit facilement les vaisseaux de la rétine, mais seulement dans les portions périphériques du fond de l'œil éclairé, la pupille du nerf optique et le centre de la rétine étant cachés par l'opacité cristallinienne.

Pour ne pas donner une importance exagérée à l'examen ophthalmoscopique, il est bon de dire que tous les détails que nous venons de mentionner sont faciles à reconnaître à l'œil nu, quand on éclaire largement la pupille avec la lampe; cependant l'ophthalmoscope rend ces symptômes plus frappants, donne une idée plus exacte de la transparence relative des différentes parties, et rend surtout plus évidents les rayons qui se détachent des bords externes des opacités.

Quant à la vision du malade, elle est mauvaise à toutes les distances, il y a une myopie excessivement prononcée. Lorsqu'il veut lire il tient le livre à quatre pouces de son nez, et encore il a beaucoup de peine à lire un caractère d'imprimerie ordinaire. Aucuns verres ne rendent la vision meilleure, ce que démontrent de nombreux essais de toutes sortes : la vue, du reste, n'a pas changé depuis six ou huit ans. Si l'on dilate les pupilles, cependant, il voit beaucoup mieux et à une plus grande distance, il peut lire assez facilement alors à une distance de dix ou douze pouces. Ce phénomène tient évidemment à ce que, dans leur état

de dilatation normale, les pupilles sont plus petites que les disques opaques, et qu'il pénètre peu de rayons lumineux sur la rétine. En outre, la réfraction irrégulière, effectuée par les parties opaques du cristallin, augmente encore la confusion de la vision. Quand les pupilles sont dilatées, au contraire, une plus large zone du cristallin encore transparent est à découvert, et il pénètre dans l'œil une plus grande somme de rayons lumineux.

Je diagnostiquai une cataracte lamellaire, c'est-à-dire une opacité centrale circonscrite d'une lamelle du cristallin qui se trouve entre la substance corticale antérieure et le noyau qui, tous deux, sont transparents. L'examen ophthalmoscopique permet de distinguer la différence qui existe entre l'état des deux yeux. Dans l'œil gauche, c'est une cataracte lamellaire simple; dans l'œil droit, il y a deux opacités centrales occupant deux lamelles distinctes, qui sont séparées par une portion ou couche mince de substance cristallinienne transparente.

Dans l'œil gauche, il y a peut-être bien aussi un peu d'opacité du centre du noyau, mais je ne puis la diagnostiquer d'une manière certaine. Pour rendre notre pensée plus intelligente, on pourrait dire que, en suivant l'axe du cristallin, on trouve d'abord la capsule antérieure du cristallin et la substance corticale saines, puis une lame cristallinienne opaque, puis une autre transparente, derrière celle-ci une autre lame opaque, et enfin le noyau transparent ou peut-être un peu trouble. A ma connaissance, on n'a rapporté que quatre ou cinq cas bien authentiques où deux lames ou plus étaient opaques, séparées par une lame transparente; je ne crois pas qu'on ait cité de cas où le noyau était en même temps opaque.

Pour ce qui est du traitement, le malade a résisté plusieurs fois aux instances de divers chirurgiens ambulants qui voulaient opérer ses cataractes, et bien lui en a pris, car certainement l'opération n'aurait eu pour lui qu'un fâcheux résultat. Je lui conseillai, pour ma part, de ne se soumettre à aucune opération, et de se contenter de dilater ses pupilles à l'aide de l'atropine, tant que la maladie restera stationnaire, et ce sera probablement toute sa vie. Je lui donnai ce conseil en raison, d'abord, de son innocuité et de l'amélioration que la dilatation de la pupille amène dans sa vision, et, d'un autre côté, en raison des dangers sérieux que pourrait lui faire courir une opération même bien faite, l'abaissement de la cataracte s'accompagnant plus généralement, dans ce cas, d'un gonflement rapide et considérable du cristallin. Cependant, il y a deux procédés opératoires qui seraient applicables ici : 1° la dilacération de la capsule par la cornée; 2° l'espèce de pupille artificielle pratiquée par le docteur de Grœfe (1).

Dr A.-P. Doumic.

REVUE GÉNÉRALE.

DES BONS EFFETS DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE ET DES LAVEMENTS DE TABAC DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES (1).

Une femme de 50 ans et d'une bonne constitution, se plaignait, depuis trois jours, de vives coliques et de vomissements. Le médecin, à son arrivée, constata les symptômes les plus graves d'étranglement herniaire. C'était une hernie crurale. « Après d'inutiles efforts de réduction, dit M. Cavayé, j'eus recours aux bains, aux cataplasmes laudanisés, aux frictions sur l'abdomen et la tumeur avec une pommade d'extrait de belladone et de pareille quantité d'axonge. Cependant l'état de la malade s'aggrava de plus en plus. Durant douze heures, il y eut augmentation de coliques, le hoquet, et des vomissements de matières stercorales. »

Avant de recourir à l'opération, M. Cavayé crut convenable d'augmenter les frictions avec la belladone, et de faire administrer à la malade, qui avait été mise dans un bain, les lavements de tabac tant préconisés par Neister, Samuel Jakson, Lisfranc, etc., etc. Puis le taxis fut pratiqué; l'opération fut longue et douloureuse, mais la réduction fut faite, et dès le lendemain, la malade put se lever et reprendre ses travaux. — (In *Gazette des hôp.*, 18 février 1858.)

EMPOISONNEMENT PAR LES DENTELLES.

Une jeune fille, employée au blanchiment des dentelles dites applications de Bruxelles, éprouvait depuis quelque temps de violents maux de tête. Les douleurs étant devenues insupportables, elle entra à l'hôpital, où elle mourut après quatre jours d'atroces souffrances. Le médecin ne crut pouvoir attribuer ces symptômes qu'à un empoisonnement par le plomb. Une enquête eut lieu et donna les résultats qui suivent :

Les viscères incinérés fournirent, à l'analyse, une quantité notable de plomb, surtout le foie et le cerveau. On interrogea la santé des dentellières, et on trouva qu'elles avaient éprouvé, à plusieurs reprises, des symptômes d'intoxication saturnine, surtout celles qui étaient employées au blanchiment des fleurs. Or, voici en quoi consiste cette opération : on fait adhérer à la surface des tissus, au moyen d'une percussion répétée, une poudre blanche destinée à en masquer la malpropreté, et qui n'est autre chose que du carbonate de plomb, ainsi que l'ont démontré directement les analyses chimiques. On voit dès lors tout le danger que présente cette industrie, et l'utilité qu'il y aurait à ce qu'elle fût supprimée. —(In *Journal de pharmacie*, février 1858.)

ESSAI DU PROTOCHLORURE DE MERCURE.

Il est très important de s'assurer que le proto-chlorure de mercure ne contient pas de bichlorure. Pour cela, on a imaginé divers procédés. M. Marchandier en avait publié un, dans le *Bulletin de thérapeutique*, qui était destiné à déceler les plus petites traces de bichlorure dans le calomel médicinal, et qui consistait à faire une solution de 10 centigrammes de potassium dans 10 grammes d'eau distillée, et à humecter environ 50 centig. du calomel à essayer, avec une goutte ou deux du liquide d'épreuve sur une plaque de verre. Si le calomel est pur, dit M. Marchandier, il prend une couleur verte; s'il renferme un millième de bichlorure, il se produit des taches rouges.

M. Berthé s'élève avec force contre ce procédé qui ferait condamner le calomel le plus innocent. Il résulte, en effet, des expériences de ce chimiste, que le calomel est un sel d'une inconstance extrême, puisqu'il a suffi de le soumettre seul à une température de 50 à 60 degrés pour provoquer la production d'une petite quantité de bichlorure, et que cette transformation, dit M. Berthé, était considérablement augmentée, lorsqu'on y ajoutait soit de l'eau, soit de l'alcool. Déjà il résulte de là que, lorsqu'on veut essayer le calomel, on doit, contrairement à ce qui est indiqué par les auteurs, ne faire agir l'eau ou l'alcool qu'à la température ordinaire.

Pour l'iodure de potassium, M. Enjubeau a démontré que l'iodure de potassium avait la faculté de transformer le protochlorure en sublimé, qu'on l'emploie à l'état cristallin ou en solution concentrée, même à une température de 40 degrés.

On ne doit donc pas faire intervenir dans l'essai du calomel un corps doué d'une action si manifeste et si incontestée sur ce sel. — (In *Journal de chimie médicale*, février 1858.)

DE L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE COMME MOYEN PRÉSERVATIF ET CURATIF DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

Nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 février, à la suite d'un excellent travail sur ce sujet, par M. Laborde, lauréat de la Faculté de médecine, les conclusions suivantes :

I. Le chlorate de potasse exerce une action *curative* réelle sur la stomatite mercurielle. (Dans aucun des cas observés par nous, cette action n'a fait défaut.)

II. Le chlorate de potasse possède, de plus, une action *préservatrice* ou *prophylactique* certaine, qui peut permettre, pendant un et deux mois, l'administration du protoiodure de mercure aux doses de 15 et 20 centig. par jour, sans que le moindre accident se manifeste du côté de la cavité buccale. (La preuve que c'est bien au chlorate de potasse qu'une pareille immunité doit être attribuée, c'est que, immédiatement après la suppression de ce dernier, la stomatite mercurielle éclate.)

III. La durée du traitement de la stomatite confirmée varie avec le degré d'intensité de l'affection. Dans les cas d'intensité moyenne, cette durée n'a jamais dépassé quatre jours. Elle a été de onze dans un cas des plus graves.

IV. Dans presque tous les cas, les premières modifications se manifestent du deuxième au troisième jour. D'après nos observations, la série de ces modifications serait la suivante : 1° diminution et disparition de la douleur; 2° diminution de la salivation et de la tuméfaction sous-maxillaire ou parotidienne, quand elles existent; 3° en dernier lieu, et à peu près simultanément, disparition de la tuméfaction des gencives; changement dans leur coloration; retour à la coloration normale; enfin, disparition de l'ulcération, à moins que celle-ci préexiste à la stomatite, auquel cas le chlorate, pris à l'intérieur, paraît être inefficace.

V. L'élévation de la dose du médicament ne paraît pas exercer une influence très notable sur la rapidité de la guérison, si ce n'est peut-être dans les cas très intenses, ainsi qu'on le voit dans une des observations. Dans ceux de moyenne intensité, la dose de 4 à 5 gram. est suffisante.

VI. C'est le plus souvent à l'intérieur et en potion que le chlorate de potasse a été administré. Trois fois seulement il a été donné en simple solution dans l'eau ou la tisane. L'administration en julep est de beaucoup préférable à toute autre.

VII. Administré en gargarismes, il n'est pas moins efficace. Mais sous cette forme, il paraît mieux réussir que pris à l'intérieur, contre les accidents purement locaux, tels que tuméfaction du tissu gingival, coloration pathologique de celui-ci, ulcération, etc.

VIII. L'action qu'il exerce paraît être entièrement locale, et se comporter à l'égard des parties affectées comme celle des agents de médication substitutive. Mais c'est là une action substitutive spéciale, et en quelque sorte élective de l'inflammation mercurielle. L'élimination du chlorate de potasse par la salive explique la localisation de son action sur les parties buccales, dans le cas où il est administré à l'intérieur.

Ainsi qu'on le voit, continue M. Laborde, les conclusions confirment les résultats positifs obtenus par nos prédécesseurs dans cette étude, mais de plus en plus les corroborent en ce qu'elles démontrent plus clairement, si je ne m'abuse, que cela n'avait été fait jusqu'ici chez l'adulte, que très peu de jours suffisent pour triompher de l'affection, quand elle est traitée à temps et dès son début, ce qui est presque toujours possible. Elles font, en outre, ressortir cette particularité, dont l'importance ne saurait être méconnue, savoir : que l'usage *topique* ou en *gargarisme*, du médicament, est plus apte que l'usage interne à triompher de plusieurs symptômes très rebelles qui constituent les restes de l'affection (gonflement du tissu gingival, coloration morbide, ulcération, etc.) Enfin, comme celles de M. Ricord, elles rendent incontestable la vertu prophylactique du chlorate de potasse.

Ici se présente une question : en neutralisant les effets physiologiques du mercure, le chlorate de potasse ne contrarie-t-il pas ses effets thérapeutiques? Les observations que contient le mémoire suffisent pour résoudre cette question par la négative. En effet, puisque, malgré l'usage du chlorate de potasse, tous les malades ont guéri, il est clair que l'action du mercure n'a été entravée en rien, du moins dans ses effets thérapeutiques.

Enfin le chlorate de potasse, si héroïque, on peut le dire, dans les accidents buccaux déterminés par le mercure, ne posséderait-il pas une efficacité semblable dans les accidents hydrargyriques? M. Laborde ne le pense pas; pour lui, l'action du chlorate de potasse est essentiellement locale et ne s'exerce que sur la cavité buccale.

BIBLIOTHÈQUE.

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES SANS ÉRUPTION, ET PARTICULIÈREMENT DE LA SCARLATINE SANS EXANTHÈME;

Par Ch.-A. Buttura, sous-bibliothécaire de l'École de médecine et de pharmacie militaires. Brochure in-8° de 44 pages. — Paris, 1857, J.-B. Baillière et fils.

Existe-t-il des fièvres éruptives sans éruption; y a-t-il une scarlatine sans scarlatine? Pour les médecins du siècle dernier, cela ne faisait pas doute, pour beaucoup de médecins de notre époque, cela est loin d'être prouvé; « *à priori cependant*, dit M. Buttura, cela paraît probable : on sait qu'il y a altération du sang dans la variole, dans la rougeole et dans la scarlatine; on sait qu'une éruption a lieu vers les muqueuses dans ces trois fièvres éruptives avant ou en même temps que vers la peau; on sait que cet énanthème est parfois très intense, tandis que l'exanthème est à peine sensible; on sait que souvent, dans ce cas, les symptômes généraux sont très prononcés; on sait enfin que les complications si fréquentes vers les intestins, les poumons et le cerveau, ont un caractère bien particulier, et paraissent évidemment produites par une cause spécifique. On comprend donc facilement que l'éruption peut être exclusivement interne.

» Mais, continue M. Buttura, la philosophie de la Renaissance nous apprend à ne pas croire ce qui n'est que probable. Léonard de Vinci,

(On ne s'attendait guère
A voir *un peintre* en cette affaire !)

aussi grand philosophe que grand artiste, le premier, Galilée ensuite, Bacon enfin, nous ont dit d'observer, d'en appeler à l'expérience, de ne pas croire à la parole du maître. C'est ce que disait bien avant et si excellemment Aristote : « L'analyse est la clef de toutes les sciences. Par elle le tout est décomposé en ses éléments. Examinons l'ordre de la nature dans la composition des êtres; nous suivrons sa marche : c'est la plus belle des méthodes.

» Le doute est l'aiguillon du travail, ajoute M. Buttura; il faut non des probabilités, mais des faits à notre époque, pour faire admettre une chose comme vraie, et l'on a bien raison de réputer presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable, selon l'excellent avis de Descartes. Je suis loin de m'élever contre cette heureuse tendance scientifique de notre époque, elle nous a valu les beaux travaux de la médecine moderne. C'est donc aux faits, aux observations bien recueillies qu'il faut en appeler. »

Après cette déclaration si explicite, corroborée de témoignages si considérables, nous nous attendions à ce que l'auteur, fidèle à une méthode dont il approuve, sans restriction, les rigueurs salutaires, allait nous fournir une série de faits personnels et d'observations propres pour justifier ses convictions et mettre au-dessus même du doute, l'existence de la scarlatine sans exanthème.

Nous avons lu très attentivement sa brochure, et ce n'est ni sans regret, ni sans surprise, que nous avons vu que le compte des faits observés par l'auteur se soldait par l'unité. Une seule observation, voilà l'appoint apporté par M. Buttura, pour la solution d'une question qu'il sait mieux que personne très controversée; et cette observation, il faut bien le dire, n'est pas de nature à faire cesser le débat, au contraire. Notre citation de tout à l'heure est trop longue déjà pour que nous puissions transcrire encore cette observation. Les lecteurs la trouveront à la page 5 et suivantes de la brochure dont nous parlons.

Il s'agit, en deux mots, d'un jeune homme atteint de scarlatine angineuse, qui fut traité et guéri par M. Buttura. Dans la maison qu'habitait le malade, étaient deux enfants, l'un de 5, l'autre de 9 ans, qui, sur le conseil de l'auteur, furent emmenés dans une autre maison, et qui, tous deux, à quelque temps de là, furent atteints d'angine. Ni chez l'un, ni chez l'autre, cette angine ne s'accompagna des mêmes symptômes généraux; tous deux guérirent sans avoir présenté la moindre trace d'éruption.

L'auteur anonyme de l'article Angine dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, dit que « c'est une idée baroque d'appeler scarlatine une angine qui survient dans une épidémie de scarlatine. » De quelle épithète eût-il gratifié l'idée d'appeler scarlatine une angine survenant en dehors de conditions épidémiques?

Dans les pages qui suivent la relation de ce fait unique, M. Buttura a rassemblé toutes les observations, empruntées aux auteurs anciens ou contemporains, qui militent en faveur de l'existence de la scarlatine sans exanthème. Nous avons hâte de le reconnaître, la plupart de ces observations, groupées d'ailleurs, par l'auteur, avec beaucoup d'intelligence, sont de nature à rendre très probable la thèse que soutient M. Buttura. Mais quoi! dans les passages que nous avons reproduits plus haut, M. Buttura, évoquant les ombres d'Aristote, du Vinci, de Galilée et de Bacon, nous a adjurés de ne pas croire à la parole du maître. Toute érudition, après cela, si savante qu'elle fût, ne pouvait que nous embarrasser.

Au surplus, les observateurs qui, de nos jours, nient la fièvre scarlatine sans scarlatine, sont tous fort érudits, nous le savons, M. Buttura le sait aussi. Il aurait dû voir là, indépendamment de la raison de méthode philosophique, l'obligation de négliger les arguments bibliographiques. MM. Grisolle, Baumès, H. Roger, Bouillaud, lui en auraient su gré, et le lecteur aussi; — on doit toujours le compter parmi les adversaires de la cause qu'on défend.

Voici comment s'exprime M. Bouillaud : « Quant à la scarlatine sans exanthème, son existence ne me paraît pas plus claire que celle de la rougeole de même espèce... Après avoir avancé que Huxham, Bumser, Stoll et Dance ont constaté l'existence des fièvres scarlatines sans éruption, M. Rayer ajoute qu'il ne les a point observées. Je ne les ai point observées non plus... Dans l'état présent de la science, les faits sur lesquels on se fonde pour admettre la scarlatine sans éruption *aucune*, ne me semblent pas suffisamment circonstanciés. »

Cette déclaration de M. Bouillaud, écrite en 1846, aurait pu l'être encore après la brochure de M. Buttura.

Le travail du bibliothécaire du Val-de-Grâce offre néanmoins un intérêt incontestable, il est, ainsi que nous l'avons dit, la collection méthodique de toutes les opinions soutenues à propos de ce point particulier de la science. M. Buttura cite souvent l'ouvrage de M. Noirot dans lequel il a largement puisé. M. L. Noirot, de Dijon, dont nous avons analysé déjà plusieurs ouvrages, est l'auteur d'une *Histoire de la scarlatine* (1), très complète et très savante, comme tout ce qui sort de la plume de ce consciencieux et distingué confrère.

Dr Maximin Legrand.

(1) Extrait du *North American med. chir. Review*, septembre 1857.

(1) Par M. Cavayé, de Dourgne (Tarn).

(1) Un beau volume in-8° de 400 pages, J.-B. Baillière, 1847.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 23. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 FÉVRIER 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Nos lecteurs ont été tenus au courant des incidents divers qui se sont présentés dans la question de l'Association générale de prévoyance des médecins de France. Ils savent qu'un Comité de médecins, spontanément formé à Bordeaux, et ayant obtenu l'adhésion de plus de 1,300 médecins de la France, avait demandé à l'Association de prévoyance des médecins de la Seine, qui serait ainsi devenue la tête et le centre de l'Association générale, d'admettre les médecins des départements dans cette Association. Ils se rappellent aussi que l'Association de la Seine, dans son assemblée générale du 31 janvier dernier, a déclaré que, d'après ses statuts, elle ne pouvait accueillir le vœu du Comité de Bordeaux.

Par suite de cette délibération, le Comité de Bordeaux, tenant compte des vœux de la famille médicale en faveur d'une Association générale, a demandé à M. le docteur Rayer de vouloir bien se charger de former à Paris une commission ayant pour but de préparer un projet de statuts d'une Association générale de prévoyance, et de poursuivre auprès des pouvoirs publics les autorisations nécessaires à cette institution.

Avec un empressement très dévoué, M. Rayer a accepté la mission dont l'a chargé le Comité de Bordeaux. Notre éminent confrère a cherché à s'entourer de toutes les lumières, et a fait appel au concours d'un assez grand nombre de personnes.

M. Rayer a désiré que, dans cette commission composée de vingt-cinq membres, tous les éléments de la famille médicale fussent représentés. A cause des difficultés de la question et des controverses qu'elle a suscitées, il a désiré s'entourer de confrères qui, par l'autorité de leur position et de leur expérience, pussent offrir les plus sérieuses garanties.

Nous espérons être prochainement en mesure de faire connaître la composition complète de cette commission, qui répondra, nous en sommes certain, aux légitimes espérances du corps médical ainsi qu'aux graves intérêts que cette commission a pour mission de satisfaire.

Dès aujourd'hui, nous sommes heureux de pouvoir annoncer que,

Parmi les membres de l'Institut :

MM. Claude BERNARD,
LÉLUT,
LITTRÉ,
RAYER,
SERRES,
VILLERMÉ ;

Que parmi les membres de l'Académie de médecine et les professeurs de la Faculté :

MM. BOUILLAUD,
CRUVEILHIER,
LAUGIER,
MÉLIER,
RICORD ;

Que parmi les chefs de la médecine militaire et de la flotte :

MM. BÉGIN,
Michel LÉVY,
QUOY ;

Que nos confrères :

MM. BERTILLON,
TARDIEU,
Amédée LATOUR ;

ont promis leur concours à M. Rayer, qui n'attend que le moment où la commission sera complète pour la réunir.

Dans ces circonstances, nos lecteurs comprendront que nous devions borner à ces quelques lignes les renseignements sur la situation actuelle. Cette situation est de nature à rassurer ceux, et ils sont nombreux, qui malgré des dissentiments regrettables, sont restés fidèles à la grande et généreuse idée de l'Association générale. Ils verront également que c'est par déférence pour un désir énergiquement exprimé que nous nous abstenons de toute manifestation de gratitude et de respect envers un confrère qui comprend avec autant d'intelligence que de dévouement, qui protége et fera réussir les vœux de la famille médicale.

L'Association générale de prévoyance des médecins de France, telle qu'elle est conçue, non seulement ne pourra pas nuire aux intérêts et à l'existence des Associations départementales existantes, mais elle aura, au contraire, pour résultat de faire naître de semblables Associations là où elles n'existent pas encore ; elle entretiendra dans l'esprit des membres qui la composeront un sentiment de confraternité bienfaisante et réciproque. Il est permis d'espérer que, par le but honorable qu'elle se propose et par la sagesse de ses *statuts*, l'Association obtiendra l'approbation du gouvernement de l'Empereur, toujours empressé à favoriser les institutions destinées à prévenir ou à soulager les infortunes.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question du parasitisme ayant tristement fait naufrage sur les *bancs* de l'Académie, le besoin d'une grande discussion se faisait généralement sentir. C'est M. Guérard qui s'est rendu l'interprète de ce vœu, et l'honorable académicien a jeté dans la compagnie une des plus belles, des plus intéressantes, mais aussi une des plus obscures questions de la pathologie, la *fièvre puerpérale*. M. Guérard ne s'est pas borné à indiquer un sujet de discussion, il a donné des bases à cette discussion, en exposant lui-même avec soin l'état de la question sur les points principaux de l'histoire de cette redoutable affection, sa nature, son étiologie, son anatomie pathologique, son traitement. Cette manière intelligente d'entamer une discussion portera, sans doute, ses fruits ; et pour que cette discussion soit réellement utile, les orateurs n'ont qu'à suivre le plan que M. Guérard a habilement tracé. La discussion de cette question commencera la semaine prochaine.

M. Robinet a précédé M. Guérard à la tribune pour lire un rapport, au nom de la commission des remèdes secrets, sur les annonces mensongères. Ce rapport est dirigé surtout contre certains vendeurs de remèdes qui se parent mensongèrement de l'approbation de l'Académie. La commission demandait, et l'Académie a accepté, que des démarches soient faites auprès de M. le ministre de l'agriculture et du commerce pour prévenir et réprimer cet abus.

M. de Pietra Santa a terminé la séance par la lecture d'un mémoire complémentaire sur la non-existence de la colique de cuivre. Nous publions cet intéressant travail.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA NON-EXISTENCE DE LA COLIQUE DE CUIVRE ;

Note complémentaire, lue à l'Académie impériale de médecine, le 23 février 1858,

Par M. le docteur Prosper DE PIETRA SANTA.

Messieurs,

Dans la séance du 7 juillet 1855, vous avez prêté une bienveillante attention à la lecture que j'ai eu l'honneur de faire à cette tribune sur la non-existence de la colique de cuivre. En venant vous présenter aujourd'hui une note complémentaire, permettez-moi de réclamer la même indulgence.

Vous avez présent à l'esprit l'état de la question. Il s'agit de déterminer l'insalubrité ou l'innocuité des travaux auxquels se livrent les artisans qui travaillent le cuivre et ses alliages.

Dans l'étude calme et attentive de ces matières, l'esprit est tout d'abord péniblement contrarié de la divergence des opinions qu'il aperçoit ; on se demande comment, sur des faits pour ainsi dire matériellement vérifiables, comment, en présence de phénomènes visibles à l'œil nu, en dehors de tout travail inductif de l'intelligence, on puisse rencontrer un désaccord si complet parmi les auteurs, et l'*errare humanum est* constitue un bien faible argument quand il s'agit d'observateurs consciencieux, de travailleurs instruits et indépendants. Mais quittons cette sphère d'idées pour aborder des détails plus précis.

J'ai déjà déterminé les conditions particulières dans lesquelles je me suis trouvé au moment de mes recherches :

Prison située au centre d'un quartier populeux.

Atelier peu spacieux, médiocrement ventilé.

Ouvriers de force et d'âge moyens.

Alimentation saine, mais peu abondante.

Poussière de cuivre voltigeant sans cesse dans l'air, visible à travers un rayon solaire.

Trois années d'observations m'avaient conduit aux conclusions suivantes :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre, sans altération appréciable pour sa santé.

2° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du XVIIIe siècle et plus près de nous par MM. Blandet et Corrigan, n'existe pas.

Ces idées ont été accueillies par quelques-uns de nos confrères avec beaucoup de réserve ; les uns m'ont reproché de n'avoir pas présenté, comme pièces à l'appui, des faits cliniques soigneusement observés : les autres ont trouvé trop restreinte la période d'observation.

Je répondrai aux premiers en disant que j'avais intentionnellement négligé les détails cliniques, pensant qu'ils n'étaient pas très nécessaires dans une question d'étiologie ; je regarderai l'objection des derniers comme peu probante, car si, dans des conditions hygiéniques médiocres, un détenu peut vivre pendant dix-huit et vingt mois dans une atmosphère chargée de particules de cuivre, sans inconvénients graves pour sa santé, je dois en conclure que cet agent d'intoxication n'existe pas, ou qu'il a besoin, pour se produire de conditions toutes spéciales.

Quoi qu'il en soit, je me suis ému de ces réserves, et, me remettant à l'œuvre, j'ai entrepris une nouvelle série de recherches (juillet 1855 à juillet 1856). Autant que faire se peut, j'ai oublié mes premières impressions, et j'ai cherché à étudier et à apprécier les faits dans leur expression réelle.

La population générale des Madelonnettes s'est élevée, pendant ces douze mois, à 2,558 prisonniers, parmi lesquels nous avons eu 539 malades, c'est-à-dire un peu plus du quart, et 16 morts, c'est-à-dire 3 p. 0/0.

L'atelier des tourneurs a reçu dans l'année 56 prisonniers : la moyenne des travailleurs était de 15 par jour.

Le 14 juillet 1855, il y en avait 18 :

10 âgés de 20 à 30 ans.
5 âgés de 30 à 40 ans.
3 âgés de 40 ans et au delà.

En recherchant leur condition antérieure, j'ai constaté que :

8 d'entre eux avaient été serruriers, tourneurs, mécaniciens, plombiers.
10 menuisiers, charretiers, maçons, employés, etc.

Le temps passé dans l'atelier était variable :

11 comptaient de 6 mois à 1 an de séjour.
7 » de 1 à 6 mois.

A eux tous, 108 mois de séjour, soit 6 mois en moyenne pour chacun.

Un examen attentif de ces 18 détenus, et un interrogatoire précis sur leur état présent et antérieur, nous a prouvé :

Que tous avaient une bonne santé et un très bon appétit.

Quelques-uns (8) ont parlé de petites coliques qui leur survenaient quelquefois, coliques de peu de durée, et ne nécessitant jamais l'interruption de leurs travaux : la majorité n'avait éprouvé aucun accident.

Chez aucun de ces ouvriers, nous n'avons pu retrouver le liseré caractéristique des gencives dont parle M. Corrigan.

Quatre d'entre eux avaient été reçus à l'infirmerie (3 pour embarras gastriques, 1 pour accès épileptiques), où ils étaient restés de 5 à 8 jours.

Sur les 56 détenus qui ont formé pendant l'année le personnel de l'atelier des tourneurs, 16 sont montés à l'infirmerie, où ils sont notés pour 170 jours de présence, soit 10 jours en moyenne pour chacun.

Le relevé de nos registres porte :

5 indispositions ;
4 embarras gastriques ;
2 fièvres éphémères ;

3 fluxions dentaires, — engelures;
1 fièvre typhoïde légère;
1 hémoptysie.

Je vous demande pardon, Messieurs, de ces détails minutieux, mais ils m'ont paru indispensables pour bien établir la valeur et l'exactitude de ces observations, et pour résoudre définitivement la question. La divergence des opinions tient en grande partie à la difficulté de se procurer des renseignements exacts, soit auprès des patrons, soit auprès des ouvriers eux-mêmes. Aux Madelonnettes, nous avions les individus sous la main, nous avons pu les suivre, les surveiller et les faire surveiller pendant des mois entiers, nous les avons mis enfin dans l'impossibilité de nous induire en erreur en cachant ou en exagérant le mal.

A propos des difficultés inhérentes à toute enquête de ce genre, permettez-moi une petite digression qui emporte avec elle son enseignement.

Le 5 août 1855, je trouve couché, au numéro 6 de la première salle, un jeune homme (Bach âgé de 19 ans) entré la veille avec coliques assez intenses; déjections alvines bilieuses, apyrexie, il avait vu disparaître ces symptômes après douze heures de repos, deux remèdes amidonés et une potion légèrement laudanisée.

Ces coliques ayant été instantanées, et s'étant produites sur un ouvrier de l'atelier des tourneurs, je pensai tout d'abord qu'elles étaient dues à l'ingestion de la poussière de cuivre.

En arrivant dans la deuxième salle, je vois, au nº 4, un second jeune homme (Deb...., 20 ans) qui avait eu, dans la nuit, de fortes coliques et beaucoup de diarrhée : ses dents présentaient un collet noir verdâtre, mais, comme il était maçon de son état et comme il avait été classé, depuis son entrée dans la maison, à l'atelier des chaussons, je dus éloigner de mon esprit toute idée d'intoxication par le cuivre. Ne pouvant attribuer les accidents à un abus de régime, je reportai ma pensée sur une étiologie que vinrent confirmer d'autres faits, je veux parler d'une constitution médicale régnante.

En effet, à la consultation qui suit la visite, je rencontrai plusieurs prisonniers présentant des symptômes analogues, trois d'entre eux séjournaient au corridor de faveur : pour ceux-ci, on ne pouvait pas invoquer la qualité des vivres, l'abus du régime.

Le rapprochement de ces faits devait, de toute nécessité, nous forcer à rejeter l'influence du cuivre, les désordres de nourriture, et à admettre que tous ces accidents étaient dus à une constitution médicale particulière : celle-ci a régné pendant tout le mois d'août; elle a atteint une soixantaine de prisonniers : chez tous, les symptômes sus-notés sont apparus sans fièvre, et ont cessé sous l'influence de quelques soins hygiéniques.

Maintenant, pour démontrer d'une manière plus péremptoire la vérité de mes assertions, je ferai ressortir la divergence qui existe dans la symptomatologie donnée par les partisans de la colique de cuivre.

Et d'abord, la série des accidents énumérés avec de si vives couleurs par Desbois de Rochefort et les auteurs du XVIIIᵉ siècle, n'est pas constatée dans les observations de nos jours.

En parlant des ouvriers de Villedieu-les-Poëles, dans la Basse-Normandie, Desbois s'écrie : *Regnant ibi luctus communis, publicus dolor, squalor universus, habitus corporis macie livida torridus; ibi vultus et capilli sera crinitia metiuntur; ibi vertigo, cœcitas, surditas, omnium sensuum hebetudo; colli spinæ artuumque distortiones; totius corporis tremor et imbecillitas!*

Quel effrayant tableau; quelle peinture saisissante d'accidents graves et multiples! Voilà bien là les résultats d'un empoisonnement, les indices d'un agent toxique frappant la vie dans les recoins les plus éloignés de l'organisme! Vieillesse prématurée, aberration des sens, voussure du corps, atteinte de l'intelligence, *tremor corporis et imbecillitas!*

Pour les médecins de nos jours, et pour M. le docteur Blandet en particulier, la scène change : Pas d'accidents du côté du système nerveux; il s'agit d'une simple phlogose du tube intestinal; les symptômes qui la caractérisent (douleur à la pression de l'abdomen; vomissements assez fréquents; flux de sang; diarrhée avec matières alvines verdâtres) ont une durée moyenne de quarante-huit heures, et les moyens les plus doux (lait, albumine sucrée, potion laudanisée) en triomphent facilement.

Le docteur Corrigan à son tour admet un empoisonnement lent et chronique par le cuivre : d'après lui, l'absorption du métal est graduelle, le progrès de l'affection échappe au médecin parce qu'elle ne présente pas de période saillante, plus de colique, plus de paralysie. L'influence délétère du poison s'exerce principalement sur les fonctions nutritives et sur leurs principales divisions : l'absorption et la sécrétion.

Ce simple énoncé confirme notre proposition et démontre que les auteurs susnommés n'ont pas tenu un compte assez exact des symptômes inhérents à l'action seule du cuivre; chacun d'eux a étudié la question à un point de vue spécial, sans se préoccuper des causes plus ou moins éloignées qui ont agi sur l'organisme, et parmi lesquelles nous avons cité dans notre premier mémoire :

Le mélange au cuivre d'autres métaux.
Les constitutions médicales régnantes.
La malpropreté des ouvriers.
L'exposition aux intempéries des saisons du corps en pleine transpiration.
L'abus presque constant des boissons alcooliques.

Nous devons ajouter que l'analyse chimique a prouvé la présence du cuivre dans l'organisme, car l'on a constaté le métal dans les urines, les sueurs et les cheveux des ouvriers.

De tout ce qui précède :

Considérant les conditions favorables dans lesquelles ont été faites ces recherches;

Considérant les résultats fournis par l'étude et l'observation de nombreux ouvriers soumis pendant plusieurs mois à une surveillance intelligente;

Considérant la divergence qui existe dans les opinions des auteurs;

Je suis autorisé à regarder comme positives les propositions déjà mentionnées :

1º Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre, sans altération appréciable de sa santé.

2º La colique de cuivre telle qu'elle est décrite par les auteurs du XVIIIᵉ siècle, et plus près de nous par MM. Blandet, Corrigan et autres, n'existe pas.

Je suis donc heureux d'apporter mon contingent de faits à l'opinion émise par MM. Chevallier et Boys de Loury, et de pouvoir dire avec eux :

C'est, nous l'espérons, avoir rendu service à l'humanité que d'être arrivé à démontrer la non-existence de la colique de cuivre.

Les ouvriers peuvent donc sans crainte travailler à ce métal.

La démonstration de l'innocuité du travail du cuivre doit donner plus d'impulsion aux travaux des fondeurs, travaux dont les résultats sont si brillants pour les arts, et de première nécessité pour l'industrie.

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE QUELQUES POISONS;

Par le professeur KOLLIKER.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 18 février 1858.)

V. NICOTINE. — Sur les grenouilles, on obtient les résultats suivants :

1° La nicotine paralyse rapidement le *cerveau* et anéantit les mouvements volontaires.

2° Elle *excite la moelle allongée* et la *moelle épinière* et produit un tétanos de courte durée, dépourvu d'une augmentation de l'action réflexe et amenant à la fin l'épuisement.

3° Les nerfs moteurs sont paralysés par la nicotine qui leur est amenée par le sang. Quand le tétanos est violent, il concourt également à cette paralysie.

4° Les nerfs sensitifs ne paraissent pas affectés par elle.

5° Le cœur continue encore à battre longtemps après l'empoisonnement.

6° L'irritabilité musculaire n'est pas altérée.

7° La nicotine agit localement comme un agent irritant énergique.

VI. VÉRATRINE. — Expériences sur les grenouilles.

1° Elle est avant tout un excitant de la *moelle allongée* et de la *moelle épinière;* elle produit le tétanos, survenant spontanément et après l'excitation de nerfs sensitifs, mais il est de courte durée. Après la cessation du tétanos, le pouvoir réflexe est considérablement affaibli et s'éteint bientôt tandis que le pouvoir conducteur de la substance blanche paraît peu changé; néanmoins, il faut encore des expériences pour confirmer ce dernier point.

2° Le *cerveau* paraît peu affecté, car, même après l'invasion du tétanos, il existe encore des mouvements volontaires. Ceux-ci disparaissent avec le tétanos; mais on peut mettre ce fait sur le compte d'une paralysie commençante de la moelle allongée.

3° La vératrine n'a pas d'action sur les *troncs des nerfs moteurs.* Il n'y a pas de raison pour admettre que les expansions de ces nerfs dans les muscles se comportent autrement; cependant les expériences ne donnent pas de résultat positif à cet égard. Il n'existe pas non plus de paralysie de ces nerfs par surexcitation, suite de tétanos. Ce poison paralyse directement les muscles.

4° Les expériences ne sont pas concluantes touchant l'action sur les *nerfs sensitifs;* il serait cependant possible que la sensibilité moindre de la peau des animaux empoisonnés, provînt d'un engourdissement des nerfs cutanés.

5° Les *muscles striés transversalement* sont paralysés très rapidement et deviennent bientôt rigides. La rigidité commence déjà dans la quatrième heure. Des empoisonnements simultanés avec le curare et la vératrine montrent que cette dernière agit de la même manière sur les muscles dont les nerfs sont paralysés. Ce fait, ainsi que l'observation que le tétanos n'est pas la cause de la paralysie musculaire et de la promptitude de l'invasion de la rigidité, font admettre une action directe de la vératrine sur les fibres musculaires.

6° Le *cœur* devient aussi rapidement paralysé et raide, avec la vératrine seule ou bien après une administration préalable de curare. Il est peu distendu.

7° Les solutions étendues, en applications locales, n'agissent pas sur les nerfs mais influencent la moelle allongée et la moelle épinière, en provoquant le tétanos; elles agissent sur les muscles, qu'elles paralysent. Plus concentrées, ces solutions irritent les nerfs moteurs, déterminent des contractions et tuent ces nerfs.

Ces résultats obtenus sur les grenouilles concordent assez bien avec ce que nous savons touchant l'action de la vératrine sur les mammifères; excitation de la moelle (tétanos) et paralysie des muscles (ralentissement du pouls). Les indications thérapeutiques découlent de ces données.

VII. ACIDE PRUSSIQUE. — Sur les grenouilles.

1° Le *cerveau* est d'abord paralysé.

2° La *moelle* subit ensuite la même influence; le pouvoir réflexe disparaît d'abord, puis la propriété conductrice de la substance blanche.

3° Les *nerfs moteurs* sont pris en troisième lieu; dans les troncs, la paralysie marche du centre vers la périphérie. Il est incertain si les nerfs dans l'intimité des muscles, sont également influencés; cependant, il n'existe pas de raison suffisante pour ne pas l'admettre.

4° Son action sur les *nerfs sensitifs* n'a pu être déterminée; il est cependant probable que ces nerfs perdent également leur conductibilité.

5° Le *cœur* est rapidement paralysé et reste largement distendu, ce qui paraît dépendre d'une action directe de l'acide cyanhydrique sur les fibres musculaires. Il peut exister une paralysie des ganglions et des nerfs du cœur, mais elle ne saurait expliquer l'énorme dilatation de cet organe.

6° Les *muscles volontaires* perdent bientôt leur irritabilité, mais plus tard que les nerfs, et deviennent rigides en peu de temps.

7° Les *cœurs lymphatiques* ressemblent plus aux muscles volontaires qu'au cœur sanguin et paraissent battre aussi longtemps que la moelle est encore active.

8° Les muscles et le cœur de grenouilles empoisonnées avec le curare deviennent en assez peu de temps insensibles et rigides, quand on administre plus tard de l'acide cyanhydrique.

9° Ce poison, *appliqué localement sur des nerfs moteurs,* les tue à peu près dans le même espace de temps que s'il leur arrive par le sang.

10° Son application locale sur les expansions de nerfs sensitifs, les paralyse rapidement; mais cet effet disparaît après l'évaporation de l'acide.

11° Son application locale paralyse les muscles très rapidement, mais ne détermine pas la rigidité.

12° Le cyanure potassique agit plus énergiquement que de l'acide cyanhydrique de 1 à 12 p. 100 de concentration.

C'est la paralysie du cerveau, de la moelle et du cœur qui domine l'action de cette substance et entraîne rapidement la mort. Les convulsions et le tétanos observés chez les mammifères doivent être mis sur le compte de la paralysie du cœur et du trouble de la circulation qui en résulte dans les centres nerveux.

RÉSUMÉ COMPARATIF DE L'ACTION DES SUBSTANCES PRÉCÉDENTES.

I. *Irritabilité musculaire.* — *a.* Il est des poisons (curare et probablement coniine) qui paralysent les nerfs dans l'intimité des muscles, sans diminuer l'irritabilité de ces derniers, même celle-ci se conserve plus longtemps qu'à l'ordinaire.

b. D'autres substances (vératrine et probablement extrait d'ellébore noir) n'agissent nullement sur les nerfs, mais tuent les muscles.

c. D'autres substances, enfin, exercent leur influence paralysante sur les nerfs et sur les muscles (acide cyanhydrique et ses préparations).

d. Des muscles dont les nerfs sont tués par le curare, ne manifestent très souvent, sous l'influence d'irritations locales, que des contractions locales, plutôt tétaniques.

e. Les muscles qui ont éprouvé une fatigue extraordinaire par de violentes contractions tétaniques déterminées par l'opium, la strychnine ou le galvanisme, sont moins irritables et perdent leur irritabilité plus rapidement que d'autres muscles.

L'auteur fait remarquer que les première, deuxième et quatrième propositions lui feraient proclamer hardiment l'existence de l'irritabilité spéciale des muscles, si les deux premières étaient à l'abri de toute objection; il croit seulement qu'elles font contrepoids aux expériences par lesquelles Eckhard combat cette irritabilité.

II. *Rigidité cadavérique.* — *a.* L'époque de son invasion est indépendante de l'état des nerfs dans les muscles; les empoisonnements avec le curare montrent les muscles dont les nerfs sont complétement paralysés, devenir rigides plus tard que les autres.

b. Les poisons qui paralysent les fibres musculaires elles-mêmes (vératrine et acide prussique), déterminent une rigidité plus prompte.

c. Le travail exagéré des muscles par suite du tétanos (opium, strychnine, électricité), amène une rigidité plus hâtive.

d. Certaines substances appliquées localement sur les muscles retardent la rigidité (acide cyanhydrique), d'autres la favorisent (vératrine).

III. *Action sur le cœur sanguin et les cœurs lymphatiques.* — *a.* Les poisons qui paralysent les nerfs (curare, coniine) modifient peu l'activité du cœur; tout au plus le nombre des battements augmente un peu au commencement. Si l'on coupe ce cœur en fragments, il n'y a que les portions pourvues de ganglions qui continuent à battre comme dans l'expérience ordinaire.

b. Les poisons musculaires paralysent également le cœur et le rendent promptement rigide; avec l'acide prussique cet état s'accompagne d'un extrême relâchement, qui fait défaut avec la vératrine.

c. Les poisons tétaniques agissent peu sur le cœur; cependant, dans un cas d'empoisonnement par l'opium, chaque accès de tétanos était accompagné d'un court arrêt du cœur dans la diastole.

d. Les cœurs lymphatiques des grenouilles sont paralysés par les poisons qui paralysent les nerfs périphériques. Ils ne possèdent donc pas en eux-mêmes la cause de leur mouvement.

e. Pendant le tétanos de la strychnine et de l'opium, ces cœurs s'arrêtent dans un état de contraction.

f. L'électrisation de la moelle par un courant constant détermine une contraction tonique de ces organes; mais elle arrive plus lentement que celle des muscles volontaires.

IV. *Action sur le système nerveux.* — *a.* Le mode d'action spécial de certains poisons (curare) qui n'attaquent que les nerfs moteurs, et n'agissent sur les nerfs sensitifs que plus tard ou même pas du tout, démontre entre ces deux fibres nerveuses des différences qu'aucune autre expérimentation n'avait encore fait soupçonner.

b. Les essais avec le curare ont prouvé que des nerfs complétement paralysés pouvaient renaître et reprendre leur ancien pouvoir conducteur.

c. Les poisons tétaniques peuvent paralyser complétement les nerfs moteurs par surexcitation.

d. D'autres poisons, comme le curare, la coniine, la nicotine, l'acide prussique paralysent les nerfs moteurs par l'intermédiaire du sang; les trois premiers agissent d'abord sur les expansions nerveuses, l'acide d'abord sur les troncs nerveux.

e. Dans certaines circonstances, des tubes nerveux, à moelle coagulée, peuvent encore servir de conducteur, ce qui prouve que le cylindre axile est le seul élément actif.

f. L'action délétère de quelques poisons sur les nerfs se manifeste plus lentement lors de l'application locale que lorsqu'ils arrivent par le sang; la raison en paraît résider dans leur pénétration plus lente dans le tissu nerveux.

En général, les poisons montrent des affinités spéciales pour certains organes. Il n'existe encore que des poisons nervins et des poisons musculaires. Les premiers se divisent en trois groupes : 1° Ceux qui agis-

sent sur la substance grise (vératrine, strychnine, opium); 2° ceux qui affectent les tubes nerveux (curare, conine); 3° ceux qui attaquent les deux éléments (acide prussique, nicotine, éther). Dans tous ces groupes, il y a des substances excitantes et des substances paralysantes. On ne connaît pas de poison musculaire exclusif; cependant la vératrine peut presque compter dans cette classe. On ne possède pas de poison sanguin, c'est-à-dire de substance modifiant les rapports physiologiques des éléments normaux du sang entre eux, de manière à rendre le sang nuisible. Les poisons agissent sur les organes par l'intermédiaire du sang et par application locale, et la rapidité de l'action des poisons violents s'explique naturellement par la rapidité de la circulation (1).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Février 1858. — Présidence de M. Laugier.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un arrêté en date du 15 février courant, par lequel, sur la proposition du conseil d'administration de l'Académie, il a nommé bibliothécaire-adjoint de l'Académie M. le docteur Axenfeld.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Moselle et des Vosges pendant l'année 1857.

2° Deux rapports de MM. Reignier et Fournier, sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi pendant la même année dans les communes de Malavillers et de Tromborn.

3° Un rapport de M. Jobert, de Guyonvelle, sur diverses affections médicales et chirurgicales qu'il a traitées pendant l'année 1857.

4° Un rapport de M. Manouvryer, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Crespin.

5° Un rapport de M. Grenaud, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Miéry.

(Commission des épidémies.)

6° Une demande d'avis sur une source minérale sise à Saint-Romain-le-Puy.

7° Une semblable demande relative à une source située à Chambon, commune de Châteauneuf-les-Bains.

(Comm. des eaux minérales.)

8° Des remarques historiques et critiques sur le cowpox, ou picotte des vaches, par le docteur Millon, médecin à Revel (Haute-Garonne). — (Comm. de vaccine.)

9° Diverses communications relatives à des remèdes secrets.

Correspondance non officielle :

MM. Duhald et Halma-Grand, docteurs en médecine, et M. Gauche-rond, pharmacien, à Orléans, adressent un mémoire sur l'administration du cyano-ferrure de sodium et de salicine dans les fièvres d'accès, comme succédanés du quinquina. (Comm. MM. Guérard, Soubeiran et Beau.)

— M. Eugène Fournier, pharmacien, adresse un mémoire sur la composition chimique des mollusques, considérée dans ses rapports avec leur emploi médical. (Comm. MM. Moquin-Tandon et Chatin.)

— M. Staub, de Saint-Wendel, adresse une note sur un cas d'épulis, accompagnée de la pièce pathologique qui sera déposée au musée Dupuytren. (Comm. MM. Oudet et Malgaigne.)

— M. le docteur Socquet, de Lyon, adresse un mémoire sur les eaux minérales alcalines gazeuses de Condillac. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Eugène Marchand envoie une lettre par laquelle il annonce que ses expériences l'ont conduit aux mêmes résultats que M. Chatin, et par conséquent à des résultats opposés à ceux de M. de Luca : il se propose de venir prochainement faire une lecture à ce sujet devant l'Académie.

La lettre de M. Eugène Marchand sera insérée au *Bulletin*.

M. Ségalas dépose sur le bureau un exemplaire de l'ouvrage de M. P.-J. Vallez, de Bruxelles, intitulé : *Traité théorique et pratique de la chirurgie de l'œil et de ses dépendances*.

M. Devergie a la parole à l'occasion du procès-verbal : Il est un point du rapport de M. Chatin à propos duquel je voudrais lui demander un mot d'explication. Il a été dit que l'oïdium albicans déterminait l'acidité des liqueurs sucrées dans lesquelles on le mettait. La commission a répété ces expériences, et M. le rapporteur a constaté que la salive seule, mise dans un liquide sucré, le transforme en acide. Donc l'expérience qui attribue à l'oïdium le développement de cette acidité, est frappée de nullité, puisque cet oïdium était nécessairement imprégné de salive et qu'on ne sait plus si la fermentation acide est déterminée par l'oïdium albicans ou par la salive. Donc M. Gubler n'est pas fondé à dire que: l'oïdium albicans amène l'acidité sans germer d'abord et germe ensuite.

M. Chatin : M. Gubler n'a pas dit que l'oïdium était cause d'abord, il l'a toujours considéré comme effet. Quant aux expériences de la commission, le champignon a été débarrassé de la salive au moyen des lavages à l'eau et a déterminé l'acidité des liqueurs sucrées, après ces lavages. J'ajoute que, non seulement la salive, mais toutes les substances animales azotées, peuvent déterminer la fermentation acide.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur les annonces mensongères, dont voici les conclusions :

1° Il y a lieu, dans l'intérêt public, de s'opposer par toutes voies de droit à ce que des remèdes non autorisés soient annoncés comme ayant reçu l'approbation de l'Académie de médecine.

2° Il ne convient pas moins de réprimer cet abus dans l'intérêt du décret du 3 mai 1850, dont l'Académie est appelée à proposer l'application.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Guérard monte à la tribune, et, à propos d'une jeune femme morte d'une fièvre puerpérale, après un avortement à cinq mois, il rappelle les désastreux effets des épidémies de fièvre puerpérale et s'étonne que pas une discussion n'ait été soulevée à ce sujet depuis la fondation de l'Académie.

« De 1836 à 1858, on trouve seulement quatre communications : en 1839 : une lettre du professeur Faye (de Norwège), sur le traitement de cette maladie; en 1851 : une lecture de M. Arneth, sur le procédé de M. Semmelveis (de Vienne); en 1851 encore : une lecture de M. Devillers fils, sur quelques-uns des phénomènes physiologiques de l'état puerpéral et leur influence pathologique. En 1856, enfin, une lettre de M. Beau, sur les effets de l'administration du sulfate de quinine dans la fièvre puerpérale, à l'hôpital Cochin.

Cependant, depuis trente ans, il a paru des travaux nombreux et importants sur ce sujet : on peut citer, entr'autres, ceux de Dance, Tonnelé, Dugès, Baudelocque, MM. Paul Dubois, Velpeau, Danyau, Duplay, Voillemier, Jacquemier, etc., ces travaux ont modifié profondément les doctrines anciennes, et il est, je pense, du droit et du devoir de l'Académie, d'aborder une discussion sérieuse sous ce rapport : nulle assemblée, plus qu'elle, n'offre des conditions plus favorables de compétence et de liberté.

Je désirerais appeler l'attention de mes collègues, sur trois points principaux : 1° sur la nature; 2° sur le mode de propagation; 3° sur le traitement de la fièvre puerpérale.

Quant au premier point, il est clair que les hypothèses de la rétention des lochies et du lait, ainsi que celles d'une phlegmasie franche, doivent être laissées en dehors.

Quelle part doit être faite aux phlegmasies locales dans la production de la fièvre puerpérale? — La maladie est-elle due à une infection purulente? Voilà les deux questions qu'il faut, avant tout, se poser.

Relativement à la première de ces questions, on peut dire, dès à présent, que dans les attaques foudroyantes il n'y a aucune lésion, et que, dans les cas ordinaires, les lésions ne sont pas toujours les mêmes. Ainsi, sur 222 autopsies, la péritonite a manqué 29 fois; la métrite et les lésions des annexes ont manqué 25 fois; la phlébite et la lymphite utérines, 88 fois. — Ces chiffres sont fournis par M. Tonnelé. — D'après M. Voillemier, la phlébite utérine a manqué 21 fois sur 24 autopsies; la lymphite, 22 fois sur le même nombre, et, enfin, la phlébite utérine a manqué 4 fois sur 5 autopsies, d'après M. Bourdon.

Quelquefois la maladie débute pendant l'accouchement même, c'est-à-dire bien avant la production possible d'aucune lésion.

Enfin, les lésions, qu'on a voulu considérer comme les causes de la fièvre puerpérale sont variables en constance, en nombre et en intensité, suivant les épidémies. Ces lésions sont donc, au contraire, secondaires et subordonnées à une cause générale.

Relativement à la seconde question, c'est-à-dire, à l'infection purulente, nous avons vu que la phlébite et la lymphite peuvent manquer dans un grand nombre de cas, mais il y a plus : la phlébite peut exister et le pus remplir les veines utérines sans amener le développement de la fièvre puerpérale. Cela avait été signalé par Duplay; cela résulte des expériences de Gaspard, rapportées dans les deux premiers volumes des *Œuvres* de Magendie : 5 à 8 grammes de pus, injectés dans la jugulaire d'un chien ne déterminèrent que des vomissements, la fétidité de l'urine et des déjections alvines; l'animal était rétabli le lendemain. A la vérité, 16 grammes de pus fétide amenèrent la mort dans les convulsions, sans qu'il y eût eu des déjections; — à l'autopsie, on trouva le sang veineux très coagulable et très plastique; le ventricule gauche du cœur était très contracté et offrait à l'intérieur des taches lie de vin formées par une pellicule concrète; les autres organes étaient sains. Mais, peut-être, expliquerait-on ces insuccès par ce qui faisait avorter les transfusions du sang, tentées anciennement, à savoir : par le volume différent des globules injectés et par leur arrêt dans les capillaires; toutefois, M. Brown-Séquard vient, dans des expériences récentes, de montrer qu'on peut, sans danger, injecter du sang contenant des globules de volumes différents, en ayant le soin de faire à l'animal qu'on veut injecter, une saignée préalable. Avant lui, M. Félix d'Arcet avait obtenu des résultats opposés à ceux de Gaspard, en injectant du pus d'homme ou de chien, mais jamais il n'avait vu se former des abcès multiples semblables à ceux qui caractérisent l'infection purulente consécutive aux affections chirurgicales.

Enfin, Duplay, sur une femme de 27 ans, morte deux jours après son entrée à la Pitié, ne trouva aucun symptôme de résorption purulente.

La fièvre puerpérale n'est donc pas due à une infection purulente.

S'il m'a été facile de montrer le côté faible des théories anciennes, j'éprouve une certaine hésitation au moment d'aborder la question de la nature intime de la fièvre puerpérale et de dire ce qu'elle est.

Les épidémies de fièvre puerpérale, bien que dissemblables entr'elles, ont toutes, néanmoins, un air de famille qui ne permet pas de les confondre avec d'autres maladies. Elles présentent deux ordres de symptômes caractéristiques, dépendant : 1° les uns, de la femme en état de gestation; 2° les autres, du milieu dans lequel elle vit. Ceux-ci déterminent *la forme* de l'épidémie; de ceux-là dépend la nature intime de la maladie.

La subordination physiologique et pathologique du fœtus à la mère a donné lieu à divers travaux importants, qui montrent que, indépendamment des modifications de l'état physiologique pendant la grossesse, il se produit des aptitudes morbides correspondantes. Les observations de M. Trousseau ont fait voir que l'érysipèle et le muguet, chez les enfants, étaient plus fréquents pendant les épidémies de fièvre puerpérale. D'après MM. Moreau, P. Dubois et Danyau, la mortalité est plus grande parmi les nouveau-nés pendant les épidémies de la Maternité. M. Clintock a observé, à la Maternité de Dublin, une épidémie pendant laquelle, sur 14 femmes malades, 10 moururent : 5 enfants succombèrent.

Au nombre des thèses soutenues à la Faculté de Paris, il faut distinguer celle de M. Lorain, en 1855, intitulée : de l'état puerpéral chez le fœtus et l'enfant nouveau-né. Dans cette thèse, M. Lorain établit la solidarité morbide entre la mère et l'enfant; il montre la maladie transmise à celui-ci, coexistant chez tous deux sans ordre déterminé d'apparition, ou n'existant que chez l'un d'eux seulement; — les lésions peuvent différer ou être les mêmes (péritonite, infection purulente). M. Lorain n'a pas trouvé avant *le septième* mois, chez l'enfant, de lésions liées à l'état puerpéral. Cependant, il existe des observations de femmes mortes, avant cette époque, de la fièvre puerpérale.

Peut-on légitimement conclure de ces faits à l'existence d'un virus, infectant la mère et l'enfant, isolément, simultanément ou successivement? Cette hypothèse d'un virus semble devenir une réalité, en présence de certains faits qui m'amènent à traiter de la propagation de la fièvre puerpérale.

Des faits nombreux semblent établir l'influence considérable de l'infection et de la contagion sur la propagation de cette maladie. Ainsi l'émigration, lors d'une épidémie en ville, ou l'évacuation des salles des hôpitaux infectés, en contrebalançant les effets funestes de l'agglomération, sont un des meilleurs moyens à opposer au développement de la fièvre puerpérale. Tout le monde sait que le séjour récent dans le foyer épidémique est plus dangereux que le séjour ancien d'où résulte une sorte d'acclimatation. Les faits dont j'ai parlé plus haut, de mortalité augmentée parmi les enfants, en temps d'épidémie, dans les grands établissements nosocomiaux, viennent à l'appui de l'hypothèse d'un virus.

Ainsi encore, la contagion semble mise hors de doute par les lotions chlorurées et le nettoyage des mains à la brosse, prescrites par le docteur Semmelveis, à Vienne, qui abaissèrent immédiatement le chiffre de la mortalité de 57 à 12. Les mêmes résultats furent obtenus par Michaëlis, à Kiel. M. Depaul a publié deux faits de fièvre puerpérale communiquée par lui à de nouvelles accouchées qu'il avait visitées après avoir fait l'autopsie de femmes mortes de cette maladie. Une jeune sage-femme succomba aussi à cette affection après avoir donné ses soins à une nouvelle accouchée atteinte de fièvre puerpérale.

J'aborde à présent la question du traitement : tous les moyens préconisés pour combattre la fièvre puerpérale peuvent se ranger sous quatre chefs : 1° les antiphlogistiques; 2° les narcotiques; 3° le sulfate de quinine; l'ipéca. Les antiphlogistiques ne sont jamais que d'un médiocre secours et sont quelquefois dangereux, je ne m'en occuperai pas. Divers narcotiques ont été vantés, je ne parlerai que de l'opium, que j'ai expérimenté moi-même et qui souvent m'a fait croire que j'étais parvenu à enrayer, par ce moyen, les symptômes les plus graves de cette maladie. Je suis convaincu que le seul mode de l'employer avec efficacité consistait à l'administrer à haute dose et dès le début. C'est de cette manière que je suis parvenu à arrêter une invasion de fièvre puerpérale chez une jeune femme de ma famille.

Le sulfate de quinine, dans la fièvre puerpérale, a fait l'objet d'une communication intéressante de la part de notre collègue, M. Beau, qui est venu vous dire à cette tribune les heureux résultats qu'il avait obtenus de son administration. M. Leudet, qui a fait, à ce sujet, d'intéressantes recherches dans son service de clinique à l'Hôtel-Dieu de Rouen, a démontré que le sulfate de quinine constituait, non seulement un bon remède curatif, mais encore un prophylactique des plus sûrs.

Quant à l'ipéca, il a été surtout vanté par Doulcet, qui avait obtenu, en 1782, de bons effets de son usage à l'Hôtel-Dieu de Paris. Plus tard, ce remède donna des résultats variables. M. Tonnelé, dans son mémoire (*Archives*, 1830), rapporte les expériences instituées à ce sujet par M. Desormeaux et desquelles il résulte que des succès prodigieux furent obtenus pendant deux mois, de septembre à octobre, mais, à la fin d'octobre, il fallut y renoncer. Si bien qu'on est obligé de revenir à ce précepte de Sydenham, voulant qu'on ne se conduise pas de la même manière dans les différentes épidémies; qu'on les étudie avec soin au début, malgré leur similitude apparente, afin d'en reconnaître le véritable caractère, et de se mettre en mesure de les attaquer en toute confiance et avec certitude de succès.

Il nous faut donc admettre, dans cette redoutable affection, une cause générale dominant toutes les individualités et, sans doute aussi, une thérapeutique variant avec ces mêmes individualités morbides. »

Après avoir rappelé les succès si brillants, mais si éphémères de la doctrine physiologique qui, pendant quinze ans, avait fait fouler aux pieds l'autorité des maîtres et abandonner les idées de Sydenham que M. Guérard vient de rappeler, l'honorable académicien ajoute :

« Mais je n'ai abordé cette tribune que dans le but d'y appeler ceux de nos honorables collègues qui, par la spécialité de leurs études et l'étendue de leurs connaissances, méritent de faire autorité dans la question; je me flatte qu'ils ne resteront pas sourds à mon appel.

Quel que soit le résultat de la discussion qui va s'ouvrir, il ne peut manquer d'être avantageux pour tous, soit par les vérités qu'il mettra en lumière, soit par les erreurs qu'il détruira ou les illusions qu'il dissipera, soit enfin par la direction nouvelle qu'il imprimera aux recherches à faire sur un sujet d'une aussi grande importance que celui de la fièvre puerpérale. »

M. Depaul s'associe au vœu exprimé par M. Guérard. Vu l'importance du sujet, il demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

La proposition de M. Depaul est appuyée, et la parole lui sera donnée mardi prochain.

M. le docteur Prosper de Piepra Santa lit une note intitulée : *De la non-existence de la colique de cuivre.* — (Voir plus haut, à l'article : *Hygiène publique.*)

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Vaginite après une fausse-couche, occlusion du vagin, par le docteur Bennet-Dowler. — La malade est une femme de 22 ans, petite, d'un tempérament nervoso-bilieux, d'une bonne santé habituelle; elle a déjà eu deux enfants, dont le plus jeune a deux ans et demi. Il y a cinq mois environ, sans cause connue, elle fit une fausse-couche vers la fin du second mois de sa grossesse. Un médecin du voisinage fut appelé dès que la perte sanguine se manifesta. Il pense que la fausse-couche s'est faite aussitôt après l'hémorrhagie; mais celle-ci recommença bientôt et dura jusqu'au onzième jour, époque à laquelle, d'après le dire de la sœur de la malade, la fausse-couche eut lieu véritablement; bientôt après l'hémorrhagie cessa. La malade était profondément affaiblie par cette perte de sang; sous l'influence d'une médication appropriée, elle se rétablit peu à peu. Elle se plaignait constamment d'une douleur qu'elle attribuait à une irritation de l'utérus et du

(1) Extrait des *Archiv f. path. anat. u. physiol.*, etc., t. X, 1856.

vagin. On lui conseilla de faire des injections d'eau de savon, mais il lui fut impossible d'introduire la seringue dans le vagin, celui-ci s'était oblitéré. Quand les époques menstruelles revinrent, le sang ne put s'écouler au dehors; aussi, la malade souffre-t-elle beaucoup à ses époques; dans les intervalles, elle n'a pas de douleurs.

J'ai vu la malade il y a peu de jours, je l'ai examinée et j'ai trouvé les parois vaginales entièrement adhérentes l'une à l'autre à environ un pouce et demi de l'orifice vulvaire. J'ai reconnu avec le doigt que ces adhérences sont formées par deux brides cicatricielles en croix, lisses et tendues; je crois que ces adhérences occupent toute la longueur du vagin et envahissent peut-être même le col utérin.

L'auteur ajoute qu'il est très embarrassé et qu'il ne sait que faire dans un cas pareil. Il craint une hémorrhagie s'il divise les parties, il craint de ne pouvoir empêcher l'adhésion des parois du vagin après l'opération; enfin, il craint de voir se développer une inflammation qui serait fatale à la malade.

IMPERFORATION DE L'HYMEN AVEC ACCUMULATION DU SANG MENSTRUEL DANS LE VAGIN ET L'UTÉRUS, par le docteur Ch. Bell. — L'occlusion complète du vagin est excessivement rare; dans son immense pratique, Isaac Baker Brown, de Londres, n'en a vu que deux cas, et encore, à l'époque où on le consulta, il y avait chez une de ces malades un petit orifice de l'hymen qui donnait passage aux règles, et chez l'autre le sang s'échappait par une fistule urétro-vaginale.

Le docteur Dewees, de Philadelphie, n'en parle pas dans son *Traité des maladies des femmes* (1843). Le docteur Shuttice, de Virginie, en cite un cas, qu'il a observé en 1844, chez une jeune femme qui perdit environ huit livres d'un sang noir et grumeux.

Il y a quelques années, un cas semblable se présenta à l'hôpital de Londres, l'opération fut suivie de péritonite, et la malade faillit en mourir. Morgagni en cite un cas qui s'est terminé par la mort; on trouva que le sang s'était échappé par une déchirure d'une trompe de Fallope et s'était épanché dans le péritoine.

Les causes qui, après cette opération, mettent la vie de la malade en danger, semblent être celles qui produisent la fièvre puerpérale épidémique. Les changements que le contact de l'air fait subir au sang, longtemps retenu dans le vagin, l'inflammation déterminée par l'usage des injections, celle que produit dans le vagin l'opération qui a pour but de dilater ce canal, l'extension de cette inflammation à l'utérus et au péritoine, et, enfin, l'évacuation trop brusque du liquide.

Sans doute, il existe des causes cachées, en vertu desquelles la péritonite se développe après une inflammation que l'accouchement a déterminée dans l'utérus et le vagin; ces mêmes causes inexplicables existent souvent après une opération faite pour évacuer le sang des règles. Il faut donc, à moins que le cas ne soit très urgent, attendre pour pratiquer cette opération, que les causes qui produisent la fièvre puerpérale épidémique aient entièrement cessé d'exister. Comme le fait observer le docteur Brown, il est facile de comprendre comment une inflammation de la muqueuse vaginale peut s'étendre à l'utérus, et de celui-ci au péritoine par les trompes de Falloppe : le docteur Bell blâme la méthode opératoire de M. Brown, qui enlève circulairement la membrane à son point de jonction avec les petites lèvres; cette incision expose à des inflammations graves du vagin, et, de plus, elle expose à des rétrécissements de l'orifice vulvaire par la rétraction du tissu cicatriciel qui succède à l'incision circulaire.

Voici le fait du docteur Ch. Bell : La malade a 14 ans, elle est forte, vigoureuse, pléthorique. Depuis un an, elle a eu une suppression d'urine qu'on a combattue par les bains chauds et l'usage de la sonde, mais on ne découvrit pas d'occlusion; durant cette année, elle s'est souvent plainte de maux de tête, de constipation, de vertige et de dysurie. Quand je la vis, elle se plaignait d'une douleur aiguë dans le bassin et à la tête, et de fréquentes envies d'uriner. Je trouvai une tumeur ronde, qui sortait par la vulve, et une autre tumeur au-dessus du pubis, qui était grosse comme la tête d'un enfant. Dans de telles circonstances, et prenant en considération les antécédents de la malade, il était évident que l'écoulement menstruel s'était fait régulièrement pendant plus d'un an et demi, et que le sang avait été retenu dans le vagin et dans l'utérus par une imperforation de l'hymen.

La douleur était vive dans le bas-ventre, il était donc probable que la malade était à une de ses époques et que les accidents s'aggraveraient si l'on n'y portait promptement remède : il était donc urgent de pratiquer l'opération. La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, on trouva l'état suivant : l'hymen a environ deux pouces de diamètre, il est couvert par une membrane muqueuse rouge, il s'attache par son bord supérieur à un pouce et demi au-dessous du méat urinaire, qui est un peu dilaté; il ne présente aucune ouverture, et il est impossible à un stylet très fin de pénétrer dans le vagin. Je passai une sonde dans la vessie pour m'assurer que ce n'était pas l'accumulation de l'urine qui formait la tumeur du bas-ventre; il ne s'écoula qu'une faible quantité d'urine. J'essayai de faire entrer un bistouri étroit dans le vagin, mais la membrane, dense, fibroïde et presque cartilagineuse résista malgré la pression exercée par le liquide que contenait le vagin; je saisis alors l'hymen avec un ténaculum et je l'incisai lentement d'avant en arrière. Immédiatement il sortit un liquide visqueux, ressemblant à de la mélasse, qui coula doucement; il en sortit environ 40 à 50 onces. On injecta de l'eau tiède, puis on plaça un tampon de charpie huilée dans le vagin. On fait pendant deux semaines des injections auxquelles on ajoute, de temps à autre, un peu de sulfate de zinc. La dilatation faite à l'aide d'instrument provoque un peu d'écoulement muco-purulent qui diminue bientôt, et finit par cesser complètement. Trois semaines après l'opération, la malade fut prise d'une fièvre rémittente bilieuse grave avec une péritonite qui, heureusement, ne s'étendit pas à l'utérus : elle guérit parfaitement.

On a conseillé de faire une incision cruciale ou en étoile, et d'enlever les angles formés par cette incision; mais je ne crois pas que ce procédé fût convenable dans ce cas, l'hymen ayant plus d'un quart de pouce d'épaisseur. La fonction du vagin à l'âge où est la malade (14 ans) est de donner issue au sang des règles; celles-ci s'établissant d'une façon normale, la constitution reprendra son équilibre; et lorsque la malade sera en âge de se marier, on pourra, afin de rendre le coït possible, enlever les portions restantes de l'hymen sans avoir à craindre les accidents inflammatoires qui seraient à redouter à présent. — (*The medical World, Nantucket,* février 1857.)

OCCLUSION DU VAGIN; par le docteur H. Mussey. — Mme A..., 22 ans, a eu une vaginite à la suite de son accouchement, il y a trois mois. Aujourd'hui, il existe une occlusion du vagin avec des cicatrices à la peau, qui sembleraient indiquer qu'il y a eu déchirure du périnée. Après quelques essais, un stylet fut introduit dans le vagin, et, à l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri, on déchira les adhérences des parois du vagin. Ces adhérences, dirigées d'arrière en avant, variaient en étendue d'un demi-pouce à un pouce et demi. — (*Cincinnati medical observer,* juillet 1857.)

OCCLUSION COMPLÈTE DU VAGIN ET RÉTENTION DES RÈGLES; GUÉRISON PAR UNE PONCTION RECTALE; par le docteur Hastings Hamilton. — Mme S..., 35 ans, a fait, il y a six mois environ, une fausse-couche au quatrième mois de sa grossesse. Le placenta fut retenu pendant plusieurs jours dans l'utérus, s'y décomposa et produisit une violente inflammation de cet organe et du vagin; quelques semaines après, il y avait une occlusion complète du vagin. Depuis ce temps, elle a été sujette à de la diarrhée, quelquefois sanguinolente, surtout à l'époque de ses règles; à ces mêmes époques, elle a un sentiment de plénitude dans les reins et une sensation de pesanteur et de pression sur le rectum.

Je trouvai le vagin complètement oblitéré à environ deux pouces de l'orifice vulvaire; le rectum et la vessie semblaient être en contact immédiat. Il n'y avait pas de distension de l'abdomen, et on ne sentait aucune fluctuation par le vagin.

Craignant de ne pouvoir arriver à l'utérus par le vagin sans risquer de pénétrer dans la vessie ou dans le rectum, considérant que la santé générale n'était pas très bonne et que la ménopause pourrait ne pas être très éloignée, je renvoyai la malade sans l'opérer.

Deux ans après, elle était exactement dans le même état, quand un chirurgien ambulant lui proposa de la guérir par une opération. Cette opération consista en une incision qui pénétra du vagin dans le rectum : le chirurgien dit qu'il avait pénétré dans la matrice, mais que celle-ci était vide. Il s'en suivit une hémorrhagie considérable qui laissa la malade dans un état de faiblesse extrême; la plaie se cicatrisa promptement.

Le 6 mars 1856, je trouvai la malade en proie à de vives douleurs causées par la pression qu'exerçait le sang menstruel accumulé. A chaque époque elle avait les mêmes douleurs, et, dans les derniers mois, on avait eu recours au chloroforme pour calmer les souffrances. L'utérus, très dilaté, se sentait facilement à la partie antérieure du ventre et par le toucher rectal. Introduisant une sonde dans l'urètre, et, poussant l'index de la main droite au fond du vagin, je reconnus que la vessie était tellement déjetée en arrière, dans le cul-de-sac vaginal, qu'il était impossible d'arriver par ce point à l'utérus sans blesser la vessie : je résolus donc de ponctionner l'utérus par le rectum.

Plaçant la malade sur le bord du lit, j'introduisis sur l'index de ma main droite un trocart armé de sa canule, et je le plongeai dans l'utérus. En retirant le trocart, il s'écoula par la canule un liquide brun foncé, non coagulé, inodore. Passant mon doigt autour de la canule, je touchai partout l'utérus, dont les parois étaient amincies. Il sortit environ une pinte de sang menstruel. J'introduisis mon doigt dans la cavité utérine, mais je ne pus reconnaître le col, tant l'oblitération était complète.

Quatre mois après l'opération, Mme S... m'écrit qu'elle se porte très bien, que ses règles arrivent régulièrement, s'écoulent par le rectum et ne lui causent aucune douleur. — (*Buffalo med. journal.*) — D.

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE, DE ROUGEOLE ET DE CHOLÉRA OBSERVÉS SIMULTANÉMENT A L'HOPITAL DES ENFANTS DE SAINT-PÉTERSBOURG, par le docteur Weisse. — Depuis trois ans déjà, le choléra règne d'une manière continue, et, pendant ce temps, la scarlatine et la rougeole se sont montrées comme à l'ordinaire. Mais, au printemps 1855, ces maladies éruptives devinrent épidémiques et très meurtrières. Le célèbre auteur a surtout considéré les malades qui lui arrivaient d'un pensionnat de jeunes filles, l'établissement Demidon. Sur 230 enfants qui s'y trouvaient, 52 sont entrés à l'hôpital avec la scarlatine ou la rougeole, du 15 mars au 12 mai. Sur ce chiffre, il y eut 20 morts, mortalité énorme; de 12 enfants pris consécutivement de choléra, 2 seulement ont pu être sauvés. Ce qui rend cette relation surtout intéressante, c'est le règne simultané de la scarlatine et de la rougeole. Au commencement, la première maladie existait seule; bientôt, cependant, l'autre s'y est associée, et les deux ont été observées sur les mêmes malades : au milieu de l'épidémie, l'éruption était morbilleuse et la desquamation scarlatineuse. Ainsi, deux maladies aiguës existaient à côté l'une de l'autre. Dans le début de l'épidémie, on a observé 9 cas dans lesquels la rougeole ne s'est montrée qu'après l'évolution plus ou moins complète de la scarlatine (presque toujours il existait encore de la desquamation). Dans la seconde moitié, pendant laquelle le choléra sévissait cruellement et modifiait la marche de la maladie, on a observé 5 cas dans lesquels la coexistence des deux affections éruptives était évidente : dans 3, absence d'angine; symptômes catarrhaux, desquamation par lambeaux dans la troisième et la quatrième semaine; dans les 2 autres, symptômes bronchiques et angine (l'une des malades avait la langue scarlatineuse), et desquamation par lambeaux.

Aucune malade ne fut prise d'une complication cérébrale évidente ou d'anasarque, accompagnement si fréquent de la scarlatine; mais on a observé l'otorrhée et les abcès ganglionnaires, issues que l'on trouve plus fréquemment avec la scarlatine qu'avec la rougeole, mais qui ne sont pas rares dans celle-ci. Les enfants étaient enlevés ordinairement par la diarrhée (non cholérique), et, dans des cas plus rares, par une affection pneumonique consécutive, attributs plutôt de la rougeole.

Il n'y eut pas un cas de scarlatine miliaire; quand les deux maladies coexistaient, l'éruption participait des deux : large et par plaques en certaines parties, petite et ponctuée en d'autres; elle se montrait simultanément presque sur tout le corps. La couleur n'offrait rien de particulier et n'est d'ailleurs pas de grand poids, dans les circonstances ordinaires, pour déterminer à elle seule la nature de la maladie.

Enfin, ce n'est qu'avec le règne de la rougeole que le choléra apparut d'une manière évidente et fit beaucoup de victimes. Pourrait-on en conclure que le choléra a plus d'affinité pour la rougeole que pour la scarlatine ? — (*Journal f. kinderkrankh.*, 1856, nos 7 et 8.)

COURRIER.

Par suite du décès de M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel médical des hôpitaux de Paris :

M. Bergeron passe de l'hôpital Saint-Antoine à celui de Sainte-Engénie;

M. Boucher de la Ville-Jossy passe de la Direction des nourrices à l'hôpital Saint-Antoine;

M. Lailler, médecin du Bureau central, est nommé à la Direction des nourrices.

— Les juges du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 8 mars prochain, sont :

MM. Laugier, Malgaigne, Maisonneuve, Ricord et Pelletan de Kinkelin, *juges;* MM. Paul Dubois et Piorry, *suppléants.*

Les candidats sont : MM. Bastien, Béraud, Dolbeau, Fano, Fouché, Houël, Jamain, Legendre, Parmentier, Trélat.

— M. le dr Fontainilles, du Tarn, vient de mourir dans la force de l'âge, le 13 janvier dernier. Parti la veille de Vabre pour visiter ses malades de la campagne, il retournait chez lui par une nuit obscure et par un temps rigoureux. Sur le versant d'une montagne abrupte, à quelques pas seulement de la ville de Vabre, le chemin se trouva couvert de verglas. Le cheval glissa jusqu'au bord de la route, appuyée en cet endroit sur un mur de soutènement de plusieurs mètres d'élévation. Et alors, qu'arriva-t-il ? Aucun témoin ne peut le dire. Il est probable que cheval et cavalier tombèrent ensemble; que l'infortuné médecin fut tué sur le coup, et roula immédiatement dans un canal rapide qui alimente le bassin d'une filature de coton. Ce ne fut que le lendemain matin que le corps de M. Fontainilles fut trouvé à l'embouchure du bassin. Le cheval était resté dans le canal, à l'endroit de la chute; il n'avait aucun mal.

M. le docteur Fontainilles était un esprit éminent, fort apprécié dans son pays, et de plus un noble cœur, une de ces âmes modestes qui, fuyant le bruit et faisant le bien, aiment à vivre dans le plus humble, mais dans le plus fécond dévouement.

M. le docteur Bernard Lavergne, ancien représentant du peuple pour le département du Tarn, a rendu en termes chaleureux un suprême hommage à cet homme de bien, qui était adoré dans la contrée qu'il habitait.

DÉCOUVERTE D'EAUX MINÉRALES. — Les journaux ont déjà parlé de la découverte de sources d'eaux minérales dans le lit du Doubs. Voici quelques nouveaux détails curieux sur ce sujet, qui sont adressés des frontières de Suisse au *Salut public* de Lyon :

L'une des sources encadrées dans la glace, est d'une force extraordinaire, et de son bouillonnement rayonnent des globules en grande quantité, qui, malgré l'acide carbonique contenu dans cette eau, se trouvent remplis de gaz inflammable, si bien qu'en approchant une allumette enflammée de la source, on voit celle-ci s'entourer d'une ceinture de flammes voltigeant sur l'eau. Quelques personnes ayant fait, par hasard, cette découverte, résolurent de pousser plus loin l'expérience et de voir s'il ne serait pas possible d'obtenir un feu continu. Dans ce but, elles couvrirent la source d'un grand entonnoir de tonnelier, le tube de l'instrument faisant l'office de cheminée. Approchant alors l'allumette de l'orifice du tube, elles eurent la satisfaction de voir s'élever du goulot un magnifique jet de flamme d'un pouce de diamètre et d'un pied de hauteur, qui brûla sans interruption tant que l'appareil improvisé fut sur la source.

La dégagement qui s'opère dans cette source est tellement fort que, si l'on a la fantaisie de boucher le goulot avec la main pendant deux minutes, pour laisser ensuite le gaz s'échapper subitement, l'inflammation peut alors avoir lieu à 3 pieds au-dessus du goulot, et il se produit un jet qui est un véritable tourbillon de flammes de 5 à 6 pieds de hauteur. Les deux autres sources présentent le même phénomène, mais avec beaucoup moins de puissance.

— La Société impériale de médecine de Lyon vient d'accorder une mention honorable, méritée par leur zèle exceptionnel, aux médecins vaccinateurs dont les noms suivent :

MM. Clément (de Beaujeu), Petit (de Givors), Payot (de Saint-Laurent-de-Chamousset), Petit (de Thurins).

Quarante-cinq médecins vaccinateurs du département du Rhône ont obtenu des primes proportionnelles au nombre des vaccinations pratiquées par eux durant l'année 1857. — (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Huet, à Ecouen.	10 fr.
Davila, direct. de l'École nationale de méd. et de pharm. de Bucharest. .	20
	30 fr.
Souscriptions antérieures. .	1,042
Total.	1,072 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 24. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 27 Février 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 FÉVRIER 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Au nombre des membres de la commission d'organisation de l'Association générale, nous pouvons ajouter les noms de MM. Jules GUÉRIN et MICHON.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance, comme celle qui l'a précédée, n'a offert qu'un intérêt douteux : Rien de saillant dans la correspondance, communications sans couleur, absence d'animation dans l'aspect général, beaucoup de places vides parmi les fauteuils des académiciens et aussi sur les banquettes du public et des journalistes. Voilà le bilan des deux derniers lundis.

A quoi tient ce ralentissement momentané du mouvement scientifique, à l'Académie des sciences ? Faut-il y voir — que Minerve nous pardonne l'irrévérence — une suite des jours de folie, souvenir des antiques Lupercales, dont la célébration finit à peine ; faut-il, plus respectueusement, n'y voir que le résultat de la mauvaise santé dont souffre Paris en ce moment ?

Explique le fait qui pourra; nous trouvons que c'est déjà trop de le constater.

— M. Flourens, dépouillant la correspondance, a mentionné une lettre de remercîments du docteur Fonssagrive, dont le *Traité d'hygiène navale* a été couronné par l'Académie.

M. Philippeaux a envoyé une note sur les effets de la suppression complète des capsules surrénales chez des animaux albinos.

M. Beaufils a envoyé un mémoire sur les anesthésiques, dans lequel il démontre que l'anesthésie est produite par la diminution du volume d'oxygène que reçoivent les poumons. Il demande que son travail soit examiné par une commission et soit l'objet d'un rapport.

M. Jolly, professeur de zoologie à Toulouse, a envoyé une note sur la découverte d'un nouvel hématozoaire, du genre filaria, observé par lui chez le phoque.

M. Albert Puech, de Toulon, a adressé à l'Académie un travail sur l'hématocèle qu'il considère, non comme une maladie, mais comme un symptôme, et sur le traitement purement médical qui lui convient.

M. le docteur Niobé a envoyé la relation de l'épidémie de choléra qui a sévi sur la ville de Gy (Haute-Saône). M. le secrétaire perpétuel a présenté ce travail à ses collègues, avec de grands éloges : « Les faits, a-t-il dit, que rapporte M. Niobé, ont été bien observés, les observations sont parfaitement résumées et la statistique qui accompagne ce travail, appuyée sur des éléments nombreux, est très intéressante dans ses résultats. Il serait fort à désirer que tous les travaux sur le choléra, que l'on adresse à l'Académie fussent, en tant que méthode et disposition de matériaux, semblables à celui-ci. »

M. le docteur Aulagnier a adressé à l'Académie un volumineux manuscrit sur l'histoire de Barèges, ces thermes célèbres, à propos desquels, s'il faut en croire M. Aulagnier, la vérité complète n'a jamais été dite.

L'aspect de ce manuscrit a mis fin aux dispositions bienveillantes qu'avait éveillées en M. Flourens la brochure de M. Niobé : « Cela est beaucoup trop considérable pour être lu, a dit M. le Secrétaire perpétuel; ce serait un véritable travail pour le commissaire chargé de faire le rapport; les auteurs devraient songer qu'il y a beaucoup de mérite à résumer en peu de pages un grand nombre d'observations et que ce mérite est surtout apprécié par ceux qui sont chargés d'examiner leurs mémoires. »

M. Ozanam, ancien bibliothécaire de la Faculté de médecine, a envoyé une étude de l'acide carbonique, au point de vue de la production de l'insensibilité par inhalation. Il résulte d'expériences faites par M. Ozanam sur 27 lapins que cet agent est le plus innocent et en même temps le plus efficace des anesthésiques.

M. le Secrétaire perpétuel a eu le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Victor Lottin, membre correspondant de la section de géologie. M. Lottin habitait Versailles.

— M. Flourens a encore donné lecture d'une lettre de M. Foucault, qui se porte candidat à la place laissée vacante, dans la section de mécanique, par la mort de M. Cauchy.

M. d'Archiac a déposé sur le bureau le septième volume de son grand ouvrage intitulé : *Des progrès de la géologie*. Cet ouvrage a été commencé en 1842, et le premier volume a été publié en 1846. Il s'est élevé, à propos de la présentation de ce volume, une discussion assez vive, bien que très courtoise, entre M. Élie de Beaumont et M. d'Archiac. Il s'agissait d'un fait (la disposition de la flore du terrain houillier dans une certaine région) en contradiction avec la théorie soutenue par M. d'Archiac. Celui-ci reconnaissait le fait observé par M. Élie de Beaumont, comme parfaitement exact, mais il le rangeait parmi les exceptions, inexpliquées jusqu'ici, et le croyait trop isolé pour renverser une théorie que toutes les autres observations confirment d'ailleurs. M. Élie de Beaumont, de son côté, maintenait qu'un fait ne peut pas avoir tort, et que, puisqu'il était contraire à la théorie, et non contesté, on devait reconnaître que celle-ci était au moins insuffisante. Chacun des deux adversaires est resté convaincu de l'excellence de ses raisons propres, et la discussion a cessé faute de concessions.

M. Heurteloup a envoyé le commencement d'un mémoire sur la lithotripsie, et M. Leroy d'Étiolles est venu lire un travail sur le même sujet.

Nous avons dit un mot, dans notre dernier *Bulletin*, de la réclamation de priorité adressée à l'Académie, relativement à la découverte, faite par M. Cl. Bernard, de la couleur rouge que présente le sang veineux après avoir traversé les organes éliminatoires. L'auteur de cette réclamation, dont le nom, probablement fort mal écrit, avait été certainement mal lu par M. le Secrétaire perpétuel, est M. Brachet, de Lyon.

La note de ce savant, insérée aux comptes-rendus hebdomadaires de l'Académie, et par laquelle il motive sa réclamation, nous paraît si étrange, que nous croyons devoir la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Après avoir rappelé le titre du travail de M. Cl. Bernard, et avoir dit qu'il s'associe aux éloges qui lui ont été décernés, il ajoute : « Vous pourrez juger de la satisfaction que j'en éprouve, quand vous saurez que, depuis dix-huit ans, j'ai émis la même opinion. Pour le prouver, je me contente de transcrire un alinéa de ma *Physiologie élémentaire de l'homme*. Il est imprimé à la 176e page du premier volume. Voici cet alinéa :

« Il est une remarque bien importante à faire. Toujours et partout le sang perd sa couleur rutilante en traversant les organes ; il perd donc une certaine quantité d'hématosine ; *mais il en perd davantage lorsque l'organe exécute sa fonction*. Alors il revient plus noir, lors même que la fonction n'enlève rien au sang, comme la contraction musculaire. Ainsi que je l'ai démontré en 1840, le sang qui sort d'un muscle en contraction est toujours plus noir, par conséquent plus défibriné que celui qui sort d'un muscle en repos, etc. »

C'est précisément le contraire que professe M. Cl. Bernard,

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE, PRATICIEN DE PARIS.

1er février. — Dans l'éventualité de mon mariage, je m'occupe à faire rentrer quelques fonds. J'ai écrit aujourd'hui à un de mes clients dont je soigne la femme et les trois enfants depuis plus de trois ans, et à qui je n'ai pas encore demandé d'honoraires, tant cette famille est polie pour moi. Je suis invité à dîner au moins une fois par mois chez ces braves gens, et il n'y a pas de bonne petite fête de famille à laquelle je ne sois convié.

Le 2. — A cette demande d'honoraires j'ai reçu la réponse suivante:

Monsieur le docteur,

C'est avec une grande surprise que j'ai reçu votre note d'une somme de 140 fr. pour vingt-huit visites faites en trois ans à ma femme et à mes enfants. Vous avez oublié, et vous me forcez à vous rappeler que, depuis trois ans, vous avez accepté des dîners chez moi pour une somme supérieure à celle que vous me réclamez. En voici le détail :

30	dîners à 3 fr. l'un			90 fr.
3	*id.*	d'extrà pour la fête de ma femme, à 6 fr.		18
3	*id.*	*id.*	pour ma fête, à 6 fr.	18
1	*id.*	*id.*	pour la 1re com. de ma fille, à 6 fr.	6
3	*id.*	*id.*	pour la distribution des prix de mes enfants, à 6 fr.	18
			Total	152 fr.

C'est donc 12 fr. que vous me redevez et que je vous prie de me faire remettre, car personne dans ma famille n'aura plus recours aux soins d'un médecin si oublieux.

J'ai l'honneur d'être, etc.

X..., fabricant de boutons.

Benoît rit à se tordre de cette lettre qui ne me paraît pas cependant bien risible. Il veut que j'assigne ce client devant le juge-de-paix pour le mardi-gras. Ce sera une *cause grasse*, dit-il.

— Tu allais donc dîner là sans qu'on t'invite?

— Jamais, et toutes les fois, au contraire, que j'allais dîner, il me fallait donner consultation à toute la famille et même aux domestiques.

— Et tu as compté ces consultations dans ta note?

— Mais pas du tout, je n'ai tenu compte que des visites faites en dehors des jours où j'allais dîner.

— Alors il faut poursuivre, et je m'en charge.

Le 3. — J'ai raconté cette aventure à mon futur beau-père, marchand de toiles de la rue Saint-Fiacre. Benoît m'a dit que j'avais eu tort, et que, d'un air très froid, le beau-père lui avait demandé si de pareils mécomptes m'arrivaient souvent. Il a ajouté que l'état de médecin lui semblait peu positif. Il a fait questions sur questions qui ont embarrassé Benoît qui, cependant, ne s'embarrasse guère.

Le 4. — J'ai reçu aujourd'hui une bien singulière visite et une proposition plus singulière encore.

Un monsieur d'assez bonne tenue en apparence, mais dont le langage est assez trivial, attiré, dit-il, par ma réputation de praticien et d'honnête homme, m'a exposé ceci :

Un savant naturaliste, envoyé en mission dans l'Amérique du Sud, a rapporté de son voyage un remède merveilleux pour guérir les maladies de poitrine les plus graves et les plus désespérées. Il cite des guérisons par centaines, et, à Paris même, des cures admirables viennent d'être opérées. Il fait secret de ce remède; mais comme il n'est pas médecin, il ne peut l'employer, c'est-à-dire, l'exploiter. Il s'agit de trouver un médecin qui consente à se laisser enrichir. Une compagnie de capitalistes s'est formée; un superbe appartement est déjà loué dans un des plus beaux quartiers de Paris; un riche ameublement le décore; on veut dépenser 30, 50,000 fr. d'annonces par an, s'il le faut. On offre à un médecin honnête, et suffisamment connu, ce beau logement, des domestiques à l'avenant, une voiture, et le quart des recettes que l'on suppose devoir dépasser 150,000 fr. par an.

C'est cette position, cette exploitation que ce monsieur est venu m'offrir.

Le rouge m'est monté au front pendant le discours de cet impudent visiteur.

— Et vous croyez, lui ai-je dit, qu'un honnête homme peut accepter une proposition semblable?

— Pourquoi non? Il y a sur la *place* de Paris des *affaires* de ce genre qui sont en plein bénéfice. Voulez-vous que je vous en cite quelques-unes?

La pharmacie philanthropico-humanitaire, où la consultation du médecin se donne gratis, mais où le remède se vend fort cher, commandite;

Cette accoucheuse qui fait tant de bruit à la 4me page des journaux, commandite;

Ce cabinet de consultations tenu sous le nom d'un médecin mort depuis douze ans, et dont on a trouvé les affiches jusque sur les Pyramides d'Égypte, commandite;

Ce.....

— Assez, Monsieur, veuillez vous retirer, et dites à ceux qui vous ont envoyé, qu'ils m'ont fait une souveraine injure en osant me croire capable d'accepter vos propositions.

J'ai reçu, cette fois, les félicitations sans réserve de Benoît, qui m'a recommandé cependant de ne rien dire de cette affaire au futur beau-père.

— Les marchands de toile, vois-tu, ne comprennent rien à ces délicatesses professionnelles. Il ne verrait qu'une chose, c'est que tu as refusé de gagner 25 ou 30,000 francs.

Le 5. — Je commence à être connu et apprécié des autorités de mon quartier. Mon commissaire de police m'écrit ce soir pour m'inviter à aller faire demain matin l'autopsie d'un individu mort par accident dans une rue voisine. Je suis flatté de cette préférence.

Le 6. — Quel horrible spectacle! quelle affreuse besogne! Il s'agis-

quant à la couleur du moins, et il n'a été question que de cela dans le mémoire lu devant l'Académie des sciences.

Dr Maximin LEGRAND.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TYPHUS QUI A RÉGNÉ SUR QUELQUES BATIMENTS DE L'ESCADRE DE LA MER NOIRE EN 1856 ;

Par L. THIBAUT, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 9, 11 et 18 février.)

Formes; complications. — Nous n'avons pas observé de formes spéciales dans ces épidémies.

La rémittence apparente des cas les moins graves du délire, n'était jamais complète; il y avait toujours de l'assoupissement et un peu d'agitation dans la journée.

Trois malades ont cependant présenté les phénomènes suivants : accès de suffocation subite avec frissons; pouls concentré, vive anxiété précordiale (le sulfate de quinine uni à l'éther a dissipé ces accidents).

Peut-être faut-il attribuer à la rigueur de la saison la prédominance des phénomènes catarrhaux qui a signalé le début de la période d'invasion.

La bronchite alors a très rarement manqué, mais les complications, plus sérieuses, ont été très peu fréquentes : pneumonie lobulaire, parfois lobaire; bronchite profonde (6 cas sur 120 malades sur le *Magellan*).

On n'a eu aussi que fort peu d'accidents graves du côté de l'abdomen; 1 seul cas de météorisme, avec diarrhée et gargouillement au début de la première période sur 140 malades (guérison); 2 cas de diarrhée abondante, avec phénomènes cholériformes, teinte cyanosée, doigts plissés, selles caractéristiques, pas de vomissements (mort dans l'un d'eux).

Nous avons déjà dit qu'il n'y avait eu, dans toutes ces épidémies, que 1 seul cas d'hémorrhagie intestinale; 4 complications de parotides; 3 cas d'accidents tétaniques.

Nous n'avons pas eu non plus de ces phénomènes de putridité indiqués par les auteurs.

Nous signalerons cependant une stomatite gangréneuse, et une gangrène des cuisses et du scrotum (hôpital de Kalki).

Pronostic. — Les premiers cas de typhus ont été presque toujours mortels.

Les hommes âgés, usés par les fatigues du service y ont pour la plupart succombé.

La maladie a, du reste, atteint tous les âges, quoique les mousses (13 à 16 ans) aient été généralement épargnés.

Les hommes qui, dès le début, étaient plongés dans une adynamie profonde, sans phénomènes de réaction, n'ont jamais été sauvés.

Mais l'adynamie franche dans sa forme modérée a paru toujours d'un plus heureux pronostic que l'ataxie. Quand l'ataxo-adynamie se prolongeait, qu'il y avait persistance des mouvements convulsifs des yeux, marmotement des lèvres; que la langue restait sèche, tremblotante, la peau froide; le pouls très faible, mais fréquent; lorsqu'il y avait du subdelirium la nuit, le malade finissait toujours par succomber.

Le délire avec épilepsie, tétanos, a toujours été fatal;

Le délire comateux presque toujours mortel (8 cas *Magellan* 6 morts.)

La même gravité s'est rencontrée ailleurs.

La typhomanie n'a pas paru entraîner avec elle un danger très grand. La plupart des hommes qui l'ont présentée ont guéri.

L'exanthème a manqué dans des cas mortels; mais ordinairement sa présence coïncidait avec la gravité extrême de la maladie.

Les accidents qui enlevaient le plus rapidement les malades ont été, dans leur ordre d'influence funeste :

1° Le délire avec tétanos ou épilepsie;
2° Avec coma;
3° L'ataxo-adynamie;
4° L'adynamie profonde dès le début.

Sur les 140 malades que nous avons eu à traiter sur le *Magellan* et le *Lucifer*, 17 ont succombé, dont :

7 dans le typhus comateux;
3 dans l'adynamie;
2 d'ataxo-adynamie;
2 de complications pulmonaires;
2 de délire avec épilepsie ou tétanos;
1 de délire (suicide).

Anatomie pathologique. — Dans les circonstances spéciales où nous nous trouvions placés à Kamiesh, nous n'avons pu faire d'autopsies. Nous donnons ici le relevé de 13 ouvertures faites, sur des morts du *Vauban* et de l'*Eldorado*, à Thérapia, par le médecin en chef, notre collègue M. Arnaud.

Résumé de 13 autopsies. — On y trouvera, comme dans toutes les autopsies faites pendant l'épidémie de 1856, que les principales lésions siégent dans le cerveau et les poumons, et que les altérations intestinales sont nulles.

Encéphale. — Injection prononcée des méninges, comme il arrive à la suite des fièvres pernicieuses.

Infiltration séreuse de la pie-mère; *épanchement* considérable de sérosité, sous-arachnoïdien, au niveau des fosses occipitales.

Très peu de sérosité dans les ventricules.

Injection rare et peu prononcée de la substance cérébrale.

(3 fois sur 13 on n'a rien trouvé dans le cerveau et ses membranes.)

Poumons. — Dans toutes les autopsies, on les a trouvés plus ou moins congestionnés vers la base; mais cette congestion a paru simplement hypostatique.

Foie. — Volumineux, injecté, ramolli.

Rate. — Volumineuse, injectée, ramollie.

9 fois sur 13 ces deux organes étaient l'un et l'autre fortement gorgés de sang;

1 fois la rate seule présentait cette hyperémie;

3 fois on n'a eu à signaler qu'une très légère augmentation de volume du foie et de la rate.

Ganglions mésentériques. — Intégrité constante.

Intestins. — 9 fois sur 13 tube digestif sain; 4 fois pointillé, évidemment noirâtre, et hyperémie de la muqueuse, sans ulcérations. Arborisations assez marquées.

Traitement. — Le traitement a été à peu près le même partout.

Les émissions sanguines, rarement employées, n'ont pas paru, du reste, généralement réussir. On a pratiqué des saignées de 300, 400 grammes, et appliqué, plus souvent, des sangsues aux apophyses mastoïdes dans quelques cas qui semblaient réclamer l'emploi de ces moyens.

Quoiqu'ils aient paru quelquefois indiqués par l'apparente congestion de la face, la force du pouls, l'intensité de la céphalalgie, on n'a jamais vu, à la suite de leur usage, le mal de tête diminuer; le délire n'en survenait pas moins.

Le sulfate de quinine à la dose de 1, 2, 3 grammes même en vingt-quatre heures, a été souvent essayé dans les premiers jours de la maladie; surtout s'il y avait rémittence apparente.

Un cas de succès évident, dans ces circonstances, a été obtenu à Thérapia.

Mais ce médicament a le plus souvent échoué au début de l'invasion.

Nous l'avons souvent alors employé nous-même, et nous n'avons jamais obtenu qu'un peu de ralentissement du pouls, et une faible apparence d'amélioration de peu de durée.

Dans la forme légère du délire (simulant la rémittence), il est resté impuissant dans nos mains.

Ainsi, ce médicament n'a donc pas donné dans ces épidémies, pendant la période d'invasion, les résultats favorables qu'on a cru obtenir ailleurs.

Mais il nous a paru avoir de l'efficacité après la cessation du délire, quand le pouls restait fréquent, irrégulier, assez dur, la peau chaude, sèche, qu'il y avait alors de l'agitation. Alors, à la dose de 0,50 à 0,60 centig., il modérait, régularisait le pouls et calmait assez bien tous ces accidents.

Dans les mêmes circonstances, nos collègues les médecins en chef des hôpitaux de Thérapia et de Kalki, se sont bien trouvés de son emploi.

Le sulfate de quinine est aussi resté toujours impuissant contre le délire comateux; même s'il était employé à très haute dose, 3, 4 grammes en 24 heures.

Nous n'avons cru reconnaître d'efficacité réelle, dans le traitement du typhus, qu'à l'emploi de la *méthode évacuante*, mise en activité dès le début de la maladie.

L'ipécacuanha (1 à 2 grammes) le premier jour, souvent répété le lendemain, puis des purgatifs salins, des lavements purgatifs ont été les moyens usités dès les premiers jours.

Pendant la période de délire, on a continué l'usage des purgatifs salins et employé le calomel à dose purgative.

Les évacuations alvines provoquées ont toujours paru modérer l'excitation maniaque, et quelquefois en abréger la durée.

Tant que la constipation persistait on continuait l'usage de légers purgatifs, même après le retour du malade à la raison.

Tous les antispasmodiques, les excitants ont été employés avec des résultats douteux contre le délire et l'ataxie. (Camphre, musc, valériane, acétate d'ammoniaque, café.)

Cependant l'éther uni au camphre nous a semblé calmer assez bien les phénomènes d'excitation nerveuse qui se montraient encore vers la fin de la maladie.

On a aussi mis en usage, contre le délire, les bains tièdes, les affusions froides, les sinapismes et les larges vésicatoires à la nuque et aux cuisses. Ces derniers moyens révulsifs, entretenus assez longtemps, ont rendu des services réels quand le délire se prolongeait.

Ils ont aussi abrégé la durée de l'*ataxie*.

L'opium a été aussi employé contre le délire (délire furieux) et a réussi à Kalki 2 fois sur 3 cas.

Nous avons employé la morphine à la dose de 1 à 2 centig. pour abréger la durée de ce phénomène, quand il se prolongeait au delà de trois à quatre jours.

Le succès a été évident dans 2 cas.

Constatons la nullité de tous les moyens employés contre le délire comateux. (Quinine, purgatifs, sinapismes, vésicatoires.)

---

sait d'un pauvre diable, mort depuis trois semaines au moins, dont le cadavre était dans un état de putréfaction complète. J'ai passé trois heures dans cette atmosphère empoisonnée. Il m'a fallu plus d'une heure pour rédiger mon rapport. D'après le tarif, il me sera alloué 6 francs.

Le 7. — Le commissaire de police m'a fait remercier de mon rapport. Il me prie d'aller visiter, dans la rue d'Amsterdam, un individu qui a été renversé par une voiture et qui a porté plainte.

Cet individu n'a qu'une légère égratignure à la jambe et j'ai fait mon rapport en conséquence.

Le 8. — La femme de cet individu est venue m'injurier chez moi. Elle m'a dit que j'étais sans doute actionnaire des Petites-Voitures, et que je ne voulais pas qu'on pût demander à l'administration des dommages et intérêts.

Le 9. — Une de mes clientes de la rue Rumfort a été frappée la nuit dernière d'une attaque d'apoplexie. On a couru au médecin le plus rapproché, puis on est venu me chercher. Je me suis empressé de me rendre auprès de la malade. J'étais à peine entré, que le confrère de la nuit s'est présenté. Je crois qu'il aurait pu attendre que je l'envoyasse chercher. Il a voulu conférer avec moi. Il m'a demandé à quelles heures je verrais la malade. Bref, il s'est imposé pour suivre le traitement avec moi. Ce confrère m'embarrasse. Cette famille n'est pas très aisée. Un seul médecin suffit, pourquoi lui en imposer deux ?

Justement le mari de cette dame est venu me voir, et m'a demandé si la situation de sa femme était telle que j'eusse besoin des lumières d'un confrère. Je lui ai répondu que non. — Honorez convenablement ce confrère, lui ai-je dit ; en le remerciant de ses bons soins, envoyez-lui 20 fr. pour sa visite de nuit et 10 fr. pour celle de ce matin.

Il me semble que, tout en prenant en cette circonstance les intérêts de mon client, j'ai gardé les convenances confraternelles.

Le 10. — Le confrère de la nuit dernière n'est pas satisfait. Il m'a écrit une lettre irritée et blessante. Je ne lui répondrai pas. Benoît, que j'ai consulté, m'a dit que j'avais fait ce que je devais faire. Voilà, à coup sûr, un ennemi à mettre sur ma liste.

Le 11. — Une jeune dame, que j'ai accouchée ces jours passés, m'a m'a envoyé aujourd'hui quatre nourrices à examiner. C'est un peu abusif. L'une d'elles m'a remis une lettre du directeur de son bureau, qui m'offre un jeton d'argent pour toutes les nourrices de son administration que je ferai placer. Où diable l'industrie va-t-elle se nicher ? Cette proposition n'est-elle pas très impertinente ?

Le 12. — Un de mes amis de Tartas est venu passer les jours gras à Paris. Il a été pris de la grippe en arrivant et m'a envoyé chercher. Cela ne lui a pas été facile, à ce qu'il m'a dit. Dans l'hôtel garni où il demeure personne ne voulait faire la commission. — Ce n'est pas le médecin de l'hôtel, lui répondait-on, et l'on accompagnait cette réponse de grands éloges du docteur X..., dont tous les voyageurs étaient très satisfaits.

Benoît m'a appris qu'en effet non seulement chaque grand hôtel a ses médecins, ses chirurgiens, ses pharmaciens en titre, mais encore des sortes de courtiers médicaux, à l'affût de tous les voyageurs malades venant consulter à Paris.

A cette occasion, il m'a raconté l'histoire d'une grande dame russe, descendue à l'hôtel ...., et qui venait à Paris, consulter pour une tumeur du sein. Dès le premier jour, cette dame avait trouvé jusque sur sa table de nuit la carte de visite d'un chirurgien. Le lendemain, c'était le récit, publié dans un journal de médecine, d'une cure brillante opérée par ce chirurgien. Un autre jour, une main invisible avait fait parvenir, dans l'appartement de la dame, un livre publié par ce chirurgien. Un jour, enfin, une démarche plus directe fut faite. Une dame se présente chez elle, sous prétexte de vente de dentelles, et, dans la conversation, glisse habilement les mots de tumeur du sein, dont elle avait été récemment délivrée par le même chirurgien. Ce manége réussit si bien, que cette dame russe, qui était venue à Paris pour consulter MM. Jobert et Velpeau, a été bien et duement opérée par le chirurgien X..., dont elle n'avait jamais entendu parler.

Total : 6,000 fr., dont 1,000 fr. pour la main invisible et une décoration étrangère pour l'opérateur.

Le 14. — J'avais confié en plusieurs notes une somme de 875 fr. à recouvrer sur des clients oublieux à un agent de recouvrements de créances médicales. Ce brave homme, en trois mois, a recouvré 25 fr., sur lesquels il a prélevé 10 p. 0/0, et m'a payé le reste en une note de frais de justice de paix contre un quincaillier qui a été condamné à me payer 60 fr. sur 120 que je lui demandais. Pour obtenir ces 60 fr., il faut faire lever le jugement, le faire enregistrer, le faire signifier, et poursuivre ensuite. C'est 5 à 600 fr. à avancer pour une éventualité de 60 fr.

Je me suis laissé pincer, il y a deux ans, par une affaire analogue.

Un jeune enfant, en traversant la rue, est renversé par une voiture qui lui passe sur le bras droit. Je suis appelé. Fracture comminutive des plus graves. Je demande l'aide d'un chirurgien exercé, M. X..., qui, en effet, après un traitement savamment institué, sauve sans accident aucun le bras de cet enfant.

Le quart d'heure de Rabelais arrivé, le chirurgien me fait demander ses honoraires, que je réclame à la mère de cet enfant. Cet enfant n'avait pas de père, et cette mère n'avait pas de mari. Mais il y avait un certain luxe d'ameublement dans l'appartement, qui était d'ailleurs très confortable, et les toilettes de la dame annonçaient plus que de l'aisance. Je demandai 500 francs pour le chirurgien. Cris, mauvais procédés, méchants propos. Je confie l'affaire à Benoît. Il y action civile, jugement, et, cette fois, le tribunal ne fait aucune réduction. Benoît veut faire exécuter le jugement; on arrive à la saisie.... Le mobilier de la dame ne lui appartient pas; il y a une revendication en règle par un tapissier. J'en ai été pour mes frais et une grande colère du chirurgien, qui m'a prié de ne l'appeler désormais que pour des clients qui pourraient honorer ses soins.

Dr SIMPLICE.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

— MM. les professeurs Malgaigne et Piorry, n'ayant pu accepter les fonctions de juge suppléant au concours pour deux places de chirurgien au Bureau central, qui s'ouvrira le 8 mars, M. le professeur P. Dubois devient juge titulaire, et M. le docteur Pidoux a été nommé juge suppléant à la place de M. Piorry.

On nous apprend que M. Pidoux n'a pu accepter : il reste donc deux juges suppléants à nommer.

Les toniques, le quinquina, le vin triomphaient le plus souvent de l'adynamie.

Les accidents pectoraux ont promptement cédé à l'usage du kermès et des larges vésicatoires sur la poitrine.

Telle a été, dans ces épidémies, la médication suivie à peu près partout. Signalons, cependant, quelques modifications qui y ont été apportées en divers lieux.

Ainsi, à Thérapia, on a employé, dès le début, les boissons chaudes sudorifiques, puis les diurétiques;

Les bains froids d'une à deux minutes suivis de l'enveloppement.

L'extrait de quinquina a été donné à haute dose dès le début, alternant avec les purgatifs salins, par un de nos collègues, à Kamiesh, avec quelque succès.

Enfin, partout l'isolement, la dissémination des malades, l'aération largement pratiquée des salles et des ambulances, malgré la rigueur de la température, ont constitué un des moyens les plus efficaces de traitement.

RÉSUMÉ.

1° Nous croyons avoir eu l'occasion d'observer le typhus dans son état le plus isolé, le plus distinct, le plus complétement dégagé d'états complexes, en un mot, dans sa forme type. En effet, cette maladie, importée sur nos navires par des malades de provenance étrangère, et non créée spontanément par l'encombrement dans le lieu même, s'y est déclarée au milieu d'hommes vivant antérieurement dans un excellent état sanitaire et dans des localités parfaitement saines.

2° S'est-elle transmise à nos marins par voie de contact? Nous ne le croyons pas. Les premiers malades atteints, parmi eux, se trouvaient être ceux qui séjournaient le plus habituellement dans les places du navire où avaient été déposés les typhiques passagers.

C'est l'atmosphère confinée de ces lieux qui aura été l'agent de transmission.

3° Mais il y a eu une période d'incubation du principe miasmatique dans les organismes de nos malades. Cette incubation *a eu lieu en dehors du foyer d'infection*, car nous avons vu que ce foyer, formé par les typhiques passagers de l'armée, n'existait plus, depuis quelques jours, quand les premiers cas de typhus se montraient parmi les équipages.

Cette période d'incubation a varié entre douze et quatorze jours; dans 12 cas, elle a dépassé ce terme.

D'après un aussi petit nombre d'exemples, on ne peut formuler une loi exacte sur la durée de l'*incubation* du typhus en général.

4° Dans ces épidémies partielles, aussitôt que le typhus s'est montré sur quelques-uns de nos marins, le foyer formé par ces premiers malades, a, en raison directe de l'encombrement, promptement étendu partout son influence délétère et propagé rapidement la maladie.

L'aération, la dissémination, l'isolement des éléments de ce foyer ont bientôt suspendu, puis détruit son action.

C'est, du reste, ce qui a été signalé dans toutes les épidémies de typhus relatées par les auteurs.

5° Nous croyons que si nous n'avons pas observé les formes spéciales indiquées ailleurs (Compte-rendu de la discussion sur le typhus; Société médicale de Constantinople, UNION MÉDICALE, 1856), c'est que nos malades ne présentaient pas d'états antérieurs, soit gastrique, soit intermittent.

Le typhus a offert chez eux son type le plus pur; il a suivi une marche continue, sans complications abdominales.

Les principaux accidents qu'il a présentés, et qui, nous le croyons, sont propres à cette maladie, se montraient du côté de l'encéphale et des organes respiratoires. Faudrait-il attribuer la prédominance de ces phénomènes à la rigueur de la saison?

6° Nous ne tracerons pas un parallèle des caractères communs ou différentiels du typhus et de la fièvre typhoïde; mais, en nous tenant dans le cercle des faits que nous avons observés, disons qu'ils nous semblent fournir les conclusions suivantes :

Les autopsies, citées plus haut, quoique malheureusement peu nombreuses, ne sont-elles pas, déjà, un argument de plus en faveur de l'opinion qui admet la non-identité de ces deux maladies.

D'ailleurs, nous croyons que ce n'est pas, *uniquement*, dans l'anatomie pathologique, dont les données peuvent être quelquefois variables (1), qu'il faut chercher les éléments du parallèle à établir entre ces deux affections; mais bien dans l'ensemble des traits qui constituent la physionomie de chaque maladie, dans l'étude des différentes phases qu'elle parcourt.

Ne parlons ici que du typhus : dans les épidémies que nous avons décrites, quoi de plus spécial, de plus distinct que le tableau qu'il nous a offert :

« Rapidité du début; incertitude, quelquefois même absence » des prodrômes.

» Caractères tranchés des symptômes, des éléments du diagnostic, *facies* caractéristique, éruption spéciale, forme même » particulière du délire, absence absolue de phénomènes abdominaux.

» Variabilité de la marche, de la durée des périodes, suivant les circonstances hygiéniques où se trouvent les malades.

» Brièveté absolue de la maladie.

» Possibilité même pour celle-ci de ne pas parcourir toutes ses » périodes, d'avorter, pour ainsi dire, de ne donner qu'une expres- » sion incomplète, surtout vers la fin des épidémies. »

Évidemment, tels ne sont pas les caractères de la dothienentérie!

Le typhus, maladie sans lésion essentielle, n'est pas soumis à la marche régulière, aux conditions de durée de la fièvre typhoïde. Celle-ci, qui a sa lésion propre, est astreinte au parcours régulier et à la durée déterminée des diverses phases de son évolution.

7° Quoique nous ayons vu quelques exemples de typhus, pour ainsi dire avorté, nous ne croyons pas cependant qu'on puisse, généralement, enrayer cette maladie, peut-être à cause de l'énergie du principe intoxicateur, qui ne lâche plus sa proie une fois qu'il l'a saisie.

Mais on peut l'amoindrir, en diminuer évidemment les périls, et la durée surtout, par l'aération et l'isolement des malades.

Dans la fièvre typhoïde, les soins hygiéniques ont certainement de l'influence, ils diminuent la gravité de la maladie; mais jamais la durée de ses périodes n'est abrégée, jamais elle n'avorte en partie.

(1) A cette époque, un assez grand nombre de jeunes soldats et matelots fournissaient à la fièvre typhoïde le tribut que lui paient ordinairement les hommes récemment appelés sous les drapeaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 15 février 1858. — Présidence de M. MÉLIER.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Basset demande le titre de membre titulaire et adresse un travail intitulé : *Du traitement de la chlorose par l'hydrothérapie.* Renvoyé à MM. H. Bourdon, Hérard et Boullay.

COLLECTIONS.

M. Bru adresse à la Société, de la part de la *Société fermière de Vichy*, des échantillons relatifs à l'extraction des *sels de Vichy*.

Ces échantillons se composent : 1° d'une terrine montrant le travail de cristallisation des sels extraits par évaporation, de l'eau de Vichy; 2° d'un groupe des mêmes sels saturés par l'acide carbonique.

A cet envoi sont annexées une note comprenant les détails de l'opération et une demande d'analyse des produits adressés à la Société.

A la suite d'explications échangées entre MM. RÉVEIL, ROTUREAU, MÉLIER et DURAND-FARDEL, la Société décide qu'il sera fait droit à cette demande.

Une commission est nommée à cet effet, composée de MM. Alquié, Durand-Fardel, O. Henry fils, Lefort, Patissier et Réveil.

ÉLECTIONS.

M. SÉE est nommé membre *titulaire*.

M. PEYRONNET est nommé membre *correspondant*.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales*.

M. LAMBRON donne quelques détails sur l'usage que l'on fait à Luchon (depuis 1849) de la source du *Pré*, dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Il insiste surtout sur l'emploi de ces eaux à l'état gazeux. Il y a trois manières de les administrer sous cette forme : 1° (en inhalation) dans des étuves sèches, et 2° dans des étuves humides; 3° par le *humage*.

Mais prenant en considération les expériences de M. Filhol, lesquelles démontrent que, dans les salles d'inhalation, la proportion normale de l'oxygène de l'air est sensiblement diminuée, et remplacée par de l'acide sulfhydrique et une humidité considérable, il donne la préférence au humage, ainsi pratiqué :

Les malades ne placent pas la bouche immédiatement sur l'embout, en forme d'embouchure de porte-voix, espèce de pavillon qui termine le tuyau d'aspiration de manière à le fermer hermétiquement. Bien au contraire, ils s'en tiennent à quelques millimètres, et par des inspirations plus ou moins fortes et opérées lentement, ils font entrer la vapeur sulfureuse jusque dans les cellules pulmonaires les plus profondes. Pour pratiquer le humage d'une manière intermittente, ils s'y livrent pendant quelques minutes, le cessent, se reposent en se promenant à l'air pur des montagnes, le reprennent, et ainsi de suite.

Les avantages du humage sont incontestables : on évite une atmosphère trop chaude; le corps n'est pas mouillé par de la vapeur condensée; le malade introduit avec la vapeur d'eau sulfureuse une certaine quantité d'air atmosphérique non altéré; il respire une vapeur dont la richesse en acide sulfhydrique est, pour ainsi dire, constante, puisqu'elle est fournie par la vaporisation naturellement produite par la température même de la source; enfin on peut graduer cette richesse d'une manière fixe en plaçant des appareils à humage sur des sources de plus en plus chaudes, sulfureuses et facilement décomposables.

M. PATISSIER a vu plusieurs fois pratiquer le humage des eaux sulfureuses, et il a remarqué que cette pratique déterminait de la toux et de la fatigue; aussi n'est-il point disposé à admettre la préférence que lui accorde M. Lambron.

M. SALES-GIRONS fait remarquer que M. Lambron n'a vu fonctionner l'appareil de Pierrefonds, auquel il reproche l'humidité qu'il développerait dans l'atmosphère, qu'en l'absence des malades. Ceux-ci sont soigneusement garantis contre toute humidité par des couvertures en flanelle et des peignoirs en calicot ou en caoutchouc.

M. Lambron s'est contredit lui-même, lorsqu'après avoir avancé que plus on administrait l'eau minérale à l'état naturel, et mieux les malades s'en trouvaient, il a donné la préférence au humage. S'il ne s'agissait que de faire respirer de la vapeur d'eau et de l'hydrogène sulfuré, il ne serait pas nécessaire d'aller si loin.

Tout procédé qui fournira l'eau minérale dans son état d'intégrité devra l'emporter sur les autres. Or, la pulvérisation de l'eau offre seule de semblables conditions. Il est bien entendu qu'à Pierrefonds, comme ailleurs, les mêmes précautions doivent être prises au sujet de l'humidité, de la température, etc.

M. LAMBRON, tout en reconnaissant le perfectionnement obtenu au moyen de l'appareil de pulvérisation, croit qu'il présente encore quelques conditions défectueuses au sujet de l'atmosphère où se trouvent plongés les malades. Il rappelle à ce sujet les analyses de M. Filhol, consignées dans sa communication précédente, et reproduit également, pour répondre aux objections de M. Patissier, les détails qu'il a donnés sur la pratique du humage.

M. SALES-GIRONS insiste sur ce qu'il est acquis qu'un air humide convient essentiellement dans les maladies de poitrine, et que la diminution de l'oxygénation de l'atmosphère est une circonstance acceptée ou même recherchée comme favorable aux phthisiques.

M. DURAND-FARDEL présente un résumé de la discussion, surtout au point de vue des *indications*.

La phthisie pulmonaire est susceptible de guérison. Les observations cliniques et les investigations anatomiques ne laissent aucun doute sur ce point. Il est également certain que la guérison des tubercules ne peut s'opérer que par un travail spontané de la nature, auquel l'intervention de l'art ne prend qu'une part très indirecte.

Cependant, la participation de la médecine à cet heureux résultat ne saurait, tout indirecte qu'elle soit, être méconnue. Elle n'a, pour se guider, qu'à suivre l'observation des circonstances qui favorisent le plus activement le développement des tubercules. Or, nous savons que les tubercules se développent sous l'influence de certaines conditions constitutionnelles, dont les caractères peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être très nettement appréciés. Nous savons, en outre, que l'existence d'un état catarrhal des bronches et d'un état fluxionnaire des poumons accroît la production des tubercules et en précipite la marche.

Chercher à modifier les conditions constitutionnelles auxquelles se rattache le plus habituellement la tuberculisation, et à éviter les circonstances qui peuvent amener ou entretenir l'être catarrhal ou inflammatoire des bronches ou la congestion des poumons : tel est le sens dans lequel la médecine trouve à intervenir utilement.

Si les eaux minérales sont propres à agir dans le même sens, et ceci est incontestable, les eaux minérales peuvent être avantageusement employées dans le traitement de la phthisie.

Il importe seulement de fixer leurs conditions d'application.

C'est ce qu'il devient facile de faire, si l'on veut bien considérer les divers points de vue auxquels peuvent être soumises les indications dans la phthisie.

Le premier point de vue est celui de la *marche* de la phthisie; M. Patissier insiste sur ce sujet.

La phthisie est tantôt aiguë, subaiguë ou chronique.

La phthisie *aiguë* doit être absolument écartée. Les eaux minérales sont essentiellement applicables à la phthisie *chronique*. C'est dans la phthisie *subaiguë* que les applications sont surtout délicates, et que des circonstances d'un autre ordre devront surtout être prises en considération.

Sous le rapport de l'état *constitutionnel* ou *diathésique*, les phthisiques peuvent être rangés en deux catégories : phthisiques *phlegmatiques*, suivant l'expression allemande, et phthisiques *irritables*, les uns par disposition inflammatoire, les autres par disposition névropathique.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les eaux sulfureuses, et en particulier leur application à la phthisie, réclament les individus lymphatiques, scrofuleux, faibles, déprimés. C'est qu'en effet, ce sont là les conditions constitutionnelles qui, d'une part, sont le plus susceptibles d'être modifiées par l'intervention thérapeutique, et qui, d'une autre part, peuvent subir avec le moins d'inconvénient possible l'action du traitement thermal.

Nous pouvons donc établir que c'est aux phthisiques lymphatiques, scrofuleux, faibles, déprimés, que les eaux sulfureuses devront être appliquées de préférence.

Quant aux phthisiques irritables, par disposition inflammatoire ou névropathique, les eaux minérales en général, sulfureuses en particulier, ne leur conviendront pas.

Faisons cependant nos réserves pour certaines eaux, comme Ems (bicarbonatées sodiques), comme Weissembourg (sulfatées calcaires), qui paraîtraient mieux applicables à ces dernières conditions; mais ceci réclame de nouvelles études, surtout à propos de la phthisie.

Reste à envisager la période de la phthisie.

Les eaux minérales tiennent certainement une place importante dans la *prophylaxie* de la phthisie; mais ce sujet, peu étudié encore et très difficile à apprécier, ne peut qu'être signalé ici.

M. de Puisaye a soutenu que les eaux minérales, ou du moins les eaux sulfureuses, étaient beaucoup mieux applicables au second degré de la phthisie (ramollissement) qu'au premier degré (crudité). M. Patissier a exprimé la même opinion.

M. Durand-Fardel formulerait autrement les préceptes d'application des eaux minérales à ces deux époques de la phthisie.

Un des principes les plus généraux et les plus certains de la médication thermale, est qu'il faut éviter d'employer les eaux minérales dans la période active des maladies. Que les tubercules soient à l'état de crudité ou de ramollissement, si la maladie présente un état d'activité ou de progrès actuel, il faudra effectivement redouter l'emploi des eaux minérales; tandis que dans les circonstances contraires, elles se trouveront tout aussi applicables à l'une qu'à l'autre période.

Quant à la période terminale de la phthisie, ou période hectique, elle contre-indique formellement les eaux minérales. Les exemples qui se pourraient citer de tolérance ou même de succès des eaux dans de tels cas, sont des exemples dangereux à suivre. Ceci cependant peut ne pas s'appliquer aux tuberculisations isolées, même parvenues à l'état de cavernes.

Quant au choix des eaux minérales, les eaux sulfureuses sont d'abord indiquées, parce qu'elles remplissent le mieux les indications signalées plus haut. Faut-il admettre parmi elles des spécialités très tranchées? Cela n'est pas probable. La réputation des Eaux-Bonnes ne tient sans doute qu'à la date de leur application aux maladies de l'appareil respiratoire. Il n'est nullement prouvé qu'elles aient par elles-mêmes une action plus déterminée que les sources appropriées de Cauterets, de Luchon, du Vernet, d'Amélie, d'Allevard, Gréoulx, Enghien, Pierrefonds, Saint-Honoré, etc., paraissent également employées avec avantage dans la phthisie. Ceci ne veut pas dire que toutes les sources sulfu-

reuses soient indiquées dans la phthisie : Barèges, une partie des sources de Luchon, de Cauterets, d'Ax, etc., seraient évidemment nuisibles ; mais seulement que le cercle d'application des eaux sulfureuses au traitement de la phthisie doit être plutôt élargi que rétréci.

Quant à l'action des eaux bicarbonatées sodiques ou chlorurées sodiques, elle n'a guère encore été étudiée qu'en Allemagne : et les renseignements fournis par M. Roturcau à ce sujet ne paraissent pas très favorables à leurs prétentions dans ces conditions.

MM. Patissier, Lambron et Allard insistent sur la spécialité de certaines sources sulfureuses dans le traitement de la phthisie, et pensent que M. Durand-Fardel a trop généralisé l'application de ces eaux au traitement de la phthisie.

M. Allard a pu employer les eaux de Saint-Honoré dans des phthisies à forme subaiguë; il attache beaucoup d'importance au dosage des eaux.

M. de Puisaye, en signalant la seconde période de la phthisie comme plus opportune que la première, pour l'emploi des eaux sulfureuses, n'a fait qu'exprimer ce que l'expérience lui avait appris. Il fait ressortir le danger qu'il peut y avoir de déterminer un état subaigu dans la première période, et plus tard, au contraire, l'avantage que l'on peut trouver à provoquer et faciliter le ramollissement des tubercules.

M. Dutrouleau revendique en faveur des bains de mer le traitement prophylactique de la phthisie. Les bains, du reste, ne sont pas toujours ici indispensables ou même indiqués; mais l'inhalation de l'air marin, les promenades sur la mer. Quant à la phthisie confirmée, il est d'avis comme tout le monde que le traitement marin ne lui est pas applicable.

M. Sales-Girons trouve que les observations présentées par M. Durand-Fardel tendent à rattacher aux eaux sulfureuses tous leurs caractères de spécialité, sans rien mettre à la place. Il insiste sur le compte qu'il faut tenir de la diathèse scrofuleuse et de la diathèse dartreuse, dans le traitement de la phthisie.

La discussion est close.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 1er MARS 1858.

Rapport de M. Cazin sur une notice de M. Bertherand, *sur les eaux alcalines-gazeuses de Mouzaïa-les-Mines* (Alger).

Rapport de M. Boullay sur un travail de M. Basset, relatif au *traitement de la chlorose par l'hydrothérapie.*

Rapport de M. Lefort, au nom de la commission d'analyse des eaux minérales, sur les *eaux de Néris.*

Rapport de M. Leconte, sur la question suivante : *Existe-t-il de l'iode dans les eaux de Vichy?*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE.

EMPLOI DE SUTURES DANS L'OPÉRATION DU STRABISME, par le docteur H. Walton. — Nous ignorons, dit l'auteur, depuis combien de temps on applique des points de suture aux plaies de la conjonctive et par qui cette méthode a été mise en pratique; ceci est, du reste, peu important. Ce qu'il importe de savoir, c'est que leur emploi a de grands avantages aussi bien dans les plaies arrivées par accidents que dans celles qui résultent d'une opération chirurgicale. M. Walton connaissait bien depuis longtemps la nécessité de pratiquer les incisions de la conjonctive d'une façon aussi correcte que possible afin que la réunion fût prompte et facile, mais il s'abstenait de sutures, craignant que le fil ne causât de l'inflammation ou même une ophthalmie purulente. Ces craintes du chirurgien ont cédé au témoignage d'un praticien habile qui affirmait tirer de la suture d'excellents résultats, et M. Walton l'employa lui-même. La première fois, ce fut pour une plaie survenue par accident; la guérison fut rapide et parfaite; mais c'est surtout après l'opération du strabisme que la réunion de la conjonctive donne les plus beaux résultats.

Il y a longtemps que, pour obvier à la procidence plus ou moins grande de la caroncule lacrymale (accident inévitable si l'on incise largement la conjonctive), M. Walton conseille de faire cette incision aussi petite que possible, et depuis des années il donne à l'incision juste les dimensions nécessaires pour atteindre le muscle à diviser. Cependant cette manière de faire ne donnait pas tout le succès désirable, ainsi la plaie de la conjonctive s'écartait plus ou moins et il s'y formait des granulations quelquefois fongueuses et exubérantes : pour remédier à ces inconvénients, M. Walton essaya plusieurs moyens. Il essaya de diviser le muscle avec un bistouri très étroit, coudé en angle ou simplement courbe, introduit par une très petite ouverture de la conjonctive ; après de nombreuses tentatives, il y renonça, à cause des difficultés qu'il éprouva pour terminer l'opération, surtout quand la commissure palpébrale était petite, que l'œil était enfoncé ou la conjonctive très lâche; mais le grand inconvénient est l'épaississement du tissu cellulaire sous-conjonctival, état que l'on rencontre souvent sans pouvoir le reconnaître à l'avance, et qui rend quelquefois impossible l'introduction du bistouri.

Voici comment fait M. Walton : il fait une petite incision verticale, à une ligne environ de la cornée, juste sur le tendon du muscle à diviser; quand le muscle est divisé, la conjonctive se rétracte considérablement, surtout en dedans, et la plaie bâille largement : on déploie les lèvres de la plaie avec une pince et on passe un fil tout près du bord, et on noue le fil : si la suture est appliquée trop loin des bords, la conjonctive se réunit mal et se raccourcit, ce qui peut avoir une fâcheuse influence sur la position de l'œil : M. Walton applique généralement deux points de suture, un en haut et l'autre en bas. Les fils sont enlevés le troisième jour, souvent même à la fin du deuxième jour, afin d'éviter la section de la conjonctive. Cette opération n'est jamais suivie d'inflammation, et la plaie guérit très rapidement; la réunion est complète et prompte, la plaie ne bourgeonne pas; enfin, il n'y a pas de difformité, comme cela arrive souvent par d'autres procédés. — (*British med. journ.*, 15 août, 1857.)

EXTIRPATION DU GLOBE (*Royal London ophthalmic hospital*). — Cette opération est souvent pratiquée en Angleterre; il n'est donc pas sans intérêt de voir dans quels cas les chirurgiens anglais y ont recours, et de quelle manière ils procèdent.

Dans le courant de juillet 1857, trois extirpations du globe ont été pratiquées :

Dans le premier cas, l'œil avait été désorganisé par une ophthalmie purulente des nouveau-nés; il y avait une large opacité de la cornée, résultant d'une profonde ulcération, avec trois petits staphylômes choroïdiens à la partie supérieure de la cornée : la sclérotique, amincie par l'inflammation, avait cédé en plusieurs points sous la pression des muscles oculaires.

Dans le second cas, il y avait opacité de la cornée à la suite de l'ophthalmic purulente des nouveau-nés; depuis cette époque, il y avait eu de fréquentes attaques d'inflammation de cet œil, dont la dernière, accompagnée de violentes douleurs, avait duré six mois. Cet œil était nul pour la vision.

Dans le troisième cas, le malade avait reçu, il y a vingt ans, un morceau de capsule de fusil dans l'œil; une violente inflammation s'en suivit, et le globe s'affaissa, formant une petite masse irrégulière. Il y avait de fréquentes attaques périodiques d'inflammation très douloureuse; l'autre œil s'enflammait sympathiquement chaque fois; le chirurgien se décida à extirper l'œil désorganisé, par le procédé ordinaire, c'est-à-dire par l'excision sous-conjonctivale. On ne put retrouver le corps étranger dans le moignon enlevé : il présentait un exemple remarquable de la transformation osseuse du réseau capillaire de la choroïde.

La facilité d'exécution de cette opération, son innocence, et la possibilité d'adapter un œil artificiel, suffiraient pour déterminer le chirurgien à considérer toujours un œil désorganisé comme étant un corps étranger qu'il faut enlever le plus tôt possible. S'il n'est pas douloureux, c'est du moins une difformité, et d'ailleurs il peut devenir le siége d'inflammations fréquentes, qui peuvent influencer d'une manière fâcheuse l'état de l'œil du côté opposé. — (*British med. journ.*, 21 août 1857.)

— Comme on le voit, les chirurgiens anglais vont plus vite que nous, du moment qu'un œil est désorganisé il faut l'enlever, parce qu'il peut être le siége d'une inflammation : ces craintes nous paraissent fort exagérées; à quoi bon se hâter d'extirper le moignon oculaire? Il sera bien temps de l'enlever s'il cause des accidents graves, car, si innocente que puisse être l'opération, elle n'est pas sans s'accompagner quelquefois d'inflammation grave du tissu cellulaire de l'orbite, inflammation qui peut se propager au cerveau, et amener la mort du malade. Il est plus prudent d'attendre et de n'opérer que quand on ne peut pas faire autrement.

TÉLÉANGIECTASIE DES PAUPIÈRES; par le docteur Mackinder. — Emma Buttery, 12 ans, porte depuis la naissance un anévrysmee par anastomose, siégeant à la paupière inférieure gauche : cette tumeur comprend la presque totalité de la paupière; elle est de forme circulaire, étendue de la commissure interne au cinquième externe du bord ciliaire ; en hauteur, elle occupe tout l'espace compris entre l'axe horizontal de l'œil et la fosse canine en bas. La situation et la grosseur de cette tumeur, l'abondance de l'hémorrhagie à craindre pour l'opération, le peu de succès avec lequel elle avait déjà été traitée, tout cela en faisait un cas assez grave. On essaya plusieurs modes de traitement : à l'âge de 8 mois, on lui avait placé un séton à travers la tumeur, il y avait séjourné trois semaines ; en 1848, elle resta deux mois et demi à l'hôpital de Lincoln, mais on ne réussit pas. Le chirurgien essaya l'acupuncture et n'en obtint pas grand succès : il recourut à l'application des aiguilles rougies au feu, la tumeur commença à diminuer un peu. Après quarante-et-une applications de ces aiguilles froides ou chaudes (les aiguilles traversant chaque fois la tumeur de part en part), l'amélioration étant très lente, on voulut essayer la cautérisation électrique en entourant la tumeur d'un fil de platine passé sous la peau; la douleur causée par cette cautérisation était considérable, bien qu'on ait affirmé le contraire. L'électricité fut ainsi appliquée deux fois par semaine, le fil de platine étant laissé à demeure depuis le 17 janvier jusqu'au 18 mars 1853. On passa alors à la compression et à l'emploi des ligatures; ces moyens amenèrent un peu d'amélioration, mais extrêmement lente; on changea donc encore de traitement : un bistouri étroit, à double tranchant, fut passé sous la peau du côté externe de la tumeur et divisa entièrement tous les vaisseaux sanguins; l'hémorrhagie, assez abondante, fut arrêtée par le lactate de fer. Cette opération fut répétée le 16 et le 30 septembre, et l'on fit plusieurs injections de lactate de fer à de certains intervalles. A la suite de ces injections, la tumeur se gangréna et tomba presque en totalité, laissant sur la paupière une large plaie qui bourgeonna ; il ne restait plus que quelques petits vaisseaux à oblitérer, on y réussit à l'aide des aiguilles rougies au feu. Enfin la petite malade est complétement guérie et n'a conservé, pour toute difformité, qu'une très légère échancrure de la paupière inférieure, située à la partie interne près du nez; quelquefois les larmes s'écoulent par là sur la joue quand l'enfant pleure.

Le chloroforme a été administré vingt-cinq à trente fois; l'anesthésie se produisait en six minutes dans les premiers temps; à la fin, il fallait une heure et demie d'inhalations (7 drachmes) pour obtenir l'insensibilité. — (*British med. journ.*, août 1857.)

CHANCRE HUNTÉRIEN DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE; GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT MERCURIEL; par le docteur Critchett. — Joseph J..., 25 ans, gros paysan, vient de son pays pour se faire traiter d'une ulcération de mauvais aspect qu'il porte à la paupière inférieure gauche, qui a résisté à tout traitement. Il raconte qu'il y a dix semaines, il a reçu un fragment de silex dans l'œil gauche; on l'enleva, et le malade fut bien soulagé pendant une semaine. Après ce temps, les paupières devinrent gonflées et enflammées; l'œil lui-même était rouge et injecté de sang, le malade vit un médecin qui lui fit des scarifications à trois reprises différentes ; on appliqua des sangsues, l'inflammation disparut; mais il resta un point d'induration dans la paupière inférieure. Pendant les sept premières semaines, il y avait eu un écoulement purulent abondant à cet œil. L'inflammation violente dès le début l'avait obligé à suspendre son travail. Le malade, à son entrée à l'hôpital, présente l'état suivant : l'ulcération occupe le centre de la paupière inférieure qui est renversée en dehors ; dans le point occupé par l'ulcération, les cils sont tombés; celle-ci a les dimensions d'un demi-schilling (à peu près une pièce de 50 centimes), et sa surface est couverte d'une sécrétion d'un gris foncé; sa base est large, assez bien circonscrite, et presque aussi dure que du cartilage. Il y a un peu de muco-pus sécrété par les paupières. La vue est parfaite; pas de photophobie. Ne trouvant rien qui pût confirmer les soupçons du caractère syphilitique de cette ulcération, on la traita d'abord comme une ulcération simple : on prescrivit le carbonate d'ammoniaque et une pommade au nitrate de mercure. Quinze jours après, il n'y avait pas d'amélioration. M. Critchett revint alors à sa première idée : qu'il avait affaire à un ulcère syphilitique. Il questionna de nouveau le malade dans ce sens; celui-ci avoua qu'il était garçon et qu'il s'était souvent exposé à contracter la syphilis, mais il nia formellement en avoir jamais été atteint; la verge ne portait aucune cicatrice, et on ne put trouver sur aucun point du corps les traces d'une ulcération antérieure. Cependant il s'est plaint, ces jours derniers, qu'il avait un peu mal à la gorge, et il avait au-dessous et en avant de l'oreille gauche deux ou trois ganglions engorgés et durs. On se décida à lui donner le mercure, et on lui ordonna les pilules bleues à la dose de 5 grains, trois fois par jour. Au bout de trois jours, l'ulcération commença à se nettoyer; l'induration diminua un peu; une semaine après, la cicatrisation était en bonne voie. Le traitement fut continué pendant trois semaines; l'ulcération était alors complétement cicatrisée; il n'y avait plus trace d'induration; les ganglions avaient disparu.

La guérison obtenue par le traitement mercuriel prouve que l'on avait bien affaire à un chancre; mais comment s'était-il produit? Faut-il admettre que le scarificateur était imprégné de virus syphilitique? Cela n'est guère croyable. Il est beaucoup plus vraisemblable que la contagion aura été apportée par un morceau de linge ou par une éponge, ou peut-être par le doigt, et que, comme cela arrive souvent, la blennorrhagie et les accidents primitifs existaient ensemble et ont été transmis ensemble à l'œil. — (*Medical Times*, septembre 1857.)

EXTIRPATION DU GLOBE OCULAIRE A L'HOPITAL OPHTHALMIQUE DE LONDRES, MOORFIELDS. — Dans le courant du mois d'août, l'extirpation du globe oculaire a été pratiquée neuf fois, dans les circonstances suivantes :

Obs. I. — H. H..., 19 ans. Blessure perforante de la cornée, de l'iris et du cristallin; perte de la vision. Le gonflement, l'inflammation et la douleur augmentant, la sclérotique fut ouverte à sa partie la plus saillante; il sortit du pus. Le soulagement n'ayant pas duré, on extirpe le globe.

Obs. II. — A. J..., 55 ans. Il y a dix ans, affaiblissement progressif de l'œil droit, et la dernière année fréquentes inflammations de cet œil avec douleurs violentes. Depuis quelques mois, le même affaiblissement envahit l'œil gauche, qui est souvent douloureux aussi. Extirpation de l'œil droit pour soustraire le gauche à l'action sympathique.

Obs. III. — E. I..., 58 ans. Perte de la vue à la suite d'une ophthalmie purulente; pendant les trois derniers mois, attaques fréquentes d'inflammation douloureuse; le malade ne peut se servir de l'œil sain, à cause de la douleur que lui occasionne l'autre œil.

Obs. IV. — A. B..., 35 ans; comme dans l'obs. II, attaques fréquentes d'inflammation.

Obs. V. — J. R..., 46 ans. Blessure de l'œil gauche il y a deux ans, il est obligé de quitter son travail à cause de l'irritation sympathique qui s'est développée dans l'œil droit.

Obs. VI. — C. P..., 24 ans. Ophthalmite avec violentes douleurs, développement considérable du globe et perte de la vue.

Obs. VII. — M. F..., 53 ans. Perte secondaire de la vue de l'œil droit il y a trois ans; depuis il est devenu douloureux; la douleur s'irradie à l'œil gauche qui s'affaiblit.

Obs. VIII. — J. D..., 30 ans. Œil droit douloureux, vue obtuse; l'œil gauche était enflammé depuis six ans; l'inflammation a marché et s'est terminée par la perte totale de la vue. Il y a six semaines, l'inflammation est revenue, accompagnée de violentes douleurs.

Obs. IX. G. T..., 38 ans. Comme dans l'obs. I, plaie pénétrante d'un œil, irritation sympathique de l'autre. (*Medical Times*, septembre 1857.)

Dr Doumic.

COURRIER.

On lit dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* :

« Nous avons annoncé que l'Association de la Seine resterait étrangère au procès intenté à M. Gallard par les homœopathes. Nous nous faisons un devoir de déclarer que notre confrère n'avait pas demandé, comme nous l'avions cru, l'appui de l'Association. Celle-ci ayant été invitée à intervenir dans cette affaire par un grand nombre de Sociétés médicales *agissant spontanément*, M. Cabanellas en avait donné avis à M. Gallard en le priant d'envoyer à la commission toutes les pièces nécessaires. Tout le rôle de M. Gallard a consisté dans la remise de ces pièces, accompagnées d'une lettre pleine de convenance et de modestie, que nous aimerions à reproduire si l'espace ne nous faisait défaut. » — A. D.

— En publiant la liste des candidats inscrits pour le concours du Bureau central (chirurgie), nous avons omis le nom de M. Bauchet.

— Il sera ouvert à Brest, le 1er avril prochain, un concours pour trois places de chirurgien de 1re classe, service des ports; pour quatre places de chirurgien de 2e classe, service des ports; pour trois places de chirurgien de 2e classe, service colonial; pour trois places de chirurgien de 3e classe, service des ports; pour quatre places de chirurgien de 3e classe, service colonial.

— Un autre concours pour une place de pharmacien de 2e classe et deux places de pharmacien de 3e classe, s'ouvrira le même jour, également à Brest.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son cours, au Collége de France, mercredi 3 mars, à quatre heures, et le continuera le mercredi et le samedi de chaque semaine à la même heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses Conférences cliniques le *lundi 1er mars* 1858, à 9 heures du matin et les continuera les *lundi, mercredi* et *vendredi* de chaque semaine à la même heure.

La conférence du *lundi* sera spécialement consacrée aux maladies du cœur et des poumons;

Celle du *mercredi* aux maladies des organes abdominaux;

Celle du *vendredi* aux maladies de l'utérus et de ses annexes.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 25. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 2 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La Commission qui va préparer les statuts d'une Association générale de prévoyance des médecins de France et poursuivre auprès des Pouvoirs publics les autorisations nécessaires à la fondation de cette institution, est ainsi composée :

1° Médecins et chirurgiens :

MM. BÉGIN, président du Conseil de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.;

BERNARD (Claude), membre de l'Institut, professeur au Collége de France et à la Faculté des sciences ;

BERTILLON, médecin de l'hôpital de Montmorency ;

BOUILLAUD, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

CONNEAU, premier médecin de l'Empereur, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine, député au Corps législatif ;

CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. ;

GUÉRIN (Jules), membre de l'Académie impériale de médecine, etc. ;

JOBERT DE LAMBALLE, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien ordinaire de l'Empereur ;

LARREY (le baron), membre du Conseil supérieur de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien ordinaire de l'Empereur ;

LATOUR (Amédée), secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, ex-secrétaire général du Congrès médical ;

MM. LAUGIER, président de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine ;

LÉLUT, membre de l'Institut, médecin des hôpitaux de Paris, député au Corps législatif ;

LÉVY (Michel), membre du Conseil supérieur de santé des armées, de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce ;

LITTRÉ, membre de l'Institut, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine ;

MÊLIER, membre de l'Académie impériale de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique, inspecteur général des services sanitaires ;

MICHON, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

QUOY, inspecteur général du Service de santé de la marine ;

RAYER, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, médecin ordinaire de l'Empereur ;

RICORD, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine, du Conseil général de la Seine, du Conseil municipal de Paris ;

SERRES, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine, ex-président du Congrès médical de France ;

TARDIEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène de France, médecin des hôpitaux de Paris ;

VERNOIS, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc.

VILLERMÉ, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc.

2° Jurisconsultes et administrateurs :

MM. BETHMONT, ancien président au Conseil d'État, ancien bâtonnier de l'Ordre des avocats ;

DAVENNE, directeur de l'Assistance publique, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine ;

LEPLAY, conseiller d'État, etc.

Le projet d'une Association générale des médecins ne rencontre partout, à Paris comme dans les départements, que faveur et sympathie. Qu'un appel, tel qu'il peut être fait aujourd'hui par la commission dont nous venons d'indiquer les membres, soit fait, et nous ne doutons pas qu'il n'y soit répondu par une manifestation éclatante et solennelle.

Il ne nous appartient ni de préjuger ni de prévenir les actes de la commission qui vient d'être constituée. Mais, dans la liberté de notre jugement, nous pensons que le moment est venu, pour tous les amis de l'institution projetée, de manifester leurs sentiments. La commission ne pourra trouver dans des adhésions nouvelles qu'un appui nouveau. Nous engageons donc nos confrères de Paris et des départements, qui se sont abstenus jusqu'ici, à ajouter leur adhésion aux 1,300 et quelques adhésions déjà recueillies par le comité de Bordeaux.

Amédée LATOUR.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Nous avons, à plusieurs reprises, appelé l'attention de nos lecteurs sur l'affaire de M. le docteur Andreux, de Bar-le-Duc, appelant d'un jugement de première instance qui l'avait débouté d'une demande d'honoraires pour services médicaux, rendus par lui pendant l'épidémie de choléra, à la réquisition du maire de Bar-le-Duc. La Cour de cassation, à la censure de laquelle ce jugement a été déféré, a rendu l'arrêt dont la teneur suit :

La Cour,

Ouï à l'audience de ce jour le rapport fait par M. le conseiller Delapalme, les observations de Mes Béchard et Mimerel, avocats des parties, et les conclusions de M. Sevin, avocat-général,

Sur les deux moyens du pourvoi ;

Vu l'article 1999 du Code civil ;

Attendu qu'il résulte des faits constatés par le jugement attaqué qu'Eugène Andreux, requis par le maire de Bar-le-Duc de donner ses secours aux malades atteints du choléra, dans la circonscription à lui assignée, a obtempéré à cette réquisition ;

Qu'il devait dès lors, et par cela seul, recevoir un salaire pour les soins par lui donnés ;

Que nul ne peut être tenu, en l'absence de toute disposition de la loi, de faire gratuitement le sacrifice de son temps, de son travail ou de son industrie, même à l'intérêt public ou communal ;

Qu'aucune disposition de la loi n'a exigé ce sacrifice dans le cas de calamités publiques ;

Que l'appel fait à tout individu exerçant une profession salariée pour

---

Feuilleton.

LETTRE à M. le docteur RICHELOT,

SUR LA CRÉATION D'UN MUSÉE EN L'HONNEUR DES ILLUSTRATIONS MÉDICALES.

Sursùm nostros!...

Monsieur et très distingué confrère,

N'est-ce pas que le petit poëme de *Vert-Vert* est gentil dans ses allures comme dans son langage, et que ce sont là de ces compositions qui détendent l'esprit lorsqu'il est fatigué de la réflexion ou de l'étude? Donc, vive Gresset! vivent, avec lui, tous les enfants du Parnasse! Cependant il devrait en être des rétributions de la gloire comme de toutes les autres; en d'autres termes, il devrait y avoir un semblant d'équation entre l'œuvre et la récompense : c'est ce qui n'a presque jamais lieu. Voilà, vous en conviendrez, de quoi dégoûter de la postérité tous ceux qui ont le malheur de n'étendre qu'à elle seule l'immortalité de leur âme... Je me bornerai à vous signaler quelques contre-sens à ce sujet.

Gresset, dont je parle — je ne sais pas pourquoi de lui plutôt que d'un autre — est mort en 1777. Sa cendre fumait encore, que le burin répandait partout les lignes de son gracieux visage; j'applaudis à cette générosité. Mais, en me souvenant que la statuaire a exposé, au salon de 1850 ou 51, un marbre des mieux fouillés représentant cet auteur depuis la tête jusqu'aux talons, je m'écrie, à la manière de M. de Taleyrand : Oh, oh!..

Oui, parce que Gallilée et Jenner, Salomon de Caus, Claude Perrault, Bernard de Palissy et mille autres dont les noms devraient être familiers à toutes les bouches, et les images être gravées dans tous les esprits, sortent à peine des horizons de la reconnaissance!

Dites, Monsieur, combien y a-t-il d'années que la ville de Laval sait qu'elle a donné naissance au fondateur de la chirurgie française? Le bronze qu'elle lui a élevé est aussi neuf que le monument littéraire que lui a consacré le beau talent du professeur Malgaigne. Tout cela est d'aujourd'hui; mais, ce qui ne date pas d'hier, ce qui n'est pas postérieur à la *Chartreuse*, à la première représentation d'*Édouard*, de *Sidney* et du *Méchant*, c'est le siége de Metz dans lequel, sans l'influence considérable qu'Ambroise Paré avait acquise sur l'armée, Charles-Quint aurait humilié une fois de plus le drapeau du pays... Ce qui ne date pas d'hier, Monsieur, c'est la ligature des artères, la théorie de la commotion des blessures d'armes à feu, la simplification raisonnée des pansements et des appareils, le précepte établi pour les débridements; c'est la suture des grandes plaies, etc., etc.; c'est, enfin, l'ouvrage capital qu'Ambroise Paré a légué à la chirurgie universelle. De tout cela il y a environ trois siècles!..

Comme on le voit, les bienfaiteurs de l'humanité ont le temps d'attendre : d'ailleurs, la tombe n'est-elle pas le domaine essentiel de la longanimité? Patience, ô nos ancêtres, puisque les interprètes de l'art dramatique vont voir se collectionner leurs portraits et leurs bustes!

C'est, Monsieur, en venant de lire, dans le journal l'*Estafette*, qu'on s'apprêtait à créer un musée spécialement destiné aux acteurs et aux actrices, que ma plume est venue, comme d'elle-même, se placer sous ma main pour vous communiquer l'idée qu'a fait naître la lecture de cette nouvelle. Ce n'est pas, croyez-le bien, que je m'élève contre un semblable projet. Talma fut l'une des joies de ma jeunesse; sa perte me causa un vrai chagrin; la certitude de ne plus voir Rachel m'enlève, pour l'avenir, une douce illusion. Ainsi, je suis l'ami des grands artistes, et je vote, bulletin ouvert, l'hommage qu'on s'apprête à leur rendre. Mais, pour Dieu, qu'on ne mette pas tout, et sans cesse, du même côté, et qu'on établisse un peu d'équilibre dans la balance de la Renommée.

C'est à cette intention que moi, chétif, — moi à qui on ne pourra pas reprocher d'être *orfevre*, — je viens proposer de jeter les fondements d'un Panthéon où figureraient tous ceux qui auraient rendu des services à la science ou à la corporation, sous quelque titre que ce puisse être : médecins, chirurgiens (du premier ou du second degré), vétérinaires, pharmaciens et sages-femmes, pléiade à laquelle j'ajouterais, en outre, les élèves internes des hôpitaux qui n'auraient pas survécu à leur stage. Voilà mon *Versailles* (1)...

Otez la minime, mais très riche galerie de la Faculté, ôtez trois ou quatre toiles appendues dans l'hémicycle de l'Académie, il ne reste plus rien à Paris pour l'iconographie médicale ; et ce peu ne concerne que le gros des personnes solennellement reconnues par les pouvoirs de l'État. Par exemple, je vois d'ici le portrait, quasi-oriental, de l'honorable M. Desneux, tandis que je ne sais où trouver ceux de Mmes Boivin et Lachapelle.

Je ne suis pas en mesure de rechercher les immenses lacunes du petit salon de l'École ; quant à celui de la rue des Saint-Pères, il n'existe pas... et l'un et l'autre seraient-ils au complet, qu'ils ne présenteraient, en résumé, qu'une faible portion du Musée hippocratique ; le reste devant revenir aux maîtres de l'antiquité, à ceux du moyen-âge, aux professeurs des Facultés de Montpellier et de Strasbourg, aux ayant-droits nationaux qui n'entrent dans aucune catégorie officielle et à toutes les célébrités étrangères.

Vous me direz, en souriant, cher M. Richelot, « que l'idée est grandiose, superbe, étourdissante, mais qu'elle est folle !... » Pas le moins du monde; et, ce qui va bien autrement vous surprendre, c'est que je viens vous supplier d'en être *le principal éditeur*. Revenez de votre trouble et daignez m'écouter : je parle au gérant de l'UNION MÉDICALE.

Vous possédez une petite collection de portraits, collection qui a dû s'augmenter sensiblement depuis que je l'ai visitée. Entendez-vous avec votre infatigable rédacteur en chef, étançonnez-vous du consentement des administrateurs du journal, et partez en députation, chez M. le directeur de l'Assistance publique que vous savez si zélé en faveur des intérêts de notre famille. Exposez le projet, demandez son appui en le priant de vous accorder une pièce dans les bâtiments du Parvis Notre-Dame, pour y déposer les éléments dont je parle, jusqu'à ce que l'Association générale soit non seulement organisée, mais apte à les recevoir dans le local affecté à son siége.

De cette façon le noyau artistique, que vous avez eu la bonne pensée de former, *cristallisera* jusqu'à prendre les proportions imposantes d'une *chose* devenue chère à notre patrie.

Ne vous inquiétez pas du temps, il est généreux..... il ne s'agit que de l'aider et de fonctionner avec lui. Dans cette condition grandissent, à vue d'œil, les entreprises saintes, utiles ou glorifiantes ; car, n'agissant pas au nom de soi, on se sent plein de force et de hardiesse pour pousser au développement de ce que l'on a pris à cœur comme un but et dont on a fait une tâche. Puis, d'autres arrivent qui s'adjoignent à nous, la tradition s'établit ; et ce qui n'était d'abord qu'une masure revêt le caractère d'un édifice.

Je viens de vous donner ma *mise-en-train*, ainsi que disent les typographes; mettez l'*édition* sous presse, sans vous enquérir des années qu'il faudra pour la rendre digne de l'attention publique.

Ainsi, Monsieur, à vous et à vos collaborateurs, la réalisation du plan que je vous adresse.

Songez que vous avez donné à Bichat une statue et une tombe. Or, ne vous en tenez pas là : faites que la *chapelle* élevée à une seule individualité acquière un jour — je varie ma métaphore — les dimensions d'une basilique où serait consacrée la mémoire de nos grands morts.

Veuillez, Monsieur, dans tous les cas, honorer ma lettre d'une lecture à l'un de vos prônes et agréer l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Votre très humble confrère,

Dr DUMONT (de Monteux).

P. S. Dans tous les cas, encore, je tiens à votre disposition, Monsieur, le portrait de Frédéric Hoffmann, d'après le tableau d'Antoine Pesne. Sa dimension est de 30 centimètres sur 20.

Accepté avec gratitude. — A. L.

---

(1) *Acte de justice à rendre*. Si le véritable Versailles n'a pas été brûlé en 1848, c'est grâce à l'énergique intervention de notre confrère Ch. Place, qui remplissait, à cette époque, les fonctions de commissaire du gouvernement.

obtenir de lui un acte de cette profession, suppose nécessairement et implique la promesse et l'obligation de lui en payer le salaire;

Que dans les faits de la cause, le maire de Bar-le-Duc, agissant en vertu de la loi des 16 et 24 août 1790, pour arrêter dans ses progrès un fléau calamiteux répandu dans la commune confiée à son administration, exerçait l'un des pouvoirs attribués par cette loi à l'autorité municipale;

Qu'avant tout, et indépendamment de l'influence utile que les mesures par lui prises pouvaient avoir dans l'intérêt général, ces mesures avaient pour but l'intérêt de la ville de Bar et la conservation de ses habitants;

D'où il suit que la dépense à faire pour leur accomplissement et pour le paiement des salaires et indemnités auxquels elles pouvaient donner lieu, était éminemment une dépense communale et devait être à la charge de la ville;

Et attendu que le jugement attaqué a décidé, au contraire, qu'il n'était dû aucune indemnité à Eugène Andreux pour les secours par lui donnés comme médecin, sur la réquisition du maire de Bar-le-Duc aux malades atteints par le choléra;

Qu'en jugeant ainsi, il a violé l'article précité du Code civil;

Casse.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Gosselin, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, avait lu un rapport sur un travail de M. Gillebert-d'Hercourt, intitulé : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

La discussion engagée, séance tenante, sur ce rapport, s'est continuée dans les séances suivantes. Nous empruntons aux procès-verbaux de la Société les arguments qui résument les points principaux sur lesquels a roulé cette discussion.

M. Lenoir : Je prie M. le rapporteur de nous dire avec précision en quoi la méthode conseillée par M. Gillebert d'Hercourt diffère de celles qu'on connaissait jusqu'ici ? — Le traitement du mal de Pott par l'immobilité n'est certainement pas nouveau, c'est celui que j'ai toujours employé; il est même, je pense, adopté par la plupart des chirurgiens. Quant à l'extension continue destinée à redresser les gibbosités, elle est fort peu usitée sans doute, mais elle n'est pas nouvelle non plus. Elle a, d'ailleurs, de graves inconvénients qui ont déjà été signalés ici. Au lieu de combattre la gibbosité, il est bien préférable de la prévenir, et on y réussit très bien en tenant les malades couchés sur un plan plus dur que les lits ordinaires. Je rappelle à ce propos l'exemple de Murat, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, qui réussit, par ce moyen, à se guérir entièrement du mal de Pott, qui avait produit sur les corps vertébraux une perte de substance assez étendue. La guérison eut lieu à la faveur d'un raccourcissement très notable, mais presque sans gibbosité.

Ce qui me paraît le plus important dans le travail de M. Gillebert, c'est le moyen auquel il a recours pour remédier aux inconvénients de l'immobilité prolongée, si fâcheuse chez les enfants : il soumet ses petits malades à l'action des bains d'air comprimé, imaginés par feu Pravaz. J'ai constaté par moi-même les heureux résultats de ces bains, qu'on ne trouve malheureusement que dans un établissement spécial.

M. Gosselin : M. Gillebert d'Hercourt ne se donne point comme l'inventeur du traitement par l'immobilité, puisqu'il cite dans son mémoire les auteurs qui l'ont recommandé. Il indique aussi les tentatives de redressement par extension qui ont été faites avant lui par plusieurs chirurgiens. La méthode qu'il conseille ne peut donc pas être considérée comme nouvelle, mais il est certain que l'extension est très généralement abandonnée, et que l'immobilité compte parmi les modernes plus d'adversaires que de partisans. Le mérite de M. Gillebert est d'avoir repris ces deux indications et d'avoir démontré l'utilité d'une méthode qu'on a eu tort d'abandonner.

M. Voillemier : La méthode de l'extension n'est pas aussi généralement abandonnée que le pense M. Gosselin. Les chirurgiens anglais y ont encore recours dans certains cas. Ils emploient l'immobilité, l'extension; le décubitus sur le ventre avec des tractions permanentes exercées en sens inverse sur le bassin et sur les épaules. J'ai connu un maître d'anglais qui traitait ainsi sa fille, d'après les conseils d'un chirurgien de son pays. Il y avait une destruction très étendue des corps vertébraux. La jeune fille était couchée sur le ventre et fixée dans son lit; et le père, matin et soir, exerçait, avec la paume de la main, une pression prolongée sur la saillie de la gibbosité. Cette manœuvre produisait un cliquetis osseux très manifeste.

Moi-même, j'ai donné des soins à un vieillard de 66 ans, que M. Michon a vu avec moi. La colonne vertébrale fléchissait considérablement au niveau des vertèbres malades, et la station verticale augmentait encore l'incurvation. L'immobilité prolongée, à cet âge avancé, aurait eu de graves inconvénients. Je pris donc le parti de faire marcher le malade sur des béquilles, et, par ce moyen, le poids du corps servit à faire l'extension.

Quant à l'indication de l'immobilité, elle est, je pense, généralement acceptée, et il n'était pas nécessaire de la renouveler. Seulement, tout en reconnaissant les avantages de l'immobilité, on sait qu'elle exerce, dans beaucoup de cas, une action très fâcheuse sur la santé générale. On est donc souvent obligé, entre deux maux, de choisir le moindre, et c'est pour cela qu'on se décide, à regret, à faire lever les malades.

M. Gosselin : M. Voillemier vient d'expliquer pourquoi on a renoncé à l'immobilité; il reconnaît donc que cette méthode est abandonnée comme méthode générale. M. Gillebert professe une opinion opposée. Il veut que dans tous les cas, les malades soient tenus dans une immobilité complète. C'est une pratique qui est sinon nouvelle, du moins renouvelée par lui, et qui me paraît préférable à la pratique commune.

M. Voillemier trouve, au contraire, que la méthode suivie par M. Gillebert est très défectueuse. Ses deux malades (car il n'en cite que deux) ont pu supporter sans accidents généraux une immobilité prolongée; mais il n'en résulte pas que ce moyen soit sans inconvénients. Moi aussi j'ai souvent, et c'est toujours par là que je commence, condamné mes malades au décubitus dorsal prolongé; mais j'ai vu leur santé générale s'altérer, et j'ai été obligé de les faire marcher.

M. Gosselin reconnaît qu'il faudrait plus de deux faits pour sanctionner la méthode de M. Gillebert d'Hercourt. Les observations ultérieures permettront seules de juger la question d'une manière définitive. A ce propos, M. Gosselin invite ses collègues à faire connaître les faits analogues ou opposés qui peuvent leur être connus. En attendant, il pense qu'on a beaucoup exagéré les dangers de l'immobilité prolongée. Quoi qu'on en dise, ce moyen est inoffensif, et les enfants le supportent très bien.

M. Broca ne partage pas l'opinion de M. Gosselin sur l'innocuité de l'immobilité. Aux inconvénients qui ont déjà été signalés, il faut en ajouter un autre qui n'est pas le moins fâcheux : c'est l'habitude de la masturbation, que les enfants contractent très souvent lorsqu'on les tient constamment au lit, et qui contribue beaucoup à altérer leur santé.

M. Gosselin répond que les enfants atteints du mal de Pott sont ordinairement trop jeunes pour connaître ce vice, qui ne se développe guère avant l'âge de 12 à 13 ans.

La discussion étant close, les conclusions du rapport de M. Gosselin sont mises aux voix et adoptées.

— M. Broca présente un homme âgé de 56 ans, qui a perdu, depuis longtemps, les deux avant-pieds par suite de la congélation. Cet accident lui est arrivé lorsqu'il n'avait que 10 ans. On le porta à l'hôpital de Fougères (Ille-et-Vilaine). Les orteils et les métatarsiens se détachèrent spontanément. Mais le chirurgien, M. Pierret, fut obligé, au bout de quelques mois, de pratiquer une opération sur chaque pied pour enlever des os qui tenaient encore solidement et qui faisaient saillie au delà des chairs. L'ablation des os fut faite sans le secours de la scie, au moyen d'une très forte pince et d'un bistouri, qui servit ensuite à régulariser les lambeaux formés par les parties molles. C'est du moins ce que raconte l'opéré, dont les souvenirs paraissent très précis.

Les deux pieds furent opérés à quinze jours d'intervalle. A droite, il ne survint aucun accident; mais à gauche il se forma plusieurs abcès jusque dans le talon. L'un de ces abcès, situé à la partie postérieure et interne du calcanéum, resta ouvert pendant trois ans, et à plusieurs reprises, des fragments d'os furent rejetés à travers l'ouverture. Dès la fin de la première année, toutes les plaies étaient guéries, excepté celle du talon gauche, et le petit malade commença à marcher avec des béquilles; mais ce fut seulement deux ans plus tard, lorsque le talon fut cicatrisé, qu'il put s'appuyer sur son pied, et il s'écoula encore près de deux années avant qu'il pût marcher sans le secours d'un bâton. Ainsi, la guérison n'a été complète qu'au bout de cinq ans.

Quarante ans environ se sont écoulés depuis cette époque; pendant longtemps cet homme a exercé la profession de tailleur. Depuis neuf ans, il a quitté l'aiguille, et s'est fait joueur d'orgue ambulant. Il traîne toute la journée, dans les rues de Paris, un orgue assez lourd, monté sur une petite charrette. Ce changement de profession ne lui a pas été favorable, car, l'année dernière, il s'est formé dans le talon gauche, sous l'ancienne cicatrice, un abcès qui a été traité à l'hôpital Saint-Louis, par M. Malgaigne, et qui, du reste, s'est refermé en quelques semaines. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

En examinant attentivement les deux moignons, on trouve que du côté gauche, il ne reste que le calcanéum et l'astragale; à droite, le moignon est un peu plus long, ce qui paraît dû à la présence du scaphoïde. Les deux articulations tibio-astragaliennes jouent très librement. Les deux talons sont du reste parfaitement horizontaux. On n'aperçoit pas la moindre tendance à l'élévation de l'apophyse postérieure du calcanéum. L'amputé marche sans aucun moyen de prothèse. Sa chaussure consiste en un cylindre de cuir terminé par une semelle circulaire.

Quoique dans ce cas l'intervention chirurgicale ait été fort restreinte, il est clair que, sous le rapport des résultats, ces deux amputations, celle de gauche surtout, rentrent dans la catégorie des amputations de Chopart. Beaucoup de chirurgiens modernes ont considéré l'élévation du talon comme un accident à peu près inévitable à la suite de l'amputation médio-tarsienne. Plusieurs exemples contraires à cette opinion ont déjà été présentés à la Société depuis quelques années. Le fait actuel dépose dans le même sens.

M. Richard pense qu'on pourrait rendre la marche beaucoup plus facile en adaptant à chaque moignon un avant-pied articulé.

SYPHILIOGRAPHIE.

ÉTUDE SUR LE CHANCRE CÉPHALIQUE (1);

Par A. Fournier, ex-interne de l'hôpital du Midi.

III

Recherches personnelles. — Le Midi et Saint-Lazare.

Séduit par la mystérieuse singularité de cette question du chancre céphalique, je me suis occupé de rechercher, à la consultation de l'hôpital du Midi si féconde en exemples pathologiques des plus variés, tous les cas relatifs à cet intéressant sujet. Aidé par mon collègue Em. Caby, qui, de son côté, se livrait au même travail à l'infirmerie de St-Lazare, j'ai pu réunir un assez grand nombre d'observations pour apporter à la discussion actuelle un contingent qui peut avoir son utilité. — Je donnerai scrupuleusement l'analyse de ces observations dans le tableau suivant :

Obs. 1. — Sujet de 23 ans. — Tempérament lymphatique, constitution débile. — Deux blennorrhagies antérieures, sans accidents.
Chancre induré de la lèvre supérieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur et indolent.
Roséole. — Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 2. — Sujet de 23 ans. Tempérament sanguin, pléthorique; constitution très robuste. — Blennorrhagie antérieure sans accidents consécutifs.
Double chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire induré. — Blennorrhagie simple, datant de la même époque que les chancres. (Même origine.)
Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses anales. — Plaques muqueuses des orteils. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 3. — Sujet de 34 ans. — Tempérament sanguin, constitution robuste. — Une blennorrhagie, à l'âge de 22 ans, dégénérée en suintement habituel.
Chancre induré de la rainure glando-préputiale. — Chancre parcheminé de la lèvre supérieure (ces deux chancres ont été contractés à la même époque et sur la même femme). — Bubon inguinal, dur et indolent; bubon sous-maxillaire, dur, volumineux, indolent.
Traitement mercuriel commencé de bonne heure. — Céphalée nocturne très intense. — Douleurs rhumatoïdes. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 4. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin; constitution des plus robustes; développement musculaire considérable.
Chancres de la verge, il y a quinze mois. — Pas de traitement mercuriel. — Nul accident consécutif. — Nouveaux chancres de la verge, il y a six mois. Pas de traitement. — Nul accident depuis cette époque.
Chancre parcheminé de la lèvre supérieure. — Double bubon sous-maxillaire induré.
Six semaines après le début de ce chancre, syphilide érythémateuse confluente. Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Obs. 5. — Sujet de 24 ans. — Tempérament lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.
Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.
Roséole. — Plaques muqueuses des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 6. — Sujet de 20 ans, lymphatique et débile. — Deux blennorrhagies antérieures, l'une datant de quatre ans, l'autre d'un mois.
Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur, indolent, volumineux.
Syphilide papuleuse. — Papules muqueuses labiales.

Obs. 7. — Sujet de 28 ans, robuste et pléthorique. — Pas d'antécédent vénérien.
Chancre induré de la narine.
Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Plusieurs récidives des plaques muqueuses de la bouche. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 8. — Sujet de 21 ans. — Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.
Chancre labial induré. — Bubon sous-maxillaire indolent.
Syphilide psoriasique. — Plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

Obs. 9. — Sujet de 29 ans. — Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.
Chancre de la cloison des fosses nasales.
Roséole. — Plaques muqueuses amygdaliennes. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Obs. 10. — Sujet de 33 ans. — Tempérament bilieux; constitution médiocre. — Une blennorrhagie antérieure, datant de deux mois.
Chancre induré de la pointe de la langue. — Ganglions sus-hyoïdiens durs et indolents.
Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie.

Obs. 11. — Sujet de 30 ans. — Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.
Chancre induré de la paupière supérieure. — Bubon præ-auriculaire dur et indolent.
Roséole. — Plaques muqueuses du voile du palais, de ses piliers et des amygdales. — Impétigo nasal.

Obs. 12. — Sujet de 29 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.
Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.
Roséole. — Plaques muqueuses anales. — Balano-posthite secondaire. — Alopécie.

---

(1) Voir les numéros des 16 et 22 février 1858.

Obs. 13. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.

Cicatrice brune, arrondie, sur la commissure labiale gauche, sans induration. (L'accident remonterait à huit mois.) — Adénopathie sous-maxillaire gauche, encore persistante.

Syphilide ecthymateuse; alopécie; adénopathie cervicale.

Obs. 14. — Sujet de 23 ans. — Constitution robuste. — Une blennorrhagie antérieure datant de six mois.

Chancre induré de la lèvre inférieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales.

Obs. 15. — Sujet de 28 ans, lymphatique.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses du scrotum, de la marge de l'anus, des commissures labiales et des piliers du voile du palais. — Ganglions cervicaux postérieurs.

Obs. 16. — Sujet de 27 ans, sanguin et robuste.

Chancre induré de la commissure labiale droite. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie. — Céphalée.

Obs. 17. — Sujet de *soixante-cinq* ans. — Constitution moyenne. — Tempérament bilieux.

Chancre induré de la commissure labiale droite.

Plaques muqueuses ulcérées des amygdales et des piliers du voile du palais. — Carie des os propres du nez. — Carie des os palatins. — Tumeurs gommeuses.

Obs. 18. — Sujet de 21 ans. — Constitution moyenne. — Tempérament lymphatique. — Blennorrhagie datant de six semaines.

Chancre labial induré. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

Obs. 19. — Sujet de 26 ans, lymphatique; constitution faible. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indolente.

Syphilide papulo-squameuse; plaques muqueuses de la gorge, de la langue, des lèvres, etc. — Alopécie.

Obs. 20. — Sujet de 30 ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure, à gauche. — Adénopathie sous-maxillaire gauche indurée et indolente.

Roséole. — Plaques opalines des amygdales.

Obs. 21. — Fille publique. — 21 ans. — Tempérament lymphatique; constitution faible.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses.

Obs. 22. — Fille publique. — 22 ans. — Tempérament sanguin; constitution forte.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire indolent.

Obs. 23. — Fille publique. — 18 ans. — Tempérament lymphatique.

Chancre induré de la paupière supérieure.

Syphilide érythémateuse. — Plaques muqueuses.

Obs. 24. — Fille publique, 18 ans. — Constitution faible; pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la langue.

Syphilide papulo-squameuse. — Éruption croûteuse du cuir chevelu; alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 25. — Fille publique, 26 ans. — Constitution très robuste; tempérament sanguin.

Chancre induré de la langue.

Syphilide polymorphe. — Plaques muqueuses.

Obs. 26. — Fille publique, 19 ans. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses de la vulve. — Ganglions cervicaux.

Obs. 27. — Fille publique, 22 ans. — Tempérament bilieux; constitution forte.

Retenue à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des *chancres simples* de la vulve. — Aucun accident consécutif de syphilis.

Large chancre induré du front. — Chancre induré de la lèvre supérieure.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie. — Ganglions cervicaux.

Obs. 28. — Fille de 18 ans, *vierge*. — Tempérament lymphatique.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie spécifique.

Roséole. — Alopécie. Adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée. — Périostoses gommeuses.

Ce tableau n'a pas besoin de commentaire. Sur *vingt-huit* cas de chancres céphaliques (chancres des lèvres, de la langue, de la narine, de la cloison des fosses nasales, de la paupière et du front) l'on y trouve *vingt-six fois* l'induration spécifique avec les symptômes propres à la syphilis généralisée; deux fois seulement l'induration n'a pu être constatée, parce que les malades se sont présentés trop tardivement à notre observation; mais, dans ces deux cas, des symptômes de syphilis constitutionnelle témoignaient du caractère infectieux des chancres qui les avaient précédés.

Ainsi, non plus que mes maîtres, je n'ai pas trouvé dans mes recherches personnelles une seule exception à cette règle de l'induration constante, du caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

IV

École de Lyon : MM. Diday, Rodet et Rollet.

Mais dépassons l'enceinte du Midi, pour aller poursuivre notre enquête sur un autre terrain.

Interrogeons la syphiliographie lyonnaise, et tout d'abord M. Diday. — Je suis heureux de laisser ici la parole à ce savant maître et de pouvoir annexer à ce mémoire la note suivante qu'il a bien voulu me faire transmettre :

« Je n'ai observé, à l'extrémité céphalique, que des chancres des lèvres et un au-dessous de l'orbite, entre le nez et la joue.

» A part *une seule exception*, dont il va être question tout à l'heure, *tous ces chancres étaient indurés*, et je les ai vus suivis d'accidents constitutionnels, quand les malades sont restés soumis à mon observation. — Ils s'accompagnaient d'engorgements ganglionnaires qui ne suppuraient pas.

» J'ajoute que, *toutes les fois qu'il m'a été possible de faire cette constatation, j'ai reconnu, sur la personne d'où provenait la contagion, un chancre de même espèce, c'est-à-dire induré, infectant.*

» Chez une jeune personne de 19 ans, j'ai vu, il y a un an, une *ulcération* de la lèvre inférieure qui m'offrit les caractères et eut la durée d'un chancre primitif. Cet ulcère persista pendant un mois. Il n'était pas induré, ne développa dans les régions correspondantes aucune adénite, et n'a pas été jusqu'ici suivi d'accidents constitutionnels. — Cette jeune personne ne voulut pas ou ne sut pas m'indiquer la source où elle avait puisé le mal. — Les conditions sociales au milieu desquelles elle vivait *m'empêchèrent de pratiquer l'inoculation.*

» P. Diday.

« 29 novembre 1856. »

Ainsi, dans toute sa pratique, M. Diday n'a rencontré qu'*une seule exception* à cette loi de l'induration constante du chancre céphalique. Encore ce fait exceptionnel est-il frappé de condamnation par M. Diday lui-même, et l'on ne saurait lui adresser une plus sévère critique que son auteur, l'absence d'une inoculation confirmative.

Néanmoins, émanée d'un praticien et d'un spécialiste tel que M. Diday, cette observation, bien qu'isolée, bien que dépourvue du témoignage indispensable de la lancette, doit être prise en sérieuse considération. — J'y reviendrai plus loin.

A l'opinion de M. Diday, je joindrai immédiatement le témoignage de MM. Rodet et Rollet, chirurgiens de l'Antiquaille.

M. Rodet écrivait en 1854 :

« Les chancres des lèvres s'indurent plus souvent que tous les autres, car *je ne me souviens pas d'en avoir rencontré un seul qui n'ait présenté ce phénomène de l'induration et qui n'ait été suivi de l'infection générale.* Les chancres de la langue que j'ai observés se sont également *presque* tous indurés (1). »

M. Rodet est donc absolu pour le chancre des lèvres; mais ferait-il une concession pour les accidents primitifs de la langue, comme semblerait l'indiquer le texte précité? — J'ai tenu à être exactement renseigné sur ce point, et grâce à une obligeante communication de M. le docteur Dron, ex-interne de l'Antiquaille, je puis dire que M. Rodet est également affirmatif sur l'induration *constante* des chancres linguaux.

L'opinion de M. Rollet est entièrement analogue à celle de son collègue. — Je tiens encore de M. le docteur Dron que M. Rollet n'a jamais rencontré à l'extrémité céphalique que des chancres à base indurée, c'est-à-dire de nature infectieuse.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

CORPS ÉTRANGER DANS LE LARYNX; — TRACHÉOTOMIE (1).

Obs. I. — Un enfant de 5 ans 1/2 tenait entre ses lèvres un noyau de prune percé de part en part, et dont il se servait pour siffler, lorsque, pendant une grande inspiration, celui-ci fut subitement entraîné dans les voies respiratoires; il s'ensuivit une dyspnée intense, avec respiration bruyante. Un émétique provoqua des vomissements et amena quelque soulagement, mais le corps étranger ne fut point rendu.

Lorsque M. Wheelhouse arriva, la respiration était bruyante; l'enfant accusait la sensation d'une masse au sommet du sternum; mais pas de douleur ni spontanée, ni provoquée par la pression sur le larynx. A l'auscultation, on entend une respiration sifflante et rude au larynx, et on remarque que l'air pénètre un peu moins librement dans le poumon gauche que dans le droit. La poitrine résonne bien partout. La peau est froide et moite, la parole libre, les lèvres colorées. Le surlendemain matin, il était dans le même état, lorsqu'à huit heures il éprouva, à la suite d'un vomissement, un soulagement subit qui persista dans le jour, et même le jour suivant, qui était le 30 août.

Le 31, après quelques symptômes de dyspnée, il y eut, à huit heures du soir, une aggravation telle, que l'on craignit de voir expirer l'enfant. L'asphyxie était imminente; la connaissance était perdue. On pratiqua la trachéotomie. Dès que le bistouri eût pénétré dans la trachée, l'air s'y précipita avec rapidité. Puis, au bout de peu d'instants, le petit malade expira.

A l'autopsie, on trouva le corps étranger dans le larynx, ayant une position presque verticale, son extrémité inférieure reposant sur le bord supérieur du cartilage cricoïde, à un quart de pouce environ au-dessus de l'ouverture pratiquée sur la trachée.

Dans ce cas, il est probable que l'insuccès de la trachéotomie est dû à ce qu'elle a été pratiquée trop tard. Il est arrivé au malheureux enfant, ce qui arrive aux oiseaux que l'on maintient trop longtemps dans un milieu irrespirable et auxquels on rend subitement l'accès de l'air. Ils sont tués immédiatement.

(1) Compte-rendu du service chirurgical de l'Antiquaille, décembre 1854.

La seconde observation nous montre un cas analogue, mais dont la terminaison fut diamétralement opposée, parce que les circonstances étaient plus favorables.

Obs. II. — Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2; le corps étranger était le même. Les symptômes furent également les mêmes. Le corps étranger fut extrait de la trachée par la plaie, au moyen de pinces qui s'ouvraient verticalement. Le malade fut à l'instant soulagé. L'opération ne fut suivie d'aucun accident. — (In *Gazette méd.*, 13 février 1858.)

SUR LE TRAITEMENT DES LUXATIONS COMPLÈTES DE LA ROTULE EN DEHORS.

Depuis Valentin, on conseille généralement, pour réduire les luxations de la rotule en dehors, de faire fléchir la cuisse sur le bassin, de relever la jambe et de refouler doucement en dedans la rotule en appliquant les deux pouces sur le bord externe de cet os devenu postérieur. Ce procédé, qui peut réussir dans beaucoup de cas, est, dans d'autres, complétement insuffisant. Déjà M. Paulet a rapporté, dans la *Revue médico-chirurgicale*, une observation où, n'ayant obtenu aucun résultat de ce procédé, il eut recours à la flexion de la jambe.

C'est sur la flexion forcée de la jambe que M. le docteur Philipeaux (de Lyon) appelle l'attention des praticiens. Une jeune fille, de 17 ans, tomba sur le côté interne du genou gauche et se luxa la rotule en dehors. En effet, M. le d[r] Philipeaux, appelé immédiatement, constata la lésion suivante : le genou gauche, légèrement tuméfié, avait subi une déformation ainsi caractérisée : à la place de la rotule, il existait un enfoncement au centre duquel on reconnaissait parfaitement la poulie articulaire du fémur; la rotule était située en dehors du condyle fémoral externe, de telle sorte que sa face antérieure regardait en dehors, son bord externe en arrière et un peu en dehors; l'interne, au contraire, faisait saillie en avant et un peu en dedans. Le bord supérieur de la rotule se continuait en haut avec le tendon du droit antérieur dévié en dehors, et son bord inférieur avec le ligament rotulien descendant obliquement en dedans vers le tibia. La jambe était dans la demi-flexion et dans l'abduction, et les moindres efforts pour chercher à la redresser provoquaient les souffrances les plus vives.

La malade, couchée sur le dos et placée sur le bord de son lit, fut éthérisée. Puis le chirurgien, ayant appliqué les deux pouces sur le bord externe de la rotule devenu postérieur, fit fléchir et redresser ensuite fortement la jambe sur la cuisse et refoula vivement en dedans la rotule qui reprit aussitôt sa place normale. Pour maintenir la luxation réduite et donner à la jambe l'immobilité la plus complète, on appliqua un bandage amidonné qui, embrassant le pied, la jambe et la cuisse, remontait jusqu'à la hanche : sur ce bandage humide, on plaça, pour lui donner immédiatement de la solidité, des attelles en fil de fer recuit qui furent serrées fortement avec une bande.

Au bout de trois semaines, pendant lesquelles la malade put circuler dans son appartement, le bandage fut enlevé et remplacé pendant quinze jours encore par une genouillère en caoutchouc. Au bout de ce temps, la malade marchait aussi bien qu'avant son accident.

M. Philipeaux attache aussi une grande importance au bandage amidonné, qui seul donne à la jambe l'immobilité nécessaire. — (In *Bulletin de thérap.*, 15 février 1858.)

BIBLIOTHÈQUE.

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE OU DESCRIPTION, AVEC FIGURES COLORIÉES, DES MALADIES DE L'ORGANE DE LA VUE;

Par le docteur J. Sichel.

Ancien chef de clinique de M. Sichel, c'est avec le plus grand plaisir que nous acceptons la tâche qui nous est confiée, d'examiner, d'analyser le grand ouvrage publié par notre savant maître : nous ne sommes pas de ceux qui pensent que l'amitié oblige à louer et à flatter quand même, aussi nous acquitterons-nous de notre tâche avec une impartialité sincère, qui nous sera d'autant plus facile, que nous aurons plus souvent à louer qu'à blâmer.

Fruit d'une longue pratique et d'une expérience de vingt-cinq ans, l'ouvrage de M. Sichel a pour but « d'enseigner la partie de l'ophthalmologie qu'on n'apprend pas dans les livres, le diagnostic....; d'étudier les états morbides de l'œil qui peuvent se reproduire par le pinceau, et non de faire un traité complet des maladies oculaires. » Pour tout dire, en un mot, l'*Iconographie ophthalmologique* est le résumé de la pratique de M. Sichel, et non un ouvrage classique didactique : ce sont surtout des observations, des faits pratiques que l'on est à même de retrouver chaque jour, et le praticien y puisera journellement de nombreux enseignements.

Avant d'entrer dans les détails, examinons l'ensemble et le plan de l'ouvrage : il se divise en deux parties, les planches et le texte; la première pensée de l'auteur était de publier seulement les planches avec quelques lignes de texte explicatif et quelques observations, on ne sera donc pas étonné que les planches fassent, comme le dit M. Sichel, la principale partie de l'ouvrage, et nous regrettons sincèrement que le texte soit aussi bref, aussi aphoristique, car en lui donnant plus de développements, en le mettant au niveau de la partie graphique, M. Sichel nous donnait un véritable chef-d'œuvre. Les planches, gravées sur des dessins pris d'après nature, sont d'une admirable exécution, d'une exactitude scrupuleuse, mathématique, elles atteignent, sans contredit, le plus haut point de perfection où l'on soit encore arrivé; pour cela, M. Sichel n'a rien épargné, ni temps, ni labeur, ni argent, et nous nous rappelons encore avoir vu bien des fois graveur, dessinateur et imprimeur pester contre l'exigence de l'auteur, qui refusait jusqu'à trois fois une planche trouvée inexacte.

Le texte, avons-nous dit, est un peu bref sur certains points, tandis qu'il est très développé sur d'autres; c'est un regret que nous exprimons et non un reproche que nous adressons à l'auteur. Ceci demande explication : M. Sichel a publié, pendant le cours de sa longue pratique, de nombreuses monographies, de nombreux mémoires sur différentes maladies oculaires; il a, en outre publié, il y a une vingtaine d'années, un excellent volume sur l'*ophthalmie*, la *cataracte* et l'*amaurose*; chaque fois que se présente dans l'*Iconographie* un sujet qu'il a traité *in extenso* dans un travail antérieur, l'auteur glisse rapidement sur ce sujet et renvoie à ce travail. Or, ces publications remontent, pour la plupart, à une

époque déjà reculée, et tous les médecins qui ne possèdent pas ces collections, souvent difficiles à trouver, regrettent que M. Sichel ait fait ces renvois si nombreux, au lieu d'extraire de ces mémoires les parties saillantes qui, sans allonger de beaucoup le texte de l'ouvrage, l'auraient complété d'une manière profitable pour tous. Espérons que M. Sichel mettra bientôt à exécution un projet qu'il a émis devant nous il y a quelques années, de reprendre ses différents travaux, de les coordonner et les réunir dans un même volume : c'est le complément nécessaire de l'*Iconographie*.

La première section comprend l'étude des ophthalmies. Elle se divise en deux chapitres, ophthalmies simples et ophthalmies spéciales ou combinées.

« L'ophthalmie est l'inflammation d'une ou plusieurs parties de l'œil. » Voilà le compte de l'ophthalmie terminé; une telle concision nous désole; à quoi sert une expérience de vingt-cinq ans, si, en traitant de l'ophthalmie en général, on se borne à donner une définition, et qu'on s'en tient là? Voilà un des inconvénients que nous signalions tout à l'heure, une lacune qu'on ne peut combler qu'à l'aide d'un autre travail de M. Sichel.

Après la conjonctivite et la sclérite, vient le chémosis (p. 8 et 9) : le chémosis séreux est décrit : « Espèce d'œdème sous-conjonctival aigu ou subaigu. » M. Sichel semble ne pas admettre la forme chronique dont nous avons eu dernièrement un exemple curieux chez un malade qui, d'une constitution scrofuleuse évidente, a eu un grand nombre d'inflammations des yeux, à la suite desquelles la conjonctive est restée soulevée depuis longtemps par un liquide jaune citrin qui entoure presque complétement la cornée : cette forme d'œdème sous-conjonctival chronique réclame le plus ordinairement un traitement chirurgical, on excise un petit pli de la conjonctive, et quelques jours après tout est fini. Au contraire, le chémosis séreux, survenant dans le cours d'une inflammation oculaire, disparaît le plus ordinairement très vite sous l'influence d'un traitement général approprié.

La *kératite ponctuée* ou *pointillée* (*Descemétite, aquo-capsulite*) est bien décrite; il nous semble seulement qu'elle aurait aussi bien trouvé sa place au chapitre de l'ophthalmie scrofuleuse. En effet, la kératite ponctuée n'est qu'une variété de la kératite lymphathique, affection assez rare, mais ordinairement chronique, indolente et rebelle au traitement.

L'inflammation de l'iris, exposée soigneusement et dans tous ses détails, fait le sujet d'un excellent article; au traitement, cependant, il nous semble manquer quelque chose; c'est la ponction de la cornée avec le couteau lancéolaire, pour évacuer la matière fibro-albumineuse puriforme qui occupe la chambre antérieure dans le degré avancé de la phlegmasie, et qui constitue un hypopyon que Beer appelle *hypopyon vrai*, et que M. Sichel nomme *faux hypopyon*. Quoi qu'il en soit, dans ce cas, la ponction de la cornée, suivie de l'issue de cette matière puriforme, constitue un excellent moyen thérapeutique que nous avons vu maintes fois pratiquer à M. Sichel, et qui nous a souvent donné de très bons résultats.

Nous trouvons ensuite les ophthalmies traumatiques. Chacun se rappelle les savantes leçons faites par M. Sichel à sa clinique sur les corps étrangers de la cornée, aussi ce chapitre est-il fort bien fait. Il étudie les corps étrangers métalliques et les corps étrangers non métalliques, tels que fragment de pierre, les coques de graines de millet et autres, les élytres de coléoptères, etc. Ce chapitre mérite une mention particulière, car j'ai vu plusieurs fois à la clinique de M. Sichel des malades qui, après avoir été traités pour une ophthalmie pustulaire qui ne guérissait pas malgré le traitement, ont été promptement soulagés par l'extraction de la prétendue pustule qui n'était autre chose qu'une coque de graine de millet. En effet, il y a une grande similitude dans les deux cas, et il faut une grande attention pour les distinguer. Il existe cependant plusieurs points de repère : la vascularisation est bien la même, l'auréole vasculaire est identique, mais la pustule lymphatique est plus rouge; les vaisseaux qui l'entourent se continuent sur elle, tandis que, à la loupe, on les voit passer au-dessous de la coque végétale qui, d'ailleurs, est jaune blanchâtre; la coque de millet donne au passage de la paupière une sensation de douleur plus ou moins vive, semblable à une griffe, sensation que ne donne pas la pustule. Enfin, l'ophthalmie pustulaire, très fréquente chez les enfants, est, au contraire, très rare chez l'adulte.

A la fin de cet article, M. Sichel traite des ophthalmies traumatiques produites par des corps en ignition ou des agents chimiques. Parmi les accidents qui peuvent résulter de ces lésions, l'auteur signale une espèce particulière de ptérygion qui succède à une escarre de la conjonctive; cette variété du ptérygion ne marche pas, ne se développe pas, et ne réclame par conséquent aucun traitement particulier.

Le troisième chapitre de la section traite des *ophthalmies spéciales ou combinées*. En quelques mots, généralités sur les ophthalmies spéciales, l'auteur expose d'une manière intelligente un fait bien connu en pathologie générale, à savoir l'influence que tel ou tel vice de constitution exerce sur une maladie quelconque. M. Sichel est assez sobre de divisions et de subdivisions dans sa nomenclature des ophthalmies spéciales; aussi n'est-ce pas à lui que nous adresserons le reproche que méritent l'école allemande et l'école anglaise actuelles. A quoi sert cette innombrable quantité de divisions en espèces, sous-espèces et variétés? En médecine générale, trouvons-nous une semblable nomenclature? La pneumonie, par exemple, ne peut-elle pas frapper aussi bien un sujet pléthorique, un anémique et un scrofuleux? Le praticien s'empressera-t-il de faire une nomenclature de la pneumonie et de décrire une pneumonie sanguine, une pneumonie anémique et une pneumonie scrofuleuse? Il n'en fait rien; seulement, il a soin de tenir compte des divers éléments de pléthore, d'anémie et de scrofules dans le traitement qu'il approprie à chacun de ces trois cas. Il en est de même pour tous les états pathologiques, dans lesquels il faut tenir compte de la complication apportée par l'état constitutionnel du malade.

Et d'ailleurs, qu'entend-on par ophthalmie scrofuleuse? Pour M. Sichel, le type de l'ophthalmie scrofuleuse est l'ophthalmie pustulaire; pour d'autres, c'est la blépharite glandulaire; qui m'empêche de prendre, à mon tour, un autre type si fréquent, la conjonctivo-kératite avec épanchements interlamellaires? En effet, toutes ces affections oculaires se rencontrent fréquemment chez les scrofuleux, la dénomination de l'affection ne fera rien, le traitement sera le même dans tous les cas. Veut-on voir où nous mènera une nomenclature qui voudra à toute force faire entrer dans le nom de la maladie les noms des divers éléments constitutionnels qui peuvent avoir une certaine influence sur cette maladie? Un sujet scrofuleux contracte la syphilis (cela arrive tous les jours); quelque temps après il s'expose au froid humide sur les yeux, il survient alors en même temps que l'iritis syphilitique, une conjonctivite catarrhale; on dira donc que le malade a une ophthalmie catarrho-syphilitico-scrofuleuse? Sans compter que, si la sclérotique s'enflamme aussi sous l'influence du froid humide, il y aura un nouvel élément (rhumatismal) qui changera l'ophthalmie en une ophthalmie catarrho-rhumatismo-syphilitico-scrofuleuse. On voit donc où nous mène cette nomenclature, à des appellations barbares, indigestes, dont le praticien sérieux n'a nullement besoin pour savoir qu'il a affaire à une inflammation de l'œil survenue chez un sujet scrofuleux dont la constitution est entachée de syphilis; il saura bien tenir compte de ces divers éléments dans les moyens thérapeutiques qu'il doit administrer au malade.

Si nous avons pris ici pour exemple l'iritis syphilitique, c'est qu'il est toujours identique et invariable, quelle que soit la constitution du sujet : c'est que, très rare en été, l'iritis syphilitique est ordinairement déterminé par le froid humide, qui peut en même temps donner naissance à une conjonctivite catarrhale; enfin, on peut supposer tous ces accidents survenant chez un sujet scrofuleux (ce qui n'est pas rare), et on a ainsi tous les éléments du cas particulier que nous avons pris pour exemple.

Mais revenons à l'excellent ouvrage de M. Sichel : c'est à lui que revient l'honneur d'avoir bien posé les caractères différentiels de l'injection vasculaire que l'on rencontre dans les quatre formes principales de l'inflammation oculaire. En effet, l'injection rhumatismale diffère totalement de l'injection lymphatique, par exemple, et n'appartient qu'à l'inflammation rhumatismale; un praticien un peu exercé la distinguera facilement par les caractères indiqués par M. Sichel, et dès lors le diagnostic est posé et l'application thérapeutique déterminée.

L'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie granulaire sont bien décrites, bien exposées; la question des granulations et de la contagion demandait peut-être un peu plus de développements; mais rappelons-nous le but de l'auteur, il est complétement atteint par les observations et les règles pratiques qu'on y trouve.

Vient ensuite l'ophthalmie blennorrhagique : disons-le de suite, c'est avec un sentiment de vif regret que nous voyons combien M. Sichel a été bref sur un sujet aussi important, qui comportait une étude profonde et vaste, et sur lequel l'auteur avait à nous donner une foule de détails pratiques d'un intérêt capital. Je me rappelle, en effet, avoir vu chez les malades de M. Sichel un grand nombre d'ophthalmies des nouveau-nés, pourquoi ne pas parler d'une maladie aussi terrible et que cependant on guérit si souvent; pourquoi ne pas nous initier aux procédés que suit la nature pour réparer d'une admirable façon les désordres affreux causés par cette maladie, et qui, au premier abord, semblaient irréparables? La question de l'ophthalmie blennorrhagique simple, blennorrhagique syphilitique par contact direct ou par métastase, la question de la contagion, de la propagation de la maladie d'un œil à l'autre, tout cela n'est-il pas du plus haut intérêt pratique : M. Sichel avait d'excellentes choses à nous dire sur ce sujet complexe; nous regrettons vivement qu'il ne l'ait pas fait.

Nous sommes heureux de trouver à la page 46 un article intitulé : *De l'influence des affections constitutionnelles sur les granulations palpébrales*. Cet article est très court, mais il est exposé d'une façon admirable, avec une netteté et une précision exquises : il semble indiquer une tendance de l'auteur à abandonner la nomenclature usuelle avec ses innombrables subdivisions. En effet, M. Sichel nous apprend que certains vices constitutionnels, les scrofules, par exemple, donnent aux granulations palpébrales un cachet spécial, en vertu duquel le traitement ordinaire échoue si l'on ne s'adresse d'abord à la constitution; mais il s'est bien gardé de les appeler granulations scrofuleuses. Ceci vient à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure, qu'un médecin attentif et sérieux doit rechercher et combattre tous les éléments d'une maladie, sans affubler celle-ci d'un nom plus ou moins barbare.

Nous arrivons maintenant au point capital de cette section, l'étude de l'ophthalmie dite lymphatique ou scrofuleuse : conjonctivite pustulaire, kératite ponctuée, épanchements interlamellaires, ulcérations, iritis, toute cette maladie est parfaitement et largement étudiée. Nous appellerons surtout l'attention du lecteur sur la kératite panniforme et la kératite ponctuée, que M. Sichel a, le premier, décrites d'une façon complète, et qu'il a bien nettement différentiées des autres affections de la cornée. De nombreuses observations nous montrent que, chez les sujets scrofuleux, l'inflammation de la cornée se traduit fréquemment par des épanchements interlamellaires qui se couvrent eux-mêmes de granulations vasculaires formant une sorte de pannus partiel, lequel diffère totalement du pannus succédant à une ophthalmie granulaire intense, tel qu'on l'observe surtout en Algérie et en Égypte. Ce pannus partiel aigu a une forme triangulaire, quelquefois il s'ulcère, et généralement il guérit par le traitement local associé au traitement général, laissant à sa suite une opacité plus ou moins légère de la cornée, opacité qui peut même quelquefois complétement disparaître.

C'est surtout dans l'étude de ces maladies que les admirables planches de l'*Iconographie* sont utiles; elles remplacent autant qu'il est possible l'examen clinique des malades, et le praticien qui aura fait une étude approfondie de ces états morbides représentés dans les planches, aura la plus grande facilité à les reconnaître sur les malades.

L'*ophthalmie veineuse* (ophthalmie arthritique ou abdominale des auteurs) et ses suites sont bien exposées; plusieurs observations montrent qu'une conséquence fréquente de cette forme de l'ophthalmie est le dépôt de fausses membranes dans la pupille, à la suite de choroïdite et d'irido-cristalloïdite.

Article XII, *de l'iritis syphilitique*. M. Sichel n'admet, comme constante, l'influence de la syphilis sur l'inflammation oculaire que dans un cas, l'iritis syphilitique; il dit n'avoir jamais vu de chancres sur la conjonctive ni sur la sclérotique; cependant, les exemples d'ulcérations chancreuses syphilitiques sur la conjonctive palpébrale et bulbaire ne sont pas rares, et, du reste, l'auteur dit simplement qu'il n'en a jamais vu, mais il n'en nie pas la possibilité.

L'iritis syphilitique a donc un aspect et des caractères bien tranchés, auxquels on saura toujours le diagnostiquer : 1° le petit cercle de l'iris se décolore et prend une teinte rouge cuivré ou violacé; 2° le petit cercle est gonflé et tomenteux; 3° déformation de la pupille, qui, sans être d'une valeur capitale, comme la teinte cuivrée, manque cependant très rarement; elle est en forme de cœur de cartes à jouer, placée un peu obliquement de dehors en dedans; 4° enfin, à une période plus avancée, apparaissent fréquemment sur le petit cercle des végétations vasculaires de volume variable, que Beer a nommées *condylomes de l'iris*. L'étiologie de cette maladie est curieuse; elle ne se montre que chez des sujets atteints actuellement ou antérieurement de syphilis; mais elle a besoin de certaines conditions atmosphériques pour se développer; très rare en été, elle commence à se montrer au moment des pluies froides, et débute par une sclérite; d'où il suit que l'iritis syphilitique est généralement compliqué d'un peu d'ophthalmie rhumatismale.

Un fait domine toute l'histoire de l'iritis syphilitique, c'est la promptitude avec laquelle il se forme des fausses membranes dans la pupille, souvent malgré un traitement actif et énergique; aussi faut-il avoir soin de dilater largement la pupille.

Deuxième section. Elle traite de l'anatomie normale de l'œil. C'est un résumé succinct des travaux de Bruecke, d'Arlt et de Sœmmering, que M. Sichel a augmenté d'une note complémentaire; en somme, c'est un excellent *memorandum*, dont la lecture sera toujours fort utile au praticien.

Comme on le voit, nous n'avons examiné dans cet article que les *ophthalmies*; dans un deuxième travail, nous étudierons la *cataracte*, question que M. Sichel a traitée dans les plus grands détails et d'une façon originale, non seulement au point de vue opératoire, mais encore sous le rapport de l'anatomie tant normale que pathologique; c'est la plus belle partie du grand ouvrage du maître.

D[r] A.-P. DOUMIC.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

UN CAS D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL PAR LA MÉTHODE DE COHEN, MORTEL POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT, a été observé à la Maternité de Dresde, et communiqué par le professeur GRENSER.

Fille de 22 ans, petite, de mauvaise mine, rachitique dans son enfance, à colonne vertébrale déformée. L'accouchement fut provoqué, en injectant, le 30 janvier 1855, à huit heures et demie du matin, 270 grammes d'eau à 37° centig., à travers l'orifice interne de la matrice. L'opération, faite exactement d'après les prescriptions de Cohen, fut très facile et ne présenta rien de particulier. Mais, immédiatement après, la femme fut prise d'un sentiment d'anxiété considérable, d'agitation, de sueur presque froide; le pouls devint accéléré, irrégulier, et, un quart d'heure après, il survint des douleurs dans le bas-ventre, douleurs concentrées d'abord sur la matrice, et prenant après les caractères de douleurs réelles. Elles devinrent bientôt très vives, et le pouls monta à 150. Lavement évacuant. Dans l'après-midi, l'agitation et le pouls se calmèrent un peu; les douleurs continuaient. Insomnie la nuit. Le lendemain, les organes étaient préparés pour l'accouchement. A midi, excitation; matrice douloureuse au toucher; à quatre heures, pouls à 110. A huit heures et demie, orifice complétement dilaté; à dix heures, accouchement d'un enfant femelle, asphyctique, ne donnant que peu de signes de vie, et qui mourut à minuit et demi. L'autopsie montra des foyers sanguins dans la substance et dans les enveloppes cérébrales. L'excitation de la mère continua après l'accouchement, et bientôt il survint des douleurs lancinantes dans la matrice, etc., et la femme mourut le 3 février, à cinq heures du matin. A l'autopsie, on trouva une endométrite septique.

L'existence de fièvres puerpérales, qui régnaient en ce moment, ôte un peu de valeur à cette observation, et, si ce n'était les accidents survenus immédiatement après l'injection, on ne pourrait rien en conclure contre cette méthode. Il faut admettre que l'opération ait été convenablement faite; mais les instruments qui ont servi à la pratiquer, la canule, le clyso-pompe, ont-ils été tout à fait propres, exempts de toute matière contagieuse, et l'inoculation d'une matière septique n'a-t-elle pu avoir lieu et se manifester par les symptômes indiqués? — (*Monatschr. f. geburtsk*, t. VIII, n° 6.)

COURRIER.

M. le docteur de Comeiras, chirurgien principal de la marine, vient d'être nommé, par décret en date du 27 février, officier de la Légion d'honneur, pour sa belle conduite à l'attaque et à la prise de Canton.

— Par jugement du 25 janvier dernier, le tribunal correctionnel de Lyon a accueilli et déclare recevable l'action d'un certain nombre de médecins de la ville qui se portaient partie civile contre M[lle] de Bressac, poursuivie pour exercice illégal de la médecine.

En conséquence, le tribunal a condamné la prévenue, par application des art. 55 et 56 de la loi du 19 ventôse an XI, à 15 francs d'amende et à 150 francs de dommages-intérêts envers les parties civiles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un des plus honorables médecins d'Angers, M. Guépin, auteur d'une *Flore* justement estimée et de plusieurs travaux de médecine recommandables.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Renouard.	5 fr.
Frère.	10
Guessebard, à Viré . . .	5
	20 fr.
Souscriptions antérieures. .	1,072
Total.	1,092 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 26. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Parmi les jurisconsultes et les administrateurs qui ont bien voulu promettre le concours de leurs lumières à la Commission d'organisation de l'Association générale, il faut ajouter le nom de M. Michel CHEVALLIER, membre de l'Institut, conseiller d'État, etc.

ADHÉSIONS :

La Société médicale de la Charente nous fait l'honneur de nous adresser, avec une lettre très sympathique et une allocution éloquente prononcée par M. le docteur Dufresse-Chassaigne, un de ses membres, les adhésions des médecins du département au nombre de 63.

On lit dans le dernier numéro de la *Revue médicale :*

« Finissons aujourd'hui par la bonne nouvelle : l'Association générale des médecins de la France n'est pas morte du vote de l'Association des médecins de Paris, qui lui a refusé l'annexion ; que dis-je ? elle ne s'en porte que mieux, comme pour donner raison à notre pronostic. Vous saurez donc que lorsque l'Association générale a eu la preuve que Paris n'étendait sa générosité confraternelle que jusqu'aux confins de son département, un peu plus loin que les fortifications de la ville, elle a dû revenir d'une illusion voisine du désespoir. Par bonheur, c'est en ces moments suprêmes que viennent à l'homme les bonnes idées......

» Au prochain chapitre, nous vous dirons les noms des médecins qui forment cette commission organique, sous la présidence de M. Rayer, et ces noms vous diront eux-mêmes les garanties de succès qu'ils offrent à l'institution nouvelle. Que la province médicale s'inscrive par tout ce qu'elle a de plus honorable, et nous la tenons pour certaine qu'elle aura sous peu, et fonctionnant à plaisir, une Association digne de la plus large confraternité qu'ait jusqu'à ce jour réalisée la science chrétienne, c'est une des définitions de la médecine. » — Dr SALES-GIRONS.

De son côté, l'*Abeille médicale* du 1er mars publie ce qui suit :

« Bien des gens ont pensé, après le vote négatif de l'Association de la Seine sur la demande d'annexion faite par le comité de Bordeaux, que la question de l'Association générale serait abandonnée. Il faut qu'on se détrompe : une fois le germe d'un projet généreux et bienfaisant déposé dans les esprits, il n'y peut qu'être fécondé, et son développement est certain. Les promoteurs de l'Association se sont occupés d'instituer une commission chargée de préparer un projet de statuts. Elle a demandé à M. Rayer, qui a accepté avec empressement, de vouloir bien accepter la mission de former cette commission, et, dès aujourd'hui, on met en avant, comme en faisant partie, les noms de MM., etc. » — A. BOSSU.

La *Revue thérapeutique du Midi* annonce aussi avec sympathie la formation de la commission d'organisation de l'Association générale.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Si, pour faire un bon discours académique, il ne s'agissait que de le faire très long, l'Académie en eût rarement entendu de meilleur que celui qui a été prononcé hier. Pendant près de deux heures, M. Depaul a occupé la tribune et a exposé une grande partie de ce qu'il sait sur la question de la fièvre puerpérale ; et comme ce que sait l'honorable académicien est considérable, son discours a été très étendu. M. Depaul a touché l'écueil sur lequel viennent trop souvent échouer un grand nombre de ses collègues. Dans toute question académique il y a un fonds commun, une science courante, que c'est le devoir du professeur d'exposer à la clinique ou à l'amphithéâtre, mais qui doivent être supposés connus à l'Académie. Ce qu'il faut porter à la tribune académique, ce sont les points nouveaux, controversés, surtout quand on a quelques idées nouvelles à faire connaître, quelques obscurités à éclaircir. A ce point de vue, l'intervention de M. Depaul dans le débat aurait pu se borner aux considérations qu'il a développées sur les altérations du sang dans la fièvre puerpérale, sur les résultats négatifs qu'il a obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de cette maladie, contrairement aux opinions et aux faits publiés par plusieurs praticiens, et enfin sur ses idées relativement à la prophylaxie de cette terrible affection. En concentrant son oraison sur ces trois points, M. Depaul aurait fait un discours moins long, il est vrai, mais plus utile, et, en se débarrassant d'un grand nombre de questions qu'il a voulu traiter, il eût soutenu l'attention de l'Académie qui, visiblement, lui faisait défaut dans la dernière partie de son discours.

L'Académie a déclaré, hier, une vacance dans la section d'anatomie pathologique. Si nous sommes bien informé, c'est surtout en vue de la micrographie que cette vacance a été déclarée.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR LA CONTUSION ET LA DÉCHIRURE DE L'URÈTRE ; — NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DE CE CANAL ;

Par le docteur DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc.

Il est un point de la pathologie de l'urètre sur lequel les auteurs insistent peu, je veux parler des lésions traumatiques de cet organe. Cependant que de difficultés ce genre de lésion peut présenter ? En effet, depuis la déchirure de l'urètre déterminée par la volonté du malade dans le cas de chaudepisse cordée, jusqu'à la déchirure de cet organe par suite d'un choc sur la région du périnée, il y a mille degrés intermédiaires. Les accidents qui résultent de cette lésion sont primitifs ou consécutifs. Les accidents primitifs sont l'hémorrhagie, la difficulté ou même l'impossibilité absolue d'uriner, l'infiltration urineuse. Les accidents consécutifs sont la gangrène du périnée, l'élimination des escarres, finalement, enfin, les rétrécissements de l'urètre ou l'oblitération complète de ce canal.

CONTUSION DU PÉRINÉE.

Les contusions de l'urètre et de la région périnéale ne sont pas rares ; elles peuvent être peu graves et donner lieu seulement à une petite ecchymose, sans écoulement ou avec un léger écoulement de sang par l'urètre ; d'autres fois, les accidents sont plus sérieux ; il existe dans la région périnéale une vaste ecchymose ; le malade rend une assez grande quantité de sang par le méat urinaire ; l'exploration du canal ne fait rien découvrir, et le malade rend ses urines avec grande facilité ; nous voyons souvent des malades arriver à l'hôpital avec de fortes ecchymoses périnéales et scrotales. On pourrait craindre au premier abord une lésion grave des voies urinaires. Mais l'examen attentif des malades démontre que la lésion est légère, et que le repos et un régime délayant triompheront vite de ces accidents. Le plus souvent, ces accidents sont amenés par un coup reçu dans cette région, ou une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé.

DÉCHIRURE DE L'URÈTRE.

Les coups et les chutes sur le périnée peuvent amener des déchirures de l'urètre. Tantôt l'instrument contondant, en même temps qu'il déchire le canal excréteur de l'urine, blesse en même temps les téguments ; d'autres fois, l'intégrité de la peau du périnée est complète, et cependant l'urètre a été gravement lésé. Le mécanisme de cette lésion est facile à comprendre ; la violence qui la produit trouve, dans la symphyse pubienne, un point fixe, résistant, sur lequel l'urètre est contus ou déchiré par l'agent contondant. Dans ce cas d'intégrité du tégument externe, on comprend que la gravité de la lésion est relative à l'étendue de la déchirure de l'urètre et au degré de contusion auquel les éléments du périnée ont été soumis.

Les signes caractéristiques de cette lésion sont une douleur périnéale profonde, l'écoulement d'une plus ou moins grande quantité de sang, et la formation d'une ecchymose considérable dans la région périnéale ; si la déchirure est petite, peu étendue, une sonde peut encore pénétrer avec facilité dans la vessie ; l'urine même, peut être rendue avec plus ou moins de facilité, par le malade, sans le secours du cathétérisme ; seulement, à chaque émission, il éprouve dans la région périnéale, une sensation de chaleur due au passage de l'urine dans cette région. Bientôt la fièvre s'allume, tous les accidents de la fièvre urineuse apparaissent, le périnée, les bourses se tuméfient, ainsi que la verge, et le chirurgien est obligé d'intervenir, d'abord à cause des douleurs que le malade éprouve, et ensuite pour favoriser l'émission de l'urine, devenue difficile ou impossible par suite de la tuméfaction périnéale et de l'inflammation des parties de l'urètre lésées.

Les accidents peuvent être plus graves encore ; la violence a pu être telle, et par conséquent la lésion de l'urètre assez grave pour amener une impossibilité absolue de rendre l'urine. Le cathétérisme lui-même est impossible, et bientôt le blessé éprouve toutes les tortures que la rétention d'urine peut amener.

On comprend toute la gravité de pareilles lésions, et tout ce que la position du chirurgien présente de grave et de sérieux. L'intervention de l'art, dans ce cas, est fort délicate ; les opérations auxquelles il faut recourir sont non seulement difficiles, mais encore dangereuses.

TRAITEMENT DE LA DÉCHIRURE DE LA PORTION PÉRINÉALE DE L'URÈTRE.

Toutes les fois que nous sommes appelé auprès d'un malade atteint de contusion périnéale grave, avec issue d'une certaine quantité de sang par l'urètre, notre premier soin, même quand le malade nous dit qu'il a rendu de l'urine immédiatement après l'accident, est d'introduire une sonde à bout olivaire dans le réservoir urinaire et de la laisser à demeure. La présence de cet instrument prévient toute infiltration urineuse grave, elle comprime légèrement les parties déchirées et s'oppose à l'hémorrhagie. De plus, si celle-ci ne s'arrête point, l'application sur le périnée de moyens réfrigérants et une compression légère suffisent le plus souvent pour arrêter l'écoulement sanguin et prévenir l'infiltration urineuse ; malheureusement, les malades ne nous sont point amenés au moment même de l'accident ; souvent nous ne les voyons que vingt-quatre ou quarante-huit heures après ; dans ce cas, l'urine a pu s'infiltrer dans la région périnéale, s'unir avec le sang épanché, et amener de ce côté une violente réaction. Le chirurgien doit alors faire dans la région blessée des incisions assez profondes pour donner issue au sang, à l'urine et au pus épanchés. Cela fait, il doit chercher à pénétrer dans la vessie avec une sonde, afin de s'opposer au passage incessant de l'urine dans les tissus du périnée et des bourses. Il peut se faire que le cathétérisme soit devenu impossible. Dans ce cas, et même quand j'ai pu faire pénétrer une sonde dans la vessie, je cherche, en faisant des incisions dans la région malade, à pénétrer assez profondément, de manière à arriver jusque sur le voisinage de l'urètre intéressé ; de la sorte, l'urine s'écoule plus facilement au dehors et s'infiltre moins dans les tissus.

La première condition, suivant moi, c'est d'amener facilement l'urine au dehors, soit par l'introduction d'une sonde, soit par la déchirure urétrale, quand celle-ci a été suivie d'infiltration urineuse. Voilà pour les accidents primitifs. Bientôt, sous l'influence d'un traitement convenable, du régime, de bains, de cataplasmes, etc., les accidents se calment, les tissus se détergent, le tissu cellulaire, la peau sphacélée, ainsi que les portions de l'urètre lui-même, se détachent, et alors il peut se faire que le cathétérisme, qui était impossible vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accident, devienne facile ; on met alors une sonde à demeure. Le malade urine par sa sonde et les plaies et les fistules périnéales finissent par guérir complétement ; seulement, le malade gardera longtemps la sonde, afin de prévenir les rétrécissements ultérieurs.

Mais il peut arriver que l'on ne puisse point faire pénétrer une sonde dans la vessie, malgré la détersion des plaies, et que toute l'urine s'écoule par le périnée. Cette circonstance est grave, elle indique une destruction assez considérable de l'urètre, sinon la destruction complète d'une partie de ce canal. Voici comment, dans un cas que je vais rapporter plus loin, je me suis assuré de la destruction complète d'une portion du canal excréteur de l'urine. J'avais dû, pour combattre une infiltration urineuse grave, faire des incisions périnéales profondes, par lesquelles se sont écoulés l'urine et le sang épanchés, et, ultérieurement, des flocons de tissu cellulaire mortifié. Les sondes introduites par l'urètre venaient toutes sortir au périnée. Afin de savoir si la lésion était considérable, j'introduisis, à travers une des plaies du périnée, un doigt que je menai jusque derrière la symphise pubienne. Je pus alors constater qu'il y avait une interruption complète de l'urètre, les mouvements qu'on lui imprimait au-dessous de cette symphise n'étaient en rien gênés ; il y avait là une cavité assez spacieuse. En agrandissant une des incisions périnéales, je pus introduire l'indicateur et le médius ; ma sonde, assez volumineuse, fut alors introduite par le méat urinaire et venait tomber sous la symphyse pubienne. Il n'y avait point de doute dans le cas que je signale, une chute sur le

périnée avait amené une déchirure de l'urètre, et, ultérieurement, une gangrène partielle de ce canal. Après avoir cherché inutilement pendant près d'un mois à pénétrer dans la vessie, soit par l'urètre, soit par le périnée, je me décidai, par des raisons que je discuterai plus loin, à faire une opération que je crois nouvelle, afin de rétablir la continuité des voies urinaires interrompues. Je ne la fis, je dois le dire ici, qu'après avoir pris l'avis de M. Monod, dans le service duquel le malade était placé, et avec le concours bienveillant de ce sage chirurgien.

Observation. — *Déchirure complète de l'urètre avec écartement des deux bouts. — Infiltration d'urine. — Opération nouvelle pour rétablir la continuité de l'urètre et retrouver le bout profond. — Guérison.*

M. Bazin, âgé de 25 ans, était monté sur une caisse, lorsqu'il eut le malheur de tomber les jambes écartées; le périnée vint frapper sur le pied d'un tabouret renversé. Ce jeune homme éprouva une vive douleur, et lorsqu'il voulut uriner, il ne put satisfaire complétement à ce besoin, il éprouvait une sensation de chaleur dans tout le périnée, comme si un liquide chaud pénétrait dans les tissus.

Il resta ainsi quatre jours dans sa chambre, et entra au bout de ce temps, le 12 avril 1857, à la Maison de santé.

A son entrée dans cet établissement, l'interne de garde put faire pénétrer une petite sonde dans la vessie. M. Demarquay, trouvant le périnée énormément développé et gros comme un chapeau, ayant une teinte livide, fit plusieurs incisions pour donner issue à une quantité de liquide qui peut être évaluée à plus d'un litre.

L'état du malade s'améliora, et au bout de deux ou trois jours M. Demarquay ôta la sonde qui avait été placée dans la vessie au moment même de l'entrée du malade à la Maison de santé; il chercha à la remplacer par une plus volumineuse. Malgré ses tentatives réitérées, il ne put arriver dans la vessie; après des essais répétés pendant plusieurs jours, il chercha à se rendre compte des difficultés insurmontables qu'il rencontrait. Le doigt introduit par une des plaies du périnée préalablement agrandie, pénétrait profondément et arrivait sous la symphise pubienne, que le doigt contournait avec facilité; une sonde introduite dans l'urètre arrivait dans une grande cavité et permettait de constater une interruption de cet organe; de plus, quand le malade urinait, le doigt, placé dans la profondeur du périnée, sentait un liquide chaud venir de la partie profonde de cette région, et qui ne coulait point par l'urètre. Toute l'urine coulait par le périnée. M. Demarquay évalue à deux travers de doigts au moins l'espace compris entre les deux bouts de l'urètre. Pour déterminer d'ailleurs plus exactement cet espace, il introduisit l'indicateur et le médius, fit arriver une sonde par le méat jusque sur le doigt indicateur, dont le bord radial bouchait l'extrémité bulbaire de l'urètre divisé. Le bord cubital du médius, au contraire, reposait sur le col de la vessie et sentait l'urine arriver directement. Il existait entre la symphyse pubienne et la peau du périnée, une cavité dans laquelle les d ux doigts se mouvaient avec facilité; cette interruption s'explique très bien par la chute, qui amena une déchirure et une contusion de l'urètre, et finalement par l'épanchement d'urine considérable, qui mortifia le tissu cellulaire du périnée et la portion contuse de l'urètre; ce dernier ne fut évidemment que déchiré et fortement contus au moment de l'accident; l'interruption fut consécutive à la gangrène et à l'élimination des escarres.

Depuis l'entrée du malade jusqu'au 1er mai, M. Demarquay chercha tous les matins à faire pénétrer une sonde dans la vessie; ne pouvant y parvenir, il se décida à pratiquer l'opération suivante. Il fit une incision courbe au devant de l'anus, comme s'il voulait pratiquer une taille bilatérale, en exagérant même cette incision, puis incisa couche par couche pour arriver sûrement dans le point où il espérait retrouver le bout profond de l'urètre. Cela fait, il exerça une traction sur la paroi antérieure du rectum, abaissa de la sorte le col vésical et fit uriner le malade. Pendant cet acte, il introduisit une sonde mince et flexible dans la vessie, et la ramena par un mécanisme bien simple dans la partie antérieure de l'urètre. Ensuite, M. Demarquay fit glisser une sonde assez volumineuse, ouverte à son extrémité terminale dans la cavité vésicale, et ôta la sonde conductrice. Tous les huit jours, pour remplacer la sonde, il introduisait une bougie en baleine assez rigide dans le réservoir urinaire, ôtait la sonde ancienne et la remplaçait par une nouvelle. Au bout de quatre mois de traitement, le malade fut parfaitement guéri; les plaies du périnée sont cicatrisées; et pour prévenir une atrésie consécutive de l'urètre, M. Demarquay obligea ce jeune homme à n'uriner qu'avec l'aide d'une sonde de gros calibre introduite dans la vessie.

Quand j'ai présenté à la Société de chirurgie ce malade guéri de cet accident fatal, plusieurs objections m'ont été adressées : 1º M. Michon et quelques autres personnes m'ont reproché de n'avoir point attendu plus longtemps, et de n'avoir point compté davantage sur le bénéfice de la nature. Il arrive, en effet, quelquefois, que des malades ayant une plaie périnéale, guérissent. Cela est vrai, mais dans le cas particulier, il n'y avait pas plaie de l'urètre, il y avait interruption de ce canal, ce qui est bien différent; et, dans cette circonstance, il était bien évident que la nature ne pouvait rien par elle-même; il est également certain qu'avec le temps l'extrémité du bout vésical se serait oblitérée, et que le rétablissement de la continuité des voies urinaires serait devenu à peu près impossible. Dans ce cas, l'intervention de l'art est difficile et dangereuse.

J'ai vu, en effet, un des chirurgiens les plus habiles de notre époque, M. Lenoir, échouer dans une semblable opération. Pendant que je le remplaçais à Necker il y a quatre ans, je reçus dans son service un homme fort et vigoureux, dont l'urètre avait été déchiré : toutes les urines passaient avec peine et avec beaucoup de douleurs par des fistules périnéales, je ne pus faire pénétrer aucune bougie dans la vessie. A son retour, M. Lenoir ne fut pas plus heureux, il chercha alors avec une grande habileté à rétablir la continuité du canal, en allant à la recherche de la portion oblitérée ou fortement rétrécie sans pouvoir y parvenir; les soins les plus grands, les plus minutieuses recherches, tout fut vain; il fallut renoncer à une opération dont le succès eût sauvé ce malheureux blessé.

L'urétrotomie périnéale sans conducteur est, en effet, une opération grave et surtout extrêmement difficile, sinon le plus souvent impossible.

2º Un reproche plus sérieux me fut adressé par M. Richet. J'aurais pu, suivant mon habile confrère, arriver au même résultat en suivant un procédé plus simple; il m'aurait suffi de recourir à un procédé déjà mis en usage par Lisfranc, c'est-à-dire de faire une incision périnéale médiane, comme dans le premier temps de la taille, d'après le procédé de Sanson, d'écarter les lèvres de la plaie et d'arriver ainsi sur le bout profond de l'urètre. Cette objection m'a frappé, et, avant d'y répondre, j'ai fait, sur dix à douze cadavres, des expériences propres à éclairer cette question. Lorsque l'on incise le périnée sur la ligne médiane et que l'on ne coupe point le sphincter, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'arriver profondément sur le bout vésical de l'urètre, préalablement coupé par une section sous-cutanée. Si, au contraire, on incise profondément le sphincter et le tissu ambiant, on peut arriver au même résultat que j'ai obtenu par le procédé que j'ai mis en usage; mais cette opération a le grand inconvénient de convertir l'anus et le périnée en une vaste plaie sans cesse baignée par l'urine et les matières fécales.

Une étude attentive du sujet me confirme dans mon idée première, à savoir, que pour arriver sûrement sur le bout profond de l'urètre, il faut suivre la paroi antérieure du rectum, et de la sorte on tombe sûrement sur la portion membraneuse de l'urètre et sur le sommet de la prostate. Les recherches récentes que j'ai faites confirment de tout point ce que j'ai avancé, il y a huit ans, dans le journal de M. Malgaigne. Dans ce travail, où j'étudiais le meilleur procédé opératoire à mettre en usage pour arriver sur les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre, j'établissais, par des recherches anatomiques minutieuses, qu'il était facile d'isoler la paroi antérieure du rectum de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate, sans intéresser aucun organe important.

L'opération délicate que j'ai faite sur le sujet de l'observation rapportée plus haut, confirme en tout point mes premières idées. Aussi je n'hésite pas, après y avoir bien réfléchi, et d'après mes dernières recherches cadavériques surtout, à engager ceux de nos confrères qui pourraient se trouver dans la même position que moi à suivre exactement le procédé que j'ai mis en usage, et qui se trouve décrit dans l'observation citée plus haut. On a pu voir, en lisant cette observation, qu'après avoir retrouvé le bout profond de l'urètre, j'ai ramené l'extrémité libre de la petite bougie que j'avais introduite dans le réservoir urinaire, dans la portion pénienne de l'urètre, et que cette bougie m'a servi de conducteur pour mener une sonde dans la vessie.

Comme il faut changer les sondes tous les huit ou dix jours, il importe de se servir de sondes ouvertes à leur extrémité, afin de faire pénétrer une bougie dans l'intérieur de la vessie. Pour rendre cette opération plus facile, j'ai fait construire des bougies en baleine, comme celles employées généralement par M. Guyon; seulement, je leur donnai plus de longueur. Une fois qu'une de ces bougies avait pénétré à travers la sonde dans la vessie, j'ôtais cette dernière tout doucement, et en la fendant de la partie superficielle vers la partie profonde. Ces bougies en baleine sont d'excellents conducteurs, et je les préfère de beaucoup aux petites bougies fines dont nous nous servons chaque jour.

La plus grande difficulté que présente la lésion traumatique de l'urètre est incontestablement celle qui résulte de l'impossibilité absolue où se trouve le malade de vider sa vessie, surtout quand le cathétérisme est impossible; il peut arriver, en effet, que le malade qui a reçu un choc dans la région périnéale, ne puisse plus rendre une goutte d'urine, et que le chirurgien ne puisse point faire pénétrer une sonde dans la vessie. Dans ce cas, que faire? Faut-il faire la ponction de la vessie, ou chercher à pénétrer à travers le périnée jusque dans le réservoir urinaire? La première idée qui se présente à l'esprit est de faire la ponction de la vessie; de la sorte, en effet, on soulage le malade; et en laissant une canule à demeure, le malade vide sa vessie à volonté. Mais si la ponction de la vessie est une opération simple, il faut convenir que les suites en sont souvent fort graves. J'ai fait cette opération sur des vieillards atteints de rétention d'urine, et chez lesquels le cathétérisme était impossible. Sur mes quatre opérés, trois sont morts, et celui qui a survécu, n'a dû ce bonheur qu'à une circonstance heureuse qui m'a permis de pénétrer dans la vessie quelques heures après la ponction. Mes autres malades sont morts d'infiltration urineuse sous-péritonéale, intermusculaire et sous-cutanée.

Voici, en effet, ce qui se passe au bout de vingt-quatre heures : la canule, laissée dans la vessie, a légèrement enflammé tous les tissus qu'elle a traversés; elle est moins fixe dans son canal artificiel. L'urine passe alors entre la canule et les parties environnantes, et s'infiltre surtout dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il se passe là, en un mot, ce qui se passe si souvent dans la taille sus-pubienne. Pour ces raisons, je préférerais, dans un cas aussi grave, avant de recourir à la ponction vésicale, aller à la recherche du bout profond de l'urètre, en suivant le procédé que j'ai indiqué plus haut. Sans doute, il n'est point facile de pénétrer dans la vessie sans un conducteur, et dans le cas de rétrécissement infranchissable, tous les chirurgiens ne seraient point aussi heureux que M. le professeur Sédillot. Mais que l'on réfléchisse bien que les circonstances dans lesquelles se trouve le chirurgien, par suite de la déchirure de l'urètre, sont moins difficiles que dans les cas de rétrécissement infranchissable où l'inflammation a tout confondu. Dans les circonstances que nous supposons, non seulement on aurait pour guide l'anatomie, mais encore un cathéter qui serait poussé jusqu'au centre de la lésion même; et tout me fait espérer qu'avec du temps et de la patience, on pourrait vaincre les difficultés.

M. Monod a vu, dans une circonstance analogue à celle que nous signalons, Aston Key, pénétrer ainsi dans la vessie, ce que le cathétérisme le mieux fait n'avait pu réaliser, fut au contraire obtenu à l'aide d'une incision périnéale qui lui permit, malgré une infiltration sanguine et urineuse considérable, d'arriver sur l'urètre lésé. D'ailleurs, l'opération que je propose ne présente aucune gravité, et si elle n'était suivie de succès, on pourrait recourir à la ponction vésicale sus-pubienne, et chercher ultérieurement à pénétrer dans la vessie en découvrant l'urètre, plus ou moins gravement intéressé. D'ailleurs, ce serait le cas de recourir au procédé opératoire préconisé dans le siècle dernier par Verduin et remis tout récemment en usage par deux chirurgiens distingués, MM. Chassaignac et Morel-Lavallée. Ce procédé consiste, lorsque la ponction vésicale a été faite, à chercher à conduire une sonde à travers la canule mise dans la vessie, afin de l'engager dans le col vésical; on comprend que s'il était possible, comme l'ont fait nos honorables collègues, d'engager une sonde dans l'urètre en suivant la voie que nous avons indiquée plus haut, il deviendrait alors facile de retrouver la partie de l'urètre plus ou moins gravement blessée, et de conduire une sonde dans la vessie. Cela fait, ou pourrait et on devrait enlever la canule, sa présence étant devenue inutile.

PATHOLOGIE.

OBSERVATIONS STATISTIQUES SUR LE RACHITIS A DRESDE;

Par le docteur Kuttner.

Cette maladie est extrêmement répandue dans cette ville. Sur 9,000 enfants présentés à l'hôpital des Enfants, en vingt ans, 1,654 étaient rachitiques, ou l'avaient été et en portaient encore les traces; ainsi presque un cinquième. En déduisant des 9,000 les enfants au-dessous de 1 an, n'ayant par conséquent pas atteint l'âge de développement de cette maladie, la proportion descend à peu près à un quart. Il est difficile de trouver les causes de cette extension énorme; Dresde est bien situé, ses quartiers sales ne sont pas plus malsains que ceux de toutes les autres grandes villes, la nourriture des habitants n'a rien de particulier, il en est de même de la manière de vivre, des occupations, etc.

C'est donc dans les conditions générales et dans la constitution délabrée de la classe pauvre, qu'il faut chercher les raisons de la fréquence du rachitis. Cette maladie n'est plus comme dans le temps un apanage prédominant des classes aisées; elle est devenue une des plaies des couches inférieures de la population; chez les premières, il est rare que tous les enfants en soient pris, tandis que c'est l'ordinaire chez les autres.

Chose remarquable; sur les 1,654 enfants rachitiques, 198 avaient pour pères des cordonniers, et 162 des tailleurs : ces deux métiers ont fourni le quart des malades.

Le *sexe* n'exerce pas d'influence notable; il y avait 814 garçons et 840 filtes.

Les *jumeaux* et les *enfants venus avant terme* étaient remarquablement nombreux.

Age. — La maladie était répartie dans les âges suivants :

Au-dessous de 6 mois. .	18	(14 garçons,	4 filles.)
Entre 6 et 9 mois. . . .	49	(31 »	18 »)
Entre 9 mois et 1 an. . .	120	(67 »	53 »)
Entre 1 an et 1 an 1/2. .	358	(193 »	165 »)
Entre 1 an 1/2 et 2 ans.	337	(161 »	186 »)
Entre 2 et 3 ans.	449	(215 »	234 »)
Entre 3 et 4 ans.	178	(81 »	97 »)
Entre 4 et 5 ans.	72	(28 »	44 »)
Entre 5 et 6 ans.	24	(13 »	11 »)
Au-dessus de 6 ans. . .	49	(21 »	28 »)

Le plus jeune enfant avait 9 semaines. C'est le dernier trimestre de la première année jusqu'à la fin de la quatrième année qui est l'époque la plus féconde; elle fournit les 7/8es, et c'est surtout la seconde année qui en donne le plus. Or, c'est à l'époque de la dentition et d'un développement plus considérable du système osseux. Enfin, il résulte de ce tableau que le rachitis se monte plus tôt chez les garçons que chez les filles.

Nourriture. — On a accusé tour à tour l'absence de l'allaitement naturel; son insuffisance, sa brièveté ou sa longueur, une qualité grasse ou acide du lait, enfin sa pauvreté en phosphate de chaux. Voyons ce que disent les chiffres :

Sur 1,297 rachitiques sur lesquels on a pu avoir des renseignements précis, 211 ont été allaités artificiellement, et 1,086 ont pris le sein. De ces derniers,

176 l'ont pris au plus pendant 3 mois;
181 — — 6 mois;
179 — — 9 mois;
247 — — 1 an;
208 l'ont pris plus d'un an, et chez
95 les dates font défaut.

Ces données ont une grande importance pour l'étiologie du rachitis. On voit que pas même 1/6e de ces enfants n'ont été nourris artificiellement. Si l'on partage les autres en trois groupes, le premier comprenant ceux qui ont été allaités de quelques semaines à trois mois, ainsi un temps trop court; le second, de six à 9 mois, temps moyen de l'allaitement; et le troisième ayant dépassé ce terme parfois jusque dans la seconde année, on obtient, en ajoutant au premier groupe ceux qui n'ont pas été allaités du tout les résultats suivants :

387 n'ont pas été allaités, ou l'ont été un temps trop court;
360 ont joui d'un allaitement normal;
455 ont pris le sein longtemps et même trop longtemps.

On a pris pour point de comparaison une série de 400 enfants de 2 ans et plus, tout à fait exempts de manifestations rachitiques. Sur ce nombre,

38 n'ont pas été allaités;
35 l'ont été au plus pendant 3 mois;
36 — — 6 mois;
68 — — 9 mois;
123 — — 1 an;
100 ont pris le sein au delà de 1 an, plusieurs jusqu'à 2 ans.

En calculant la proportion p. 100 de ces deux tableaux, on trouve pour résultat :

	Non rachitiques.	Rachitiques.
Enfants non allaités.	9,50	17,58
Allaités jusqu'à 3 mois . . .	8,75	14,75
— 6 mois . . .	9,00	15,08
— 9 mois . . .	17,00	14,91
— 1 an. . . .	30,70	20,58
Allaités plus de 1 an. . . .	25,00	17,33

En les classant comparativement dans les trois groupes indiqués :

	Non rachitiques.	Rachitiques.
Non allaités, ou allaités trop peu de temps.	18,25	32,25
Allaitement moyen	26,00	30,00
— prolongé	55,00	37,68

Il résulte de cette comparaison que le rachitis est remarquablement plus fréquent parmi les enfants non soumis à l'allaitement, ou allaités trop peu de temps; et d'un autre côté que la durée de l'allaitement est sans influence bien marquée sur la production de cette maladie. Enfin, on pourrait en conclure que la cause du rachitis est moins dans la nature de la première nourriture de l'enfant, que dans la provenance de ce dernier, et qu'un allaitement insuffisant peut en développer le germe, tandis que l'allaitement même prolongé ne saurait le détruire.

Malheureusement, la statistique n'a pu apprendre quelle a été la nourriture donnée à ces enfants, même avec le sein maternel; il faut cependant observer que celle des basses classes à Dresde (comme presque partout) est trop exclusivement végétale, et que ces enfants sont bourrés de bonne heure de pain, de pommes de terre, etc. Enfin, M. Kuttner en accuse encore le nouet qu'on leur fourre constamment dans la bouche.

Vaccination. — La vaccine a été accusée, entre autres, de donner naissance aux scrofules et au rachitis. Or, sur 1,285 enfants rachitiques, 759 n'avaient pas encore été vaccinés, 491 l'avaient été et 35 avaient eu la variole.

Saisons. — Elles exercent une grande influence sur la manifestation de la maladie. L'entrée à l'hôpital pendant cette période de vingt ans se répartissait de la manière suivante :

Janvier	91	Juillet	126
Février	135	Août.	100
Mars.	177	Septembre.	74
Avril.	206	Octobre	54
Mai	189	Novembre	54
Juin.	154	Décembre	43

Il a donc existé une augmentation croissante depuis janvier jusqu'en avril, et de là une décroissance, d'abord lente, puis rapide. On peut en déduire que les mois d'hiver sont plus pernicieux que les mois d'été, et que ces derniers exercent une influence favorable. Si l'accroissement ne commence qu'en janvier et la forte diminution en septembre, c'est que, dans le premier cas, l'action pernicieuse des mois d'automne et de commencement d'hiver, et, dans le second, l'action curative de l'été, ont exigé quelque temps pour produire l'aggravation ou la diminution. En hiver, les enfants éprouvent l'influence d'une lumière moindre et du froid; ils ne sortent pas, sont confinés dans les chambres où l'air ne se renouvelle pas, sont moins souvent lavés et moins bien nourris. — (*Journal f. kinderkraukh,* nos 7 et 8.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vannes, sur une épidémie dysentérique qui a régné, dans sa circonscription, pendant l'année 1857.

2° Le rapport final de M. le docteur Judrin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sémur (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Courcelles pendant l'année 1857.

3° Un rapport supplémentaire de M. le docteur Prévost, médecin des épidémies de l'arrondissement de Hazebrouck, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Neufberquin.

4° Un rapport de M. le docteur Bonelio, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lorient, qui a régné, en 1857, dans sa circonscription.

5° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1857, dans les départements de la Vienne, du Calvados, des Pyrénées-Orientales et des Landes.

(Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le docteur Windrif, médecin de l'hospice de Cassel (Nord), adresse la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1850, dans la commune d'Hardifoort. (Comm. des épidémies.)

— M. Maffre adresse un état nominatif des enfants indigènes (de la province d'Oran) vaccinés pendant l'année 1856. (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Petit (de Maurienne) écrit, à l'occasion de la communication de M. de Pietra Santa, sur la colique de cuivre, qu'il a été appelé plusieurs fois pour traiter cette maladie dont il soutient l'existence. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. Mathieu adresse une note relative à diverses modifications qu'il a apportées à la fabrication et à la disposition des canules trachéales.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Guépin, d'Angers. Il annonce aussi que M. le docteur Goupil, de Nemours, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Bouvier, en son nom et au nom de la commission nommée dans l'avant-dernière séance, donne lecture d'un rapport qui n'a pas été laissé au secrétariat, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire *in extenso.*

M. Bouvier a dit, en substance, que, dans les temps anciens, l'autorité en matière scientifique, était représentée par des individualités dont les noms sont parvenus jusqu'à nous; c'étaient, pour la Grèce, Platon, Aristote, Épicure. Dans les temps modernes, la science, plus étendue et ne pouvant être embrassée dans sa complexité, par un seul homme, a cherché son autorité dans des collections d'individus, d'où la naissance des Académies. Celles-ci ont, sur les personnalités antiques, l'avantage de se conserver éternellement jeunes, grâce à la facilité qui leur est offerte de faire entrer sans cesse des travailleurs actifs dans leurs cadres que le temps éclaircit.

C'est à bien pondérer les éléments divers qui les constituent, qu'elles doivent s'attacher de préférence.

Guidée par cette dernière considération, la commission, chargée de déclarer une vacance dans une des sections de l'Académie, a vu que la section de chimie et de physique médicales, ainsi que la section de pharmacie et celle de médecine vétérinaire, étaient composées de manière à satisfaire toutes les exigences actuelles. Il n'en a pas été de même à l'égard de la section d'anatomie pathologique, et la commission, à l'unanimité, a déclaré qu'il y avait, en dehors de l'Académie, des hommes éminents qu'il serait bon d'appeler à faire partie de cette section.

En conséquence, M. le rapporteur conclut qu'il convient de déclarer la vacance dans la section d'anatomie pathologique.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Depaul.

L'honorable académicien félicite M. Guérard d'avoir soulevé cette discussion, et surtout de l'avoir soulevée avec une aussi sage réserve.

Quoi qu'on ait dit des discussions académiques, il pense qu'elles sont d'une utilité incontestable, mais à la condition de bien préciser les points qu'on se propose d'examiner.

M. Depaul annonce qu'il désire appeler l'attention sur ces trois points :

1° Existe-t-il une affection primitivement générale à laquelle il convient de donner le nom de fièvre puerpérale?

2° Si cette maladie existe, quels en sont les caractères? Comment la distinguer d'un grand nombre d'autres affections qui n'ont rien de commun avec elle, ni par le point de départ, ni par la marche, ni souvent par la gravité, ni, enfin, par la thérapeutique qu'elles réclament?

3° Quelle est la valeur des principaux agents qui ont été proposés pour la combattre dans les nombreuses épidémies qui ravagent chaque année les hôpitaux spéciaux et qui s'étendent quelquefois à la pratique des villes et même des campagnes?

4° Quels sont surtout les moyens prophylactiques qu'il convient de mettre en usage pour s'opposer, autant que possible, au retour de ces invasions périodiques qui semblent se multiplier depuis quelques années?

Après avoir ajouté que la fièvre puerpérale est plus meurtrière que le typhus, la fièvre typhoïde et le choléra, et avoir dit que le temps lui a manqué pour rédiger les réflexions qu'il veut présenter à ce sujet à l'Académie, M. Depaul aborde le premier point. Existe-t-il une fièvre puerpérale essentielle? La réponse affirmative à cette question trouve peu de contradicteurs aujourd'hui, mais le nom de puerpéral (du mot latin *puerpera,* femme en couches) a fait naître beaucoup de confusion dans les esprits en faisant prendre les uns pour les autres les différents états graves survenant chez les femmes après l'accouchement.

« Quant à moi, dit M. Depaul, qui suis intimement convaincu de la nature essentielle de la maladie et qui accepte sans réserve l'opinion de ceux qui la font consister dans une altération primitive du sang, j'aimerais mieux voir adopter les dénominations de typhus puerpéral, ou de septicémie puerpérale, mais je n'ai pas la prétention d'être un réformateur du langage. »

La fièvre puerpérale donc, a été connue à toutes les époques, mais depuis Hippocrate jusqu'au commencement du XVIIIe siècle, elle était attribuée à la suppression des lochies. En 1686, Puzos l'attribuait à la déviation de certains principes du lait.

Ed. Strohter, en 1718, et non pas Willis, comme on l'a souvent répété, est le premier qui ait introduit dans la science, le nom de fièvre puerpérale; il la faisait résider dans l'inflammation de la matrice ou de quelqu'autre organe, et, en cela, il a été imité par Burton, Smellie, Th. Cooper, Gorse, Gardien, et autres.

G. Hunter, en 1776, considère la péritonite comme la lésion primitive de la fièvre puerpérale.

Sennert, L. Rivière, Willis, White, etc., ont vu, dans la fièvre puerpérale, une fièvre putride, maligne, bilieuse.

Dugès, en 1824, et Hinterberger, en 1830, ont émis l'opinion que la myélite constituait une des formes de la fièvre puerpérale.

En un mot, et pour ne pas pousser cet historique plus loin, on peut dire que les auteurs qui nous ont précédés se divisent en deux catégories : ceux qui reconnaissent une fièvre sans lésion locale et ceux qui la font dériver d'une lésion locale. Il en est de même encore aujourd'hui, seulement il faut remarquer que les défenseurs de l'essentialité sont beaucoup plus nombreux parmi les accoucheurs et les hommes d'études spéciales.

Les preuves de l'essentialité se tirent : de la nature épidémique; de l'influence de la constitution médicale sur des personnes qui vivent au milieu de l'épidémie; de ce qu'elle peut atteindre des personnes qui ne sont dans aucune des conditions de l'état puerpéral; de ce qu'elle peut sévir sur les femmes enceintes et les tuer avant l'accouchement; de ce que les premiers symptômes peuvent apparaître pendant le travail ou quelques heures après; de ce que son influence s'exerce même sur les enfants renfermés dans la cavité utérine.

D'autres preuves se tirent encore de l'anatomie pathologique. Ainsi, souvent on ne trouve aucune lésion, et quand on en trouve elles sont multiples chez les mêmes femmes, et variables (comme fréquence) dans les diverses épidémies.

Afin de prouver que la fièvre puerpérale se transmet par infection, M. Depaul donne ici les relevés statistiques de la mortalité des divers hôpitaux où se trouvent des services de femmes enceintes; il résulte de ces relevés que la mortalité dans les hôpitaux, quels qu'ils soient, est hors de toute proportion avec la mortalité des arrondissements les plus pauvres et les plus défavorables. Ainsi, à la Maternité et à la Clinique, en 1856, la mortalité a été de 1 sur 19 accouchées, tandis qu'elle n'était, dans le 12me arrondissement, que de 1 sur 322, c'est-à-dire dix-sept fois moindre.

L'honorable académicien rappelle, au compte de l'infection, la mort de cette élève sage-femme dont M. Guérard a parlé, et il entre dans de grands détails relativement aux deux cas de mort par contagion, cités aussi par M. Guérard, et qui sont personnels à M. Depaul.

« Mais, continue-t-il, la plus forte preuve de son essentialité, c'est que le sang est altéré, même dans les cas où l'on ne trouve aucune lésion locale. Tous ceux qui ont fait des autopsies ont été frappés :

1° De son peu d'aptitude à la coagulation;

2° De son état de liquidité;

3° De sa couleur gelée de groseilles, violacée, teignant les tissus;

4° De sa consistance huileuse.

Quoique les analyses chimiques et les recherches microscopiques n'aient pas beaucoup avancé la question, voici quelques résultats qui ont été consignés par le professeur Vogel dans le *Manuel de Virchow :*

1° Le sang serait acide et cela serait dû à la présence de l'acide lactique;

2° On y trouverait du carbonate d'ammoniaque;

3° Il renfermerait du sulfhydrate d'ammoniaque;

4° Les globules ont perdu la faculté de rougir à l'air et ne peuvent plus servir à l'acte de la respiration;

5° Les globules seraient en partie décomposés et dissous dans le sérum qui présente une coloration rougeâtre ou d'un brun sale.

D'après Lehmann (*Chimie physiologique*), on aurait trouvé, parfois dans le sang la matière colorante de la bile.

Pour M. Scanzoni, la fièvre puerpérale aurait aussi pour cause une altération du sang; il dit que les recherches de chimie pathologique y ont démontré :

1° Une augmentation de fibrine;

2° Quelquefois une véritable pyémie (les autres éléments étant normaux);

3° Dans d'autres cas, une dissolution ou état putride, qui constitue pour lui la septicémie. »

L'altération du sang est donc certaine, ajoute M. Depaul; quant à la nature intime du poison qui l'altère, c'est un mystère, impénétrable jusqu'ici.

« J'aborde, maintenant, la deuxième question : Le typhus puerpéral a-t-il des caractères propres?

Oui, dans l'immense majorité des cas, on peut reconnaître la fièvre puerpérale aux signes suivants :

1° La simultanéité d'apparition de plusieurs symptômes qui lui sont propres, et dont je vais parler (il n'y en pas de pathognomoniques);

2° L'époque où ils surviennent : premières heures après le travail; très rarement après le huitième jour;

3° Frisson presque constant, unique dans beaucoup de cas très intenses, et suivi de peu de réaction; il manque rarement;

4° La fréquence du pouls, qui est rarement au-dessous de 120, et souvent à 160, petit, dépressible, ondulant, bientôt filiforme; il se relève par instants pour se déprimer ensuite de nouveau;

5° La chaleur de la peau est modérée, et pas en rapport avec l'accélération de la circulation;

6° La respiration est courte, anxieuse, entrecoupée de profondes inspirations. Ces troubles peuvent s'observer dès le début;

7° Les troubles passagers de l'intelligence; l'embarras de la parole;

8° L'altération profonde du visage;

9° Les douleurs péri-articulaires aux épaules, au coude, au poignet;

10° Douleurs abdominales très variables quant à l'époque de leur intensité;

11° Ballonnement du ventre, ordinairement considérable et qui peut, en gênant les mouvements du diaphragme, hâter la mort;

12° Diarrhée abondante, bientôt involontaire;

13° Vomissements jaunâtres ou verdâtres;

14° Suppression des lochies et de la sécrétion du lait;

15° Enfin, il faut tenir compte de cette circonstance qu'une épidémie existe déjà.

Voilà les caractères propres de la maladie. On ne pourrait la confondre — et cette méprise est fréquente d'ailleurs — qu'avec l'infection purulente, la fièvre putride et la fièvre typhoïde. L'infection purulente se distingue de la fièvre puerpérale par les caractères suivants :

1° Son invasion n'a jamais lieu avant le huitième ou dixième jour, et souvent elle est plus tardive encore;

2° Les frissons sont multiples, suivis, dès le début, de sueurs abondantes et visqueuses, se renouvelant plusieurs jours de suite à des époques irrégulières;

3° La peau prend une teinte ictérique;

4° Les urines sont fétides;

5° Il y a des abcès dans le tissu cellulaire et souvent du pus dans les articulations;

6° La maladie, *quoique mortelle,* dure de huit à douze jours et quelquefois plusieurs semaines;

7° A l'autopsie, on trouve de la phlébite et des abcès métastasiques, surtout dans les poumons et le foie.

La résorption et l'infection putrides peuvent s'observer, dans l'état puerpéral, à la suite de la rétention du placenta, en tout ou en partie, de la putréfaction du fœtus, consécutive à la rupture des membranes. On la distinguera de la fièvre puerpérale, en ce que, d'une manière générale :

1° Les frissons sont peu violents;

2° La langue est sèche, fuligineuse;

3° La face terreuse;

4° Il survient de la fièvre hectique et de la diarrhée si l'état persiste;

5° Au début, il suffit de soins hygiéniques pour faire cesser les accidents;

6° La marche de la maladie est plus lente que celle de la fièvre puerpérale.

Quant à la fièvre typhoïde survenant chez les femmes en couches, son diagnostic ne peut jamais donner lieu à des difficultés sérieuses.

Abordant la question du traitement, M. Depaul s'exprime ainsi : « C'est un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement de la fièvre puerpérale est encore à trouver. » L'honorable académicien passe ensuite en revue tous les médicaments — et ils sont nombreux — préconisés contre cette terrible affection. Il les a tous essayés et tous ont échoué entre ses mains, comme entre les mains de ses maîtres qu'il a vus opérer. L'année dernière encore, chargé, par M. Dubois, du service de la Clinique, il a appliqué le traitement par le sulfate de quinine qui avait donné à M. Beau de si brillants résultats à l'hôpital Cochin; il l'a appliqué dans toute la rigueur de la formule indiquée par M. Beau : en le faisant précéder d'un vomitif, en le donnant seul, à haute dose, jusqu'à ivresse quinique obtenue, etc., toutes les malades sont mortes. Il demande que M. Beau veuille bien venir à cette tribune lire les observations qu'il a promises, le 27 mai 1856, à ce sujet. Quant à celles qui ont été publiées par M. le docteur Lecomte, de la ville d'Eu, dans l'UNION MÉDICALE, en février 1851, il ne leur reconnaît pas le caractère de fièvre puerpérale; et c'est aussi l'avis de M. Blot sur les malades guéries par M. Beau.

M. Depaul croit que les quelques cas de guérison qu'il a observés ont été obtenus à l'aide des frictions mercurielles.

Le traitement prophylactique a été tenté par les médicaments et par l'hygiène.

Les médicaments vantés comme préservatifs sont excessivement nombreux :

En 1750, Pouteau recommande le camphre;

Doublet associe le camphre au quinquina;

Le quinquina a encore été conseillé par Oziander, en 1781, après l'usage des antiphlogistiques;

Le kina a eu encore pour partisan, Delaroche, en 1783; Stoll, considérant la fièvre puerpérale comme une fièvre gastrique, recommande de la prévenir par les vomitifs et les purgatifs;

Mauriceau prescrivait les narcotiques;

Bonté conseillait l'ipéca;

Levret, l'ipéca et le simarouba;

M. Baudelocque, en 1830, recommandait le sulfate de quinine;

M. Piedagnel, dans une note communiquée à l'Institut, le 24 novembre 1856, appelait l'attention sur l'association de deux médicaments, le sulfate de quinine et le carbonate de fer, pour prévenir la fièvre puerpérale;

La *Gazette hebdomadaire* du 4 décembre 1857, contient quelques détails sur une discussion élevée au sein de l'Académie de médecine de New-York, et dans laquelle M. Barker proposait l'emploi du *veratrum viride* contre le développement de la fièvre puerpérale.

Nous pourrions étendre cette liste indéfiniment; à quoi cela servirait-il, puisqu'aucune des substances essayées jusqu'à présent n'a donné des résultats certains?

Quant aux moyens hygiéniques, on a conseillé l'allaitement pour éviter les métastases laiteuses.

White, voulant éviter le séjour des matières putrides dans les organes génitaux, a conseillé de faire marcher les femmes les trois premiers jours après l'accouchement.

A Vienne, on a fait des lotions chlorurées et des lavages à la brosse.

MM. Malgaigne et Piorry insistent beaucoup sur les injections répétées; Harvée les avait déjà conseillées.

La bonne disposition des salles, leur facile ventilation, ont été, à toutes les époques, considérées comme indispensables.

En somme, les conclusions générales de M. Depaul sont celles-ci :

Dissémination des femmes en couches dans les hôpitaux;

Les secourir à domicile.

— La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Août 1857.

ÉLÉPHANTIASIS DU CLITORIS; par le docteur A. MARSDEN. — Sarah P..., 24 ans; elle a eu la vérole à l'âge de 14 ans, s'est mariée à 17 ans, pas d'enfants. Il y a trois ans environ, il se développa une tumeur des organes génitaux, à la commissure des grandes lèvres, au niveau du clitoris : la tumeur s'est développée rapidement, elle a aujourd'hui le volume de la tête d'un adulte, et bouche complétement l'orifice vulvaire, avec lequel elle a contracté des adhérences. Le 20 juillet, elle fut opérée de la manière suivante : une double ligature fut passée à travers le centre du pédicule, divisant ainsi le pédicule en deux parties qu'elle étrangle fortement; la tumeur fut alors enlevée avec le bistouri au-dessous de la ligature. La guérison fut prompte et les parties génitales reprirent bientôt leur aspect normal.

Examen de la tumeur : Elle a le volume d'une grosse noix de coco, et pèse presque 1 kilogramme; elle est piriforme et pédiculée; son enveloppe externe est formée par de la peau épaissie et ridée; la coupe en est solide, d'un blanc crémeux et très peu vasculaire. Elle est formée exclusivement de fibres blanches à noyaux, disposées en mailles serrées, entremêlées de matière granuleuse : c'est une variété de tumeur fibro-celluleuse.

DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE; par le docteur CURLING. — Le malade est un jeune garçon qui eut le bras horriblement mutilé par une machine à faire les brosses : l'humérus était fracturé à son extrémité supérieure, les fragments étaient nombreux et comminutifs, les parties molles étaient arrachées. En présence de ces désordres, le docteur Curling coupa le bras à l'articulation scapulo-humérale, et encore à peine eut-il assez de parties molles pour faire ses lambeaux. Trois semaines après, la plaie était cicatrisée, et le moignon était convenable. Ce fait prouve une fois de plus, dit l'auteur, combien il y a de ressources chez les jeunes sujets qui ont une bonne constitution.

BEC-DE-LIÈVRE CHEZ UN ADULTE; par le docteur WALTON. — Grâce aux progrès et à la vulgarisation de la chirurgie, grâce au chloroforme, il est très rare aujourd'hui de voir des becs-de-lièvre chez l'adulte, en voici cependant un exemple : C'est un paysan de 40 ans, chez qui la lèvre supérieure est divisée dans toute son épaisseur, la division remonte même dans la narine gauche, les deux portions de la lèvre sont un peu roulées et à chaque mouvement des muscles de la face elles s'écartent d'une horrible façon. Le chirurgien résolut de l'opérer : pour cela, il plaça le malade d'une façon curieuse qu'il recommande pour ces sortes d'opérations : le malade est assis sur un siége bas, tournant le dos à l'opérateur, sur les genoux duquel il renverse sa tête; les deux bords de la division étant tendus avec une pince, le bistouri en enlève d'un seul coup un lambeau dans toute la hauteur : puis il détache les parties de chaque côté du maxillaire supérieur et réunit la plaie par quatre points de suture : quarante-huit heures après, la première épingle est enlevée, une autre le second jour, et ainsi de suite, une épingle chaque jour est enlevée et est remplacée par une bandelette agglutinative. Le septième jour, la réunion était complète et linéaire, la difformité avait complétement disparu.

DIFFORMITÉ CONGÉNIALE DE LA LÈVRE; par le docteur WAKLEY. — C'est un petit enfant de 5 semaines, qui présentait une fente de la joue gauche, qui prolongeait ainsi l'ouverture de la bouche : l'auteur l'attribue à une maladie syphilitique pendant la vie intrà-utérine. Les fibres du muscle orbiculaire des lèvres ne se continuent pas au delà de la bouche et ne se prolongent pas dans l'épaisseur des bords de cette fente. Le malade étant soumis aux vapeurs du chloroforme, le chirurgien ravive les bords jusqu'aux limites de la bouche normale, puis réunit par des points de suture.

Le docteur Wakley insiste sur ce point, qu'il faut pratiquer ces opérations le plus tôt possible : ainsi, il a opéré un bec-de-lièvre double chez un enfant, douze heures après la naissance; la mère ne s'est pas aperçue de cette difformité de son enfant : il en a opéré d'autres trois jours, cinq jours et huit jours après la naissance et il dit s'en être toujours bien trouvé.

CANCER DU SEIN CHEZ UN HOMME; par le docteur COOKE. — Le malade est un charpentier, âgé de 66 ans, qui a reçu, il y a onze mois, un coup sur le mamelon gauche. La région devint douloureuse, grosse, présentant des nodosités dures et douloureuses à la pression; depuis ce temps, il ne peut plus se servir de son bras gauche. Il s'est légèrement ulcéré depuis ce temps. La tumeur a été enlevée, c'était un carcinome vrai : le malade a parfaitement guéri.

L'auteur ajoute que le carcinome est rare chez l'homme, mais qu'il offre peu de différences anatomiques avec celui qu'on trouve dans le sein de la femme; que, chez l'homme, c'est le cancer fibreux et surtout médullaire que l'on rencontre ordinairement : le cancer du sein chez l'homme se montre plus tard que chez la femme, son développement est plus lent et il a beaucoup moins de tendance à récidiver après l'opération.

Enfin, il résulte des recherches statistiques de l'auteur, que depuis la fondation de l'hôpital des Cancéreux, en 1851, il a été pratiqué *trois* opérations du cancer du sein chez l'homme.

TRAITEMENT DES CICATRICES RÉSULTANT DE BRULURES; par le docteur SKEY. — Emma B... est une petite fille de 6 ans, qui a eu la partie antérieure du cou brûlée il y a deux ans; il en est résulté des cicatrices formant des brides verticales qui, en se rétractant, ont incliné la tête en bas et en avant. La petite malade étant endormie par le chloroforme, le chirurgien pratique un grand nombre de petites incisions transversales dans le tissu cicatriciel; chacune de ces incisions, tiraillées à leur bord, devinrent bientôt béantes, et la tête put être redressée. Pour empêcher la rétraction de ces petites incisions quand elles seront cicatrisées, la malade est couchée sur un lit plat, la tête plus basse que les épaules; les incisions sont faites de façon à ce qu'elles se correspondent par leurs extrémités et non par leurs bords, elles forment une sorte de zig-zag qui allonge l'ancienne cicatrice.

L'auteur préfère de beaucoup ce procédé à l'interposition d'un lambeau entre les deux portions de la bride cicatricielle divisée, lambeau qui se gangrène souvent, accident qui augmente encore la difformité.

CALCUL URINAIRE RENDU PAR L'URÈTRE; par le docteur GANT. — Hélène C..., 18 ans, n'avait jamais souffert ni de la vessie, ni de l'urètre, quand le 4 juillet, se présentant à la garde-robe, il lui fut impossible d'uriner : elle sentait un corps dur dans le canal urinaire; dans la journée ce corps vint se présenter à l'orifice du canal, et la malade, souffrant d'atroces douleurs de rétention d'urine, se fit porter à l'hôpital. Le docteur Gant trouva un calcul faisant saillie au méat urinaire; il put facilement l'extraire avec une pince. Ce calcul était gros comme un haricot; il était composé d'oxalate de chaux, et son passage à travers l'urètre l'avait un peu déformé. La malade affirme qu'elle n'a jamais rendu de sang avec son urine et qu'elle n'a jamais rien éprouvé qui pût lui faire soupçonner l'existence d'un calcul dans la vessie.

FRACTURE DU CRANE AVEC ENFONCEMENT; par le docteur G. BROWNING. — A. J..., 4 ans, jouant sur le bord d'une rivière, tombe dans l'eau et se heurte violemment la tête sur une pierre. Il en résulte une fracture du crâne au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche, dans l'étendue d'un pouce; le cuir chevelu est fendu dans une étendue d'un pouce et demi, juste au-dessus de la fracture; il y a un enfoncement considérable de l'os, mais pas le moindre symptôme de compression cérébrale; le pouls est fréquent, la peau est chaude. Applications froides sur la blessure, laxatif répété. Deux jours après, la fièvre est tombée, la plaie est en bonne voie de guérison : pas de signes de compression du cerveau. Une semaine après, la plaie est complétement guérie, et le petit enfant joue avec ses camarades.

L'auteur fait remarquer l'absence totale, dans ce cas, de symptômes de compression cérébrale avec un enfoncement considérable du crâne, et, en second lieu, il recommande de suivre la même marche que lui, c'est-à-dire de différer l'emploi quelque dangereux de l'élévateur, jusqu'à ce que les symptômes de compression cérébrale indiquent la nécessité d'y recourir.

NÉVRALGIE RÉSULTANT DE LA CONSOLIDATION VICIEUSE D'UNE FRACTURE; par le docteur COCK. — C'est un fait curieux de névralgie horriblement douloureuse survenue dans les circonstances suivantes : Un marin se casse l'humérus droit à sa partie moyenne; le navire mouille dans un port d'Espagne, où le malade entre à l'hôpital, plusieurs jours après son accident; la fracture se consolide, mais la disposition qu'on avait donnée au membre étant vicieuse, la coaptation des extrémités osseuses se fit mal, et une pointe du fragment supérieur vint comprimer le nerf radial, et occasionner de vives douleurs dans tout le membre, jusqu'à l'extrémité des doigts. Ces douleurs ayant résisté à toute espèce de traitement, le chirurgien pensa qu'en réséquant la saillie de l'os, il ferait disparaître la douleur. Il enleva donc avec une forte pince toute la partie saillante du fragment supérieur de l'humérus; la douleur qui, jusque là, était intolérable, disparut sur-le-champ, et le malade fut parfaitement guéri.

FRACTURES DE LA CUISSE CHEZ LES GENS AGÉS; par le docteur COOKE. — Le premier fait est celui d'une infirmière de l'hôpital, âgée de 57 ans, qui glissa, tomba sur le côté gauche et se fractura le col du fémur. Le membre fut placé sur un double plan incliné, et la malade garda le lit six semaines; après ce temps, elle commença à marcher avec des béquilles et bientôt elle marcha sans bâton. Il n'y avait pas la moindre différence de longueur entre les deux membres. La réunion avait été complète et osseuse, sans le moindre raccourcissement et avec conservation de tous les mouvements du membre.

L'auteur incline à penser que la fracture était en partie intrà-capsulaire et en partie extrà-capsulaire, d'où le peu de déplacement des fragments et la prompte réunion osseuse des parties sans raccourcissement.

Le second fait est celui d'une femme de 63 ans, faible et infirme, qui se casse le col du fémur en glissant sur un trottoir : les symptômes de la fracture étaient plus marqués chez cette malade, le raccourcissement était plus grand et la crépitation était manifeste. Le membre fut mis dans un appareil à attelles, et on donna à la malade un régime fortifiant et généreux. La réunion ne se fit pas et la malade finit par quitter l'hôpital, sans pouvoir se servir de son membre.

On sait que souvent, dans ces cas, la réunion ne se fait que par des liens fibreux ou quelquefois même pas du tout : mais, de ce qu'un malade est très âgé, il ne s'en suit pas nécessairement que la réunion osseuse ne se fera pas. Voici, en effet, un exemple du contraire : Un homme de 84 ans tombe et se casse la cuisse un peu au-dessous du grand trochanter, on plaça le membre d'abord entre de longues attelles de bois, puis dans un bandage amidonné, et, peu de temps après, la fracture était parfaitement consolidée.

Il est curieux que, chez cet homme de 84 ans, ce soit le corps de l'os, et non le col, qui ait été fracturé; cela tenait probablement, d'après l'auteur, à ce que la violence du choc avait été directe sur le point qui s'est brisé.

TUMEURS ADÉNOÏDES MULTIPLES DU SEIN; GUÉRISON PAR L'OPÉRATION, par le docteur BIRKETT. — Pauline C..., 35 ans, est une robuste campagnarde; elle a eu cinq enfants et les a tous nourris. Peu de temps après avoir sevré son quatrième enfant, elle s'aperçut qu'elle avait une grosseur qui occupait les lobes sterno-claviculaires du sein droit; cette tumeur se développa lentement, la femme eut un cinquième enfant et le nourrit; les douleurs étaient lancinantes, les ganglions axillaires étaient sains. Quand la malade vint réclamer l'opération, la tumeur était volumineuse, occupait seulement la partie supérieure et interne du sein, rejetant la glande mammaire et la moitié inférieure du sein en bas, vers l'abdomen. La partie supérieure du sein est molle, les veines sous-cutanées sont dilatées, la peau est tendue et luisante, la tumeur est bosselée, irrégulière, et, en quelques points, on sent de la fluctuation. Elle est mobile sur le muscle pectoral, mais la limite entre la glande mammaire et la tumeur n'est pas bien marquée.

La tumeur fut circonscrite entre deux incisions elliptiques et soigneusement disséquée de manière à respecter toute la partie saine de la mamelle. Elle était formée de nombreux pelotons de tissu fibreux, de kystes contenant de petites tumeurs fibreuses et un liquide gélatineux presque solide, d'une teinte rouge sanguine : au centre était un noyau solide, fibreux et blanc, qui semblait être le nucléole de la masse. La malade a parfaitement guéri, et le sein a repris ses dimensions normales, en même temps que la glande reprenait ses fonctions. — D.

COURRIER.

Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre du Medjidié (Turquie), 4e *classe* : MM. Lustreman, médecin principal de 1re classe; Huard, médecin-major au 1er voltigeurs de la garde. — 5e *classe* : MM. Lacronique et Dujardin, médecins-majors; Chaumeron, médecin aide-major; Bouffier et Thibault, chirurgiens de 1re classe de la marine.

— Un des vétérans de la médecine de la Gironde, M. le docteur Brulatour, ancien directeur de l'École, ancien président et membre honoraire de la Société de médecine de Bordeaux, de laquelle il n'avait cessé, malgré son âge, de suivre ou de partager les travaux, est mort le 5 février dernier, âgé de 81 ans. — (*Union méd. de la Gironde.*)

— L'*Ami des sciences* raconte ainsi le secret d'un célèbre mime anglais. Le nerf facial préside aux mouvements de la face, c'est lui qui donne à la physionomie ses différentes expressions, qui réfléchit en quelque sorte toutes les agitations de l'âme. Pour en donner la preuve expérimentale, Ch. Bell prit dans la ménagerie d'Exter-Change le singe le plus vif et le plus impressionnable qu'il put trouver, et lui coupa le nerf facial. Excité par la douleur, le pauvre singe se mit à grimacer avec un redoublement d'énergie, mais très exactement d'un seul côté de la figure, l'autre demeurant dans une complète immobilité.

Personne assurément n'aurait eu l'idée de répéter cette expérience sur l'homme; mais la nature devait s'en charger. Toutes les personnes qui avaient été admises à voir le singe opéré par Ch. Bell avaient été frappées de l'étrange analogie que sa physionomie présentait avec celle d'un acteur alors fort en vogue à Londres, et qui se donnait comme pouvant à volonté exprimer toutes sortes de passions d'un côté de sa figure, tout en maintenant l'autre moitié dans une parfaite immobilité. L'expérience de Ch. Bell donna le mot de l'énigme : on reconnut que cet homme, atteint d'une hémiplégie faciale par suite d'une lésion accidentelle du nerf moteur, tirait tout simplement partie d'une infirmité naturelle.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 27. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 6 Mars 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Messieurs de l'Institut ont fait, à eux seuls, les frais de la dernière séance : la parole n'a été donnée à aucun étranger. Le nombre des académiciens, inscrits pour faire des communications ou des présentations était assez considérable, pour que M. le Président ait cru devoir, à plusieurs reprises, prier les orateurs d'abréger ce qu'ils avaient à dire, et pour que le comité secret, annoncé dès le commencement de la séance, n'ait pu être formé qu'à cinq heures passées.

Les plus importantes de ces communications ne regardent pas directement les sciences médicales ; mais nous en parlerons dans ce *Bulletin* ou dans le suivant, soit à titre de sciences accessoires, soit à titre de curiosités.

Commençons par la correspondance : l'ordre du jour le veut ainsi.

— M. Valz, de Marseille, ayant appris, par les *Comptes-rendus hebdomadaires,* que la 51e petite planète, découverte par M. Laurent, de Nimes, n'avait pu être observée à Paris, à cause de l'état peu favorable de l'atmosphère, a calculé l'orbite de cette planète. Il envoie aujourd'hui ces calculs, afin qu'on puisse la retrouver plus tard. C'est, si nos lecteurs se le rappellent, cette planète télescopique que M. Valz, avec l'autorisation de M. Laurent, a nommée *Nemausa,* en l'honneur du dieu Nemausus. Les astronomes n'ont pu mettre la lunette sur l'astre signalé, et je n'ai pu mettre la main sur l'histoire du patron Nemausus, ce dont je suis très fâché. Je l'avais demandée, cette histoire, aux échos des arènes, — les échos ont continué à se plaindre, en pleurant, de Narcisse, et ne m'ont pas répondu.

Disons, tandis que nous parlons d'astronomie, que M. le maréchal Vaillant, prié par M. Goldsmith de donner un nom à la 52me planète, l'a baptisée *Europa.*

— Le Président de l'Association pour l'avancement des sciences de Baltimore, prévient l'Académie que la prochaine session de l'Association se tiendra pendant le mois d'avril : il invite tous ceux des académiciens qui voudront faire le voyage, à venir prendre part aux travaux de la Société ; des places leur seront réservées.

— M. Richet, chirurgien des hôpitaux de Paris, adresse un exemplaire de son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale,* et prie l'Académie de l'admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— Le médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Maine-et-Loire, adresse une note très intéressante sur la physiologie des centres nerveux, et relative aux points récemment controversés entre MM. Brown-Séquard et Chauveau (de Lyon). Nous donnerons samedi prochain, avec le nom de cet observateur, le résumé de son travail. Nous pouvons dire, dès aujourd'hui, que les expériences dont il s'agit établissent que la substance blanche peut disparaître tout entière sans qu'il y ait paralysie, à la condition que la substance grise ne soit pas détruite.

— M. O. Henry fils, envoie des analyses nouvelles d'eaux minérales, faites de concert avec M. Berthelot, et desquelles il résulte que l'iode et le brome se trouvent dans un assez grand nombre de sources naturelles, et, en particulier, dans celles de Vichy.

— Dans notre avant-dernier *Bulletin* (20 février), nous avons énoncé simplement l'objet d'une note relative aux rapports de la musique avec notre système planétaire. M. le Secrétaire perpétuel, en dépouillant la correspondance, a mentionné, lundi, un mémoire envoyé par M. Lepas, compositeur de musique, et intitulé : *Des intervalles musicaux et des rapports des sons avec les planètes.* Les deux communications sont-elles dues au même auteur ? Nous ne le croyons pas, et, si nous ne nous trompons, la première appartient à M. Paul Loyer. L'harmonie des sphères est décidément à l'étude.

— M. Lecoq, de Clermont-Ferrand, fait hommage à l'Académie du huitième volume de son ouvrage sur la géographie botanique de la France, et, en particulier, du plateau central de la France. Ce volume a été présenté par M. le Secrétaire perpétuel, qui a fait, en même temps, l'éloge de la science et du soin consciencieux avec lesquels tout l'ouvrage a été exécuté.

— M. Élie de Beaumont a déposé aussi sur le bureau, au nom de l'auteur, un nouveau volume de M. Agassiz, contenant : un essai de classification, une étude sur les testudinées d'Amérique et l'embryologie de la tortue.

— M. Flourens a fait part à ses collègues de la mort de M. Temminck, de Leyde, membre correspondant ;

Il a dit ensuite avoir reçu une lettre de reproches de M. le docteur Aulagnier : « Il paraît, a-t-il ajouté, que dans la dernière séance, en présentant le manuscrit de ce médecin, j'ai eu le tort de le trouver trop volumineux. Je le regrette, mais les personnes qui lui ont rapporté ce propos auraient dû lui dire que je n'avais parlé que de l'aspect de son mémoire. » (Il nous semble impossible qu'on ait rapporté autre chose à M. le docteur Aulagnier.) « Quoi qu'il en soit, a dit encore M. Flourens, ce mémoire contient un tableau synoptique fort bien fait et il est rempli d'ailleurs de choses excellentes et parfaitement dites. »

Enfin, M. Flourens a annoncé qu'il avait reçu de M. Sédillot, de Strasbourg, une note particulière, confirmative de ses recherches sur le rôle du périoste. « J'ai cherché depuis longtemps, a dit M. le Secrétaire perpétuel, à prouver que le périoste, lorsqu'il était conservé, suffisait à reconstituer l'os entièrement. M. Sédillot m'apprend aujourd'hui qu'il approuve de tous points cette théorie, et qu'en l'appliquant à la chirurgie, il a obtenu de magnifiques résultats. Au lieu d'enlever l'os malade avec son périoste, ce chirurgien, toutes les fois que cela est possible, introduit dans le canal médullaire des instruments appropriés, et détruit l'os sans toucher au périoste. C'est ce qu'il appelle la méthode de l'évidement des os. L'os se reconstitue dans ces conditions, comme je l'avais annoncé.

» Je suis très heureux, dit en terminant M. Flourens, de voir ces procédés prendre rang dans la science pratique, et surtout très heureux de les voir appliquer par des mains aussi habiles que celles de M. Sédillot. »

La parole est à M. Coste pour une communication de pisciculture.

« Vous avez pu voir, en traversant la galerie d'attente, dit le professeur du Collége de France, des truites de différentes grandeurs renfermées dans un réservoir en verre. Elles proviennent de deux séries d'expériences entreprises à Villeneuve-l'Étang, les unes il y a vingt-huit mois, les autres il y a onze mois. Le nombre de ces truites s'est tellement multiplié, que, lorsqu'on a pêché l'étang, le filet trainant dont on se servait s'est trouvé trop chargé pour pouvoir être retiré, et qu'on a été obligé de jeter l'épervier dans l'enceinte du filet : chaque coup ramenait vingt-cinq ou trente poissons.

» On va vider cet étang dans les rivières voisines, et bientôt, on aura la preuve, que l'eau cultivée peut produire infiniment plus que la terre. »

M. Coste, prenant une seconde fois la parole dans la même séance, a fait encore une communication verbale relative à l'histoire naturelle.

Les crustacés, tels que le homard, l'écrevisse, etc., portent sous la face ventrale, près de l'orifice génital, chez les mâles, deux

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 15 février. — Le propriétaire d'une maison de mon quartier a fait une chute grave dans son escalier. On a couru vite après des médecins et l'on est venu chez moi. Je n'ai mis aucun retard à me rendre à cet appel, et cependant je ne suis arrivé que le quatrième. Voyant trois confrères déjà occupés à panser le blessé, je me suis retiré. Aucun de ces confrères n'a fait mine de me retenir. Voilà plusieurs fois déjà que je suis dérangé pour des accidents analogues, et toujours j'ai trouvé un ou plusieurs confrères auprès du malade. Cette situation est fort désagréable. — Au moment où je me retirais, arrivait un cinquième confrère. Les parents et amis de ce propriétaire ont mis, je crois, tous les médecins de l'arrondissement en réquisition.

Le 16. — Françoise m'ayant demandé congé pour aller passer le mardi-gras avec une de ses amies, Benoît m'a mené dîner au cabaret, sur le boulevard. Benoît a des habitudes très économes, mais, quand il s'y met, il fait bien les choses. Le menu était soigné :

Huîtres d'Ostende ;
Bisque d'écrevisses ;
Truite saumonée, sauce genevoise ;
Filet de chevreuil à la Bagration ;
Perdreau truffé ;
Asperges en branche ;
Crème diplomate ;
Salade d'ananas.

Le tout arrosé de grand Laffitte et de crème de Bouzy.

Ce n'est pas à Tartas, même à l'hôtel de l'*Ortolan*, qu'on pourrait dîner ainsi.

J'ai payé le café chez Tortoni, et une loge au spectacle.

On allait commencer le *Médecin malgré lui,* musique de Gounod, que je désirais vivement entendre, quand le régisseur a paru sur la scène pour prier les médecins qui se trouveraient dans la salle de vouloir bien passer sur le théâtre, où un accident venait d'arriver.

Ne voyant personne bouger, je me suis levé et me suis fait conduire sur le théâtre. Il s'agissait d'un pauvre choriste qui s'était laissé tomber dans le troisième dessous. Il y avait luxation d'une épaule, plaie de tête, du tronc, des cuisses et force contusions. Il a fallu réduire, réunir, laver, panser. Il était près d'onze heures quand tout a été fini. Alors est arrivé tout essoufflé le médecin du théâtre qui m'a fait force excuses, ainsi que le directeur. Celui-ci a pris mon nom et mon adresse et m'a fait reconduire à ma loge.

— Tu voulais voir jouer le *Médecin malgré lui,* m'a dit Benoît, eh bien, c'est toi qui as joué le rôle.

— C'est peu amusant pour une soirée de mardi-gras.

— Sois tranquille, tu auras une belle *réclame* dans les journaux de demain.

Le 17. — L'événement d'hier est, en effet, raconté dans les journaux du soir ; mais quant à ce qui me concerne, on lit : « Un médecin qui se trouvait heureusement dans la salle, et dont nous regrettons de ne pouvoir indiquer le nom, etc. »

— Personne ne t'accusera, me dit Benoît, d'avoir fait insérer toi-même cette note ; à moins que tu ne fasses comme un de tes confrères qui, dans une circonstance analogue, obtint le lendemain l'insertion d'une note ainsi conçue : « Nous apprenons que le médecin qui a si habilement prodigué ses soins à l'infortuné ..... est M. le docteur X... » Veux-tu que j'aille faire sommation à la *Patrie* ?

Je m'y suis énergiquement opposé.

Le 18. — Françoise a eu aujourd'hui une scène fort désagréable. J'ai eu la douleur de perdre un enfant de 4 ans atteint de croup, et dont la maladie a marché avec une rapidité foudroyante. J'ai employé avec énergie le traitement classique, et j'ai surtout insisté sur les vomitifs. Je n'ai pu conjurer la terminaison fatale. La trachéotomie n'a pu être pratiquée, l'enfant est mort avant que M. Trousseau, que j'avais envoyé chercher, ne fût arrivé.

La mère de cet enfant est fruitière dans ma rue. Françoise allait aujourd'hui chercher des provisions chez elle ; trois ou quatre commères du quartier étaient dans la boutique en grand conciliabule, et aussitôt qu'on a vu entrer ma cuisinière, on l'a, dit-elle, agonie de sottises ; je ne suis qu'un âne ; j'ai empoisonné cet enfant avec l'émétique ; je lui ai fait rendre tripes et boyaux ; on a trouvé un morceau de *peau de l'estomac* dans le bassin, etc., etc.

— Voilà les honoraires que vous retirerez de cette maison, m'a dit Françoise.

Je commence à croire que tout n'est pas roses, à Paris, dans la profession de médecin.

Le 19. — Toutes les fois qu'il m'arrive une anicroche, Benoît me pousse son exclamation favorite : Pourquoi donc as-tu quitté Tartas ? Il commence à m'agacer avec ce sempiternel refrain. Je le lui dirai pourquoi, je le lui dirai.

(Ici se trouve une lacune dans le journal du docteur Simplice. Il semble avoir reculé devant l'explication qu'il voulait donner à son ami Benoît. Heureusement l'indiscrétion d'un de ses confrères nous permet de combler cette lacune. Nous avons reçu la note suivante qui nous donne quelques détails sur un incident de la vie médicale du docteur Simplice, en province) :

« Notre excellent confrère le docteur Simplice, si véridique, si naïvement bon dans son journal, a oublié, par excès de bonté, sans nul doute, de vous dire qu'avant de faire bouillir son pot à Paris, il avait planté sa crémaillère en province. Il est probable que son ami Benoît ne savait pas cela, car il en aurait jasé.

» Ma foi, tant pis, si le bon Simplice se fâche et me traite de paysan du Danube ; je dirai ce que je sais, et le voici :

» Le candide Simplice habitait donc, avant de se rendre dans la *capitale,* un département où s'organisait la médecine dite cantonale. A l'appel fait aux médecins pour les œuvres charitables, Simplice répondit

paires d'appendices dont la fonction était jusqu'ici inconnue. M. Coste, en observant, dans son laboratoire, l'accouplement de deux écrevisses, a pu se rendre compte de leur rôle physiologique. Les appendices antérieurs, semblables à des sondes cannelées, servent à porter, sur le poitrail de la femelle, la matière séminale, si promptement coagulable chez ces animaux; — les appendices postérieurs, passant ensuite rapidement et plusieurs fois sur les antérieurs, servent à nettoyer leur cannelure et la rendent apte à toujours recevoir, dans des conditions de glissement favorables, la matière coagulable fécondante.

M. Despretz a engagé M. Coste à rédiger, de cette observation, une note *modérée*.

— M. Cl. Bernard, au nom de M. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a déposé sur le bureau une note concernant l'influence de la lumière et des différents rayons dont elle est composée sur le développement des œufs des animaux.

— M. Chevreul a entretenu l'Académie des nouvelles expériences de M. Niepce de Saint-Victor, sur la singulière activité que communique l'insolation aux corps éclairés.

— M. Dumas a lu une note excessivement intéressante sur le sorgho; il a en outre mis sous les yeux de l'Académie des échantillons d'une nouvelle peinture, exempte de dangers, obtenue avec l'oxy-chlorure de zinc. Nous reviendrons sur ces communications.

Si l'espace nous le permet, nous reviendrons aussi sur la présentation faite par M. Gay, de son ouvrage sur le Chili, et nous parlerons des considérations très élevées dont il a accompagné l'hommage de son livre.

Dr Maximin Legrand.

ÉPIGÉNÉSIE DES NÉVROSES.

ACCÈS MANIAQUES, MOUVEMENTS CONVULSIFS, MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR, HALLUCINATIONS DE L'OUIE, EXTASE, CATALEPSIE; — GUÉRISON.

Observation recueillie par A. Brierre de Boismont.

La catalepsie persistante a été observée et sa monographie écrite par des médecins de talent : cette affection nerveuse n'est pas cependant fréquente; pour ma part, je ne l'ai rencontrée qu'une fois sur plus de 1,500 malades. On constate, il est vrai, des phénomènes cataleptiques chez les aliénés; ils sont, en général, passagers, et plusieurs fois même, on peut les rapporter aux tics maniaques.

Les maladies nerveuses, et spécialement l'hystérie, se compliquent aussi de symptômes cataleptiques, mais leur durée est courte et telle est, d'ailleurs, la disposition mimique de ces singuliers malades à faire de l'extraordinaire et à donner un corps aux bizarreries de leur imagination, qu'on est presque toujours dans le doute, lorsque le symptôme paraît insolite. Le fait que nous allons rapporter étant à l'abri de toutes ces objections, nous croyons qu'il sera lu avec intérêt à différents point de vue.

Mme Caroline X..., âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, blonde, bien portante, n'a jamais eu d'aliénés dans sa famille; mais son caractère a toujours été timide; sa mémoire est faible; elle y supplée en écrivant; elle tient, cependant, la comptabilité de sa maison de commerce. Dix jours avant son mariage, elle reçut une lettre de son futur, dans laquelle il annonçait que tout était rompu. Cette nouvelle l'impressionna très douloureusement; mais les difficultés s'étant aplanies, le mariage eut lieu; elle fut triste ce jour là, sans néanmoins que rien éveillât l'attention. Son mari ayant voulu user de ses droits, elle parut effrayée et divagua. Le lendemain, on remarqua des erreurs dans les comptes, et, le soir, elle dit qu'elle avait quelque chose qui n'était pas clair dans la tête. Bientôt ses paroles et ses actes révélèrent le trouble de sa raison; elle restait immobile dans un coin, disait que ses oreilles étaient agrandies, douloureuses; elle entendait des voix, se plaignait d'un sentiment de constriction à l'épigastre, pleurait souvent et faisait des gestes de toute espèce avec ses mains.

Sa famille la conduisit en consultation chez M. Baillarger; elle eut un accès de manie et fut agitée de mouvements convulsifs. Déjà, chez elle, cette jeune dame avait présenté des phénomènes analogues et on avait noté l'apparition d'un peu d'écume à la bouche.

Transférée dans mon établissement, d'après le conseil de notre confrère, cette dame, dont l'agitation s'était calmée pendant le trajet, nous offrit les caractères de prostration qu'on observe à la suite des violentes commotions morales. Elle paraissait en proie à une véritable terreur; lorsqu'on l'approchait ou qu'on la touchait, elle était prise d'un tremblement très marqué et retirait instinctivement ses mains. Elle se parlait à voix basse, ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait, ou lançait quelques paroles brèves et incohérentes. Cet état dura dix jours, sauf de courts instants, où elle rompait le silence et s'exprimait comme un enfant.

Le onzième jour, on s'aperçut que les mouvements de cette dame étaient lents et saccadés; en se levant, elle mit une jambe en avant et resta quelques minutes dans cette position; on lui prit la main pour la faire marcher, la main conserva l'attitude qu'on lui avait imprimée. Ses yeux étaient tournés vers le ciel et avaient l'expression des extatiques. La sensibilité était comme morte; la malade n'entendait pas ce qu'on lui disait. Ces phénomènes persistaient quelques minutes; ils étaient remplacés par une sorte de stupeur, un sentiment de frayeur. Quand on la harcelait de questions, elle répondait avec une extrême lenteur, qu'elle avait des idées mauvaises et qu'elle cherchait à les chasser. On n'en pouvait obtenir aucune autre explication. Les symptômes cataleptiques et extatiques alternaient avec la stupeur mélancolique. Cet état se soutint ainsi cinq à six jours, puis la catalepsie masqua tous les autres symptômes.

Pendant cette période de la maladie, dont la durée fut de six semaines, les membres, la tête prenaient toutes les directions qu'on leur donnait; si la bouche s'ouvrait pour montrer la langue, elle ne se refermait pas, et lorsque la langue était sortie, elle ne rentrait pas. La position était-elle peu gênante, Mme Caroline X... restait des heures entières dans cette attitude.

A diverses reprises, nous l'avons retrouvée la tête penchée ou relevée, la main étendue, telle que nous l'avions laissée deux heures auparavant. Quand elle se tenait debout et les bras pendants, cette pose se prolongeait quelquefois si longtemps que les mains devenaient d'un bleu-noir et se tuméfiaient. Lui portait-on les bras en haut, ou les étendait-on en croix, quelque fatigantes que fussent ces positions, elle les gardait une demi-heure, trois quarts d'heure. Dans les commencements, on l'abandonnait à elle-même, mais les femmes de service, convaincues qu'elle souffrait d'un état si anormal, changeaient de temps en temps ses attitudes. Lorsqu'on voulait la faire marcher, la jambe qu'elle avait levée restait en l'air, et, lorsqu'elle s'abaissait par la force de la pesanteur, elle ne remuait plus et semblait clouée au plancher. Ses repas avaient quelque chose d'extraordinaire. On mettait devant elle ses aliments, et on l'asseyait souvent de force. Dans les commencements, il fallait lui ouvrir la bouche et introduire profondément les aliments liquides; elle les avalait par saccades; à une époque plus avancée, elle put manger seule. Dans cet état, elle ressemblait à un véritable automate, et la manière dont elle mangeait ne pouvait que confirmer cette comparaison. Ses yeux immobiles ou baissés ne fixaient aucun objet et semblaient ne pas appartenir à un être vivant. Son bras se dirigeait lentement vers le plat, elle prenait avec sa cuiller ou sa fourchette une bouchée, la portait à sa bouche et l'avalait. Chacun de ces mouvements était exécuté comme par un ressort : les repas avaient une longueur démesurée. Il y avait des jours où elle n'entendait ni ne remuait; pour la rappeler un peu à l'existence, il fallait lui jeter de l'eau froide à la figure, l'impression qu'elle en éprouvait lui était fort désagréable, aussi s'animait-elle quelque peu.

MM. Baillarger, Girard de Cailleux, virent la malade un mois et six jours après l'apparition des premiers phénomènes. Voici ce qu'ils constatèrent : elle était debout, avait l'immobilité d'une statue, et présentait une raideur considérable; ses lèvres et les coins de sa bouche étaient agités d'un léger tremblement; elle conservait la position qu'on lui donnait, ses yeux n'avaient aucune expression. Elle ne répondit pas d'abord aux questions qu'on lui fit, mais M. Baillarger l'ayant menacée de lui faire jeter de l'eau à la figure et sur la tête, en lui reprochant d'en faire exprès, elle prononça à voix basse et à de longs intervalles, quelques paroles qui suffirent cependant pour faire comprendre qu'elle entendait. Afin de la récompenser de ses efforts, il lui dit qu'il allait la conduire chez elle et lui prit le bras; comme elle marchait très lentement, il lui demanda si elle l'avait compris, elle répondit : oui, mais sans se hâter davantage. M. Baillarger ôta son bras, elle resta immobile dans la position qu'elle avait en ce moment et ne fit plus un pas, malgré des instances réitérées. Le pouls était petit et lent. Depuis son entrée, les règles n'avaient pas paru, il y avait seulement un écoulement blanc assez abondant.

Lorsqu'on la pinçait, elle ne manifestait aucun signe de douleur, il n'en était plus ainsi quand la forme demi-stupide était manifeste, ce qui eut rarement lieu pendant tout le temps que les phénomènes cataleptiques se montrèrent avec cette intensité. Les moyens employés avaient consisté en bains, affusions froides, purgatifs, vésicatoires.

MM. Baillarger et Girard de Cailleux furent d'avis que le fait qu'ils avaient sous les yeux était un cas de catalepsie bien évident, la persistance des symptômes pendant trente-six jours ne pouvait que confirmer cette opinion. Ces honorables confrères proposèrent l'hydrothérapie et les bains aromatiques, médications que je ne pouvais qu'adopter.

Aucun changement ne se manifesta pendant une semaine, mais après ce laps de temps, ou commença à s'apercevoir d'une légère amélioration; Mme Caroline X... regardait d'une manière plus intelligente, les crises cataleptiques duraient moins; la malade ne restait plus immobile à la même place, elle marchait, quoique lentement. Le silence ne fut plus aussi opiniâtre. A force de questions, on pouvait lui faire dire quelques mots brièvement et d'une manière saccadée. Si l'on insistait trop, elle répondait qu'elle ne pouvait parler davantage, parce qu'il y avait *quelque chose* qui l'en empêchait. Peu à peu, Mme Caroline X... prit part à ce qui se faisait autour d'elle; elle aidait les infirmières, cousait, festonnait; ces actes étaient souvent fort longs, et, de temps en temps, la bouche restait ouverte, le bras levé, le doigt s'arrêtait, ces vestiges de la catalepsie cessaient rapidement. Enfin, cette jeune personne, qui avait si longtemps ressemblé à un automate, se réveilla de sa léthargie; elle se mit résolument au travail, devint gaie et fit preuve d'activité, mais elle continua à entendre des voix et à avoir des inquiétudes. Nous l'interrogeâmes sur ses sensations pendant son état d'extase et de catalepsie; elle n'en avait conservé aucun souvenir. Ses réponses ne varièrent pas sur ce point. Mais dans d'autres circonstances, qui se rattachent très probablement à la stupeur mélancolique, elle nous dit qu'elle avait des terreurs, elle n'a pu nous les préciser. Les voix qui se faisaient entendre à son oreille l'entretenaient de choses ni bonnes, ni mauvaises; quelquefois elles lui adressaient des menaces vagues sans trace dans son cerveau.

Comme elle manifestait un vif désir de revoir sa famille et de retourner à ses affaires, nous consentîmes à son départ, quoi qu'elle ne fût pas encore bien rétablie. Depuis son retour, elle n'avait eu aucun accès convulsif. Nous avons eu de ses nouvelles à différentes fois; elle a éprouvé de temps en temps de petites crises, qui ne l'ont pas empêchée de conduire sa maison.

On voit quelquefois dans le cours des maladies mentales survenir des phénomènes extatiques et cataleptiques. Ils sont, en général, courts, passagers, et se dissipent rapidement, surtout les seconds. Dans l'observation précédente, la catalepsie se prolongea pendant six semaines, et fit presque disparaître l'aliénation; aussi put-elle être étudiée dans ses principales manifestations. C'est le seul exemple de ce genre que nous ayons constaté sur plus de quinze cents aliénés confiés à nos soins.

Pendant les six semaines que dura l'état cataleptique, on s'as-

---

avec empressement, comme vous pouvez le croire, vous qui le connaissez si bien, et le confrère fut chargé de donner des soins *gratuits* aux pauvres de trois communes, dont deux rurales. Ce n'était pas affaire de lucre de la part de Simplice, puisqu'une année, et la seule, il a reçu cent francs d'*indemnités*, juste de quoi payer le picotin du cheval en course. Enfin tout allait bien ainsi.

» Mais voilà qu'un jour ce malheureux Simplice s'avise de découvrir et de signaler, dans une des communes de son ressort, une épidémie grave, 32 cas et 3 morts dans peu de jours. Notons bien que ladite commune devait donner une fête monstre, où force étrangers et hauts personnages étaient attendus!...

» Pauvre Simplice! qu'allait-il faire dans cette galère? Le bruit de l'épidémie répandu, on dépêche un jeune médecin, médecin des épidémies, et vite, et vite.

» Ce médecin, sans prévenir Simplice, court visiter ses malades, et leur dit : *cela n'est rien*, et fait un rapport où il n'y a pas plus d'épidémie que dans le creux de sa main.

» Malheureux Simplice, sa réputation était perdue : ou comme médecin il était ignorant, ou comme honnête homme, il faisait des maladies où il n'y en avait pas.

» Attendez : ce comprenant, le naïf Simplice appelle de suite le doyen des médecins de la contrée, homme justement estimé, sous tous les rapports; ce doyen constate, chez tous les malades, l'épidémie niée par le médecin des épidémies.

» Que dira l'ami Benoît de ce tour-là?

» Attendez, Monsieur Benoît, voici votre tour, à vous :

» Simplice demande à qui de droit rectification, ou sinon offre sa démission de médecin cantonal *pour la commune seulement* où le fait avait eu lieu, tout en réservant ses deux autres communes.

» On lui répond après plusieurs semaines, en l'invitant à *retirer sa démission*, parce que *ce qui était arrivé n'était qu'un malentendu*.

» Simplice continua à demander *satisfaction*; — devinez ce qui est arrivé..... Eh bien, Simplice a non seulement reçu *satisfaction* de sa démission *pour une commune*, mais encore pour les deux communes qu'il s'était réservées, et a été remplacé en icelles par le médecin des épidémies qui avait nié l'épidémie.

» Je crois que c'est à la suite de cette terrible catastrophe que le bon Simplice est allé à Paris où, comme je le vois, bien d'autres déceptions l'attendent. »

Le 20. — Je ne sais si ce qui m'arrive quelquefois arrive aussi à mes confrères, mais c'est fort gênant. Ainsi, un homme est venu aujourd'hui me consulter pour des accidents qu'il éprouve du côté du cœur. Je lui donne un conseil écrit; il tire de sa poche une pièce de 5 francs, en me disant : Prenez ce qu'il vous faut. Il m'aurait donné la pièce entière qu'il n'aurait fait que son devoir. Et si je n'avais pas eu de monnaie, comme cela s'est rencontré plusieurs fois? J'ai dit alors au client : Vous me paierez un autre jour. Mais cet autre jour n'est jamais arrivé. Règle générale : on ne revoit plus un consultant qui ne vous honore pas.

Le 21. — D'après les conseils de Benoît, j'ai envoyé ma pétition pour obtenir une place de médecin du bureau de bienfaisance de mon arrondissement. Il n'y a que de petits appointements, mais Benoît assure que c'est un excellent moyen d'arriver à la clientèle.

Le 22. — J'apprends que je suis le vingt-septième candidat à la place vacante, et qu'il n'y a pas un de ces candidats qui ne soit très appuyé, très protégé. Benoît fait des démarches pour moi.

Le 23. — Enfin, les autorités de mon quartier commencent à jeter les yeux sur moi. Le curé de ma paroisse m'a écrit une lettre charmante pour m'inviter à faire partie du service médical de la *Société des Saints-Anges-Gardiens*. J'ai répondu immédiatement que j'acceptais avec reconnaissance. Cette fois me voilà en bon chemin.

Le 24. — Un marchand de vin de mon quartier, en roulant un tonneau dans sa cave, s'est luxé le pouce. J'ai été appelé et j'ai réduit la luxation. J'ai demandé 10 francs. Ce rustaud m'a fait une scène désobligeante et m'a dit que si c'était ainsi que je traitais *mes voisins*, mes voisins iraient ailleurs. En conscience, pouvais-je être moins exigeant?

Le 25. — J'ai reçu le règlement du service médical de la *Société des Saints-Anges-Gardiens*; j'y vois de singulières choses, entre autres :

« Tous les jours, de midi à deux heures, MM. les docteurs X... et X..., médecins de la Société, donneront leurs consultations, etc.

» En outre, tous les mercredis de onze heures à trois heures, quatre docteurs de la *méthode dite homœopathique* donneront leurs consultations au presbytère.

» Tous les samedis, de midi à deux heures, deux docteurs de l'*ancienne méthode* donneront leurs consultations, etc.

» M. X... (médecin homœopathe), rue, etc., visite les sociétaires qui habitent la paroisse.

» M. Simplice (médecin allopathe), rue, etc., visite les malades qui habitent, etc. »

Je suis très désolé d'avoir accepté une telle mission. J'ai écrit aussitôt à M. le curé pour le prier de me rayer de sa liste.

Benoît assure que j'ai fait bévue sur sottise; bévue d'avoir accepté sans renseignements; sottise d'avoir refusé de cette façon.

— Il fallait refuser, dit-il; mais il y avait une autre manière de s'y prendre. Voilà tout le clergé de ta paroisse, et ses afférences, contre toi. Est-ce que tu crois que ce monde-là comprend quelque chose à tes susceptibilités professionnelles? Tu vois bien que M. le curé a un penchant pour l'homœopathie. Il met sur la liste quatre médecins de la nouvelle méthode contre deux de l'ancienne. Et cette affectation de dire : *ancienne méthode!* Est-ce clair?

Tout cela est cependant bien vrai.

Mais ce diable de Benoît parle toujours trop tard.

Dr Simplice.

Certifié conforme à l'original,

Amédée Latour.

La chronique scientifique du *Courrier de Paris*, rédigée jusqu'ici par M. de Saulcy (de l'Institut), vient d'être confiée à M. le docteur Reinvillier.

sura, à diverses reprises, de l'état de la sensibilité, de la mobilité et de l'intelligence. Lorsque les yeux étaient ouverts, la fixité du regard était le caractère dominant; il n'y avait pas de clignotement des paupières; si l'on approchait brusquement un corps du globe de l'œil, on ne remarquait aucune contraction; l'axe visuel restait toujours dans la même direction. Le plus ordinairement, la malade ne paraissait rien entendre; les questions répétées qu'on lui faisait, les secousses qu'on lui imprimait, les cris des malades, n'apportaient aucune modification à son immobilité. Quand la crise cataleptique était intense, on pouvait pincer la malade, lui mettre de l'ammoniaque sous les narines, du sel sur la langue, sans que ces excitations produisissent le moindre changement. Lorsque les symptômes étaient moins prononcés, elle voyait et entendait, car elle répondait avec lenteur, il est vrai, mais d'une manière juste, aux demandes qu'on lui adressait; si on la priait de donner des explications plus détaillées, elle disait qu'elle ne le pouvait pas, que quelque chose l'en empêchait. Au sortir de ses grandes crises, elle n'a jamais pu rendre compte de ce qui se passait alors en elle. Cependant, plusieurs fois au milieu de son immobilité la plus complète, après l'avoir vivement apostrophée, menacée, elle a prononcé des paroles raisonnables, comme quelqu'un qui s'éveille d'un songe profond. M. Baillarger, en l'interpellant avec force et en la menaçant de lui faire jeter de l'eau, a réussi à lui faire dire quelques mots et à obtenir la preuve qu'elle comprenait ce qu'on lui demandait; mais il n'a pu, en lui intimant l'ordre de se mouvoir, la forcer, comme la malade de M. Bourdin, à des déplacements partiels et généraux, et par conséquent rompre la chaîne des phénomènes musculaires, et rendre Mme Caroline X... à son existence habituelle, quoiqu'il lui imprimât les mouvements qu'il voulait et sans qu'elle opposât de résistance.

L'alimentation, quelque extraordinaire qu'ait été son mode, prouve que la malade savait qu'elle avait son repas devant elle, qu'elle devait le prendre; et bien que les mouvements fussent absolument semblables à ceux d'un automate qu'on a monté, elle n'en exécutait pas moins les actes nécessaires; on avait soin, pour prévenir les accidents, de la nourrir de soupes et de viandes hachées. Il fallait néanmoins, de temps en temps, la talonner ou la faire manger pour que le repas s'achevât; tous les mouvements étaient longs, intermittents, et souvent suspendus.

Pendant les six semaines qu'a duré la maladie, la catalepsie a toujours existé à l'état sensible ou latent, car si la malade était debout, assise ou couchée, dans des conditions en apparence normales, il suffisait de donner au corps une inclinaison quelconque pour qu'il la conservât. Il y avait de grandes variétés dans les crises; ainsi, tandis que la tête et les membres gardaient deux heures et plus la position donnée, souvent ils reprenaient rapidement ou par petites secousses leur attitude habituelle; les phénomènes cataleptiques n'avaient rien de périodique: ils se montraient à toutes les époques. La malade, lors même que la position était normale, était presque toujours immobile.

Pendant les deux mois de son séjour, Mme Caroline X... n'a pas été menstruée; les autres fonctions n'ont pas été dérangées; elle satisfaisait elle-même aux besoins de la nature, mais avec cette singulière lenteur qu'elle mettait dans tout.

Si l'on cherche maintenant la cause de la maladie, il y a lieu de l'attribuer à l'émotion produite par la rupture brusque du mariage, surtout chez une femme d'un esprit faible, d'un caractère craintif, méticuleux, et qui, d'après les renseignements ultérieurs, paraît avoir éprouvé avant son mariage des accidents nerveux. Ce n'est pas, au reste, la première fois que le mariage provoque l'explosion de l'aliénation mentale, chez des femmes impressionnables, menant une vie retirée, scrupuleuse, ayant des germes de prédisposition. Nous avons traité une jeune dame qui, conduite à l'autel presque immédiatement après la demande, fut si affectée de son changement de vie, qu'elle fut prise avant même la cérémonie des symptômes précurseurs d'une monomanie triste, avec mutisme et refus d'aliments.

Quant au traitement employé, qui consista dans des affusions froides, l'application d'un drap mouillé et l'eau froide en boisson, il fut couronné de succès, puisqu'un mieux sensible eut lieu au bout de huit jours. Les phénomènes cataleptiques s'affaiblirent promptement; les conceptions délirantes cessèrent. Quand Mme Caroline X... nous quitta, elle avait encore ses hallucinations, mais plus faiblement; et malgré des petites crises qui ont reparu de loin en loin, elle a continué à diriger elle-même ses affaires.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, ET NOTAMMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DES MUSCLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1);

Par M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

DE L'ÉPIGASTRALGIE.

La douleur qui constitue l'épigastralgie siége dans la partie supérieure des deux muscles droits et des grands obliques de l'abdomen; elle sévit plus fortement sur ceux du côté gauche que sur ceux du côté droit; quelquefois elle s'étend jusqu'à la partie inférieure des muscles grands pectoraux, en remontant jusqu'à la moitié de la hauteur du sternum; inférieurement, elle descend rarement au-dessous du niveau de l'ombilic; elle se prolonge quelquefois à droite, tandis qu'elle s'étend habituellement à gauche, en suivant les cinquième, sixième et septième côtes gauches.

L'épigastralgie cause une douleur très vive, continuelle, qui s'exaspère surtout sous l'influence des affections morales, des attaques hystériques, de la marche et de la pression; elle gêne souvent les mouvements de la respiration, et quand elle s'étend au diaphragme, les malades n'ayant plus que la respiration costale, toute ampliation de la poitrine dans le sens vertical est rendue impossible. La toux réveille la douleur, les vêtements qui serrent la taille, les simples cordons qui l'entourent ne peuvent être supportés.

L'attitude des malades est plus ou moins gênée; quand la douleur est vive, elle les force à se tenir courbés en avant, sans pouvoir se redresser. Enfin, ce qui prouve bien la nature toute superficielle de cette hyperesthésie, c'est qu'elle n'est nullement influencée par les phases diverses que subit la digestion.

L'anesthésie ou l'hyperesthésie de la peau de l'épigastre peuvent accompagner cet état de souffrance.

On constate facilement que la douleur siége dans les muscles, parce qu'il suffit de presser avec le bout du doigt la portion du muscle à l'endroit où le malade perçoit la douleur pour provoquer son exaspération. On est bien certain que cette pression n'agit pas sur les viscères placés sous les muscles, car la douleur se produit également, quand on presse leurs attaches aux cinquième, sixième et septième côtes et à leurs cartilages, où il est impossible qu'elle agisse sur les parties plus profondément placées.

Chez les femmes en qui l'hystérie ne débute pas brusquement par une attaque, l'épigastralgie est très souvent le premier trouble qui apparaisse.

Elle se développe fréquemment dès l'enfance, elle se montre surtout 1° après les attaques hystériques, dans lesquelles l'une des plus grandes souffrances est le malaise épigastrique, et qui provoquent des contractions vives des muscles de la région épigastrique; 2° les passions tristes, dont l'effet, comme on le sait, est de provoquer une sensation si pénible à l'épigastre.

L'ignorance dans laquelle on s'est trouvé jusqu'à présent sur le siége de l'épigastralgie, a fait commettre l'une des erreurs les plus capitales qui aient existé dans la médecine. Ne sachant pas que ces douleurs dites d'estomac pouvaient siéger dans les muscles, on les a placées tantôt dans le plexus solaire, tantôt dans l'estomac et on a fait de cette hyperesthésie, selon les goûts et selon les temps, une névrose, une gastrite ou une gastralgie, et on a prescrit aux malades les divers traitements que comportait chacune de ces affections.

Si l'on songe qu'un peu moins de la moitié des personnes qui ont des douleurs à l'épigastre n'a de douleurs que dans les muscles, on s'affligera en pensant que près de la moitié des sujets dits gastralgiques a subi de longs traitements pour une maladie qu'elle n'avait pas. Si, de plus, on veut bien remarquer que, chez les malades atteints simultanément d'épigastralgie et de troubles dans les fonctions digestives, la première a une existence indépendante des seconds, et qu'elle peut assez facilement être enlevée par des moyens qui s'adressent à elle, on gémira de voir que, pendant si longtemps, on ait opiniâtrement et infructueusement adressé à l'estomac un traitement qui eût pu être efficacement dirigé contre les muscles. Je ne prétends pas que l'estomac lui-même ne puisse être le siége de vives douleurs, telles que la sensation de brûlure du pyrosis, celle d'un déchirement analogue à celui que produiraient les griffes d'un animal, celle qu'amène la distension de l'estomac par des gaz, celles que provoque la digestion des aliments dans la dyspepsie. Mais ces douleurs sont intermittentes, passagères, faciles à reconnaître et ne ressemblant nullement aux douleurs des muscles de l'épigastre, qui sont continues et constantes.

Personne n'a, jusqu'à présent, fait cette distinction. Trnka, Schmitdmann, Comparetti, Barras, qui ont fait des traités de la gastralgie, n'ont pas même songé à la possibilité de l'existence des douleurs dans les muscles, ils rapportent à l'estomac toutes les douleurs de l'épigastre, et comme, sur 358 cas d'hystérie, il ne s'en est trouvé dans mes observations que 10 chez lesquels la gastralgie existait sans épigastralgie, on peut juger combien de milliers d'erreurs ont été commises et combien de fois l'estomac a été rendu passible des maux qu'il n'avait pas causés.

L'épigastralgie hystérique peut durer tout le temps que dure l'hystérie, et persister jusque dans un âge très avancé; mais, durant cette longue période, elle s'accroît ou s'affaiblit selon que l'état hystérique, duquel elle est une dépendance, augmente ou diminue lui-même.

Quand l'épigastralgie a de l'intensité, la douleur constante, qui en fait le caractère, finit par fatiguer les malades, par leur inspirer de la répugnance pour le mouvement qui rend ces douleurs insupportables; elle les met hors d'état de se livrer aux moindres occupations. Cette permanence de la douleur détruit l'appétit, entrave la digestion, et finit par porter une atteinte profonde à la nutrition. Sous ces influences nuisibles, les malades se découragent, tombent dans la mélancolie, maigrissent notablement, et présentent toutes les apparences d'un état de dépérissement général et d'une vieillesse anticipée.

Heureusement, pour faire contraste à ce pénible tableau, que rien n'est si facile que d'enlever ces épigastralgies quand on emploie les moyens appropriés, et de rendre en quelque sorte à la vie ces malheureuses femmes qui semblent près de s'éteindre d'épuisement.

DE LA RACHIALGIE.

Quand l'hyperesthésie siége dans le dos, elle porte le nom de rachialgie. Elle y affecte les muscles trapèze, long dorsal, et la masse commune ou sacro-lombaire et au long dorsal, qui remplit les deux gouttières vertébrales.

Cette hyperesthésie se voit si communément, qu'elle est depuis longtemps connue des médecins. Sydenham avait dit : « De tous » les symptômes de l'hystérie, il n'en est point de si fréquent » qu'une certaine douleur au dos, laquelle ne manque jamais de » se faire sentir même dans les plus légères atteintes de la pas» sion hystérique. Cette douleur a cela de particulier qu'après » qu'elle est passée, elle laisse les parties tendres et sensibles » comme si elles avaient été rouées à coups de bâton, en sorte » qu'on n'y saurait toucher, et cette sensibilité ne cesse que peu » à peu. »

M. Andral avait également signalé dès 1842, dans ses *Leçons de pathologie générale*, l'existence de ces douleurs qui siégeaient le long du rachis, et qu'on exaspérait en pressant les apophyses épineuses des vertèbres.

La rachialgie est, en effet, tellement commune chez les hystériques, qu'on pourrait presque dire qu'elle existe chez toutes ces malades. Sur les malades que j'ai observées, son existence a été constatée 306 fois, et son absence 5 fois seulement. On peut donc avancer qu'il est très rare qu'une hystérique n'éprouve pas des douleurs dans le dos.

La douleur siége le long des apophyses épineuses des vertèbres et dans les muscles puissants qui, de chaque côté du rachis, remplissent les gouttières vertébrales.

Sur les 306 femmes sur lesquelles elles ont été notées, elles siégeaient :

1° Deux fois seulement au niveau des dernières vertèbres cervicales.

2° Onze fois au niveau des dernières cervicales et des quatre premières dorsales, en même temps.

3° Cent quarante fois au niveau des six à huit premières vertèbres dorsales.

4° Quarante fois au niveau des cinq dernières vertèbres dorsales, et des premières vertèbres lombaires.

5° Dix fois au niveau du tiers moyen de la portion dorsale du rachis.

6° Quatre fois dans toute la longueur du rachis.

Il résulte de là que la rachialgie, chez les hystériques, siége cinq fois et demie plus souvent dans la moitié supérieure du rachis que dans sa moitié inférieure.

Sur les 174 femmes chez lesquelles le côté où siégeait la douleur du dos a été noté :

Chez 57, la douleur siégeait dans les deux gouttières vertébrales. Chez 117, elle n'existait que dans l'une de ces gouttières, 97 fois à gauche et 20 fois à droite.

Il est évident, d'après cela, que la rachialgie est 5 fois plus commune à gauche du rachis qu'à sa droite.

Elle occupait, en général, une hauteur moyenne de quatre à six vertèbres.

La rachialgie n'apparaît ordinairement qu'après l'épigastralgie, mais son apparition se fait de telle manière qu'il est souvent difficile d'apprécier sous quelles influences elle a lieu. Les seules que j'aie pu distinguer, sont les attaques hystériques, les passions tristes et les souffrances prolongées de l'un des viscères splanchniques, principalement de l'estomac et des organes génitaux.

Quand elle apparaît après une attaque de convulsions hystériques, elle paraît résulter des mouvements violents qui ont agité les muscles de la gouttière vertébrale pendant la convulsion, quant aux passions tristes. Tout le monde sait que le propre de ces passions est de provoquer des douleurs dans le dos par le fait d'une réaction sur les portions supérieures de la moelle rachidienne. Enfin, il est reconnu que les souffrances des viscères ont le même résultat.

La douleur a plusieurs degrés; dans le plus léger, les malades ne se doutent pas de l'existence de leur douleur, elles perçoivent au plus un peu de malaise quand elles se fatiguent, ou quand elles prennent une mauvaise position. Pour la faire apparaître, il faut presser avec un peu de force les apophises épineuses des vertèbres, et la portion correspondante des muscles de la gouttière vertébrale, alors la malade se plaint et fléchit le tronc en avant comme pour fuir la souffrance. C'est à cause de cette manière d'être que la rachialgie a souvent été méconnue; presque toujours c'est le médecin qui révèle à la malade l'existence d'une douleur qu'elle ignorait.

A un degré plus élevé la douleur est perçue constamment, elle gêne les mouvements, les malades prennent toutes sortes d'attitudes pour en être soulagées. Les émotions morales, la marche, la fatigue, les attaques hystériques l'exaspèrent notablement. Elle finit par provoquer un état continuel de souffrance qui réagit sur les organes digestifs, fait perdre l'appétit, trouble la digestion et entrave notablement la nutrition. Son influence s'étend également sur l'utérus et sur ses annexes, les menstrues se dérangent, il paraît des écoulements leucorrhéiques, et l'on voit surgir cet état de fièvre hectique qu'on a appelé le *tabes dorsalis*.

Il se développe assez souvent, à l'occasion de cette hyperesthésie, des phénomènes sympathiques fort remarquables. Si l'on presse fortement les apophises épineuses et les muscles de la partie correspondante de la gouttière vertébrale, on provoque à l'instant même de l'oppression et de la constriction à l'épigastre. J'ai vu plusieurs fois cette action reflexe se produire plus complétement. Ainsi, chez une même malade, la pression de la

(1) Voir le numéro du 20 février 1858.

portion cervicale du rachis provoquait la strangulation à la gorge et la constriction de la glotte. Celle du haut de la portion dorsale provoquait un resserrement de la poitrine, de la dyspnée, et quelquefois des palpitations. Enfin, la pression de la partie inférieure de la région dorsale déterminait l'apparition d'un resserrement à l'épigastre assez semblable à celui qui sert de prélude aux attaques hystériques.

La rachialgie a peu de mobilité; quand elle est intense, elle est permanente, très fixe, et elle constitue l'un des symptômes les plus difficiles à dissiper. On amène assez aisément un peu de soulagement, mais, à la moindre cause, la douleur reparait.

Il est évident que la rachialgie ne siége ni dans le prolongement rachidien, ni dans l'étui osseux qui l'enveloppe, mais bien dans les muscles des gouttières vertébrales.

Le diagnostic de cette hyperesthésie est facile; il suffit de presser un peu sur les lieux où la douleur siége de préférence, pour le faire apparaître : en outre, cette douleur s'accompagne ordinairement d'autres hyperesthésies, et, en particulier, de celle de l'estomac, ainsi que d'autres symptômes de l'hystérie.

Malgré cette facilité d'établir un diagnostic, les phénomènes de la rachialgie ont été jusqu'à présent tellement ignorés, qu'ils ont très fréquemment donné lieu aux erreurs les plus graves.

Il n'est pas douteux qu'on ait souvent pris les douleurs de la rachialgie pour des signes préliminaires de la tuberculisation des poumons; on ne saurait croire à quel point est grand le nombre des hystériques rachialgiques qui se croient menacées de la phthisie pulmonaire parce qu'elles ont une douleur constante entre les deux épaules.

Il est également certain que ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *tabes dorsalis* n'a fréquemment été qu'une rachialgie avec réaction sur les viscères, et atteinte profonde à la nutrition.

Mais l'une des erreurs les plus graves et les plus sérieuses dans ses conséquences, est la triste confusion qu'on a souvent faite de la rachialgie avec une maladie de la moelle épinière. « J'ai vu, » dit sir Brodie, je ne dirai pas quelques-unes, mais un nombre » considérable de jeunes femmes condamnées à passer plusieurs » années à garder la position horizontale, ou à être tourmentées » par des sétons, des moxas, des cautères, que l'air, l'exercice » et des distractions agréables auraient souvent pu guérir en » quelques mois. »

J'ai vu plus souvent encore que sir Brodie, l'erreur dont il parle, elle est même si commune, que, quand il s'y joint un peu d'affaiblissement des membres inférieurs, il est à peu près certain qu'on trouvera le dos labouré par de nombreuses cicatrices de moxas ou de cautères; j'ai même vu quelques-unes de ces malheureuses avoir le long des deux côtés du rachis une série de larges cicatrices qui commençaient au col et ne finissaient qu'au niveau du sacrum; et ces malades se plaignaient que les exutoires, loin de les soulager, les avaient fait beaucoup souffrir; ces malheureuses étaient arrivées à l'état cachectique le plus avancé par le fait de la suppuration, de la douleur et de l'immobilité, qui, disaient-elles, avaient graduellement et constamment augmenté leur maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

LE CLIMAT DE MADÈRE ET SON INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE;

Par F.-A. Barral; traduit du portugais par le docteur P. Garnier (1).

L'île Madère n'est pas seulement fameuse par ses vins généreux recherchés du gourmet; elle jouit encore, dans l'opinion publique, de la réputation d'être très salutaire aux malheureux que la phthisie pulmonaire a frappés. De là les noms poétiques et enthousiastes que cette terre fortunée a reçus : Perle des Iles, Fleur de l'Océan!

Connais-tu l'île où se trouvent ces merveilles,
Cette Perle des Iles contenant tous les trésors de la terre?
Connais-tu cette Fleur de l'Océan aux parfums si doux?
Oh! ce ne peut être que l'île de Madère!

Madère mérite-t-elle ces pompeux éloges ?

That is the question.

Si l'on en croit Fothergill, Heberden, Adams, Gourlay, Pitta, Renton, Heineker, Was, sir J. Clark, Bowdich, Mousino d'Albuquerque, J. Smith, Heer, Low, Robert White, et bien d'autres médecins qui ont publié des observations sur Madère, les conditions climatériques de cette île exerceraient une heureuse influence sur les constitutions tuberculeuses, enrayeraient parfois une phthisie commençante, modifieraient heureusement des poumons déjà cruellement frappés, et même guériraient des malades réputés désespérés.

M. Barral, qui est un peu des nôtres, puisqu'il tient en main le diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Paris, et qui est présentement membre de l'Académie royale de Lisbonne, médecin de l'hôpital San José, médecin honoraire du roi de Portugal, médecin ordinaire de l'impératrice douairière du Brésil, etc., etc., a voulu voir par lui-même quel degré de confiance on devait accorder à ce concert presque unanime en faveur du climat de Madère. Appelé à accompagner à Madère en août 1852, l'impératrice douairière du Brésil, duchesse de Bragance, avec sa fille, la princesse Marie-Amélie, qui y succomba, emportée par une dégénérescence tuberculeuse du poumon, il mit tout en œuvre pour obtenir les renseignements désirables, et c'est le fruit de ses observations, aidées de celles de ses devanciers, qu'il vient de livrer au public.

Nous allons voir avec lui si la « Perle des îles » est de bon aloi, si la « Fleur de l'Océan » possède cette vertu admirable que lui ont prêtée des poètes, des hommes de science, des médecins, et surtout la renommée.

Disons tout de suite que, émanant d'un médecin de l'École de Paris, exécuté suivant la méthode expérimentale et baconienne, et ne reposant que sur des données statistiques, sur des faits observés rigoureusement ou soumis à un contrôle sévère, le livre de M. Barral, honoré de l'approbation de l'Académie royale des sciences de Lisbonne, offre toutes les garanties désirables, et exhale un parfum scientifique avec un cachet d'honnêteté qu'on ne rencontre pas toujours dans les œuvres de ce genre. M. Barral a étudié le climat de Madère sans parti pris de chanter *quand même* ou de dénigrer son influence médicatrice.

« Nous avons, dit-il dans sa préface, examiné le climat et toutes les » conditions hygiéniques que réclame la phthisie pulmonaire. Nous avons » même comparé ces conditions avec celles qui règnent en Portugal..... » Toutes les personnes placées dans une condition favorable doivent » étudier cette question et faire connaître le résultat de leurs travaux, » afin qu'on sache positivement un jour quelle est l'influence du climat » de Madère sur la phthisie comme moyen curatif, suspensif, et pré- » ventif; ou si au contraire, la réputation dont il jouit est mal fondée » ou exagérée, et si les malades n'y rencontrent d'autre bénéfice que » celui de leur propre pays. Cet examen doit se faire avec prudence et » circonspection, non comme s'il s'agissait d'apprécier un remède hé- » roïque, mais comme un moyen qui, dans une maladie presque toujours » fatale, peut sauver quelques vies, ou prolonger d'autres, et rendre » l'existence supportable. »

M. Barral s'installe donc à Funchal, capitale de l'île Madère, en septembre 1852, dans la demeure même de sa royale malade. Il est muni d'un baromètre anéroïde, de Lerebours et Secrétain de Paris, d'un autre baromètre à mercure, de W. Scott d'Édimbourg; d'un thermomètre à maxima et à minima, de Harris et Son de Londres, confirmé par un thermomètre ordinaire, de Lerebours; d'un thermométrographe, d'un hygromètre d'absorption, de Saussure, d'un pluvimètre, etc. Ses observations comprennent l'espace de huit mois entre le 1er septembre et le 27 avril.

Avec la meilleure volonté du monde, il nous est impossible de donner ici, même d'une manière très concentrée, un simple résumé de tous les tableaux statistiques qui se pressent dans l'ouvrage du médecin portugais, et qui occupent la plus grande partie du livre. Contentons-nous de quelques-unes des déductions qui en sont tirées.

Le baromètre s'est élevé en moyenne à 29p. 916, ou 0m759,7.

La température a été étudiée à l'ombre, en plein soleil, et dans l'intérieur des maisons.

A l'ombre, elle a donné une moyenne de 20° c. en automne, et de 15° c. en hiver; son maximum au soleil a été de 44°.

Dans l'intérieur des habitations, on a compté, en automne, 22° 1/2; en hiver, 19°.

Conclusion déduite de la comparaison du climat de Madère avec celui d'autres pays réputés favorables aux phthisiques :

Il n'y a pas un pays où la température soit aussi élevée l'hiver et si basse l'été qu'à Funchal, dont la différence extrême n'est que de 3° 1/2.

Le degré d'humidité de l'atmosphère, l'intensité des pluies, la direction des vents, n'offrent rien de particulier à noter. Il y a à Funchal des pluies, des orages, des vents très forts, des tempêtes, des inondations; le *leste*, espèce de siroco, qui vient sans doute de la côte africaine, mais qui est chaud, sec et plutôt stimulant, et pendant lequel on a vu le thermomètre s'élever à 27, 30, 32 et même 35° centig. à l'ombre. Mais ces états météorologiques, loin de nuire au climat de Madère, rompent avantageusement la monotonie d'un climat, lequel, serait-il un printemps éternel, affligerait un certain nombre d'esprits pour lesquels la variété devient presque une nécessité. D'ailleurs, d'après des faits bien constatés, ces variations accidentelles ne paraissent exercer aucune influence sur la phthisie pulmonaire.

D'un autre côté, rien de plus majestueux ni de plus imposant que l'aspect général de l'île de Madère. Des montagnes qui dépassent six mille pieds, des côtes hérissées de rochers et bordées d'escarpements formidables, d'énormes talus de basalte, et au-dessus de ces puissantes formations, des pics isolés, monuments de la grande convulsion qui a déchiré cette terre; puis des gorges et des vallées creusées dans la profondeur de ces massifs, des torrents dont les eaux sauvages roulent avec fracas au milieu d'un sol en désordre. Sur le littoral, des vergers de citronniers et d'orangers qui viennent embaumer l'atmosphère des parfums de leurs fleurs; les arbres des tropiques croissant, confondus avec ceux de l'Europe; de riches vignobles disposés en gradins sur les pentes des montagnes; les lauriers et d'autres végétaux indigènes, formant une ceinture de forêts qui encadre les plantations. La ville de Funchal, capitale de l'île, bâtie sur une côte escarpée, avec ses maisons blanches qui contrastent admirablement avec les teintes rembrunies des roches environnantes et l'aspect riant des plantations; Funchall, propre, fournie largement d'eau excellente, n'ayant ni palais ni architecture, mais possédant de nombreuses habitations, modèles de goût et de propreté, et dotée de quatre hôpitaux : l'Hôpital-Général, contenant aujourd'hui environ 40 malades; l'hôpital San-Lazaro, destiné exclusivement aux éléphantiaques; l'hôpital militaire, consacré aux militaires atteints d'affections de poitrine; l'hôpital Maria-Amélia, enfin, fondé le 10 juillet 1853, contenant 24 lits, affecté au traitement de la phthisie, et dirigé par les soins éclairés du docteur Pitta. . . . .

Il faut avouer, après cela, que l'on est très disposé à conclure *à priori*, avec M. Barral : « La ville de Funchal et ses environs offrent un » climat délicieux, salubre, et exempt des influences nuisibles qu'on » rencontre dans d'autres, surtout dans les villes, avec une température » toujours douce, sans de grandes variations et à l'abri des vents du » nord. C'est, en outre, un pays riant, ayant une végétation verdoyante, » un paysage admirable, des promenades et des excursions intéres- » santes, offrant une alimentation saine et variée, des eaux excel- » lentes, avec tout le confortable d'une haute civilisation, exempt » d'animaux féroces et vénéneux, et où les grands fléaux, qui ont der- » nièrement dévasté le monde, n'ont pas encore paru.

Mais notre auteur, en formant ainsi la première partie de son livre, avait un autre devoir à remplir, celui de nous dire l'*influence thérapeutique du climat de Madère sur les phthisiques* qui viennent y demander un allégement à leurs misères. C'est ce qu'il a fait avec bonheur en établissant les faits capables de donner une réponse suffisante à cette question :

1° Par les médecins de l'île, qui traitent et observent les malades pendant leur séjour, qui en ont constaté l'effet et ont formé un jugement à cet égard;

2° Par l'autorité et l'opinion des médecins étrangers qui y envoient des malades, dont ils comparent l'état au retour;

3° Par le témoignage des malades mêmes et des habitants de l'île;

4° Par l'examen comparatif des conditions météorologiques et hygiéniques du climat de Funchal avec celles des autres climats les plus accrédités contre la phthisie.

Les lecteurs ont deviné que presque toutes ces sources d'information ont fait gagner la cause de Madère, dont le climat nous est représenté comme « arrêtant souvent les prodrômes de la phthisie, suspendant très fréquemment les symptômes et les signes de la première période, ou même les progrès d'une caverne; très utile surtout dans les cas de bronchites, de laryngites, de pneumonies et de pleurésies chroniques. »

Nous disons *presque* toutes les sources, parce que, en effet, il y a eu quelques opposants dans ce concert d'éloges. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un, que le pauvre docteur Mason, qui alla mourir phthisique à Madère, et qui a laissé sur la climatologie de ce pays un ouvrage justement recommandé, écrit avec amertume que « le climat de Funchal est extrêmement humide, et n'offre, sous ce rapport, aucun avantage sur celui de Londres. »

Jugement bien pardonnable, fût-il sans fondements, de la part d'un infortuné phthisique qui abandonne sa patrie, sa profession, sa clientèle, la fortune peut-être, qui traverse les mers, et va mourir loin du sol natal, de sa famille et de ses amis! — Voici les conclusions finales du docteur Barral. On y retrouvera cette réserve, cette prudence, ce caractère scientifique, qui distinguent le livre dont on a vu plus haut le titre et qui est l'ouvrage le plus complet sur l'histoire topographique, météorologique, et médicale de l'île Madère. Remercions M. le docteur Garnier d'avoir enrichi notre littérature de cette excellente publication. Cet honorable confrère n'a reculé devant aucune peine, devant aucun sacrifice pour mettre sa traduction à la hauteur du texte original, et pour l'enrichir de notes précieuses, qui en font le complément indispensable. *Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire* est un bon livre, et il n'eût rien laissé à désirer si M. Garnier, modifiant davantage encore la *facture* du livre portugais, avait relégué dans un *addenda* les trop nombreuses tables statistiques qui rompent à chaque instant le texte, et si, à l'égard de ces tables, il avait remplacé l'échelle de Farenheit, à peine connue en France, par l'échelle centigrade. Ce sont, dira-t-on, des détails sans importance. Nous croyons, nous, qu'ils ne sont pas étrangers au succès commercial d'un livre dont le succès littéraire et scientifique est assuré.

Conclusions du docteur Barral :

1° Le climat de Funchal est salutaire; sa température est uniforme et douce, surtout dans l'hiver, sans grandes variations atmosphériques; aucun pays d'Europe ne semble le surpasser dans ces qualités. On y rencontre l'été, très près de la ville, une température fraîche et agréable.

2° La ville est dans de bonnes conditions hygiéniques; les habitations, les aliments, les eaux, et les commodités propres aux malades s'y rencontrent de la manière la plus utile et la mieux entendue.

3° Le séjour dans ce pays, depuis la fin de l'automne jusqu'au commencement du printemps, convient aux constitutions délicates, aux valétudinaires, et, en général, à tous les malades auxquels le froid et les grandes variations atmosphériques de l'hiver sont nuisibles.

4° Les malades atteints de laryngite, bronchite, pleurésie et pneumonie chroniques, trouvent souvent leur guérison sous ce climat.

5° Il doit être conseillé aux personnes qui, ayant une prédisposition héréditaire à la phthisie pulmonaire, commencent à tousser, à éprouver des hémoptysies, des faiblesses, de l'amaigrissement, ou tout autre symptôme décélant l'invasion de cette maladie.

6° Il doit être conseillé à ceux qui, avec ou sans cette prédisposition, présentent les signes du premier degré de la phthisie.

7° On peut encore le conseiller aux phthisiques arrivés au second degré, lorsqu'ils conservent leurs forces, sinon comme moyen curatif, du moins pour prolonger la vie avec moins de souffrances, passer l'hiver plus agréablement et commodément, et obtenir peut-être la suspension de la maladie, comme on en a vu des exemples.

8° Quant aux phthisiques faibles et abattus du second degré, chez lesquels la maladie marche avec rapidité, ainsi que ceux arrivés au troisième degré, le voyage de Madère est généralement inutile et quelquefois fatal.

Dr A. Chereau.

(1) Un volume in-8° de 308 pages, 1858, chez J.-B. Baillière et fils.

COURRIER.

M. le docteur Temminck, directeur du Musée d'histoire naturelle de Leyde (Hollande), vient de mourir à l'âge de 81 ans.

— D'après un récent décret de l'empereur de Russie, les élèves en médecine qui auront accompli leurs études et subi leurs examens, devront encore, avant leur nomination définitive au grade de médecin de ville ou de province, être pendant deux années employés comme aspirants praticiens dans un hôpital de Saint-Pétersbourg. Pendant ce temps, ils recevront une instruction pratique en chirurgie, en pharmacie et analyse chimique, en anatomie et microscopie pathologique, et en médecine légale et police médicale.

Ces élèves devront, dans cet hôpital, sous une direction supérieure, traiter et soigner toutes les maladies; il pourront donc, pendant ce séjour, se perfectionner dans la pratique des accouchements et des autres branches de l'art médical. Ils sont alors à titre de service d'honneur de l'empire, et reçoivent annuellement un traitement de deux cents roubles d'argent.

Après l'expiration de ces deux années, un rapport sur leurs travaux sera présenté par eux au département médical du ministère de l'intérieur, qui les emploiera alors pendant deux ans, mais encore provisoirement, comme médecin de ville ou de province. Enfin, une troisième année dans cette position officielle sera consacrée par eux à faire la topographie médicale de leur contrée et du district voisin, après quoi ils seront placés d'après le mérite de ces divers *specimina eruditionis praticæ*. Ce sera la base de leur avancement ultérieur.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 28. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 9 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Réaliser l'Association générale de prévoyance des médecins de France en respectant l'existence, les intérêts et les droits des Associations locales de ce genre, déjà existantes ; favoriser la tendance actuelle vers les Associations locales, au lieu de la détruire, tel est le problème que la commission d'organisation a pour but de résoudre et qu'elle résoudra, grâce aux lumières qu'elle renferme et aux études auxquelles elle se livre.

L'Association générale projetée, loin de froisser ou de blesser aucun intérêt, ne doit et ne peut être qu'un moyen de conciliation entre des idées également respectables. Mais c'est le propre des idées vraiment généreuses et utiles de se féconder par le temps et par l'étude, et de ramener à elles, par la seule force de la persuasion, les esprits bien intentionnés.

Le jour commence à se faire sur la grande question qui occupe à cette heure tant d'intelligences élevées. Institution éminemment libre, ne recevant que des adhésions volontaires et spontanées, l'Association générale ne fera violence ni aux individus ni aux Associations existantes. Celles-ci comme ceux-là pourront librement s'agréger à l'Association générale, et, pour entraîner les suffrages et les adhésions de tous, l'Association générale ne compte que sur l'influence bienfaisante et attrayante de son institution même.

Amédée LATOUR.

ADHÉSIONS :

ARMÉE : Garreau, médecin en chef de l'hôpital milit. de La Rochelle (Charente-Inférieure) ; — Maurice Perrin, médecin à l'hôtel des Invalides (Paris).

LOIRET : L'Association médicale du Loiret.

SEINE : MM. les docteurs Billout, — Eug. Bourdet, — Lemaire, — Richelot, — Fauconneau-Dufresne, — Delcroix, — Bonnafont, — Moreau (de Tours), — Cerise, — Am. Forget, — A.-Maximin Legrand, — Brierre de Boismont, — L. Gros, — Veillard, — Gauchet, — Davaine, — Laboulbène, — Schneff, — Reymond, — Duplay, — Gallard, — Dumontpallier, — Mouzard, — J. Gimelle, — Axenfeld, — Mandl, — Duchenne de Boulogne, — Houël, — Gallois, — Garnier.

YONNE : Roché, d.-m., à Charny.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nous avons mentionné, dans notre dernier compte-rendu, la présentation, faite par M. Broca, d'un malade ayant subi une double amputation médio-tarsienne, sans élévation consécutive des talons. Dans la même séance, M. Verneuil a présenté un enfant dont l'observation offre de nombreuses analogies avec celle du malade de M. Broca. Il s'agit d'un garçon, âgé de 8 ans, ayant eu autrefois la partie antérieure des deux pieds sphacélée par congélation. La guérison, abandonnée à elle-même, a donné naissance des deux côtés, surtout à gauche, à ce mode de cicatrisation vicieuse, que M. Verneuil a décrite sous le nom de *conicité du moignon après les mutilations du pied*. (Voir Quesnet, thèses de Paris, août 1857.)

Pour remédier à cet inconvénient, M. Verneuil a extirpé une partie des os du pied gauche, de manière à faire une amputation de Chopart secondaire. La cicatrisation, qui ne s'est opérée que lentement, est aujourd'hui complète et le moignon très satisfaisant ; il n'y a point d'ascension de la partie postérieure du talon, et le membre est très apte à supporter directement le poids du corps. On trouvera les détails complets de cette observation dans la thèse précitée.

M. Verneuil fait remarquer que, chez le malade de M. Broca, et chez l'enfant qu'il a présenté lui-même, il n'y a pas de renversement du talon, quoique chez chacun de ces deux sujets un des moignons au moins présente toutes les conditions anatomiques de l'amputation de Chopart.

Chez les deux sujets, la mutilation était due à une cause externe. Or, c'est presque toujours dans ces conditions étiologiques que le moignon de l'amputation médio-tarsienne échappe à l'élévation du talon, qui rend si souvent inutile et même nuisible cette brillante opération.

— M. Forget présente de nouveau le malade atteint de tumeur du gland, qu'il a déjà montré à la Société le 17 janvier dernier. L'iodure de potassium a, depuis lors, été administré régulièrement, et, dans la dernière semaine, la dose a été portée à 4 gram. par jour. La tumeur, au lieu de diminuer, a paru plutôt s'accroître un peu. En revanche, le point qui paraissait en voie de ramollissement est devenu un peu plus ferme. Il n'y a pas d'ulcération. Néanmoins, M. Forget pense qu'il ne faut pas attendre plus longtemps ; cette tumeur lui paraît être un cancroïde. Il est disposé à en pratiquer l'ablation, et, quoiqu'il fût possible de n'enlever que la production accidentelle, il croit qu'il serait préférable d'enlever le gland en totalité.

M. Boinet pense que le diagnostic peut rester douteux encore, malgré l'insuccès du traitement anti-syphilitique. Ce traitement n'a été fait que pendant trois semaines, et il serait peut-être sage de continuer encore quelque temps.

— A propos de la discussion sur les observations de M. Gillebert d'Hercourt, relatives au traitement du mal de Pott par l'immobilité, l'extension et le redressement mécanique de la colonne vertébrale, M. Bouvier a prononcé un long discours dont nous ne pouvons citer que les passages essentiels.

« Deux observations de redressement partiel de courbures rachidiennes causées par le mal vertébral de Pott, dit M. Bouvier, tel est le fond du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt. Malgré l'intérêt réel qui s'attache à ces faits, votre rapporteur, M. Gosselin, vous a justement fait remarquer qu'ils sont incomplets ; il leur manque la sanction du temps. Si j'avais pu prendre la parole avant le vote des conclusions, j'aurais proposé d'ajouter celle-ci : Inviter l'auteur à donner connaissance à la Société de la suite de ces deux observations.

» Quoi qu'il en soit, ces deux faits, tels qu'ils sont, viennent s'ajouter à d'autres plus ou moins semblables, dont il faut les rapprocher pour fixer leur signification et leur valeur véritable. Il est bien compris maintenant, d'après les éclaircissements donnés dans la dernière séance, que M. Gillebert d'Hercourt n'a pas eu la prétention d'ouvrir une voie *nouvelle* ; il n'a fait que suivre fructueusement et honorablement une voie tracée depuis longtemps.

» Dès l'origine de l'orthopédie, on a songé à *redresser* les courbures du mal de Pott, et on n'a pas cessé de s'en occuper depuis ce moment jusqu'à nos jours. Je m'explique : je ne veux pas dire que cette méthode ait été et soit encore une pratique générale ; loin de là ; mais elle a toujours eu des partisans. Je pourrais accumuler ici les citations ; je me bornerai à celles qui me tombent sous la main.

» M. Gosselin a reconnu, comme moi, qu'avant le temps de Pott, plusieurs praticiens employaient déjà des procédés de redressement dans le mal vertébral ; mais je ne puis lui accorder que ces procédés fussent tous *irrationnels et violents*. »

Après avoir fait l'énumération historique des auteurs anciens et modernes qui ont déjà employé ces procédés, l'honorable chirurgien reprend :

« Les deux observations de M. Gillebert d'Hercourt sont-elles de nature à *trancher la question* en faveur des partisans de l'immobilité *quand même* ? Et, d'une autre part, prouvent-elles qu'il faille généraliser le moyen mécanique qu'il a mis en usage ?

» Votre savant rapporteur vous a déjà judicieusement fait observer que le succès, quant à l'état dynamique des sujets, eût été probablement semblable quand bien même ils n'eussent pas été soumis à un repos aussi absolu. J'ajouterai, au point de vue mécanique, que la série des faits que j'ai rappelés, et dans lesquels on voit le redressement produit par des procédés assez divers, ne permet pas d'attribuer ici une grande importance au *modus faciendi*. »

M. Bouvier ajoute : « Je désirerais, avant de terminer, vous présenter encore quelques remarques sur des assertions qui se sont produites dans la discussion.

» Par exemple, on a voulu créer deux maladies vertébrales *différentes* ; l'une, plus grave, qui serait suivie d'abcès par congestion ; l'autre, qui serait le mal de Pott, dans laquelle les abcès seraient *très rares*, qui guérirait facilement *d'elle-même* — quoiqu'*on* y trouve les cautères très utiles — et dont la curabilité serait depuis longtemps démontrée. Les cas de mal de Pott sans abcès sont tellement communs, a-t-il été dit, que Pott, dans ses deux mémoires, n'a pas signalé la possibilité de la formation d'une collection purulente, qu'il a même distingué l'affection qu'il a décrite de celle qui fait naître les abcès par congestion.

» Je le dis à regret, tout ce que j'ai vu et lu ne saurait s'accorder avec cette façon de penser, exprimée par deux de mes bons collègues et amis.

» Je puis être dans l'erreur ; mais, à mon avis, le mal vertébral est aussi identique à lui-même que la face humaine, qui est une, quoique tous les visages ne se ressemblent pas.

» Il n'y a point de caractères qui distinguent un mal vertébral à tendance fatale et un mal vertébral qui doit rester bénin. Toute affection de ce genre, si simple qu'elle paraisse à son début, peut devenir des plus graves. Le pronostic se base, comme pour toute autre affection, sur des probabilités, non sur des certitudes. Il me paraît surtout inexact de dire qu'il y ait une *altération particulière* des vertèbres qui guérit presque toujours et une autre qui ne guérit que rarement. Quelles sont ces altérations ? qui les a constatées ? qui a établi leurs différences, leurs signes ? On ne l'a pas dit.

» Les abcès, dans le mal vertébral, sont beaucoup plus communs qu'on ne pense ; il y a, relativement, très peu de cas sans production de pus. Mais la poche est très souvent bornée au point malade, et elle disparaît quand le sujet guérit, sans qu'on ait pu s'apercevoir de son existence. D'autres collections, quoique accessibles aux sens, restent profondes, et on ne les reconnaît pas parce qu'on ne les cherche pas.

» On rencontre beaucoup de bossus guéris du mal vertébral, il est vrai, mais ils ont constamment subi une période d'acuité, comme leurs pareils qui ont succombé. C'est la même maladie, qui s'est arrêtée chez eux ou dont ils ont mieux supporté les phases. Que diriez-vous de quelqu'un qui, en voyant les vieillards survivants d'une autre génération, voudrait à toute force les considérer comme d'une autre espèce que ceux qui n'auraient pas atteint le même âge ?

» Mais ces gibbeux guéris n'ont pas eu d'abcès ; — vous l'ignorez. Ce qui est plus certain, c'est que beaucoup ont eu de la paralysie, et qu'ils ont échappé à cet accident, qui en a entraîné d'autres au tombeau.

» Les abcès ne sont graves et si souvent mortels que lorsqu'ils s'étendent au loin ; ceux qui restent sessiles finissent par disparaître avec leur cause. Vous voyez bien que c'est le même mal qui ne diffère que du plus au moins, bénin quand il n'existe qu'à un faible degré, grave quand il prend de plus fortes proportions.

» Sans doute les vertèbres sont affectées de lésions de gravité diverse ; les tubercules sont plus graves que l'ostéite simple, par exemple. Mais ces distinctions ne répondent nullement à celle qu'on veut établir.

» En résumé, pour moi, les mots *mal de Pott* sont synonymes de *mal vertébral*. Dans l'état actuel de la science, l'une et l'autre expresssion désignent une affection ayant pour effets la destruction et la suppuration des corps des vertèbres, ordinairement la gibbosité, et souvent la paralysie ou des abcès par congestion. »

SYPHILIOGRAPHIE.

ÉTUDE SUR LE CHANCRE CÉPHALIQUE [1];

Par A. FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi.

V

Revue générale.

Aux témoignages précédents, dus à des hommes jouissant à la fois d'une haute autorité dans la chirurgie ordinaire et dans la spécialité syphiliographique, je pourrais joindre l'opinion également importante d'autres praticiens — en grand nombre — que j'ai consultés sur ce même sujet. Pour éviter toutefois la monotonie d'une longue revue où je n'aurais à enregistrer que des jugements semblables, je me bornerai à dire que cette ample récolte de documents, doublement précieux par l'autorité de leurs auteurs et par la diversité de leur origine, ne m'a pas fourni un seul fait qui vînt contredire les premiers résultats de mon enquête. De toutes les observations qui m'ont été communiquées par mes maîtres ou mes collègues, aucune qui ne se rapportât au chancre infectant ! Pas un exemple de chancre simple de la région céphalique !

(1) Voir les numéros des 16, 22 février et 2 mars 1858.

Les quelques faits suivants — que je citerai seuls entre beaucoup d'autres — montreront cette conformité d'opinion :

Obs. 1. (Communiquée par M. Broca.) — Femme de 35 ans. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; infection constitutionnelle et accidents secondaires.

Obs. 2. (Comm. par M. Boucher de la Ville-Jossy.) — Jeune femme. — 18 ans. — Constitution robuste. — Chancre induré de la lèvre supérieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Roséole ; plaques muqueuses.

Obs. 3. (Comm. par M. Fano.) — Sujet de 27 ans. — Chancre induré de la lèvre supérieure ; roséole ; plaques muqueuses.

Obs. 4. (Par le même.) — Femme de 23 ans ; lymphatique. — Chancre induré de la lèvre inférieure. — Syphilides.

Obs. 5. (Comm. par M. le docteur Dufour, ex-interne du Midi.) — Sujet de 21 ans. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire indolente. — Roséole.

Obs. 6. (Par le même.) — Sujet de 41 ans. — Chancre induré de la lèvre supérieure ; adénopathie sous-maxillaire indurée. — Roséole papuleuse ; éruption croûteuse du cuir chevelu ; ganglions cervicaux.

Obs. 7. (Par le même.) — Sujet de 28 ans. — Chancre palatin. — Syphilide papuleuse ; éruption papulo-crustacée du cuir chevelu et du front. — Adénopathie cervicale ; iritis spécifique.

Obs. 8. (Par le même.) — Sujet de 31 ans ; sans antécédents vénériens. — Chancre de l'amygdale droite ; induration indolente des ganglions situés à l'angle de la mâchoire. — Syphilide polymorphe.

Obs. 9. (Par le même.) — Sujet de 46 ans. — Chancre induré du *menton*. — Syphilide ecthymateuse ; éruption pustuleuse du cuir chevelu ; plaques muqueuses de l'isthme du gosier.

Obs. 10. (Comm. par M. le docteur Dolbeau.) — Jeune homme de 22 ans, sanguin et robuste. — Chancre induré de la lèvre inférieure. — Roséole ; plaques muqueuses gutturales.

Obs. 11. (Comm. par M. le docteur Calvo.) — Sujet de 23 ans, sanguin. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Roséole ; syphilide papuleuse.

Obs. 12. (Comm. par M. le docteur Morpain.) — Femme de 25 ans, sans antécédents vénériens. — *Chancres indurés* des commissures labiales ; double adénopathie sous-maxillaire indolente. — Roséole ; papules muqueuses ; alopécie ; ganglions cervicaux.

Obs. 13. (Par le même.) — Sujet de 26 ans, sanguin et robuste. — Chancre induré du *sillon gingivo-labial* inférieur. — Adénopathie sous-maxillaire indolente. — Syphilide palmaire cornée ; plaques muqueuses ; onyxis syphilitique ; ganglions cervicaux.

Obs. 14. (Par le même.) — Sujet de 28 ans, lymphatique. — Chancre lingual induré ; chancre induré de la commissure labiale ; ganglions sous-maxillaires indurés et indolents. — Roséole ; alopécie ; ganglions cervicaux.

Obs. 15. (Comm. par le docteur Garreau, ex-interne des hôpitaux.) — Femme de 19 ans, tuberculeuse. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Roséole ; plaques muqueuses gutturales ; angine.

Obs. 16. (Comm. par M. Nassans, ex-interne du Midi.) — Sujet de 25 ans. — Chancre induré de la lèvre. — Roséole ; plaques muqueuses.

Obs. 17. (Comm. par M. Marey, interne des hôpitaux.) — Homme de 20 ans, lymphatique. Chancre induré *de la pommette* ; adénopathie præ-auriculaire et sous-maxillaire dure et indolente. — Roséole.

Obs. 18. (Comm. par M. Lorut, interne des hôpitaux.) — Femme de 28 ans, faible et lymphatique. Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Plaques muqueuses anales ; ganglions cervicaux.

Obs. 19. (Comm. par M. le docteur Lacroze, ex-interne de St-Lazare.) — Chancre de la lèvre ; roséole ; papules ulcérées de la gorge.

Obs. 20. (Comm. par M. Poisson, interne du Midi.) — Sujet de 32 ans ; lymphatique. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; accidents secondaires cutanés ; iritis de l'œil gauche ; iritis de l'œil droit ; syphilide tuberculeuse à forme serpigineuse.

Obs. 21. (Par le même.) — Sujet de 24 ans. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Roséole.

Obs. 22. (Par le même.) — Sujet de 22 ans. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Plaques muqueuses ; alopécie ; ganglions cervicaux.

Obs. 23. (Par le même.) — Sujet de 30 ans, très robuste. — Chancre induré de la lèvre inférieure ; adénopathie sous-maxillaire. — Roséole ; plaques muqueuses gutturales ; adénopathie cervicale postérieure.

Je n'ai relaté les observations précédentes que pour en faire ressortir l'inexplicable uniformité. Il serait sans profit, je crois, de multiplier ces citations. Aussi ne ferai-je que mentionner *quarante-cinq* autres faits complétement analogues que je dois à de bienveillantes communications.

Je me tairai de même sur un très grand nombre d'autres observations empruntées soit aux ouvrages spéciaux de syphilis, soit à différentes thèses ou publications périodiques. Peut-être le hasard n'a-t-il pas favorisé mes recherches ; mais je dois dire qu'une enquête minutieuse ne m'a pas fourni un *seul* exemple bien *complet*, bien rigoureusement démonstratif, irréfutable, en un mot, de chancre simple développé sur la région céphalique. Çà et là, sans doute, j'ai rencontré quelques descriptions que l'on pourrait rapporter, et qui peut-être se rapportent réellement à cette variété de chancre ; mais, je le répète, je n'ai point eu la main assez heureuse pour en trouver une seule absolument probante et irréfragable, et cela en parallèle d'une énorme quantité de faits relatifs à l'espèce indurée ou infectieuse.

Je terminerai cette revue en invoquant le témoignage d'autres observateurs, que des études spéciales ont appelés à rencontrer plus ou moins souvent l'accident primitif sur ce siége insolite.

Je tiens de M. le docteur Clerc que, sur un très grand nombre de chancres céphaliques observés par lui tant au Midi qu'à son dispensaire, il n'en est pas *un seul* qu'il ait pu, jusqu'à ce jour, rapporter à l'espèce non indurée, non infectieuse (1).

MM. les docteurs Dufour et Nassans, tous deux anciens internes de l'hôpital du Midi, n'ont jamais rencontré que des chancres indurés sur la région céphalique.

M. Poisson, interne actuel de M. Ricord, a réuni, depuis dix-huit mois, un très grand nombre de faits relatifs à cette question du chancre facial ; tous les chancres qu'il a rassemblés jusqu'à ce jour appartiennent à l'espèce infectieuse, et ses résultats concordent avec ceux de l'observation générale.

Enfin, M. Alf. Buzenet, élève du Midi, dans un travail très étudié sur le *diagnostic des affections vénériennes de la bouche*, a relaté quinze cas de *chancres infectants* développés exclusivement sur la muqueuse buccale, sans pouvoir citer un seul exemple de chancre simple observé sur cette région.

Je crois avoir montré, par la revue qui précède, ce qu'offre de particulier dans son caractère l'accident primitif de la région céphalique. Il me reste, après avoir reconnu et posé le fait, à en étudier la signification doctrinale.

VI

Question doctrinale. — Comment expliquer le caractère univoque du chancre céphalique ? — Double hypothèse. — Première hypothèse : *Modification du chancre par la région*. — Prétendue électivité de certaines régions du corps pour telle ou telle variété de l'accident primitif. — Réfutation. — Des chancres de l'anus, des doigts et du fourreau de la verge. — Que le chancre céphalique induré reconnaît toujours comme ascendant un chancre de même nature, induré, infectieux. — Chancres multiples et de siége différent, provenant d'une même contagion : identité de forme et de caractère entre les chancres de la verge et le chancre céphalique. — Que la condition du siége est sans influence sur la nature du chancre.

Le chancre induré ou infectant est la seule variété de l'accident primitif que l'on rencontre sur la région céphalique ; la variété molle, non infectieuse, n'y a point encore été observée d'une façon bien certaine, et, en tout cas, elle ne s'y montrerait que d'une façon tout exceptionnelle : voilà ce que disent nos maîtres et ce que confirment les observations de leurs élèves.

Si nous cherchons maintenant à interpréter ce résultat de la clinique, c'est-à-dire à lui donner sa signification doctrinale, la brutale rigueur de la logique nous conduit au dilemme suivant :

Ou bien le chancre simple ne se développe sur la région céphalique qu'en s'y transformant, c'est-à-dire en y prenant le caractère du chancre induré ;

Ou bien il existe une condition particulière, impénétrable, qui s'oppose au développement du chancre simple sur cette région, tout au moins qui l'y rend très difficile et très rare.

Dans la première de ces hypothèses, ce serait une modification de nature qu'imprimerait au chancre la région affectée ; ce serait une sorte de *réaction du terrain sur la graine*.

Dans la seconde, au contraire, il faudrait admettre un *défaut de réceptivité* de la région céphalique pour le chancre simple ; une sorte d'immunité locale qui rendrait cette région réfractaire à la variété molle de l'ulcère vénérien primitif.

Arrêtons-nous sur ces deux hypothèses, pour les soumettre à un examen comparatif, et voyons avec quels arguments chacune d'elles se présente.

La première ne peut invoquer en sa faveur qu'une *influence de siége* sur la nature du chancre. Mais, tout d'abord, prétendre que le chancre soit modifié dans son espèce par le terrain sur lequel il se développe, c'est avancer un fait sans preuve, proposer un théorème sans démonstration *directe*. L'analogie seule, dont les inductions sont souvent trompeuses, pourrait donner quelque prix à cette hypothèse, en nous montrant que telle forme de chancre semble affecter certaines régions de préférence. C'est ainsi que, de l'aveu de la plupart des syphiliographes contemporains, le chancre induré, infectant, se rencontre beaucoup plus souvent que le chancre simple sur les téguments qui servent de fourreau à la verge. De même encore, l'on a prétendu que l'*anus* ne présentait jamais que des ulcérations primitives à base molle, et que *les doigts* n'étaient inoculables que pour le chancre induré.

Or, cette prétendue électivité de certaines régions pour une forme spéciale du chancre est loin d'être rigoureusement démontrée. Quelques mots de digression à ce sujet me paraissent nécessaires.

Il est incontestable que l'on observe bien plus fréquemment le chancre infectant, à base parcheminée, sur le fourreau de la verge, que le chancre simple à base molle. Mais la fréquence relative de ces deux formes de l'accident primitif sur cette région n'est en rien assimilable à cette sorte de fatalité mystérieuse qui imprime à l'ulcère céphalique un caractère constant et invariable. Ainsi, sur la somme totale des chancres de la face et du crâne que j'ai pu réunir, j'ai rencontré à peine deux ou trois observations *paraissant* relatives à des chancres simples, tandis que sur un relevé de 75 chancres du fourreau de la verge, observés par moi en 1856 dans le service de M. Ricord, j'en trouve 60 appartenant à la variété indurée ou infectieuse, et *quinze* à la variété molle. — Sans doute, l'inégalité des chiffres précédents est frappante, et la raison nous en échappe. Mais, en tout cas, l'on ne saurait l'attribuer à une sorte de réaction du terrain sur la nature du chancre ; car, dans cette hypothèse, tous les chancres de cette région devraient nécessairement présenter le même caractère, et les chiffres mêmes qui précèdent protestent contre une semblable uniformité.

(1) Communication orale, 1857.

Quant aux chancres de l'anus et des doigts, il n'est pas moins contraire à l'observation clinique qu'ils présentent invariablement telle ou telle forme. L'anus n'est rien moins que réfractaire à l'ulcère infectieux ; et si cette dernière variété d'accident n'y *paraît* pas se revêtir de l'épaisse doublure indurée qui caractérise d'une façon si formelle le chancre de même nature sur d'autres régions, cela ne tient qu'à des conditions de siége qui rendent plus difficile l'exploration de la base du chancre sur ce point, ou qui diminuent l'infiltration plastique constituant l'induration, sans toutefois altérer la nature de l'accident, ni rien changer à ses conséquences réactionnelles sur l'organisme.

Pour les chancres digitaux, quelques mémorables et douloureux souvenirs n'ont pas, sans doute, peu contribué à exagérer leur pouvoir d'infection. Ce qui est certain, c'est que les doigts sont susceptibles de se laisser inoculer par l'une et l'autre variété du chancre, et que la condition particulière de ce siége n'exerce ici aucune influence sur les résultats de la contagion.

Il est donc faux que les téguments de la verge, que l'anus, que les doigts ne soient susceptibles de se laisser affecter que par l'une ou l'autre variété de l'accident primitif, et que le chancre s'y modifie dans son espèce, d'après l'influence particulière du siége. — Si donc une modification de cette nature s'exerçait sur le chancre facial, elle serait *sans analogue* dans l'économie.

Ajoutez à cette première considération que l'hypothèse d'une *transformation du chancre produite par la région qu'il affecte*, est contraire à tout ce qu'ont appris les recherches cliniques sur la contagion. Des travaux récents, que j'ai déjà signalés précédemment, ont en effet établi d'une façon péremptoire le rapport constant, obligé, de l'accident transmis avec l'accident originel, indépendamment de toutes les conditions de siége, d'âge, de constitution, de tempérament, etc., conditions absolument dépourvues de toute influence pour déterminer la nature du chancre et le détourner de la source dont il dérive.

Il y a plus : c'est que *dans tous les cas où l'origine de l'un de ces chancres céphaliques a pu être constatée, l'on a toujours et invariablement rencontré un accident de même nature, c'est-à-dire* un chancre induré *comme ascendant du chancre céphalique* induré. *Jamais, au contraire, l'on n'a relaté d'exemple de chancre simple d'une région quelconque développant sur la tête un chancre infectant*. Nouvelle et terrible objection, destinée, je crois, à porter le dernier coup à la doctrine de la transformation que nous discutons actuellement.

A ce dernier point de vue, il ne sera donc pas sans intérêt de rapporter ici, en quelques mots, les documents que j'ai pu rassembler sur la *contagion* du chancre céphalique :

I. M. Ricord a eu l'occasion d'observer plusieurs fois sur de jeunes enfants des chancres indurés des lèvres et de la langue qui reconnaissaient comme ascendants des chancres *également indurés* siégeant sur le mamelon de leurs nourrices.

II. « Dans tous les cas, dit M. Diday, où j'ai pu remonter à la source d'un chancre facial induré, j'ai reconnu sur la personne d'où provenait la contagion un chancre *de même espèce*, c'est-à-dire *induré, infectant* (1). »

III. Dans les observations que j'ai citées précédemment, il en est une relative à un double chancre induré des commissures labiales qui avait été transmis à une jeune femme par un sujet affecté d'un *chancre induré de la verge*.

IV. J'ai recueilli dans ces derniers temps l'observation d'un jeune homme qui fut affecté d'un chancre induré de la lèvre, transmis par une femme sur laquelle, il est vrai, je ne pus découvrir de trace de chancre à l'époque un peu reculée où cette dame fut soumise à mon examen, mais qui présentait alors les accidents multiples d'une syphilis constitutionnelle récente.

V. Une *jeune fille* qui fut affectée d'un chancre induré de la lèvre supérieure, suivi d'accidents constitutionnels multiples, à forme secondaire et tertiaire, tenait la contagion d'un malade sur lequel on observa un *chancre parcheminé du fourreau*, des papules muqueuses de la gorge et l'adénopathie cervicale spécifique.

Enfin — et cette dernière considération ne me paraît pas moins importante, — *dans les cas où l'on a eu l'occasion d'observer simultanément sur un malade deux chancres de même origine, mais de siége différent, c'est-à-dire deux chancres dérivés de la même source, mais occupant l'un la face et le second telle autre région, l'on a toujours constaté une identité parfaite, absolue, entre ces deux accidents, c'est-à-dire l'induration de part et d'autre*. — Telles sont les curieuses observations suivantes :

I. (Obs. de M. Puche.) — Sujet de 27 ans. — *Chancre induré de la langue*. — *Chancre induré du gland*. — (Ces deux chancres ont été transmis par la même femme et à la même époque.) — Accidents secondaires.

II. (Obs. de M. Puche.) — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin ; constitution robuste. — Nul accident vénérien antérieur.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — *Chancre induré de l'index gauche*. (Ces deux chancres, apparus simultanément, proviennent de la même origine.)

Roséole. — Papules muqueuses du gland, du prépuce, des lèvres et de l'anus. — Adénopathie cervicale. — Alopécie. — Douleurs rhumatoïdes.

(1) Extrait de la lettre que j'ai reproduite précédemment.

III. (Obs. de M. Poisson.) — Femme de 22 ans. — Tempérament nerveux; constitution chétive. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la vulve et *chancre induré de la langue* survenus simultanément et provenant de la même origine. — Adénopathie sous-maxillaire et sus-hyoïdienne; adénopathie inguinale spécifique.

Accidents secondaires multiples : plaques muqueuses de la vulve, confluentes; plaques muqueuses de la luette, des piliers du voile du palais, etc. — Alopécie. Adénopathie cervicale.

IV. — Femme de 20 ans. — Lymphatique.

Antécédents : Vaginite simple et ulcération du col en avril 1856.

Double chancre dans la dernière quinzaine d'octobre 1856. — De ces chancres, provenant de la même origine et déclarés à la même époque, l'un occupe la grande lèvre gauche et sa base est fortement indurée, l'autre siége sur la gencive et repose sur une base très dure, *cartilagineuse*.

Adénopathie inguinale gauche, spécifique. — Engorgement dur et indolent des ganglions situés à la partie antérieure du sterno-mastoïdien, et spécialement de celui qui se trouve immédiatement derrière l'angle de la mâchoire.

Roséole papuleuse lenticulaire et cuivrée. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure (1).

Ainsi, deux chancres naissent simultanément de *la même contagion* : l'un se développe sur la face, l'autre sur les organes génitaux ; *tous deux s'indurent* ; tous deux revêtent les caractères de l'ulcère infectant. — Rien ne saurait mieux démontrer, pour l'un et l'autre de ces chancres, que leur nature est indépendante du siége qu'ils occupent.

En résumé donc, et d'après tout ce qui précède, la condition *du siége* ne saurait devenir la cause déterminante de l'action du virus chancreux dans une direction donnée, et l'hypothèse qui attribue l'induration constante, le caractère univoque du chancre céphalique à des influences locales de région ou de tissu, ne peut soutenir l'épreuve d'une analyse rigoureuse.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) M. Boucher de la Ville-Jossy vient de me communiquer un cinquième fait, complétement analogue aux précédents.

Un jeune homme, qu'il traite actuellement, tient *de la même contagion* trois chancres, à savoir : *deux chancres de la verge indurés*, avec pléiades inguinales caractéristiques, un *chancre de la lèvre, également induré*, avec adénopathie sous-maxillaire.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ACTION DES SIROPS PECTORAUX DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES ORGANES RESPIRATOIRES.

Dans les remarques dont M. le docteur Dupuy faisait suivre, il y a un an, deux observations qui mettaient en évidence l'utilité, dans le cas de bronchite aiguë, des sirops composés et notamment du sirop antiphlogistique de Briant (V. l'Union Médicale du 30 septembre 1856), il faisait présumer l'utilité des mêmes préparations contre les affections chroniques des organes respiratoires. Les expérimentations auxquelles nous nous sommes livré à notre tour, ont entièrement confirmé ses présomptions. Seulement, il résulte de nos observations qu'il faut rarement s'attendre ici, comme on le voit quelquefois dans les bronchites aiguës, à voir l'action se manifester après quelques cuillerées du médicament; quoique les cas de ce genre ne soient pas sans exemple, ils sont cependant rares; ce n'est ordinairement qu'après que les malades ont été soumis pendant plusieurs jours à l'usage du sirop que l'action calmante commence à se manifester; et ce n'est qu'après une ou plusieurs semaines que les accidents morbides sont entièrement subjugués.

Dans l'article du mois de septembre 1856, auquel nous venons de faire allusion, le docteur Dupuy faisait ressortir les avantages de certaines associations de substances ou de plantes simples dont la réunion donne lieu à des phénomènes différents de ceux que produirait chacune de ces plantes ou substances en particulier. L'action décisive du sirop antiphlogistique sur les affections chroniques me paraît mettre plus en évidence encore cette vérité. Nul doute que l'opium ne puisse à lui seul contribuer à la guérison des accidents respiratoires : son action antisécrétoire en général, en même temps que diaphorétique et excitante de la peau, explique l'heureuse influence qu'il peut avoir sur les irritations aiguës ou chroniques des voies aériennes; son action calmante sur le système nerveux, d'où ces irritations tirent si souvent leur origine, explique peut-être mieux encore cette influence.

D'un autre côté, l'action sédative générale de la belladone et son action plus spéciale sur la région de la gorge, rendent compte des avantages qu'on peut obtenir, dans les mêmes cas, de ce précieux médicament qui joue, à juste titre, un si grand rôle dans la thérapeutique. Néanmoins, ni l'une ni l'autre de ces deux colonnes de la médication stupéfiante n'agit isolément comme elles agissent quand on les associe, et dans le traitement des affections chroniques des voies respiratoires en particulier, il serait impossible d'obtenir de leur action individuelle les effets qu'on obtient de leur action combinée; ce sont les avantages d'une combinaison heureuse que met en lumière l'emploi du sirop antiphlogistique.

Maintenant, par quel mécanisme agit cette préparation, ou, si l'on aime mieux, sur quel système apporte-t-elle d'abord une modification d'où résulte finalement la disparition de l'irritation chronique? C'est là une question que nous n'examinerons pas très à fond, d'autant plus que nous ne serions pas bien assuré d'arriver à une solution positive. Mais, d'après l'impression qu'ont produite sur nous les faits nombreux dont nous avons été témoin, nous sommes disposé à admettre que c'est en modifiant primitivement le système nerveux qu'*agit* le sirop antiphlogistique. Il n'est personne qui n'ait éprouvé quelquefois ces simples irritations de la gorge qui se traduisent par du chatouillement; beaucoup d'observateurs savent aussi que ces sensations, lorsqu'elles se prolongent, amènent, comme toutes les irritations d'ailleurs, une congestion de la partie douloureuse, congestion qui peut prendre, à la longue, un caractère subinflammatoire, et plus tard, passer à l'état de phlegmasie chronique. Or, la marche que la maladie suit pour s'établir, elle la suit aussi pour s'amender et disparaître. Ainsi, c'est ordinairement la sensation de cuisson, de démangeaison, de chatouillement, de titillation, sensations qu'éprouvent d'habitude les malades atteints d'affection chronique des voies respiratoires qui disparaissent les premières; la toux cesse après elle, au moins celle qui n'est pas provoquée par des mucosités dans la glotte ou son voisinage ; enfin, l'hypersécrétion est arrêtée à son tour, quoique rarement, d'une manière complète, si l'inflammation a été de très longue durée. Dans ce dernier cas, il reste longtemps, sinon toujours, un léger excès de la sécrétion normale, ce qui fait dire aux malades qu'ils ont la poitrine grasse. Cette légère hypersécrétion n'a d'ailleurs aucun inconvénient, et dès qu'elle dépasse certaines bornes, il est facile d'y remédier par le même moyen que nous ne manquons jamais de conseiller. Un exemple éclaircira ces généralités.

Observation. — *Bronchite chronique.* — *Râles muqueux et crépitants mélangés dans toute l'étendue des deux poumons.* — *Traitement par le sirop antiphlogistique.* — *Guérison.*

M. M..., ouvrier cordonnier, âgé de 54 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament pléthorique, n'ayant jamais fait une grande maladie, contracta, il y a quatre ans, un rhume qui a continué jusqu'à l'année dernière. Quoiqu'il n'ait jamais discontinué de travailler, il était souvent pris d'une gêne très grande de la respiration, et ce n'était qu'après avoir expectoré une assez grande quantité d'un mucus verdâtre fort épais, qu'il se sentait débarrassé. Ces accès, comme il les appelait avec juste raison, se montraient plus particulièrement le soir et le matin; il les avait aussi dans la journée, mais alors ils étaient moins forts. Toujours ils étaient précédés d'un sentiment de chatouillement et de titillation dans la gorge. Au mois d'octobre 1856, ces symptômes s'aggravèrent, la toux était devenue presque continuelle, l'expectoration était de plus en plus difficile; survint de la fièvre; le malade fut obligé de garder le lit. La poitrine, percutée, résonnait bien partout. Dans tous les points du thorax, l'auscultation faisait entendre un bruit de râle très manifeste; dans plusieurs points, on percevait de grosses bulles d'air crevant à la surface d'un liquide; ailleurs, c'était un bruit trachéal; plus loin de la crépitation. Des crachats muqueux et épais surnageaient dans une abondante sérosité. Pouls à 96 pulsations; perte complète d'appétit; pas de sommeil. Prescription : saignée de 250 grammes; tisane de violettes sucrée avec le sirop antiphlogistique. Le lendemain, la fréquence de la toux n'a pas diminué; les symptômes de bronchite restent les mêmes ; la dyspnée est toujours très grande ; la fièvre seule a un peu diminué.

Je fais prendre dans la journée huit cuillerées de sirop antiphlogistique pur, continuer la tisane sucrée avec le même sirop, et promener sur les parties inférieures des sinapismes.

Un amendement notable ne tarde pas à se déclarer. Le pouls tombe à 72 pulsations; la sensation de cuisson et de démangeaison à la gorge n'existe plus; la toux diminue; les quintes sont moins fortes et s'éloignent sensiblement; le malade a pu prendre quelques heures de repos dans la nuit.

On continue ainsi pendant un mois; mais, bien avant ce temps-là, le malade a pu reprendre son travail; ses forces ont reparu avec son appétit. Seulement, l'expectoration visqueuse a persisté; et, chaque matin, ce n'est qu'alors qu'il a rendu sa pituite, comme il le dit, qu'il ne sent plus de gêne en respirant. On rencontre encore du râle muqueux en différents points de la poitrine, mélangé à un peu de râle sibilant; mais quand l'oppression reparaît, il lui suffit de prendre quelques cuillerées de sirop antiphlogistique pour s'en débarrasser.

Les faits semblables à celui que nous venons de rapporter ne nous manquent pas; nous pourrions en citer un grand nombre. Depuis que nous employons le sirop antiphlogistique, à l'exclusion des autres sirops composés, nous avons été fréquemment à même de constater sa grande efficacité dans les affections aiguës et chroniques des organes respiratoires.

Nos confrères peuvent donc compter sur un bon résultat quand ils auront recours à ce médicament, qui est d'ailleurs d'une administration facile, à cause de son goût agréable.

Dr Carré.

CHIMIE.

DES PRODUITS DE L'OXYDATION DU SUCRE DANS LES SOLUTIONS ALCALINES;

Par le professeur Boedeker.

Le sucre se décompose surtout dans trois conditions différentes : 1° par fermentation; 2° par oxydation au contact d'un acide libre; 3° par oxydation au contact des alcalis. Une quatrième est constituée par la distillation sèche; une seule peut se rencontrer dans l'économie animale, c'est celle qui opère la décomposition en présence des alcalis; mais aucune expérience n'a encore été entreprise dans des circonstances analogues à celles qui existent dans l'organisme. En effet, on ne connaît bien que les transformations éprouvées par le sucre, chauffé avec des hydrates alcalins secs : acides oxalique, formique, acétique, propionique, carbonique, eau; et, comme produits secondaires, de l'hydrogène, du méthylène, de l'acétone et du métacétone. Or, il est évident que cette connaissance ne peut nullement montrer ce que devient le sucre arrivé dans le sang; il ne se passe pas dans l'économie animale de réaction aussi violente.

On a étudié encore les transformations que le sucre subit de la part des solutions alcalines. On a signalé quatre produits : acide glucique, humine, acide apoglucique, acide ulmique; mais ils ne proviennent pas d'une oxydation; les deux premiers dérivent du sucre au moyen d'une perte d'eau, les deux derniers ont la même origine, mais, de plus, il y a augmentation de l'hydrogène.

M. Boedeker, assisté d'un de ses meilleurs élèves, M. Struckmann, a entrepris des expérience dans une tout autre direction. Il a opéré une oxydation non orageuse, dans un liquide alcalin, et c'est l'oxyde cuivrique qu'il emploie à cet usage; puis il recherche ce qu'est devenu le sucre.

A cet effet, une solution chaude de 200 grammes de sucre de lait et de 1,000 grammes de sulfate de cuivre fut traitée par une solution de soude caustique aussi longtemps que le précipité d'abord formé, se redissolvait en majeure partie. La liqueur bleue, chauffée alors à l'ébullition, déposa bientôt tout le protoxyde de cuivre; mais comme une addition de sulfate de cuivre détermina encore une réduction, on ajouta encore 200 grammes de ce sel, et l'on fit bouillir de nouveau.

Le liquide décanté fut additionné d'acide sulfurique, mais non pas jusqu'à une complète neutralisation; par des évaporations successives, on sépara la majeure partie du sulfate de soude, puis le reste fut évaporé à siccité au bain-marie (1). Ce résidu examiné, donna les résultats suivants : absence complète de toute trace d'acide formique; formation de deux acides nouveaux : acide gallactique et acide pecto-lactique.

Tous les deux sont en consistance sirupeuse, jaunes, très acides, à saveur analogue à celle de l'acide malique; chauffés à 100°, ils deviennent secs, forment des croûtes transparentes, fendillées, ressemblant à du succin ou à de la colophane, sans trace de cristallisation, très hygrométriques et devenant bientôt gluants par absorption de l'humidité. Ils sont solubles dans l'eau et dans l'alcool, mais insolubles dans l'éther; décomposent les carbonates et forment des sels caractérisés. L'acide gallactique anhydre, tel qu'il se trouve dans les sels anhydres a pour formule $C^{14}H^{3}O^{7}$; il est bibasique, de sorte que l'acide libre exige $2HO$. En comparant cette composition à celle d'autres acides organiques, on trouve qu'elle se rapproche beaucoup de celle de l'acide gallique $C^{14}H^{6}O^{10} + 2HO$, dont elle ne diffère que par 3 éq. d'eau en moins. De là le nom d'acide gallactique (acides gallique et lactine).

L'acide pectolactique a pour formule $C^{16}H^{6}O^{10} + 2HO$; formule qui, rapprochée de celle de l'acide métapectique $C^{16}H^{10}O^{14} + 2HO$, donne une différence en moins de 4 éq. d'eau pour l'acide pectolactique ; de là le nom choisi par M. Boedeker. Cet acide a également de l'analogie de composition et de propriétés avec l'acide succinique, que l'on a souvent rencontré dans l'économie animale comme produit pathologique.

Le sucre de lait, en s'oxydant dans cette condition, ne produit que ces deux acides et de l'eau; si l'on ajoute assez d'oxyde de cuivre, l'acide pectolactique disparaît également, et il ne reste que de l'acide gallactique. — (*Zeitschr. f. rat. med.*, t. VIII, 1856.)

(1) Voici du reste les opérations chimiques au moyen desquelles on a obtenu les deux acides nouveaux. Le résidu bouilli avec de l'alcool ne céda à ce liquide qu'un peu de pectolactate de soude et de chlorure sodique, ce dernier provenant de la lessive de soude. La poudre dissoute dans l'eau, fut traitée par l'acétate de baryte jusqu'à l'enlèvement de tout l'acide sulfurique; le liquide filtré et légèrement acidulé avec de l'acide acétique fut précipité par l'acétate neutre de plomb ; le précipité longtemps lavé, fut suspendu dans l'eau et décomposé par un courant d'acide sulfhydrique. Le liquide jaunâtre, fortement acide, fut évaporé au bain-marie; mais les essais y démontrèrent la présence d'une très petite quantité d'acide oxalique et d'un peu de soude, malgré le lavage répété. On sépara l'acide oxalique au moyen de l'eau de chaux; puis on précipita de nouveau par l'acétate neutre de plomb, etc. Le liquide restant était l'acide gallactique pur. Si l'on n'a pas employé un excès de sulfate de cuivre, il se trouve de l'acide pectolactique dans le liquide dont on a précipité le gallactate de plomb. Il précipite encore abondamment par l'acétate de plomb basique. Ce précipité, traité comme le précédent, donna l'acide pectolactique, mais renfermant un peu d'acide chlorhydrique. Ce dernier fut enlevé par un peu de carbonate d'argent récemment préparé; dès qu'on reconnut des traces d'argent dans le liquide, il fut filtré, et le peu d'argent dissous, précipité par un courant d'acide sulfhydrique.

BIBLIOTHÈQUE.

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE OU DESCRIPTION, AVEC FIGURES COLORIÉES, DES MALADIES DE L'ORGANE DE LA VUE;

Par le docteur J. Sichel.

Deuxième article. — (Voir le numéro du mardi 2 mars 1858.)

Section III. — *De la cataracte.*

L'étude de la cataracte est la partie capitale de l'ouvrage, dont elle forme environ la moitié. A ceux qui pourraient s'étonner des énormes développements donnés par l'auteur à cette partie de son œuvre, nous rappellerons en quelques mots que l'étude si importante de cette maladie qui occupe une si grande place en ophthalmologie, a été pour ainsi dire l'étude de prédilection de M. Sichel, que, « par ses travaux sur la cataracte, M. Sichel a fait faire un pas signalé à la science ; » (Ad. Richard, *Des diverses espèces de cataractes*, Paris, 1853.) enfin que, pour ce qui regarde l'anatomie descriptive, et l'anatomie pathologique de la cataracte, M. Sichel n'a pas voulu s'en fier à ses propres travaux, et a recherché avec une modestie digne d'éloges le concours des micrographes les plus compétents sur cette matière, MM. Ch. Bobin, Gros (de Moscou), Marcel, Mandl, etc. En raison des circonstances que nous venons d'énumérer, nous consacrons cet article tout entier à l'examen de la section III, tout en regrettant que le peu de place qui nous est réservée nous oblige encore à passer brièvement sur l'analyse d'une étude aussi importante.

Le premier chapitre, *Division des cataractes*, établit trois espèces de cataractes, eu égard au siége de l'opacité : cataracte lenticulaire, cataracte capsulaire et cataracte capsulo-lenticulaire ; la cataracte liquide ou morgagnienne n'est donc plus considérée comme une entité à part ; à M. Sichel revient l'honneur d'avoir démontré que la cataracte liquide, loin d'avoir son siége dans l'humeur de Morgagni, est simplement une espèce de la cataracte lenticulaire qui présente de grandes variétés dans sa consistance, et que, sous ce rapport, on peut diviser de la manière suivante : cataracte dure, cataracte demi-dure, cataracte demi-molle, cataracte molle, cataracte molle déhiscente, et enfin comme dernier degré de ramollissement, cataracte liquide à divers degrés.

« La cataracte est l'opacité d'une ou de plusieurs des parties qui constituent l'appareil cristallinaire. » Telle est la définition que donne M. Sichel de la cataracte ; c'est la même définition qu'en donnent tous les auteurs. L'espace nous manque pour discuter la validité de cette définition, qui nous semble très incomplète et très imparfaite; suivant nous, elle est trop vague, et ce n'est pas avec une semblable terminologie que l'auteur peut se permettre de « rejeter comme vicieuse la division des cataractes en vraies ou en fausses établie par Beer, les fausses cataractes n'étant pas des opacités de l'appareil cristallinien, mais des fausses membranes déposées à sa face antérieure. » Avec les limites qui nous sont imposées par ce travail d'analyse, nous ne pouvons entrer dans une discussion qui demande de grands développements; nous nous bornerons seulement à dire ici, que la limite entre les cataractes vraies et les cataractes fausses n'a pas encore été posée d'une manière satisfaisante ni complète : cette étude fait l'objet d'un travail que nous publierons prochainement.

L'auteur entre ensuite dans l'étude des différentes espèces de cataracte lenticulaire : cataractes dures, cataractes molles, et cataractes demi-dures et demi-molles; les caractères anatomiques et physiologiques de ces dif-

férentes espèces de cataractes sont bien exposés, et l'on sait combien cette étude est importante relativement au choix de la méthode opératoire à employer. La coloration plus foncée des cataractes dures, allant jusqu'au brun foncé et même au noir, dépend, d'après M. Sichel, de la plus grande densité, de la condensation plus grande des éléments cristalliniens opaques; au contraire, les cataractes molles sont d'un blanc laiteux tantôt un peu bleuâtre, tantôt un peu grisâtre, coloration qui tient à ce que les molécules cristalliniennes opaques sont plus espacées et séparées les unes des autres par le liquide morgagnien, d'où résulte un gonflement total du cristallin opaque, gonflement qui pousse l'iris en avant, empêche la vision de s'exercer et fait souvent croire à l'existence d'une amaurose coïncidant avec la cataracte. Si cette imbibition des molécules cristalliniennes est poussée plus loin, on voit alors les méridiens du cristallin divisés en un plus ou moins grand nombre de triangles blancs, séparés les uns des autres par des espaces grisâtres occupés par du liquide : c'est la cataracte molle déhiscente. Supposons enfin les couches corticales complétement ramollies et dissociées, nous avons alors la cataracte liquide ou morgagnienne dans laquelle on retrouve généralement un noyau dur, jaunâtre, plus ou moins diminué de volume, caractère que l'on peut facilement reconnaître et diagnostiquer avant l'opération.

La cataracte lenticulaire marche de deux façons différentes dans son développement, suivant que la consistance est dure ou molle : dans le premier cas, elle débute par le noyau; dans le second cas, au contraire, elle marche de la périphérie vers le centre, c'est-à-dire de couches corticales vers le centre, ou le noyau, qui peut quelquefois rester transparent sous les couches corticales opacifiées complétement. Les caractères physiologiques viennent à l'appui de ce que nous avons dit, et rendent parfaitement compte de l'état anatomique correspondant. Le malade, atteint de cataracte dure au début, voit mieux le soir et le matin, au moment du crépuscule, où la pupille est largement dilatée, que dans le milieu de la journée, où sous l'influence de la lumière plus éclatante, la pupille, resserrée, ne laisse passer les rayons lumineux que dans le point correspondant au centre du noyau opaque. Dans la cataracte corticale au début, l'état de dilatation ou de resserrement de la pupille n'a aucune influence sur la vision, qui reste la même à tous les moments de la journée.

Ces points sont bien mis en lumière par M. Sichel, qui nous donne également une excellente description de la cataracte corticale antérieure ou postérieure, affections trop souvent prises pour des cataractes capsulaires. Cette opacité, d'abord limitée à une certaine étendue des couches corticales, s'étend de proche en proche, et finit par envahir la totalité des couches corticales et par constituer une cataracte qui sera molle ou demi-molle, mais jamais dure.

Passant rapidement sur le phénomène de déhiscence, sur la cataracte noire et la cataracte congéniale, nous arrivons à un excellent chapitre sur les *cataractes luxées*; que le cristallin transparent ou opaque soit passé spontanément dans la chambre antérieure, ou qu'à la suite d'une lésion traumatique il soit passé sous la conjonctive ou dans la chambre antérieure, le résultat est le même; il faut enlever le cristallin. Le signe certain du déplacement du cristallin est le tremblement de l'iris qui se retrouve dans une seule autre affection, le synchysis, ou ramollissement du corps vitré, qui, du reste, peut à lui seul, dit-on, amener une luxation du cristallin à la suite de fréquents ébranlements que ce ramollissement du corps vitré fait éprouver à la lentille.

Vient ensuite, chapitre III, l'étude de la cataracte capsulaire, dont les caractères bien tranchés suffisent parfaitement à la distinguer de la cataracte capsulaire : 1° cataracte capsulaire végétante pseudo-membraneuse ou fibro-albumineuse, à laquelle se rattachent la *cataracte pyramidale* de Beer et la *cataracte centrale congéniale* des auteurs. L'opacité est ordinairement très limitée, blanc de craie, proéminente, quelquefois indépendante de toute opacité du cristallin; elle peut succéder à l'ophthalmie des nouveau-nés ou à une ophthalmie interne, ayant existé même pendant la vie fœtale. 2° Cataracte végétante ou proéminente, véritablement capsulaire : dans cette dernière, on trouve souvent encore des dépôts de matière opaque, soit exsudation fibro-albumineuse, soit graisseuse.

Après les cataractes capsulaires traumatique et secondaire, deux variétés entre lesquelles l'auteur admet la plus grande analogie de cause (l'inflammation), arrive le chapitre IV, *de l'opération de la cataracte*. C'est avec un vif sentiment de regret que nous constatons la concision de ce chapitre ; l'*Iconographie* est un ouvrage essentiellement pratique, nous dit M. Sichel dans sa préface, et l'opération de la cataracte, qui tient une si grande place dans la chirurgie oculaire, demandait une foule de détails pratiques que l'auteur était plus qu'aucun autre en état de nous donner; M. Sichel en est peut-être aujourd'hui à son dixième mille d'opérations de cataractes; combien de cas particuliers ont dû se présenter à lui; que d'accidents divers il a eu à noter et à combattre! Pourquoi ne pas signaler tous les accidents qui peuvent se présenter pendant l'opération, et dont la gravité varie avec le moment de l'opération où ils arrivent? Nous nous rappelons avoir vingt fois entendu le maître au moment de l'opération, insister sur la possibilité de tel ou tel accident, et sur les moyens d'y remédier; la connaissance la plus complète du manuel opératoire échoue souvent devant tel ou tel accident que l'on ne peut énumérer dans un traité de chirurgie générale, mais qui devait trouver sa place dans un ouvrage essentiellement pratique et dicté par une longue expérience.

Pas un seul mot sur l'opération d'un seul œil cataracté, l'autre étant sain, ni sur l'opportunité d'une opération pratiquée sur les deux yeux le même jour ou sur chaque œil à quelques jours de distance. Pas un seul mot non plus sur l'opportunité de l'anesthésie dans l'opération de la cataracte. Nous savons bien que M. Sichel rejette l'emploi du chloroforme dans ce cas, mais nous aurions aimé à trouver quelques considérations sur cet important sujet; car tous les chirurgiens ne sont pas d'accord quant à l'utilité de l'anesthésie, et quelques-uns y ont recours, trouvant dans son emploi un résultat satisfaisant. Voici, du reste, les raisons alléguées par le maître dans ses leçons cliniques, et nous sommes sur ce point complétement de son avis : il y a deux manières d'anesthésier le malade à qui l'on va pratiquer une opération : ou bien on veut plonger le malade dans un demi-sommeil qui le soustraira aux premiers moments de l'opération qui sont généralement douloureux, ou bien on veut que le malade, plus ou moins pusillanime, soit insensible pendant toute la durée de l'opération. Pour ce qui est de l'opération de la cataracte, ces deux manières d'administrer le chloroforme sont également dangereuses, quoique leur mode d'action soit différent. Si le malade n'est qu'incomplétement endormi, il peut se réveiller soit au moment où l'on pratique la kystitomie, soit lors du passage de la cataracte dans la pupille, passage qui est souvent douloureux par la distension que subit l'iris, et comme en sortant du sommeil anesthésique, il n'a pas conscience de ce que l'on fait, il peut se livrer à des mouvements et à des efforts qui peuvent avoir pour effet la rupture de l'hyaloïde et la procidence du corps vitré. Si, au contraire, l'anesthésie a été profonde et a duré tout le temps de l'opération, et a même permis de faire l'occlusion de l'œil, les dangers sont d'une autre nature, mais tout aussi réels et sérieux; on sait combien les vomissements sont fréquents après l'administration du chloroforme, et comme il est impossible de savoir d'avance si tel sujet aura ou n'aura pas de ces vomissements, le plus prudent est de s'abstenir. En effet, les efforts de vomissement ont pour résultat d'empêcher la coaptation des lèvres de la plaie de la cornée, la suppuration du lambeau et la perte de la vision. L'épidémie de choléra de 1854 nous a démontré, d'une manière positive, les funestes effets des vomissements; il faut donc les éviter à tout prix, et, dans tous les cas d'extraction, rejeter de prime-abord l'emploi du chloroforme.

Après avoir décrit, d'une manière très succincte (trop succincte à notre gré), le manuel opératoire de l'abaissement et du broiement, l'auteur arrive à l'extraction, et il décrit l'extraction ou kératotomie supérieure, cette seule méthode répondant parfaitement à tous les besoins : quelques mots seulement sont accordés à l'extraction que M. Sichel appelle *extraction modifiée*, c'est-à-dire dans laquelle on incise seulement le tiers ou le quart de la cornée, opération qui est réservée à quelques cas exceptionnels, à l'extraction partielle, par exemple, ou à l'extraction d'une capsule opaque.

Il ne sera pas hors de propos de dire ici quelques mots sur une opération qui n'est qu'un dérivé de la méthode dans laquelle on incise au plus le tiers ou le quart de la cornée, et que quelques chirurgiens ont voulu, dans ces derniers temps, ériger en méthode, en la qualifiant de méthode nouvelle. On le voit, nous voulons parler de l'*extraction linéaire* ; l'incision de la cornée n'a que trois ou quatre lignes au plus, on ponctionne du même coup la capsule du cristallin, et celui-ci sort, dit on, en totalité par cette petite incision. Ce procédé pèche, suivant nous, sous plusieurs rapports : il exige d'abord, et comme condition *sine quâ non*, que le chirurgien ait diagnostiqué avant l'opération une cataracte complétement molle, sans quoi le noyau dont on ne peut que très rarement reconnaître l'état de mollesse à travers l'opacité des couches corticales, sera dans l'impossibilité complète de sortir par une aussi petite ouverture; enfin, et c'est là le plus grand inconvénient, une petite ouverture de la cornée est une condition favorable à la rétention de la substance corticale, d'où cataracte capsulaire secondaire et quelquefois inflammation grave. Ce procédé n'a donc pas, à beaucoup près, la valeur qu'on lui prête; peut-être est-ce pour ce motif que M. Sichel n'en parle pas.

Un chapitre intéressant et vraiment bien fait est celui dans lequel l'auteur (p. 263) traite des altérations organiques consécutives à l'opération; un des points les plus curieux est celui-ci : Quelle que soit la méthode employée, on trouve souvent à la périphérie de la capsule des débris cristalliniens encore transparents ou quelquefois opaques ; c'est ce que G. Sœmmering appelle *bourrelet cristallinien* ; lorsque ce bourrelet est transparent, ce serait, suivant quelques auteurs, un commencement de reproduction du cristallin, tandis que, pour d'autres (et cette dernière opinion est la seule vraie), c'est simplement la périphérie de la substance cristallinienne qui est restée adhérente au pourtour de la capsule, et est demeurée saine.

Le chapitre V est traité de main de maître : on sait, d'ailleurs, que M. Sichel a le premier, en France, posé d'une manière sûre les indications rationnelles qui doivent faire choisir la méthode d'opération à employer. Nous allons les résumer en quelques mots : ces indications sont fournies par la consistance de la cataracte et l'âge du sujet; j'y ajouterai la constitution du malade. Chez les enfants et chez les sujets au-dessous de 40 ans, la cataracte est le plus ordinairement molle ou demi-molle, de plus, l'absorption est active, et le malade peut, sans danger, être soumis à un traitement antiphlogistique énergique s'il en est besoin; donc broiement : si la cataracte est demi-dure ou dure (elle ne l'est jamais chez les enfants), on peut l'abaisser ou la récliner. Chez les sujets au-dessus de 40 ans, les cataractes molles, demi-molles et demi-dures doivent toujours être extraites, car le gonflement des débris du cristallin amènerait une ophthalmie interne, par compression des membranes internes, et, à moins que le malade ne soit exceptionnellement vigoureux, il n'est pas dit que l'on pourra impunément le soumettre à un traitement antiphlogistique assez énergique pour triompher de l'inflammation. Les cataractes dures chez les sujets âgés *pourront* être abaissées : nous disons seulement *pourront*, parce que si un malade âgé, porteur d'une cataracte dure, est en même temps sujet ou prédisposé à la congestion du sang à la tête, il y a grand danger que, chez lui, la cataracte abaissée ou broyée, comprimant les membranes internes, ne détermine une inflammation qui, non seulement peut entraîner la fonte du globe, mais encore peut se propager au cerveau par la gaîne du nerf optique et occasionner la mort.

Enfin le chapitre VII expose d'une manière remarquable l'anatomie normale et l'anatomie pathologique de l'appareil cristallinien.

Pour l'anatomie normale, les points qui méritent une attention particulière sont les suivants :

Cristallin. — 1° Il est formé de fibres ou de bandelettes de deux espèces, les unes dentelées et sans noyaux, qui en constituent la plus grande partie, les autres, nucléées et sans dentelures, occupent seulement une faible partie des couches les plus superficielles. Ces fibres sont disposées en couches concentriques qui viennent toutes aboutir à un plan central représentant une figure étoilée, formée de branches plus ou moins nombreuses, dont le nombre primitif est ordinairement trois, et dont les rayons ou prolongements peuvent être au nombre de trois ou au multiple de trois. 2° Ce plan central (Bowman), ou figure étoilée, est formé de substance cristallinienne homogène, finement grenue et non de fibres. 3° L'opacification du cristallin, quand elle ne siége pas exclusivement dans le noyau, se fait ainsi que la déhiscence (dans les cataractes très molles) dans la direction des branches de ses étoiles, elle peut donc être simple, c'est-à-dire à trois branches, ou multiple, irrégulière. 4° Ces fibres sont formées par la soudure réciproque et l'allongement de cellules que l'on nomme globules du cristallin (*globuli lentis*), que M. Gros (de Moscou) appelle réseau régénérateur, et qui sont, suivant M. Robin, les cellules épithéliales de la capsule. 5° Enfin, il n'y a pas d'*humeur de Morgagni* : Ce liquide est le résultat d'un phénomène cadavérique, la rupture des cellules épithéliales de la capsule, dont le liquide se collige et forme deux ou trois gouttes qui s'épanchent lorsqu'on ouvre la capsule.

Capsule ou cristalloïde. — C'est une lame de substance amorphe, sans structure ni vaisseaux; elle est élastique, et se brise avec des bords nets comme ceux d'une lame de verre très fine. Sa face externe n'a pas d'épithélium, sa face interne, au contraire, est couverte d'élégantes cellules épithéliales qui, d'après M. Gros, constitueraient le réseau générateur chargé de fournir à la rénovation incessante des couches du cristallin.

L'anatomie pathologique, aidée du microscope, nous révèle les phénomènes suivants :

A. *Cataractes lenticulaires.* — Elles sont formées par les quatre groupes d'altérations qui suivent :

1° Altérations des fibres mêmes; elles deviennent tantôt granuleuses ou striées; elles perdent leurs contours nets et définis, et tantôt sont semblables aux fibrilles du tissu cellulaire, tantôt, au contraire, elles sont agrégées en faisceaux qui offrent un aspect homogène quelquefois strié.

2° Dépôts de granulations dans ou entre les fibres cristalliniennes.

3° Dépôts de matière grasse dans, ou plus souvent, entre les bandelettes cristalliniennes. (Élaïne, margarine, cholestérine abondante ou en excès, car elle existe déjà à l'état sain.)

4° Produits accidentels : sels calcaires, masses pigmenteuses? fibrine coagulée?

B. *Cataractes capsulaires.* — Elles sont de deux espèces : cataractes capsulaires pseudo-membraneuses et cataractes capsulaires vraies; dans tous les cas on rencontre un dépôt de substance fausse-membraneuse semée de matières grasses et phosphatiques, dépôt siégeant au devant de la capsule et empiétant sur cette membrane dans une faible partie de son épaisseur; quelquefois la trame striée pseudo-membraneuse semble faire défaut, et l'opacité tient seulement au dépôt de matières grasses et phosphatiques.

Cette partie de l'ouvrage contient de nombreuses observations micrographiques détaillées et complètes qui, jointes aux inimitables planches qui y correspondent, font de ce dernier chapitre une monographie complète de l'anatomie pathologique de la cataracte.

Dr A.-P. Doumic.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher ami,

J'apprends qu'un *Annuaire de la pharmacie réformée* a été récemment distribué à domicile dans Paris, que cet *Annuaire* contient un chapitre où diverses *spécialités médicales* sont classées, avec l'indication, pour chacune d'elles, des noms, adresses et heures de consultation d'un certain nombre de médecins, et que mon nom figure dans ce chapitre. Je reconnais volontiers que l'auteur a agi à mon égard sans malveillance, et, sous ce rapport, je ne puis lui en vouloir, mais je regrette qu'il ait cru pouvoir disposer ainsi de ma personne, sans savoir si cela me serait agréable. S'il avait attendu mon consentement, il aurait laissé mon nom dans l'obscurité qui lui convient si bien; il nous aurait épargné, à moi la peine d'écrire cette épître et à vous l'ennui de l'insérer dans l'Union Médicale.

Quelques-uns de mes amis, et des meilleurs, tels que MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Longet, dont les noms figurent tout près du mien et lui font, comme bien d'autres, bonne et honorable compagnie, éprouvent le même regret que moi, et me chargent de l'exprimer.

Cette petite réclamation ne saurait atteindre les honorables confrères qui ont consenti au classement de l'*Annuaire*. En pareille matière, nous ne prétendons juger personne ; nous n'invoquons ni principes ni règles; seulement nous énonçons notre impression en ce qui nous concerne personnellement.

Votre dévoué confrère et ami,

Cerise.

Ce 8 mars 1858.

COURRIER.

Par décret impérial en date du 24 février, ont été promu et nommé dans la Légion d'honneur :

Officier : M. Lagneau, ancien chirurgien-major de la garde impériale.
Chevalier : M. Des Etangs, docteur en médecine, ancien sous-aide-major.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 10 mars, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° Discussion sur la blennorrhagie; communication de M. Auzias-Turenne; — 3° Du cathétérisme dans les cas difficiles, par M. A. Mercier; — 4° Des indications des eaux minérales, par M. Durand-Fardel; — 5° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. E. Burdet, à Vierzon. . .	10 fr.
Gorlier, à Rosny	5
	15 fr.
Souscriptions antérieures. .	1,092
Total.	1,107 fr.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 29. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 11 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un seul orateur s'est occupé, hier, de la question de la fièvre puerpérale, c'est M. le docteur Beau. Quoique le discours de cet honorable académicien ait beaucoup péché par la forme, quoique M. Beau ait de grands progrès à réaliser du côté de l'art oratoire et de l'agrément littéraire, cette allocution a néanmoins été attentivement écoutée. Esprit ingénieux et original, indépendant et *oseur*, M. Beau fait volontiers exhibition des idées qui lui sont propres, et sur plusieurs points de physiologie, de pathologie et de thérapeutique, il est reçu et accepté que M. Beau a des doctrines qui sont exposées et discutées dans les ouvrages contemporains.

M. Beau a une doctrine pathologique et une thérapeutique de la fièvre puerpérale.

Nous ne sommes pas bien certain d'avoir suffisamment compris la doctrine pathogénique de l'honorable orateur. Pour lui, ce nous semble, et toutes réserves faites sur les erreurs que nous pouvons commettre, ce qu'on appelle fièvre puerpérale ne mérite pas le nom de pyrexie, c'est une diathèse phlegmasique, c'est surtout une péritonite *sui generis*, se développant sous l'influence d'une diathèse et empruntant sa gravité à l'étendue plus ou moins grande de l'inflammation de la séreuse, et principalement de l'état diathésique. Cependant, cette diathèse, on ne peut la voir ni la palper, ni la sentir ; elle n'a pas de symptômes ; ce n'est pas elle qui fait mourir ; on ne meurt pas d'une diathèse, mais de l'état local qu'elle prépare et qu'elle aggrave. Ou nous nous trompons, ou M. Beau semble avoir détourné le mot diathèse de sa signification générale et classique. Ce qu'il appelle diathèse, qui ne peut être ici que la diathèse puerpérale, nous pensons que tous les auteurs pathologistes l'appellent prédisposition, et cette prédisposition, sans pouvoir la caractériser d'ailleurs, tout le monde l'admet, tout le monde en reconnaît l'influence maligne.

M. Beau a senti qu'il était difficile de faire revenir les esprits aujourd'hui aux idées localisantes de Bichat et de Broussais sur la fièvre puerpérale. Ce serait s'exposer beaucoup que de soutenir, dans l'état actuel des tendances médicales, que la fièvre puerpérale est une inflammation simple. En lui donnant l'épithète de diathésique, M. Beau lui jette un vernis d'essentialité qui l'éloigne moins des idées généralement reçues. C'est, quoi qu'il en dise, une sorte de pont placé entre l'école des accoucheurs modernes qui penchent à peu près tous vers l'essentialité de la maladie, et l'école des localisateurs absolus.

Cette question a été savamment exposée l'année dernière, dans l'UNION MÉDICALE, par M. le docteur Gallard, à propos de l'analyse et de l'appréciation de plusieurs thèses récentes sur la fièvre puerpérale. Nous ne pouvons qu'y renvoyer nos lecteurs, afin de ne pas répéter ici ce qui a été si bien dit par notre honoré collaborateur.

Quant à la thérapeutique, M. Beau persiste, malgré l'opposition que M. Depaul lui a faite sur ce point, à préconiser l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre puerpérale. M. Beau administre, il est vrai, le sel quinique à des doses considérables : 2 grammes et 2 grammes 50 centigrammes par jour. Il recommande surtout de l'administrer à l'époque la plus rapprochée possible du début des accidents, et d'insister avec persévérance sur son emploi. Tant que la péritonite est sous-ombilicale, dit-il, le traitement quinique offre des chances de succès. Mais il avoue qu'il reste sans efficacité contre la péritonite généralisée.

Évidemment, sur ce point, M. Beau s'est préparé de graves et légitimes objections.

La séance a été close pas une très intéressante lecture faite par M. le docteur Verneuil, sur quelques points de l'histoire de l'autoplastie. Ce mémoire, très élégamment écrit, a été très attentivement écouté.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôtel-Dieu de Reims. — Clinique de M. LANDOUZY.

PYOTHORAX CONSÉCUTIF A UNE PLEURÉSIE CHRONIQUE ; — PREMIÈRE PONCTION AVEC LE TROCART DE M. LANDOUZY ; DEUXIÈME PONCTION AVEC LE TRÉPAN DE M. SÉDILLOT ; — AMÉLIORATION APRÈS CHAQUE PONCTION ; — PRONOSTIC GRAVE.

Leçon recueillie par M. BONNET, interne du service.

Les phases diverses qu'a subies le malade opéré hier de l'empyème exigent que nous résumions aujourd'hui son histoire, car elle offre pour vous plusieurs enseignements pratiques que vous chercheriez en vain dans les livres.

Entré dans nos salles, à la fin de juillet, pour une pleurésie droite qui datait d'environ cinq semaines, ce malade vous présentait alors, au milieu des signes les plus évidents d'un épanchement considérable, deux phénomènes qui ont dû faire commettre bien des erreurs, je veux dire le gargouillement et l'amphoricité.

Mais nous connaissions les travaux trop peu connus de MM. Rilliet et Barthez sur le gargouillement dans la pleurésie, et nous avions eu trop d'occasions nous-même d'étudier l'amphoricité pour attribuer ces signes à une excavation tuberculeuse, comme nous l'aurions fait, et comme tout le monde l'eût fait il y a quelques années.

Lors donc que dans la pleurésie vous trouverez surtout à la base, du gargouillement uni à du souffle, quelque timbre caverneux que ce souffle vous paraisse avoir, ne vous hâtez pas de conclure à une caverne, ni même à une pleurésie tuberculeuse ; et si, avec des souffles considérables et du gargouillement, vous ne constatez aucun des autres signes de tuberculisation, rappelez-vous cet exemple sur lequel j'insiste d'autant plus, que les traités classiques ne disent pas un mot de ces phènomènes complexes, bien faits cependant pour embarrasser les praticiens les plus exercés.

Bref, cet épanchement ayant résisté à une médication énergique avant et après l'entrée du malade à l'hôpital, nous avons proposé la thoracentèse, qui, malgré nos instances, fut obstinément refusée.

Vous vous rappelez, Messieurs, ce que je vous disais alors : l'épanchement va résister à tous les moyens mis en œuvre. Soit qu'il reste séreux, soit qu'il devienne purulent, il va comprimer le poumon, le rendre graduellement imperméable, gêner les organes voisins, amener une cachexie progressive, et, plus tard, le malade viendra réclamer lui-même l'opération, qui ne sera plus alors pour lui, qu'un simple moyen de retarder la mort.

Malheureusement, ces prévisions se sont réalisées, et, le 8 janvier, nous retrouvons à la Clinique ce malade, que nous n'avions pas revu depuis le mois d'août.

Matité absolue dans toute l'étendue du côté droit, et dépassant la ligne médiane du sternum ; et quand nous disons *matité absolue*, c'est le *tanquam percussi femoris* que je vous force toujours à vérifier vous-mêmes en percutant tour à tour la cuisse et la poitrine.

Amphoricité tellement prononcée, qu'il semble réellement qu'on souffle, qu'on parle ou qu'on tousse dans une cruche.

Nulle trace du gargouillement constaté il y a plusieurs mois.

A la simple vue, ce côté paraissait plutôt rétracté qu'amplifié ; et effectivement, on trouva, par la mensuration, 2 centimètres de moins que du côté sain.

Quant au côté gauche, rien à noter, si ce n'est l'exagération de la respiration.

Pas la moindre expectoration.

Le cœur n'était pas notablement dévié ; le foie ne paraissait pas sensiblement abaissé.

En résumé, matité et amphoricité portées au plus haut point, sans trace de murmure vésiculaire.

Y avait-il du liquide ?

Avant les recherches que j'ai publiées l'an dernier dans les *Archives*, il n'eût pu s'élever sur ce point aucun doute, car tous les observateurs, sans exception, regardaient les souffles comme signes essentiels de la présence de l'eau.

Mais depuis que j'ai montré que les souffles indiquent uniquement la condensation du tissu pulmonaire, et qu'on peut trouver les souffles les plus prononcés et la matité la plus absolue sans une goutte d'eau dans la poitrine, les difficultés du diagnostic ont augmenté.

Sans contredit, neuf fois sur dix la condensation est due à un épanchement qui existe encore ; mais, comme dans les pleurésies chroniques, cette condensation persiste après la disparition du liquide, et qu'elle produit, avec les fausses membranes, une énorme amphoricité, on ne peut donc regarder ces deux signes comme pathognomoniques.

C'est là surtout le point sur lequel j'ai voulu insister ; c'est là le point qu'a éclairé la clinique de Reims.

Je ne tiens pas à avoir prouvé le premier, avec Barthez, que les souffles amphoriques sont fréquents dans la pleurésie chronique, tandis qu'on les y regardait comme exceptionnels ; mais je tiens à bien établir que c'est à l'École de Reims qu'est due la notion de la persistance des souffles après l'évacuation du liquide.

Or, cette notion était d'autant plus importante, qu'elle doit désormais servir de base aux indications thérapeutiques de la pleurésie chronique, et qu'en particulier, elle doit régler la question du moment où la thoracentèse devient réellement opportune.

Quels seront donc alors, dans la pleurésie chronique, les signes pathognomoniques d'un épanchement actuel ?

A mes yeux, il n'y en a qu'un seul : c'est l'élargissement du thorax ou le déplacement des organes.

Et ici encore nouvelle difficulté, car le côté sain pouvant avoir augmenté de volume, le côté malade pourra paraître rétréci sans avoir véritablement perdu de sa capacité.

Or, comme ici il y avait rétrécissement du côté et absence de déplacement, on pouvait donc être fort embarrassé. Mais la matité dépassait, vous vous le rappelez, la ligne médiane du sternum, et comme, d'une autre part, l'amphoricité permettait de conclure à une rétraction du poumon, et que la rétraction du poumon eût isolément produit un effet opposé au refoulement du médiastin, on devait, de l'ensemble de ces circonstances, conclure à la présence du liquide.

Ce liquide serait-il du pus ou de la sérosité ? Ici encore pas de signe pathognomonique.

Évidemment l'ancienneté de l'épanchement, la cachexie générale, la fièvre plus vive le soir, les frissons répétés, la diarrhée, etc., constituent de graves présomptions. Mais déjà vous avez vu plusieurs fois ici des épanchements séreux avec tout cet ensemble de phénomènes colliquatifs, et je répète à dessein, qu'un signe essentiel de la purulence pleurale est encore à chercher.

Il y a plus de deux mille ans cependant que le père de la médecine en a donné un que je vous rappelle souvent, moins pour vous montrer qu'on explorait déjà la poitrine au temps d'Hippocrate, que parce qu'on trouve dans ce paragraphe la règle capitale de l'auscultation : *écoutez longtemps* (1).

Aujourd'hui, le râle crépitant n'est plus pour personne un signe de purulence.

Ou Hippocrate l'aura trouvé dans l'hydropneumothorax, ce qui fait supposer la succussion à laquelle il attachait tant d'importance, ou il aura été témoin d'un de ces cas rares de gargouillement pleurétique dont le malade d'aujourd'hui nous a offert un exemple.

Non, et j'insiste sur ce point, aucun des signes donnés par les anciens ou par les modernes ne peut seul indiquer la purulence.

C'est donc uniquement sur l'ensemble des symptômes que vous vous fonderez pour préjuger la nature du liquide, et dans la plupart des cas où il se sera manifesté des accidents colliquatifs, vous regarderez comme probable qu'il y a du pus, et vous préparerez tout pour cette éventualité.

C'est ce que nous avions fait. Effectivement, la première ponction, pratiquée il y a quinze jours, a donné issue à un litre de pus épais et fétide, que nous avons remplacée aussitôt par une injection iodo-iodurée entièrement laissée dans la poitrine.

Vous vous rappelez avec quelle facilité cette opération s'est exécutée, et vous avez pu vous convaincre qu'une bulle d'air n'est entrée dans la plèvre.

C'est que nous avons eu recours à un procédé spécial qui, assurément, n'a pas grand mérite comme invention, mais qui a l'avantage de donner aux manœuvres une grande sécurité.

Quel que fût, en effet, le procédé qu'on employât, il fallait la plus grande attention pour empêcher l'introduction de l'air dans la plèvre, surtout lorsque la thoracentèse était suivie d'injections.

Mais ce qui se fait sans trop de difficultés à l'hôpital, où l'on

(1) Ἢν πολλὸν χρόνον προσέχων τὸ οὖς, ἀκουάζῃς πρὸς τὰ πλευρὰ.....

est entouré d'aides intelligents, devient difficile dans la pratique particulière.

Or, avec le trocart à double branche que j'ai fait exécuter par le fils de mon vieil ami Charrière, tous les inconvénients disparaissent.

Notre nouvel instrument n'est autre, d'ailleurs, que le trocart ordinaire de Reybard, mais un peu plus gros et pourvu d'une seconde canule qui se détache à angle aigu de la partie moyenne et qui est également munie d'un robinet.

La tige du trocart est parfaitement calibrée, de manière à remplir exactement la canule, et elle porte un repère qui indique que la pointe a dépassé le robinet.

Le trocart poussé dans la poitrine, comme dans les procédés ordinaires, on ferme le robinet de la branche directe dès que le repère montre que le poinçon l'a dépassé, et l'on n'ouvre celui de la branche oblique qui doit donner passage au liquide qu'après s'être bien assuré que la baudruche, dont elle est munie, est convenablement disposée.

Dès que le liquide s'est écoulé en quantité suffisante, on ferme le robinet de la canule oblique, et, après avoir adapté à celui de la canule droite un tube flexible ou une seringue parfaitement purgée d'air, et enfoncée jusque sur le robinet, on pousse l'injection, qu'on peut ensuite faire sortir à volonté, en ouvrant l'autre robinet.

Tous ceux qui ont pratiqué plusieurs fois la thoracentèse, auront remarqué dans certains cas un incident qui n'est noté nulle part, et contre lequel je tiens à vous mettre en garde, c'est un sifflement au moment où la pointe du trocart, quittant la canule, on applique la baudruche sur l'orifice. Eh bien! ce sifflement qui annonce l'entrée de l'air, tient à une grande inspiration spasmodique, causée sans doute par l'émotion du moment, et à moins que la poitrine ne soit absolument pleine, cette inspiration y entraîne nécessairement une certaine quantité d'air.

Il suffit, sans contredit, d'être prévenu de la possibilité de cet accident pour l'éviter; mais, je le répète, vous ne l'éviterez pas sans difficultés, et ces difficultés s'accroîtront encore au moment de l'injection, alors surtout que des fausses membranes viendront boucher la canule et nécessiter des manœuvres délicates.

Supposez maintenant un jeune praticien mal aidé, presque aussi ému que le malade, et il y aura toutes les chances possibles pour l'introduction de l'air.

Or, vous savez combien je redoute l'air dans la plèvre, convaincu, malgré tous les dires contraires, qu'il transforme promptement les épanchements séreux en épanchements purulents, et que, dans ces derniers, il augmente promptement la fétidité du pus.

En résumé, notre nouveau trocart à double branche évite certainement bien des difficultés, et si j'insiste pour vous le faire adopter, c'est que les moindres modifications sont précieuses lorsqu'elles ont pour résultat d'enlever quelques instants à une opération, quelques souffrances à un opéré, en augmentant surtout la sécurité de l'opération.

Je reviens à notre malade.

Quand on a un litre de pus de moins dans la poitrine, on ne peut pas ne pas être soulagé; aussi éprouva-t-il une amélioration marquée pendant les huit premiers jours.

A part une amertume très désagréable, il n'y eut aucun symptôme d'iodisme, et cependant l'iode était absorbé, ce que vous prouvait cette amertume métallique de la bouche, et ce que démontrait, d'ailleurs, chaque jour, la couleur bleue de l'urine sous l'influence du chlore et de l'amidon.

Quelques-uns des accidents colliquatifs, la diarrhée et les sueurs, avaient cessé, mais la fièvre lente et l'anorexie continuaient, et la persistance de l'amphoricité après la ponction nous avait bien forcé à les prévoir, puisque cette persistance de l'amphoricité annonçait la persistance de la condensation pulmonaire, et que la persistance de la condensation pulmonaire, après l'évacuation d'un litre de pus, annonçait nécessairement une vaste cavité pyogénique qu'il serait, sans doute, impossible de tarir.

Effectivement, au bout d'une dizaine de jours, les accidents antérieurs revenaient, la fièvre hectique plus intense prouvait la reproduction du pus, et il y avait hâte de l'évacuer de nouveau.

Quelle méthode employer? Les ponctions successives? Ce serait la meilleure, si elles ne lassaient la patience des malades les plus courageux.

Les sondes à demeure dans l'espace intercostal? Nous en avons essayé de tout genre autrefois; toutes produisent la plupart du temps des douleurs intolérables si elles sont grosses, ou laissent passer l'air si elles sont minces, sans donner un suffisant passage au pus.

L'incision intercostale? C'est la méthode à laquelle j'aurais donné, en dernière analyse, la préférence, malgré ses inconvénients, si, sur ces entrefaites, M. Sédillot n'eût adressé à l'Institut son mémoire sur l'opération de l'empyème par la trépanation d'une côte, c'est-à-dire par la méthode d'Hippocrate.

Autant nous nous défions de tous ces procédés nouveaux inventés dans le cabinet et prônés souvent avant l'épreuve clinique, autant nous avons hâte, dans les *desiderata* de la pratique, d'employer les méthodes recommandées par les hommes d'une grande valeur, quand surtout elles ont déjà subi entre leurs mains la sanction des faits étudiés publiquement.

Je priai donc immédiatement le très savant professeur de Strasbourg de m'envoyer ses instruments, et hier même, après avoir préalablement produit l'anesthésie locale au moyen du mélange réfrigérant, nous avons pratiqué la trépanation de la neuvième côte et donné issue à un litre de pus moins fétide que la première fois.

Cette opération, qui paraît barbare au premier abord, puisque le prétendu trépan n'est autre qu'une simple vrille de menuisier, est, comme vous l'avez vu, assez prompte et assez facile, mais elle laisse cependant à désirer en quelques points, et il n'est pas douteux que M. Sédillot ne la perfectionne encore.

Ainsi ne pourrait-on faire en sorte que la canule se plaçât dans la côte en même temps que la vrille? Ne pourrait-on, tout au moins, disposer dans la vrille un stylet qui servirait de conducteur à la canule? Mais ce ne seraient là que de très minces perfectionnements de détail, et l'important, ici, ce n'est pas le procédé, c'est la méthode.

Or, la méthode de M. Sédillot consiste à introduire à demeure, dans la côte, une canule par laquelle, sans irriter la plèvre ni la plaie, on puisse régler à volonté l'écoulement du pus et les injections, de manière à permettre le retrait graduel des côtes, l'ampliation graduelle du poumon, et à modifier par les injections le sac pseudo-pleural.

Parviendrons-nous ici à cet heureux résultat? Je ne l'espère pas. Évidemment, nous allons prolonger la vie. Évidemment, nous allons modérer les souffrances, et déjà vous avez vu la dyspnée diminuer après l'évacuation du second litre de pus comme après le premier, et le malade se mouvoir plus librement.

Est-ce que le poumon droit, cessant d'être comprimé, reprendrait déjà un peu de respiration? Non! il est trop tard pour obtenir le rétablissement du poumon droit, et le soulagement vient uniquement de ce que le poumon gauche n'est plus comprimé par l'épanchement du côté droit.

Mais qu'est-ce qui va combler cet immense vide laissé par l'évacuation du pus? Est-ce l'ampliation graduelle du poumon comprimé? Non, il est probablement trop tard! Ce poumon, vous le voyez d'ici, caché contre la colonne vertébrale, et emprisonné dans une coque inextensible, comme ceux que nous avons déposés au Musée. Ce sera la rétraction des côtes, le développement du poumon sain, le libre soulèvement du diaphragme, et, enfin, quelque portion du poumon malade, s'il en reste qui ne soit pas encore définitivement condensée.

Malheureusement, tout cela sera insuffisant. Les injections modificatrices elles-mêmes atténueront mais ne tariront pas le pus; le poumon sain se fatiguera de respirer tout seul, l'économie s'affaiblira graduellement, et la mort arrivera, par le progrès insensible de la cachexie générale, si elle n'arrive, comme nous l'avons déjà vu, par une affection promptement fatale du côté sain.

Avons-nous donc eu tort, d'après ce pronostic si grave, de faire subir au malade deux opérations, et aurons-nous encore tort de le fatiguer par des soins incessants? Non! je vous ai dit les probabilités; mais les possibilités, vous savez qu'elles sont infinies, et lorsque les probabilités font défaut, c'est d'après les possibilités que doit se régler la thérapeutique.

Maintenant, Messieurs, comme il faut que l'exemple de ce malade vous profite dans votre pratique, voici, en quelques mots, et pour qu'il ne reste aucun doute dans votre esprit, comment vous devez considérer la ponction de la poitrine :

Inutile, sinon impossible, dans les épanchements aigus, à moins d'une dyspnée exceptionnelle; nécessaire dans les épanchements chroniques séreux, elle est indispensable dans les épanchements purulents.

Promptement curative au début de la chronicité, à moins de diathèse tuberculeuse, elle n'est plus que palliative lorsque les cellules pulmonaires ont été anéantics par une longue compression.

Quant au mode opératoire, je vous conseille, pour la première ponction, mon trocart à double robinet; pour la deuxième, et seulement si l'épanchement est purulent, la trépanation d'Hippocrate et de Sédillot.

Malgré ce que cette dernière méthode peut laisser encore à désirer, c'est celle qui, dans l'état actuel de la science, paraît réunir le plus de chances favorables à la guérison du pyothorax.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LA FIÈVRE JAUNE A LISBONNE.

L'épidémie meurtrière qui vient de sévir à Lisbonne pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre derniers, n'a été que signalée par l'UNION MÉDICALE; mais aucun fait précis, aucun détail circonstancié n'ayant été enregistré jusqu'ici pour éclairer les médecins sur ce point important d'épidémiologie, il est utile de résumer les renseignements publiés à cet égard par la presse portugaise.

L'invasion de l'épidémie fut subite, sans signes précurseurs. Le choléra venait de cesser, deux cas s'étaient seulement manifestés en août, lorsque soudain des cas de fièvre suspecte éclatèrent simultanément dans le voisinage de la Douane, sur des employés de cet établissement. Les cas isolés et légers se multiplièrent rapidement en s'aggravant, et bientôt ils furent si nombreux en ville et à l'hôpital, et tellement caractérisés, qu'il fut impossible de méconnaître la nature de la maladie; aussi son vrai nom s'échappa-t-il spontanément de toutes les bouches, alors que les médecins cherchaient encore à le taire, pour ne pas alarmer la population.

Le foyer primitif s'étendit rapidement aux rues adjacentes, aux paroisses limitrophes, et envahit presque la ville entière. Mais, tandis que dans certains quartiers, les cas étaient légers, isolés, sans propagation notable, le fléau sévissait avec la plus grande intensité dans d'autres, et principalement dans son foyer primitif; attaquant d'abord les habitations pauvres, peuplées et insalubres, surtout celles situées au midi et à l'ouest, puis les autres, sans en épargner une, allant du rez-de-chaussée, loges, boutiques, magasins, aux étages supérieurs, sans en oublier un. Ce fait est surtout remarquable, parce que les cas rares observés *extra muros*, souvent parmi une population très nombreuse et accumulée, mais placée au grand air et dans des lieux élevés, restèrent isolés, sans se communiquer.

Le relevé des victimes n'a pas été fait assez exactement en ville pour indiquer la marche de l'épidémie ni sa mortalité; voici, à cet effet, la statistique sommaire des hôpitaux spéciaux.

Septembre	609 hom.	103 fem.	712
15 Octobre. . . .	712	221	933
31 *Id.*	1,180	304	1,484
15 Novembre. . .	811	227	1,038
30 *Id.*	508	190	698
15 Décembre. . .	843	52	895
31 *Id.*	55	19	74
	4,718	1,116	5,834

Les cas connus en ville étant de 7,842, le total général s'élève ainsi à 13,676.

Le maximum de la période croissante dans les hôpitaux a été de 298 entrées le 20 octobre, elles ont ensuite diminué à peu près graduellement jusqu'au 23 décembre.

La différence très remarquable entre les hommes et les femmes est attribuée à ce que celles-ci s'exposaient moins à l'infection. Peu d'enfants ont été atteints, et la plupart ont guéri. La population souvent nombreuse des établissements publics, comme l'Hôpital général, celui de Saint-Lazare, celui des Aliénés, l'hospice des Orphelins, l'Asile de mendicité, a été généralement épargnée. Il y a eu également peu de cas dans les prisons. Le contraire eut lieu parmi les ouvriers de l'Arsenal, ce qui provoqua une visite du Conseil de salubrité dans cet établissement. On y trouva des tas d'ordures, d'immondices qui furent enlevés immédiatement.

Les douaniers ayant été les premières victimes de l'épidémie, on n'a pas manqué d'en attribuer l'origine à des navires suspects, n'ayant pas subi les précautions sanitaires voulues; mais la Douane et ses alentours ayant été reconnues dans des conditions très insalubres, l'épidémie peut parfaitement s'y être développée spontanément. C'est même là l'opinion la plus accréditée aujourd'hui parmi les observateurs portugais, en raison surtout des éléments favorables à ce développement existant à Lisbonne. L'insuffisance d'eau pour la propreté des rues, des maisons et des habitants, surtout sous un pareil climat, le dépôt des excréments d'animaux sur la voie publique, l'obstruction permanente des canaux de propreté par des immondices, des ordures exhalant des émanations pestilentielles, des latrines à ciel ouvert, l'abattoir et ses dépendances au milieu de la ville, l'extrême malpropreté des cours, allées et escaliers des maisons, toutes ces causes délétères et bien d'autres, aidées des chaleurs tropicales de l'été n'ont-elles pu développer une infection miasmatique spéciale? L'infériorité relative des cas observés hors la ville, dans les lieux sains, élevés, leur peu de gravité et de propagation, militent en faveur de cette opinion.

Deux médecins entre autres paraissent avoir été victimes de leur dévouement auprès des malades et comme, sauf de rares exceptions, les cas isolés aux environs de la ville se sont montrés après une communication directe, certaine, avec le foyer principal, la transmission infectieuse est regardée comme évidente par les médecins portugais.

La couleur jaune était très marquée dans les cas graves; les hémorrhagies de la peau et des muqueuses extrêmement fréquentes. Beaucoup de malades à la seconde période, chez lesquels tout annonçait une terminaison heureuse, ont été frappés mortellement en quelques heures, sans cause appréciable. Quelques-uns, qui se levaient, mangeaient, dont le rétablissement paraissait certain, ont succombé de la même manière. Le pouls et les forces tombaient tout à coup; le délire, les hémorrhagies se manifestaient aussitôt, puis le hoquet arrivait, l'état adynamique et la mort. Ces récidives ont été également observées dans le choléra, le typhus et la peste.

La forme intermittente et rémittente, rare et irrégulière au début, a été plus fréquente et régulière dans la période décroissante de l'épidémie. L'intermittence n'avait ni la régularité de type ni d'heure des fièvres paludéennes, ni ne cédait de même au sulfate de quinine. Un certain nombre de fièvres périodiques ont été traitées à l'hôpital St-José à cette époque, sans prendre le caractère épidémique, ce qui est remarquable pour la solution de la question agitée récemment à l'Académie de médecine, sur l'origine unique de ces deux maladies.

Dans certains cas, la maladie revêtait la forme de l'embarras gastrique ou de la fièvre muqueuse. La forme typhique avec délire ou un état comateux, s'est également offerte, mais la marche différait sensiblement. Un grand nombre de personnes, sans se déclarer malades, ont éprouvé l'influence épidémique par des phénomènes insolites et passagers, comme perte d'appétit, nausées, céphalalgie, courbature, insomnie, bouche mauvaise, frissons, sueurs, etc., etc.

Le traitement a consisté en purgatifs salins et huileux, diaphorétiques, acides minéraux et végétaux, quinine, camphre, valériane, ventouses sur l'estomac, vésicatoires, frictions stimulantes

et sinapismes. Dans beaucoup de cas graves, ce traitement a été efficace; dans d'autres, au contraire, malgré ces moyens, la maladie marchait rapidement à une terminaison fatale. La mort arriva le plus souvent du quatrième au cinquième jour, et les attaques fulminantes n'eurent guère lieu que dans le cas de récidive.

La crainte justifiée des émissions sanguines n'a pas empêché quelques praticiens d'y recourir avec ménagement et de grands avantages à la première période, chez les sujets robustes, où la réaction était à craindre. Le sulfate, le carbonate de fer et d'autres hémostatiques ont quelquefois réussi contre les hémorrhagies.

La proportion de la mortalité générale, d'après les bulletins officiels, est de 1 sur 3,50 environ; mais il est reconnu qu'un certain nombre de cas ont échappé au recensement. Sur les 5,834 malades admis dans les hôpitaux spéciaux, il y a eu 2,063 décès, c'est-à-dire 1 sur 2,82. La mortalité proportionnelle des femmes est un peu plus favorable que celle des hommes : il y a eu 384 décès sur 1,116 cas, et 1,679 décès sur 4,718 cas parmi les hommes.

Telles sont les données les plus précises sur cette grave épidémie de fièvre jaune. Peut-être de nouveaux éclaircissements surgiront-ils de la discussion ouverte devant le Congrès réuni à cet effet.

Dr P. Garnier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Vaucluse et de l'Oise, en 1857.

2° Un rapport de M. le docteur Haushalter, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Kontz-Basse (Moselle).

3° Deux rapports de M. le docteur Schacken, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bidestroff et de Zommages (Meurthe).

4° Un rapport de M. Bolut, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saligney (Jura).

(Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

MM. Ch. Robin et Ern. Barthez demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoyé à la section.)

— M. Chassinat, médecin à Hyères (Var), communique quelques extraits d'un mémoire sur la fièvre puerpérale, qu'il a rédigé d'après des observations recueillies, en 1835, à la Clinique d'accouchements de Paris.

— M. le docteur Bonhomme, de Verfeil, adresse une observation de rage suivie de guérison, et une observation de résection du poignet pratiquée avec succès. (Comm. M. Renault.)

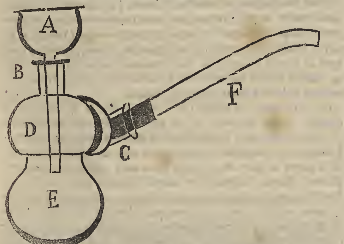
— M. le docteur Alex. Mayer présente un nouveau modèle de son *inhalateur*, auquel il a apporté diverses modifications. Tel qu'il est actuellement, l'appareil se compose des pièces suivantes :

A. Entonnoir qui sert à introduire les substances médicamenteuses.

B. Orifice qui, resté ouvert, donne passage à l'air extérieur.

C. Second orifice, auquel s'adaptera, au moyen d'un embout en caoutchouc, le tube aspirateur *F*, dont le calibre est égal, dans toute sa longueur, à celui de la trachée-artère.

E. Est la partie inférieure d'un ballon qui reçoit les médicaments, et qu'un rétrécissement horizontal sépare d'un chapiteau *D*, affecté à l'accumulation des vapeurs, afin de saturer plus complétement l'air qui le traverse pour pénétrer dans les poumons.



L'instrument tout entier est en verre. (Com. MM. Louis, Rostan, Michel Lévy.)

— M. le docteur Lafosse, de Valeroy-le-Sec (Vosges), adresse une note sur la bile de bœuf comme succédané de la digitale. (Commissaire : M. Piorry.)

— L'auteur d'un mémoire intitulé : *De l'action thérapeutique du perchlorure de fer*, adressé pour le concours des prix de l'Académie, s'est trompé ; la question qu'il a traitée a été posée pour l'année 1859.

— M. E. Baudrimont adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition chimique des cendres de cheveux*. (Com. M. Boudet.)

— M. le docteur Avrard, de La Rochelle, adresse un fœtus encéphale qu'il a reçu, au terme de sept mois; cet envoi est accompagné d'une note explicative. (Com. M. Depaul.)

— M. le docteur Letellier, de Saint-Leu-Taverni, adresse une lettre sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. (Comm. des épidémies.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret approuvant l'élection de MM. Littré et Is. Geoffroy Saint-Hilaire, comme membres associés libres, en remplacement de MM. Arago et Darut.

M. le Président invite MM. Littré et Is. Geoffroy Saint-Hilaire, présents à la séance, à signer la feuille de présence.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La parole est à M. Beau :

« Je viens, Messieurs, répondant à l'invitation de M. Depaul, faire connaître les résultats du traitement que j'ai institué à l'hôpital Cochin, contre la fièvre puerpérale, c'est-à-dire du traitement par le sulfate de quinine.

Avant d'aborder la question thérapeutique qui nous divise, je dois dire quelques mots de la question pathogénique qui ne nous divise pas moins.

Il y a deux manières d'envisager la fièvre puerpérale : pour les uns, c'est une phlegmasie analogue à la péritonite ; pour les autres, la phlegmasie ne serait que la manifestation d'une fièvre, d'une pyrexie. C'est cette dernière manière de voir qu'adopte M. Depaul, et je me range parmi les partisans de la première doctrine. Voyons quelles sont les raisons qui militent en faveur de l'une ou de l'autre ; mais disons d'abord que la fièvre puerpérale a été distinguée en deux espèces par Doublet : 1° en fièvre légère, éphémère, ne durant qu'un jour ou deux, c'est la fièvre de lait ; 2° en fièvre maligne ou grave. C'est sur cette dernière seulement que portera le débat.

Cette idée de considérer la fièvre puerpérale comme une pyrexie est fort ancienne dans la science. Bichat, après un très grand nombre d'autopsies, avait renversé l'idée de pyrexie et fait adopter l'idée de phlegmasie; pour lui, eu égard aux lésions qu'il rencontrait le plus souvent, la fièvre puerpérale était une péritonite et, pendant longtemps, l'affection qui nous occupe ne fut pas désignée autrement que sous le nom de péritonite puerpérale. Mais, plus tard, les progrès de l'anatomie pathologique montrèrent les lésions propres à la phlébite, à la lymphangite, etc., et alors le mot de péritonite puerpérale ne pouvant pas s'appliquer à ces lésions diverses, on est revenu à l'ancienne dénomination de fièvre puerpérale qui embrassait tout.

Je vais chercher, Messieurs, à établir que la fièvre puerpérale dépend d'une phlegmasie, ou plutôt est une phlegmasie.

Je reconnais — et, en cela, je me rapproche de l'opinion de M. Depaul — que l'apparition de la fièvre puerpérale est précédée par quelque chose, par un état général sur lequel mon honorable contradicteur ne s'explique pas, et que j'appellerai une diathèse inflammatoire. La diathèse, Messieurs, n'est pas un zéro en pathologie, c'est une x, ce qui est fort différent. Les diathèses n'ont pas de symptômes à elles ; elles ne se révèlent que par leurs manifestations. Ainsi, le développement des tubercules est précédé par la diathèse tuberculeuse, qu'on ne reconnaît pas tant que les tubercules n'ont pas fait explosion.

Cette inconnue (la diathèse) n'est pas la seule qui rende difficile l'étude de l'affection puerpérale; il en est une autre, c'est la constitution atmosphérique. On comprend que ces deux inconnues se compliquent l'une l'autre en intervenant, pour des proportions différentes, dans la production de la fièvre puerpérale. J'ajoute que les dangers ne viennent pas des diathèses; quand elles sont seules, on n'en meurt jamais; on ne meurt que de leurs manifestations. La diathèse tuberculeuse est inoffensive, mais sa manifestation, le tubercule, est mortel.

De toutes les manifestations de la diathèse puerpérale, la péritonite est la plus fréquente. Ordinairement elle est seule; quelquefois elle s'accompagne de lymphangite, de phlébite, etc.

Cette péritonite, tantôt utérine, tantôt généralisée, peut s'accompagner de tympanite considérable de l'intestin, qui, à elle seule, constitue un danger des plus sérieux en gênant la respiration, et, par suite, l'hématose, par le refoulement du diaphragme. Souvent encore, un danger mortel résulte des concrétions polypeuses qui se forment dans le cœur. Ces concrétions, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, sont constituées par la couenne du sang, par la fibrine, et impriméraient, à elles seules, un cachet phlegmasique à la maladie dont je parle. Non seulement fréquente, mais habituelle dans la péritonite, cette complication explique l'anxiété et les troubles généraux dont on ne peut pas, sans elle, se rendre compte par l'intensité de la péritonite.

Maintenant, il existe des différences énormes dans les symptômes, selon que la péritonite est partielle ou qu'elle est généralisée. Le péritoine, suivi dans tous ses replis, est une membrane immense, dont l'étendue est certainement plus que double de celle de la peau. On comprend que de son invasion phlegmasique plus ou moins complète, doivent résulter des différences de gravité qui ont fait penser à des différences de nature de la maladie. Il en est de même pour la bronchite, selon qu'un seul tuyau bronchique est pris ou que toutes les ramifications de l'arbre aérien sont envahies. On est très porté à prendre pour des différences de qualité, ce qui, au fond, se résume en des différences de quantité.

J'ai dit tout à l'heure que M. Depaul et moi, nous admettons tous deux que la fièvre puerpérale est précédée par quelque chose : je viens d'essayer de faire comprendre ce que j'entendais par diathèse : on comprendra, je l'espère, sans que j'insiste davantage, quel immense intervalle sépare la diathèse de la pyrexie admise par mon contradicteur.

Voyons à présent si la fièvre puerpérale réunit plutôt les caractères des phlegmasies que ceux des pyrexies : son début est brusque, il y a du frisson, de la douleur dans le bassin. Or, la pneumonie, qui est la phlegmasie par excellence, ne débute pas autrement.

Dans les pyrexies, il y a toujours des éruptions, c'est leur caractère propre ; témoins, les fièvres dites éruptives et la fièvre typhoïde, qui est toujours accompagnée de l'éruption lenticulaire ; il n'en existe pas dans la fièvre puerpérale.

Il y a, dit-on, des symptômes typhoïdes dans la fièvre puerpérale. C'est vrai, mais il ne faut pas s'y tromper, les symptômes typhoïdes apparaissent à la période ultime de toutes les phlegmasies qui se terminent par la mort.

D'autres caractères, plus convaincants encore, nous sont fournis par le sang. D'après MM. Andral et Gavarret, la fibrine n'augmente jamais dans les pyrexies; c'est le contraire dans les phlegmasies. Qu'observe-t-on, à ce sujet, dans la fièvre puerpérale? Il n'y a pas beaucoup d'observations sur ce point particulier. Cependant, j'ai trouvé quelques recherches à ce propos dans une thèse soutenue par M. Hersent, en 1845. L'auteur, comme il le dit lui-même, était parti d'idées préconçues; il était convaincu qu'il avait affaire à une pyrexie et qu'il devait, en conséquence, trouver les preuves de la dissolution du sang; or, il résulte de ses expériences, qu'il n'a jamais trouvé cette dissolution du sang dans la fièvre puerpérale.

Après avoir rappelé que, pendant la grossesse, le chiffre de la fibrine est plus élevé qu'à l'état normal (il est alors de 4,3), M. Beau donne lecture de différents passages de la thèse de M. Hersent, qui montrent la fibrine augmentée quelquefois et jamais diminuée dans la fièvre puerpérale, même quand cette fièvre revêt la forme typhoïde. « On est donc en droit de conclure que cette affection est une phlegmasie et point du tout une pyrexie.

Sur 49 femmes mortes à la suite de fièvre puerpérale, on trouve des lésions caractéristiques; sur la cinquantième, on ne trouve rien. Il faut ici, comme le recommande Pascal, être sévère à l'exception et ne pas l'accepter sans y regarder de près. Que de lésions peuvent passer inaperçues! Ainsi, à l'hôpital Cochin, on fait l'autopsie d'une femme, on ne trouve rien : Un élève donne, par hasard, un coup de bistouri dans la fesse du cadavre, il s'échappe un flot de pus et l'on découvre un vaste abcès de la région lombaire. Mais, enfin, j'accorde que, dans quelques cas, il n'y ait véritablement pas de lésions. Est-ce que cela ne rentre pas dans les observations journalières de la pathologie ordinaire? Il meurt un bon nombre de malades à l'autopsie desquels le scalpel ne découvre pas la cause de la mort. Fièvre essentielle! dit-on. Je dirais plus volontiers : cas dont l'histoire est encore à faire.

On oppose à la fièvre puerpérale, considérée comme phlegmasie, son caractère contagieux; mais les phlegmasies contagieuses ne sont pas rares : certaines conjonctivites, la dysenterie, etc., qui sont bien évidemment des phlegmasies, sont contagieuses. On fait valoir encore, en faveur de la pyrexie, les troubles généraux qui entraînent la mort de l'enfant (Thèse de M. Lorain). Mais ne peut-on pas admettre que l'influence diathésique inflammatoire est subie par les deux individus?

Une autre difficulté vient de ce que les partisans de la pyrexie admettent deux sortes de péritonite; une péritonite phlegmasique, que personne ne nie, et une péritonite pyrexique. Comment les distingue-t-on? Je n'en sais rien. »

M. Beau lit un passage d'une thèse, récemment soutenue à la Faculté de Paris, dans lequel l'auteur a cherché à établir ce diagnostic différentiel et il montre que, selon lui, l'auteur a eu en vue tantôt une péritonite partielle et tantôt une péritonite générale.

« On distingue, en pratique, dit-on, et c'est l'essentiel, la péritonite phlegmasique de la pyrexique, en ce que la première guérit et en ce que la seconde ne guérit jamais. Mais on accorde que la péritonite phlegmasique peut se généraliser et alors la question reparaît : comment distinguer la péritonite phlegmasique généralisée de la péritonite pyrexique? A l'amphithéâtre, les lésions qu'on trouve sont identiques.

Avant d'en finir avec la question pathogénique, permettez-moi, Messieurs, de revenir sur un point de la thèse de M. Hersent, j'y tiens. Cet observateur a trouvé que le chiffre de la fibrine était plus élevé dans la fièvre puerpérale à forme typhoïde que dans les autres formes, et c'est précisément le contraire qui aurait dû être trouvé si cette affection était une pyrexie.

J'arrive au traitement. Voici comment je procède : l'ipéca est administré d'abord, quelle que soit la forme de la fièvre.

On donne ensuite le sulfate de quinine à la dose d'un gramme, en prévenant la malade des symptômes nouveaux qu'il va déterminer, afin que ces symptômes ne soient pas pour elle une source d'inquiétude et de terreur préjudiciables; puis on continue de lui faire prendre de huit heures en huit heures 0,75 de ce même médicament.

Le lendemain, on trouve moins de chaleur à la peau, le pouls a perdu de sa fréquence; il y a du bien-être, la face est moins altérée, etc.

Une précaution importante consiste à chercher le degré de tolérance des malades; il faut augmenter la dose quand la surdité diminue.

Le sulfate de quinine doit être administré plusieurs jours de suite. Quelquefois les malades le rejettent; il faut le remplacer immédiatement par une dose nouvelle, et, quand la répugnance est invincible, l'administrer en lavement.

C'est cette impressionnabilité variable des malades qui rend surtout ce traitement difficile.

Comme accessoires, je fais placer de larges vésicatoires sur l'endroit de l'abdomen qui est douloureux.

On peut très bien cumuler le commencement de l'alimentation avec la continuation de la médication. Enfin, ce traitement est en tout comparable à celui qu'on a mis en usage pour combattre le rhumatisme articulaire aigu.

Guérit-on toutes les formes de la péritonite puerpérale par ce moyen? Évidemment non. Les péritonites limitées, celles qu'on pourrait appeler sous-ombilicales, guérissent; les sus-ombilicales ne guérissent pas. Les sous-ombilicales, compliquées de concrétions polypeuses du cœur, ne guérissent pas. Si donc on réserve le nom de fièvre puerpérale à ces formes graves, j'avoue que, pas plus que les autres, je ne les guéris.

Un mot des expérimentations de M. Depaul : je dois dire que rien n'est facile comme de ne pas réussir. Cela tient presque toujours à quelques détails qu'on néglige. Je ne connais pas les observations de mon contradicteur; mais une réflexion de sa part m'a frappé : il s'est étonné qu'une femme de son service, morte le quatorzième jour, eût pris 19 grammes de sulfate de quinine, dose énorme selon lui. Mais à 2 gr.,50 par jour, cette femme aurait dû en prendre plus de 30 grammes. Il y a donc certainement une différence notable entre nos deux manières de procéder.

Que si l'on me reprochait de ne guérir que les cas légers, je répondrais que j'obtiens une amélioration considérable même dans les cas que je ne guéris pas, et je rappellerais que, toujours, les médications nouvelles ont eu de la peine à se faire accepter. Le tiers du livre de Torti est consacré à faire l'apologie du quinquina, et à lui aussi on reprochait de ne pas guérir les fièvres intermittentes pernicieuses; il ne guérissait non plus, au dire de Ramazzini, que les cas légers. Le quinquina est pourtant employé, de nos jours, contre tous les cas de fièvres intermittentes indistinctement. Ce qui ne veut pas dire que les accusations de Ramazzini ne fussent pas fondées. En Afrique, on ne guérit guère que la moitié des fièvres pernicieuses, et, sur les côtes de Madagascar, on en guérit beaucoup moins encore.

En résumé, je suis prêt à reprendre les expérimentations, et comme M. Depaul, sans doute, je suis prêt à revenir de mes opinions si les faits, bien observés, me donnent tort.

M. Piorry, orateur inscrit, n'étant pas présent, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Verneuil lit un travail ayant pour titre : *Recherches critiques sur l'histoire de l'autoplastie*. (Com. MM. Robert, Nélaton, Malgaigne.)

Nous donnerons le résumé de ce travail dans notre prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Quarterly journal of practical medicine and surgery, Juillet 1857.

EMPLOI DU SULFATE D'ATROPINE DANS LES MALADIES DES YEUX, par le docteur F. Mosler. — L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Le sulfate d'atropine est préférable à l'alcaloïde pur. A l'état de pureté, le sulfate employé avec les précautions nécessaires, même à fortes doses (5 grammes pour une once d'eau distillée), n'a jamais eu d'effet fâcheux sur les yeux ; il faut se tenir en garde contre l'absorption des larmes qui coulent des yeux mélangées avec la solution, et de l'absorption de la solution même par la muqueuse ou les points lacrymaux.

2° Dans les recherches ophthalmoscopiques, l'atropine rend souvent de grands services : afin de diminuer autant que possible les inconvénients qui résultent quelquefois de son emploi, il faut agir avec prudence, c'est-à-dire se servir de solutions d'abord faibles, puis plus fortes s'il est nécessaire. Du reste, l'emploi de l'atropine n'est pas, *à priori*, indispensable pour les examens ophthalmoscopiques.

3° Dans les états inflammatoires de l'œil, spécialement dans ceux qui sont caractérisés par une violente douleur, une grande photophobie et un larmoiement abondant, comme sont les blessures de l'œil, avec ou sans lésion de l'iris, l'atropine est un excellent calmant, son action sur les nerfs sensitifs de l'œil enlevant rapidement l'irritation en excès. Comme agent thérapeutique, elle semble agir sur les nerfs moteurs de l'œil, suivant de Græfe, elle paralyse les muscles oculaires qui, dans ces inflammations, compriment fortement les membranes internes et y déterminent un état d'hyperémie. C'est ce qui explique comment, sous l'influence de l'atropine, les abcès de la cornée sont moins souvent suivis de la perforation de cette membrane et se cicatrisent plus facilement, et l'hypopyon est plus facilement résorbé.

4° Les collyres astringents, particulièrement les liquides caustiques, sont mieux supportés et agissent plus efficacement quand la sensibilité de l'œil, exagérée par l'inflammation, a été diminuée par l'action de l'atropine.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA GLYCÉRINE, par le docteur W. Lindsay. — Une longue série d'expériences a démontré à l'auteur que, dans un grand nombre d'affections, la glycérine employée à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, est un excellent agent thérapeutique. Comme médicament interne, elle semble jouir des mêmes propriétés que l'huile de foie de morue, elle est plus agréable à prendre, et, dans les cas où l'huile de foie de morue n'était pas supportée, la glycérine lui a été substituée avec avantage. Employée à l'extérieur, la glycérine est un palliatif, sinon un spécifique dans certaines maladies de la peau. Combinée à l'hyposulfite de soude, elle guérit la teigne ; unie au soufre, elle réussit dans la gale, dans le psoriasis invétéré, dans le pityriasis, la lèpre, le lichen, l'eczéma, l'impétigo, le prurigo, dans certaines formes de lupus, et plusieurs éruptions strumeuses et syphilitiques. — (*Edimburg medical Journal*, avril 1857.)

PARALYSIE PARTIELLE DES EXTRÉMITÉS, PRODUITE PAR L'USAGE DE TABAC A PRISER CONTENANT DU PLOMB, par le docteur M. Meyer. — L'auteur rapporte quatre cas intéressants dans lesquels l'histoire et les symptômes justifient le diagnostic d'empoisonnement plombique : 1° paralysie plus ou moins complète des extenseurs de l'avant-bras ; 2° projection des os du métacarpe ; 3° teint pâle jaunâtre. Dans trois cas, des coliques ont précédé la paralysie ; il n'y en a pas eu chez le quatrième malade. Dans trois cas, la paralysie affectait surtout l'extenseur commun des doigts, dans le quatrième, c'était le deltoïde. L'analyse a montré la présence du plomb dans le tabac que prenaient ces quatre malades ; elle a démontré que, dans les tabacs enveloppés dans des feuilles de plomb, il se formait de l'oxyde de plomb, dans la proportion de 0.78 à 1.78 pour 100.

DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME, par le docteur Virchow. — Cette maladie n'avait pas encore été décrite, l'auteur lui donne le nom de dégénérescence amyloïde. C'est le cas d'une femme qui mourut à la suite d'une dégénérescence de différents organes, présentant cette altération particulière de tout l'appareil génital ; elle s'étendait aux ovaires, aux tubes ovariens et à l'utérus : ce dernier était dilaté, transparent, clair et profondément anémié. Le dépôt de la matière amylacée avait suivi les fibres musculaires organiques qui toutes donnaient la réaction iodique. Chez cette femme, la dégénérescence avait marché concurremment avec une maladie de Bright.

RUPTURE DE L'UTÉRUS, GASTROTOMIE, GUÉRISON, par le docteur H. Bayne. — Ce fait s'est présenté chez une femme robuste de 25 ans, à son quatrième accouchement. Pendant plusieurs heures elle éprouva de violentes douleurs à l'épigastre, avec sensation de déchirement, puis cessation complète des douleurs et des contractions utérines ; pouls à 130, prostration, coma ; la tête du fœtus se présenta d'abord, puis elle se retira subitement, et tout le contenu de l'utérus passa rapidement dans l'abdomen, à travers les parois duquel on sentait très distinctement l'enfant. Une large déchirure s'était faite à la partie antérieure du fond de l'utérus. La gastrotomie fut aussitôt pratiquée, il sortit une quantité considérable d'un liquide séro-sanguinolent, pas d'hémorrhagie. Le fœtus était énorme. L'utérus était aminci au niveau de la déchirure, celle-ci était irrégulière. Il survint de la péritonite au troisième jour. Pendant plusieurs semaines il se fit par le vagin un écoulement abondant de pus grumeux et foncé. La malade guérit. Le diamètre antéro-postérieur était étroit, et la capacité du bassin était moindre que la normale, cependant les trois premiers accouchements s'étaient faits sans accidents. — (*American Journal of medical science*, janvier 1857.)

TRANSFUSION DU SANG, par le docteur Higginson. — L'auteur rapporte sept cas fort curieux de transfusion du sang. L'instrument qu'il a inventé est fort ingénieusement construit pour conserver à une température convenable le sang qui doit être injecté, et pour prévenir l'introduction de l'air dans la veine.

Obs. I. — *Prostration extrême produite par l'allaitement prolongé de deux enfants.* — L'affaiblissement était considérable, la malade s'évanouissait chaque fois qu'elle voulait lever la tête de son oreiller ; la mort était imminente. Une domestique vigoureuse fournit 12 onces de sang, qui furent injectées en entier : le pouls reprit un peu de force et la malade s'endormit ; bientôt il survint un peu de raideur dans les membres, mais qui cessa peu d'instants après : la réaction se fit, la malade chanta à haute voix une action de grâce ; le rétablissement fut prompt.

Obs. II. — *Hémorrhagie considérable après la sortie du délivre.* — Anéantissement rapide : la sœur de la malade fournit le sang dont on put facilement injecter 10 à 12 onces. Le résultat fut immédiat, et le rétablissement se fit sans accidents.

Obs. III. — *Décollement prématuré du placenta avant la sortie du fœtus ; hémorrhagie.* — Le placenta, sans doute tiraillé, se décolle pendant le passage de la tête au col de l'utérus ; une hémorrhagie abondante se produit ; la malade est presque cyanosée. Une domestique robuste fournit le sang ; l'injection avait déjà fait pénétrer environ 8 onces de sang, quand un mouvement brusque du bras fit sortir l'instrument, un caillot se forma et empêcha de continuer l'opération. Une heure après, la malade était morte.

Obs. IV. — *Hémorrhagie par adhérence du placenta.* — L'injection fit pénétrer 12 onces de sang. La malade vécut sept jours, puis s'éteignit graduellement. On trouva la cavité utérine remplie de pus. Les veines, même celle qui avait été ouverte pour l'injection, étaient parfaitement saines.

Obs. V. — *Décollement prématuré partiel du placenta ; hémorrhagie avant la délivrance.* — Hémorrhagie abondante ; la malade était mourante, le fœtus et le placenta restaient dans l'utérus ; l'hémorrhagie cesse cependant. On injecte du sang ; il en pénètre à peine 5 ou 6 onces, tant il était noir et épais ; pour activer la circulation on injecte un peu d'eau chaude salée. La délivrance se fait enfin, mais la malade meurt immédiatement.

Obs. VI. — *Folie ; refus de nourriture, épuisement.* — On ne sentait plus le pouls des artères radiales. On injecta environ 20 onces de sang pris à une femme vigoureuse ; le pouls revint un peu, la respiration était plus facile, l'état général était meilleur ; le second jour, la malade mourut. Le cœur contenait du sang noir liquide.

Obs. VII. — Placenta décollé par des tiraillements ; délivrance ; hémorrhagie abondante ; transfusion, amélioration ; hémorrhagie nouvelle, mort. — (*Liverpool med. chir. Journal*, janvier 1857.)

SUR LE TRAITEMENT CONSTITUTIONNEL DES MALADIES DES FEMMES, par le docteur E. Righby. — L'auteur s'érige contre la pratique de certains médecins qui veulent traiter par des moyens locaux des maladies qui sont liées à l'état général ; de ce nombre sont les maladies propres aux femmes, et que l'on ne peut guérir que par un traitement constitutionnel. Il examine d'abord l'aménorrhée, la dysménorrhée et la ménorrhagie. L'aménorrhée, comme les autres dérangements fonctionnels de l'utérus, est un symptôme, un effet d'un dérangement de la constitution, elle en est le résultat et non la cause, aussi donnera-t-on en vain tous les emménagogues, tant que la santé générale ne sera pas améliorée, les règles ne viendront pas. Les deux meilleurs emménagogues que nous possédions, et qui exercent une action spéciale sur l'utérus, sont les préparations d'iode et le seigle ergoté. L'iodure de fer en pilules ou en sirop est la meilleure manière de donner l'iode.

La dysménorrhée peut être rapportée aux différentes causes suivantes :

1° A un dérangement des organes digestifs ;

2° A une disposition goutteuse ou rhumatismale ;

3° A un état hystérique ou névralgique ;

4° A un état inflammatoire de l'utérus ;

5° Enfin, à une irritation ovarienne.

Dans la dysménorrhée par irritation ovarienne, le siége principal de la douleur est l'ovaire, qui se congestionne et s'enflamme ; il y a des nausées et même des vomissements, la douleur ressemble à celle qu'éprouve un homme atteint d'orchite.

L'auteur passe en revue les différentes causes de ménorrhagie et conseille la pratique suivante dans les cas d'une abondante hémorrhagie : placer dans le vagin une éponge imbibée de vinaigre ou d'eau aluminée, et d'injecter une grande quantité d'eau froide. En même temps il faut combattre la constipation par l'usage prolongé de laxatifs doux bien plus que par de fortes purgations.

Contre la leucorrhée, le docteur Righby conseille l'infusion de quinquina rouge en boisson. Il ne connaît pas de tonique astringent aussi puissant que l'infusion fraîche de cette écorce, dont l'effet est prompt et certain.

Les polypes de l'utérus varient beaucoup quant à leur volume, leur nature et leur siége. Les gros polypes, qui sont généralement fibreux, naissent des parois ou du fond de la matrice, tandis que les polypes mous, qui sont principalement formés de tissu fibro-cellulaire plus ou moins condensé, naissent du col ou du museau de tanche. Les gros polypes sont généralement uniques, tandis que les petits polypes muqueux qui naissent sur le pourtour de l'orifice ou dans la cavité du col, sont souvent multiples, et forment quelquefois une sorte de frange autour de l'orifice vaginal du col.

D'après le docteur Righby, les gros polypes de mauvaise nature peuvent parfaitement être enlevés au moyen de la ligature, il a eu de nombreuses occasions de s'assurer que cette opération donne un soulagement positif et souvent durable aux malades, aussi n'hésite-t-il pas, même dans les cas de fongus invétéré, à appliquer la ligature toutes les fois que cela lui est possible.

Quant au cancer du col utérin, l'auteur déclare que l'emploi des caustiques, à quelque période que soit la maladie, est mauvais ; si on les applique pendant la première période ou période d'induration, on s'expose à déterminer l'ulcération d'une partie où elle ne se serait peut-être montrée que bien des années après : si l'on cautérise pendant la seconde période ou période d'ulcération, le docteur Righby affirme avoir vu souvent la marche de la maladie accélérée par cette seule application de caustique.

Le diagnostic de l'ulcération cancéreuse et de l'ulcère simple du col est posé de la manière suivante :

1° La malade n'éprouve pas ces douleurs lancinantes aiguës qui font un des principaux caractères du cancer utérin.

2° Le toucher digital ne produit pas ces excessives douleurs qu'il détermine dans le cas d'un cancer.

3° Les parties voisines ne sont pas indurées comme dans le cancer, elles sont molles et normales.

4° L'utérus est bien mobile.

5° La maladie reste bornée à l'utérus.

Enfin, l'auteur s'insurge contre *le mode* d'appliquer le caustique à toutes espèces d'ulcérations utérines, pratique qui a pour effet d'irriter violemment la partie malade, d'accélérer la marche de l'affection, et de lui donner un caractère nouveau. Elle s'étend en deux jours comme elle le faisait en un mois auparavant ; les hémorrhagies sont plus fréquentes et plus abondantes, et, finalement, elles épuisent la malade qui succombe.

RECHERCHES SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE ; par le docteur G. Harley, de Londres. — ...... J'injectai un mélange d'éther sulfurique et d'eau dans une branche de la veine porte d'un chien de Terre-Neuve, une demi-heure après son repas. Bientôt il chancela et parut empoisonné, mais cet état dura peu ; deux heures après l'injection, je sondai l'animal, mais je n'obtins pas assez d'urine pour y pouvoir trouver du sucre, j'attendis donc, et, au bout de quelques heures, j'eus une assez grande quantité d'urine qui réduisit promptement le cuivre dans la liqueur de Bareswill. Pour m'assurer que ce n'était pas une autre substance qui produisait cet effet, je fis bouillir l'urine ; il se coagula un peu d'albumine, puis j'évaporai la liqueur presqu'à siccité, je fis dissoudre le résidu dans l'alcool bouillant, et je filtrai : j'évaporai cette dissolution pour chasser l'alcool et je repris le résidu en solution aqueuse dont le contact avec une solution de sulfate de cuivre prouva la présence du sucre. Je voulus encore établir la présence du sucre par d'autres moyens. Je fis fermenter l'urine pendant une journée et j'obtins du gaz acide carbonique et des traces d'alcool ; ce chien était donc diabétique 48 heures après l'injection d'éther sulfurique.

Un chien de haute taille fut traité de la même manière ; il parut souffrir beaucoup après l'injection, son urine se chargea tellement de bile que je fus obligé de la décolorer avant de l'essayer par le tartrate de potasse et le cuivre qu'elle réduisit néanmoins promptement. La fermentation démontra aussi la présence du sucre, même trois jours après l'injection.

J'injectai 9 centimètres cubes d'éther sulfurique dans la veine porte d'un petit chien, qui tomba pendant quelques minutes dans un état complet d'anesthésie. Vingt-quatre heures après, son urine contenait manifestement du sucre.

Sur un chien de haute taille j'injectai dans la veine porte, pendant la digestion, un mélange de 15 gouttes d'ammoniaque pour 40 grammes d'eau. Vingt-quatre heures après, je sacrifiai l'animal et trouvai la vessie énormément distendue par l'urine. Non seulement cette urine réduisit promptement la liqueur de Bareswill, mais encore elle entra rapidement en fermentation. J'ai souvent répété ces expériences avec l'ammoniaque et j'ai toujours réussi. Il n'en est pas de même pour le chloroforme, qui souvent entraîne la mort de l'animal, si la dose administrée est un peu forte, comme le prouve l'exemple suivant : J'injectai dans la veine porte d'un gros chien mouton un mélange de 3 grammes de chloroforme, 10 grammes d'éther et 40 grammes d'eau : il mourut au bout de trois heures. Cependant son urine contenait déjà du sucre. Quand on expérimente avec le chloroforme seul, il ne faut en employer qu'une faible dose, qui est mieux supportée.

Sur un autre chien, j'essayai d'un mélange à parties égales d'alcool et d'eau ; deux heures après l'injection, il y avait déjà du sucre dans l'urine.

J'ai fait en outre un grand nombre d'autres expériences qui m'ont donné des résultats identiques, desquelles je conclus : 1° l'introduction de substances irritantes dans la circulation de la veine porte détermine la présence du sucre dans l'urine, même chez les animaux ayant jeûné pendant vingt-quatre heures ; 2° la présence de ces mêmes substances dans le sang de la veine porte produit quelquefois l'albuminurie et une sécrétion exagérée de bile en même temps que le diabète sucré.

L'abus des boissons alcooliques peut produire le diabète sucré chez les individus prédisposés à cette maladie, et de mauvaises digestions peuvent avoir le même résultat. A ce propos, voici un fait curieux ; il y a cinq ans, pendant que j'étudiais la physiologie du diabète, j'avais l'habitude d'examiner mon urine deux fois par jour ; un jour que j'avais mangé une salade d'asperges, je trouvai un peu de sucre dans mon urine ; le jour suivant, il n'y en avait plus. Je voulus m'assurer si c'étaient les asperges qui en étaient la cause, j'en mangeai deux fois le même jour, et le soir je trouvai mon urine manifestement sucrée. Deux jours de suite, je mangeai une salade d'asperges avec du vinaigre et du poivre, le sucre se produisit en telle quantité que cinq jours après avoir cessé de manger des asperges, non seulement le sucre n'avait pas diminué, mais il existait encore en telle quantité qu'une goutte d'urine tombant sur la botte y faisait une tache blanche.

Cette expérience me semble très curieuse ; car, si un trouble de la digestion ou une excitation du foie peut produire chez un sujet bien portant un écoulement d'urine sucrée, il est probable qu'une cause insignifiante peut déterminer le diabète sucré chez un individu prédisposé. On a trouvé du sucre dans l'urine après avoir mangé du fromage ou d'autres aliments indigestes. Le docteur Jessen a rendu des chevaux diabétiques en leur faisant manger du foin moisi ; M. Lecomte a obtenu le même résultat chez des chiens par le nitrate d'uranium. Enfin, M. Cl. Bernard a vu le sucre paraître dans l'urine des chiens à qui, à l'aide d'un long tube œsophagien, il introduisait un mélange d'alcool ou d'éther et d'eau dans le duodénum, d'où il passait dans le système de la veine porte. — D.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 30. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 13 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

LES MÉDECINS DITS HOMOEOPATHES NE PEUVENT PRÉPARER ET DÉBITER EUX-MÊMES LES REMÈDES DITS HOMOEOPATHIQUES DANS LES LOCALITÉS OU IL Y A UNE OFFICINE OUVERTE.

Le procès intenté par les pharmaciens d'Angoulême à un médecin dit homœopathe, pour débit de médicaments dits homœopathiques, procès qui a suivi tous les degrés de la juridiction et qui a été soutenu avec une grande persévérance par les pharmaciens d'Angoulême, vient d'être jugé souverainement en Cour de cassation, toutes chambres réunies.

L'arrêt de la Cour de cassation fixe définitivement la jurisprudence sur ce point ; il a force de loi ; c'est la loi elle-même. Nous croyons donc utile d'en donner le texte, après avoir félicité les pharmaciens d'Angoulême d'avoir, par leurs persévérants efforts, fait prévaloir leur bon droit. Nous publions aussi le réquisitoire de M. le procureur-général Dupin. (Voir le *Feuilleton.*)

ARRÊT DE LA COUR.

« La Cour,

» Ouï M. le conseiller Quénoble, en son rapport, MM^{es} Béchard et Hérold, avocats des parties, en leurs observations, et M. le procureur général Dupin, en ses conclusions, après en avoir délibéré :

» Vu les articles 25, 33 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, et la loi du 29 pluviôse an XIII ;

» Attendu que la loi du 21 germinal an XI a voulu séparer définitivement la médecine de la pharmacie et faire de celle-ci une profession particulière ;

» Que, dans ce but, elle a créé et établi des Écoles de pharmacie à côté des Écoles de médecine, et déterminé des études théoriques et pratiques auxquelles serait subordonné le titre de pharmacien ;

» Qu'en échange des obligations imposées aux pharmaciens, ladite loi a confié à ceux-ci le droit exclusif de préparer et de débiter les médicaments inscrits au Codex ou prescrits par un médecin ; en sorte que, de même que nul ne peut exercer la médecine s'il n'a au moins le titre d'officier de santé, de même nul ne peut préparer ou débiter des médicaments quelconques s'il n'est pharmacien ;

» Que l'article 27 de la loi précitée a autorisé, il est vrai, les officiers de santé établis dans une localité où il n'y a pas d'officine ouverte à fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils seraient appelés ;

» Mais que cette disposition tout exceptionnelle n'est point applicable à une localité qui compte plusieurs pharmaciens ayant officine ouverte, lorsque d'ailleurs rien ne constate de la part de ces pharmaciens, le refus de se conformer à une ordonnance médicale quelconque ;

» Qu'il n'est pas possible non plus de trouver la justification d'un débit de médicaments par un médecin dans le fait de l'achat de ces médicaments dans une pharmacie spéciale ; que s'approvisionner de médicaments pour la plupart des cas qui se présentent et en fournir habituellement aux personnes près desquelles on est appelé, c'est empiéter sur les droits des pharmaciens, contrairement aux prohibitions de la loi ;

» Attendu que l'arrêt attaqué constate en fait :

» 1° L'existence à Angoulême de plusieurs officines ouvertes ;

» 2° L'approvisionnement et le débit par le docteur Moreau de préparations médicales ;

» Que, malgré ces constatations, il a refusé de faire application audit Moreau de la loi du 21 germinal an XI et de la loi du 29 pluviôse an XIII, en quoi cet arrêt a formellement violé lesdites lois ;

» Casse et annule l'arrêt rendu par la Cour impériale de Poitiers, le 7 mai 1857, et, pour être statué conformément à la loi, sur l'appel du jugement rendu le 16 décembre 1856, par le tribunal correctionnel d'Angoulême, renvoie la cause et les parties devant la Cour impériale de Bourges ;

» Ordonne, etc. »

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le Secrétaire perpétuel, dépouillant la correspondance, a mentionné les pièces suivantes :

Une note de M. Maresc, sur l'oïdium tukeri et sa destruction par le soufre. M. Maresc a déployé un grand zèle pour répandre, dans le département de l'Hérault, les procédés de soufrage, et il est un de ceux qui ont appliqué ces procédés avec le plus de bonheur. M. Flourens, ainsi qu'il en a rendu compte à l'Académie, il y a quelques mois, a été témoin, au moment de la récolte, des magnifiques résultats obtenus. Il demande, en raison de l'importance du travail de M. Maresc, et conformément aux vœux de cet observateur, qu'une commission spéciale soit nommée pour l'examiner. A cette demande, appuyée par M. Moquin-Tandon, M. le Président s'est empressé de faire droit.

— M. le docteur Cadet, de Maintenon, adresse le rapport sur le choléra, qu'il a lu devant la Société de médecine d'Eure-et-Loir, et prie l'Académie de l'admettre au concours du prix Bréant.

— M. le docteur Morel, dont le livre sur les dégénérescences a obtenu un prix au dernier concours, annonce qu'il commence à fonder à St-Yon un musée d'anthropologie pathologique.

— M. le docteur Gigon, d'Angoulême, envoie deux mémoires sur l'albuminurie normale chez l'homme et les animaux. Ces deux mémoires, étant imprimés, seront soumis, à titre de documents, à la commission chargée d'examiner le premier mémoire de M. Gigon et la réfutation qu'en a faite M. Becquerel.

— M. Puech adresse une note sur l'hémorrhagie vésiculaire physiologique et sur l'hémorrhagie vésiculaire morbide (il s'agit de la fécondation des vésicules de Graaf.)

— M. le docteur Alex. Mayer annonce qu'il a modifié l'instrument inhalateur, récemment présenté par lui à l'Académie. Il désire que cet appareil nouveau soit substitué au précédent.

M. Flourens rappelle qu'en 1833, l'Académie avait proposé, pour le concours Montyon, cette question : Quelles sont les altérations des physiques et des liquides dans les fièvres continues ; les mémoires envoyés la première année furent jugés insuffisants, et l'Académie maintint la question au programme des sujets proposés : l'année suivante il n'y eut point de mémoires envoyés et les choses en restèrent là. Aujourd'hui, M. le docteur Foy adresse un mémoire très volumineux sur cette même question et désire qu'il soit soumis au jugement de la commission pour les prix Montyon.

— M. Soubeiran a fait de nouvelles analyses des eaux sulfureuses des Pyrénées et s'est livré à des études complètes desquelles il résulte que la flore et la faune de ce pays sont beaucoup plus riches que ne l'avaient supposé Fontan et ceux qui ont écrit après lui.

— M. Heurteloup réclame contre les assertions de M. Leroy d'Étiolles la priorité de la découverte de son lithotripteur permettant d'agir sur les calculs par la pression et la percussion. M. Leroy d'Étiolles faisait honneur de cette découverte à Vaisse ; M. Heurteloup établit ses titres par le catalogue des instruments de Vaisse, dans lequel ne figure pas cet instrument, et par le prix de 6,000 francs que lui a décerné l'Académie des sciences en 1833, pour cette découverte.

— M. Rousset, ingénieur, regrette que Paris ne possède pas une voie publique qui puisse servir de moyen d'orientation aux Parisiens ainsi qu'aux étrangers, et il propose d'établir une rue centrale dans le plan même du méridien.

La lettre de M. Rousset n'est pas du ressort de l'Académie et sera renvoyée à qui de droit.

— M. Maret donne lecture d'un mémoire sur la circulation sanguine.

Feuilleton.

RÉQUISITOIRE DE M. DUPIN

DANS L'AFFAIRE DES MÉDICAMENTS HOMOEOPATHIQUES.

« Messieurs, la question que présente à juger le pourvoi dépend de deux maximes corrélatives : l'une, qu'il ne faut pas distinguer là où la loi n'a pas fait de distinction ; l'autre, qu'il ne faut pas confondre quand la loi a pris soin de distinguer.

La médecine, la chirurgie, la pharmacie, demeurèrent longtemps confondues ensemble. La médecine, orgueilleuse comme la science et à cause d'elle, s'attribuait, sur toutes les branches de l'art de guérir, une sorte de suprématie aristocratique.

Les docteurs en médecine considéraient dédaigneusement les chirurgiens comme de simples praticiens, qu'on nomma d'abord renoueurs, rebouteurs, chirurgiens-barbiers. Et de fait, pendant longtemps, et jusqu'à la fin du dernier siècle, bon nombre de pauvres étudiants, à qui leurs parents n'avaient pas le moyen ou la complaisance de faire, comme aujourd'hui, une subvention de 2 ou 3,000 francs pour suivre leurs cours, entraient chez un barbier, servaient le matin leurs pratiques, et, le soir, allaient chercher une instruction particulière dans d'infectes ateliers d'anatomie.

D'un si dur apprentissage sont sortis plusieurs hommes de mérite.

Quant aux remèdes, les médecins, dans les occasions importantes, les faisaient quelquefois préparer sous leurs yeux, et l'on achetait les diverses substances chez les épiciers, les herboristes, les droguistes ; il n'y avait pas ou il y avait bien peu de véritables pharmaciens ; on les nommait apothicaires, et on en parlait fort légèrement.

Au XVIe siècle, Ambroise Paré, résumant les connaissances de ceux qui l'avaient précédé, apparut comme le véritable créateur de la chirurgie française. Cependant la chirurgie restait toujours subordonnée à la suprématie du médecin, qui prescrivait et dirigeait les opérations, et il fallut tout l'ascendant que prirent, au commencement du XVIIIe siècle, Chirac, Maréchal et Lamartinière, successivement chirurgiens du roi, pour assurer à leur profession sa place et sa dignité.

L'Académie de chirurgie fut fondée en 1731 ; depuis ce temps, on a vu autant d'habiles chirurgiens que de savant médecins. On pourrait placer leurs noms en regard sur deux colonnes ; et si aujourd'hui on distingue encore les uns des autres, ce n'est point par l'enseignement, car ils suivent les mêmes cours, ni par l'étendue des connaissances théoriques, car celles des chirurgiens s'étendent aux mêmes objets, mais par la pratique, l'habileté de la main, la dextérité qu'exigent les opérations. Ajoutons à cela la chirurgie militaire, une des gloires de la France, qui unit à la science du docteur le courage et le dévouement du soldat.

La pharmacie eut aussi ses commencements pénibles et ses lents progrès. Chez les anciens, les médecins préparaient eux-mêmes les remèdes. Le médecin d'Alexandre lui apporta tout préparé le breuvage héroïque qui devait le tuer ou le sauver après qu'il se fut baigné dans le Cydnus. Chez les modernes, la vente des herbes et des drogues était abandonnée à des hommes dont on n'exigeait aucune étude préalable.

Au XIIe siècle, on voit à Naples les pharmaciens assujettis à composer leurs médicaments selon les formules consignées dans l'Antidotaire de l'école de Salerne.

En France, quelques ordonnances incomplètes publiées en 1484, 1514 et 1638, composent tout le Code pharmaceutique, jusqu'à l'ordonnance qui, en 1777, créa un Collége de pharmacie à Paris.

Depuis cette époque, et grâce aux progrès de l'histoire naturelle, surtout de la chimie, les travaux de Charras, Lemery, Macquer, Glauber, etc., ouvrirent à la pharmacie une voie nouvelle, et plus tard les Vauquelin, les Cadet-Gassicourt, Robiquet, Guibourt, Chevallier, Bussy achevèrent d'en faire une science véritable.

Alors apparut la loi de germinal an XI, qui a créé les Écoles de pharmacie, et fixé la position des pharmaciens.

Au point de vue de la science, on trouve dans l'Académie nationale de médecine ces trois branches : médecine, chirurgie, pharmacie, unies pour le conseil, afin d'éclairer le gouvernement sur tout ce qui tient à la santé publique, divisées ensuite pour l'exercice de la profession.

La loi qui institue ces professions les protége, et, de même qu'on voit les avoués protégés contre la postulation, on trouve le médecin en titre protégé contre le charlatan non commissionné, le chirurgien contre l'opérateur, le pharmacien contre les vendeurs de remèdes patents ou secrets, et même contre les médecins qui, empiétant sur l'office du pharmacien, entreprendraient de fournir eux-mêmes des remèdes à leurs malades. Et c'est justice ; car la loi oblige les pharmaciens à de longues études théoriques et pratiques ; elle les assujettit à des examens, à des épreuves ; elle exige d'eux, pour l'exercice de leur état, qu'ils tiennent une officine ouverte, garnie de substances médicales simples ou composées, avec l'aptitude à préparer tous les autres remèdes, ou selon les formules du Codex, ou selon les formules magistrales dictées par le caprice et la volonté des médecins. On leur impose des précautions sévères et une grande responsabilité pour la garde et le débit des substances vénéneuses ; enfin on assujettit leurs établissements à des visites annuelles, et c'est à ces conditions qu'on leur assure le monopole de la vente des médicaments.

Tel est, Messieurs, le régime légal institué par la loi de germinal an XI, pour l'exercice de la pharmacie.

C'est à ce régime qu'a voulu se soustraire le sieur Moreau, médecin à Angoulême, défendeur à la demande en cassation de l'arrêt de la Cour de Poitiers qui a consacré ses prétentions.

Le docteur Moreau pratique l'homœopathie. Or, dit-il avec l'arrêt attaqué, l'homœopathie est une science entièrement nouvelle ; elle pratique ce qu'on ne lui a point enseigné dans les Écoles ; elle est en dehors des prévisions de la loi de germinal et des remèdes officiels indiqués dans le Codex. Donc cette loi, en ce qui touche le monopole des pharmaciens, ne peut être invoquée pour les prescriptions homœopatiques.

Eh quoi ! Messieurs, est-ce donc la première fois que les systèmes médicaux ont changé ? Combien n'y a-t-il pas eu d'Écoles différentes ? *Hippocrate dit oui et Galien dit non,* est devenu proverbial. L'École de Salerne se fonde au XIIe siècle, et jouit d'une grande popularité. Les Arabes ont aussi leurs médecins avec leurs modes particuliers de traitement et une juste célébrité. A la fin du XVe siècle, Paracelse s'élève

M. Cloquet, au nom de M. Chevalier, professeur à l'École de pharmacie, dépose sur le bureau une brochure ayant pour titre : *De la nécessité d'interdire la fabrication des allumettes, dites chimiques, avec le phosphore ordinaire.*

Les dangers qui résultent de ce mode de fabrication sont de plusieurs ordres. En premier lieu, les nécroses des os maxillaires, si fréquentes parmi les ouvriers qui manient le phosphore, doivent faire ranger cette industrie au nombre des arts éminemment insalubres ; ensuite, l'arsenic étant devenu très difficile à se procurer, c'est le phosphore qui sert aux suicides et surtout aux empoisonnements. M. Chevalier pense que tous ces dangers seraient évités par la substitution du phosphore rouge ou amorphe au phosphore ordinaire ; il propose donc de revenir aux anciennes allumettes, imprégnées de chlorate de potasse, que l'on trempait dans une fiole contenant du phosphore rouge.

— M. Ste-Claire Deville communique à l'Académie de nouveaux documents relatifs à l'éruption actuelle modérée du Vésuve. La lave qui s'est échappée du volcan au mois de mai 1855, et qui a rempli une petite vallée au pied de la montagne, conserve encore une température assez élevée pour présenter quelques points d'incandescence. On trouve maintenant aux environs de cette lave, qui se refroidit si lentement, de nombreux échantillons de chlorure de plomb (M. Deville en fait passer un sous les yeux de ses collègues). Ce produit n'a été observé qu'après les éruptions de 1822 à 1828, de 1840 à 1848, et pendant celle-ci. Ces trois éruptions ont cela de commun qu'elles furent suivies toutes trois d'une phase d'activité faible, mais continue, qui dura plusieurs années ; la dernière dure encore.

— M. Cl. Bernard fait hommage à l'Académie, de la thèse de M. Magitot sur le développement des dents.

MM. Leverrier, Heurteloup, Guérin-Menneville, Duvivier, Villeneuve, etc., ne répondant pas à l'appel de leurs noms et personne ne demandant la parole, M. le Président déclare que l'Académie se forme en comité secret. Il est quatre heures et demie.

— Nous avons promis de revenir sur la note de M. Sorel, concernant la peinture à l'oxychlorure de zinc et présentée à l'Académie par M. Dumas. Elle nous paraît importante au point de vue de l'hygiène publique privée ; en voici les passages essentiels :

« Le liquide qui dans cette peinture remplace l'huile, l'essence de térébenthine et les autres liquides ou excipients employés dans les peintures ordinaires est une solution aqueuse de chlorure de zinc dans laquelle, dit M. Sorel, je fais dissoudre un tartrate alcalin. Ces sels possèdent au plus haut degré la propriété de retarder l'épaississement de la nouvelle peinture avant son emploi. J'ajoute au liquide, pour donner du liant et de la tenacité à la peinture, de la gélatine ou de la fécule que je fais passer à l'état d'empois en chauffant le liquide. Il ne faut pas chauffer assez pour transformer la fécule en dextrine ou en glucose.

» Pour former la nouvelle peinture, on ajoute au liquide ci-dessus, une poudre qui doit être de l'oxyde de zinc, au moins en grande partie, et les substances colorées dont on fait usage pour les peintures ordinaires.

» La nouvelle peinture possède les propriétés suivantes : 1° Il n'est pas nécessaire de la broyer ; il suffit de délayer la poudre avec le liquide. 2° Elle est plus belle et aussi solide que les peintures à l'huile ; elle couvre davantage et ne noircit pas par les émanations sulfureuses, comme les peintures à la céruse ou autres à base de plomb. 3° Elle n'a absolument aucune odeur et elle sèche très promptement. On peut donner une couche toutes les deux heures en hiver et une couche par heure en été ; ce qui permet de peindre un appartement dans un seul jour et de l'habiter le jour même. 4° Elle résiste à l'humidité et à l'eau, même bouillante, et peut être savonnée comme les peintures à l'huile. 5° A cause du chlorure de zinc qu'elle contient, cette peinture est éminemment antiseptique et parfaitement propre à préserver les bois de la pourriture. 6° Elle possède au plus haut degré la propriété de diminuer la combustibilité des bois, des tissus et du papier, et de rendre ces matières ininflammables. 7° Elle ne présente aucun danger pour ceux qui la préparent ni pour ceux qui l'emploient. »

— M. L. Monier, dans l'avant-dernière séance, avait envoyé une note concernant l'analyse du lait au moyen d'une seule liqueur titrée. Cette note est ainsi conçue :

« Dans la séance de l'Académie des sciences du 1er février, j'ai indiqué une nouvelle méthode pour l'analyse du lait par les procédés volumétriques. (Nous en avons rendu compte.) Je me servais de deux liqueurs titrées, l'une de caséine, l'autre d'albumine, renfermant des poids connus de ces matières desséchées à 110 degrés. Mais ayant reconnu, depuis cette époque, que ces matières azotées décomposent pour le même poids les mêmes volumes de caméléon, il est évident que la liqueur titrée d'albumine devient inutile ; la liqueur titrée de caséine seule servira donc, soit pour le dosage des matières azotées du lait, soit pour le dosage de l'albumine que l'on trouve dans du lait coagulé par l'acide acétique (la présence de l'albumine dans le lait fut reconnue en 1851 par M. Doyère). »

— La découverte de la fonction des deux premières fausses pattes abdominales qui servent d'annexes aux organes génitaux chez un certain nombre de crustacés de l'ordre des Décapodes, découverte dont M. Coste a entretenu l'Académie dans son avant-dernière séance, appartient à M. Gerbe, préparateur d'histoire naturelle au Collége de France.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, ET NOTAMMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DES MUSCLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1) ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

DE LA PLEURALGIE.

Quand l'hyperesthésie siége aux côtés du thorax, elle constitue la pleuralgie (de πλευρα, côté). Les douleurs des côtés du thorax sont tellement évidentes, qu'elles ont frappé presque tous les observateurs ; mais le premier travail qui ait été publié sur cette matière, l'a été par MM. Nicod en 1818 ; après lui, MM. Bassereau et Valleix se sont occupés du même sujet, mais aucun de ces trois auteurs n'a songé à placer cette douleur dans les muscles, ils l'ont tous les trois regardée comme une névralgie.

La pleuralgie est très commune chez les hystériques, puisque sur 300 de ces malades, sur lesquelles elle a été cherchée, elle existait chez 223, c'est-à-dire sur les quatre cinquièmes. Aussi peut-on la considérer avec les deux hyperesthésies qui précèdent, comme l'un des caractères de la maladie.

Son siége a quelque chose de fixe, qui n'avait pas échappé à l'attention des observateurs. Elle s'étend ordinairement en manière de demi-ceinture, qui correspond aux cinquième, sixième, septième, et quelquefois huitième côtes, dans une étendue, en hauteur, de quatre à cinq travers de doigt ; tantôt elle suit la direction oblique des côtes, tantôt elle est encore plus oblique qu'elles, tantôt enfin, elle est horizontale.

(1) Voir les numéros des 20 février et 6 mars 1858.

En arrière, elle fait suite à la rachialgie de la partie inférieure, de laquelle elle naît dans la majorité des cas ; dans ceux au contraire où la rachialgie occupe les lombes ou le sacrum, la pleuralgie naît de la partie supérieure du lieu occupé par cette douleur.

En avant, elle vient remonter obliquement vers l'épigastre se confondre avec la douleur de cette région.

Le côté de prédilection de cette hyperesthésie est encore le côté gauche ; M. Nicod dit que 15 fois sur 16, la douleur intercostale siégeait au côté gauche. Sur 23 cas, M. Bassereau l'a vue siéger 6 fois à droite et 23 à gauche. M. Valleix, sur 20 cas qu'il avait recueillis, l'avait observée 6 fois à droite et 13 fois à gauche.

Sur 261 hystériques qui n'avaient cette douleur que d'un côté, je l'ai observée 183 fois à gauche et 16 fois à droite.

La pleuralgie est donc 6 à 7 fois plus fréquente à gauche qu'à droite, fait qui est en harmonie avec ce qui s'est vu dans les hyperesthésies précédentes.

Enfin, M. Bassereau l'avait vue 19 fois siéger simultanément des deux côtés, Valleix ne l'avait vue que 5 fois, et je ne l'ai observée que 19 fois ayant double siége. En définitive, la pleuralgie double est rare.

Cette hyperesthésie apparaît ordinairement après les hyperesthésies qui précèdent dont elle ne semble être que l'extension ; mais on ne peut saisir sous l'influence de quelles circonstances elle se produit ; souvent on la voit survenir après une attaque. Le plus ordinairement, les patientes elles-mêmes ne savent à quoi la rapporter.

M. Bassereau, qui suppose que cette affection est une névralgie intercostale, l'a attribuée à la réaction de l'utérus souffrant, et il a appuyé son opinion sur ce que les 24 femmes qui en étaient atteintes avaient, dit-il, des maladies de l'utérus, telles que des flueurs blanches, aménorrhées, douleurs aux régions ovariennes. Or, ces troubles ne prouvent pas l'existence d'une maladie d'utérus. D'ailleurs, ce prétendu rapport est positivement nié par Valleix.

Quant à moi, je n'ai pas plus que ce dernier auteur constaté de rapport entre la rachialgie et les troubles utérins. L'utérus ne jouit, à cet égard, d'aucun privilége sur les autres organes.

Quand elle est légère, les malades ne s'aperçoivent de son existence que dans certains mouvements, ou lorsqu'on presse avec les doigts les parties où elle siége. Quand elle est plus intense, elle est continuelle, très vive, ne changeant pas facilement de lieu, augmentée par les émotions, par le mouvement et par la fatigue. La pression l'augmente à la manière de toute partie douloureuse que l'on toucherait, et non en provoquant des élancements ni des irradiations de douleur le long du trajet d'un nerf. Elle est partout la même dans toute l'étendue de l'espace qu'elle occupe entre les muscles des gouttières vertébrales et la région épigastrique, que la pression s'exerce sur les muscles intercostaux ou sur les côtes elles-mêmes.

La pleuralgie peut gêner la respiration, la toux et même la marche, comme le ferait une pleurodynie. Elle peut s'accompagner tantôt de l'hyperesthésie, quelquefois de l'anesthésie de la portion de peau qui lui correspond.

D'après cet ensemble de symptômes, il n'est pas douteux que cette hyperesthésie ne siége dans les muscles intercostaux des quatrième, cinquième, sixième et septième espaces intercostaux, dans les muscles grand dorsal et grand dentelé, ainsi que dans une portion du rhomboïde.

La pleuralgie hystérique, peut n'être confondue qu'avec la pleurodynie soit accidentelle, soit rhumatismale, et qu'avec les douleurs de la pleurésie locale ; il suffit d'être averti de son existence,

---

contre le système de Galien ; avant lui, on avait cherché des antidotes contre les poisons ; plus hardi que ses devanciers, il ose le premier employer les poisons comme remèdes. Dans le siècle suivant, Sylvius traite les humeurs à l'aide de la chimie ; il combat les acides par les alcalis, et envoie ceux-ci à la poursuite de ceux-là dans le corps humain.

En 1618, Harvey, ce grand anatomiste, découvre et démontre la circulation du sang, dont jusqu'alors les médecins spéculatifs ne s'étaient pas aperçus. Cette découverte, à elle seule, modifie tous les systèmes. Boerhaave et Haller ont eu le leur. Broussais a le sien.

A la fin du siècle dernier, Mesmer présentait le magnétisme animal comme un moyen thérapeutique tout nouveau.

Hahnemann a créé l'homœopathie qui, pour guérir une maladie réelle, lui substitue une indisposition factice ; nous avons l'hydrothérapie, imaginée par un paysan de la Silésie ; que n'avons-nous pas ?

Bref, à de fréquents intervalles, on a vu de nouveaux docteurs s'élever, donner le démenti à leurs contemporains ou à leurs devanciers, en disant bien haut, comme du temps de Molière : « Nous avons changé tout cela. »

Aujourd'hui, on va plus loin, on ose davantage ; et parce qu'on a, dit-on, changé la médecine, cela doit de plein droit changer la législation !

Non, non, Messieurs, la science peut aller son train ; mais les lois ne s'abolissent point ainsi. Où n'irait-on pas avec ces prétendues abolitions de plein droit ? Lorsque est apparue parmi nous la littérature romantique, on aurait donc pu prétendre qu'elle ne pouvait pas invoquer les lois sur la propriété littéraire, parce que ces lois avaient été portées en 1791, à une époque où l'on ne connaissait que la littérature classique ? Récemment, n'entendiez-vous pas dire que, parce que les richesses mobilières étaient plus abondantes aujourd'hui qu'au temps de la promulgation du Code civil, cela devait modifier les principes de la communauté ?

Mais c'est surtout dans les temps de révolution qu'on voit les esprits remuants alléguer ces abolitions de plein droit, et soutenir qu'il suffit d'un trouble apporté dans le fait pour en induire aussitôt une perturbation dans le droit. A cette occasion, je me suis rappelé ce matin même, au moment de partir pour l'audience, une lettre que m'écrivait, en 1831, mon savant prédécesseur, M. Merlin, et j'ai pensé qu'il serait opportun de la citer devant vous. A propos d'une loi répressive, dont l'exécution était invoquée, un avocat avait dit, dans cette enceinte, que cette loi avait été abolie par le canon de juillet... Cette parole avait retenti jusque dans le cabinet du vieux jurisconsulte ; il en avait tressailli ! et, en m'accusant réception d'un opuscule que je lui avais adressé, il me disait :

« Monsieur le procureur général,

» Je gémis comme vous de l'allure que prend actuellement le barreau, mais il faut espérer que cette frénésie n'aura qu'un temps, et que le goût de l'étude, sans lequel il est impossible de bien entendre et d'appliquer justement les lois, reprendra le dessus. »

C'est, en effet, ce qui est arrivé, dit en s'interrompant M. le procureur général, et il continue la lecture de la lettre :

« Comme on ose dire aujourd'hui à l'audience de la Cour de cassation : « Telle loi a été abrogée par le canon de juillet, » on disait à la Convention nationale, en 1793, pour répondre aux arguments que Cambacérès et moi faisions valoir contre la proposition tendant à faire rétroagir la loi du 5 brumaire an II jusqu'au 14 juillet 1789 : « Le canon de » la Bastille a décrété l'égalité des partages et abrogé toutes les lois, » toutes les coutumes, tous les actes, tous les contrats de mariage qui » la blessaient ; » mais à peine un an s'était-il écoulé que, déjà ce langage extravagant faisait rougir ceux qui l'avaient tenu avec un succès éphémère. »

Je le répète donc avec confiance, ce n'est point ainsi que procède la législation. Les lois sont des sentinelles qu'il faut relever ; jusque-là elles gardent le poste avec la consigne, et chacun est tenu de s'y conformer.

Si quelques faits, survenus depuis la loi de germinal, réclament quelques modifications, que le législateur y pourvoie dans la mesure qui lui conviendra ; en attendant, tenons-nous à la loi telle qu'elle existe, et faisons-la respecter.

Or, cette loi de germinal an XI consacre la séparation de la médecine et de la pharmacie. Elle laisse à la science médicale toute son indépendance, elle n'entrave ni ses découvertes, ni ses progrès.

Le médecin, devenu plus savant, peut modifier le traitement de ses malades, ses prescriptions à son gré : qu'il ordonne, cela s'appelle ainsi, qu'il ordonne des remèdes simples ou composés, le pharmacien les lui fournira : selon la formule, s'ils sont dans le Codex ; ou selon la formule dite magistrale, que le maître, c'est-à-dire le médecin, aura prescrite pour des remèdes qui ne sont pas dans le Codex, mais qui peuvent plus tard y prendre place, en se conformant au décret du 3 mai 1850. En un mot, que le docteur, quel qu'il soit, allopathe ou homœopathe, prescrive ce qu'il lui plaira, et, fidèle exécuteur de ses ordonnances, le pharmacien, dont le privilége est de préparer les nouveaux comme les anciens remèdes, lui obéira. Ainsi disparaît l'objection tirée de la nouveauté de la doctrine homœopathique.

Est-on mieux fondé à invoquer l'exception contenue dans l'article 27 de la loi de germinal ? Cet article est ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes, où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Or, en fait, il existe à Angoulême dix pharmaciens tenant officine ouverte : donc aucun médecin habitant Angoulême ne peut lui-même fournir et débiter des remèdes à ses malades.

A ce fait, on objecte que ces pharmaciens ne sont pas des pharmaciens homœopathes. Mais la loi ne donne pas de qualification aux pharmaciens, elle ne les a pas divisés en catégories spéciales ; elle a institué la pharmacie en général pour tous les systèmes possibles. Elle a voulu faire deux professions distinctes. Elle place d'un côté le médecin avec ses prescriptions diverses, variables, quelles qu'elles soient ; et, en face, le pharmacien avec ses substances, son mortier, sa cornue, son alambic et son aptitude à préparer tous les remèdes prescrits dans les ordonnances qui lui seront présentées. C'est son art propre, il s'étend à toutes les prescriptions médicales anciennes ou nouvelles.

et d'observer qu'elle s'accompagne presque toujours de l'épigastralgie et de la rachialgie pour être éclairé sur sa nature.

Mais il est une autre affection avec laquelle la confusion paraît plus facile, c'est la névralgie intercostale. Il est certain que cette méprise a dû être commise par les auteurs mêmes qui ont traité de la névralgie intercostale; il n'est pas douteux pour moi qu'ils n'aient, dans leurs observations, compris sous le nom de névralgies intercostales, plus de pleuralgies hystériques que de véritables névralgies intercostales.

En effet, d'après eux-mêmes, ce qu'ils appellent la névralgie intercostale est très commune chez les femmes et surtout chez les hystériques, qui, par parenthèse, ont rarement de véritables névralgies. Elle est très rare chez les hommes. Enfin elle est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite, circonstances caractéristiques de l'hystérie.

La pleuralgie hystérique a donc fourni, ainsi que les hyperesthésies qui précèdent, son contingent d'erreurs à la pathologie; ces erreurs ont de l'importance, car on ne traite pas une myodinie comme on traite une névralgie.

Les analogies que la pleuralgie semble avoir avec la névralgie intercostale, ont été la cause de cette erreur. On a pris la rachialgie pour le point vertébral de cette névralgie, l'épigastralgie pour son point abdominal, et la pleuralgie pour son point latéral, et l'on a supposé que ces trois hyperesthésies dépendaient de la lésion du même nerf intercostal, l'hyperesthésie vertébrale dépendant des branches spinales, l'abdominale des divisions terminales et la latérale du tronc du nerf intercostal lui-même.

Il est très aisé d'établir la différence qui existe entre ces deux affections.

1° Les hyperesthésies hystériques ne suivent nullement la direction des nerfs et de leurs branches. La douleur rachialgique, au lieu d'être au niveau de la douleur pleuralgique, siége presque toujours à quatre ou cinq vertèbres au-dessus, et, dans le cinquième des cas, elle se trouve beaucoup au-dessous. Quel que soit le siége de la rachialgie, la douleur latérale a imperturbablement pour siége, les cinquième, sixième et septième côtes. L'épigastralgie qui répondrait au point antérieur si elle était le produit d'une névralgie, dépendrait de branches nerveuses situées bien au-dessus de celles au niveau desquelles siége la pleuralgie; et comme elle n'est pas habituellement unilatérale, elle devrait correspondre à des douleurs intercostales existant simultanément à droite et à gauche.

2° La douleur de l'hyperesthésie des muscles ne ressemble nullement à celle de la névralgie, elle n'offre pas les points douloureux d'élection signalés par Valleix; dans l'hyperesthésie des muscles, tous les points pressés avec le doigt sont douloureux, la douleur se borne au point pressé, et ne s'étend point par irradiation le long des trajets nerveux.

3° La névralgie part soit du point d'origine, soit de son point de terminaison, et s'étend bientôt à toutes les divisions du nerf malade. La pleuralgie hystérique débute autrement; elle commence à paraître à l'épigastre sous l'influence de causes spéciales, puis, plusieurs mois ou plusieurs années après, se développe l'hyperesthésie du rachis sous l'influence de causes autres que celles de l'épigastralgie, enfin, la douleur du côté ne naît que longtemps après les deux autres.

La pleuralgie a une marche semblable à celle des autres hyperesthésies; elle n'est ordinairement qu'une gêne plus ou moins grande qui peut persister pendant un long temps, mais qui finit toujours par se dissiper. Jamais, quelle que soit son intensité, elle ne provoque de phlegmasie des organes contenus dans le thorax; on voit de ces douleurs durer des années, faire beaucoup souffrir les malades, et néanmoins laisser complétement intactes pendant tout ce temps, les parties profondes de la poitrine.

DE LA CŒLIALGIE.

Quand l'hyperesthésie siége aux parois de l'abdomen, elle constitue la cœlialgie (de κοιλια, ventre). On sait depuis longtemps que les hystériques sont sujettes à des douleurs de l'abdomen, mais on ne s'est jamais beaucoup occupé de la question de savoir où était le siége de ces douleurs; regardées comme nerveuses, elles étaient censées résulter des lésions du grand sympathique et par conséquent provenir des parties profondes; on était fort loin de penser qu'elles pussent résider dans les muscles.

L'hyperesthésie des muscles des parois abdominales est cependant très fréquente; sur mes 400 hystériques, il s'en est trouvé 196 chez lesquelles elle avait existé. Par conséquent, on peut penser que la moitié des hystériques éprouve de la cœlialgie. Elle occupait simultanément les deux côtés de la paroi antérieure chez 42 femmes, tandis que, chez 110, elle n'existait que sur l'un des côtés, 76 fois à gauche et 34 fois à droite. Là, comme dans toutes les autres hyperesthésies, le côté gauche est le côté de prédilection pour les douleurs.

En précisant davantage le siége. il s'est trouvé que l'hyperesthésie a occupé :

1° La totalité de la paroi antérieure de l'abdomen chez et, dans tous ces cas, elle était accompagnée de dermatalgie.	6
2° Les deux tiers supérieurs de l'abdomen, en n'y comprenant pas la région épigastrique, chez	65
3° La moitié inférieure de l'abdomen, chez.	19
4° Les flancs et les régions iliaques, chez. . . . . 27 fois à gauche, 16 fois à droite, et 19 fois les deux côtés.	78
5° La région sus-pubienne, à l'endroit où se trouvent les muscles pyramidaux et les attaches inférieures des muscles droits, chez	96
6° La partie supérieure des régions fessières droites et gauches, chez	51
7° Enfin les régions lombaires simultanément, chez. . .	17

Ainsi, les lieux qu'affecte de préférence l'hyperesthésie sont, par ordre de fréquence, la région hypogastrique, puis les deux régions hypochondriaques, puis la région sus-pubienne, et enfin les régions fessières. Les douleurs intéressaient les muscles droits, les obliques et transverses, les pyramidaux, la partie supérieure des grands fessiers, les carrés des lombes et la partie inférieure de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal.

La cœlialgie vient à la suite de circonstances qui diffèrent selon le siége de la douleur.

Ainsi, celle des muscles droits, obliques, transverses et pyramidaux se produit presque constamment sous l'influence de l'exercice forcé de ces muscles par la marche ou par les attaques de convulsions hystériques. Celle des flancs et des régions iliaques survient assez ordinairement à la suite des troubles aigus de la menstruation, tels que la suppression brusque des menstrues, la dysménorrhée; et enfin l'hyperesthésie des régions lombaires et sus-fessières se lie presque constamment aux maladies lentes, et principalement aux phlegmasies de l'utérus et de ses annexes.

La douleur occupe ordinairement une portion plus ou moins étendue du muscle; elle est continuelle, en raison de la part que prennent ces organes, soit dans la marche, soit dans la station, soit même dans la position assise. Aussi est-elle notablement diminuée par la position horizontale, et fortement augmentée par le mouvement et par la pression la plus légère. C'est d'elle dont se plaignent la plupart des femmes quand elles disent qu'elles ont mal aux reins.

Dans deux des cas où elle était étendue à tous les muscles de l'abdomen, elle avait rendu tout mouvement tellement douloureux, que les malades avaient été forcées de garder le lit.

En général, cette hyperesthésie gêne la marche, la station debout, la défécation et même la miction; elle entrave peu les mouvements respiratoires. Quand la douleur intéresse le diaphragme, elle occasionne une très grande gêne de la respiration; la dilatation de la poitrine ne pouvant se faire pas plus dans le sens transversal que dans le sens vertical, il en résulte que la toux ne peut s'opérer, et que le besoin de tousser non satisfait, provoque une sorte de suffocation; la parole est brève et comme entrecoupée.

La douleur de la cœlialgie diffère de celle de la péritonite et des véritables coliques, par son siége superficiel.

Le peu de notions qu'on avait sur les hyperesthésies des muscles abdominaux chez les hystériques, a donné lieu à une méprise dont les conséquences, sans être immédiatement importantes pour les malades, n'en ont pas moins eu une certaine importance pour la théorie.

Plusieurs médecins, parmi lesquels il faut mettre en première ligne des hommes dont le nom fait, à juste titre, autorité dans la science, MM. les professeurs Piorry, Schutzemberger et Négrier, qui regardent les ovaires comme le point de départ le plus ordinaire de l'hystérie, ayant plusieurs fois observé que les côtés de la région hypogastrique étaient, chez les hystériques, douloureux à la pression, en concluent que la douleur ainsi produite venait des ovaires atteints de phlegmasie, et firent de cette prétendue sensibilité de l'ovaire, l'argument principal de leur théorie. Je n'ai pas la prétention de soutenir que l'ovaire n'est jamais douloureux chez les hystériques qui ont une phlegmasie de ces organes; mais j'ai la certitude qu'on a très fréquemment pris l'hyperesthésie de la partie inférieure des muscles de l'abdomen pour celle des parties plus profondément placées; c'est même cette méprise qui a fait avancer que l'ovarite était beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite, préférence qu'on n'observe pas dans les cas où il existe une véritable ovarite avec tuméfaction.

La méprise dont je parle est facile à constater. Dans ces cas, la pression la plus légère exercée avec le bout du doigt et le simple grattement, qui n'agissent que sur le muscle et non sur les ovaires, suffisent pour provoquer la douleur, et si, à l'aide des moyens dont il va être question, on enlève cette douleur du muscle, on peut, comme je l'ai fait maintes fois, palper et presser les régions ovariennes aussi fortement qu'on le voudra, sans provoquer la moindre sensibilité anormale. Aussi, maintenant, quand on voudra constater que l'ovaire est douloureux à la pression, il faudra préalablement éliminer la myosalgie du problème, ce que n'ont pas fait les auteurs distingués desquels je parle.

L'hyperesthésie des parois de l'abdomen est encore moins que les hyperesthésies précédentes une névralgie des nerfs intercostaux et des nerfs lombaires. En effet, cette hyperesthésie existe chez la moitié des hystériques; or on vient de voir que la douleur vertébrale existait, chez plus de la moitié des malades au niveau des six premières vertèbres dorsales, dont les nerfs qui en émanent ne donnent point aux muscles de l'abdomen. Les huitième, neuvième, dixième et onzième paires de nerfs intercostaux sont celles qui fournissent à ces muscles, et surtout aux muscles droits qui sont si souvent pris; or le quart seulement des hystériques a la rachialgie au niveau des six dernières vertèbres dorsales; et parmi les malades de ce dernier quart, la moitié au plus avait de la cœlialgie.

Le défendeur objecte encore, pour échapper aux dispositions de l'article 27, que, dans l'espèce, le médecin a pris ses remèdes dans une pharmacie régulière, la pharmacie centrale à Paris.

Qu'importe, quand le médecin a délivré son ordonnance, les particuliers sont assurément maîtres d'acheter le remède dans le lieu où ils voudront, et ils ne sont pas assujettis à aller dans une pharmacie de la localité s'ils préfèrent aller ailleurs. Mais quand c'est le médecin lui-même qui fournit le remède, en le faisant venir d'une pharmacie éloignée, il se fait revendeur, entrepositaire au préjudice du pharmacien de la localité : il lui fait concurrence, il détruit son état; il viole l'article 27; il n'est pas dans le cas précis de l'exception.

Voilà le droit, après cela, il devient même superflu de s'arrêter à ces circonstances, qu'on fait un sieur Laroche avait lui-même ouvert une pharmacie homœopathique, et que le sieur Sicaud, pharmacien ordinaire, tenait aussi des remèdes homœopathiques, comme l'a constaté un procès-verbal du jury médical.

Que ces faits soient plus ou moins controversés, la solution n'est pas là; elle est dans l'aptitude du pharmacien à préparer tous les remèdes qu'on lui commandera, et dans le droit qu'il a de les vendre à l'exclusion de tous autres, même des médecins qui prétendraient avoir inventé des remèdes spéciaux.

Sans cela, et si la prétention contraire était admise, il n'y a pas de médecin qui, en introduisant quelque bizarrerie nouvelle dans ses prescriptions, ne pût dire qu'il a inventé son remède à lui, et alléguer que, pour sa préparation, il est besoin d'une manipulation secrète dont lui seul connaît le procédé; et il dépendrait ainsi de lui de se constituer pharmacien pour son compte, à l'exclusion du pharmacien légal.

En définitive, Messieurs, la justice applaudit à toutes les inventions, à tous les perfectionnements utiles; mais elle ne juge point les systèmes scientifiques. Elle applique la loi dans sa généralité, dans l'esprit qui a dicté ses dispositions.

Elle voit en présence la médecine et la pharmacie. Si la médecine a fait des progrès, la pharmacie a fait aussi les siens. La justice de la cour d'assises emploie les docteurs en médecine et en chirurgie à l'autopsie des cadavres; elle emploie également la science chimique des pharmaciens pour les analyses les plus délicates et les plus subtiles, dans les questions d'empoisonnement.

La Société a des obligations particulières à la pharmacie. Elle lui doit d'avoir adouci ce que les médicaments avaient de plus rebutant. Elle a remplacé par la quinine ces horribles prises de quinquina en poudre; on lui doit surtout l'abolition de ces médecines noires, répugnant à la fois à la vue, à l'odorat, au goût, et qui, du jour où l'on devait prendre médecine, faisaient un jour néfaste pour les malades! Les remèdes actuels n'ont plus rien de repoussant, les préparations ont souvent même un goût agréable. Les pharmaciens ont trouvé l'art de dorer la pilule (quelques sourires); cela ne nuit point à la science, qui seule a droit de déterminer les éléments dont cette pilule est composée.

A chacun donc son mérite et son droit. Au docteur le droit de prescrire les remèdes, au pharmacien seul le droit de les préparer et de les vendre.

Nous estimons qu'il y a lieu de casser. »

COURRIER.

MM. Desormeaux et Cazenave ont été nommés juges-suppléants au concours qui s'est ouvert le 8 mars pour deux places de chirurgien au bureau central.

La question que les candidats ont eu à traiter est la suivante : *Du rétrécissement au point de vue chirurgical.*

— Le 7 avril prochain, il sera ouvert un concours, à l'Administration de l'assistance publique, pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, en remplacement de M. le docteur Legendre, dont les fonctions expirent vers la fin de cette année. Les candidats ont jusqu'au 22 mars pour s'inscrire.

— M. le professeur Piorry et M. le docteur Henri Favre ayant eu l'idée d'appliquer des ventouses sur un vésicatoire laissé seulement quelques heures, l'expérience a parfaitement réussi.

Tout accident cantharidique serait ainsi évité; la sérosité pourrait être obtenue en abondance. Se réservant de poursuivre ce nouveau moyen thérapeutique dans toutes ses applications, M. le professeur Piorry a chargé M. le docteur Favre de noter tout ce qui se produira dans cette direction à l'hôpital de la Charité; les résultats seront ultérieurement publiés, et la priorité ne pourra, dans tous les cas, être aucunement contestée.

— La science médicale vient de faire une perte très regrettable en la personne de M. A.-L.-J. Bayle, auteur d'une *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, d'un *Traité des maladies du cerveau*, d'un *Mémoire sur la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale*, des *Éléments de pathologie médicale* et de plusieurs autres ouvrages recommandables.

— Bruxelles possède deux nouvelles Sociétés médicales; l'une, anatomo-pathologique, fondée par le professeur Gluge; l'autre porte le nom de médico-chirurgicale.

— On compte en ce moment, à l'hôpital des aliénés de Zurich, vingt-cinq personnes qui ont perdu la raison, grâce aux tables tournantes et aux esprits frappeurs.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE : *Cours clinique sur les maladies de l'enfance.* — M. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera ce cours le mercredi 17 mars, à 9 heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

MM. Rives, à Mirepoix.	5 fr.
Baillarger	20
Hormand Duffié, aide-major aux chasseurs à pied de la garde.	5
Bisson	10
	40 fr.
Souscriptions antérieures. .	1,107
Total.	1,147 fr.

La marche de cette hyperesthésie est, ainsi que sa durée, fort variable. La douleur tourmente beaucoup les malades, qui croient voir en elle la preuve de l'existence d'une maladie de la matrice ou des viscères abdominaux. En outre, les conditions de fatigue ou de repos auxquelles sont livrées les malades, l'état des organes génitaux, ont la plus grande influence sur son issue.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 9 Mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

M. Verneuil lit un travail ayant pour titre : *Recherches critiques sur l'histoire de l'autoplastie.*

M. Verneuil s'est proposé dans ces recherches de démontrer, à l'aide des textes qu'on peut suivre à travers les temps depuis le siècle d'Auguste jusqu'à Carpue, des traces de la méthode ancienne. Il résume l'ensemble de ces recherches en ces termes :

Celse nous lègue des préceptes assez clairs pour réparer les mutilations du nez, des lèvres, des oreilles, du prépuce. Mais, partageant le sort de tout héritage scientifique ancien, ces préceptes tombent dans l'oubli et y restent longtemps ensevelis. Branca père paraît les retrouver pour la restauration nasale, qui, moins que tout autre, se prête à leur application; les inconvénients de la méthode ancienne enfantent la méthode italienne, et, dès ce moment, la chirurgie possède deux ressources au lieu d'une. La sœur cadette prospère quelque temps, comme l'attestent les faits rapportés par Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, et surtout la statue élevée à Tagliacozzi par ses concitoyens.

Que devint la méthode de Celse ? Pendant cent ans, depuis Branca (1442) jusqu'à Franco (1561), on n'en sait rien. Toujours est-il que ce dernier la retrouve et l'enrichit, à la vérité il ne parle guère de réparer le nez, les oreilles, le prépuce, mais il formule la chéiloplastie dans le bec-de-lièvre, et la génoplastie pour une perte de substance fortuite. Tagliacozzi et Franco imprimeront-ils à l'autoplastie une impulsion forte et durable ? Non. Cependant, après eux, la destinée ultérieure des méthodes ancienne et italienne sera bien différente. La dernière perdra son état éphémère, elle disparaîtra sous le poids du doute et de la raillerie. Les efforts même de Graefe en notre siècle ne la relèveront pas de sa déchéance. Je n'insiste pas, comptant m'occuper plus tard des causes de cette grandeur et de cette décadence.

La méthode ancienne, au contraire, surnagera. Couillard continue l'œuvre de Franco. J.-L. Petit retrouve la restauration du prépuce, Saviard inaugure l'urétroplastie. Nous suivons la chéiloplastie, tantôt en termes obscurs après l'extirpation des tumeurs des lèvres, tantôt en indications claires dans l'opération du bec-de-lièvre congénital ou accidentel. On reconnaît ici à la fois Franco et Celse. Par malheur on comprend mal le texte de ce dernier; on compromet souvent la méthode par des modifications inutiles, sinon choquantes et nuisibles. Heureusement le temps le plus important, c'est-à-dire l'incision prœgingivale, reste définitivement acquise.

Mais en chirurgie comme dans toute science, s'arrêter c'est rétrograder fatalement. Dans l'Académie de chirurgie, l'autoplastie est encore oubliée pendant un siècle. En 1791, Boyer devait lire devant l'illustre aréopage un mémoire qui réhabilitait quelque peu la suture et qui faisait revivre la restauration autoplastique. Chopart et Boyer venaient de retrouver la chéiloplastie de la manière la plus claire. Les événements firent que le travail ne fut pas lu. S'il en avait été autrement, peut-être l'opinion aurait-elle changé, peut-être, grâce à quelque Lavoisier d'hôpital, la renaissance de l'autoplastie eût été hâtée de vingt-cinq ans; notre pays aurait ajouté un beau fleuron de plus à sa couronne. Il en fut tout autrement; aussi trouve-t-on à peine quelques vestiges de chirurgie réparatrice dans les œuvres de Desault, de Pelletan, de Sabatier; Richerand et Dupuytren ne suivirent eux-mêmes le mouvement que de loin. L'article de Percy sur l'ente animale est à peu près la seule exception que je constate.

Tout d'un coup la méthode indienne qui, en Angleterre, était à l'état d'incubation depuis le commencement du siècle, se formule nettement dans l'ouvrage de Carpue. Enfin, cette fois, les esprits ne furent plus rebelles. L'impulsion se propagea vivement. Graef (de Berlin), Astley Cooper, en Angleterre, Delpech, Larrey, en France, se mirent à l'œuvre, et les trois grandes méthodes produisirent parallèlement leurs œuvres.

Je l'ai dit en commençant, l'équité défend d'appeler française une méthode dont les règles se trouvent dans Celse; mais elle doit en revanche constater les titres indéniables de notre chirurgie qui a constamment sauvé du naufrage les débris de la tradition.

Aussi peut-on dire de la route facile que nous suivons aujourd'hui qu'elle a été jalonnée par Franco, Couillard, J. L. Petit, Saviard, Chopart et Boyer.

En présence des faits nombreux que j'ai glanés dans la chirurgie des siècles passés, on se demande comment la rénovation a tant tardé; peut-être faut-il en accuser le dédain que les grands chirurgiens de la fin du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième ont affecté pour les recherches historiques. Si en l'an 1800, je suppose, quelqu'un se fût avisé du travail facile que je viens de faire, il aurait pu donner déjà un corps à la chirurgie restauratrice ; il aurait montré, en effet, comment, à l'aide des deux méthodes que l'on connaissait, on pouvait restaurer le nez, les lèvres, les oreilles, le prépuce, l'urètre, c'est-à-dire réunir des parties divisées, diviser des parties réunies, allonger des parties trop étroites ou trop courtes, oblitérer des fistules, etc.

La généralisation était donc possible, facile même. Faute d'érudition, on ne le fit. Oublions pendant cinquante ans de lire nos prédécesseurs, et nous retomberons nous aussi dans l'ignorance.

Mais peut-être ce jugement est-il trop sévère; si le progrès a été lent, il faut sans doute en faire porter la faute au temps, et dire avec un de nos aïeux chirurgiens, Pierre Pigray :

« Je croi que chacun tombera d'accord avec moy, que les arts et les » sciences ne se jettent pas en moule, ainsu on les forme et figure peu » à peu en les maniant et remuant plusieurs fois, tout ainsi que l'ours » façonne ses petits en les leschant à loisir. »

Le travail de M. Verneuil est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Robert, Nélaton, Malgaigne.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 1er mars 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Giovanni Garelli, médecin-directeur des eaux de Valdieri (Piémont), demande le titre de membre correspondant.

M. le docteur Bougard, chef de clinique à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, demande le titre de membre correspondant.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Valdieri e le sue acque (Valdieri et ses eaux), par le docteur G. Garelli. Turin, 1855.

Saggio intorno alle muffe nelle acque termali di Valdieri (Essai sur les matières organiques des eaux de Valdieri), avec planches, par le même. Turin, 1857.

Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la forêt Noire et des Vosges, par le docteur A. Robert. Strasbourg, 1857.

Notice sur les eaux thermales d'Erlenbad (Bade), par le même. Strasbourg, 1854.

Notice sur les eaux gazeuses alcalines et ferrugineuses d'Antogast (Bade), par le même. Strasbourg, 1856.

Les eaux chlorurées sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). Thèse pour le doctorat, par le docteur Bougard. Paris, 1857.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, troisième série, n° 8.

ÉLECTIONS.

M. le docteur Boschan, médecin aux eaux de Franzesbad (Bohême) est nommé correspondant étranger.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Études chimiques sur les eaux minérales et thermales de Néris (Allier), par M. J. Lefort, rapport de la commission d'analyse des eaux minérales, composée de MM. Patissier, Mialhe, O. Henry fils, Cazin, Réveil, Leconte, Bouquet et Lefort, rapporteur.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le gaz qui se dégage spontanément du puits de César est composé uniquement d'azote et d'acide carbonique.

2° Le gaz spontané du puits de la Croix contient en plus de l'oxygène, mais en quantité minime.

3° Les eaux qui jaillissent des six puits de Néris doivent être rangées parmi les eaux minérales bicarbonatées sodiques mixtes.

4° L'eau du puits de la Croix est un peu moins minéralisée que l'eau du puits de César.

5° L'air de la salle de vapeur du puits de César possède les mêmes éléments et en quantité peu différente de l'air normal.

6° La vapeur condensée du puits de César renferme seulement de la matière organique à l'état de dissolution, et une petite quantité de chlorure de sodium, sans trace, du moins évidente, d'iode.

7° Les conferves développées à l'air libre sont différentes quant à l'organisation, des conferves qui prennent naissance sous l'eau thermale.

8° A l'époque de leur développement, l'air emprisonné dans les conferves est plus riche en acide carbonique que lorsqu'elles sont parvenues à complète maturité.

9° L'air des salles de bains, des piscines, des étuves et des douches est peu différent de l'air normal.

10° La composition chimique de l'eau d'un bain est sensiblement la même que l'eau prise au Griffon, sauf l'iode qui y manque complétement.

11° L'eau de la citerne du jardin est de l'eau minérale ayant pour origine le puits de César, quoique sa composition chimique soit un peu différente.

12° Les dépôts fournis par l'eau minérale et autour des puits sont constitués par de l'oxyde de fer, mais en proportion excessivement minime.

13° Les dépôts existant dans les aqueducs servant à conduire l'eau, lorsqu'elle n'est plus utile, sont du carbonate de chaux cristallisé.

14° Les eaux thermales de Néris ne mettent pas plus de temps pour s'échauffer ni moins de temps pour se refroidir que de l'eau douce chauffée au même degré.

15° Les eaux douces de Néris sont de mauvaise qualité et leur composition s'éloigne très notablement des eaux potables.

16° Il serait d'un haut intérêt que l'administration voulût bien prendre des mesures pour faire cesser cet état de choses, ce qui serait d'une réalisation facile.

M. Durand-Fardel demande à M. Lefort comment il comprend l'état de combinaison de l'acide carbonique avec les principes contenus dans les eaux minérales, en en faisant l'application spéciale aux eaux de Néris.

Les chimistes, en France, considèrent généralement les sels contenus dans une eau minérale qui présente un excès d'acide carbonique, comme existant à l'état de bicarbonates, ne reconnaissant à l'état libre que la proportion d'acide carbonique qui excède celle nécessaire pour les constituer à l'état de bicarbonates.

La plupart des chimistes allemands, au contraire, à l'exemple de Liébig, supposent les sels à l'état de carbonates neutres, et désignent comme acide carbonique libre toute la proportion de ce gaz, excédant celle qui sert à maintenir ces sels à l'état de carbonates neutres.

Un chimiste exercé peut rapprocher ces produits d'analyse très différents, ou plutôt les reconstituer, et réparer ainsi les inconvénients de ce qui n'est peut-être que le résultat d'une différence de langage. Mais le médecin, qui a sous les yeux deux analyses, dont l'une exprime des bicarbonates, avec un faible excédant ou sans excédant d'acide carbonique libre, dont l'autre offre des sels neutres avec une forte proportion d'acide carbonique libre, comprend difficilement qu'il s'agit de combinaisons semblables, et attache un sens différent à l'une et à l'autre.

M. Lefort a, en effet, remarqué depuis longtemps que la manière de formuler les carbonates alcalins, terreux et métalliques, dans les eaux bicarbonatées, différait notablement en France et en Allemagne. Mais il se demande si, théoriquement et pratiquement, on peut admettre l'existence de carbonates neutres, à côté d'acide carbonique libre, sans qu'il se forme des bicarbonates. Cela ne saurait être, et, à son avis, c'est là un non-sens que la chimie ne peut expliquer.

M. Fermond confirme cette manière de voir, et cite des faits à l'appui, en faisant remarquer que les sels terreux et métalliques contenus dans les eaux minérales, ne sont solubles que parce qu'ils y existent à l'état de bicarbonates.

M. Leconte parle dans le même sens, et entre dans quelques détails au sujet du rôle que l'acide carbonique joue vis-à-vis le carbonate et le phosphate de chaux, sels insolubles, et qui ne sont tenus, l'un et l'autre, en dissolution que grâce à un excès d'acide carbonique. Si les céréales contiennent du phosphate de chaux, c'est à l'aide d'une réaction semblable. M. Dumas a obtenu du phosphate de chaux soluble, en mettant une eau bicarbonatée en présence de l'ivoire. Il y aurait donc une réaction opérée par l'acide carbonique à la fois sur le carbonate et sur le phosphate de chaux. M. Leconte en conclut la nécessité d'admettre la présence simultanée de l'acide carbonique et des bicarbonates.

M. Lefort souhaite que cette sorte de protestation contre la théorie allemande, au sujet de l'existence simultanée de l'acide carbonique et de carbonates neutres, soit exprimée d'une manière très formelle.

M. Rotureau appelle l'attention de la Société sur la question de la chaleur dans les eaux minérales. Rappelant les opinions émises dans une séance précédente à ce sujet par M. Réveil, et les rapprochant des recherches faites par M. Lefort sur le refroidissement des eaux de Néris, il se demande si les problèmes relatifs à la nature du calorique renfermé dans les eaux minérales sont effectivement résolus. Il cite les expériences faites par M. Ch. Braun à Wiesbaden : ce médecin a remarqué que l'eau de cette source se refroidissait plus lentement que de l'eau douce élevée à la même température (70°), et se réchauffait également plus lentement. Des observations semblables ont été faites avec les eaux de Gastein, moins minéralisées que la plupart des eaux douces.

M. Leconte convient que, dans l'état actuel de la science, il est difficile de juger exactement la question comparative de la chaleur imprimée artificiellement aux eaux minérales, ou de leur chaleur naturelle. Cependant, on sait très bien que la capacité calorifique varie suivant la nature des eaux et la proportion des principes minéraux qu'elles contiennent; aussi ne saurait-il admettre les conclusions tirées des expériences dont il vient d'être question.

M. Rotureau fait remarquer la faible minéralisation des eaux de Gastein, et ajoute que les expériences dont il a parlé ont été faites en tenant compte de toutes les circonstances du problème à résoudre; sans être absolument concluantes, il faut donc en tenir compte.

M. Sales-Girons pense que le calorique des corps vivants n'est pas le même que celui des corps inertes, et comparant la température des eaux minérales à celle du sang, il la regarde comme d'une nature différente de la température artificielle procurée à une eau douce.

MM. Leconte et Fermond protestent contre cette manière de voir. Ce n'est pas le calorique qui diffère, c'est la statique, c'est-à-dire la combinaison respective des éléments qui existent dans les eaux minérales.

Les conclusions du rapport de M. Lefort sont mises aux voix et adoptées.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 15 MARS 1858.

Rapport de M. Cazin sur une notice de M. Bertherand, *sur les eaux alcalines-gazeuses de Mouzaïa-les-Mines* (Alger).

Rapport de M. Boullay sur un travail de M. Basset, relatif au *traitement de la chlorose par l'hydrothérapie.*

Rapport de M. Leconte, au nom d'une commission, sur la question suivante : *Existe-t-il de l'iode dans les eaux de Vichy?*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher confrère,

A l'occasion de l'analyse de mon *Iconographie ophthalmologique*, insérée dans deux de vos derniers numéros, veuillez donner place dans vos colonnes à quelques mots qui s'adressent autant à vos lecteurs qu'à mon intelligent et équitable critique.

Mon *Iconographie*, il est vrai, est un ouvrage essentiellement pratique, mais elle ne peut ni ne doit être un traité complet des maladies des yeux. Comme je l'ai dit expressément, je ne parle pas des maladies dont je ne donne pas de représentations graphiques; le texte théorique, très concis et souvent aphoristique, est seulement destiné à servir de lien aux observations; le but tout particulier de l'ouvrage est de faciliter l'étude des maladies oculaires à ceux qui ne peuvent fréquenter une clinique spéciale.

Une autre considération encore m'empêche de donner plus de développement au texte : l'espace qui m'est accordé est déjà de beaucoup dépassé, et je ne puis, sans m'exposer aux justes reproches de mes souscripteurs, agrandir davantage le cadre de l'ouvrage. C'est à ce point de vue que je prie les lecteurs et la critique de vouloir bien se placer.

Recevez, mon cher confrère, l'expression des sentiments distingués et les remercîments de votre tout dévoué,

Sichel.

10 mars 1858.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 31. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 16 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

ADHÉSIONS :

ARIÉGE : A. Rivel (Mirepoix).

SAÔNE (Haute-) : Poulet (Plancher-les-Mines), — Simon (Champigny), — Barrand (id.).

SEINE : Fano, — Simonot, — Morpain, — E. Barthez, — Hiffelsheim, — Piorry, — Charcot, — Bisson, — Rochard, — Dumas, — Jules Guyot (Batignolles), — Allard, — Dreyfus, — Pellarin (Montrouge), — Guersant.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La discussion soulevée par le mémoire de M. Gillebert-d'Hercourt continuant, M. Broca a répondu au discours de M. Bouvier.

« Il y a, dans l'intéressante lecture de M. Bouvier, dit M. Broca, un passage que je ne puis laisser passer sans réponse. J'ai dit que les affections vertébrales qu'on désigne vulgairement sous le nom de mal de Pott, devaient être divisées en deux espèces différentes : l'une moins grave, qui guérit souvent sans abcès; l'autre beaucoup plus grave, qui produit toujours, ou presque toujours, des abcès par congestion. La première est produite par des tubercules vertébraux, la seconde par la carie ou par toute autre forme de l'ostéite suppurative. M. Bouvier connaît certainement très bien ces deux groupes de lésions, mais il n'admet pas que la gravité du mal vertébral soit plus grande dans un cas que dans l'autre. C'est sur ce point que je ne puis m'accorder avec lui.

Comme preuve de l'innocuité relative de la première forme, j'ai cité le mémoire de Pott, et j'ai dit que les cas où la guérison a lieu sans abcès sont tellement communs, que Pott, dans ses deux mémoires, ne s'est pas occupé des abcès par congestion. M. Bouvier, en réponse à cette assertion, a cité deux phrases où Pott parle de ces abcès. Déjà M. Giraldès avait eu la bonté d'appeler mon attention sur ce point. J'ai donc voulu vérifier; j'ai relu avec soin tout ce que Pott a écrit sur la question, et je suis de plus en plus convaincu que la maladie décrite par le chirurgien anglais ne constitue que l'une des deux formes de la double maladie à laquelle on donne aujourd'hui son nom. »

Après avoir analysé, textes en mains, les deux mémoires de Pott, M. Broca conclut :

1° Que Pott a décrit une maladie dans laquelle les abcès sont assez rares pour qu'il ait cru pouvoir se dispenser d'en parler.

2° Que cette maladie, caractérisée par une gibbosité accompagnée de paralysie, occupe presque toujours la région dorsale ou la région cervicale, et ne se montre que très exceptionnellement *(very seldom)* sur la partie supérieure de la région lombaire (il n'est pas question du reste de la colonne lombaire).

3° Que cette affection, après sa marche et ses symptômes, se rapporte à la tuberculisation vertébrale, telle que nous la connaissons aujourd'hui.

4° Qu'enfin, suivant Pott, l'affection qui produit les abcès par congestion diffère de la précédente par son siége, qui est presque toujours la région lombaire, et qu'elle en diffère aussi par ses symptômes, puisqu'elle ne s'accompagne ni de paralysie ni de gibbosité.

M. Giraldès fait observer qu'à la vérité Pott ne s'est pas occupé d'une manière spéciale des abcès par congestion, mais enfin qu'il en a parlé dans son deuxième mémoire, « contrairement à l'opinion générale, dit Pott (prop. 17), la carie des vertèbres est plutôt la cause que la conséquence de ces abcès. »

« Je suis heureux, dit M. Morel-Lavallée, de l'affirmation de M. Giraldès. Je ne connais qu'une seule espèce de mal vertébral, et je l'ai toujours vue accompagnée d'abcès; si Pott avait écrit sur le mal vertébral sans parler des abcès, je ne comprendrais plus rien à son mémoire.

Cela posé, je dois dire que j'ai vu un cas fort curieux et fort embarrassant, lorsque je faisais le service aux Enfants-Trouvés. Un très jeune enfant atteint de gibbosité succomba, et, à l'autopsie, je trouvai à la place d'une vertèbre une cavité spacieuse, régulière, circonscrite par une membrane épaisse et lisse, et renfermant un liquide transparent, semblable à du mucus. Il n'y avait aucun débris osseux, aucune trace de carie, aucune trace de pus. Je me demande, et je demande à mes collègues de quelle nature était cette singulière affection?

Dans le service de Sanson, était un boulanger atteint d'abcès par congestion iléo-fémorale. Un jour, sa colonne vertébrale, jusqu'alors peu ou point déformée, s'affaissa brusquement, et la mort suivit de près cet accident. A l'autopsie, nous trouvâmes que quatre corps de vertèbres de la région lombaire étaient détruits; quelques jetées osseuses périphériques qui soutenaient naguère la colonne vertébrale s'étaient fracturées, et cette fracture avait été la cause prochaine de la mort. Si le malade eût gardé le repos au lit, il eût pu guérir, et en tous cas il eût vécu plus longtemps. Pour me résumer, je dirai :

1° Qu'il n'y a qu'une seule espèce de mal vertébral;

2° Que l'immobilité horizontale est ordinairement préférable au mouvement. »

« Je sais, dit M. Marjolin, que, dans le mal vertébral, il y a souvent des abcès qui nous échappent à cause de leur petitesse et de leur profondeur. Je sais encore que certains abcès peuvent se résorber entièrement; mais, malgré ces deux circonstances, sur lesquelles quelques personnes se sont basées pour soutenir qu'il n'y a pas de mal vertébral sans abcès, je persiste à dire que, dans beaucoup de cas, l'abcès fait entièrement défaut. Cela est très commun lorsque le mal vertébral occupe la région cervicale, et ici la disposition des parties est telle qu'un abcès même assez petit serait facile à reconnaître. J'ai actuellement sous les yeux trois cas de ce genre, savoir :

1° Une jeune fille de 14 ans, qui a quitté l'hôpital il y a quelques jours, parfaitement guérie, mais conservant une gibbosité considérable des vertèbres cervicales;

2° Un garçon du même âge, atteint de la même maladie et de la même difformité, et chez lequel la guérison est presque achevée;

3° Enfin, un troisième enfant moins avancé vers la guérison, mais exempt d'abcès jusqu'à ce jour, quoique l'altération des vertèbres soit profonde et étendue. D'après mon expérience, je me crois autorisé à dire que le plus souvent le mal vertébral de la région cervicale ne se complique pas d'abcès par congestion.

M. Bouvier a rejeté les cautères; je ne suis point de son avis. Certes, il y aurait inconvénient à épuiser les malades par une suppuration trop abondante, surtout lorsqu'il existe déjà un abcès. Mais lorsqu'il n'y a pas d'abcès, de petits cautères promenés autour de la gibbosité, entretenus pendant quelques semaines et renouvelés de temps à autre, m'ont paru exercer une action très favorable sur l'altération osseuse. En outre, j'ai déjà eu l'occasion de dire que ce moyen a l'avantage de faire un peu souffrir les petits malades, de les effrayer et de les éloigner de l'habitude de la masturbation. Les anciens, quoi qu'on en dise, avaient raison d'attribuer à la masturbation une action spéciale sur la colonne vertébrale; presque tous les enfants atteints du mal de Pott se livrent à l'onanisme avec une sorte de fureur.

M. Gosselin disait à ce propos, il y a quelques jours, que ce

---

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE;

Par le docteur E. GALLERAND,

Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Deux campagnes successives dans la mer Blanche (1) m'ayant permis de faire quelques observations relatives à l'hygiène et à la pathologie au milieu de parages très peu connus, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en présenter le résumé dans un travail succinct.

Mon but, en écrivant ce mémoire, est plutôt de donner des renseignements utiles au médecin de la marine, appelé à naviguer dans ces mers, que de faire l'histoire des maladies particulières aux régions septentrionales. A l'époque de mes deux voyages, nous étions en guerre avec la Russie; je ne pouvais donc que difficilement faire des excursions à terre et prendre des informations précises auprès des praticiens du pays; mais, par suite de ces circonstances, j'avais aussi l'avantage de ne jamais perdre de vue les équipages confiés à mes soins, et de ne jamais étudier, en l'absence de communications extérieures, les influences cosmiques si variées de ces climats, et les modifications qu'amène le régime prolongé du bord.

J'examinerai successivement les particularités que les campagnes dans le Nord me paraissent offrir, sous le rapport de la composition du personnel, des précautions hygiéniques et des maladies les plus communes. Je terminerai par un aperçu rapide du voyage et quelques observations météorologiques.

§ I. *Composition de l'équipage; importance du choix des hommes.*

La navigation dans les mers de la zone glaciale demande plus que toute autre des hommes parfaitement valides; c'est une vérité sur laquelle je voudrais fixer l'attention, et dont j'ai eu des preuves aussi nombreuses que concluantes.

Les deux frégates sur lesquelles j'ai fait mes campagnes de la mer Blanche étaient, comme tous les navires de la marine française, parfaitement montées, quant à la masse de l'équipage; mais, par suite de circonstances fortuites, il s'y trouvait une assez forte proportion d'hommes peu faits pour résister à l'action de causes déprimantes, et dont l'infériorité se manifesta aux premières influences rigoureuses que nous eûmes à subir. Que sur 400 hommes, il s'en trouve une cinquantaine d'une valeur morale et physique médiocre, cela se conçoit parfaitement, mais il serait urgent de s'en débarrasser avant de prendre la mer, car si l'on conserve cette série de sujets faibles ou maladifs, on s'exposera à en perdre un certain nombre, et à voir le reste constamment malade. Les faits et les chiffres ne me manqueraient pas pour appuyer cette assertion.

Quelle que soit la nature de la campagne, on doit toujours désirer un personnel d'élite; cependant, pour les missions dans le Nord, c'est un besoin beaucoup plus indiqué que pour des voyages ordinaires. En effet, les mêmes hommes qui, ailleurs, se seraient fortifiés et seraient devenus peut-être d'excellents matelots, languiront de plus en plus, et ne rendront aucun bon service. Beaucoup de jeunes gens, au moment où l'inscription maritime les réclame, ne sont pas encore complétement développés; leur constitution indécise semble flotter entre la vigueur et la faiblesse; leur moral lui-même oscille en quelque sorte entre la joyeuse indifférence qui convient à l'homme de mer, et la tristesse, le regret du foyer, la tendance à la nostalgie. Si le hasard les appelle alors à naviguer sous les beaux climats, à stationner aux pays des jours lumineux et des nuits tièdes, ils auront toutes les chances favorables pour franchir victorieusement cette période transitoire de leur existence. Si, au contraire, ils s'en vont subir l'action prolongée du froid, des jours sombres, des mauvais temps et du manque absolu de tous les excitants de la vie sociale, ils deviendront probablement mélancoliques et maladifs : ils succomberont peut-être.

Un grand navigateur des mers polaires, le capitaine Ross, me paraît avoir bien compris la question que nous traitons; à la vérité, il n'était pas médecin, et les termes propres ne lui viennent pas toujours pour rendre sa pensée, mais l'idée générale est bonne et dénote une observation profonde. Voici ce qu'il écrivait après quatre années passées dans les régions arctiques, lors de ses voyages à la recherche du passage Nord-Ouest :

« Le pouvoir d'engendrer de la chaleur varie considérablement, suivant les individus, et dépend autant de la constitution première, que de l'énergie morale et musculaire. Dans des circonstances où la pratique et l'application de cette assertion se trouvaient poussées à l'extrême, le fait était tellement frappant pour nous, qu'il nous était facile de prédire à l'avance, que tel homme souffrirait d'un degré de froid auquel les autres seraient à peine sensibles. Ces remarques, continue le capitaine Ross, ne sont pas seulement des matières à la spéculation philosophique, ni même des questions de pur amusement ou de curiosité; elles offrent un enseignement utile à ceux qui, plus tard, voudront entreprendre de pareilles expéditions; à ce titre elles méritent d'entrer en première ligne dans les considérations qui doivent guider un capitaine dans le choix de son équipage. A égalité de force et de santé apparente, on devra choisir de préférence celui qui semble le plus apte à produire de la chaleur, car personne ne peut savoir, avant de l'avoir éprouvé, combien de privations, de vexations, de fatigues, de gênes dans le service, résultent de l'influence du froid chez les individus qui composent l'équipage d'un navire; je ne parle pas des accidents, des congélations, du scorbut et même de la mort qui, j'en suis entièrement convaincu, peuvent être les effets de la même cause.

» Il paraît démontré que les hommes doués d'un grand appétit et dont la digestion est parfaite sont ceux qui offrent le plus d'aptitude à la production du calorique. Les estomacs faibles, les hommes aux digestions difficiles, et ceux qui ne peuvent consommer beaucoup de nourriture, sont les plus sujets à souffrir du froid, ne pouvant trouver assez de ressources pour résister à son impression. L'homme au teint rouge et vermeil m'a toujours semblé par nature plus en sécurité sous ce rapport que celui qui présente un aspect opposé. Dans tous les cas, les individus pâles, nonchalants, au regard mélancolique, ne doivent pas être choisis pour les voyages dans les régions arctiques. Ce sont

(1) En 1854, sur la frégate la *Psyché*; en 1855, sur la frégate la *Cléopâtre*.

vice ne se développe que vers l'âge de 12 ans; c'est une erreur: les plus jeunes n'en sont pas exempts. Nous voyons cela dans les hôpitaux d'enfants; nous le voyons même quelquefois, chose presque incroyable, sur des enfants encore à la mamelle. Dernièrement, un petit garçon de 5 à 6 ans, grandement adonné à la masturbation, a cru varier ses plaisirs en se liant la verge; mais il n'a pas su enlever le fil qui a coupé les téguments. Ce malheureux enfant est mort maintenant; il s'est masturbé littéralement jusqu'au dernier jour. A côté de lui était couché un autre moribond de 3 ans, qui se masturbait continuellement. Ces passions précoces s'observent surtout chez les enfants atteints du mal de Pott, et il me paraît démontré que la masturbation agit spécialement sur la colonne vertébrale. »

« Les abcès symptomatiques du mal vertébral restent souvent occultes, répond M. Cloquet, et il ne faudrait pas invoquer ces cas, qui sont nombreux, pour prouver que le mal de Pott peut exister sans abcès. Lorsque les malades succombent, on trouve sur les côtés de la colonne vertébrale de petits kystes à parois épaisses, et renfermant une matière dense, comme caséeuse. C'est du pus rendu concret par une résorption partielle. La résorption peut même s'effectuer sur des abcès volumineux. J'ai soigné un enfant de 9 ans, atteint de gibbosité et de paralysie par suite d'une altération des dernières vertèbres dorsales. Au bout de peu de temps, je vis paraître sur le côté gauche de la région lombaire une collection fluctuante, qui s'accrut et devint considérable. J'administrai un traitement iodé; plusieurs cautères furent appliqués sur les côtés de la gibbosité; insensiblement la paralysie se dissipa, la tumeur s'affaissa, la fluctuation disparut, et finalement ce vaste abcès fut guéri. »

Après quelques observations échangées entre MM. Giraldès, Huguier, Gosselin et Bouvier, ce dernier donne lecture d'un second discours dont nous ne dirons rien aujourd'hui, faute de place.

M. Legouest présente ensuite un corps étranger retiré des fosses nasales d'un soldat, qui, dans un rixe avec un charpentier, avait été blessé à la face par un de ces gros crayons de bois dont se servent les ouvriers. Cet instrument carré et presque aussi gros que le doigt avait été poussé avec une telle force que, pénétrant dans les tissus comme un poignard, il avait perforé la paroi latérale gauche du nez, et s'était brisé dans les fosses nasales, où un fragment long de près de 6 centimètres était resté implanté. La plaie extérieure s'était promptement cicatrisée. L'extraction a été assez laborieuse. M. Legouest l'a exécutée sans débridement, en faisant pénétrer les instruments à travers la narine gauche.

M. Cloquet cite un cas analogue de Béclard. Un coup de parapluie ayant perforé la joue et défoncé le sinus maxillaire, l'embout, consistant en un tube de cuivre aussi gros et aussi long que le doigt, resta implanté dans ce sinus. La peau s'était rétractée et masquait les bords du tube, dont la cavité fut prise pendant quelque temps pour la cavité même du sinus. On chercha même à dilater l'ouverture avec des mèches. La couleur du pus, verdie par les sels de cuivre, éveilla des soupçons; on reconnut le corps étranger, et on en pratiqua l'extraction.

M. Giraldès cite un cas de Fabrice de Hilden tellement semblable au précédent, qu'on pourrait les confondre, si le corps étranger, dans ce cas, n'eût été constitué par le tube de cuivre qui termine les fourreaux d'épée.

MM. Broca, Larrey et Legouest ont vu chacun un exemple de balle arrêtée ou enkystée dans les fosses nasales.

PATHOLOGIE.

LETTRES SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Première Lettre.

Bien cher maître,

Ce qui suit est le résumé d'un travail que je me propose de publier d'une façon plus complète. Bien qu'il ait été commencé en 1854 et continué depuis sans interruption; bien que les faits sur lesquels il est basé soient en nombre déjà considérable, je comptais attendre encore avant de formuler l'opinion que ces observations attentives et répétées m'ont amené à embrasser. Je suis convaincu que, sur toute question, quelle qu'elle soit, il y a toujours grand avantage à ne pas conclure trop vite, et l'expérience que ce travail lui-même m'a permis d'acquérir sur ce point fera, pour moi, de cette réserve une règle de conduite plus ferme et plus habituelle. En outre, la question à laquelle a trait ce qui suit est tellement controversée, et la controverse dont elle est l'objet porte tellement l'empreinte des opinions préconçues, et, permettez-moi ce mot, des fantaisies nosologiques de plusieurs des personnes qui y avaient pris part, que j'avais cru utile d'attendre. Mon but, en agissant ainsi, était de fournir à l'appui de mes opinions une masse de faits plus considérable, se rapprochant par conséquent d'autant plus de la certitude, et aussi d'éviter, par une observation prolongée pendant plusieurs années, certaines fins de non-recevoir que j'ai souvent entendu alléguer, sans preuve aucune, lors de certaines discussions plus intimes, sur la question dite de la *fièvre puerpérale*.

L'appel fait à l'Académie de médecine par M. Guérard, et la discussion qui en est la suite, me font un devoir de donner, non pas l'exposé complet de ce que j'ai pu relever sur les maladies des femmes en couches, mais un résumé de ce que j'ai vu, sans traces d'érudition à ce sujet.

Je regrette vivement d'être obligé de supprimer beaucoup de détails, qui, je le crois, ne seraient pas sans intérêt, et qui, peut-être, aideraient à bien préciser certains faits que je vais présenter; mais vous verrez, par le nombre d'histoires particulières qu'il faudrait dépouiller, qu'il serait impossible d'arriver à temps avec tous les détails. J'ai dû me borner aux points principaux; j'espère que cela ne nuira en rien à la clarté de ce que je vais dire.

C'est à l'Académie elle-même que j'avais voulu porter ce résumé purement clinique, et j'avais demandé d'en faire la lecture; mais une décision déjà ancienne du conseil de ce corps savant interdit à toute personne étrangère à la compagnie de faire, pendant une discussion, une lecture ayant trait à la question en litige. J'ai souhaité vivement alors de vous soumettre les résultats de mes observations, sachant, par une expérience que votre bienveillante amitié m'a permis d'acquérir, que nul n'a plus de goût que vous pour notre science; que nul n'a l'esprit plus libre dans les discussions; que nul ne sait mieux accueillir et proclamer ce qui est vrai. C'est pour cela, et aussi à cause de ma sincère et affectueuse gratitude pour vous, que j'ai pris la liberté de vous adresser ces *Lettres*. Je vous remercie cordialement de leur avoir prêté l'appui de votre nom en voulant bien les recevoir.

Lorsqu'au 10 mars 1854, je pris le service des accouchements à l'hôpital Beaujon, j'adoptais complétement la doctrine de la *fièvre puerpérale*, et je croyais fermement que les accidents éprouvés par les femmes en couches n'étaient possibles à expliquer que par l'existence d'une affection spéciale tout à fait différente des autres espèces nosologiques, régie par des lois tout à fait particulières, et, de plus, que c'était là une affection *essentielle*, comme l'on dit.

Une série de morts successives, tout en me décourageant profondément, m'inspira quelques doutes sur cette doctrine, et je résolus de reprendre l'étude attentive de ce point de pathologie. Mais pour tirer quelque fruit de ce labeur, je fis ce qui, je crois, est toujours la première condition indispensable en pareille occurrence, je fis table rase dans mon esprit de tout ce que je pouvais avoir lu ou pensé sur ce sujet, décidé à refaire mon éducation médicale sur ce point, à l'aide des faits et rien que par l'observation attentive des malades.

C'est dans ce but que j'ai recueilli moi-même les observations de toutes les femmes qui sont venues accoucher dans la salle Sainte-Hélène.

Il ne s'agit donc pas ici de simples résumés statistiques, relevés d'après des documents plus ou moins douteux, mais bien d'observations écrites, complètes, relevées jour par jour, et qui sont encore en ma possession.

Du mois d'octobre 1854 jusqu'à la fin de février 1858, ces observations sont au nombre de 1,327, dont 1,200 environ recueillies par moi-même, et le reste par les élèves de mon service, sous ma direction et sous mon contrôle.

Le résultat de ce travail est représenté par cette formule générale: *que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie; qu'ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales, et que la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle.*

Voici maintenant les données d'après lesquelles je suis arrivé à me former une telle opinion.

Sur ces 1,327 femmes accouchées dans mon service, 79 ont succombé, quelques soins que j'aie pu leur donner.

De ce nombre, 7 sont mortes de maladies sur lesquelles l'accouchement et ses suites n'avaient aucune influence directe, au point de vue qui nous occupe. C'étaient des femmes atteintes de tubercules pulmonaires, lésion dont l'évolution déjà avancée, fut encore sensiblement hâtée par le fait de l'accouchement; ou encore des femmes prises de variole et dont l'éruption coïncidant avec la couche causa rapidement la mort.

Reste donc pour les femmes qui, étant accouchées dans le service, ont succombé aux accidents développés après leurs couches, le chiffre de 72.

Je reviendrai de toute nécessité, plus tard, sur ce chiffre, pour en bien établir la valeur et pour répondre à certaines objections qui pourraient être soulevées.

Sur ces 72 femmes, 65 autopsies seulement ont été pratiquées; pour les 7 autres, opposition a été faite par les familles, ou des circonstances particulières ont empêché la recherche nécroscopique.

D'autre part, il convient d'ajouter à ce chiffre de 65 celui de 20 examens cadavériques de femmes qui, accouchées en ville, à la Maternité ou à la Clinique, sont venues succomber à l'hôpital Beaujon, où elles entraient à cause de leur état de maladie. Ces 20 faits, cependant, devront former plus tard une catégorie différente, car ils ont une valeur différente à mes yeux. D'abord, beaucoup d'entre eux ayant été relevés au commencement des études dont je viens rendre compte, ils manquent par cela même de détails dont je regrette l'absence, et ensuite,

---

» ceux qui souffrent le plus, quelles que puissent être les exceptions » particulières qu'on rencontre. Un autre fait qui n'a plus pour moi » l'ombre d'un doute, c'est que les passions vives conduisent à engendrer de la chaleur, tandis qu'au contraire, les passions tristes agissent » d'une manière opposée. »

J'ai reproduit d'autant plus volontiers ces extraits du capitaine Ross, puisés dans le texte original, que j'ai pu souvent en apprécier la justesse.

J'aime à voir cet intrépide explorateur des régions arctiques proclamer hautement toute l'importance qu'un chef d'expédition doit attacher au choix de ses compagnons, et s'appliquer lui-même à déterminer les caractères qui peuvent servir à l'apprécier.

Examinons maintenant si la provenance originaire des hommes peut fournir quelques indications utiles dans la détermination de leurs aptitudes particulières; la France est assez grande, son climat assez différent dans ses départements du Midi et du Nord, pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte. En prenant pour exemple les points extrêmes, serait-ce à Marseille ou à Dunkerque qu'il conviendrait mieux de recruter les matelots destinés à faire partie d'une expédition dans les mers glaciales? Il est certain que la nature n'a pas donné à tous les hommes la même organisation; l'homme né sous le cercle polaire n'est pas semblable à celui du tropique: tempérament, idiosyncrasie, régime, habitudes, tout le distingue, à tel point que l'on peut souvent reconnaître, à première vue, leur origine. Dieu fait bien ce qu'il fait, et ces différences ont probablement pour but de mettre les organisations en rapport avec des influences climatériques diverses. L'homme possède, il est vrai, dans une certaine mesure, la faculté de se faire à un climat autre que celui sous lequel il est né; mais, ainsi que l'a fait observer M. Boudin, il ne résulte pas de là que cette faculté soit illimitée. Quels seront, parmi les indigènes des zones tempérées, comme la France, par exemple, les individus les plus propres à vivre dans les régions glaciales ou torrides? Évidemment ceux qui offriront le plus d'analogie constitutionnelle avec les natifs de ces régions, et l'on aura plus de chances de les rencontrer dans les provinces qui se rapprochent le plus des lieux où doit s'opérer la migration. « Il y a, en effet, moins de dissonances dans les accidents du climat, par conséquent moins aussi dans les dispositions organiques (1). »

Ces assertions sont conformes à l'opinion générale, et quinze ans de pratique sur toutes les latitudes les rendent incontestables pour moi. Je n'ignore pas que des auteurs dignes du plus grand respect ont précisément avancé le contraire, en s'appuyant sur des faits authentiques et sur leur expérience personnelle. Je citerai quelques-unes de leurs opinions les plus opposées aux idées que je viens d'émettre.

« Pendant la retraite de Russie, en 1812, les plus maltraités par le » froid furent les Hollandais, les Prussiens, les Hanovriens et les Russes, » tandis que les Français du Midi, les Espagnols, les Portugais et les » créoles furent les plus épargnés (2). »

« Les Français, les Portugais, les Espagnols et les Italiens sont les » seuls qui offrent le moins de victimes de ces cruelles vicissitudes, » nouvelle preuve que les habitants des contrées méridionales ont plus » d'énergie et de résistance à l'action du froid que les peuples du » Nord (3). »

Une opinion si nettement formulée, appuyée sur un pareil témoignage, me ferait abandonner immédiatement toute discussion, si je ne voyais le moyen d'interpréter les événements dont l'illustre chirurgien militaire a été le témoin dans un sens tout différent du sien. Il y a dans ce passage de Larrey deux choses parfaitement distinctes: un fait et une déduction. —Le fait, c'est que les méridionaux ont mieux résisté que les hommes du Nord, pendant la retraite de Russie en 1812. Ici, pas l'ombre d'un doute; la déduction, c'est que les habitants des contrées du Midi ont plus d'énergie et de résistance à l'action du froid que les peuples du Nord. Cette conclusion, qui peut sembler légitime au premier abord, ne me paraît pas juste; elle n'est pas sans danger dans l'application. Si le méridional est le plus apte à résister au froid, quel sera dès lors l'aptitude de l'homme du Nord? Serait-ce la résistance à la chaleur? Un pareil contre-sens ne saurait exister, et voici comment j'explique les différences observées par Larrey. Si les méridionaux ont moins souffert relativement pendant la retraite de Russie, cela ne vient pas de ce qu'ils sont plus aptes à résister au froid, mais bien parce qu'ils sont plus propres à résister à la disette, avantage qu'on ne saurait leur refuser sur les hommes du Nord. Dans ce grand désastre de 1812, les misères furent nombreuses et les causes complexes; indépendamment du froid, il y avait des privations de toute espèce et, en premier lieu, celles de ressources alimentaires. C'est la faim, bien plutôt que le froid, qui a vaincu les robustes guerriers du Nord.

En effet, l'indigène des contrées septentrionales ne peut lutter contre les basses températures qu'à la condition de se nourrir abondamment d'aliments; il mange beaucoup et choisit d'instinct les aliments que la physiologie moderne a désignés sous le nom de *respiratoires*, pour indiquer leur rôle spécial dans l'organisme (aliments hydro-carbonés). Dès qu'il en est privé, il tombe plus facilement qu'un autre, précisément parce qu'il use plus de matériaux; mais j'y vois la preuve de sa destination thermogénique, ou, si l'on veut, de son aptitude à produire de la chaleur. Un Arabe peut, dit-on, vivre plusieurs jours avec quelques fèves qui ne suffiraient pas pour empêcher beaucoup d'hommes d'arriver à l'inanition; cela ne prouve pas que l'Arabe soit fait pour habiter le Nord, cela prouve précisément le contraire. Nous reviendrons sur cette question du régime, à propos de l'hygiène de la navigation. Pour le moment, bornons-nous à conclure qu'on ne résiste bien au froid qu'à condition de manger convenablement. Le capitaine Ross nous le disait tout à l'heure, et voici un fait tiré de nos annales militaires qui prouve que l'observation en a déjà été faite par d'autres; dans la relation médicale de l'expédition de Bou-Thaleb, de Constantine, M. Schripton s'exprime ainsi: « Ce qui prouve que l'abstinence prolongée aggrava beaucoup » les effets du froid chez ceux qui succombèrent, c'est que les officiers » dont le sort ne différa guère du leur, qu'en ce qu'ils ne manquèrent » pas complétement d'aliments et d'eau-de-vie, ne comptèrent pas un » seul mort. »

Par toutes ces considérations, il convient de composer les équipages destinés à naviguer dans les régions polaires avec des marins originaires du Nord plutôt que du midi de la France.

(1) Thévenot, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.*
(2) Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*, Paris, 1857.
(3) *Mémoires de chirurgie militaire et campagne* du baron D.-J. Larrey.

(*La suite à un prochain numéro.*)

comme vous le verrez bientôt, on doit établir entre des faits, considérés jusqu'à présent comme semblables entre eux, une différence notable, surtout pour le pronostic, selon la période à laquelle est parvenue l'état de maladie. Quoi qu'il en soit, c'est donc sur un total de 85 autopsies que j'ai pu vérifier la valeur des lésions anatomiques.

Un premier fait capital sur lequel j'insisterai, mon cher maître, c'est la présence constante des lésions locales, c'est-à-dire des lésions occupant l'appareil utérin. Sur les 85 autopsies que j'ai pu faire, une seule fois je n'ai pas trouvé d'altération dans l'utérus lui-même. La cavité de cet organe contenait bien encore, adhérente à l'insertion placentaire, une portion de cotylédons de 2 centimètres de largeur, mais sans odeur gangréneuse, sans détritus putride, sans existence de cette sanie noire et fétide que nous retrouverons tout à l'heure, sans pus dans les veines, sans altération des annexes. Seulement il y avait un épanchement péritonéal considérable, composé d'un liquide puriforme, dans lequel nageaient d'épaisses fausses-membranes de consistance pulpeuse, tout à fait analogues, pour la couleur, à du pus phlegmoneux, fausses-membranes qui étaient en outre répandues en flocons abondants et épais sur toute la surface péritonéale de l'utérus, sur la masse intestinale, sur le foie et sur la rate; en un mot, toutes les lésions qui caractérisent la péritonite la plus franche et la plus aiguë. La femme qui présentait ces lésions avait succombé avant la fin du quatrième jour qui suivit l'accouchement, et elle avait offert tous les signes d'une péritonite aiguë : altération profonde de la face, qui était grippée, douleur exquise de l'abdomen, avec ballonnement considérable, nausées, pouls petit, fréquent, intermittent même. Elle avait présenté aussi au début un signe local particulier dont je vous entretiendrai bientôt d'une façon toute spéciale.

C'était donc à une péritonite aiguë qu'avait succombé cette femme et j'aurai occasion d'insister sur le rôle de la péritonite et surtout sur ses formes diverses, mal connues et mal interprétées en général.

Sauf cet exemple, j'ai *toujours* trouvé, dans l'utérus et dans ses annexes, des lésions manifestes et non douteuses. Au premier rang figure le pus dans les veines. Chez les 84 femmes, j'ai trouvé cette lésion, qu'elle fût seule ou qu'elle fût accompagnée d'autres altérations, souvent très graves, très importantes, et dont le détail reviendra nécessairement. J'ai donc *toujours* trouvé du pus dans les veines, et cette constance dans des faits observés pendant une période de quatre ans n'est pas une particularité sans valeur. On m'opposera d'abord, comme on le fait fort habituellement, quand il s'agit de la prétendue *fièvre puerpérale*, que je n'ai pas eu affaire à cette maladie dans les exemples que je présente. C'est là une fin de non-recevoir purement gratuite et tout à fait inacceptable. D'abord, je ne suis pas aujourd'hui le seul qui ait observé une telle constance de la lésion des veines : plusieurs de mes collègues dans les hôpitaux (je pourrais les nommer) sont arrivés aux mêmes résultats, dans des cas qui tous ont offert tous les signes de la maladie dite *fièvre puerpérale*. Ensuite vous verrez plus loin, par l'énumération des symptômes que présentaient les malades que j'ai observées, si aucune différence appréciable existait entre elles et le tableau de la *fièvre puerpérale* donné par ceux qui soutiennent l'existence de cette maladie à titre d'affection essentielle, tableau dont le discours de M. Depaul à l'Académie est l'expression la plus nette et la plus complète.

On m'opposera aussi que des observateurs distingués n'ont pas trouvé de pus dans les veines, alors qu'ils l'ont cherché avec soin. Je serais certes bien disposé à avoir, tout le premier, grande confiance en plusieurs d'entre eux, s'il ne s'agissait pas d'un fait qui a été, de ma part, l'objet d'une étude attentive et particulière. Mais, ce que j'ai vu, je l'ai vu et bien vu, j'en suis convaincu; je ne l'ai pas vu seul, tous ceux qui m'entourent à l'hôpital l'ont vu avec moi et de la même manière que moi. Ensuite, permettez-moi d'ajouter quelques remarques sur le siége habituel de cette lésion. C'est, comme Dance et plusieurs autres auteurs l'ont indiqué, surtout sur les parties latérales de l'utérus, dans les grands sinus qui rampent le long des bords droits et gauches, principalement au niveau de l'insertion du ligament rond et de la trompe et du détachement de la veine utéro-ovarique, que se rencontre le pus. C'est même plus particulièrement dans ces derniers points, aux cornes utérines, que le désordre est le mieux exprimé.

Dans ces points, la constatation est facile si le vaisseau est volumineux, si le pus est abondant; il faut plus de persévérance, plus de recherches, plus de coups de scalpel si le désordre est plus circonscrit, s'il occupe une division secondaire. Bien des fois j'ai failli être mis en défaut; je sais la facilité avec laquelle on peut quitter un utérus déjà divisé en bien des points, sans avoir trouvé du pus qu'il contient cependant. Et si je voulais entrer dans le récit de certains faits particuliers, je pourrais citer des exemples empruntés à des personnes mêmes qui ont donné des observations négatives, et dans lesquelles tel de mes élèves leur a montré, à l'aide d'une ou deux incisions de plus sur l'utérus, du pus qu'elles n'avaient pas découvert, et dont elles niaient l'existence. C'est qu'il faut encore le chercher dans les sinus qui traversent l'utérus, et qui, au nombre de deux, l'un supérieur, s'étendant d'une annexe à l'autre, et l'autre inférieur, placé à la hauteur de la fin du corps de l'utérus, ont été si bien figurés par Dance, autant qu'il m'en souvienne. Enfin, il est encore un siége particulier du pus dans l'organe utérin, siége peu connu et peu mentionné par les auteurs divers, et dont j'ai constaté très fréquemment la réalité. C'est le col utérin lui-même. Chez les femmes qui succombent à la suite des couches, le col utérin tout entier, jusqu'au niveau du point où le corps commence, représente une sorte de tissu érectile, non pas quant aux fonctions, mais quant à l'apparence anatomique. Souvent au milieu de ce tissu se trouvent des gouttes nombreuses d'un pus phlegmoneux tout à fait évident et souvent louable. Et lors de certaines altérations dont je vous rendrai compte, c'est encore dans ces lacis veineux qu'il faut chercher la présence de liquides caractéristiques. N'y eût-il du pus que dans ce point, il faut reconnaître que le fait a toute valeur, et je crains bien que les très rares exemples cités comme des cas négatifs n'aient pas comporté cette recherche, car c'est vers les sinus que l'examen a été principalement dirigé.

Je repousse donc, quant à moi, les faits négatifs dans lesquels ce point en particulier n'a pas été exploré, parce que l'expérience m'a appris à connaître la fréquence de cette lésion, dont la valeur ne vous paraîtra plus douteuse, je l'espère, quand cette correspondance sera terminée. Enfin, quand nous aurons pu examiner ensemble, si vous voulez bien me le permettre, la valeur des observations comme celles que cite mon excellent élève et ami, M. Tarnier, dans sa thèse, observations qu'il a empruntées à deux de ses collègues, vous trouverez comme moi, je l'espère, que les faits négatifs n'ont pas bien grande importance, trahissent un examen peu complet, une interprétation peu rigoureuse, et ne sont pas d'un grand poids pour infirmer un résultat constant comme celui que je vous présente ici.

Quant à croire, abstraction faite de ce qui précède, que je n'aurais pas eu affaire à des exemples de fièvre puerpérale, mais bien seulement à des phlébites puerpérales, il faut avouer, sans parler de toutes autres preuves qui se retrouveront à chaque pas, à propos des symptômes et de toutes les parties de la question, il faut avouer, dis-je, qu'il n'est guère à supposer que cela soit possible. Comment, pendant quatre ans, j'aurais observé des femmes en couches dans un établissement public, j'aurais vu passer 1,327 exemples sous mes yeux; j'aurais vu coïncider les accidents dont j'ai été témoin avec ce qu'on signale comme des épidémies de fièvres puerpérales, et je n'aurais jamais eu affaire à cette affection, parce qu'on ne veut pas qu'elle comporte les lésions des veines, qu'on dit consécutives, et qu'on appelle des épiphénomènes? Mais cela n'est pas acceptable, et personne ne le croira! Mais c'est là une pure affirmation qu'on n'appuie d'aucune preuve, et je vous prouverai, je l'espère, que chez toutes mes malades avec les symptômes que l'on indique, que dans les conditions de début, de durée, de forme que l'on relève avec soin comme propres à la *fièvre puerpérale*, il y a toujours eu les lésions sur lesquelles on passe d'une façon si facile, et qu'on range, par simple affirmation, au rang des faits secondaires.

Ce n'est pas seulement dans les veines de l'utérus que j'ai trouvé le pus, j'ai vu aussi se développer, en même temps, chez un certain nombre de femmes, peu après la couche, des phlébites des veines saphènes; j'ai trouvé les veines hypogastriques, les veines iliaques, les plexus pampiniformes remplis de pus et présentant d'autres altérations comme des fausses membranes adhérentes à la surface interne du vaisseau, des épaississements des parois et l'infiltration sanguine ou même purulente du tissu cellulaire extérieur à la veine; comme aussi l'infiltration plastique de tout un ligament large, converti en une masse dense, compacte, avec des veines pleines de pus dans un cas, pleines de caillots concrets dans un autre. J'ai pu également suivre la veine ovarique gauche jusqu'à la veine émulgente, sous forme de cordon, dur, volumineux, constitué et par un caillot noirâtre occupant toute la longueur de la veine dilatée, et de plus par un épanchement plastique épaississant la tunique externe de la veine devenue d'un blanc rosé et tout à fait opaque dans toute sa longueur.

Dans ces divers exemples, les points du système veineux utérin, que j'ai principalement signalés plus haut, contenaient aussi du pus phlegmoneux tout à fait louable.

Enfin, dans une même circonstance, j'ai trouvé la coïncidence suivante : en même temps que les veines utérines contenaient du pus étendu jusque dans la veine iliaque primitive droite, une collection de pus crémeux, épais, phlegmoneux, du volume d'une noix, sans mélange de sang, sans concrétion en caillots de ce liquide, existait dans la veine cave inférieure à environ trois travers de doigt du diaphragme.

Ainsi donc, dans les 84 cas que j'ai pu observer, il y avait *toujours* du pus dans les veines utérines et presque toujours dans les veines latérales de l'organe. Voilà un fait constant. Maintenant quelques auteurs, en vertu de considérations plus ou moins théoriques et appuyées sur certaines observations physiologiques, ont voulu établir que les veines utérines, uniquement réduites à la membrane interne, étaient très peu aptes à s'enflammer et ont considéré comme le résultat d'un simple transport la présence du pus dans la cavité de ces vaisseaux. Mais d'abord, comment admettre, dans l'espèce, cette dernière hypothèse? D'où proviendrait le pus charié ainsi par les veines utérines, et les distendant souvent dans de fortes proportions? Serait-ce de la plaie placentaire? Mais si c'était là un simple transport, comment la plaie utérine, toujours d'un rouge noirâtre, quelquefois même plus profondément altérée, donnerait-elle un pus crémeux et bien lié, comme celui que contiennent les veines utérines? Par quel mécanisme pourrait-il s'épurer ainsi, pour ainsi dire? On comprend très bien que le pus formé dans les veines utérines puisse passer dans les veines utéro-ovariques, dans les veines iliaques, et enfin arriver dans la veine cave inférieure; c'est là une simple affaire de circulation; le pus est formé avec ses caractères, il circule. La voie à partir de ce point est facile, et il détermine ou ne détermine pas la formation de caillots sanguins autour de lui par son contact avec le liquide veineux, car, pour le dire en passant, les faits m'ont encore démontré, comme je vous en donnais un exemple tout à l'heure, que cette concrétion du sang au contact du pus n'était pas un fait nécessaire, puisqu'il a manqué plusieurs fois dans d'autres exemples que je pourrais citer. Une fois le pus formé dans les veines utérines, son transport se comprend donc facilement sous forme de pus louable; il n'en est pas de même pour le passage de la plaie utérine aux veines de ce même organe.

A cette première raison, qui ne permet pas d'admettre le transport du pus de la plaie utérine dans les veines, je puis joindre des exemples dans lesquels la membrane interne des veines distendues par le pus était occupée par une fausse-membrane assez épaisse, un peu adhérente, baignée par le pus seulement par sa face interne. En même temps, à la coupe transversale, on voyait une même pseudo-membrane en dehors de la veine, séparée de ce vaisseau par une couche purulente et adhérente au tissu utérin. La production pseudo-membraneuse, véritable lymphe plastique, occupait donc l'intérieur du vaisseau et à l'extérieur, produisait, comme une véritable membrane pyogénique, le pus qui le baignait. Cette forme offre les signes non douteux d'une inflammation veineuse. Dans plusieurs autres cas, j'ai trouvé, sur des veines voisines de celles qui étaient envahies par le pus, une coloration rouge occupant la membrane interne et aussi le tissu cellulaire péri-veineux; le lavage, la pression n'enlevaient pas cette coloration. On ne doit pas, comme le prouvent vos travaux, attacher à ces caractères une grande valeur, quand il ne s'y joint pas d'autres altérations, mais je les ai vus coïncider aussi avec la présence de caillots fibrineux adhérents, bouchant la lumière des vaisseaux, véritables exemples de phlébite adhésive.

Je sais bien qu'on objecte à cette manière de voir que les veines au niveau des points où on rencontre du pus n'offrent pas toujours ces lésions diverses, qu'elles sont souvent blanches, sans développement de leurs vaisseaux propres; cela est parfaitement exact, mais cela veut seulement dire que les conditions anatomiques des veines, par rapport à la sécrétion du pus à leur intérieur, sont encore mal connues; que probablement le pus qu'on rencontre dans ces vaisseaux a peut-être déjà émigré de son point de formation primitive, dernière hypothèse que justifient, du reste, les veines qu'on rencontre vers l'insertion placentaire, pleine de pus phlegmoneux et d'apparence louable, lequel s'est formé dans leur cavité, au niveau de la plaie utérine, par le fait de leur phlegmasie, comme cela se passe chez les amputés et au pourtour des grandes plaies. Enfin, on ne saurait attribuer à autre chose qu'à l'inflammation ces épanchements purulents qui siégent dans le tissu cellulaire péri-utérin, notamment dans le tissu cellulaire des deux replis vésico-utérin et utéro-rectal; celle qui occupe le tissu cellulaire des ligaments larges, au voisinage des bords utérins ou des plexus pampiniformes, et ces collections purulentes qui accompagnent le ligament rond, pour venir s'épanouir dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de l'insertion de ce ligament aux parois abdominales.

Toutes ces lésions, je les ai vues, et j'en ai des observations positives, et toutes ont coïncidé avec la présence du pus dans les veines de l'utérus, et elles aident par conséquent, ce me semble, à démontrer le mécanisme inflammatoire de la formation de ce liquide dans ces derniers vaisseaux. J'en pourrais dire autant des inflammations des trompes utérines et de celles des ovaires, développées dans les mêmes conditions, et dont j'aurai peut-être occasion de vous citer des exemples remarquables que j'ai pu dessiner.

Tout cela, mon cher maître, je l'ai observé non pas chez des femmes malades pendant longtemps, mais chez de nouvelles accouchées frappées immédiatement après le travail et enlevées bien plus rapidement que ne le demandent les partisans de la *fièvre puerpérale*, quand ils cherchent à établir l'existence de la forme essentielle dont ils défendent l'existence.

Je reviendrai, si vous voulez bien le permettre, sur ces divers points, et en particulier sur cette question du début de la maladie et sur sa forme dans des *Lettres* ultérieures.

Ainsi donc, mon cher maître, chez nos malades, les lésions locales de nature phlegmasique n'ont pas été aussi peu consistantes que le pense M. Guérard. C'est là un premier point qui semble déjà bien établi par ce qui précède; mais ce n'est pas tout, d'autres lésions très graves existent encore et localement chez les femmes en couches; elles constituent toute une catégorie spéciale et bien importante d'altérations dont la valeur ne pourra pas vous paraître douteuse quand je vous en aurai porté le détail. Elles démontreront aussi toute l'importance des lésions locales, et plus loin j'espère pouvoir satisfaire aux conditions du programme de M. Guérard, et démontrer que :

1° L'effet est bien subordonné à la cause;

2° L'apparition de la cause précède toujours le développement de l'effet;

Car, pour cette dernière proposition, mes études attentives m'ont permis de relever l'existence d'*un signe local* qui n'est pas moins constant sur le vivant que les lésions des veines sur le cadavre, qui présente avec elles un rapport marqué de siége, qui, par l'époque de son apparition, me permet de croire que la maladie *finit* alors qu'on dit généralement qu'elle *commence*, et qui me semble enfin avoir une valeur réelle au point de vue des indications thérapeutiques.

A l'examen de ces diverses parties de la question, à la discussion des symptômes relevés chez mes malades, je consacrerai quelques

Lettres que je vous demande la permission de vous adresser encore. Laissez-moi vous remercier bien cordialement, en finissant celle-ci, de votre bienveillance à l'avoir reçue, comme d'une marque nouvelle de l'intérêt que vous m'avez témoigné en toute occasion, et dont je vous conserve une profonde gratitude.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

CLINIQUE MÉDICALE.

TEIGNE FAVEUSE ; — ÉPILATION ; — ÉRYSIPÈLE DU CUIR CHEVELU ; ACCIDENTS CÉRÉBRAUX ET PULMONAIRES D'ÉRYSIPÈLE INTERNE ; CAILLOTS FIBRINEUX DES ARTÈRES DU CERVEAU ; HÉMIPLÉGIE ; — MORT.

Observation communiquée à la Société des médecins des hôpitaux, dans la séance du 23 décembre 1857,

Par le docteur BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Il y a des faits, gros de discussions, qui semblent résumer en eux tous les problèmes pathologiques actuellement à l'étude. Celui dont je vais entretenir la Société est de ce nombre. En effet, il attire l'attention sur les accidents de l'épilation dans le favus, sur la rétrocession et la propagation des exanthèmes à l'intérieur, sujet récemment traité dans les brillantes leçons de M. le professeur Trousseau, et enfin sur les concrétions fibrineuses des artères comparées avec ce que l'on désigne depuis quelque temps sous le nom d'*embolies*.

Antoinette Soufflier, âgée de 10 ans, est entrée au n° 1 de la salle Sainte-Rosalie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 12 novembre 1857.

Cette enfant, assez bien développée, a la tête presque complétement couverte de croûtes jaunes, de favus en godet, mêlées çà et là de croûtes impétigineuses. La maladie date de plusieurs années. Le cuir chevelu est rouge et douloureux sur quelques points. L'épilation, pratiquée avec mesure et par degrés, détermine de vives douleurs et provoque l'apparition de glandes dans la région occipitale du cou.

Un érysipèle se déclara dans le cuir chevelu du 4 au 6 décembre, et avec cette inflammation, des malaises, de la fièvre, de l'agitation, un peu de délire et un état saburral prononcé des voies digestives.

Un vomitif fut administré.

L'érysipèle s'étendit de la tête à la partie postérieure du cou, du dos, de manière à envahir la totalité du tronc. Le visage ne fut que très modérément occupé.

Chaque jour, les parties malades furent trois fois couvertes d'axonge en couche épaisse, et un purgatif fut administré.

Le vendredi 11 décembre. L'enfant est presque sans connaissance, dans la prostration la plus complète et dans une sorte de coma vigil. Elle pousse des cris continuels, comme dans l'hydrocéphalie aiguë. Son visage est rouge, extrêmement livide. Les dents sont sèches, fuligineuses et la déglutition difficile ; pas de vomissements ; selles involontaires liquides, rares.

Le côté gauche est presque entièrement paralysé du mouvement ; le bras ne peut se mouvoir, et la jambe n'a que des mouvements incomplets. A droite, il y a des soubresauts dans les fléchisseurs de l'avant-bras, et partout la sensibilité, bien que très obscure, est conservée. Respiration très fréquente, toux grasse avec râle trachéal, indiquant une grande quantité d'écume bronchique.

Partout l'érysipèle offre une teinte vive, presque livide, et sauf la partie antérieure du tronc et les quatre membres, toute la surface du corps est malade. Peau chaude, sèche. Pouls, 140.

Bouillon, eau rougie.

Le 12. Même état de prostration et d'hémiplégie. Jactitation continuelle de la jambe droite. L'enfant ne peut plus crier et s'affaiblit beaucoup. L'érysipèle a gagné les fesses, qui sont tuméfiées, livides, et dont l'épiderme commence à se détacher.

Même état d'engouement des bronches, caractérisé par le râle trachéal.

Peau chaude, sèche. Pouls petit, irrégulier, à 160.

La mort eut lieu dans la journée.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — La coloration érysipélateuse de la face et du tronc a disparu et il ne reste qu'un peu d'empâtement du tissu cellulaire. L'épiderme se détache par place.

CRANE. — La pie-mère est très injectée, se détache des circonvolutions cérébrales, sans en extraire la substance. Les veines sont remplies de sang liquide mêlé çà et là de quelques caillots noirs libres dans leur cavité.

La substance cérébrale paraît généralement gonflée, et les circonvolutions un peu aplaties, résistantes et sans altération de son tissu.

En la coupant, au lieu d'un piqueté liquide ordinaire, on trouve une quantité de filaments capillaires formant un chevelu d'un demi-centimètre, constitué par des concrétions capillaires de fibrine échappée des vaisseaux de la substance cérébrale.

Les plexus choroïdes sont très injectés et l'artère choroïde noire remplie d'un caillot solide non adhérent, à moitié décoloré, grisâtre sur quelques points. Ce caillot, long de cinq à six centimètres de longueur, a été brisé en le retirant.

Les artères du cerveau, à droite, étaient remplies de caillots semblables, se prolongeant dans l'artère basilaire. Ces artères étaient à moitié pleines, et de l'artère méningo-moyenne et cérébrale antérieure on tire des caillots minces, non adhérents, grisâtres, insistants, élastiques, complétement décolorés.

Ces caillots, longs de sept à huit centimètres, n'ont pu être retirés en totalité et se sont brisés sous les efforts de traction. Aucun d'eux ne remplissait complétement la cavité des artères et la circulation était encore possible.

A gauche, il n'existait pas de caillot semblable. Les parois des artères sont souples, sans injection ni altération matérielle appréciable.

CŒUR. — Le cœur était dilaté et le ventricule droit, ainsi que l'oreillette correspondante, et le commencement de l'artère pulmonaire étaient presque complétement remplis par des caillots adhérents intriqués dans les colonnes charnues du cœur. Dans le ventricule, ces caillots mous étaient formés moitié de sang noir coagulé sous forme de gelée de groseille. Associé à de la fibrine grisâtre décolorée, d'apparence caséeuse au niveau des valvules et dans l'oreillette, le caillot était compact, demi-transparent, formé de fibrine élastique demi-transparente presque complétement décolorée. Il se prolongeait dans les grosses ramifications de l'artère pulmonaire.

L'AORTE renfermait un caillot fibrineux jaune, accroché aux valvules, étranglé à leur niveau et libre dans l'intérieur du vaisseau.

BRONCHES ET POUMONS. — La muqueuse de la trachée et des bronches est rouge livide, couverte de mucus. Le poumon gauche offre à sa partie postérieure et dans le lobe inférieur une coloration rouge semée de taches livides. Il crépite à la partie antérieure et non en arrière.

Sur le bord tranchant, il y a de l'emphysème inter-lobulaire considérable et qui, sur un point, forme une cavité transparente du volume d'une noix.

Là où il y a de la crépitation, le tissu est mou, mais en arrière, le tissu est résistant et on sent sous la main des nodosités nombreuses, rougeâtres, une partie du lobe inférieur est dure, friable, parsemée en quelques points de plaques grises. Ce tissu est granuleux, comme dans l'hépatisation rouge ordinaire, on avait pu l'insuffler sans lui faire perdre son état granuleux et sa dureté, et il flottait sur l'eau.

Sur un point de la surface de ce lobe existe un petit tubercule cru, comme un grain de chènevis.

A droite, le lobe inférieur est en arrière, rouge, semé de taches livides, grises.

A la section, les taches grises correspondent à un grand nombre de petit lobules hépatisés et infiltrés de muco-pus.

Dans le lobe supérieur, il y a en arrière quelques noyaux de trois à quatre centimètres, qui sont rouges, résistants, à l'état d'hépatisation rouge et qu'on a pu insuffler.

CAVITÉ ABDOMINALE. — La rate de moyen volume, noire, était très ramollie ; le foie n'offrait rien de particulier. La muqueuse gastro-intestinale avait son centre normal, on y apercevait un certain nombre de plaques noirâtres, sans hypertrophie ni ulcération.

Bien qu'il ne soit pas certain que l'épilation de la tête soit la cause de l'érysipèle qui a fait mourir cette jeune fille, c'est une circonstance dont il faut tenir compte au moins comme coïncidence fâcheuse. C'est la première fois que, pour mon compte, je vois dans mon service, après de fréquentes épilations, apparaître un accident de cette nature et je ne sache pas qu'il ait été indiqué par d'autres.

A part la cause de l'érysipèle, qui reste hypothétique, sa marche et ses funestes conséquences sont dignes du plus grand intérêt. Né dans le cuir chevelu, d'où il a gagné le tronc, il a pénétré par les narines et dans la bouche, jusque dans les bronches, à en juger par les phénomènes ultérieurs. La gène de la respiration et le râle trachéal indiquaient une altération considérable des poumons et des bronches ; la coloration rouge livide de la face, une grande gêne de la circulation et le coma hémiplégique, une lésion notable de l'hémisphère cérébral droit. C'est, en effet, ce que la nécropsie a démontré.

Les altérations de l'érysipèle cutané avaient presque disparu, mais à l'intérieur existaient : 1° des concrétions fibrineuses du cœur, de l'artère pulmonaire et des artères de l'hémisphère cérébral droit ; 2° une rougeur érysipélateuse de la trachée et des bronches accompagnée d'hépatisation lobulaire rouge et grise ; 3° une hyperémie considérable de la pie-mère et des veines méningées dont la plupart étaient remplies de caillots. Il semble que ce soit là les restes d'un *érysipèle interne* fixé sur les méninges et sur les poumons, et ayant eu son point de départ à la peau. En effet, on a pu suivre pendant la vie les progrès du mal. La rougeur érysipélateuse du visage s'est étendue aux yeux, aux narines et dans la bouche, dont la muqueuse était rouge, sèche et poisseuse. Tout à coup, les bronches et les poumons se prennent ; le coma, accompagné d'hémiplégie à gauche annonce la participation du cerveau, et en huit jours la malade succombe. Il est impossible de ne pas voir là un de ces cas rares d'érysipèle passer de l'extérieur à l'intérieur dans les viscères.

Il y a eu, dans cette nécropsie, plusieurs faits curieux, l'un est relatif à l'hépatisation lobulaire rouge et grise, que j'ai pu insuffler de manière à rendre le tissu malade rouge écarlate, crépitant, et surnageant les liquides ; l'autre aux concrétions fibrineuses des artères.

Cette dernière circonstance offre un véritable intérêt d'actualité. On n'entend plus parler que d'*embolies*, c'est-à-dire de ces caillots erratiques tombés d'un point du système circulatoire et allant se fixer au loin, en produisant de graves désordres d'oblitération artérielle ou veineuse. Il semble que ce soit une découverte moderne, et l'on oublie les faits du même genre anciennement publiés à propos de la gangrène sénile et de la *phlegmatia alba dolens*. Sous ce nom, quelques personnes confondent toutes les concrétions fibrineuses des artères et des veines, les concrétions libres formées avant la mort et les caillots adhérents déterminés par l'artérite aiguë.

Le mot d'*embolie* est, dans leur bouche, appliqué à toutes les obstructions des artères ou des veines, et une personne meurt subitement, que vite, on s'écrie : elle s'est *embolée*.

Les malades menacés de syncope ne diront plus : je meurs ; ils s'écrieront : je m'*embole* ; l'assistant : *il s'embole*, et ainsi de suite, car on ne sait jamais où peut conduire un substantif ainsi transformé par l'esprit de système. Bref, le mot *embolie* a fait fortune, et son auteur ne doit pas être peu surpris de lui voir donner chez nous une telle importance. Si c'est une politesse internationale, rien de mieux ; mais sachons y mettre de la mesure. N'allons pas, oublieux des beaux travaux de MM. Legroux, Bouilland, Lefrançois, etc., etc., sur les concrétions sanguines des artères et des veines, acclamer d'enthousiasme les découvertes anciennes de nos compatriotes sous un nom d'emprunt venu de l'étranger. Cela dit, je reviens aux concrétions fibrineuses des artères du cerveau chez ma jeune malade.

Outre les caillots fibrineux du ventricule droit du cœur, de l'oreillette correspondante et de l'artère pulmonaire qui expliquent la coloration livide du visage dans les deux derniers jours de la vie, il en existait, ce qui est plus rare, dans l'artère basilaire, *dans l'artère méningée moyenne droite, dans les artères cérébrale antérieure et choroïdienne du même côté.* Ces caillots n'étaient pas adhérents aux parois artérielles, et, trop petits pour obstruer complétement la lumière du vaisseau, ils flottaient à l'intérieur sans en remplir plus du quart ou de la moitié. Formés de fibrine jaunâtre résistante, élastique, mêlée de quelques points noirâtres, on pouvait les tirer dans une étendue de 8 ou 10 centimètres sans les briser ; au delà l'effort était suivi de rupture.

Dans les plus petits vaisseaux, artères ou veines, ce qu'il est impossible de savoir, existaient des concrétions capillaires que la section de la substance cérébrale entraînait dans une petite étendue, et brisait tout à coup. Il semblait que toutes les artères de l'hémisphère droit, grosses et petites, fussent incomplétement bouchées par des caillots, ce qui donnait lieu à une stase sanguine très forte de la pie-mère et des veines méningées superficielles, sans oblitération des sinus de la dure-mère. Les parois artérielles n'offraient aucune altération appréciable.

A cette altération évidemment développée pendant la vie, se rattachent le coma vigil, et l'hémiplégie incomplète observée dans les deux jours qui ont précédé la mort. — C'est là le point curieux de cette observation, sans artérite et sans caillots adhérents aux tuniques artérielles ; sans caillot erratique devenu dans sa migration le point de départ des accidents, mais simplement par le fait de concrétions fibrineuses artérielles du cerveau, semblables à celles du cœur, et dont l'existence est depuis longtemps connue dans la science, s'est développée une hémiplégie accompagnée d'accidents pulmonaires, assez graves pour occasionner la mort.

En résumé, cette observation montre le fait d'une épilation suivie d'érysipèle extérieur et intérieur, avec pneumonie lobulaire hépatisée, congestion cérébrale et concrétions fibrineuses du cœur et des artères du cerveau produisant l'hémiplégie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 décembre 1857. — Présidence de M. LEGROUX.

Sommaire. — Communication, par M. Bouchut, d'une observation d'*épilation dans le favus*, suivie d'accidents qui déterminent la mort. — Lecture, par M. Gillette, au nom de M. Leudet, candidat au titre de membre correspondant, d'un mémoire sur le *Traitement des kystes hydatiques du foie*. — Rapport, par M. Léger, sur l'*apoplexie cérébelleuse*, mémoire lu par M. Hillairet à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — Expériences sur les *urines*, par M. Béhier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. BOUCHUT, à l'occasion du procès-verbal, rend compte d'une observation intitulée : *Teigne faveuse ; — épilation ; — érysipèle du cuir chevelu ; — accidents cérébraux et phénomènes d'érysipèle interne ; caillots fibrineux des artères du cerveau ; hémiplégie ; mort.* — (Voir plus haut, article : *Clinique médicale*.)

— M. GILLETTE lit un mémoire de M. Leudet, candidat au titre de membre correspondant ; ce mémoire porte pour titre : *Traitement des kystes hydatiques du foie.* Sont nommés commissaires : MM. Hervez de Chégoin, Barthez (François) et Gillette.

— M. LÉGER lit un rapport sur le mémoire de M. Hillairet, candidat au titre de membre titulaire.

Le rapport est renvoyé au comité de publication, et les conclusions sont adoptées. — (Ce rapport sera prochainement publié dans l'UNION MÉDICALE.)

— M. BÉHIER fait devant la Société plusieurs expériences qui, suivant lui, démontrent que le carbonate de soude, ou encore mieux la potasse, mis en présence du sous-nitrate de bismuth, dans les urines des glycosuriques, et chauffées, décèlent la présence de minimes quantités de sucre, et que la réaction ne se fait qu'en présence du glycose.

Le secrétaire, Dr E. MOUTARD-MARTIN.

Le docteur Malpas, bourgmestre de Vottem (province de Liége), est mort asphyxié dans une bure servant à l'extraction du charbon, dans laquelle il s'était fait descendre pour secourir un ouvrier qui venait d'y tomber asphyxié.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 32. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 18 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

M. le Gérant de l'UNION MÉDICALE a l'honneur de rappeler à MM. les actionnaires, que l'Assemblée générale annuelle de la Société aura lieu demain, vendredi, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre, à 7 heures du soir.

Pour éviter les retards d'une nouvelle convocation, ceux de MM. les actionnaires qui seraient empêchés d'assister à cette assemblée, sont invités à vouloir bien s'y faire représenter.

PARIS, LE 17 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Guérard a certainement eu une bonne intention en provoquant l'Académie à une discussion sur la fièvre puerpérale ; mais cet honorable académicien, qui avait eu le soin de rédiger un programme, doit commencer à voir que les orateurs aiment peu les programmes, et que ses espérances n'ont pas encore commencé à se réaliser. Nous n'assistons pas encore à une discussion proprement dite, mais à une véritable exhibition d'opinions et de doctrines. Nous avons quelquefois comparé ces prétendus débats académiques à des épreuves de concours, où chaque candidat vient faire sa leçon sur le même sujet tiré de l'urne. Personne à peu près n'y tient compte de ce qui a été dit par les précédents orateurs. Le sujet actuel est la fièvre puerpérale, et nous entendons à la file une série de leçons sur la fièvre puerpérale, ce qui, à la longue, finit par être fatigant de monotonie. De discussion, il n'y en a pas l'ombre ; seul, M. Beau, jusqu'ici, a discuté contre M. Depaul ; mais c'est que M. Depaul avait mis en cause M. Beau. En dehors de ce petit combat singulier, les orateurs ne quittent pas le genre didactique, alors qu'on leur demandait d'entrer au moins sur le terrain délibératif.

Trois orateurs ont été entendus dans la séance d'hier.

Du discours de l'honorable M. Piorry nous dirons peu de chose. Ce vaillant orateur, si l'on tient compte de ses doctrines pathologiques, ne pouvait traiter le sujet de la fièvre puerpérale que comme il l'a traité. Pour le plus intrépide localisateur de l'époque actuelle, les mots *fièvre puerpérale* ne représentent qu'une entité morbide, et par entité M. Piorry désigne une collection d'états anatomo-pathologiques et un groupe de symptômes qui demandent tous une description particulière et un traitement individuel, si nous pouvons ainsi parler. M. Piorry, qui ne croit pas à la variole comme unité morbide, ne peut accepter la fièvre puerpérale comme une *monopathie*. — Ce néologisme est-il du goût de M. Piorry ? — Aussi, avec une énergie qui croissait en raison de l'étonnement et même de l'hilarité — nous sommes historien fidèle — d'une partie de l'assistance, M. Piorry a-t-il démoli pièce à pièce l'édifice si habilement construit par quelques accoucheurs modernes sous le nom de fièvre puerpérale.

Laissons ce farouche Attila de l'essentialité morbide au milieu des ruines dont il a couvert la tribune académique ; disons seulement qu'aucun Aétius ne s'est présenté ; M. Piorry n'a pas encore trouvé ses champs catalauniques.

M. Hervez de Chégoin, dans une lecture intéressante, a semblé vouloir concilier les doctrines de l'essentialité de la fièvre puerpérale avec les doctrines localisatrices, si habilement exposées dans ce journal même par M. Béhier. Le court et substantiel mémoire de l'honorable M. Hervez de Chégoin, comme tout ce qui sort de sa plume, porte l'empreinte d'un praticien qui a beaucoup vu et beaucoup observé.

On jugera de l'étonnement de l'assistance quand M. Trousseau, dès le début de son discours, s'est écrié : « L'histoire de la fièvre puerpérale ressemble beaucoup à celle de la dent d'or. Pour moi, la fièvre puerpérale n'existe pas. »

Le savant professeur n'a occupé la tribune que quelques instants, se réservant de compléter son discours dans la prochaine séance, et de développer les propositions qu'il venait d'émettre. Ces propositions sont connues de nos lecteurs, car elles ont été déjà exposées dans le travail de M. Gallard, auquel nous avons aussi déjà fait allusion.

La fièvre puerpérale n'est pas particulière à la femme qui vient d'accoucher, c'est-à-dire que, dans une épidémie de fièvre puerpérale, des symptômes pathologiques graves s'observent :

Sur le fœtus, qui peut mourir dans le sein de la mère *non malade* ;

Sur des enfants nouveau-nés, suçant le lait de leur mère ou d'une nourrice non malades ;

Sur des femmes qui ne sont pas dans des conditions de puerpéralité, et même sur des vierges ;

Sur des hommes blessés et amputés placés dans les salles d'un hôpital où règne la fièvre puerpérale.

Qu'est-ce donc, a dit M. Trousseau, qu'une maladie, dite puerpérale, qui peut se développer dans des conditions si diverses et si opposées ?

C'est là où s'est arrêté l'honorable orateur ; c'est aussi, sans doute, ce qu'il expliquera dans la séance prochaine.

La question ne s'éclaircit guère à l'Académie ; nous espérons que dans la Presse elle sera plus heureuse.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôpital de la Charité. — M. PIORRY.

AIGUILLE IMPLANTÉE DANS LA CLOISON DU COEUR ; LIBRE DES DEUX COTÉS, ELLE NE CAUSE PAS D'ACCIDENTS SPÉCIAUX. — CONSIDÉRATIONS RELATIVES A LA FORMATION DES CONCRÉTIONS FIBRINEUSES DANS LE COEUR ET A L'ENDOCARDITE. — RÉFLEXIONS MÉDICO-LÉGALES UTILES.

Un homme âgé de 54 ans, d'une constitution robuste, et tellement adonné à l'ivrognerie qu'on l'a trouvé fréquemment sans connaissance, et dans un état comateux absolu, entra à l'hôpital de la Charité le 10 février 1858. Il présentait, au sommet du poumon droit, de l'obscurité de son et de la faiblesse de la respiration ; il expectore un crachat rouillé ; le lendemain, du ronchus crépitant se fait entendre jusqu'à deux fois, le *sang est couenneux*. L'amélioration est prompte ; les accidents se calmèrent et parurent se dissiper complétement ; le cœur, examiné pendant quinze jours, ne donna pas lieu à des bruits anormaux et ne présenta pas de symptômes fonctionnels spéciaux. Un érysipèle de la face survint ; il resta stationnaire ; l'expectoration cependant ne s'exécuta bientôt qu'incomplétement ; un ronchus trachéal se déclara ; la mort survint avec promptitude, et la nécropsie est pratiquée le 20 février, quinze jours après les accidents pneumonitiques.

Les parties du poumon malade étaient en voie de résolution, il n'y avait pas de pus contenu dans son parenchyme, mais une écume abondante s'y rencontrait. La trachée s'était remplie de crachats, le cœur surtout, *ses cavités droites étaient dilatées et le foie fut trouvé très volumineux*, ces deux derniers faits avaient été constatés pendant la vie.

En examinant le cœur, M. Duriau éprouva la sensation d'un corps dur. L'organe fut incisé. Il était rempli de caillots, surtout à droite. On constata bientôt que le corps dur dont il est question n'était autre chose qu'une aiguille de 1 millimètre à peu près de diamètre et présentant 5 centimètres au moins de longueur.

Cette aiguille était implantée dans la cloison interventriculaire. Ses extrémités étaient libres : la pointe se dirigeait du côté du ventricule gauche, à la paroi duquel elle ne touchait pas ; le chas correspondait à la cavité ventriculaire droite, où elle était également libre.

Cette pièce anatomique curieuse fut apportée à la clinique, et M. Piorry constata les faits suivants :

1° La surface du ventricule droit, précisément au niveau du point correspondant au chas de l'aiguille, présentait une petite plaque péricarditique blanche et nacrée.

2° Sur le point de la face interne de ce ventricule correspondant à celui où l'extrémité non acérée du corps étranger venait frapper, existait une couche fibrineuse épaisse de 5 millimètres, creuse au milieu, à rebords saillants, inégale à sa surface, et qui constituait ainsi une sorte de godet où l'aiguille venait nécessairement frapper, alors que le cœur se contractait.

3° Les autres points de la surface interne du ventricule droit ne présentaient pas de coagulation de fibrine ; seulement, à la base de la partie saillante de l'aiguille, se voyait un dépôt de cette même fibrine, qui s'étendait sur toute l'étendue du corps étranger, en y formant une sorte de gaîne assez épaisse et colorée en brun par suite de l'oxydation du fer qui la constituait.

4° La partie de l'aiguille implantée dans la cloison y était solidement fixée ; elle y était aussi enchassée dans une sorte de gaîne fibrineuse.

5° A gauche, la saillie du corps étranger était à peu près aussi considérable qu'à droite, et la gaîne fibrineuse l'entourait de toutes parts et empêchait la pointe de venir blesser la paroi interne du ventricule gauche qui, du reste, ne présentait nulle part de fausses membranes.

Dans la leçon suivante (celle du lundi 1er mars), M. Piorry établit les considérations suivantes :

1° Il y a quelques exemples dans la science, d'introduction d'aiguilles dans le cœur qui ont plus d'une analogie avec le fait qui vient d'être observé dans le service. L'excellente thèse de M. le docteur Jamain, pour le concours de l'agrégation, en rapporte plusieurs remarquables. Une dame de la cour de Sardaigne, citée par Sue, fit fabriquer une aiguille d'or qu'elle plongea dans le cœur de son mari, qui périt brusquement, sans que l'on ait trouvé de désordres anatomiques qui aient pu expliquer la mort, due peut-être à tout autre chose qu'à la blessure. Le docteur Leaming, de Philadelphie, trouva, dans le cadavre d'une jeune couturière, une aiguille qui resta longtemps fichée dans les ventricules et la cloison sans causer des accidents graves.

MM. Ferrus et Trélat virent des cas plus ou moins analogues chez des aliénées ; Dupuytren eut l'occasion de voir un cas où la pointe d'un stylet étroit resta engagée dans le tissu du cœur, sans que la mort en fût le résultat immédiat, etc., etc. Je passe sous silence les expériences que M. Bretonneau et d'autres ont faites sur des jeunes chiens, et dans lesquels les piqûres du cœur n'ont pas causé d'accidents ; évidemment ces faits n'ont pas d'application sur l'homme, attendu que la plasticité du sang chez les animaux du genre *canis* est telle que les plaies des artères, des veines et du cœur sont promptement bouchées par des caillots qui arrêtent les hémorrhagies.

2° Ce que l'observation actuelle offre de plus curieux, c'est que l'aiguille était implantée dans la cloison, tandis que ses deux extrémités étaient libres dans les cavités ventriculaires droite et gauche.

Comment cela a-t-il pu se faire ? Il paraît, d'après la pièce anatomique, que l'aiguille a été introduite par la peau dans l'espace intercostal ; qu'elle a pénétré le péricarde, la paroi du ventricule droit et la cloison ; que les mouvements du cœur ont détaché l'aiguille des parois thoraciques ; que les contractions de la cloison entraînant le corps étranger, l'ont extrait, en quelque sorte, de la paroi ventriculaire. Ainsi se conçoit sans peine un fait qui d'abord paraissait inexplicable.

3° Une concrétion fibrineuse existait sur le péricarde ventriculaire ; elle indiquait le point où l'aiguille avait pénétré, et était le résultat de l'action phlegmasique qu'elle avait causée.

4° Une sorte de godet fibrineux, adossé à la paroi ventriculaire, protégeait cette paroi contre la grosse extrémité du corps étranger. Admettons, si l'on veut, que ce soit là un phénomène de la nature médicatrice ; mais avouons que c'est une loi de l'organisation qui y donne lieu, en vertu de laquelle des exsudation fibrineuses se déposent dans les tissus ou sur les surfaces en contact avec des corps susceptibles de les blesser ; l'organisme est si bien disposé, si bien construit, que de son mécanisme admirable naissent d'admirables phénomènes de conservation et de réparation.

L'aiguille était recouverte par ses deux extrémités d'une couche fibrineuse ; cela prouve que les concrétions dont il s'agit, et que l'on trouve souvent dans le cœur, peuvent être aussi bien les résultats du simple dépôt de fibrine en suspension dans le sérum que d'une inflammation de la membrane interne du cœur ou d'une endocardite.

J'ai établi, dans le *Traité de médecine pratique*, les raisons sur lesquelles je me fonde pour croire que l'hémite est plutôt la cause que l'effet des inflammations de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.

L'aiguille, dans le fait précédent, a-t-elle pénétré de dedans en dehors, et par suite de sa déglutition et de son passage dans le médiastin à travers le tissu de l'œsophage ? On a cru, dans des cas analogues, qu'il avait pu en être ainsi. Une circonstance bien simple, qui me frappe au moment où je fais cette leçon, prouve que, dans le cas que nous avons vu, le corps étranger a été introduit de dehors en dedans. C'est que le chas de l'aiguille correspond aux parois pectorales, tandis qu'il serait placé vers le médiastin si l'introduction avait eu lieu de ce côté. L'importance de cette réflexion est très grande et pourrait, dans un cas analogue qui viendrait à se présenter, faire punir un coupable ou sauver un innocent, car si une main coupable avait porté le coup, le chas de l'aiguille serait dirigé en dehors et non pas en dedans. Ceci me rappelle que l'examen attentif de sept blessures qu'une femme s'était faites sur la région du cœur et la direction d'une plaie pénétrante, me conduisirent à des conclusions qui empêchèrent de mettre en jugement un homme qui était soupçonné d'avoir assassiné la malheureuse dont il s'agit. En médecine légale, les considérations, en apparence les plus futiles, tranchent quelquefois des questions où il s'agit de la vie et de la mort.

Professeur PIORRY.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Maison municipale de santé. — M. Monod, suppléant, M. Demarquay.

CANCER DE LA LANGUE; AMPUTATION PAR L'ÉCRASEUR LINÉAIRE; GUÉRISON.

Dans le courant du mois de septembre dernier, il entra à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod, une femme de 35 ans environ, pour se faire traiter d'une tumeur de la langue. Cette femme n'a jamais rien éprouvé qui puisse être rattaché à une affection syphilitique; elle a perdu sa mère il y a deux ans, à la suite d'une affection regardée par le médecin qui lui a donné des soins, comme une affection du pylore. Il y a cinq à six mois environ, elle a commencé à éprouver de la gêne dans les mouvements de la langue, et en même temps il lui a semblé que le tissu de cet organe présentait, au niveau de sa face dorsale et près de son bord droit, une certaine dureté. Voyant que le mal faisait des progrès, elle a consulté, à Orléans, plusieurs médecins qui l'ont engagée à se faire opérer, et c'est dans cette intention qu'elle est venue à Paris prendre l'avis de M. le docteur Hutan, qui l'a adressée à M. Demarquay.

Au moment où la malade arrive, on constate sur la face dorsale de la langue et sur son bord droit, vers la partie postérieure, un engorgement dur, qui occupe toute l'épaisseur de la langue, mais ne dépasse pas, en dedans, la ligne médiane. En arrière, le mal arrive jusque près de l'épiglotte, et se termine en mourant vers la partie antérieure de la langue. Cet engorgement ne fait aucune saillie ni du côté de la face dorsale, ni du côté de la face inférieure et de la base de la langue; la muqueuse ne présente aucune ulcération; la malade ne paraît pas y éprouver de douleur : elle se plaint d'un sentiment de gêne dans les mouvements de la langue. La maladie est venue toute seule, sans cause appréciable; on ne voit de ce côté de la mâchoire inférieure aucune dent présentant des inégalités capables d'irriter la langue. Il n'y a aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires, et la malade dit qu'elle jouit, du reste, d'une bonne santé. La peau ne présente pas, en effet, la teinte jaune paille caractéristique d'une affection généralisée; elle n'a éprouvé, dans ces derniers temps, ni amaigrissement, ni perte de forces; toutes les fonctions se font bien; la maladie paraît donc en ce moment parfaitement localisée.

La dureté de l'engorgement lingual, l'absence de toute affection syphilitique antérieure, firent penser que l'on avait affaire à un squirrhe de la langue; cependant, MM. Monod et Demarquay furent d'avis de soumettre la malade à un traitement par l'iodure de potassium avant de faire une opération. On administra, en effet, pendant trois semaines environ, ce médicament; pendant ce temps, on surveillait attentivement l'affection de la langue, afin d'agir immédiatement si la maladie semblait faire des progrès. Aucun résultat n'ayant été obtenu par cette médication, il était évident que l'affection n'était pas de nature syphilitique, et qu'une opération pourrait seule en débarrasser la malade.

L'absence de tout engorgement ganglionnaire, la possibilité d'enlever l'altération de l'organe dans toute son étendue, firent penser que l'ablation de la langue pourrait être faite avec un certain avantage. S'il existe dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles la récidive du mal a suivi de près l'opération, on peut en citer d'autres où la guérison s'est maintenue; plusieurs faits de ce genre ont été produits lors de la dernière discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie. Il faut noter que dans les cas où on a obtenu un véritable succès, on a opéré quand le mal était bien limité et n'avait pas encore eu de retentissement sur les ganglions lymphatiques; la malade était donc, à ce point de vue, dans une excellente condition; et bien que l'on ne se dissimulât point que l'affection avait quelque chance de se reproduire, malgré toutes les précautions employées, on se décida en faveur de l'opération. Comment, en effet, ne pas se rattacher à cette dernière planche de salut, lorsque l'on entrevoit la possibilité d'enlever toute la partie malade et que l'on songe à la terminaison affreuse que doit avoir une pareille affection.

Quelle méthode opératoire devait-on appliquer? L'étendue de la maladie ne permettait pas d'avoir recours à la cautérisation. Cette méthode n'est applicable qu'aux cancers superficiels, et doit même être rejetée, suivant nous, parce qu'elle expose à laisser subsister une partie de la maladie.

Dans un cas analogue à celui-ci, M. Sédillot, professeur à Strasbourg, après avoir enlevé la première incisive gauche inférieure, fit la section du maxillaire à quelques millimètres de la ligne médiane et enleva, à l'aide du bistouri, une tumeur de la langue qui envahissait toute la moitié gauche de l'organe jusqu'à l'épiglotte. Après l'opération, la ligature de l'artère linguale suffit pour arrêter toute hémorrhagie; le neuvième jour, la lèvre était réunie et la mâchoire se consolidait (Académie des sciences, 9 février 1844, *Gaz. méd.*, t. XII). L'excision n'a pas été appliquée ici à cause de l'étendue et de la profondeur de l'affection, on eût craint une perte de sang considérable à cause du volume du système artériel dans cet organe. L'écoulement du sang est ordinairement fort difficile à arrêter, car les artères se rétractant, il en résulte une hémorrhagie en nappe, et ce n'est qu'avec peine que l'on saisit avec précision l'extrémité du vaisseau ouvert pour y appliquer une ligature. C'est pour éviter cet accident que Flaubert, de Rouen, et le professeur Roux ont préalablement fait la ligature de l'artère linguale du côté occupé par la tumeur. Cette manière de faire s'oppose, il est vrai, à l'hémorrhagie primitive, mais comme les vaisseaux d'un côté de la langue s'anastomosent largement avec ceux du côté opposé, la ligature préalable de l'artère linguale ne saurait mettre à l'abri d'une hémorrhagie consécutive qui peut survenir à une époque plus ou moins rapprochée de l'opération, plonger le malade dans une grande anxiété et l'affaiblir beaucoup s'il n'est pas promptement secouru. Ce n'est pas seulement l'hémorrhagie artérielle que l'on doit redouter après l'excision d'une partie de la langue, une perte de sang assez considérable peut encore avoir lieu par les veines lorsque les caillots qui se forment dans leur intérieur sont dissous par les liquides versés par les glandes salivaires dans la cavité buccale.

Les graves difficultés que l'hémorrhagie apporte dans l'exécution des opérations que l'on pratique sur la langue avec le bistouri, le danger qui peut même en résulter pour la vie du malade, quand les moyens hémostatiques ne sont pas appliqués avec toute l'habileté convenable, ont depuis longtemps engagé les chirurgiens à se servir de la ligature pour détruire les tumeurs linguales. Ces opérations présentent une grande variété, et, lorsqu'il s'agit d'enlever, comme dans le cas présent, une grande partie de la langue, la ligature constitue une opération difficile à exécuter et qui peut avoir des conséquences très fâcheuses. En effet, au début, les malades ressentent dans la partie de l'organe qui a été étranglée par les ligatures, des douleurs excessivement vives et qui sont capables de les faire succomber, ainsi que M. Demarquay l'a observé chez un malade opéré par Blandin. Plus tard, lorsque la gangrène s'empare de la partie qui a été liée, elle met cinq, sept ou huit jours à se détacher, et, pendant tout ce temps, il s'écoule dans la bouche du malade une sanie putride qui peut amener un empoisonnement si elle vient à être avalée involontairement.

Malgré toutes ces chances défavorables, la ligature était jusque dans ces dernières années la seule méthode opératoire applicable lorsque la maladie avait envahi une grande partie de la langue; mais, dans l'état actuel de la science, on doit lui préférer l'écrasement linéaire, qui offre les avantages de la ligature sans exposer les malades à ses suites fâcheuses. Dans cette méthode, on sépare peu à peu la partie malade sans en amener la gangrène, mais dans un espace de temps suffisant pour éviter toute hémorrhagie venant des vaisseaux secondaires, et même en agissant plus lentement, on peut amener l'oblitération d'artères d'un certain calibre. Il résulte des expériences de M. Chassaignac, auteur de cette méthode, que sous la pression de l'écraseur, la tunique interne et la tunique moyenne sont divisées les premières; elles sont plissées et refoulées de manière à former une sorte de tampon qui bouche la lumière du vaisseau, d'une autre part, la tunique celluleuse, adossée à elle-même, s'effile en quelque sorte avant de se détacher complétement, et ses propres parois s'agglutinent tellement l'une à l'autre qu'il y a là un second mode d'oblitération du vaisseau. Si l'on consulte les observations d'ablation plus ou moins considérable de la langue, on voit que pour obtenir une plaie exempte d'hémorrhagie, il ne faut pas opérer la section en moins d'une demi-heure; on cite des observations où la séparation de la partie malade n'a été achevée qu'en douze, vingt-quatre, trente-six et même quarante-huit heures, comme dans la première amputation de langue exécutée par cette méthode. Une lacune regrettable existe dans ces observations; on ne dit pas combien de temps on mettait entre chaque manœuvre destinée à augmenter la constriction des tissus à diviser; dans le cas actuel, M. Demarquay serrait d'un cran la chaîne de l'écraseur toutes les trente secondes. Voici comment il pratiqua l'opération :

La malade étant sous l'influence du chloroforme, il fit une incision comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et étendue de son bord libre jusqu'au niveau de l'os hyoïde, puis il sectionna au moyen de la scie à chaîne l'os maxillaire inférieur, ce qui lui permit, après avoir écarté chaque moitié, de placer successivement deux chaînes d'écraseur à la partie la plus reculée de la langue. Une des chaînes fut dirigée d'arrière en avant, l'autre de dedans en dehors; la partie malade fut ainsi cernée de tous côtés, et les instruments, fonctionnant ensemble toutes les trente secondes, ne tardèrent pas à en amener la séparation complète. Au premier moment, il ne s'écoula pas de sang; mais pendant que l'on examinait l'état des bords de la section, un jet de sang eut lieu par l'artère linguale qui fut immédiatement liée avec la plus grande facilité. Ayant reconnu que l'amygdale et le pilier postérieur du voile du palais étaient durs et comme squirrheux, M. Demarquay en opéra aussi la section au moyen de la chaîne de l'écraseur; on fut aussi obligé d'enlever des tissus malades adhérents à l'os hyoïde, dont la petite corne fut emportée dans ce dernier temps de l'opération. Aucun écoulement de sang ne suivit ces deux dernières ablations, et après avoir maintenu rapprochées les deux moitiés de l'os maxillaire inférieur à l'aide d'un fil passé autour des deux premières incisives, on réunit la plaie de la lèvre par la suture entortillée. La malade fut ensuite ramenée à son lit; pendant la journée, on la fit boire un liquide glacé à l'aide d'un vase à long tube; aucun accident n'est survenu après l'opération. La plaie de la lèvre se réunit par première intention, mais la consolidation des deux moitiés de l'os tardant à s'effectuer, M. Demarquay pria son collègue, M. Morel-Lavallée, de venir appliquer lui-même l'appareil en gutta-percha, que cet ingénieux chirurgien a imaginé pour maintenir rapprochés les fragments dans les fractures de l'os maxillaire inférieur. La malade s'en est fort bien trouvée, et lorsqu'elle quitta la Maison de santé, la consolidation commençait à se faire.

La moitié de langue enlevée présentait à la coupe tous les caractères du tissu squirrheux; il n'y a eu aucun doute à cet égard pour MM. Monod et Demarquay; il est néanmoins à regretter que l'examen microscopique n'ait point été fait.

Pendant la cure de l'opération, il s'est passé chez notre malade un phénomène qui n'est pas mentionné dans les observations que j'ai pu lire. Le genio-glosse du côté gauche tirant la langue du côté droit, la moitié restante de l'organe est venue se placer sur la ligne médiane, et la contraction des fibres transverses du stylo-glosse relevant le bord de la langue, la déformation, due à la perte de substance, a été en partie dissimulée. — Il est donc nécessaire pour amputer la moitié de la langue, sans s'exposer à une hémorrhagie de l'artère linguale, d'opérer la constriction plus lentement que dans le cas présent. Quoi qu'il en soit, muni de l'écraseur linéaire, le chirurgien peut agir sur des tissus profondément situés et très vasculaires; car si cette méthode opératoire n'empêche pas toujours l'écoulement du sang par un vaisseau d'un certain calibre, elle supprime l'hémorrhagie en nappe, et on peut aisément jeter un fil sur l'ouverture du vaisseau principal.

Dr Parmentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Mars 1858. — Présidence de M. Lecanu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret rendu sur sa proposition, le 6 mars courant, et par lequel l'Académie est autorisée à accepter la donation d'une rente annuelle de 500 francs, faite par les héritiers de feu M. Amussat, pour la fondation d'un prix de chirurgie expérimentale.

M. le ministre du commerce transmet :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aube, en 1857. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note en italien, sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale, par M. le professeur Tigri, de Sienne.

2° Un mémoire sur un cas de grossesse extra-utérine, par M. le docteur Eugène Durrewell, de Guebwiller (Haut-Rhin). — (M. Danyau, rapporteur.)

3° Un relevé statistique des malades atteints de fièvre jaune et traités par M. le docteur Peixoto, de Rio-Janeiro. (Comm. M. Beau.)

4° Une lettre de M. H. Roger, qui prie l'Académie de vouloir bien inscrire son nom parmi les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. J. Cloquet transmet à l'Académie les regrets de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Retenu au Muséum par les exigences de son cours, l'honorable professeur ne pourra assister aux séances d'ici à plusieurs mois.

L'ordre du jour appelle la nomination des commissions chargées d'examiner les ouvrages présentés pour les différents prix proposés par l'Académie.

Voici les résultats des élections :

Prix de l'Académie (microscope) : MM. Velpeau, Poiseuille, Moquin-Tandon, Devergie et Delafond.

Prix Portal (kystes) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Barth, Robert et Cazeaux.

Prix Civrieux (névralgies et névrites) : MM. Bouillaud, Huguier, Mêlier, Gibert et Hervez de Chégoin.

Prix Itard : MM. Louis, Grisolle, Nélaton, Trousseau et Blache.

Prix Capuron : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul et Cazeaux.

Prix Barbier : MM. Rostan, Roche, Jolly, J. Guérin et Bégin.

L'ordre du jour appelle ensuite la continuation de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. le professeur Piorry.

L'honorable académicien, après avoir félicité M. Guérard d'avoir provoqué cette discussion, s'exprime ainsi :

Permettez-moi, Messieurs, de rappeler que, sous le nom de fièvre puerpérale, on a compris des phénomènes divers :

1° Des accidents fébriles précédés d'un frisson initial très intense, suivis de symptômes généraux assez semblables à ceux des fièvres dites putrides, accidents dont la terminaison est presque toujours promptement funeste.

2° Des phlébites utérines accompagnées des symptômes dont il vient d'être fait mention.

3° Une phlébite s'étendant au loin et qui est surtout accompagnée de phénomènes très graves et analogues à ceux des empoisonnements par les matières putrides.

4° des utérites ou métrites occupant soit la face interne de la matrice et présentant alors les caractères de la gangrène d'hôpital, soit la surface externe de l'utérus, et formant ainsi une variété de la péritonite des femmes en couches, variété circonscrite d'abord, mais qui, partant des régions voisines des trompes, s'étend au loin et occasionne le plus souvent la péritonite générale.

5° Cette même péritonite générale accompagnée de la production de sérosité puriforme, de dépôts de fibrine mélangée de pus et de sanie.

6° Des cas ordinairement plus légers, mais qui, faute d'une diagnose positive, sont rapportés à la fièvre puerpérale, je veux parler de ceux où des matières et des gaz retenus et accumulés dans le tube digestif donnent lieu, soit à une distension de ce tube et des parois du ventre, soit à d'excessives douleurs et à un refoulement considérable des viscères suivi de dyspnée extrême, de dilatation stasique du cœur, d'hypoxémie, et des phénomènes les plus graves.

7° Certes, la fièvre puerpérale par excellence, et à laquelle on ne donne guère ce nom, est celle qui a reçu le nom bizarre de fièvre de lait.

C'est donc à ces phénomènes, considérés dans leur ensemble, que l'on a donné, en définitive, le nom de fièvre puerpérale.

Les opinions que les auteurs ont exprimées sur la maladie consistant dans cet ensemble, ont été les suivantes :

1° Lorsque la doctrine des fièvres essentielles régnait, on admettait qu'il s'agissait ici d'*une fièvre primitive que l'on se donnait garde, vu les opinions d'alors, de rapporter à une altération ou à une intoxication du sang.*

2° Notre très regrettable collègue, M. Gasc, trouvant fréquemment que le péritoine était enflammé et rempli de matière séro-purulente, crut devoir rapporter à la péritonite la fièvre puerpérale des auteurs, c'est-à-dire l'ensemble précédent.

3° Bientôt Dance et ceux qui le suivirent, trouvant des veines enflammées et rencontrant dans divers organes des abcès se développant avec promptitude, rapportèrent à la phlébite utérine généralisée tous les symptômes de la fièvre puerpérale des auteurs.

4° D'autres tenant compte de travaux récents sur la pyémie, ne virent dans la fièvre grave qui suit l'accouchement que le résultat d'une résorption purulente.

5° Considérant l'état de la matrice après la parturition, les veines nombreuses qui s'ouvrent à sa surface interne, le sang qui séjourne dans la vaste cavité qu'elle circonscrit, sang qui, mélangé avec de l'air qui le putréfie, répand une odeur fétide. Un de vos collègues a pensé qu'il y avait ici pénétration dans les veines utérines et partant, dans le sang, en général, de matières putrides et très altérées; de là une septicémie d'une extrême gravité qui, pour certaines personnes, devient l'ensemble de la fièvre puerpérale.

6° Ceux qui ont adopté une telle opinion pour se rendre compte de ce grand fait, que, dans les hôpitaux où les femmes enceintes sont rassemblées en grand nombre, la fièvre puerpérale sévit avec beaucoup plus de violence, de gravité et de fréquence qu'ailleurs, admettent que l'air altéré des salles où elles se trouvent aura sur le sang en général et sur les liquides et les caillots, contenus dans la cavité utérine, une action décomposante qui devient une source active de septicémie, et par conséquent des accidents généraux observés.

7° Vous venez d'entendre le très remarquable travail de M. Depaul, dans lequel ce médecin habile cite des faits propres à établir qu'un poison spécial existe, et que ce virus est susceptible d'être communiqué par les mains de l'accoucheur.

8° Le mot épidémie, si facile à se prêter à des idées fantastiques, comme à des inductions de faits positifs, a été également attribué à la fièvre puerpérale, et chacun l'a interprété à sa manière; les bons esprits se sont attachés à le rapporter à une altération *imprimée* au sang, soit par des matières putrides répandues ou non dans l'air, soit par un iose ou virus contagieux.

Ces derniers ont eu, suivant nous, le tort de vouloir qu'il s'agisse, dans cette hypothèse, d'une *fièvre essentielle*, c'est-à-dire existant sans lésion, mais d'autres, amateurs des idées vagues mal définies, ont admis qu'il existait ici quelque cause occulte, indéterminée, résultat d'une diathèse incomprise et liée ou non avec une autre cause dite épidémique, qu'ils ne déterminèrent pas davantage.

En somme, la plupart des auteurs ont vu dans l'ensemble des faits pathologiques précédents, une maladie, une unité morbide, et ont subordonné les phénomènes observés, les uns à une affection épidémique, les autres à une péritonite, d'autres encore à la phlébite, etc.; en un mot, à celui des caractères du mal qui leur paraissait prédominant et qui se prêtait le mieux à leurs doctrines générales.

Pour mieux comprendre dans les idées organopathiques la fièvre puerpérale, et pour diriger la thérapeutique avec un rationalisme éclairé et fécond en applications pratiques, il faut avoir égard aux circonstances dans lesquelles se trouvent les femmes qui viennent d'accoucher et aux modifications que leur organisme présente :

1° D'une part, les préjugés aidant, elles sont presque toujours placées dans une atmosphère où l'air n'est pas renouvelé, et où se trouvent répandues des odeurs fétides dégagées des liquides qui s'écoulent du vagin ou des autres parties du corps.

La crainte puérile et tout à fait illusoire de provoquer par le refroidissement des abcès dans les glandes mammaires, fait qu'on évite de renouveler l'air des lieux où les nouvelles accouchées sont placées.

2° A la suite de la parturition, il y a, en général, un vide dans les vaisseaux, dû aux pertes de liquides que la femme vient de subir, et les belles expériences de Magendie ont prouvé que, dans ce cas, l'absorption se perd avec une extrême facilité.

3° L'utérus est alors revenu sur lui-même, mais sa cavité présente une vaste poche dans laquelle du sang liquide ou coagulé, mélangé avec de l'air, que le plessimétrisme y constate, est en contact avec les bouches veineuses, dites sinus utérins, qui semblent faites tout exprès pour favoriser la pénétration dans l'appareil circulatoire des fluides sanieux que la matrice renferme.

4° Ajoutons que le sang de la femme récemment accouchée contient en général peu de globules, beaucoup de sérum, peu de fer, que les organes abdominaux, les poumons, le cœur, le foie, s'ils sont longtemps comprimés par l'utérus dilaté, sont profondément modifiés dans leur structure et leur consistance, et que le péritoine, qui naguère était distendu, abandonne en partie la surface de la matrice et se trouve dans de telles conditions d'organisation qu'il doit être disposé aux altérations de structure.

5° N'oublions pas encore que bientôt après l'accouchement se prépare un nouveau travail accompagné, vers la cinquantième heure, d'un mouvement fébrile, de la congestion sanguine des glandes mammaires et de la sécrétion du lait, liquide constitué par du sérum et par des globules de petite dimension, variables en grosseur, mais qui, s'ils pénétraient dans la circulation, ne pourraient traverser les capillaires qu'avec difficulté.

6° Disons, enfin, que la femme éprouve alors des impressions morales très variées, très diverses, et qui peuvent avoir, sur l'accomplissement des fonctions, une influence que l'on a parfois exagérée, mais qui n'en est pas moins très réelle.

C'est dans l'étude attentive de ces faits que se trouve l'explication logique des accidents puerpéraux, et ce n'est pas l'admission d'une *unité morbide, dite puerpérale*, qui, d'une part, rend raison des phénomènes observés, et qui, de l'autre, conduit à un traitement utile, rationnel.

Les circonstances précédentes expliquent, en effet :

1° Les accidents locaux, la souffrance utérine, dont le siége est si bien limité par le plessimétrisme.

2° La péritonite, qui d'abord simplement utérine, s'étend bientôt à toute l'étendue du ventre.

3° Cette altération profonde (très analogue à celle des plaies atteintes de gangrène d'hôpital) que présente la face interne de l'utérus, en rapport immédiat avec le sang altéré que contient la matrice.

4° La phlébite utérine s'étendant bientôt à tout l'appareil circulatoire, avec ce même caractère septique que nous venons de voir aggraver d'une manière si funeste, péritonite consécutive à l'accouchement.

5° L'ensemble des phénomènes septicémiques (frisson initial, petitesse et fréquence du pouls, profonde altération des traits, selles liquides, abondantes et fétides) dus à l'abord dans les liquides circulatoires de la sanie putride que l'utérus contient.

6° La tendance aux abcès, due soit à la septicémie, soit à la pénétration dans le sang des globules du pus sécrété dans l'utérus, soit enfin à l'introduction dans le système circulatoire de petits globules lactés formés à l'époque de la fièvre dite *de lait*.

C'est l'ensemble de ces dernières circonstances qui explique la gravité des divers états organiques qui, dans les jours qui suivent le travail de l'accouchement, se déclarent vers les poumons, l'encéphale, les jointures, etc.

En donnant le nom de galémie à l'état du sang, que je crois avoir lieu lors de la fièvre de lait et consécutivement à elle, je me suis plutôt fondé sur l'observation clinique et sur les inductions qui en découlent, que sur des preuves déduites de l'examen du sang.

La spécialité des phénomènes précédents tient évidemment en très grande partie à l'ensemble des circonstances organiques que nous savons devoir exister chez la nouvelle accouchée.

Il n'est pas cependant impossible qu'il existe un virus qui ait la funeste prérogative de communiquer le mal : les faits cités par notre honorable collègue, M. Depaul, imposent aux observateurs le devoir de faire tous leurs efforts pour résoudre cette question.

Il résulte de ce qui précède :

1° Qu'il ne s'agit pas, dans l'ensemble des accidents qui viennent d'être signalés, d'une unité morbide dite fièvre puerpérale, d'une affection essentielle, d'une maladie à venin spécial comme cause, à marche régulière, toujours la même pour toutes les malheureuses qui en sont frappées, maladie qui comporterait un traitement spécifique précisé dans quelque théorie illusoire ou dans une pratique routinière.

2° Qu'il s'agit, au contraire, d'une femme qui, présentant les circonstances d'organisation propres à l'état de gestation et de parturition, éprouve déjà les phénomènes physiologiques de la sécrétion lactée, et peut-être d'une véritable galactémie; d'une femme qui se trouvant ordinairement dans un lieu encombré, est soumise à l'action d'un virus ou d'un agent septique portant une influence délétère sur son sang par la respiration, et sur des liquides contenus dans un utérus dont les veines sont dans des conditions telles, que ces liquides peuvent y pénétrer; d'une femme, enfin, qui est atteinte de quelques-uns ou du plus grand nombre des états organopathiques suivants :

1° Une utérite grave et de cause septique;

2° Une phlébite partielle ou générale modifiée et aggravée par la présence des matières putrides accumulées dans l'utérus;

3° Une péritonite utérique;

4° Une septico-péritonite;

5° Une septicémie;

6° Une pyémie;

7° Des pleurites, des arthrites, des ethmoïtes promptement pyogéniques, c'est-à-dire suivies de suppuration;

8° Des arrêts de matières fécales et de gaz dans l'intestin simulant des péritonites, etc.;

9° Une hypémie extrême résultant de la déperdition des liquides;

10° Un refoulement des viscères et du diaphragme résultant des états précédents, et qui a pour conséquence une gêne très grande de la respiration; une dilatation du cœur, des congestions pulmonaires hypostasiques, l'accumulation de l'écume dans les bronches, l'hypoémie, et la mort.

En considérant les faits de cette façon, les indications rationnelles se présentent tout d'abord et se rapportent évidemment non pas à la maladie fièvre puerpérale, mais à ses éléments composants.

Que les auteurs qui se complaisent à des théories sur les maladies unitaires, nous disent quel est le remède empirique qui leur a réussi.

Qu'ils rappellent toutes les formules banales, tous les médicaments dits spéciaux qui ont été proposés depuis l'opium, le mercure, jusqu'à la quinine et qu'ils nous prouvent, s'ils le peuvent, que les rares succès obtenus ont été dus à autre chose qu'à l'action de l'organisme, mais qu'ils avouent avec nous :

1° Que le repos, les cataplasmes, les soins de propreté sont utiles pour l'utérite.

2° Que la péritonite, *alors qu'il y a dans l'organisme assez de sang*, est améliorée par les saignées locales, les fomentations aqueuses et les purgatifs doux.

3° Qu'il est indispensable de nettoyer, au moyen d'injections doucement portées, la cavité utérine du sang et de la sanie putride qu'elle contient.

Pendant cinq ans, je n'ai pas vu périr, à la Pitié, une seule femme atteinte de péritonite puerpérale; chez toutes les accouchées, on avait exactement pratiqué les injections utérines.

4° Que l'on ne possède guère de moyens contre le caractère septicémique et galémique de la péritonite.

5° Que l'utilité de l'aération et des soins de propreté est, sous le rapport de la préservation et de la curation dans la septicémie, d'une extrême importance.

6° Que contre la pyémie, ou cachexie purulente, il n'y a qu'aux purgatifs que l'on peut penser; et que l'on pourrait en dire autant de la galémie ou galactémie, si on admettait l'existence de celle-ci.

7° Que contre les phlegmasies pyogéniques, ces mêmes purgatifs, tout inutiles qu'ils sont, sont encore les seuls proposables.

8° Que dans les cas où des matières et des gaz sont accumulés et simulent la péritonite, cas que le plessimétrisme détermine si bien, des purgatifs administrés par le rectum, des frictions huileuses sur le ventre, faites dans la direction du gros intestin, remédient comme par enchantement aux douleurs et aux accidents que les malades éprouvent.

9° Que l'hypémie, quand elle est portée à un haut degré, exclut l'emploi des saignées et des moyens propres à évacuer des liquides, et qu'elle exige, s'il est possible de les donner, l'emploi d'aliments réparateurs.

10° Que le refoulement des viscères et les accidents cardiaques et pulmonaires qu'il cause, exigent impérieusement l'emploi des médications propres à évacuer les gaz et les fèces.

Que ces conditions n'excluent en rien celles-ci : 1° administrer du sulfate de quinine, alors que la rate est volumineuse et qu'il existe des phénomènes intermittents; 2° avoir recours à des émétiques, si des liquides s'accumulent dans le conduit de l'air; 3° d'évacuer l'urine, s'il arrive qu'elle s'accumule dans la vessie; 4° de changer fréquemment la position de la malade, si de la pneumonie hypostasique venait à se déclarer, etc.

C'est donc, dans l'opinion que je défends, sur l'étude attentive de l'organisation et des états pathologiques qu'il faut se fonder pour comprendre l'étiologie, la pathogénie, la diagnose et le traitement des accidents dits fièvre puerpérale.

Si l'on veut considérer celle-ci comme unité morbide, on tombe tout d'abord dans un empirisme irrationnel qui confond tout, réunit sous une même dénomination les choses les plus dissemblables, et, ce qui est bien pis encore, fait adopter ou rejeter des médications qui n'ont d'autres motifs d'application que des faits incomplétement étudiés, et recueillis par le préjugé ou par la routine.

Laissons à d'autres leurs divagations sur les maladies générales ou locales, étudions avec soin les altérations du sang et les troubles du système nerveux, qui sont les seules maladies générales que l'on puisse concevoir; occupons-nous également et des toxépidémies, c'est-à-dire des épidémies qui sont produites par des poisons, et des climatépidémies, et des endémiépidémies; mais ne négligeons jamais l'examen attentif des lésions organiques appréciables, désignées par des mots grecs expressifs ou par des périphrases françaises; mais gardons-nous surtout de mettre des conceptions de l'esprit tout à fait arbitraires à la place des faits sur lesquels doit reposer la médecine pratique. »

M. Piorry termine son discours en rappelant les services rendus à la médecine par les moyens plus précis de diagnostic trouvés par les maîtres du commencement de ce siècle; et après s'être élevé avec force contre le vague des doctrines entretenu par le vague des mots, il demande ou que l'on adopte sa nomenclature ou qu'une commission nommée par l'Académie soit chargée d'en dresser une : il s'y soumettra avec joie, tout le premier.

M. Hervez de Chégoin donne lecture du discours suivant :

Désormeaux disait qu'il n'y avait pas de fièvres puerpérales; qu'il fallait bannir ce mot de la science, comme nom spécifique et nommer par leur nom ordinaire les maladies qui succèdent à l'accouchement, métrite, péritonite puerpérale; que le bon sens le plus commun commandait cette manière de voir généralement adoptée aujourd'hui.

Désormeaux parlait ainsi en 1827. En 1842, M. P. Dubois, dans un article remarquable, écrivait : que la fièvre puerpérale est une réalité; mais que son essence nous est inconnue, que sa cause est insaisissable comme celle du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde; qu'on a pris l'effet pour la cause, en considérant les altérations pathologiques qu'on rencontre à l'autopsie comme la cause de la maladie; qu'il faut, dans la plupart des cas, reconnaître une altération préalable du sang; qu'il peut bien se faire que des caillots retenus dans la matrice, ou la putrescence de cet organe entraînent des accidents graves, mais que ces cas particuliers ne doivent point faire rejeter l'existence de la fièvre puerpérale essentielle, dont le principe nous échappe comme celui des épidémies et des fièvres éruptives; et passant en revue toutes les théories imaginées pour expliquer cette maladie si obscure et dont les caractères sont si distincts, il ne peut, comme Désormeaux, en reconnaître le point de départ dans les péritonites et les métrites, dans la piogénie des femmes en couches, la suppression des lochies et de la sécrétion du lait; et tout en reconnaissant dans les conditions antérieures de la santé des malades et de l'air qu'elles respirent des causes prédisposantes, il ne peut s'empêcher de remarquer que la fièvre puerpérale se développe quelquefois dans les classes les plus élevées de la société, au milieu de tous les avantages de la santé et de l'opulence.

Désormeaux se trompait, en effet, en ne voyant dans la fièvre puerpérale que des métrites et des péritonites; et, comme M. P. Dubois, nous la considérons comme une maladie bien distincte qui a ses caractères particuliers, qui peut exister indépendamment de toute affection inflammatoire.

Mais cette maladie si grave, si singulière et si bien caractérisée, qui se développe dans des conditions hygiéniques si opposées; tantôt sous la forme sporadique, souvent sous la forme épidémique, est-elle vraiment insaisissable dans son essence, dans son étiologie; est-elle aussi mystérieuse que le génie des épidémies, des fièvres éruptives; et doit-on, après les opinions si différentes des deux autorités si compétentes que je viens de citer, renoncer à toutes recherches ultérieures, et le dernier mot, enfin, est-il dit sur la fièvre puerpérale?

S'il se trouvait qu'une maladie bien connue et qu'on peut produire à volonté, présentât des symptômes, je ne dis pas analogues, mais d'une similitude parfaite avec ceux de la fièvre puerpérale, si la cause de cette autre maladie était palpable, évidente; si par elle on pouvait se rendre compte de tout ce qui paraît extraordinaire, inexplicable dans la fièvre puerpérale, ne serait-il pas rationnel de rapporter cette dernière à la même origine?

Si ce que l'on a considéré comme des cas particuliers était, au contraire, une des causes fréquentes de la fièvre puerpérale, et que les accidents graves que l'on reconnaît être produits par cette cause que l'on croit exceptionnelle étaient complétement identiques à ceux de la fièvre puerpérale; en un mot, si des caillots retenus et putréfiés dans la matrice, si la putrescence de la matrice elle-même développent l'ensemble des symptômes qui caractérisent cette maladie dont on croit devoir chercher encore l'*inconnue*; pourquoi ne pas s'arrêter à cette étiologie si vraie et si simple qu'il m'en coûte presque d'avoir fait un si long préambule pour exposer un fait que tous les médecins connaissent, mais auquel on n'a pas donné toute sa valeur, par cela même peut-être qu'il est trop palpable et que l'étrangeté apparente de la fièvre puerpérale ne cadre plus avec une cause si naturelle et qui n'a plus rien de merveilleux?

Ce qui a jeté de l'obscurité, de l'incertitude, de la confusion sur la nature de la fièvre puerpérale, c'est qu'on a voulu la rapporter à une seule et même forme et qu'alors on a pris pour des phénomènes inexplicables, pour des bizarreries, ce qui se rapporte à des causes différentes, dont les résultats finissent, en effet, par se confondre, mais dont les symptômes primitifs, le point de départ et la marche, ne sont point les mêmes. Tout devient clair, au contraire, tout rentre dans la simplicité ordinaire des actes physiologiques et pathologiques, quand, par une

distinction fondée sur une observation rigoureuse, on reconnaît qu'une autre cause, que celle que nous venons d'exposer, devient aussi l'origine de la fièvre puerpérale, car on sait bien que rien n'est bizarre et que tout paraît naturel quand le voile qui couvrait notre ignorance a été déchiré.

Il est donc certain que quelques inflammations de la matrice, non pas immédiatement, comme dans le cas précédent, mais après un temps variable, sont suivis de tous les symptômes de la fièvre puerpérale. On devine déjà que si, dans la première forme, il s'agissait d'une infection putride, il s'agit, dans cette seconde forme, d'une infection purulente, et l'on comprend que cette métrite puerpérale n'est point elle-même la *fièvre puerpérale*, comme l'entendait Désormeaux, et qu'elle n'en devient l'origine, plus ou moins éloignée, qu'à dater du moment où le produit de cette inflammation est devenu la cause d'une infection générale. On comprend, aussi, sur-le-champ, quelle différence cette diversité d'origine doit apporter dans les symptômes primitifs, dans la thérapeutique du début, quoiqu'en définitive les derniers symptômes et le dernier traitement doivent se confondre.

Telles sont, sur la fièvre puerpérale, les idées que j'ai émises depuis longtemps déjà, que j'ai répétées, à satiété peut-être, aux élèves de mon service de femmes en couches à l'hôpital Lariboisière, et pour la démonstration desquelles M. Bonfils, interne en 1855, a recueilli des observations qui forment, avec les déductions qu'il en a tirées, un travail important. Ce sont ces mêmes idées qui ont servi de texte à une thèse soutenue le 21 février 1857 par l'interne qui succéda en 1856 à M. Bonfils. Dans cette thèse, où l'auteur n'indique point d'une manière assez explicite la source dont elles émanent, l'auteur a cru devoir changer la portée de mon opinion et considérer l'infection putride et l'infection purulente après l'accouchement (sujet habituel de nos entretiens) non plus comme la fièvre puerpérale même, mais comme des accidents graves et indépendants qui laissaient à cette maladie tout son vague et toute son obscurité.

Je tiens à rétablir toute la précision que j'ai cru devoir donner à ma manière de voir sur cette opinion, sur laquelle, du reste, M. Bouillaud partage complétement mon opinion, sur laquelle aussi M. Béhier, après de nombreuses recherches, est arrivé aux mêmes conclusions que moi; sur laquelle, enfin, M. Delafond s'est trouvé également d'accord, en nous disant que chez les femelles des animaux, les infections putrides et purulentes constituaient tous les accidents graves qui surviennent après la parturition, quand des portions du placenta n'ont pu être extraites.

Reprenons donc un peu et brièvement ces deux causes, différentes et positives pour moi, de la fièvre puerpérale. Je dis brièvement, parce que toute la science est faite sur la question ainsi envisagée. Tous les éléments en sont connus. On ne doute plus de la possibilité, de la facilité de l'absorption des matières putrides ou purulentes contenues dans la matrice; on connaît parfaitement les symptômes primitifs de l'infection purulente ou putride une fois accomplis; on ne connaît pas moins les résultats de cette absorption, épanchement dans les cavités séreuses, abcès dans les organes parenchymateux; on ne connaît que trop, enfin, la terminaison ordinaire et funeste de cette intoxication, de cette altération du sang, non préalable à l'accouchement (ce qui ne permet point d'admettre la santé parfaite de certaines femmes au moment même de l'accouchement), de cet empoisonnement auquel peut suffire quelquefois une quantité peu considérable de la cause morbide, comme dans quelques inoculations.

Je veux donc seulement ici caractériser la fièvre puerpérale putride et la fièvre puerpérale purulente et leurs différences.

Il n'est pas besoin d'une longue description pour en établir les signes. Ceux qui ont observé et médité la fièvre puerpérale putride, la reconnaîtront au frisson qui se manifeste ordinairement le troisième jour, à la petitesse et à la fréquence excessive du pouls, 140 à 150 pulsations, à l'agitation, l'insomnie, la loquacité, le délire léger, au ballonnement rapide, considérable du ventre, *sans douleur, sans douleur !* signe caractéristique, et à la mort, enfin, qui arrive ordinairement le troisième jour après le début et le sixième après l'accouchement.

Toutes les altérations pathologiques que l'on rencontre à l'autopsie ne sont pas pour moi, non plus que pour M. Paul Dubois, les causes de la maladie, mais les effets; et nous ne différons ici qu'en ce que cette cause n'est plus une énigme pour nous, mais une cause matérielle que les sens peuvent saisir.

Dans la fièvre puerpérale purulente, le début n'a point d'époque fixe, parce qu'il est subordonné à celui de l'inflammation, qui peut être déterminée par des causes immédiates ou tardives. Dans cette forme d'origine inflammatoire, à l'inverse de la forme putride, le ventre est douloureux dès le principe, le frisson, la fièvre se manifestent également, mais le pouls est moins fréquent, moins faible, la chaleur de la peau plus vive; il n'y a point de délire. Ce n'est que plus tard, quand l'absorption purulente a commencé, que des symptômes à peu près semblables à ceux de la forme putride se développent aussi ici, encore tous les effets de cette intoxication purulente sont bien connus. Il suffit de les indiquer, et les désordres secondaires qu'on rencontre à l'autopsie ont été décrits bien des fois. Ils sont, comme dans l'autre forme, le résultat et non la cause de la maladie.

La distinction de ces deux formes putride et purulente, satisfait à toutes les explications et donc aussi la thérapeutique rationnelle de la maladie, en même temps qu'elle enseigne que la médication préventive, appliquée d'avance et sans savoir encore à quelle forme on aura affaire, ne peut tomber juste.

Assurément, dans la forme putride, toutes les conditions hygiéniques de salubrité, qu'il n'est pas besoin d'énumérer, sont de la plus haute importance; mais il faut chercher ailleurs et combattre autrement la cause future de la maladie, chez les femmes qui, en pleine santé à l'heure de l'accouchement, sont prises les jours suivants des premiers symptômes de la fièvre puerpérale putride. C'est dans l'accouchement lui-même, dans la manière dont il s'est accompli, qu'on trouvera et la cause de la maladie et l'indication préventive à remplir.

Après une parturition facile et trop rapide qui comble de joie et l'accouchée et les assistants, l'accoucheur, au contraire, ne doit-il pas se tenir en garde? N'est-il pas fondé à craindre que la matrice, qui ne s'est point débarrassée du produit de la conception par des contractions assez multipliées, ne se trouve aussi dans des conditions défavorables pour l'expulsion de ce qui peut rester du placenta ou des membranes, ou des liquides fournis par la surface utérine, et, au contraire, dans des conditions trop favorables pour l'absorption, par l'état des veines utérines? Ne convient-il pas alors d'exciter secondairement ces contractions par les moyens bien connus? Si l'examen du placenta apprend qu'il en reste quelques parcelles, si une odeur particulière des lochies fait craindre quelqu'altération des liquides utérins, n'est-il pas indiqué de délivrer la matrice de toutes ces causes d'infection, et les injections ne sont-elles pas le meilleur moyen prophylactique qu'on puisse employer?

Je sais tout ce qu'on a pu dire pour et contre les injections, mais je suis tellement convaincu de leur utilité, que je crois devoir y insister d'une manière toute particulière. Pratiquées opportunément, je les crois propres à prévenir l'infection putride. Pourrais-je en douter, quand j'ai vu les premiers symptômes de cette infection, ces symptômes légers, fugaces qui échappent à ceux qui n'en ont pas encore reconnu l'importance, mais qui frappent profondément celui à qui une terrible expérience en a appris toute la signification? Quand j'ai vu, dis-je, ces symptômes disparaître immédiatement par un lavage de la face interne de la matrice, ma conviction ne doit-elle pas être complète quand M. Renault a vu tous ces mêmes symptômes d'infection putride s'arrêter immédiatement aussi en enlevant les caillots putréfiés qui remplissaient une large plaie résultant d'une opération?

Mais cette infection une fois accomplie, ou autrement dit la fièvre puerpérale putride une fois développée, quel est le traitement qu'il convient de lui opposer?

Trois indications se présentent à remplir: 1° éliminer la cause; 2° la neutraliser; 3° mettre tout l'organisme dans les conditions propres à résister à la cause toxique.

Pour la première indication, les injections dont je viens de parler doivent être placées en première ligne, et, comme je le disais, leur efficacité dépend de leur opportunité, c'est-à-dire de l'attention du médecin à saisir le moment convenable; il doit être, en quelque sorte, à la piste de ces premiers indices si légers et si importants sur lesquels j'ai fixé l'attention.

Les autres moyens d'élimination sont les purgatifs et les sudorifiques. Quel est celui qu'il faudra préférer? Celui que la nature indique par la diarrhée ou par les sueurs. *Quo vergit natura eò ducendum.* Ces sueurs et cette diarrhée spontanées sont déjà l'effet de la cause morbide qui agit sur la peau ou sur les entrailles. Ces flux, sur des surfaces ouvertes, deviendraient des épanchements dans des cavités closes et des abcès dans les organes parenchymateux.

Par quel moyen peut-on espérer de neutraliser ou d'atténuer au moins l'action toxique des matières absorbées? L'expérience, sans doute, doit rendre circonspect à prôner l'efficacité de tous les médicaments administrés dans cette intention. Mais n'est-il pas rationnel d'appliquer ici tous les antiseptiques, tous les toniques fixes et diffusibles, avec lesquels on doit tenter de remplir les deux dernières indications?

Dans la forme purulente, les indications thérapeutiques sont bien différentes dans le début, et l'on comprend que la médication antiphlogistique, employée dans toute son énergie, les purgatifs, les frictions mercurielles, constituent le meilleur traitement prophylactique de la fièvre puerpérale purulente qui n'existe pas encore, mais que le médecin doit toujours avoir en prévision, quand il voit poindre une inflammation de la matrice après l'accouchement. Que penser, encore une fois, d'après cette distinction, des moyens préventifs, toujours les mêmes, administrés avant l'accouchement, sans savoir s'il s'agira plus tard d'une infection putride ou d'un état inflammatoire qui précédera l'infection purulente? Une fois accomplie, cette dernière infection détermine à son tour les symptômes bien connus, qu'il est inutile de décrire, comme il est à peine besoin d'indiquer ce qui se passe encore ici dans le cerveau, dans les poumons, dans le foie, dans les cavités closes, ou qui s'ouvrent à l'extérieur. Tous ces symptômes, toutes ces altérations sont les effets de la même cause, avec les différences qui appartiennent à chaque organe, parce que chaque organe souffre à sa manière.

D'après les idées et les considérations que je viens d'émettre, on comprend facilement comment la fièvre puerpérale putride peut se développer dans les meilleures conditions hygiéniques; mais on comprend aussi comment les causes atmosphériques, propres à altérer promptement les liquides organisés, propres à développer les symptômes inflammatoires, sont propres aussi à déterminer et la fièvre puerpérale putride et la fièvre puerpérale purulente.

Sous le rapport de la contagion, il est clair qu'un grand nombre de femmes accouchées, réunies dans un même local, peuvent devenir un foyer d'infection qui ne s'opère plus alors de dedans en dehors, mais de dehors en dedans, par les voies de la respiration, produisant même alors des effets plus prompts que dans l'absorption utérine, puisque celle-ci exige plusieurs jours d'incubation pour la putridité des matières qui en deviennent la cause, tandis qu'elle est tout effectuée, quand elle s'exhale du corps qui en est imprégné.

Cette contagion peut-elle s'opérer par la présence du médecin, ou d'une personne qui vient de visiter une accouchée atteinte de fièvre puerpérale? Je ne le pense pas; la quantité de miasmes qu'il peut transmettre ne me paraît point suffisante pour ce mode de transmission. Combien de matières putrides sont introduites dans les voies aériennes et dans les voies digestives avec impunité, parce qu'elles sont peu abondantes ou parce qu'elles sont digérées, de même que les venins de certains animaux venimeux ne deviennent dangereux qu'à une certaine dose.

Je ne doute point que les idées que je viens d'exposer ne trouvent de nombreuses contradictions, puisqu'elles ne sont point en harmonie avec celles des médecins les plus éminents et avec l'opinion généralement reçue. Si quelque chose de plus satisfaisant vient à m'être démontré, je l'adopterai avec empressement. En attendant, je crois pouvoir conclure de ce qui précède :

1° Que la fièvre puerpérale n'est autre chose qu'une infection générale, et je reconnais, avec M. P. Dubois, qu'elle consiste dans une altération du sang, mais avec cette différence, qu'au lieu de la croire préalable à l'accouchement, je la considère comme secondaire.

2° Cette infection est de deux sortes, putride ou purulente.

3° Son foyer est dans la matrice, et j'ai cru pouvoir dire avec vérité, *morbus totus ab utero procedit.*

Ces deux formes, différentes dans le début, se confondent dans leur dernière période.

Les causes de la fièvre puerpérale putride sont toutes celles qui retiennent dans la matrice des matières qui devraient en être expulsées après l'accouchement. Ces causes sont souvent individuelles. Elle reconnaît aussi des causes hygiéniques : ce sont celles qui peuvent favoriser la putricité de ces matières.

La fièvre puerpérale purulente reconnaît pour causes toutes celles qui peuvent produire l'inflammation de la matrice, soit aussi individuelles, soit hygiéniques.

Le traitement bien différent dans la première période purulente devient le même quand l'infection est effectuée.

La fièvre puerpérale, ainsi envisagée, n'offre plus rien d'étrange ni d'inexplicable, et rentre dans la catégorie ordinaire des infections générales dont il est si difficile de triompher.

Les femmes qui accouchent isolément et dans les meilleures conditions, peuvent être atteintes de fièvre puerpérale putride et purulente. Elles ont seulement de moins à craindre que celles qui accouchent agglomérées, l'infection par les voies extérieures.

Alors même qu'à l'autopsie, on ne trouverait plus les restes des causes d'infection, on ne devrait point en conclure qu'elles n'ont point existé, elles peuvent avoir disparu. On les a toujours trouvées quand on les a cherchées avec persévérance.

La parole est à M. Trousseau.

En présence de cette grande question de la fièvre puerpérale, et depuis trois séances que j'assiste à la discussion engagée à ce sujet, je me demande si ce n'est pas ici l'histoire de la dent d'or; et si, après tant de débats, il ne convient pas de savoir s'il y a une fièvre puerpérale? Pour ma part, et si étrange que doive paraître un pareil aveu, je ne crois pas à son existence.

Ce n'est pas que je nie les lésions observées et décrites sous ce nom, mais je veux dire que la fièvre puerpérale n'est pas propre à la femme, et qu'elle existe aussi chez l'homme. Permettez-moi de m'expliquer.

Un médecin d'infiniment d'esprit, M. Lorain, a soutenu, il y a deux ans, une thèse intitulée : *De la fièvre puerpérale chez la femme et chez le fœtus;* je regrette qu'il n'ait pas ajouté : Et chez des individus mâles résidant à proximité des salles d'accouchements. Il lui aurait été facile, à la Clinique ou à la Maternité, de montrer chez les hommes, en temps d'épidémie, et toutes réserves faites sous le rapport des différences d'organisation des lésions analogues.

Voyons ce qui se passe chez la femme et nous verrons si cela se passe aussi chez l'homme.

Dans la grande épidémie de 1855, dont MM. Charrier, Lorain, et d'autres encore, nous ont conservé la relation, on note d'abord des lésions de l'appareil utérin; il y a de bonnes raisons pour cela; mais, ensuite, on voit, aux mois de septembre et d'octobre, apparaître de graves lésions des organes thoraciques : des pleurésies suppurées enlèvent les femmes en aussi peu de temps que la péritonite. L'on observe, en outre, que, pendant tout le temps de l'épidémie, les enfants meurent en quantité incomparablement plus grande que dans un autre temps. Je parle des enfants dont les mères n'avaient pas la fièvre puerpérale. Comment meurent-ils? Comme les femmes : avec des phlébites ombilicales, des péritonites, des pleurésies, etc. En un mot, en présentant les mêmes lésions que les femmes soumises à l'influence épidémique, et cela indépendamment des conditions de la parturition.

Or, si l'enfant séparé de la mère, si le rameau détaché de l'arbre, offre des lésions identiques, à plus forte raison, l'enfant encore dans le sein maternel les offrira-t-il. Aussi, voyons-nous, quand règne la puerpéralité, l'enfant venir au monde avec une double pleurésie, une péritonite, etc., même lorsque la mère n'est pas malade.

Cela est-il propre aux services d'accouchement? Point du tout : et la même chose s'observe dans les autres hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, à Necker, dans le service de M. Natalis Guillot, à Beaujon, chez M. Béhier, etc., partout où l'on reçoit des femmes récemment accouchées, les enfants ont des ophthalmies excessivement graves, des érysipèles autour de l'ombilic, s'étendant bientôt au loin, etc.; accidents qui les tuent aussi promptement que le fait la fièvre puerpérale. Nous les voyons encore contracter des inflammations de la veine porte et des organes abdominaux, et succomber comme succombent les femmes dans les hôpitaux spéciaux.

Les enfants de la ville venant chercher des nourrices à l'hôpital sont également atteints.

Maintenant, demandez à M. Nélaton s'il est en sécurité pour ses opérés, quand la fièvre puerpérale règne dans les salles de M. Dubois? Il vous répondra que les phlegmasies des séreuses, des synoviales, etc., sont alors la règle, et que la moindre opération à faire exige de sa part la plus grande circonspection. Demandez à M. Jobert et à M. Laugier si, alors que règne la fièvre puerpérale dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, et qu'on n'en sait rien encore dans leurs services, ils ne s'aperçoivent pas à leurs insuccès et à la gravité que revêtent les plus minimes opérations, que l'épidémie a fait invasion.

Allons plus loin. En 1856, M. Dubois fait évacuer la Clinique et la Maternité; on reçoit les femmes en couches dans les autres hôpitaux. M. Pidoux, chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu, note qu'il perd ses malades dans une proportion insolite, et pour les affections les plus bénignes d'ordinaire. Mais alors elles se compliquent d'érysipèles, d'affections furonculeuses, et presque toutes succombent.

Non seulement on observe les accidents dont je parlais tout à l'heure, après les opérations, mais on les observe avant. Les malades atteints d'affections chroniques, sans plaie, et qu'on doit opérer, prennent des indispositions caractéristiques, se traduisant par des phénomènes généraux auxquels des yeux exercés ne se trompent guère et qui font prévoir un insuccès certain.

Vous voyez donc que la fièvre puerpérale est commune aux hommes aussi bien qu'aux femmes, et que ma proposition, si étrange au premier abord, se justifie jusqu'à un certain point. Je tâcherai de la justifier complétement mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

Qu'est-ce que la fièvre puerpérale? Études sur les maladies des femmes en couche; par le docteur T. Gallard, ancien interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. Paris, 1857. — Prix : 1 fr. 50 c. — Labé, libraire.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestr et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 33. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 20 Mars 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, l'Académie s'est formée en comité secret à trois heures et demie ; la séance a donc duré une demi-heure à peine, et le peu de besogne qui s'est faite en un temps si court a presque complétement été étouffée par le bruit des conversations. C'étaient un tumulte et une animation qui ne peuvent s'expliquer que par l'influence de l'éclipse. Ne sait-on pas que le monument où mène le Pont-des-Arts est le temple des adorateurs de la lumière? Et qui donc, avec plus de raisons que les fervents académiciens, serait ému en voyant diminuer l'éclat du Dieu qui dispense le jour? Le fait est qu'ils n'étaient pas remis d'une *alarme si chaude*, et que c'est probablement afin de ramener le calme en leurs esprits, que M. le Président a prié le public de les laisser à eux-mêmes. MM. les secrétaires ont dépouillé à la hâte la correspondance, mais pour la forme seulement, et personne n'en a rien entendu.

Une note de M. Blondlot sur le suc gastrique;

Et une note à la lecture de laquelle M. Flourens a renoncé, note relative à la circulation nerveuse et à la démonstration de cette proposition : que l'action réflexe n'existe pas et que le système nerveux n'agit jamais que par action directe.

Voilà, en conscience, tout ce qui est parvenu jusqu'à nous.

Ah ! j'oubliais la lettre d'un naturaliste se disant possesseur d'un secret qui lui permet de reconnaître à la seule inspection d'un œuf, s'il contient un coq ou une poule.

M. de Quatrefages avait la parole pour lire une communication sur la maladie des vers à soie. Il s'est borné à énoncer le titre et la conclusion générale de ce travail.

« Beaucoup de personnes causent ici comme dans un lieu où l'on ne lirait pas, a dit M. le Président de sa voix grave. Il faut qu'on se taise et qu'on écoute..... ou qu'on n'écoute pas, a-t-il ajouté bien vite, mais qu'on se taise. »

Cette allocution, dictée par le plus irréprochable bon sens, n'a pas eu le moindre succès.

Enfin, M. Faye a fait passer sous les yeux de l'Académie une épreuve photographique du soleil réduit à un croissant mince et effilé par l'interposition de la lune. Cette épreuve négative, obtenue sur collodion sec et à l'aide du plus grand objectif qui existe, est, paraît-il, admirable de tous points. L'image a passé de main en main, le bruit a redoublé, et nous nous sommes sauvés... par ordre.

A propos de cette terrible éclipse du 15 mars, la plus forte de ce siècle pour Paris, disons qu'elle a donné lieu, dans la précédente séance, à un appel de vulgarisation auquel nous ne saurions trop applaudir. C'est M. Babinet qui, en faisant hommage à l'Académie d'une notice illustrée sur l'observation de ce curieux phénomène, notice que le *Magasin pittoresque* a mise, par extraordinaire, au rang de ses publications, M. Babinet, disons-nous, a annoncé l'intention de se servir de cette modeste feuille, qui tire à près de cent mille exemplaires, pour faire arriver sous les yeux du public des dessins d'astronomie physique et de météorologie qui sont demeurés jusqu'ici enfouis dans les archives des corps savants et dans des recueils peu accessibles aux gens du monde. L'idée n'est pas de lui, mais il pense que plusieurs de ses savants collègues pourraient se servir du même procédé pour faire connaître les fruits de leurs études sur les sciences d'observation. L'art moderne des illustrations et le goût récent du public pour les matières scientifiques rendues intelligibles à tous, sont une preuve de ce qu'on peut attendre de pareilles publications. L'utilité générale que se proposent ces *popularisations* leur constitue d'ailleurs un mérite incontestable.

Dans la même séance, lecture avait été faite par M. Marey d'un premier mémoire intitulé : *Recherches sur la circulation du sang.* (Nous l'avons mentionné simplement dans notre précédent compte-rendu.) L'auteur a résumé son mémoire de la manière suivante :

« J'ai pensé que, dans une question aussi complexe que celle de la circulation sanguine, il fallait, procédant du simple au composé, étudier d'abord les lois hydrauliques isolément, et, à ce sujet, je me suis cru autorisé à opérer directement sur des tubes élastiques, comme Volkmann vient de le faire en Allemagne.

La première conclusion que je tire de mes expériences, est que l'élasticité des tubes augmente la quantité de l'écoulement, seulement dans les cas d'afflux intermittent du liquide.

La raison qui avait fait méconnaître l'influence favorable de l'élasticité des tubes sur la quantité de l'écoulement, est qu'on avait employé des pressions constantes dans les expériences faites à ce sujet, tandis qu'une importante condition de la circulation du sang est l'intermittence de l'afflux.

L'expérience montre encore que, dans les tubes élastiques, chacun des afflux se fait plus facilement que dans un tube inerte de même forme. D'où il suit, en transportant ces conclusions au système vasculaire sanguin, que si les artères perdent leur élasticité comme dans l'ossification sénile, le cœur trouvera un véritable obstacle à sa systole ventriculaire, et, en vertu d'une loi pathogénique bien connue, devra s'hypertrophier. — Le relevé des observations contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique* montre que, dans l'ossification bien prononcée des artères, il y a toujours hypertrophie du cœur.

Des expériences sphygmographiques et de quelques autres encore, on est amené à déduire une théorie de la transmission de l'impulsion dans les tubes élastiques, de laquelle il ressort, entre autres déductions, que le retard du pouls n'est qu'apparent et dû seulement à l'imperfection de notre toucher, qui ne peut percevoir, dès son début, un mouvement très faible d'abord, mais très accéléré.

Tout ce qui augmente la dilatabilité du tube en amont du point observé, augmente le retard apparent et diminue l'intensité de la pulsation; ainsi agissent la grande longueur des tubes, ou la présence sur son trajet d'une ampoule élastique. — Pour le pouls artériel, la même chose se passe : la grande distance du cœur au point observé, la présence sur le vaisseau d'un anévrysme dilatable, diminuent ou suppriment la pulsation, ou la retardent sensiblement. »

Dans notre dernier *Bulletin*, nous avons parlé de la présentation faite par M. J. Cloquet d'une brochure de MM. Chevallier père et Abel Poirier, sur la nécessité d'interdire la fabrication des allumettes chimiques avec le phosphore ordinaire. Les auteurs de ce travail ne proposent point, pour faire cesser des dangers réels, de ramener l'emploi des fioles qui contenaient non du phosphore rouge, comme nous le leur avons fait dire, mais de l'acide sulfurique. Ils proposent de préparer les nouvelles allumettes d'après le procédé suédois ; celles-ci ne prennent feu que lorsqu'on les frotte sur un objet quelconque (planchette, carton, etc.) enduit de phosphore rouge.

Dr Maximin LEGRAND.

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 1er mars. — Un de mes amis, qui est même un peu mon parent, est arrivé de Tartas pour consulter un médecin de Paris. Naturellement j'ai cru qu'il allait tout d'abord s'adresser à moi. C'est bien ce qu'il a fait, mais pour me demander quel est le confrère parisien qui traite le mieux l'albuminurie. Il est toujours jeune ce vieux proverbe : Nul n'est prophète dans son pays. Benoît, faisant allusion à mes mésaventures récentes, a ajouté ce quatrain macaronique :

Per cognati, per cognatas
Per monachi et monachas,
Per vicini et vicinas
Medicus non facit res suas.

Le 2. — « Monsieur le docteur Simplice est prié de vouloir bien passer » immédiatement chez Madame la comtesse de ....., à son hôtel, rue » d'Anjou, n° ... »

Fameux ! disais-je en lisant ce billet, voilà que je pénètre dans le grand monde.

— Faites vite votre barbe, me dit Françoise.

— Je n'ai pas le temps, ma fille.

— Mettez au moins une chemise fraîche.

— C'est pressé, je cours où l'on me demande.

Je n'avais pas besoin, en effet, d'aucun frais de toilette. Il s'agissait d'un pauvre valet d'écurie qui venait de recevoir un coup de pied de cheval sur le ventre, et qui se tordait couché sur un mauvais grabat placé dans une soupente, dans l'écurie même.

On m'avait demandé afin que je déclarasse que la blessure de ce pauvre diable était assez grave pour qu'il pût être transporté à l'hôpital.

— Si Madame la comtesse, ai-je répondu, n'a pas de meilleure chambre à coucher à donner à ce pauvre homme, il sera infiniment mieux à l'hôpital qu'ici.

Madame la comtesse m'a fait remettre 3 fr. par un valet tout galonné.

Le 3. — Un malheureux nosomane m'a retenu pendant plus d'une heure et demie. Il a laissé sur ma cheminée un petit paquet enveloppé dans du papier ; ce papier renfermait 3 francs 50 centimes, en petite monnaie.

Je croyais être délivré de sa présence, quand il est revenu de l'antichambre me demander s'il devait boire chaude ou froide la tisane que je lui ai prescrite.

— Tiède, ai-je répondu.

Mon nosomane a ajouté 50 centimes au petit paquet.

Je pensais bien être libéré, quand il est rentré une seconde fois :

— Et les bains, à quelle température dois-je les prendre?

— Plutôt frais que chauds, Monsieur.

Ces mots m'ont valu 50 centimes de plus.

Une troisième fois il est rentré dans mon cabinet :

— Et les lavements doivent-ils être gardés?

— Aussi longtemps que vous le pourrez, Monsieur.

Ce complément de consultation a donné lieu à un nouveau complément de 50 centimes.

Enfin, il est parti. Deux heures de consultation, total 5 francs.

Le 4. — Un Monsieur très bien mis, m'a dit Françoise, est venu me demander pendant mon absence, et a désiré m'écrire quelques mots dans mon cabinet.

« Prière au docteur Simplice de se rendre le plus tôt possible chez M. de X..., conseiller d'État, rue de la Pépinière, n° 10. »

J'y cours aussitôt. Ce M. de X... est inconnu au numéro indiqué, ainsi que dans toutes les maisons du voisinage. Je crois avoir mal lu, mais c'est bien le nom, la rue et le numéro indiqués. Je consulte l'Almanach Didot, il n'y a pas de conseiller d'État de ce nom.

Je me crois victime d'une mystification, mais je vois bien vite que c'est pis que cela, je suis victime d'un voleur qui m'a dérobé un beau cachet d'argent, cadeau de Benoît, et un très joli serre-papier en bronze.

Défense expresse faite à Françoise de laisser entrer qui que ce soit dans mon cabinet pendant mon absence.

Le 5. — Un brave négociant de mon quartier, qui a une figure bien honnête, est venu me prévenir que sa femme viendrait me consulter. Elle a, dit-il, la poitrine délicate, et il voudrait savoir dès aujourd'hui s'il y a nécessité de l'envoyer aux eaux de Cauterets, ainsi que son médecin le lui a ordonné depuis deux années.

— Votre femme a donc un médecin?

— Oui, mais elle n'en est plus satisfaite, et elle veut avoir recours à vos conseils.

J'ai reçu, en effet, à l'heure de ma consultation, un jeune femme, très agréable de figure, et dont les apparences n'indiquent rien d'inquiétant du côté de la maladie. Je l'ai examinée avec le plus grand soin, elle s'est laissé percuter et ausculter très sérieusement, et mon examen fini, je lui ai dit :

— Madame, votre poitrine me paraît dans le meilleur état possible, où donc avez-vous mal?

Cette dame m'a évidemment répondu par un petit roman pathologique pour arriver à cette conclusion qu'elle avait besoin d'aller aux eaux. Peu convaincu de la nécessité de ce déplacement, je n'ai pas voulu écrire l'ordonnance que cette dame me demandait. Elle est sortie fort mécontente et en oubliant de m'honorer.

— Quel intérêt peut donc avoir cette dame à aller à Cauterets, puisqu'elle n'en a pas besoin? disais-je à Benoît.

— Guy-Patin va te répondre, m'a dit le cynique Benoît :

« Les eaux minérales font plus de c.... que de cures. »

PATHOLOGIE.

DE L'APOPLEXIE CÉRÉBELLEUSE;

RAPPORT

Sur un Mémoire de M. le docteur HILLAIRET, à l'appui de sa candidature de membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur LÉGER, médecin de l'hospice des Incurables (femmes).

Messieurs,

Nous avons été chargés, MM. Barth, Gros et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire très intéressant que notre collègue, M. Hillairet, vous a présenté pour obtenir le titre de membre titulaire de notre Société. Dans ce mémoire, dit M. Hillairet, je veux seulement sinon écrire l'histoire complète de l'hémorrhagie cérébelleuse, du moins en poser les bases d'une manière plus positive qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, en étudiant avec attention les différents symptômes des observations recueillies dans mon service, à l'hospice des Incurables (hommes), lesquelles, réunies aux faits les plus détaillés sous tous les rapports, et les plus exempts de complications, qui sont dans la science, forment un total de 26 cas.

Après avoir établi : 1° que l'hémorrhagie cérébelleuse est une des maladies dont la symptomatologie est le moins connue, et cela en raison de la rareté des faits bien observés, bien décrits, et de la complexité fréquente des affections encéphaliques; 2° qu'eu égard à sa fréquence, cette hémorrhagie est à l'hémorrhagie cérébrale, comme 1 est à 30 ou 35 environ, M. Hillairet se pose la question de savoir si l'hémorrhagie cérébelleuse est susceptible de guérison, et comme il lui a été donné de constater chez des sujets qui avaient eu une ou deux attaques d'apoplexie, longtemps avant leur maladie ultime, des cicatrices plus ou moins anciennes, plus ou moins bien organisées sur l'un ou l'autre hémisphère cérébelleux, il est conduit, naturellement, à résoudre cette question d'une manière affirmative. Mais il prévient qu'il ne s'occupera pas, dans son travail, de cette forme curable de l'apoplexie cérébelleuse. M. Hillairet n'a pas cru devoir tracer l'historique des travaux, peu nombreux d'ailleurs, qui ont été publiés sur l'apoplexie cérébelleuse; mais, dans une note très détaillée, il a comblé suffisamment cette lacune, et exposé avec soin l'état actuel de la science sur cette affection.

Le mémoire de notre collègue est divisé en deux parties : dans la première, intitulée partie clinique, il relate les observations qui lui appartiennent et celles qu'il a empruntées à différents auteurs; dans la seconde, il donne une description générale des deux formes principales de l'apoplexie cérébelleuse; puis il étudie séparément chacun des symptômes principaux de cette maladie, et les compare à ceux de l'hémorrhagie cérébrale. Enfin, il termine son travail par des conclusions qu'il résume dans un certain nombre de propositions.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS.

Cette première partie contient sept observations détaillées et fort intéressantes, dont quatre ont été recueillies dans le service de M. Hillairet. Ces observations, et les réflexions qu'elles ont suggérées, ne pouvant pas se prêter à l'analyse, je passe immédiatement à la seconde partie.

DEUXIÈME PARTIE. — TABLEAU DE LA MALADIE; DESCRIPTION RAISONNÉE DE CHACUN DES SYMPTÔMES, ETC.

L'apoplexie cérébelleuse, dit M. Hillairet, peut être précédée de prodrômes, ou débuter brusquement au milieu d'une bonne santé apparente : de là deux formes distinctes quant à la marche et à la rapidité des accidents : une forme lente et une forme rapide, brusque, qui peut être foudroyante.

Forme lente. — L'attaque est précédée d'une céphalalgie tantôt occipitale, tantôt générale, dont la durée peut varier de une année à quinze jours; à cette céphalalgie, se joignent de temps en temps des étourdissements, des tournoiements de tête, des fourmillements dans les doigts, les orteils, de la faiblesse dans les membres inférieurs, quelquefois de l'affaiblissement de la mémoire, d'autres fois un assoupissement habituel : puis, à un moment donné, presque toujours le matin, quelquefois au milieu de la nuit, survient un étourdissement vigoureux : les malades chancellent s'ils sont debout, toujours ils s'affaissent, vomissent à plusieurs reprises; les membres, surtout les inférieurs, se résolvent, et c'est alors que souvent arrive de l'hémiplégie, beaucoup plus rarement de la paraplégie; la sensibilité, au contraire, est presque toujours conservée. Toutefois, la paralysie manque dans plus de la moitié des cas et est remplacée par une simple résolution. Dans quelques cas, le visage est rouge et vultueux, presque toujours il présente un aspect hébété, stupide. Dans cette forme, la perte de connaissance au début de l'attaque est un fait exceptionnel, car les sujets peuvent répondre, quoique avec lenteur, aux questions qui leur sont adressées. Cependant, ils ont de la tendance au coma et à la résolution plus complète, accidents qui vont en s'aggravant jusqu'à la mort. Mais, au milieu du coma le plus complet, alors que les malades ne répondent plus, ils ouvrent encore les yeux et s'agitent de manière à indiquer qu'ils ont compris ce qu'on leur a demandé. Depuis le début de l'attaque jusqu'à une période plus avancée des accidents, les pupilles sont, en général, très resserrées; il existe habituellement de la céphalalgie occipitale ou générale; enfin, la sensibilité, quoique s'émoussant de plus en plus à mesure que l'état comateux et la résolution font des progrès, est conservée le plus ordinairement. Les vomissements, qui se sont montrés au début, peuvent encore se reproduire à plusieurs reprises pendant le cours des accidents; la langue est tantôt blanche et sèche, tantôt molle et humide, quelquefois seulement elle est déviée. Le pouls, généralement peu fréquent (82-84), est assez souvent régulier, quelquefois irrégulier ou intermittent, il est assez dur, résistant et habituellement peu développé. Au bout de dix, vingt ou trente heures, les symptômes s'aggravent, le coma devient de plus en plus profond, la résolution plus complète, et le malade meurt après avoir présenté une respiration stertoreuse et du râle trachéal pendant plusieurs heures et quelquefois pendant un jour. La durée totale, à partir de l'attaque jusqu'à la mort, n'excède pas cent vingt heures. M. Hillairet fait remarquer que cette forme, qu'il a eu plus particulièrement occasion d'observer dans son service, serait la moins fréquente, d'après les observations consignées dans les auteurs.

Forme rapide brusque. — Dans cette forme, les prodrômes sont les mêmes, seulement ils sont beaucoup moins fréquents. Le plus habituellement, les sujets sont pris subitement d'une attaque violente, s'affaissent sous eux et ne peuvent plus se relever; ils perdent connaissance pendant quelque temps, reviennent à eux, peuvent alors comprendre les questions qui leur sont adressées, mais retombent bientôt dans l'état comateux le plus complet. C'est surtout dans ces attaques si brusques, bientôt suivies de la mort, que l'on observe plutôt une résolution des membres qu'une vraie paralysie. Le visage est hébété, stupide, la bouche quelquefois déviée; le pouls est intermittent, petit et dur. Le vomissement est moins fréquent que dans la première forme; cependant, si l'on consulte les observations des auteurs, on voit que ce symptôme se rencontre dans le quart des cas. Parfois, mais très rarement, on observe des convulsions partielles ou générales, et de la contracture; mais ces phénomènes, que l'on peut également rencontrer dans la forme lente, se rattachent à une lésion siégeant dans une autre partie de l'encéphale.

La durée de cette seconde forme est très courte; elle n'excède pas dix heures. Elle peut être en moyenne de cinq à six heures. Morgagni et Abercrombie ont cité des exemples de mort subite par apoplexie cérébelleuse.

En terminant la description de ces deux formes de l'apoplexie cérébelleuse, M. Hillairet n'oublie pas de faire remarquer qu'il existe nécessairement des degrés intermédiaires qui se relient facilement aux formes principales.

Après avoir ainsi tracé le tableau de l'apoplexie cérébelleuse, M. Hillairet passe successivement en revue les symptômes de cette affection, il recherche leur fréquence relative, apprécie leur valeur, et les compare aux symptômes de l'apoplexie cérébrale.

Analysant d'abord les phénomènes prodromiques, il établit, d'après le dépouillement des 26 observations qui servent de base à son travail, que les prodrômes ont été observés dix fois. Que, parmi ces prodrômes, les étourdissements ont été notés chez 8 sujets; que cinq fois il y eut des tournoiements de tête; que dans deux cas seulement ce symptôme fut accompagné de perte de connaissance au moment même de l'attaque, et suivi peu après du retour de l'intelligence; enfin, que la céphalalgie n'a été constatée que cinq fois.

Passant ensuite à l'examen des symptômes qu'il croit devoir étudier dans l'ordre de leur apparition, M. Hillairet s'occupe, en premier lieu, du vomissement qui a été indiqué dans onze faits. Il insiste longuement sur ce symptôme, parce qu'il le croit lié aux lésions du cervelet. Dans le but de prouver cette connexion, il recherche, par l'examen des observations contenues dans les ouvrages de M. Rostan, de Lallemand, de Rochoux, Abercrombie, etc., si le vomissement s'observe plus fréquemment dans les maladies du cerveau, et notamment dans l'hémorrhagie cérébrale, que dans l'hémorrhagie cérébelleuse. Il résulte du dépouillement des observations consignées dans l'ouvrage de M. Rostan, que sur 98 observations d'affections diverses du cerveau, parmi lesquelles figurent 20 hémorrhagies, on ne compte que 4 cas où les vomissements, à défaut de toute autre lésion, puissent être rattachés à celle du cerveau, ce qui donne pour résultat définitif, que le vomissement ne se rencontre dans les affections du cerveau que dans un vingt-cinquième des cas. Pour ce qui concerne l'hémorrhagie cérébrale en particulier, la proportion serait comme 1 est à 19.

M. Andral n'a pas signalé une seule fois le vomissement dans les 17 observations d'hémorrhagie cérébrale ou de kystes du cerveau qu'il a relatées dans le cinquième volume de sa *Clinique médicale*, mais il a observé ce symptôme dans un cas de kyste purulent du cervelet, et dans un cas de tubercules du même organe, aussi, après avoir analysé un certain nombre de faits appartenant à d'autres auteurs, ajoute-t-il, que ce symptôme semble lié à l'affection cérébelleuse.

Dans les faits relatés par Abercrombie, le vomissement ne s'est rencontré que dans la proportion de 4 à 22, un peu moins d'une fois sur cinq, pour ce qui concerne les affections du cerveau, tandis qu'il a été signalé dans les deux faits d'apoplexie cérébelleuse que rapporte cet auteur.

L'ouvrage de Rochoux contient 78 observations d'apoplexie et d'affections diverses du cerveau, dans lesquelles le vomissement a été noté six fois. Mais il faut défalquer 3 faits dans lesquels les vomissements se rattachent à toute autre cause qu'à la lésion céré-

---

Le 6. — Madame veuve de Saint-Alphonse!... Je ne connais pas cette dame... Pourquoi m'invite-t-elle à dîner?

Je me faisais cette question en chiffonnant une lettre lithographiée sur papier rose tendre, lorsque Benoît est entré. Ce précieux ami sait tout, connaît tout. Il m'a appris qu'il y a, à Paris, une foule de femmes plus qu'équivoques qui ne vivent que de moyens honteux. Cette prétendue veuve tient table ouverte, afin qu'après le dîner elle puisse immoler ses convives sur une table de lansquenet ou autres jeux. Malgré la vigilance extrême de la police, elle ne peut mettre la main sur tous ces coupe-gorges qui se dissimulent d'ailleurs quelquefois sous les apparences les plus irréprochables.

Le 7. — Encore une bonne dame dont la maladie a exigé un examen très long et une consultation écrite très étendue, et qui a oublié son porte-monnaie. Comme ces oublis sont fréquents à Paris! Benoît voudrait que je prenne le nom et l'adresse de tous ces quémandeurs de consultations gratuites. Il me semble que le médecin ne peut pas, plus que le confesseur, demander le nom d'une personne qui vient se confier à lui.

Je n'ai vu que des blessures, disait un grand chirurgien, je n'ai pas vu de visages.

A ce propos, j'ai soumis à Benoît un cas de morale professionnelle :

Un Monsieur est venu dans mon cabinet deux fois par semaine au moins, pendant trois mois, se faire traiter d'une syphilis grave. Il ne m'a jamais dit son nom, ni sa condition, et après cessation des accidents, je ne l'ai plus revu. Il va sans dire qu'il ne m'a jamais honoré.

Une circonstance très fortuite m'a fait reconnaître ce Monsieur, sa profession, son nom, sa demeure. Que dois-je faire? C'est fort délicat, et, pour des motifs particuliers, de rappeler à ce Monsieur qu'il a eu la syphilis.

Benoît m'assure que je dois, avant tout, lui envoyer ma carte sous enveloppe. Ce sera un avertissement suffisant et donné à lui seul. Je veux bien tenter ce moyen indirect.

Le 8. — Le moyen a réussi! j'ai reçu sous enveloppe et par la poste un billet de 200 francs avec ma carte.

Quel ingénieux ami que mon ami Benoît! Je l'ai invité à dîner pour la mi-carême.

Le 9. — Un épicier, atteint d'hémorrhoïdes très douloureuses, m'a fait appeler afin que je le guérisse tout de suite. Il est de noces demain, et il ne veut pas manquer la fête. Ne pouvant lui promettre une guérison immédiate, cet épicier m'a dit qu'il allait se faire conduire chez le sorcier des Batignolles et qu'il irait demain à la noce. Décidément les épiciers de Paris sont aussi bêtes que nos paysans de Tartas.

Le 10. — Françoise est dans tous ses états pour recevoir demain l'ami Benoît. Juste! voilà qu'un de mes vieux camarades du Maine m'envoie une superbe poularde de ladite province. Quel beau et succulent morceau! Benoît sera content.

Le 11. — Françoise a fait merveilles. Dîner bourgeois, mais cossu. Cela vaut bien les délicatesses du boulevard :

Consommé à la purée de légumes;
Queue de saumon à la rémoulade;
Gigot braisé de sept heures;
Oreilles de veau farcies, au coulis de truffes;
Poularde du Mans;
Salade de petites laitues;
Petits pois de primeurs;
Crème au café;
Mazarine;
Dessert, — café, — liqueurs;
Vins : Saint-Georges, — vieux Cahors, — Clos-Vougeot, — Saint-Peray mousseux.

Benoît a embrassé Françoise et voulait la conduire au bal de l'Opéra.

Dr SIMPLICE.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de prendre l'arrêté suivant :

Art. 1er. Lorsqu'un professeur titulaire de Faculté est autorisé par le ministre de l'instruction publique à se faire suppléer, le professeur titulaire et le suppléant figurent l'un et l'autre sur les états de traitements, et subissent, proportionnellement à l'émolument que chacun d'eux reçoit, la retenue du vingtième pour la caisse des retraites.

Art. 2. Les programmes des cours, délibérés et arrêtés par l'assemblée des professeurs dans chaque Faculté, continuent d'être adressés annuellement au ministre, qui les approuve ou les modifie.

Les professeurs sont tenus de se renfermer dans les limites du programme de leur enseignement, dûment approuvé.

Une place particulière, dans la salle de chaque cours, est affectée au recteur ou à son délégué, spécialement chargé de la surveillance de l'enseignement supérieur.

Art. 3. Aucune thèse pour le doctorat ne peut être soutenue que lorsqu'elle a été imprimée.

Toute thèse imprimée doit être revêtue du visa du doyen ou du professeur chargé de présider la thèse, et du permis d'imprimer du recteur de l'Académie.

---

brale. Restent donc 75 observations, et sur ce nombre le vomissement ne s'est montré que 3 fois.

L'examen des faits, contenus dans l'ouvrage de Lallemand, conduit aux résultats suivants. La première *Lettre* contient vingt et une observations de ramollissement du cerveau. Le vomissement n'est indiqué que deux fois et dans ces deux cas les malades avaient pris de l'émétique. Dans la deuxième *Lettre*, sur vingt-neuf observations de ramollissement avec infiltration de pus, on signale une seule fois des vomissements spontanés, une autre fois, ils avaient été provoqués par l'ingestion de l'émétique. Dans la troisième lettre, consacrée aux abcès récents du cerveau, sur vingt et une observations, les vomissements n'ont été signalés que quatre fois, et encore peuvent-ils être rattachés à des lésions du tube digestif, du poumon, etc., sauf dans un cas où l'affection cérébrale était compliquée de fracture du crâne. Dans la quatrième *Lettre*, sur 30 observations d'abcès enkystés du cerveau, on ne trouve qu'un seul fait de vomissement spontané, lié à l'affection cérébrale, tandis que sur 8 observations d'abcès du cervelet seul ou du cervelet et du cerveau à la fois, le vomissement a été noté 5 fois. Enfin, dans les cinquième, sixième, septième et huitième *Lettres*, après avoir défalqué les cas où les vomissements se trouvent liés à l'ingestion de l'émétique, ou au début d'une pneumonie, d'une péritonite, d'une hépatite aiguë, à des ulcérations intestinales, etc., on compte 168 observations d'affections diverses du cerveau, dans lesquelles on a constaté 5 fois seulement le vomissement, tandis que dans 23 faits d'affections cérébelleuses de même nature, ce phénomène a été observé 7 fois.

Après avoir exposé ces résultats, qui infirment l'opinion émise par plusieurs auteurs, que le vomissement appartenait aux affections cérébrales, et que c'était un des accompagnements les plus habituels de l'hémorrhagie cérébrale, M. Hillairet invoque son observation personnelle, et dit que, sur 20 cas environ de congestion cérébrale, et 15 d'hémorrhagie, il n'a observé que 2 fois des vomissements. Que, dans le ramollissement cérébral et la méningite chronique, il ne les a pas rencontrés une seule fois, tandis que dans les 5 faits d'apoplexie cérébelleuse, ainsi que dans 2 autres faits d'apoplexie cérébrale et cérébelleuse qu'il lui a été donné de recueillir, les malades ont eu constamment des vomissements au début et même dans le cours de la maladie. Il se croit donc en droit de conclure que le vomissement est bien plutôt un symptôme de l'apoplexie cérébelleuse et des affections du cervelet que de l'apoplexie cérébrale et des autres lésions du cerveau. Il se demande, à ce sujet, si le vomissement accuse une étroite sympathie entre l'estomac et le cervelet, ou s'il se produit sous l'influence d'une lésion concomitante de l'un ou des deux pneumogastriques, en raison de la connexion de ces nerfs avec la face inférieure ou antérieure du cervelet. Il en réfère, d'ailleurs, à de nouveaux faits, et attire sur ce point l'attention des observateurs.

Ayant ainsi établi la fréquence et la valeur du vomissement dans l'apoplexie cérébelleuse, M. Hillairet passe à l'appréciation de l'état comateux et des phénomènes intellectuels. Il rappelle d'abord que, dans l'hémorrhagie cérébrale, l'intelligence reste tantôt parfaitement intacte, et qu'il n'y a pas de coma; que tantôt, au contraire, il y a, pendant un certain temps, perte de connaissance; qu'ensuite les malades reviennent à eux, conservent quelques dérangements des facultés intellectuelles, mais ne tombent pas dans le coma et peuvent se rétablir; qu'enfin lorsque l'attaque est plus violente et subite, elle s'accompagne de perte de connaissance, de coma, et que la mort arrive après vingt, trente ou quarante heures. Dans ce dernier cas, l'intelligence est abolie d'une manière absolue.

L'examen attentif des faits, ajoute-t-il, prouve que les choses ne se passent tout à fait de la même manière dans l'hémorrhagie cérébelleuse; ainsi, dans la forme progressive, à marche lente, le coma ouvre la scène avec les symptômes précités; il progresse graduellement et aboutit à la torpeur; toutefois, l'intelligence n'est pas abolie; car les malades peuvent être tirés assez facilement de cet état de stupeur lorsqu'on leur parle à haute voix et qu'on les agite, ils comprennent alors ce qu'on leur demande, et répondent, quoique très lentement, aux questions qui leur sont adressées. L'abolition de l'intelligence ne précède ordinairement la mort que de quelques heures. Dans la forme à marche rapide, le coma est complet de prime-abord; cependant le malade peut encore comprendre ce qu'on lui dit, et manifester par des signes non équivoques que l'intelligence n'est pas anéantie. Mais bientôt le carus le plus profond succède au coma, et la mort survient peu après. Quelquefois il y a des intermittences de coma, de sommeil des facultés et de retour à la veille. Ces alternatives, plus fréquentes dans la forme lente, peuvent se reproduire deux ou trois fois. Enfin, bien que le coma se manifeste le plus habituellement dès le début, il peut cependant ne se montrer complet que peu d'heures avant la mort. Dans ces cas, depuis le début des accidents jusqu'à l'apparition de ce symptôme, l'intelligence est lente et paraît seulement assoupie. M. Hillairet a le soin de justifier ces diverses assertions par les relevés statistiques des faits qu'il a analysés.

Les altérations de la motilité ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire au premier abord. Ainsi, la paralysie du mouvement n'a été signalée que dans 14 observations appartenant à divers auteurs; elle n'existait dans aucun des cinq cas que M. Hillairet a observés dans son service. La paralysie était toujours croisée. Seulement, dans quelques cas, la lésion de la partie centrale du cervelet a entraîné la paralysie des membres supérieurs et inférieurs à la fois. Lorsque la paralysie fait défaut, les membres inférieurs tombent en résolution le plus habituellement; si alors on soulève ces membres, les malades peuvent les maintenir dans cette position et sans point d'appui. La résolution survient tantôt instantanément au moment de l'attaque; tantôt, au contraire, elle s'effectue graduellement et suit la progression des autres accidents. La résolution des membres inférieurs a été notée dans un peu moins de la moitié des cas : 12 fois sur 26.

La tendance au recul et au mouvement de manége n'a pas été signalée une seule fois.

La paralysie des muscles de la face s'est montrée moins fréquemment que la paralysie des membres.

La déviation de la langue n'a été indiquée qu'une seule fois, et, dans les faits qu'il a observés, M. Hillairet a toujours constaté que cet organe avait sa direction normale; mais il a noté que les malades ne tiraient pas la langue avec la même facilité, ni la même agilité que dans l'état normal, aussi la parole était-elle généralement lente, pâteuse, monosyllabique. La contraction des pupilles paraît être plus fréquente dans l'apoplexie cérébelleuse que dans l'apoplexie cérébrale, mais il faudrait de nouveaux faits pour décider cette question. On n'a jamais signalé le strabisme, mais seulement la fixité des yeux avec hébétude du visage, et le renversement en haut du globe oculaire.

L'apoplexie cérébelleuse peut s'accompagner de convulsions partielles ou générales. Elles ont été indiquées sept fois et ont coïncidé quatre fois avec de la paralysie. M. Hillairet ne les a point rencontrées dans les faits qu'il a observés. Il se demande si le siége de la lésion cérébelleuse ne peut pas avoir d'influence sur le développement de ce phénomène; mais, après avoir examiné attentivement toutes les observations, il avoue n'être pas en mesure de résoudre cette question. Toutefois, il incline à penser que ces convulsions sont le résultat d'une inflammation de la pulpe cérébelleuse autour du foyer hémorrhagique.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HERNIE INGUINALE GAUCHE ÉTRANGLÉE PAR LE COLLET DU SAC; RÉDUCTION; HERNIE INTRA-INGUINALE CONSÉCUTIVE, ÉTRANGLÉE AU NIVEAU DE L'ANNEAU INTERNE; MORT.

Observation lue à la Société médicale d'émulation,

Par le docteur Maurice PERRIN, membre de la Société.

Un vieillard de 65 ans portait, depuis longues années, une hernie inguinale gauche peu volumineuse et contenue par un bandage. Il avait l'habitude d'enlever chaque soir son bandage et de le replacer lui-même le lendemain, après avoir fait rentrer sa hernie. Dans plusieurs circonstances que le malade signale vaguement, malgré les questions les plus pressantes, la hernie ne put être réduite à la première tentative, mais elle rentra toujours d'elle-même après deux ou trois jours d'irréductibilité.

Cet homme, dans la nuit du 16 au 17 octobre, au moment où il se présentait à la garde-robe sans bandage, sentit sa hernie sortir, essaya en vain de la réduire, mais, suivant son habitude, ne s'inquiéta nullement de cet accident. Le 18 au matin il eut une garde-robe très copieuse, mais malgré cette évacuation le ventre commença à se ballonner, devint le siége de quelques douleurs vagues qui décidèrent enfin le malade à demander secours.

Je le vis, pour la première fois, le 18 octobre au soir.

A l'exploration, je constate, en relevant en doigt de gant la peau du scrotum du côté gauche, une petite tumeur cylindrique de la grosseur du pouce et d'une longueur approximative de 0,05. Cette tumeur, élastique, rénitente, bien isolée des tissus ambiants, sort par l'anneau inguinal externe, sans que ce dernier exerce aucune striction sur elle, car on peut, avec le doigt, facilement soulever le pilier interne et circonscrire le pédicule de la tumeur.

Les phénomènes généraux, à part une constipation de seize heures et un peu de ballonnement, sont nuls; la face n'est point altérée; le pouls est régulier à 70 pulsations, la peau est chaude et le ventre n'est nullement douloureux.

J'essaie le taxis modéré et prolongé. Aucun gargouillement ne se fait sentir, je perçois seulement une crépitation fine qui me paraît tenir au déplacement du liquide contenu dans le sac. Malgré mes efforts, la tumeur reste stationnaire. Comme il n'y avait aucune réaction générale, aucun danger immédiat, comme la rénitence, la petitesse de la tumeur, l'absence de vomissements, de douleur abdominale, l'apparition d'une selle copieuse depuis l'invasion des accidents me faisait penser qu'il ne s'agissait là que d'une congestion ou d'un commencement d'inflammation, je prescrivis pour la soirée des sangsues, des frictions mercurielles, des cataplasmes, et, pour le lendemain matin, un grand bain chaud.

Le lendemain 19, l'état général était le même, le météorisme avait augmenté, mais, comme la veille, pas de douleur à la pression, ni sur le ventre, ni sur la tumeur. La constipation a persisté sans qu'il y ait eu ni éructation, ni vomissement. M. Hutin, dans le service duquel j'avais fait entrer ce malade, essaie de nouveau, mais en vain, le taxis. A la suite de cette tentative, les parties molles qui recouvrent le canal inguinal d'une épaisseur déjà considérable, grâce à l'état d'obésité du sujet, paraissent tuméfiées.

La glace est appliquée sur la tumeur jusqu'à quatre heures du soir. A ce moment, nouvelle tentative de taxis; nouvel insuccès. Trois vomissements bilieux, quelques éructations se sont manifestées dans la journée; le ballonnement est plus considérable, mais comme précédemment, il n'existe aucune douleur à la pression. Le pouls donne 80 pulsations petites, régulières, la langue est sèche, la peau chaude, sudorale. Les forces ont notablement diminué, mais l'intelligence reste nette, les réponses précises et promptes comme la veille. Nouvelle application de sangsues. Emollients et extrait de belladonne sur la tumeur. Lavement avec 4 grammes de feuilles de tabac. Bain chaud pour le lendemain.

Le lavement de tabac a été rendu presqu'aussitôt qu'administré.

Le 20, au sortir du bain, on pratique encore le taxis, et la tumeur est facilement réduite. A l'exploration la plus attentive et renouvelée par plusieurs médecins, on ne rencontre à l'anneau inguinal externe et dans le canal inguinal, aussi profondément que peut pénétrer le doigt, aucune trace de tumeur insolite, mais seulement une sorte de membrane molle facile à déplacer, et qui doit être le sac vide. Du reste, à l'inspection, la peau n'est soulevée en aucun point et n'offre qu'une tuméfaction diffuse causée par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

Immédiatement après la réduction, le malade n'éprouva rien de ce soulagement si caractéristique qui suit la cessation de l'étranglement. L'absence de ce signe, l'état d'épuisement, l'âge du malade n'étaient point de nature à inspirer une confiance trompeuse.

Prescription : Frictions mercurielles à haute dose; cataplasme sur l'abdomen; huile de ricin à doses fractionnées; quatre petits lavements émollients; bandage compressif.

A la visite du soir, la prostration est toujours considérable, le ballonnement du ventre persiste; les lavements ont été rendus sans matière ni gaz, il n'y a pas eu de vomissements, d'éructation ni de hoquet.

Au 21 octobre, l'état du malade ne fait que s'aggraver; la constipation persiste; il n'y a eu ni vomissement, ni éructation. Le canal inguinal est de nouveau examiné avec le plus grand soin sans qu'on y rencontre la moindre trace apparente de tumeur herniaire. Même traitement; lavement purgatif.

Le 22 octobre, prostration plus considérable, somnolence continuelle, délire tranquille pendant la nuit précédente, ballonnement persistant, pas de selle, pas de vomissement ni de douleur à la pression, pouls à 100 pulsations petites, peau chaude, langue sèche. Même traitement.

Les jours suivants, la maladie a présenté les mêmes symptômes, n'offrant rien qui mérite d'être signalé, et, le 25 au soir, le malade s'éteignit après une agonie paisible de vingt-quatre heures, pendant lesquelles étaient survenus deux vomissements ayant l'odeur et l'aspect de la matière stercorale.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Une incision pratiquée dans toute la longueur de la région inguino-scrotale gauche me permet de constater les altérations pathologiques suivantes :

Au-dessous de l'anneau inguinal externe, en avant et en dehors du cordon, sac herniaire vide et adhérent de toute part aux tissus ambiants. Ce sac mesure une longueur de 0,07 et une largeur de 0,02. Incisé perpendiculairement à sa longueur, il présente une surface interne lisse, blanche, exempte de toute altération consécutive à un travail phlegmasique.

Ce sac a un collet qui se trouve placé dans l'anneau inguinal externe. Examiné par sa face externe, il est libre d'adhérences et peu appréciable au toucher; par sa face interne, on le trouve manifestement constitué par le froncement de la séreuse du sac représentant une étroite filière qui peut à peine être traversée par une plume d'oie.

Au-dessus de ce collet et dans toute la longueur du canal inguinal, il existe une tumeur aplatie, dépressible, fluctuante et adhérente par toute sa circonférence aux parties voisines. Une incision couche par couche conduit promptement dans la capacité d'un second sac ou plutôt de la seconde partie du bissac. Il s'en écoule environ trois grammes de liquide chocolaté. Cette portion du sac, exempte comme la première de toute trace d'inflammation, contient une anse intestinale flétrie, demi-vide, étalée dans toute la longueur du sac, et d'une longueur approximative de 0,05. Cet intestin, de couleur brune, est modérément étranglé par l'anneau inguinal interne, mais il n'est nullement altéré dans sa structure. Aucune apparence d'ulcération n'existe au niveau de la striction. La tumeur est tellement dépressible que, en remettant toutes les choses en place, rien n'indique, grâce à l'épaisseur des parties molles, sa présence ni à la vue, ni à la palpation, bien que toute l'attention soit dirigée vers ce point. Il n'existe aucune trace de collet au niveau de l'anneau inguinal interne.

Le sac herniaire vu dans son ensemble représente donc un bissac dont la partie rétrécie constituée par le collet correspond à l'anneau inguinal externe. La portion inférieure ou scrotale est vide : la portion supérieure ou inguinale renferme une anse intestinale et constitue ainsi une hernie intra-inguinale ou intersticielle.

Rien du reste digne d'être noté dans l'état anatomo-pathologique du tube digestif; pas de trace de péritonite.

RÉFLEXIONS. — 1° Les adhérences complètes du sac, la présence d'un collet libre dans l'anneau inguinal externe, démontrent qu'il s'agissait au début d'un étranglement par le collet du sac, et que la réduction s'est effectuée à travers ce collet. L'étroitesse de son calibre actuel pourrait donner lieu à une fausse interprétation, et faire croire à un déplacement plutôt qu'à une réduction; mais cette étroitesse doit être attribuée à des adhérences consécutives à la réduction, et qui ont soudé, comme on peut s'en convaincre sur la pièce, les parois du collet entr'elles.

2° La réduction, en faisant passer l'anse d'intestin à travers la portion rétrécie du bissac, s'est trouvée insuffisante, parce qu'elle n'a fait que transformer une oschéocèle en hernie intra-inguinale.

3° Cette nouvelle hernie, grâce sans doute à la congestion et à l'inertie de l'intestin, n'a pu se réduire et a donné tous les signes de l'étranglement.

4° L'état de l'intestin que nous avons trouvé flétri, presque vide, nullement altéré, l'absence de striction un peu forte, nous révèle suffisamment qu'il ne s'agit ici ni d'un véritable étranglement, ni d'un étranglement consécutif à une phlegmasie locale, mais bien d'une sorte de stupeur, d'inertie de l'intestin qui ne saurait triompher du moindre obstacle. Accident aussi grave que complexe dans lequel l'élément vital gouverne l'élément matériel, et l'impuissance de la réaction supplée au peu d'énergie de la cause.

5° Cette sorte d'étranglement incomplet me paraît dépendre de l'anneau inguinal interne, et nullement d'un second collet. La disposition de l'anneau en lame tranchante, l'absence de dépôts plastiques, d'épaississement, d'induration, de tout ce qui constitue, en un mot, un collet herniaire au point de vue anatomo-pathologique, me le fait croire, sans que, toutefois, l'état des par-

ties intimement unies permette de le démontrer d'une façon péremptoire.

6° Cette hernie ne se révélait au dehors par aucun signe positif; les signes rationnels appartenaient à autant de titres, à toute espèce d'étranglement interne : il n'y avait donc là aucune opération indiquée.

7° Toute opération tentée dans de telles conditions générales, eût été très probablement infructueuse.

8° Il n'y a qu'un seul moment pendant lequel la chirurgie eût pu intervenir fructueusement : c'est au début de l'accident. Malheureusement, ici, l'art manque de règle, et l'absence de symptômes alarmants, de danger immédiat, rend souvent trop réservée la main du chirurgien.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

(EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.)

Séance du 11 janvier 1858. — Présidence de M. HILLAIRET.

La lecture du procès-verbal de la séance précédente donne lieu à quelques observations, à la suite desquelles la Société décide, à l'unanimité, que le procès-verbal sera renvoyé au secrétaire, dans le but d'y faire les modifications indiquées par plusieurs membres.

M. Am. FORGET, avant de quitter le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

L'année qui vient de s'écouler marquera dans les fastes de la Société médicale d'émulation.

C'est elle qui aura vu s'accomplir envers notre illustre fondateur un de ces grands actes de justice nationale qui honorent à la fois celui qui en est l'objet et l'époque qui en prend l'initiative.

La Société médicale d'émulation, rappelons-le, a pris une part des plus actives à cette manifestation, et à toutes les phases qu'elle dut subir avant de se compléter, on la retrouve empressée, sympathique et influente dans la personne d'un ou de plusieurs de ses membres.

Ainsi, dès l'origine, elle est représentée par l'un de ses plus anciens membres, le digne et respectable Devilliers, contemporain et élève de Bichat, un de ces rares adeptes, fervents et pieux, qui, pendant quarante années, ont religieusement veillé sur la tombe du maître. C'est lui qui, au jour de la réparation, marche en tête des délégués de la France médicale et leur remet les restes mortels du grand physiologiste, dépôt précieux que sa constante sollicitude a sauvé de l'oubli où il restait perdu depuis un demi-siècle.

Plus tard, la Société d'émulation adresse à M. le comte de Rambuteau, préfet du département de la Seine, une demande à l'effet d'obtenir la concession à perpétuité d'un terrain au cimetière de l'Est, pour y fonder la sépulture de Bichat.

C'est encore un des membres de cette Société, M. Thierry, qui, par l'appui chaleureux qu'il prête à notre demande au sein du conseil municipal, en assure le succès; la concession fut accordée.

Bientôt Bichat fut rendu au Panthéon funéraire, où sa place était marquée entre toutes les gloires de notre pays; une voix éloquente s'éleva alors au nom de la Société médicale d'émulation, celle de notre excellent collègue, M. Gillette, qui, dans cette circonstance, a montré, que sa modestie me permette de le dire, combien est profondément vrai cet adage de l'orateur romain : *Vir probus, dicendi peritus.*

Pour compléter cette page historique, destinée aux archives de notre Société, je dois rappeler que l'idée d'élever une statue à Bichat a été émise par notre collègue, M. Blatin, au sein du Congrès médical, qui seul résumait en lui la puissance et l'autorité nécessaire pour la réaliser.

Enfin, Messieurs, vous savez tous avec quelle dignité et quelle élévation de sentiments M. le baron Larrey vous a représentés dans la mémorable cérémonie de l'inauguration. Placé sous la double inspiration de Bichat et de son illustre père qui, de concert, travaillèrent à jeter la première base de la Société d'émulation, notre éloquent interprète a su parler un langage dont je ne saurais faire un éloge mieux mérité, qu'en rappelant qu'après le véritable triomphe que venait d'obtenir l'orateur de la commission du Congrès médical, il a soulevé de vifs et unanimes applaudissements.

Ainsi, vous le voyez, notre Société n'a manqué à aucun des devoirs que lui imposait son origine.

Toutefois, Messieurs, s'il est bien d'honorer la mémoire de Bichat, de l'avoir replacé vivant pour ainsi dire dans toute la splendeur de son génie au sein de l'École de Paris; il y a quelque chose de plus à faire, c'est de ne pas laisser l'esprit de ses œuvres infécond et stérile, fléchir et se perdre pour la génération actuelle.

Pour cela, Messieurs, redoublons de labeurs et d'efforts, faisons que le grand acte que je viens de rappeler ne soit pas sans influence sur les destinées de la Société d'émulation; qu'il marque pour elle une nouvelle ère de développement et de prospérité.

Dans ce but, inspirons-nous de la noble effigie de notre fondateur, qui, placé au seuil même du lieu de nos séances, semble nous rappeler et notre devoir et notre origine.

Soyons fiers de celle-ci, c'est un droit légitime qui nous appartient et que nous avons raison de revendiquer, mais à la condition, toutefois, de ne jamais oublier *que noblesse oblige.*

M. HILLAIRET, nouveau président pour l'année 1858, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait, dans les termes suivants :

Messieurs,

Permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant votre président. Cet honneur entraîne des devoirs, des obligations sérieuses, car la Société médicale d'émulation a un passé glorieux que tout le monde connaît et que mes prédécesseurs n'ont jamais perdu de vue dans l'accomplissement de leur tâche si dignement remplie.

Si la Société médicale d'émulation a occupé, durant longues années, une place considérable dans l'histoire des Société savantes, nous ne devons pas nous dissimuler que ses travaux se sont bien ralentis, malgré le zèle vraiment religieux de la plupart des anciens membres.

Nous devons donc songer à nous mettre sérieusement à l'œuvre, pour lui rendre au moins une partie de son ancien éclat. Ce ne doit pas être seulement un devoir pour nous, mais aussi l'objet d'un véritable culte. La Société possède trop d'éléments de travail, et, partant, de succès, pour que nous ne réussissions pas à lui donner toute la vitalité qu'elle doit avoir.

Pour atteindre ce but, votre bureau, dont les membres sont animés du meilleur zèle, et tous désireux de répondre à l'honneur que vous leur avez fait, votre bureau a pensé qu'il était indispensable :

1° Que l'ordre du jour de chaque séance fût toujours inscrit d'avance, et qu'alors même qu'aucune question n'aurait été soulevée dans le sein de la Société, il devait prendre l'initiative en indiquant une question à discuter dans la prochaine séance.

2° Qu'il importait au plus haut point que toutes les séances ne fussent occupées que par des questions scientifiques, et que lorsqu'il surgirait une question importante d'intérêt matériel, de règlement, etc., il serait fait une séance supplémentaire, dans laquelle cette question serait spécialement discutée.

3° Que tous les membres de la Société seraient priés, individuellement, de présenter dans le courant de l'année un travail quelconque (mémoire, notice ou observation), et que le zèle des rapporteurs des différentes commissions serait incessamment stimulé.

4° Que les amendes seraient exigées règlementairement, et enfin qu'il serait recommandé à chacun de recruter le plus possible de nouveaux membres, instruits et honorables.

C'est à ces conditions seulement, Messieurs, que nous pourrons imprimer une animation nouvelle à la Société; c'est à ces conditions que nous pourrons arriver à mettre au jour des publications annuelles, qui n'auraient jamais dû être interrompues, et sachez bien que ce n'est que lorsque nous aurons commencé à publier que M. le ministre de l'instruction publique se décidera à accorder ce que nous demandons depuis longtemps.

Ce simple exposé vous fait suffisamment connaître, Messieurs, la ligne de conduite que votre bureau désire suivre. Il croit au succès, car il vous sait animés des mêmes sentiments.

Je ne terminerai pas sans demander à la Société de voter des remercîments à mon honorable prédécesseur, M. Forget, ainsi qu'aux autres membres du bureau.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille* pour l'année 1857. — M. Depaul rendra compte de cette brochure à la Société.

2° Un travail imprimé ayant pour titre : *Des médecins attachés aux armées romaines*, par M. Simson, travail offert par M. Larrey, de la part du docteur Buttura, qui l'a traduit de l'anglais, et enrichi de notes importantes. — M. Perrin rendra compte de cet ouvrage à la Société.

M. Maurice PERRIN lit une observation ayant pour titre : *Hernie inguinale gauche étranglée par le collet du sac; réduction; hernie intra-inguinale consécutive, étranglée au niveau de l'anneau interne; mort.* (Voir plus haut, article : *Clinique chirurgicale.*)

M. FORGET : Les détails contenus dans l'intéressante observation de M. Perrin me paraissent se rapporter à un engouement herniaire. L'inflammation d'une hernie se traduit par de la chaleur locale, de la douleur à la pression, quand encore il ne s'y ajoute pas des signes de péritonite générale. Ici, il n'y avait rien de semblable. Comme M. Perrin, je pense que l'état général du sujet a été pour beaucoup dans la gravité des accidents; aussi le traitement antiphlogistique ne me paraît pas avoir rendu de grands services.

M. LARREY : Dans le fait rapporté par M. Perrin, il y a plusieurs points qu'il est important de mettre en lumière. Ainsi, relativement aux commémoratifs, il est important de savoir si, avant l'apparition des accidents, la hernie était volumineuse, si elle était bien contenue; si la faiblesse, l'épuisement du malade dataient de l'accident ou tenaient à d'autres causes antérieures. Il est aussi très important de préciser la manière dont s'est opérée la réduction, de savoir si elle a été lente, progressive, ou bien brusque, en bloc, pour me servir de l'expression usitée. Enfin, quoique à un moindre degré, les caractères physiques des vomissements, leur fréquence, l'époque à laquelle ils surviennent doivent être pris en sérieuse considération quand il s'agit de déterminer la nature, le degré de gravité des accidents qui appartiennent à l'histoire des hernies.

M. PERRIN : J'ai évité avec soin de me servir de l'expression engouement herniaire, parce qu'elle pourrait donner lieu à une fausse interprétation. Évidemment, il ne s'agissait point ici d'un simple amas de matières fécales, comme cela est arrivé dans quelques cas rares de hernies anciennes, volumineuses, non contenues. Si l'accumulation des matières dans l'anse herniée a été le point de départ de l'irréductibilité, nul doute que cette accumulation n'ait provoqué dans le sac et l'intestin un état congestif qui, en rendant l'irréductibilité permanente, est ainsi devenu la cause immédiate des accidents. C'est d'après ces vues que j'ai été amené à recourir à un traitement antiphlogistique, très modéré du reste, et qui a eu pour résultat la réduction facile de la hernie, après deux jours de tentatives.

M. DEPAUL : Les cas semblables à celui dont vient de nous entretenir M. Perrin sont loin d'être rares dans la pratique; pour ma part, ils m'ont frappé et m'ont conduit à une méthode de traitement dont je désire entretenir un instant la Société : l'heure étant aujourd'hui trop avancée, je demande que la discussion soit continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires annuels, Maurice PERRIN.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Septembre 1857.

SUR UN CAS D'ENCÉPHALOCÈLE; par le docteur J. LAURENCE. — Mme W..., de Guildford, accoucha, le 3 avril 1857, d'une petite fille qui portait une tumeur à la partie postérieure de la tête : la grossesse n'avait rien présenté de remarquable; les douleurs avaient duré près d'une semaine, et s'étaient considérablement accrues durant les deux derniers jours et les deux dernières nuits. Les eaux avaient été très abondantes.

Le 19 juillet, l'enfant présentait l'état suivant : de la partie postérieure de la tête pendait une large tumeur un peu pédiculée, prenant naissance des régions de l'occiput, de la nuque et entre les épaules. Elle mesurait, d'avant en arrière, huit pouces; dans sa plus grande circonférence transversale, un pied et six pouces, dans sa plus grande circonférence longitudinale, un pied et six pouces. Lors de la naissance, la tumeur n'avait guère que la moitié de ces dimensions. La forme générale de la tumeur est conique, avec quelques bosselures à sa surface. La peau qui la recouvre est pareille à celle du reste de la tête, sauf qu'elle offre quelques dilatations veineuses. La tumeur est fluctuante et la fluctuation se sent dans toutes ses parties : elle est semi-transparente, comme une hydrocèle, et cela dans toute son étendue, ce qui semble indiquer qu'elle ne renferme pas de parties solides. Il est à remarquer que la base de la tumeur, surtout à gauche, était couverte de cheveux foncés, longs et soyeux.

L'enfant était maigre et chétif : le crâne était un peu petit en largeur et en hauteur, mais assez bien conformé; le front était peu saillant, la fontanelle antérieure était à sa place normale. L'enfant semblait intelligent, il souriait et regardait les objets. Pupilles normales, vision parfaite, mais strabisme convergent, surtout à droite. Les membres n'étaient ni paralysés, ni contractés.

Le 17 août, l'enfant était engraissé; mais il souffrait un peu d'un dérangement intestinal. La tumeur fut ponctionnée à son sommet, là où la peau était le plus tendue et n'offrait ni dilatations veineuses ni cheveux. Il en sortit, dans l'espace de dix minutes, deux quarts au moins d'un liquide jaune paille, à réaction alcaline et très albumineux. Il ne s'écoula pas une goutte de sang et l'enfant ne manifesta pas le moindre signe de douleur; quand ce liquide fut sorti, la tumeur tomba en une espèce de sac qui semblait vide.

Une semaine après, il n'y avait aucun signe de méningite, mais le sac contenait de nouveau du liquide; on sentait alors une petite tumeur solide dans l'épaisseur du pédicule : l'auteur pense que c'était le cervelet.

EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE DU GROS ORTEIL, EXCISION, GUÉRISON; par le docteur HUTCHINSON. — La malade est une grande et forte fille de 18 ans; il y a environ neuf mois que la maladie a débuté; l'exostose a environ le volume d'une aveline, mais la base est plus large; elle se trouve au côté externe de la face unguéale du gros orteil droit. L'ongle a été un peu déjeté, et une partie est détruite par l'ulcération. L'auteur fait observer qu'il résulte non seulement de son expérience personnelle, mais encore de celle d'un grand nombre de chirurgiens, que ces exostoses sont plus fréquentes chez les femmes; il dit, pour sa part, en avoir vu une douzaine chez des femmes, et une ou deux chez des hommes. Relativement à l'âge où cette affection se présente, c'est surtout l'adolescence. Chez cette malade, la localisation de la maladie était due à une irritation, tandis que la prédisposition tenait évidemment à la tendance particulière de cet âge. Dans quelques cas, on pourrait admettre que l'arrêt brusque du développement normal a déterminé une prédisposition temporaire à ces productions anormales. Un des caractères remarquables de ces exostoses, c'est que, généralement, elles se produisent sur une surface naturellement rugueuse et irrégulière. Ainsi, elles sont fréquentes sur la ligne âpre du fémur et sur les bords de la coulisse bicépitale de l'humérus, et se présentent très rarement, au contraire, sur des surfaces lisses et arrondies; or, l'extrémité unguéale de la phalange du gros orteil est rugueuse. Quant à la cause déterminante, c'est, sans aucun doute, la pression exercée sur le gros orteil par une chaussure trop juste. Dix-neuf fois sur vingt, c'est le gros orteil et toujours son bord externe, dans l'endroit précisément où la chaussure presse. Bien qu'on ait proposé de faire l'amputation de l'orteil, il faut enlever seulement l'exostose, opération facile qui se pratique avec un fort couteau courbe ou de fortes pinces courbes; dans tous les cas, il faut que l'instrument pénètre profondément, afin de ne pas laisser de petites portions qui amèneraient promptement la récidive.

KYSTE DU LIGAMENT ROND SIMULANT UNE HERNIE, par le docteur H. LEE. — La malade est une jeune femme mariée, qui présentait jusqu'à un certain point les symptômes d'une hernie fémorale. Il y avait à droite, sur le trajet du ligament rond, un gonflement notable accompagné de violentes douleurs abdominales. La tumeur était irréductible, ne bougeait pas dans les efforts de toux, était molle comme si c'eût été de l'épiploon et existait depuis environ douze mois, bien qu'elle n'eût été douloureuse que dans les derniers temps. M. Lee fit une incision droit sur cette tumeur, et il ouvrit un kyste rempli d'un liquide aqueux; la suppuration s'établit et le kyste se cicatrisa parfaitement. Les douleurs abdominales s'expliquent par l'irritation sympathique qui s'étendait le long du ligament rond et produisait une espèce de douleurs colliquatives.

LUXATION COMPLIQUÉE DU SCAPHOÏDE, par le docteur Ed. GARLAND. — B. M..., 4 ans, en jouant, marchait sur ses mains et ses genoux autour d'un chariot dont les brancards étaient relevés; un autre enfant vint à faire basculer la charrette dont les brancards retombèrent, l'un d'eux frappant violemment la plante du pied droit. On porta immédiatement la petite fille à l'hôpital. Il y avait une large déchirure de la plante du pied, depuis le bord interne jusque tout près du bord externe; le scaphoïde était rejeté en haut, et sortait par la plaie, ses attaches avec les cunéiformes étant rompues; le pied et la jambe étaient fortement contus. On administra le chloroforme, et l'on examina le membre; il n'y avait pas de fracture; on lava exactement la plaie et l'os, et on réduisit celui-ci, non sans difficulté; on pansa la plaie, on mit la jambe dans une gouttière, dans la demi-flexion. Six semaines après, la plaie était guérie, et la petite fille marchait avec un coussin placé sous l'arcade plantaire, afin de prévenir le dérangement des os.

ANÉVRYSME PAR ANASTOMOSE GUÉRI SPONTANÉMENT; par le docteur COOPER FOSTER. — Un petit garçon de 5 ans entre au *Guy's Hospital*, avec une tumeur grosse comme une orange, siégeant à la partie interne de l'épaule gauche; elle était solide, avec quelques points ramollis; il y avait quelques boutons sur la peau de cette tumeur. Le chirurgien, d'après les renseignements donnés par les parents, porte le diagnostic suivant : tumeur formée par un anévrysme par anastomose qui s'est guéri spontanément. En effet, la tumeur était congéniale; très petite d'abord, elle a pris du développement; on y sentait alors des pulsations artérielles; puis la tumeur est devenue solide et les battements ont disparu; elle est parfaitement isolée maintenant. La tumeur a été enlevée, il n'y a pas eu d'hémorrhagie; elle était formée par une multitude de petits kystes, comme on en trouve quelquefois dans les anévrysmes par anostomose guéris.

CANCER DE LA LÈVRE CHEZ UNE FEMME; par le docteur HUTCHINSON. — La malade a 81 ans, mais elle est encore vigoureuse. Elle a eu pendant des années l'habitude de fumer, et elle tenait sa pipe du côté où siége maintenant la maladie. Chez ses parents, il n'y a jamais eu de maladie de mauvaise nature. Il y a six mois environ que le cancer s'est développé, il occupe la moitié gauche de la lèvre, et est très douloureux. Le cancer a été circonscrit dans une incision en V, on a fait la réunion immédiate qui a parfaitement réussi. M. Hutchinson appelle l'attention sur la rareté du cancer de la lèvre chez les femmes, ce qu'il attribue au petit nombre de femmes qui fument habituellement la pipe. Cependant il n'est pas rare de trouver le cancer des lèvres chez des hommes qui ne fument pas. Dans le cancer de cette femme, ainsi que dans un certain nombre de cancers des lèvres qu'il a examinés au microscope, et qu'il avait enlevés sur des femmes, M. Hutchinson a trouvé une quantité de cellules épithéliales et de cellules composées, moins grande qu'on n'en trouve d'ordinaire dans le cancer des lèvres chez l'homme; on y trouve aussi quelques éléments du cancer, mais en petit nombre. — D.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 34. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 23 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

PARIS, LE 22 MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La Commission d'organisation de l'Association générale de prévoyance des médecins de France, s'est réunie hier dimanche, 21 mars, dans les Bureaux de l'administration de l'Assistance publique, mis gracieusement à sa disposition par M. Davenne, l'un de ses membres.

A l'exception de M. le baron LARREY, retenu par un deuil de famille, de M. BETHMONT, de M. Michel CHEVALLIER, tous les deux absents de Paris, et de MM. LEPLAY et LÉLUT, empêchés, tous les autres membres de la commission sont présents.

M. RAYER prend la parole et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très honorés collègues,

Mon premier devoir est de vous remercier de votre présence.

Vous avez bien voulu répondre à l'invitation que j'ai eu l'honneur de vous adresser de me prêter le concours de vos généreuses intentions, de votre expérience et de vos lumières, pour étudier, en commun, un projet de réalisation d'*une Association générale de prévoyance et de secours mutuels entre les médecins de France.*

Vous le savez déjà, Messieurs, mais c'est encore, pour moi, un devoir de le dire, je n'ai pas le mérite de l'initiative. — Un comité, qui s'est constitué à Bordeaux, et formé de 92 médecins du département de la Gironde, à la suite de circonstances que vous connaissez, m'a fait l'honneur de m'adresser la lettre suivante :

« Bordeaux, le 4 Février 1858.

» Monsieur et très honoré confrère,

» L'exemple du succès de l'*Association des médecins du département de la Seine*, et les efforts persévérants de l'excellent rédacteur en chef du journal l'UNION MÉDICALE de Paris, nous avaient conduits à penser qu'il ne serait pas impossible de réaliser *une Association générale des médecins de France*. Dans cette vue, nous avions pris l'initiative d'une sorte d'enquête, afin de savoir, d'abord, si les médecins des départements seraient disposés à former une Association générale, *dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre*. Les médecins des départements ont répondu à notre appel, de manière à rendre désormais certain, parmi eux, le succès d'une *grande Association de secours mutuels;*

» Mais malheureusement, le concours de l'Association de la Seine nous a fait défaut.

» Nous avions espéré ce concours, pensant que les médecins, qui sont, à la tête du mouvement scientifique, tiendraient à honneur de se mettre à la tête d'une institution dont l'heure semble venue, et qui promet, dans un prochain avenir, l'amélioration morale et matérielle de la profession médicale. Aujourd'hui, le vote négatif de l'Association de la Seine nous laisse dépositaires du vœu de 1,300 médecins des départements, *en faveur d'une Association générale.*

» Les chaleureuses sympathies exprimées par l'élite du corps médical de France (nous avons recueilli les adhésions de 330 professeurs ou médecins d'hôpitaux); les encouragements multipliés que nous avons reçus, pour un projet émané de nous, qui n'avait, pour le recommander, ni le prestige des services rendus, ni l'autorité des hautes positions; tout concourt à prouver que jamais occasion ne fut plus favorable pour fonder, dans le corps médical, *une grande institution de bienfaisance.*

» Mais, pour obtenir l'autorisation des pouvoirs publics; mais, pour se constituer et se propager dans le corps médical, l'Association projetée a besoin d'un appui, qui remplace celui que le comité de Bordeaux espérait trouver dans l'Association déjà établie des médecins de la Seine. Cet appui, M. Amédée Latour, le fervent rédacteur de l'UNION MÉDICALE, nous a fait espérer que nous le trouverions près de vous, Monsieur et très honoré confrère . . . .

» Nous venons donc vous prier d'accepter la présidence d'une commission d'organisation *dont vous choisirez vous-même les membres*. Nous croyons seulement pouvoir vous dire que nous avons la certitude que MM. Mêlier, Serres et Ricord accepteraient d'en faire partie.

» Agréez, etc.

Signé : » Le président de la commission, FROIN;
» Le secrétaire, JEANNEL. »

Consultant plus mes désirs que mes forces, et mû par le secret espoir qu'aucun des honorables confrères auxquels je pourrais faire appel, ne me refuserait sa participation, j'ai cru devoir répondre par la lettre qui suit, à l'honorable provocation du comité de Bordeaux :

« Messieurs et très honorés confrères,

» La création d'*une Association générale de prévoyance des médecins de France*, est une idée grande et généreuse. Je suis heureux et profondément reconnaissant de la pensée que vous avez eue de m'associer à la réalisation d'une œuvre, à laquelle les noms des médecins de la Gironde resteront si honorablement attachés. J'accepte la mission que vous voulez bien me confier; comptez sur mon dévouement et sur la persévérance de mes efforts pour répondre à un si haut témoignage de votre estime.

» Veuillez agréer, etc... RAYER. »

C'est à la suite de cette correspondance que ma première pensée a été de solliciter le concours de vos lumières. Vous avez eu la bonté de répondre à mon appel. Ainsi, Messieurs, nous sommes réunis en vertu du vœu libre de nos honorables confrères de la Gironde, appuyés eux-mêmes sur l'adhésion libre de plus de 1,300 médecins des départements et de Paris.

J'ajoute qu'il ne s'agit aussi que du projet d'une institution libre de *prévoyance et d'assistance confraternelles*, et que, pour l'étude et la provocation d'une institution semblable, il n'est besoin, au demeurant, d'autre mobile, d'autres pouvoirs, d'autre mission, que l'excitation de la conscience et de bonnes intentions.

Notre réunion, où je vois tant d'hommes éminents dont la prudence égale les lumières, a trouvé partout, je suis heureux de le proclamer, les plus vives et les plus honorables sympathies. Vous offrez, à tous, les plus sérieuses garanties que le projet, à l'étude duquel j'ai l'honneur de vous convier, ne peut inspirer aucune appréhension raisonnable. Sa rédaction est l'expression de ma pensée; il est l'œuvre d'un jurisconsulte éminent, M. Bethmont (président au Conseil d'État lorsque les médecins du département de la Seine soumirent leur *acte fondamental* à l'examen de ce conseil).

Modifié, perfectionné par vous, ce projet ne peut que réfléchir plus encore les intentions bienfaisantes du comité de Bordeaux, celles du corps médical, aussi bien que l'idée de conciliation générale qui a présidé à sa rédaction.

Un sentiment de discrétion m'a fait hésiter d'abord et renoncer ensuite à demander le concours de quelques-uns de nos honorables confrères des départements. Au lieu d'imposer à ces confrères le sacrifice onéreux d'un déplacement, et d'une perte de temps dont il m'était impossible de prévoir l'étendue, j'ai pensé que la commission accueillerait favorablement le vœu que je m'empresse de lui adresser, à savoir : ou bien de donner de la publicité au projet actuel soumis à son examen; ou bien que, lorsqu'elle aura fini son travail, elle adresse les *Statuts*, tels qu'ils seront sortis de ses délibérations, aux Facultés et Écoles de médecine, ainsi qu'aux Sociétés et Associations médicales des départements, avec invitation de lui communiquer les observations qu'elles croiront utile de lui faire connaître.

Dès ce moment, Messieurs, il importe de bien fixer le caractère de nos délibérations. Notre mission consiste à dresser les *statuts* d'une *Association générale de prévoyance et de secours mutuels* entre les médecins de France. En nous occupant d'autre chose, nous empiéterions sur des attributions que nous n'avons pas. En effet, nous devons tous nous rappeler que dans le mois de novembre 1845, un Congrès médical réunit à Paris, de tous les points de la France, les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires.

Dans la composition de la présente commission, je n'ai eu garde d'oublier le savant et célèbre collègue qui présida, avec tant de distinction, cette grande assemblée, et son secrétaire général, à qui revient l'honneur de l'avoir provoquée. Or, *sur tous les points qui concernent la science, l'enseignement et l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de la vétérinaire*, le Congrès médical a émis des vœux et a confié la poursuite de leur réalisation à une *commission permanente*, dont nous sommes heureux de posséder ici plusieurs représentants. C'est à cette commission, investie de la confiance du corps médical, qui l'a librement élue, que revient le droit et la mission de faire prévaloir les vœux du Congrès. Nous ne saurions suppléer par rien cette honorable investiture qui nous manque; et notre devoir, aussi bien que les convenances, exigent que nous laissions au zèle éprouvé et aux lumières compétentes de la *commission permanente du Congrès*, le soin de remplir la mission qu'elle a reçue.

Aujourd'hui, Messieurs, il ne peut être question que de *bienfaisance et de prévoyance confraternelles.* La question est assez vaste, assez difficile, assez délicate, pour que nous ne la compliquions pas, tout d'abord, de tout autre élément de discussion.

Ici, Messieurs, finit la mission qui m'a été imposée. Chargé de former une commission ayant pour but de dresser les statuts d'une *Association générale de prévoyance*, et d'obtenir les autorisations nécessaires à son institution, j'ai rempli mon mandat. Je suis heureux, et reconnaissant, de l'appui que vous voulez bien prêter au vœu exprimé par 1,300 médecins des départements, dont je suis fier d'être l'interprète auprès de vous. Je me hâte de vous transmettre le pouvoir provisoire que j'ai reçu, et j'ai l'honneur de vous inviter à vous constituer par la nomination d'un président et d'un secrétaire de la commission.

Après ce discours, un exemplaire imprimé à mi-marge du projet de statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France est remis à chacun des membres de la commission.

Conformément au vœu exprimé par M. Rayer, la commission se constitue par la nomination du bureau.

M. RAYER est nommé président de la commission par acclamation :

M. Serres est élu vice-président;

M. Amédée Latour et M. Bertillon sont nommés par acclamation, le premier secrétaire, et le second vice-secrétaire.

La commission se réunira vendredi prochain, 26 du courant, à 8 heures du soir, dans le même local.

—

ADHÉSIONS :

Seine : MM. Follin, — Herr, — Hervez de Chégoin, — Parmentier, — Fougeirol, — Contour, — Lisle, — Blatin, — Compérat, — Foissac, — Bourguignon, — Clerc, — Niobey, — E. Vidal, — Boinet, — Aubert-Roche, — Alex. Ricord, — Calvo.

Aisne : M. Blin et 30 médecins de St-Quentin et des environs.

Aude : M. Villerouge (Tachan).

Calvados : M. Roulland (Caen).

Lot : M. Auzières (Montevy).

Vosges : M. V. Beaud (Contrexéville).

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest, dans une des dernières séances, a donné lecture de deux observations intéressantes d'anévrysmes traumatiques offrant cette particularité, qu'ils recevaient le sang par le bout inférieur du vaisseau divisé, à l'exclusion du bout supérieur spontanément oblitéré. Dans les deux cas, il a suffi à M. Legouest, après avoir incisé la tumeur, de lier le bout inférieur pour amener une guérison solide. L'auteur a terminé sa lecture par les réflexions suivantes :

« Bien que ces deux affections aient été observées à l'avant-bras, où la lésion des artères exige presque toujours deux ligatures, en raison de la disposition spéciale de la circulation, elles me semblent démontrer cet enseignement, que dans les blessures d'artères donnant lieu soit à un anévrysme, soit à une hémorrhagie, il faut, afin d'éviter une erreur ou une opération inutile, découvrir le vaisseau sur le lieu même de la lésion, et l'étreindre dans une ou deux ligatures, suivant les cas.

Cette méthode est aujourd'hui assez généralement adoptée; aussi n'ai-je eu d'autre but, en relatant ces deux observations, que d'apporter de nouveaux faits en sa faveur, en même temps que de signaler, comme un phénomène de quelque intérêt, l'oblitération spontanée du bout supérieur des vaisseaux d'une part, et de l'autre la liberté du bout inférieur, entretenant dans une cavité fermée les caractères d'une tumeur anévrysmale. »

— M. Trudeau, agrégé au Val-de-Grâce, présente le larynx et le pharynx d'un militaire mort presque subitement pendant un repas. Voici cette observation :

« Le dimanche 28 février, un sous-officier de grenadiers, âgé de 38 ans, d'une forte constitution, ayant un peu trop bu le matin, se trouva sans appétit au moment du repas. Il prit cependant son bouillon, et mit dans sa bouche un morceau de bœuf bouilli du volume d'un œuf. Après l'avoir à peine insalivé, il veut l'avaler; mais tout d'un coup on le voit changer de couleur et prêt à suffoquer. Un camarade lui enfonce dans le pharynx d'abord un doigt, puis le manche d'une cuiller, sans rien trouver. On le prend sous les bras, et on le conduit à sa chambre, au troisième étage de la caserne.

Il peut encore monter; mais la tête est tombante, la bouche entr'ouverte, la respiration anxieuse. Placé sur son lit, il fait quelques efforts incomplets de vomissements, et il expire. Dix-huit minutes s'étaient écoulées depuis le moment où il avait ingurgité le morceau de viande.

A l'autopsie, faite au Val-de-Grâce, quarante-huit heures après, je remarque une saillie très prononcée de la région sus-hyoïdienne; la langue est repoussée en avant et en haut. Le doigt introduit dans la bouche sent un corps étranger un peu au-dessous de l'isthme du gosier. Les veines jugulaires antérieures, externes et internes sont distendues par le sang. Les poumons et le cerveau présentent tous les caractères de la mort par asphyxie.

Après avoir scié l'apophyse du menton, on sépare complétement la langue et le pharynx de leurs points d'attache; le larynx et l'œsophage sont coupés au niveau du sternum.

Le morceau de viande apparaît alors; il est arrêté à la base de la langue, immédiatement devant l'orifice supérieur du larynx. L'épiglotte, au lieu d'être abaissée, est relevée verticalement. Le morceau de viande pèse 37 grammes; il a la forme d'un cône de 6 centimètres de hauteur et de 12 centimètres de circonférence à sa base.

D'après les renseignements recueillis et l'examen de la pièce, le fait s'explique de la manière suivante : Le bol, trop volumineux, descend d'abord jusqu'au rétrécissement œsophagien, au niveau du cartilage cricoïde. Le malade respire avec peine, mais il peut encore monter à sa chambre. Vient un effort de vomissement qui fait remonter le bol; celui-ci relève l'épiglotte et se place comme un tampon devant l'orifice supérieur du larynx. Alors la mort par asphyxie est presque immédiate.

Ce fait doit rendre réservé dans l'usage de moyens employés pour faire régurgiter les corps étrangers introduits dans l'œsophage; on doit craindre qu'ils ne s'arrêtent au niveau de l'orifice des voies aériennes. Si ce fâcheux accident arrivait, on devrait se hâter de les saisir avec des pinces et de les extraire. Le peu de profondeur de la partie rendrait cette opération facile.

L'extraction devrait être faite lors même que l'on arriverait quelques minutes seulement après que la respiration a cessé. La mort peut n'être encore qu'apparente, et la respiration artificielle, secondée par les autres moyens conseillés contre l'asphyxie, peut produire, dans des cas pareils, une véritable résurrection. »

M. Larrey rappelle que les accidents de ce genre s'observaient assez souvent chez les soldats lorsqu'on les faisait manger à la gamelle commune; aujourd'hui qu'ils mangent plus tranquillement à la petite gamelle, ces cas sont devenus beaucoup plus rares.

— M. Védrenne, médecin de la garde impériale, présente en son nom et au nom de M. Lhosté, médecin à Montfort-l'Amaury, un cas d'exstrophie de la vessie. Cette pièce provient d'un enfant mâle, qui n'a vécu que quelques semaines; une dissection minutieuse a permis d'étudier la disposition exacte de toutes les parties de l'appareil génito-urinaire.

A l'hypogastre et entre les pubis existe une tumeur marronnée, brunâtre, formée par la procidence de la paroi postérieure de la vessie. Sa circonférence se continue sans ligne de démarcation avec la peau de la paroi antérieure de l'abdomen. Le pénis se présente sous la forme d'une demi-gouttière formée par la division longitudinale de la paroi supérieure de l'urètre. Le prépuce, fendu également en haut, est pendant au-dessous du gland. Le frein est très distinct, ainsi que le raphé médian du scrotum. Des soies de sanglier ont été engagées, avant toute dissection, dans les orifices des uretères et des conduits éjaculateurs.

Les deux pubis sont écartés de plus de 3 centimètres, ainsi que les deux muscles droits qui s'y insèrent. Au surplus, les uretères, les canaux déférents, les vésicules séminales, les testicules, les tuniques vaginales, les enveloppes des bourses, les corps caverneux, présentent une disposition normale. Les tuniques vaginales ne communiquent plus avec le péritoine. Les reins sont en place, et sont peut-être un peu plus gros que d'habitude; mais la différence, si elle existe, est peu prononcée.

M. Cloquet a vu sur un garçon de 13 ans une exstrophie vésicale, qu'il a déposée dans le musée de la Faculté. Contrairement à ce qui a lieu dans le cas actuel, et malgré l'âge déjà avancé du sujet, les deux testicules étaient encore contenus dans le ventre.

— M. Verneuil présente le fémur d'un enfant à qui il a coupé la cuisse par la méthode à un lambeau antérieur. Le résultat parut d'abord fort bon; tout alla bien pendant quelque temps, et la plaie était presque fermée, lorsqu'un jour la peau devint rouge, les chairs se rétractèrent, la peau se perfora, et l'os fit à l'extérieur une saillie d'environ 3 centimètres. Cet os était blanc, dénudé, la cavité médullaire était béante, et tout paraissait annoncer qu'un séquestre annulaire volumineux allait se détacher; mais peu à peu la boutonnière de la peau se rétrécit; une membrane de cicatrice se prolongea de proche en proche à la surface de l'os, qui finit par se recouvrir entièrement, sans la moindre élimination de séquestre, sans la moindre exfoliation apparente.

Toutefois l'enfant s'éteignit au bout de quelques mois. M. Verneuil présente aujourd'hui le fémur et une partie des chairs voisines. Une couche osseuse nouvelle, assez épaisse, formée d'un tissu spongieux assez dense, forme autour de l'os ancien une gaîne sous-périostale qui s'étend depuis l'extrémité du moignon jusqu'au niveau des trochanters. Un petit séquestre en forme d'aiguille, et long d'environ 2 centimètres, est emprisonné sous l'os nouveau vers la partie supérieure. Quant à l'extrémité inférieure du moignon, elle ne présente aucune trace de nécrose actuelle ou passée.

PATHOLOGIE.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Deuxième Lettre.

Bien cher maître,

En vous signalant, dans ma première *Lettre*, les lésions inflammatoires constamment observées chez nos femmes en couches, dans les veines utérines, lésions qui se sont étendues, pour quelques exemples, à plusieurs autres points du système veineux, j'ai eu l'honneur de vous dire que je vous entretiendrais de désordres qui sont d'une autre nature, et que j'ai vus coïncider fréquemment avec les altérations phlegmasiques; j'arrive maintenant à ce point.

Quand on examine l'utérus chez certaines femmes qui ont succombé, on trouve que, à des désordres de nature phlegmasique, se joignent des altérations de nature gangréneuse. Mais il importe de bien analyser ici les lésions diverses qui sont réunies sous ce terme générique.

On doit rapporter à deux formes distinctes les altérations gangréneuses, chez les femmes en couche. Dans l'une, une partie de la surface interne de l'utérus, presque toujours principalement le col et la partie la plus inférieure de la cavité du corps de cet organe, offre une coloration d'un noir livide tout à fait analogue à celle des escarres gangréneuses de la peau, et on peut même parfois observer une sorte de ligne de démarcation entre les bords de l'escarre et les parties environnantes. Voici, par exemple, sur cette lésion, des détails empruntés à l'une des autopsies que j'ai faites :

Une femme de 21 ans, entrée à l'hôpital le 18 octobre 1857, pour y faire ses couches, commença à souffrir le 19, à cinq heures du soir, et dut être accouchée à l'aide du forceps le 21 du même mois. Elle succomba le 23, et le 24 nous trouvions les lésions suivantes :

La vulve est gangrenée, noire, boursoufflée; son tissu est ramolli. Le col utérin est complétement réduit en pulpe noirâtre, gangréneuse. La lèvre postérieure n'existe plus; la lèvre antérieure est couverte de détritus noir et mou. Lorsqu'on incise sur ce point, on trouve, un peu au-dessous de la face interne, dans l'épaisseur du tissu du col, une veine assez volumineuse remplie de pus phlegmoneux, tout à fait louable. Du pus de même apparence se retrouve dans un grand nombre des petites veines du tissu du col; elles sont plus nombreuses à droite qu'à gauche. Toute la face intérieure de l'utérus est couverte d'une couche de détritus brunâtre exhalant une odeur gangréneuse très fétide. On constate l'existence d'une ligne de séparation bien tranchée entre le col gangrené, surtout à la partie postérieure et à la partie supérieure de la paroi correspondante du vagin qui est resté sain. Cette ligne, sur laquelle la séparation de l'escarre est complète, est inégale, tortueuse et offre tout à fait l'apparence de ce qu'on observe lors de la gangrène de la peau, au niveau des points où se déclare l'inflammation éliminatrice. Le reste du tissu utérin est d'une couleur violacée, gorgé de sang. Une grosse veine qui siége à la partie postérieure, dans l'épaisseur des parois est pleine de pus mélangé de sang noir. Sa surface interne est colorée en rouge foncé pour seule altération. Au niveau de l'insertion placentaire, qui a lieu à la partie droite de la paroi postérieure de l'utérus, toutes les veines sous-jacentes offrent une coloration violacée de leur surface interne, quelques-unes sont grisâtres. L'une d'elles contient un peu de pus, les autres sont remplies de caillots fibrineux, jaunâtres, mêlés de matières colorante noire, assez consistants, non adhérents aux parois.

Le tissu cellulaire qui se trouve au niveau de la partie postérieure du col, en dehors de l'utérus, dans le cul-de-sac utéro-rectal, est infiltré de pus; plusieurs veines qui y rampent laissent échapper aussi du pus en assez grande abondance. Il en est de même des veines qui rampent dans l'épaisseur du ligament large du côté droit; bon nombre d'entre elles sont distendues par du pus. Quelques-unes de celles qui occupent le ligament large du côté gauche en offrent également, mais en bien moins grand nombre.

Le petit bassin contient une certaine quantité de pus jaunâtre, phlegmoneux, quant à l'apparence, mais un peu liquide, et contenant des débris pseudo-membraneux de même couleur que l'épanchement, qui ne se retrouve pas dans le reste de l'abdomen où n'existent pas même des débris pseudo-membraneux.

L'ovaire du côté droit est un peu plus volumineux qu'à l'état normal; son tissu est un peu infiltré de liquide et ramolli, sans odeur putride. Celui du côté gauche est entièrement sain.

Les veines du bassin, celles des membres sont saines. Les lymphatiques ne sont nulle part développés ou altérés.

Les poumons sont sains, et offrent seulement un peu de congestion passive à leur face postérieure, sans trace du moindre engorgement métastatique.

Le foie est de volume normal, jaunâtre, peu coloré et un peu ramolli.

Dans une autre observation analogue, prise sur une femme éclamptique qui avait été accouchée à l'aide du forceps :

La surface interne du corps de l'utérus était remplie de putrilage gangréneux, et la ligne d'élimination, bien manifeste et sinueuse dans son parcours, se trouvait au niveau du point où le corps se réunit à l'orifice supérieur du col. Outre le pus contenu dans plusieurs veines, on trouvait dans une veine volumineuse, se rendant de l'utérus à l'ovaire gauche, un mélange de pus et de sanie gangréneuse.

Dans ces cas qui sont au nombre de 11, et qui tous ont trait à des femmes chez lesquelles on a fait une application de forceps, ou chez lesquelles le travail a été très prolongé, nous avons eu affaire, comme vous pouvez le voir, à une gangrène par contusion, à un véritable effet traumatique, exprimé, le plus habituellement, surtout au niveau des points les plus maltraités par la cause contondante, comme la partie inférieure du corps, le col, la vulve et plus rarement le vagin. Mais notez, toutefois, que les veines utérines contiennent aussi du pus, que le tissu cellulaire, les ligaments larges et les ovaires présentent des signes non douteux de phlegmasie, comme on le voit chez d'autres femmes qui n'ont pas offert ces altérations gangréneuses.

Quelque intéressants que puissent être ces exemples, il n'y a pas lieu d'insister beaucoup à leur sujet. Ils ne rentrent pas dans les points les plus litigieux de la question qui nous occupe, et rien, en tant qu'affections gangréneuses, ne les distingue et ne les sépare, au point de vue nosologique, des gangrènes traumatiques par contusion et par compression. Seulement, il importait de les mentionner, parce que ces modifications ont assurément une valeur considérable dans la production des accidents et dans l'apparence des symptômes.

J'arrive à l'autre forme, que j'ai rencontrée 22 fois, chez des femmes qui n'avaient subi aucune opération violente ou chez lesquelles les difficultés de l'accouchement qui ont pu se rencontrer, ont été beaucoup moindres que celles que j'ai relatées plus haut à propos de la gangrène simple, et, partant, n'ont pas la même valeur étiologique, comme, par exemple, un peu de longueur du travail. Dans ces exemples, outre les lésions purulentes des veines, on trouve une altération dont je trancris les détails empruntés à diverses autopsies.

La face interne de l'utérus est recouverte, dans toute son étendue, d'une couche pseudo-membraneuse, inégale, comme gaufrée, rappelant pour la disposition de sa surface, qui est sillonnée assez régulièrement de petites raies plus minces, l'apparence extérieure de ces lichens étendus par plaques sur les troncs de certains arbres. La coloration gris-verdâtre de ces fausses-membranes ajoute encore à cette analogie d'aspect. Les coupes pratiquées sur plusieurs points montrent que cette coloration s'étend un peu dans le tissu de l'utérus lui-même, au lieu d'être bornée

à la surface seule. Le tissu n'est nullement ramolli et est assez dense pour rendre un certain son sous le couteau qui le divise.

Toute cette surface interne de l'utérus est baignée par une sanie d'un gris foncé verdâtre, assez analogue, pour l'apparence, à l'eau des ruisseaux fangeux; l'odeur en est d'une fétidité excessive.

Avec cette lésion coïncident des altérations des veines, caractérisées par la présence du pus dans ces vaisseaux, qui sont tapissés par une fausse-membrane non adhérente et d'une couleur jaune tellement analogue à celle du pus, qu'on pourrait la prendre pour du pus concrété, si elle n'était bien réellement sous forme de membrane, comme on peut le constater par l'inspection directe et attentive d'un lambeau assez étendu.

(*Femme de 24 ans, morte le sixième jour, après une couche régulière. Premiers accidents le deuxième jour.*)

Chez une autre femme de 32 ans, accouchée sans autre accident qu'une perte assez marquée, mais contre laquelle on n'a employé ni seigle, ni aucun moyen violent, et qui, malade dès la fin du premier jour de la couche, est morte le onzième jour. Voici ce que nous trouvons à l'autopsie :

Encore de la rigidité cadavérique; pas de signes de putréfaction sur un point quelconque du corps. Abdomen peu volumineux; une anse intestinale, un peu distendue par des gaz, fait saillie vers l'ombilic par l'écartement de la ligne blanche. On ne trouve qu'une cuillerée environ de sérosité jaunâtre, demi-transparente, dans laquelle nagent quelques flocons pseudo-membraneux. Cette sérosité est placée entre la vessie et l'utérus, et plus portée à droite. L'utérus, qui présente surtout son fond en avant, à l'ouverture de l'abdomen, dépasse d'environ 6 centimètres la symphyse pubienne. La partie la plus supérieure de sa face postérieure est d'une teinte jaunâtre. Il est au contraire coloré d'un ton rouge bleuâtre au niveau des deux insertions des annexes. La teinte est presque noirâtre à droite, où le ligament rond n'est pas très gros, tandis qu'à gauche il est doublé de volume. La coloration noirâtre, signalée à droite, s'étend jusque dans les veines du ligament large de ce côté, lesquelles sont foncées, gorgées de sang très noir, non coagulé et sans mélange de pus.

L'utérus, mesuré à l'extérieur, a 11 centimètres de hauteur du fond au commencement du col, et 11 centimètres d'un bord à l'autre au niveau de l'insertion des annexes.

Sur les deux lèvres du col, mais principalement sur la lèvre antérieure, on rencontre des plaques d'un gris verdâtre, arrondies, d'un demi-centimètre à un centimètre et demi de largeur, véritables plaques diphthéritiques dont le ton clair verdâtre tranche vivement sur la teinte d'un noir verdâtre que présentent les lèvres du col. Ces plaques, comme les lèvres du col utérin, sur lesquelles elles sont implantées, sont, ainsi que le vagin à sa partie supérieure, baignées par une sanie abondante, noirâtre, d'une fétidité excessive. La même sanie baigne toute la surface interne de l'utérus, qui est d'un noir verdâtre, coupé çà et là de larges plaques pseudo-membraneuses d'un gris verdâtre, comme celles décrites sur le col, mais présentant, en outre, une surface inégale, comme aréolée, quoique lisse et non tomateuse. La teinte noir verdâtre de la face interne de l'utérus s'étend à environ 2 millimètres de profondeur dans le tissu, qui est ramolli dans toute cette couche.

Toutes les veines qui rampent dans la partie latérale gauche de l'utérus sont dans leurs trois quarts inférieurs remplies de la même sanie noirâtre et putride qu'on observe à l'intérieur de l'utérus. Il en est de même des veines qu'on trouve dans la partie gauche du col, dans sa face postérieure et de celles qui occupent la partie supérieure gauche de la paroi postérieure de l'utérus.

En outre, le tissu cellulaire qui siége au côté gauche du col de l'utérus et qui unit le vagin au rectum et à la vessie est épaissi et comme infiltré d'une sérosité jaunâtre. Des veines nombreuses qui le traversent et qui représentent le plexus pampiniforme sont pleines d'un liquide d'un noir verdâtre mal lié, qui n'a rien du sang, ni du pus, mais qui est tout à fait identique avec la sanie noire dont nous avons signalé la présence dans l'intérieur de l'utérus, et qui, avec un même aspect, offre une même fétidité. Le paquet que forment le tissu cellulaire et ces veines ainsi altérées est du volume d'une petite orange. Lorsqu'on observe les lésions veineuses de plus près, voici l'apparence qu'on leur trouve : toute la veine est, à son intérieur, tapissée par une couche d'un gris verdâtre, tout à fait analogue, pour son aspect et pour ses caractères, avec les plaques décrites plus haut comme occupant le col et la face interne de l'utérus. La veine dont le calibre est aussi diminué est, en outre, à son extérieur, entourée d'une autre couche pseudo-membraneuse plus blanchâtre et infiltrée de sérosité non colorée et sur certains points de pus véritable dont la couleur tranche sur la teinte du tissu utérin, et qui n'a aucune communication avec l'intérieur du vaisseau, rempli, du reste, comme nous l'avons dit, de sanie putride et non de pus.

Le ligament rond, que nous avons dit doublé de volume, est parcouru dans toute sa longueur par une veine assez grosse, pleine de pus jaunâtre, bien lié et phlegmoneux. On en trouve aussi dans presque toutes les veines du bord droit de l'utérus. Vers le col et vers la partie inférieure et postérieure du côté droit, plusieurs de ces veines contiennent du pus mélangé çà et là de cette matière putride. Les couches pseudo-membraneuses, que nous avons décrites à l'intérieur et à l'extérieur des veines, ne se rencontrent pas pour ceux de ces vaisseaux qui ne contiennent que du pus.

Les deux ovaires sont petits, d'un blanc nacré, sans altération appréciable. Leur surface extérieure n'offre aucune fausse-membrane. Les deux trompes sont libres, ne contiennent pas de pus; le pavillon de la droite est à l'état normal; celui de la gauche est un peu rouge, mais sans grand développement.

En ouvrant la cavité thoracique, on trouve à la face postérieure du sternum, vers sa partie moyenne, autour de la veine mammaire interne du côté gauche, une sérosité louche, puriforme, infiltrant le tissu cellulaire dans une petite étendue. La veine elle-même est saine.

Les deux poumons présentent en grand nombre de petites collections purulentes, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un fort pois. Ces abcès, développés dans un tissu généralement sain, offrent divers âges, si l'on peut s'exprimer ainsi, depuis l'ecchymose sous-pleurale, large d'environ 3 à 4 millimètres en tous sens, jusqu'à la collection purulente entourée ou non d'injection rouge.

Pas de traces d'épanchement purulent ou séreux dans les plèvres. Rien au cœur, rien aux reins ni à la rate. Le foie est un peu décoloré, un peu volumineux, un peu mou, sans aucune apparence de collections purulentes.

Les grosses veines de l'abdomen, les lymphatiques n'offrent aucune trace de pus.

Je pourrais multiplier beaucoup les exemples de cette lésion, qui, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, s'est rencontrée 22 fois à des degrés différents, bien entendu, et quelquefois seulement réduite à des plaques pseudo-membraneuses grisâtres, baignées par un liquide peu abondant, noirâtre, mal lié et toujours très fétide. Trois autres fois j'ai encore rencontré la sanie putride dans les veines utérines, dans les veines du plexus pampiniforme, ou bien, comme chez une femme de 21 ans, morte le sixième jour après la couche, dans les sinus qui, sous-jacents à l'insertion placentaire, étaient béants à 2 millimètres de la surface, remplis d'un liquide putride baignant la surface interne des vaisseaux, laquelle était recouverte par une couche pseudo-membraneuse. Multiplier ces faits, serait multiplier les répétitions. J'ajouterai seulement l'indication de la lésion suivante, que je n'ai rencontrée que dans ce seul exemple.

Chez une femme de 36 ans, morte le sixième jour, après une couche longue et pénible (vingt-huit heures de durée), outre la couche pseudo-membraneuse et putride de la face interne de l'utérus, outre une quantité assez considérable de pus dans les veines utérines, nous trouvâmes la lésion suivante :

Le poumon droit présente tout d'abord, dans tout le lobe inférieur et sur la partie inférieure du lobe moyen, un lacis inextricable de stries continues, d'un blanc-jaunâtre, sous-pleurales et légèrement saillantes. Elles se rendent les unes dans les autres, suivant un certain ordre de subordination. Lorsqu'on pique un de ces vaisseaux, il en sort une gouttelette d'un pus phlegmoneux, dont les caractères ne sont nullement douteux et que l'examen microscopique confirme encore.

La languette du lobe inférieur est sillonnée par ces vaisseaux. Lorsqu'on arrive vers la racine du poumon, ils deviennent confluents, de manière à former de véritables flaques de pus. Ce ne sont autres que les lymphatiques du poumon ainsi injectés de pus qu'ils laissent échapper sous forme de gouttelettes à la coupe.

Le poumon gauche n'offre rien de semblable. A droite et à gauche, le tissu est parsemé de masses d'un rouge foncé, noirâtre, du volume d'une forte noix, irrégulières de forme, n'offrant qu'un degré très minime de ramollissement et nullement l'apparence de l'hépatisation.

Le canal thoracique et les lymphatiques de l'abdomen n'ont présenté rien d'anormal et ne contenaient pas de pus.

Si maintenant vous me permettez de revenir sur la lésion dont je viens de vous rapporter plusieurs descriptions, vous trouverez probablement, comme moi, qu'elle est identique avec une altération bien connue et justement redoutée des chirurgiens ; je veux dire la *pourriture d'hôpital*. Je ne sache pas, quant à moi, qu'on puisse saisir et présenter la moindre différence entre la couche d'un gris verdâtre que nous avons trouvée disposée par plaques ou par bandes sur le col et sur la face interne de l'utérus, qu'elle occupait ailleurs en totalité, et les couches *diphthéritiques* que l'on rencontre sur les plaies des blessés ou sur les moignons des amputés, quand la pourriture d'hôpital sévit dans les salles de chirurgie ; je ne sache pas qu'il soit possible de distinguer la sanie noirâtre qui baignait les surfaces utérines et même la face interne des veines utérines ou pampiniformes, de celles qui, dans les mêmes occasions, s'écoule des plaies chirurgicales ; et la similitude est encore démontrée par l'odeur fétide qui se montre dans l'un comme dans l'autre cas. Du reste, cette similitude, comme pour bien élucider la question, fut complète et hors de doute chez une nourrice de 20 ans à peine, vigoureuse et d'une bonne constitution, qui, entrée trois mois après son accouchement pour un vaste abcès du sein, fut prise de pourriture d'hôpital dans la salle, au moment même où plusieurs femmes en couche succombaient à cette forme. Nous pûmes constater chez elle, sur la plaie du sein, la même couche d'un gris-verdâtre; il s'en échappait la même sanie putride, la même odeur gangréneuse, et nous pûmes noter sur elle le même ordre de phénomènes généraux, car elle succomba en peu de jours à cette terrible complication. C'est donc à la véritable *pourriture d'hôpital* que l'on a affaire dans les cas de ce genre, et c'est une variété de lésion bien importante à joindre à celles que nous avons déjà vues, si l'on veut bien saisir les diverses nuances des formes pathologiques que présentent les femmes en couches.

Ne vous semble-t-il pas, maintenant, que j'avais quelque raison de faire des réserves sur les faits que je rappelais l'autre jour, et qui sont signalés dans la thèse de mon élève et ami, M. Tarnier, comme des exemples de *fièvre puerpérale* sans lésions anatomiques. Car, outre qu'il y est dit que le pus a été cherché dans les veines de l'utérus ou dans celles du bassin, ce qui n'établit pas que le tissu du col ait été exploré suffisamment, et vous savez quelle valeur j'attache à cette recherche, je vois que, dans les deux premières observations, la face interne de l'utérus offrait un enduit grisâtre et épais qui, selon l'auteur, *s'observe* ordinairement à cette époque de l'état puerpéral, et que, dans le troisième fait, la face interne de l'*utérus était fétide, d'un gris-noirâtre*, etc.

Ce sont là, à n'en pas douter, trois exemples de *pourriture d'hôpital*, comme ceux que j'ai eu l'honneur de vous exposer tout à l'heure.

Je ne puis pas accepter, et vous n'accepterez pas non plus que la face interne de l'utérus soit normalement couverte d'un enduit grisâtre, épais, fétide, à quelque époque que ce soit de la couche. Jamais cela ne s'est présenté chez les femmes mortes vers cette période, à la suite d'affections autres que la maladie qui nous occupe; jamais cela n'existait non plus chez les femmes qui ont succombé avec du pus dans les veines, ou avec des complications péritonéales. L'utérus, alors, n'est nullement grisâtre et pulpeux à sa face interne, et il n'est pas non plus fétide. Sa couleur est d'un jaune rosé, ponctué de marbrures légères et rouges; sa surface est couverte d'une couche de liquide onctueux, puriforme, un peu rosé, filant, comme sont les lochies à cette époque, c'est-à-dire comme doit l'être un mélange de pus, de mucus et d'un peu de sang; l'odeur qu'on y rencontre est une odeur fadasse, écœurante comme celle des lochies elles-mêmes, mais nullement fétide, comme la sanie de la pourriture d'hôpital. En prenant les termes mêmes employés par ceux qui ont rapporté ces exemples, je refuse à ces faits la valeur qu'on a voulu leur donner, et ce que je viens de dire montre combien je suis fondé à le faire.

Ainsi, mon cher maître, chez bon nombre de nos femmes (33 sur 65, car il convient d'éliminer ici les 20 femmes entrées malades, mon attention n'ayant été éveillée au moment où je les observais que sur l'existence du pus dans les veines), chez bon nombre de nos femmes, dis-je, moitié environ, à la présence du pus dans les veines, s'est jointe l'existence de la *gangrène directe*, *traumatique* (11 fois), et celle de la *pourriture d'hôpital* (22 fois).

Ni l'une ni l'autre de ces complications n'est indifférente, dans la question qui nous occupe, l'une et l'autre sont établies par des faits péremptoires et assez nombreux ; l'une et l'autre constituent des lésions locales, rencontrées chez des femmes devenues malades quelquefois dès le premier jour de leur couche, et mortes du deuxième au huitième ou neuvième jour pour la plupart.

Jusqu'ici, vous le voyez, nous ne trouvons dans les lésions que j'ai observées rien qui soit insolite en pathologie. *Phlébite, gangrène, pourriture d'hôpital*, ce sont là des termes habituels, des lésions connues, étudiées aussi dans leurs détails anatomiques, dans leurs symptômes, partout ailleurs que dans les salles d'accouchement, et qui, en tant que lésions, n'ont rien offert de particulier chez nos femmes en couches, rien qui puisse permettre de séparer nosologiquement nos exemples des observations chirurgicales relatives à ces trois états, abstraction faite, bien entendu, du siége de l'altération, l'utérus pour les unes, les plaies et les moignons pour les autres.

Trouverons-nous, dans ce qui me reste à vous retracer, des lésions qui aient une autre valeur et qui, étant spéciales à la femme en couche, puissent permettre de délimiter chez elle une maladie qui soit propre à cet état ? Je ne le crois pas.

Pour finir ce qui a trait aux faits que j'ai observés, j'ai encore à analyser avec vous les cas dans lesquels le péritoine a été altéré, afin de bien démêler, par un examen rigoureux, la marche, la forme, et partant, la valeur de cette altération de la séreuse abdominale.

C'est là ce que j'aborderai dans ma prochaine lettre.

Veuillez recevoir, en attendant, cher maître, l'expression de mon respectueux attachement.

Votre bien dévoué de cœur.

BÉHIER.

DE L'APOPLEXIE CÉRÉBELLEUSE;

RAPPORT

Sur un Mémoire de M. le docteur HILLAIRET, à l'appui de sa candidature de membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur LÉGER, médecin de l'hospice des Incurables (femmes).

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Après avoir fait remarquer qu'aucun auteur n'a parlé ni de la paralysie, ni de l'affaiblissement des fonctions des muscles qui président à l'acte mécanique de la respiration, M. Hillairet dit avoir constaté que, dès l'attaque, le mouvement d'élévation et d'abaissement des côtes est imperceptible, et que les muscles intercostaux ne se contractent pas; ils semblent donc, ajoute-t-il, sinon paralysés, du moins sous l'influence de la résolution qui frappe tout le système locomoteur, et principalement les membres inférieurs. Ce fait a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations. La respiration, habituellement calme et lente au début, s'élève notablement et progressivement, à mesure que l'état comateux fait des progrès pour faire bientôt place au stertor, et, durant les dernières heures de l'agonie, au râle trachéal.

Passant ensuite à l'examen des altérations de la sensibilité générale et spéciale, M. Hillairet établit que, dans l'apoplexie cérébelleuse, la paralysie de la sensibilité est l'exception, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale, au contraire, la sensibilité générale est le plus habituellement abolie; ainsi, sur 26 faits, on ne trouve que 3 anesthésies complètes et même générales; 2 fois la sensibilité est obtuse ou affaiblie, alors que dans 21 cas elle reste parfaitement intacte. Quant aux organes des sens, leurs fonctions sont plus rarement altérées que dans l'hémorrhagie cérébrale.

La durée de l'apoplexie cérébelleuse est plus courte que celle de l'apoplexie cérébrale. Ainsi, tandis que dans cette dernière la mort n'arrive le plus ordinairement qu'après huit, dix ou quinze jours et quelquefois plus, et dans quelques cas seulement, après huit, dix, douze ou quinze heures; dans l'apoplexie cérébelleuse, la durée varie généralement de quelques heures à quelques jours. Ainsi, sur 15 cas, elle a été de douze heures à cinq jours, ce qui donne, en moyenne, un jour et demi.

Bien que la mort soit le résultat habituel de l'hémorrhagie cérébelleuse, cette maladie peut cependant se terminer par la guérison. On trouve, en effet, dans les auteurs, plusieurs faits qui ne

laissent aucun doute à cet égard, et M. Hillairet en rapporte un très intéressant qui a été recueilli dans son service.

L'apoplexie cérébelleuse surviendrait, le plus souvent, dans l'âge mûr et dans la vieillesse ; mais elle serait plus fréquente après 60 ans ; elle affecterait plutôt les hommes que les femmes ; il en est de même, d'ailleurs, pour l'apoplexie cérébrale.

L'anatomie pathologique du foyer hémorrhagique étant la même pour le cerveau et le cervelet, M. Hillairet s'est abstenu d'entrer dans l'étude détaillée des lésions anatomiques produites par l'hémorrhagie cérébelleuse. Il fait d'ailleurs remarquer que le but principal de son travail était de montrer la possibilité du diagnostic de l'apoplexie cérébelleuse.

Quant au traitement, il dit seulement qu'il est et qu'il doit être le même que celui de l'hémorrhagie cérébrale.

Enfin, comme complément de son travail, M. Hillairet pose un certain nombre de conclusions que je crois devoir reproduire ici :

1° L'apoplexie cérébelleuse grave se présente sous deux formes : l'une, lente, à marche régulièrement progressive ; l'autre, brusque, à marche rapide ; celle-ci peut être foudroyante et tuer instantanément. La première forme est plus rare que la seconde.

2° Dans la forme lente, il n'y a pas de perte de connaissance au moment de l'attaque. La seconde forme, si l'attaque est violente, peut déterminer dans des cas rares, et dans un temps très court, la perte de connaissance ; mais les sujets reviennent bien vite à eux.

3° Dans les deux formes, l'attaque est suivie de vomissements spontanés qui reviennent plusieurs fois dans le cours de la maladie jusqu'à la mort ; dans certains cas, ils sont presque incoërcibles. Ces vomissements sont plus fréquents dans la première forme que dans la seconde. Les vomissements ne paraissent pas être un symptôme de l'apoplexie cérébrale, comme plusieurs auteurs l'ont prétendu ; ils sont, au contraire, très rares dans cette apoplexie, et semblent appartenir plus spécialement à l'apoplexie cérébelleuse ou à toute autre lésion capable d'amener une augmentation de volume du cervelet. — D'après le relevé des observations contenues dans divers traités spéciaux, le vomissement se montrerait dans la proportion de 1 à 30 dans l'apoplexie cérébrale ; tandis que dans l'apoplexie cérébelleuse, cette proportion serait comme 1 est à 2 1/2.

4° La somnolence et le coma, suivis bientôt du carus le plus profond, auquel succède la mort, sont habituels dans l'apoplexie cérébelleuse grave ; mais l'intelligence n'est pas pour cela abolie, si ce n'est peu d'heures avant la mort.

5° La résolution des membres est également un symptôme habituel de l'apoplexie cérébelleuse. Les sujets, en effet, ne se maintiennent pas en équilibre sur les membres inférieurs, mais ils peuvent, étant couchés, mouvoir ces membres lorsqu'ils y sont provoqués, et les maintenir élevés au-dessus du lit dans la position qu'on leur donne. L'hémiplégie ne s'est rencontrée que dans un tiers des cas. La paralysie est toujours croisée. Cependant, on peut admettre la possibilité de la paralysie directe par défaut d'entrecroisement des faisceaux médullaires.

6° La tendance au recul et au mouvement de rotation n'a pas été observée dans les faits analysés par M. Hillairet ; un malade seulement se plaignait quelque temps avant l'attaque d'être poussé du côté gauche par un mouvement irrésistible.

7° La paralysie des muscles du visage est très rare, ainsi que la déviation des commissures des lèvres et de la langue. La parole est néanmoins, en général, lourde, pâteuse, lente.

8° La sensibilité reste intacte ; ce n'est qu'à l'approche de l'agonie qu'elle s'émousse, s'affaiblit, et semble disparaître à mesure que le coma devient plus profond. Une seule fois elle a été indiquée perdue dès le début. Le contraire a lieu dans l'apoplexie cérébrale grave, où la sensibilité est habituellement paralysée au moment même de l'attaque.

9° Les sens restent intacts comme la sensibilité générale. L'ouïe, l'odorat et le goût ne s'altèrent qu'exceptionnellement. Le resserrement et l'immobilité des pupilles sont la règle ; la dilatation est l'exception.

10° Il n'y a jamais de convulsions dans l'apoplexie cérébelleuse, à moins que la lésion du cervelet ne soit compliquée d'autres lésions siégeant dans différentes parties du système nerveux central.

11° A part les vomissements, les organes de la digestion ne subissent que peu ou point de modifications ; le plus souvent, les garde-robes sont rares, quelquefois involontaires. L'émission des urines, volontaire au début de l'attaque dans la forme lente, devient involontaire à la fin, ainsi que dans tout le cours de la seconde forme.

12° La durée moyenne de l'apoplexie cérébelleuse, non compris les cas foudroyants, est de un jour et demi. La mort est la terminaison la plus habituelle de cette apoplexie, qui, cependant, est susceptible de guérison.

Tel est en résumé, Messieurs, le travail que M. Hillairet a soumis à votre appréciation, travail fort important et qui a exigé de nombreuses et patientes recherches. En effet, pour tracer l'histoire de l'hémorrhagie cérébelleuse, ou du moins pour en poser les bases d'une manière plus positive qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, comme il le dit lui-même, M. Hillairet ne s'est pas borné à étudier les observations d'apoplexie cérébelleuse qu'il avait recueillies dans son service, et celles qui avaient été publiées par divers auteurs ; mais l'analyse de ces faits lui ayant donné la conviction que l'apoplexie cérébelleuse pouvait se distinguer de l'apoplexie cérébrale, bien que ces deux maladies présentassent un certain nombre de caractères communs, il a voulu établir leur diagnostic différentiel ; il a été conduit ainsi à faire une étude attentive des principaux symptômes dans l'une et dans l'autre hémorrhagie, et à déduire de cette comparaison leur valeur relative. Dans les conclusions de son mémoire, M. Hillairet vous a fait connaître les résultats auxquels ses recherches l'avaient conduit. En se basant sur les faits qu'il a reproduits ou analysés, on peut, je crois, admettre avec lui, jusqu'à plus ample informé, que dans la majorité des cas, sinon dans tous, l'apoplexie cérébelleuse diffère notablement de l'apoplexie cérébrale par son mode d'invasion, et par la marche ultérieure des accidents ; que la paralysie manque souvent dans l'apoplexie cérébelleuse, où elle est remplacée par la simple résolution des membres ; que l'anesthésie est un symptôme tout à fait exceptionnel ; qu'enfin, l'intelligence n'est pas toujours abolie au moment de l'attaque, que souvent même elle ne disparaît que peu d'heures avant la mort. Or, ce sont là, sans aucun doute, des caractères fort importants pour le diagnostic. Il est un symptôme auquel M. Hillairet attache une grande importance, et sur lequel il a longuement insisté : je veux parler du vomissement. D'après ses relevés statistiques, ce phénomène serait assez rare dans l'hémorrhagie cérébrale ; tandis que dans l'hémorrhagie cérébelleuse, au contraire, on l'observerait au moins dans les deux tiers des cas. Si nous nous rappelons que M. Hillairet a rencontré constamment le vomissement dans les cinq faits qui lui appartiennent ; que ce symptôme, lorsqu'il existe, signale le début de l'attaque et se renouvelle généralement un certain nombre de fois, nous comprendrons comment notre collègue s'est trouvé conduit à faire une étude approfondie de ce phénomène, afin de pouvoir en préciser exactement la valeur. Au reste, tout en accordant une grande importance au vomissement comme élément de diagnostic, il n'en reconnaît pas moins d'une manière très explicite que ce symptôme n'appartient pas en propre à l'apoplexie cérébelleuse, mais bien à toutes les lésions du cervelet qui peuvent augmenter la volume de cet organe, et comprimer les pneumogastriques. Il se propose d'ailleurs de reprendre cette question dans un autre travail sur les maladies du cervelet. Quoi qu'il en soit, les faits cités dans ce mémoire doivent attirer l'attention des observateurs sur ce symptôme qui peut mettre sur la voie du diagnostic de l'apoplexie cérébelleuse.

Nous regrettons que M. Hillairet n'ait pas eu à sa disposition un nombre de faits assez considérable pour tracer, d'une manière complète et définitive, l'histoire de l'apoplexie cérébelleuse ; mais nous nous empressons de reconnaître qu'il a su utiliser avec beaucoup de sagacité les matériaux qu'il possédait. Les observations recueillies ultérieurement viendront-elles confirmer les assertions qu'il a émises, et élucider certains points restés obscurs dans l'histoire de l'apoplexie cérébelleuse ? Nous aimons à le croire. Un mot sur les deux formes d'apoplexie admises par M. Hillairet. Cette division lui a permis de tracer un tableau très précis de la marche des accidents, et mérite, selon nous, d'être conservée, car il est facile de rattacher à l'une ou l'autre de ces formes les degrés intermédiaires qui peuvent se présenter à l'observation. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer deux cas d'hémorrhagie du cervelet, dont l'un présente la plus grande analogie avec les observations recueillies par M. Hillairet. Dans ce premier fait, qui se rapporte à la forme lente, l'invasion eut lieu la nuit, elle fut subite et s'accompagna de vomissements, il n'y eut pas de perte de connaissance, pas de paralysie ; ni d'anesthésie localisées ; la malade, femme âgée de 70 ans, comprenait parfaitement les questions qu'on lui adressait, mais elle y répondait lentement, la voix était faible et mal articulée ; mouvements lents et difficiles, sensibilité générale conservée ; toutefois, dès le second jour, celle-ci devint plus obtuse, et les sens parurent émoussés. Chaleur normale de la peau, pouls petit, dépressible, ayant sa fréquence ordinaire, respiration facile et régulière, aucune gêne dans l'acte de la déglutition. Cet état persista pendant trois jours, seulement l'affaiblissement général devint de plus en plus marqué, la malade tomba dans un état de somnolence continuel, et la mort survint sans être précédée de coma ni de convulsions.

A l'autopsie, on trouva, dans le lobe gauche du cervelet, un foyer hémorrhagique creusé dans la partie moyenne et postérieure de ce lobe, dont il envahissait au moins les deux tiers, une couche très mince de substance nerveuse séparait le foyer de la surface du cervelet, on apercevait même, à travers la pie-mère, quelques stries sanguines dans l'intervalle des circonvolutions. Le lobe médian était intact, le sang contenu dans le foyer hémorrhagique était noir, en partie coagulé, et combiné avec le détritus de la substance nerveuse. Aux limites de l'épanchement, existait une injection sanguine qui cessait à 1 millimètre environ et, à partir de ce point, la substance du cervelet reprenait son aspect et sa consistance ordinaires. Les autres parties de l'encéphale étaient saines. Quant aux artères cérébrales, elles présentaient de nombreuses ossifications.

Dans le second fait, le vomissement ne fut pas signalé, l'invasion fut subite, et il y eut immédiatement perte de connaissance. Une heure environ après le début des accidents la résolution des membres était complète, mais la sensibilité n'était pas entièrement abolie. Il n'existait pas de déviation de la bouche. La malade femme âgée de 68 ans, mourut dix-neuf heures après l'attaque, dans un coma profond.

A l'autopsie, on trouva un foyer hémorrhagique dans chacun des lobes latéraux du cervelet. Ces foyers communiquaient entre eux par l'intermédiaire du quatrième ventricule, qui était distendu par des caillots sanguins ; le sang avait également pénétré dans le troisième ventricule, où il s'était coagulé ; les ventricules latéraux contenaient une sérosité sanguinolente.

Nous ferons remarquer que, contrairement à l'assertion émise par M. Hillairet, le sujet de cette observation ne reprit pas connaissance ; mais le sang avait fait irruption dans le troisième ventricule, et cette circonstance a dû certainement modifier la physionomie des symptômes propres à l'hémorrhagie cérébelleuse.

M. Hillairet n'a pas cru devoir insister sur les causes de l'apoplexie cérébelleuse, qui sont les mêmes, dit-il, que celles de l'apoplexie cérébrale ; il s'est abstenu également d'entrer dans l'étude détaillée des lésions anatomiques qui avaient déjà été décrites avec soin par plusieurs auteurs. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de lui reprocher cette omission, car il s'était surtout proposé pour but d'étudier la symptomatologie de l'apoplexie cérébelleuse, et d'établir la possibilité du diagnostic de cette maladie. Envisagé sous ce point de vue, son travail a droit à des éloges, car il contribuera, sans aucun doute, à élucider, dans certains cas, le diagnostic souvent si obscur et si incertain des maladies de l'encéphale.

Nous terminerons ce rapport, en félicitant M. Hillairet d'avoir su mettre à profit les observations intéressantes qu'il lui avait été donné de recueillir sur une maladie jusqu'alors très imparfaitement décrite, et cela surtout en raison de sa rareté et des difficultés que présente son diagnostic. De nouveaux faits viendront sans doute ajouter de nouveaux éléments au diagnostic dont il a essayé de poser les bases, et modifier peut-être quelques-unes des propositions qu'il a émises ; mais alors même qu'il en serait ainsi, son travail ne perdrait rien de sa valeur et pourrait toujours figurer avec distinction dans l'histoire de l'apoplexie cérébelleuse.

Nous avons l'honneur de vous proposer : 1° d'admettre M. Hillairet au nombre des membres titulaires de la Société ; 2° d'insérer son mémoire dans les *Actes* de la Société.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Extrait des procès-verbaux (1858). — Présidence de M. LABARRAQUE.

M. le docteur GRANGE, délégué par la Société du Temple au comité des Sociétés médicales de Paris, rend compte de l'audience que S. M. l'Empereur a bien voulu accorder aux délégués de onze Sociétés médicales, et qui avait pour but de présenter une pétition dans laquelle les médecins de Paris prient Sa Majesté de vouloir bien porter son attention sur le mal considérable que fait à la population et surtout aux classes laborieuses l'exercice illégal de la médecine.

M. le docteur Mayer, secrétaire de la commission, a remis la pétition à Sa Majesté, en lui exprimant le vœu des médecins de Paris et en signalant les abus considérables dont nous sommes témoins tous les jours, et qui ont une influence déplorable sur la santé publique.

Sa Majesté ayant fait observer qu'il existait une loi qui réglait l'exercice de la médecine depuis un grand nombre d'années, M. le docteur Géry a répondu que la loi de l'an XI était complétement insuffisante à réprimer l'exercice illégal de la médecine ; que la quatrième page des journaux donnait tous les jours la preuve de l'impuissance de la législation actuelle ; que la loi condamnait à une amende insignifiante le citoyen qui se livre sans aucun titre à l'exercice de la médecine ; qu'elle punit plus sévèrement l'usurpation du titre que l'usurpation de la profession ; qu'en l'absence de toute pénalité sérieuse, on voyait tous les jours des hommes sans titre aucun donner à très haut prix des prescriptions où le ridicule le dispute à l'ignorance, et livrer des médicaments inutiles ou souvent fort dangereux, alors que la moindre fraude commerciale, qui n'atteint que la bourse du consommateur, est punie de peines extrêmement sévères ; que l'exercice illégal de la médecine fait un grand nombre de victimes dans les classes laborieuses exposées sans défiance à tous les leurres du charlatanisme et d'une publicité menteuse.

Sa Majesté a répondu, avec la plus parfaite bienveillance, qu'elle prendrait connaissance de notre pétition, la renverrait au ministre compétent, et s'occuperait avec intérêt d'une question dont elle appréciait toute l'importance.

Les membres de la commission ont été frappés de la bonté avec laquelle Sa Majesté a bien voulu les recevoir et les entendre, et se sont empressés de lui témoigner leur reconnaissance.

Après cet exposé, M. Grange ajoute qu'il ne doute pas, qu'en demandant non pas une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, mais seulement la répression des abus, on ne parvienne à des résultats importants ; l'intérêt professionnel se confondant ici avec l'intérêt public. Il pense que les Sociétés de Paris doivent faire de constants efforts pour atteindre le but qu'elles se proposent, et qu'on y arrivera d'autant plus sûrement, qu'on montrera que c'est moins un intérêt professionnel que l'intérêt public qui se trouve engagé dans la répression du plus odieux charlatanisme.

MM. SÉGALAS, SIMONOT, MAYER et GÉRY prennent successivement la parole et expriment unanimement le vœu, que les délégués des Sociétés continuent à se réunir et fournissent au ministre, à qui leur pétition a été renvoyée, tous les documents nécessaires pour l'étude de la question soumise à son attention.

Le secrétaire général, Dr GRANGE.

Un des élèves distingués de l'École de médecine de Bordeaux, interne de l'hôpital Saint-André, M. Champagnac, vient de succomber à la suite d'une fièvre typhoïde contractée au service des malades. Plein d'intelligence et de cœur, il avait su se concilier l'estime et l'attention de ses maîtres et de ses condisciples. Sa mort a été pour tous comme un deuil de famille.

M. Gintrac père, directeur de l'École de médecine et membre de la commission des hospices, M. Levieux, médecin de l'hôpital Saint-André et président de la réunion médico-chirurgicale, M. Delmas, premier interne, ont pris successivement la parole sur le bord de la tombe, et ont exprimé les regrets unanimes que fait éprouver une mort si prématurée. — (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 35. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voilà enfin une véritable séance de discussion. M. Trousseau, qui seul a occupé la tribune, ne s'est pas borné à l'exhibition de ses opinions et de ses doctrines sur la fièvre puerpérale, il est largement entré dans le domaine de l'appréciation, de la critique des doctrines et des opinions des autres ; aussi la discussion, jusque-là un peu froide, a présenté hier intérêt et animation.

C'est que M. Trousseau est un maître en l'art de dire ; sa parole alerte et vive, est éminemment propre aux débats académiques ; il a de l'entrain et de la spontanéité, du trait, une légère couche de malice additionnée d'une dose suffisante d'ironie ; et de tout cela résulte un ensemble qui plaît et qui captive. M. Trousseau a eu hier des moments très heureux, et, dans cette longue improvisation, on a trouvé des morceaux bien réussis.

Quant au fond de la doctrine de M. Trousseau, nous devons nous borner à en donner les principales indications dans notre compte-rendu de la séance. Après l'exposition savante et distinguée que M. le docteur Béhier veut bien faire dans l'UNION MÉDICALE des éléments de la question, nos lecteurs seront suffisamment renseignés.

L'Académie espère entendre M. P. Dubois dans la prochaine séance. Amédée LATOUR.

SYPHILIOGRAPHIE.

ÉTUDE SUR LE CHANCRE CÉPHALIQUE (1);

Par A. FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi.

VII

Deuxième hypothèse : *Immunité de la région céphalique contre le virus du chancre simple.* — Que cette immunité n'est pas absolue. — Inoculations de chancres simples sur certaines régions de la tête. — Cette immunité n'est pas un fait sans analogue. Exemples empruntés à la pathologie. — Opinion de M. Diday. — Objection contre l'hypothèse de l'immunité. — Comment les résultats de l'inoculation artificielle ne sauraient infirmer le fait de l'immunité locale dans les conditions ordinaires où se produit la contagion. — Conclusion doctrinale.

Abordons maintenant le second terme de notre dilemme ; examinons la seconde hypothèse que nous avons formulée précédemment.

S'il est démontré, comme nous le croyons, que le chancre simple ne se transforme pas en un chancre induré par cette raison seule qu'il se trouve transporté sur la région céphalique, il reste à se demander pourquoi on ne le rencontre pas sur ce terrain avec les caractères qui lui sont propres. Existerait-il donc une immunité particulière des téguments de la face et du crâne qui les rendit absolument réfractaires au virus du chancre simple, ou tout au moins qui ne permît à cette variété de l'accident primitif de s'y développer que dans des conditions très rares et tout à fait exceptionnelles ? — Telle est la question qui se présente naturellement à l'esprit et qu'il nous faut discuter en détail.

Tout d'abord, écartons l'hypothèse d'une immunité *absolue* de la région céphalique contre le chancre simple. Quelques soupçons qu'aït élevés notre maître contre ses propres observations et contre celles qu'il a relatées dans ses *leçons cliniques*, quelque isolés que soient les faits de MM. Diday et Bassereau, toujours est-il que plusieurs syphiliographes de haute distinction ont cru, à plusieurs reprises, rencontrer le chancre simple sur les lèvres. Se sont-ils *tous* trompés et dans *tous* les cas ? Personne ne voudrait soutenir cette thèse. L'ensemble et le rapport de leurs témoignages me paraissent une trop sûre garantie contre la possibilité d'une constante erreur. Aussi, pour avoir attaqué ces observations et démontré, je crois, qu'aucune d'elles ne constitue en réalité un fait irréfragable, je n'y attache pas moins un très grand prix et je crois qu'il faut en tenir un compte sérieux, si bien qu'en l'absence même de toute autre preuve, la négation absolue du *chancre simple céphalique* me paraîtrait au moins imprudente.

Et d'ailleurs, la science possède aujourd'hui d'autres faits qui ne permettent plus de mettre en doute la possibilité d'existence d'une ulcération spécifique à base molle développée sur la tête. De hardies expériences, que je ne ferai que signaler ici pour ne pas déflorer l'intéressant travail inaugural d'un de mes collègues des hôpitaux, de hardies expériences, dis-je, ont démontré que le chancre simple peut *germer* — artificiellement, il est vrai — sur différentes parties de la tête, ce domaine que l'on avait cru jusqu'alors inaccessible à son puissant virus. Par l'inoculation, l'on a produit de *véritables chancres à base molle* sur les régions sous-maxillaire, sous-mentonnière, sincipitale, mastoïdienne, etc., chancres qui ont pu être observés et suivis dans leur développement par le public de l'hôpital du Midi (1). — Il est vrai que, jusqu'à ce jour, l'on est resté en deçà des limites de l'ovale facial, que la lancette n'a point osé franchir ; il est vrai que les régions qui sont le plus souvent affectées par contagion, telles que les lèvres et la langue, n'ont pas été encore interrogées. Néanmoins, il faut avouer que les expériences auxquelles je fais allusion, en reculant les limites du terrain accessible au chancre simple jusque sur les frontières mêmes de la face, jettent une singulière défiance sur l'immunité des parties voisines.

La question d'immunité *absolue* étant écartée, le problème du chancre céphalique n'en subsiste pas moins. Il reste à rechercher quelles peuvent être les raisons de l'*extrême rareté* du chancre simple sur la face, en dehors des conditions d'une germination artificielle provoquée par la lancette. Pourquoi le chancre simple *de contagion* ne se rencontre-t-il pas sur les lèvres, sur la langue, dans une proportion égale, sinon supérieure, à celle du chancre induré (2) ? Comment expliquer que toute l'école du Midi, repré-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 16, 22 février, 2 et 9 mars 1858.

(1) Une expérience semblable vient d'être relatée par M. Diday dans la *Gazette médicale de Lyon* (31 décembre 1857). Je la reproduis fidèlement :

« OBS. — Le 18 septembre 1857, sur mon invitation expresse à laquelle il voulut bien se rendre, M. Rollet, chirurgien actuel de l'Antiquaille, recueillit sur une lancette le pus provenant de chancres du fourreau ; ces chancres, au nombre de deux, existaient, depuis quinze jours, chez un jeune homme, et avaient tout l'aspect de *chancres simples*. D'ailleurs, observés ultérieurement pendant un mois encore après l'expérience, ils ont marché et guéri comme des chancres simples.

Avec la lancette chargée de ce pus, M. Rollet fit deux piqûres *au-dessus de l'apophyse mastoïde*, chez un vieillard cancéreux, mais exempt de syphilis actuelle ou passée.

Sur chacun des points piqués, il se développa en deux jours un chancre ; ces chancres journellement examinés par M. Rollet et ses internes, par plusieurs confrères spécialistes et par moi, nous offrirent tous les caractères des *chancres simples*. Pour plus de certitude, on les laissa marcher jusqu'au septième jour. A cette époque, ils avaient pris un assez grand développement. Mais une cautérisation largement et longuement faite avec la pâte de Canquoin suffit pour les convertir en plaies simples et en déterminer la prompte cicatrisation.

Deux mois après, aucun accident qu'on pût leur attribuer n'avait paru chez ce sujet. »

P. DIDAY.

(2) L'on sait en effet que, d'une façon générale, le chancre simple est beaucoup plus fréquent que le chancre induré. A la consultation du Midi, il se pré-

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE (1);

Par le docteur E. GALLERAND,

Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

§ II. — *Hygiène de la navigation dans l'océan Glacial arctique.*

En supposant qu'instruit par l'expérience du passé, on soit parti pour les régions boréales sur un bon navire monté par des hommes robustes et doués d'une constitution appropriée au climat, on aura déjà beaucoup fait pour la prospérité de la campagne, mais il restera beaucoup à faire encore. Il conviendra de s'occuper des mesures à prendre pour conserver un état sanitaire satisfaisant au milieu de toutes les péripéties du voyage.

Les parages dont nous avons à nous occuper ne sont pas absolument insalubres ; la plupart des grandes causes morbides, qui font tant de victimes sur nos navires, dans certaines stations, n'y ont probablement jamais existé. Le fléau cosmopolite par excellence, le choléra, trouve sa limite septentrionale en Europe, à Arkangel, par 64° ; la fièvre jaune n'a jamais dépassé le 48e degré de latitude N. ; les manifestations diverses de l'infection paludéenne n'y sont pas très à craindre non plus ; la limite des fièvres intermittentes sur l'ancien continent est, d'après M. Boudin, représentée par la courbe isotherme de 5e centigrades ; le N. de l'Écosse, les Hébrides, les Schetland, les Feroë et l'Islande, leur échappent. Pendant mes deux stations, je n'ai point eu de dysenterie à traiter ; j'ai été également à même de constater la rareté des fièvres typhoïdes. Voilà certes bien des immunités, mais le cadre nosologique est vaste, et, si nous n'avons pas ici à nous occuper de conjurer les miasmes toxiques et les émanations palustres, nous avons à prévenir les funestes effets des brusques changements de température, à nous défendre contre le souffle glacé des vents du pôle qui portent avec eux la pleurésie, la pneumonie et le rhumatisme aigu. Enfin, nous avons à résister à l'action du froid humide, des jours sombres et pluvieux, du régime uniforme du bord longtemps prolongé, en un mot, de toutes ces influences qui, diminuant peu à peu les forces plastiques de l'économie humaine, finissent fatalement par amener le scorbut, maladie inexorable, qui doit nécessairement s'emparer de tout un équipage, si les conditions qui l'ont fait naître ne changent pas.

Nous étudierons les particularités relatives : 1° aux conditions atmosphériques ; 2° aux vêtements ; 3° au régime alimentaire.

1° *Atmosphère.* — Sur le pont d'un navire à la voile, les hommes de quart sont à peu près inévitablement soumis au temps tel qu'il plaît au ciel de le leur envoyer ; pluie, neige et vent, il faut tout supporter ; les nécessités du service le veulent ainsi. Mais il n'en est pas de même à l'intérieur du navire. Là on peut intervenir très efficacement ; au moyen de quelques précautions faciles, on arrive, par les temps ordinaires, à maintenir la sécheresse, à modérerer les variations thermométriques, et à donner de l'air, tout en évitant les courants trop vifs. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les moyens à prendre pour assécher les endroits les plus humides et diminuer la quantité de vapeur d'eau contenue dans l'air ; tout le monde les connaît. Je recommanderai seulement l'usage fréquent des brasières allumées dans les lieux les plus sombres, le briquage à sec du faux-pont, et, à plus forte raison, de la cale, au lieu du lavage à l'eau de mer (1). La même précaution doit être prise pour la batterie, par les temps pluvieux ou brumeux ; alors, en effet, il n'est pas rare de voir cette partie si fréquentée rester mouillée toute la journée, à la suite du lavage du matin. Quant à l'hôpital, il faut autant que possible en faire la propreté à sec. Il y arrive accidentellement bien assez d'eau, sans qu'on vienne en ajouter encore. Une autre précaution bien nécessaire est d'empêcher les hommes d'accumuler dans le faux-pont des vêtements humides qu'il est indispensable de faire sécher à l'extérieur. On aurait avantage à autoriser le lavage du linge de l'équipage à l'eau douce, mais les circonstances de navigation ne permettent pas toujours d'appliquer cette mesure.

Les refroidissements subits, sous l'impression des courants d'air froid, doivent être l'objet d'une attention toute particulière, dans des latitudes où le voisinage des éternels glaciers du N. communique aux brises qui en arrivent un caractère saisissant qui n'est pas sans danger.

La batterie d'un grand navire est, si l'on n'y prend garde, un endroit perfide où bien des maladies prennent naissance ; tous ceux qui en connaissent la disposition le comprendront facilement. Il y a là cinquante ou soixante ouvertures latérales qui, sous le nom de sabords, permettent de lancer à l'ennemi, le boulet, l'obus et la mitraille ; ce qui en fait une institution des plus respectables. Mais toutes ces embrasures, quand elles restent continuellement ouvertes, permettent aussi aux vents de traverser le navire avec une facilité déplorable qui peut être la cause d'accidents fort graves. Un jour, à bord de la *Psyché*, et dans les environs du cercle polaire arctique, une partie de l'équipage fut *mise aux sacs* dans la batterie ; c'est une occupation paisible qui consiste, pour chaque homme, à visiter ses effets d'habillement et à les entretenir en bon état. Il faisait assez beau, le vent soufflait de l'arrière, tous les sabords étaient ouverts, la température était fraîche, mais très supportable ; jusque là rien n'était plus conforme aux conseils de l'hygiène.

Cependant, le vent changea tout à coup et devint très froid ; la frégate prit le plus près, et la batterie fut alors balayée par vingt courants d'air, espèces de douches horizontales entrant d'un bord, sortant de l'autre, après avoir passé sur les travailleurs qui ne s'en préoccupèrent nullement. Cela durait depuis une heure, lorsque j'arrivai par hasard ; surpris et presque effrayé de voir tant d'hommes tranquillement assis sous cette brise pénétrante, je demandai qu'on fermât les sabords du côté du vent, mais il était trop tard ; plusieurs bronchites intenses, quelques angines, deux cas de rhumatisme aigu, avaient fait invasion et réclamaient nos soins quelques jours après. En tout, une quinzaine d'hommes hors de service, pour n'avoir pas pris une précaution bien simple. Voilà comment je fus conduit à solliciter des mesures relatives à l'occlusion et à l'ouverture des sabords en temps opportun. Depuis, on eut soin de donner du jour et de l'air dans une plus juste mesure.

Les panneaux destinés à permettre le passage du pont dans la batterie ne doivent pas être oubliés. La nuit, les hommes que leur poste de hamacs oblige à coucher près de ces ouvertures, ont quelquefois beaucoup à souffrir ; par les temps froids, et en particulier sous certaines voilures, le vent s'y engouffre et vient tomber sur les dormeurs ; c'est à

(1) Voir le numéro du 16 mars 1858.

(1) Le briquetage à sec a l'inconvénient de faire surgir une poussière fort désagréable. Serait-il impossible d'appliquer au faux-pont d'un navire destiné aux mers du Nord, le procédé de la mise en peinture adopté à bord des vaisseaux pour l'hôpital et la grande chambre ?

sentée par MM. Ricord, Puche et Cullerier, ne puisse en fournir un seul exemple? Pourquoi M. Bassereau n'en a-t-il relaté qu'une observation *unique*, lui le plus intéressé de tous à réfuter l'argument du chancre céphalique que l'on oppose à sa théorie du double virus? Que dire aussi du fait *isolé* de M. Diday, autre chef de l'école dualiste? Que penser enfin, pour citer mon propre travail, de cette constante et invariable uniformité des observations qu'il m'a été donné de recueillir; comment vingt-six mois de recherches spéciales m'ont-ils fourni plus de 150 exemples de chancres céphaliques à forme infectieuse, et pas un seul cas de chancre simple?

Évidemment, il n'y a aucune part à faire au *hasard*, aux chances *des séries*, comme disent les statisticiens, dans ce résultat de l'*observation générale*. La raison doit en être cherchée ailleurs, et force est bien d'admettre que *si le chancre simple ne se rencontre pas sur la face, c'est qu'*IL NE PEUT S'Y DÉVELOPPER ; c'est, en d'autres termes, qu'il existe une sorte d'IMMUNITÉ LOCALE de la région céphalique contre le virus du chancre simple.

Mais quelles sont à leur tour les raisons de cette immunité? — Elles nous échappent absolument, et c'est en vain que l'on rechercherche quelque explication anatomique ou physiologique à cette condition étrange qui rend la face invulnérable à tel virus plutôt qu'à tel autre.

Cette particularité tout exceptionnelle d'une région réfractaire au chancre simple, — ce chancre au pus virulent par excellence, au pus si facilement transmissible et si sûrement inoculable, — cette particularité, dis-je, constitue sans doute un fait trop insolite pour être accepté sans défiance. L'esprit n'accueille qu'à regret l'hypothèse d'une immunité locale dont le mystère lui échappe, pour expliquer le caractère univoque que revêt le chancre céphalique. Ajoutez d'ailleurs qu'il manque à cette interprétation le contrôle d'une expérimentation *directe*, sans laquelle il ne saurait exister de certitude absolue. La lancette seule, *portée sur la face*, pourrait lever tous les doutes; mais il est probable que cette épreuve fera défaut longtemps encore.

Cependant, cette hypothèse d'une immunité locale contre une affection particulière telle que le chancre simple, paraîtra peut-être moins extraordinaire si l'on réfléchit à cette considération que *beaucoup de maladies ont un lieu d'élection spécial, en dehors duquel elles ne se manifestent pas ou se manifestent rarement.* — En d'autres termes, il est certaines régions qui semblent inaccessibles ou difficilement accessibles à tel ou tel état morbide.

Citons quelques exemples :

La *gale* affecte certains siéges de prédilection; l'éruption psorique se fait avec méthode, « affectant régulièrement des parties similaires de chaque côté du corps, *ne se montrant jamais sur certaines d'entre elles* (1). » *La face*, à l'exception du menton où il paraît que l'on a rencontré l'acarus dans ces derniers temps, *la face est un terrain inaccessible à la gale* (2). Comment expliquer cette inaptitude d'une région, surtout pour une maladie « dont les manifestations ne dépendent que de la piqûre capricieuse d'un insecte? »

N'est-il pas surprenant de même de voir la diphthérite attaquer si fréquemment les muqueuses du larynx, de la trachée et du pharynx, etc., et respecter invariablement, à quelques millimètres de distance, la muqueuse de l'œsophage, où la production de fausses-membranes est, comme on le sait, tout à fait *exceptionnelle?* (1)

Que dire encore de la papule muqueuse, qui, si fréquente à la bouche, si commune surtout sur les amygdales, le voile du palais et ses piliers, ne franchit presque jamais l'isthme du gosier pour affecter les parois postérieure et latérales du pharynx (2)?

Le pus blennorrhagique, qui contagionne si facilement certaines muqueuses, reste sans effet sur telles autres (3). Comment interpréter, par exemple, cette énorme disproportion de fréquence entre les affections blennorrhagiques de la conjonctive et de la pituitaire, deux muqueuses qui, cependant, sont exposées à la contagion dans des conditions presque égales?

Pourquoi telle séreuse, comme le péricarde, est-elle affectée si facilement par le rhumatisme, lorsque telle autre membrane du même système organique, comme le péritoine, n'est jamais atteinte par la même diathèse?

Et ainsi d'une foule d'affections qui paraissent exclues de certains siéges, sans qu'aucune condition appréciable nous révèle l'obstacle qui leur en défend l'accès.

Les exemples précédents nous montrent donc que l'immunité, absolue ou relative, de la région céphalique contre le chancre simple ne constitue pas un fait isolé dans le cadre nosologique. C'est au contraire un fait qui a ses analogues, et l'on ne saurait se refuser à reconnaître que l'hypothèse d'une *inaptitude locale* emprunte une certaine autorité à ces derniers rapprochements.

Quelque inexplicable qu'elle soit, cette *immunité locale* paraît, en définitive, la *seule* raison rigoureusement admissible du caractère univoque que revêt le chancre céphalique. C'est donc à cette dernière interprétation qu'il convient, je crois, de s'arrêter, dans l'état actuel de nos connaissances.

Qu'il me soit permis de dire, en terminant, qu'un éminent suffrage est acquis déjà à l'hypothèse que je viens de développer. Dans une publication récente (4), M. le docteur Diday a formulé sur cet intéressant problème du chancre facial une solution toute semblable, que je m'empresse de reproduire ici :

« Adoptez franchement, dit le savant syphiliographe, pour le chancroïde et la vérole deux principes distincts, aussi étrangers l'un à l'autre que le favus l'est à la morve. Alors tout s'explique dans le problème du chancre céphalique, tout devient clair. Alors vous comprenez qu'à l'instar de tant d'autres agents contagieux, l'*un d'eux puisse avoir des lieux dont l'accès lui est fermé*. Alors, au lieu de croire qu'à la tête il ne peut exister que métamorphosé par l'influence locale, vous admettez simplement ce qui est : que, dans cette région, *il n'existe pas du tout*. — Et quant à l'autre principe, quant au virus infectant, rien, absolument rien, ne saurait faire accorder à la tête la propriété de l'engendrer de toutes pièces. Au reste, on n'a nul besoin de recourir à cette supposition absurde. Il se montre à la tête, comme ailleurs, pas plus souvent qu'ailleurs. S'il règne là *seul*, ce n'est point qu'il y dénature à son profit, qu'il y indure le chancroïde qui se hasarderait à y paraître. C'est tout simplement que LE CHANCROÏDE N'Y PREND PAS. »

Une objection s'est élevée déjà contre cette interprétation de M. Diday, qui est aussi la mienne. « Voyez, nous dit-on, ce qu'ont fourni jusqu'à ce jour les inoculations de chancre simple sur la région céphalique. Tous les points qui ont été interrogés à la lancette se sont laissé facilement inoculer, aussi facilement que le bras, la cuisse, la verge, etc..., et ces premières expériences doivent, en vérité, laisser peu de doute sur les résultats que produirait l'inoculation pratiquée sur des régions encore inexplorées, telles que les lèvres et la langue. Comment donc admettre, après cela, cette prétendue immunité de la tête contre le chancre simple *de contagion?* »

Il est facile de prévoir la conclusion à laquelle sont conduits, par une logique rigoureuse, les auteurs de cette dernière objection. Exhumant et reprenant pour leur compte un ancien argument de l'école physiologique, ils arrivent à reconnaître une différence *radicale* — mais toujours inexpliquée — entre la *contagion* et l'*inoculation* du chancre.

Nous ne les suivrons pas sur cette voie, et, néanmoins, c'est en invoquant également une *certaine* différence entre ces deux procédés d'infection pour le cas actuel, que j'essaierai, pour ma part, de leur répondre.

Inoculer un chancre sur la face, ce n'est pas imiter un procédé de contagion, c'est l'*exagérer*. Que la face présente une certaine inaptitude à recevoir un virus ou un parasite, elle pourra bien échapper à la contagion dans les conditions ordinaires qui président à l'acte contagieux. Mais que ces conditions soient dépassées, forcées, pour ainsi dire, le pouvoir de résistance sera débordé, et l'infection se fera (1). La gale, par exemple, ne se prend pas par la face; mais qu'arriverait-il si l'on venait à déposer sur le front, à l'abri d'un verre de montre, quelques acarus bien vivants? Telle graine exotique qui, jetée au hasard sur notre sol, y meurt sans pousser de germes, s'y développe au contraire, si l'art intervient pour forcer, en quelque sorte, la main à la nature. Eh bien, il en est de même ici pour la graine du chancre. Le procédé d'inoculation qui insère, qui emprisonne une gouttelette de pus sous l'épiderme, me semble bien différent de l'acte de contagion dans lequel le virus est simplement déposé sur la peau, saine et intacte le plus souvent. Dans un cas, le virus est porté dans nos tissus, en nature, en substance; il faut bien qu'il manifeste sa présence par l'éclosion d'un chancre; dans l'autre, tout dépend d'un simple contact, et si la région jouit d'un *certain* pouvoir réfractaire, il n'est pas étonnant qu'elle échappe à la contagion.

Aussi ferai-je remarquer — et ceci me paraît d'une importance capitale dans la question en litige — que *les résultats de l'inoculation, à supposer même qu'ils démontrent dans l'avenir la possibilité de faire germer artificiellement sur la face le virus du chancre simple, n'infirmeront en rien ce fait de l'immunité locale de la région, dans les conditions ordinaires où la contagion se produit.*

Mais, je le répète, la lancette n'a pas encore été portée sur les points où le chancre de *contagion* se manifeste le plus souvent, et nous ignorons ce que produiraient de semblables expériences. A part les inductions que peut nous fournir l'analogie, nous n'avons aucune donnée pour affirmer ou nier que l'inoculation du

sente environ *trois chancres simples contre un chancre infectant.* (V. *Leçons sur le chancre*, p. 15)

L'on sait de plus que le chancre simple fournit un pus *virulent* par excellence, qui s'inocule à coup sûr; qu'il sécrète à flots ce virus spécifique; que sa cicatrisation est lente, et qu'il conserve le plus longtemps les caractères de la virulence : toutes conditions qui augmentent et facilitent les chances de contagion.

(1) Devergie, *Maladies de la peau*, p. 584.

(2) D'après M. Devergie, il en serait de même pour *la partie externe des membres et le dos.* Ouvr. cité, p. 584.

(1) V. Rilliet et Barthez, t. I, p. 276.

(2) V. Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 319.

(3) Diday.

(4) *Nouvelles doctrines sur la syphilis*, par Diday. Paris, J.-B. Baillière et fils. — Ce mémoire, à part quelques additions récentes, était achevé vers la fin de juin 1857. J'ignorais absolument, à cette époque, les idées de M. Diday sur la solution à donner au problème du chancre céphalique. — Je suis heureux d'être arrivé à une conclusion toute semblable à la sienne.

(1) « Je crois que l'*inoculation peut forcer la porte*, » me disait M. Diday dans une lettre toute récente.

---

n'y pas résister. Il y a donc lieu d'écarter autant que possible les postes de couchage du voisinage des panneaux, de fermer ceux que la circulation ne rend pas nécessaires, et de garantir les autres avec les toiles imperméables destinées à cet usage. En employant ces précautions, qu'on ne craigne pas trop les effets d'une atmosphère confinée; ce qui serait plein d'inconvénients ailleurs, n'en a a pas ici. Quand il fait très froid et qu'il vente beaucoup, l'air pénètre encore d'une manière suffisante.

2° *Vêtements.* — Le département de la marine a déployé une sollicitude presque maternelle, afin de pourvoir les navires destinés aux pays froids de tous les objets utiles à préserver les hommes; on peut s'en convaincre par la note suivante :

État des objets à délivrer en supplément d'armement pour les campagnes du Nord.

(Dépêche du 16 mars 1850.)

Capotes ou cabans en drap. . . .	1	à chaque aspirant ou maître.
Bottes dites d'Islande.	1	pour chaque homme.
Pantalons en frise	1	d°
Chemises en mollelon.	1	d°
Colillons en toile à voiles.	1	d°
Bonnels de laine drapée	1	d°
Sud-Ouest en loile peinturée . . .	1	d°
Mitaines en froc.	1	d°
Bas de laine.	2 paires	d°
Manchettes en cuir.	1	d°
Seconde couverture pour hamacs.	1	d°

Il n'y a rien à ajouter à cette liste, et l'on ne peut qu'admirer la prévoyance du ministère de la marine. Mais l'emploi de ces ressources peut être plus ou moins judicieux. Si, au moment du départ, on délivre à chaque homme les effets supplémentaires qui lui reviennent et qu'on en permette incessamment l'usage, ils seront prodigués sans discernement, et, par suite, usés avant le temps où ils deviendraient le plus nécessaires. A l'époque ou l'on quitte ordinairement la France, en avril ou en mai, les vêtements ordinaires du matelot doivent lui suffire; il faut attendre que l'on ait fait quelques centaines de lieues dans le N., avant de livrer les habillements spéciaux, et l'on pourra ensuite les faire porter pendant environ deux mois. Mais, en juillet et en août, il sera convenable d'en interdire l'usage, à cette époque de l'année la température étant généralement assez douce dans toute la zone navigable de l'océan glacial. En septembre, au contraire, un changement subit se manifeste dans l'atmosphère, et l'on entre dans la période la plus pénible de la campagne. Puis arrive le mois d'octobre, et il faut se hâter de quitter ces lieux où l'hiver et la nuit vont régner absolument. Le retour en France qui oblige à doubler le cap Nord dans une saison avancée, et à franchir l'espace qui sépare le 72e degré de latitude Nord du 50e, ne se fait pas sans un peu de misère; voilà pourquoi il est très important de conserver, par une économie intelligente, toutes les ressources que l'on possède, afin de les employer au moment le plus rigoureux.

3° *Aliments.* — Dans nos institutions maritimes, une égale prévoyance pour la santé des équipages a pourvu, selon les cas, au régime alimentaire. Sous l'influence du froid, les fonctions digestives s'accélèrent, l'appétit devient plus vif, la nutrition s'active, afin, sans doute, de fournir des matériaux plus abondants à une combustion plus rapide. Cette vérité admise, il était logique d'augmenter la ration des hommes. Cette mesure a été adoptée depuis longtemps; un arrêté du 14 octobre 1848 l'a déterminée dans les termes suivants : « Il sera délivré aux » bâtiments en mission à Terre-Neuve ou naviguant dans les mers » boréales et australes, c'est-à-dire au-delà du 50e degré de latitude N. » et S., un supplément de biscuit fixé à 60 grammes par homme et par » jour. » Depuis cette ordonnance, quelques améliorations utiles sont venues modifier avantageusement la ration, et varier la nature des aliments. La marine profite des progrès de l'industrie; c'est ainsi que, depuis plusieurs années déjà, on a introduit à bord l'usage des légumes préparés par le procédé Masson. Les conserves de viandes d'après la méthode d'Appert rendent aussi de grands services; mais elles sont réservées pour les malades, et c'est du régime journalier qu'il est question en ce moment.

Y aurait-il lieu de faire entrer dans la nourriture de l'équipage quelque autre substance, dans le but de rendre les hommes encore plus propres à la résistance au froid? Pour une simple campagne de six mois, accomplie dans la belle saison, cette précaution ne me semble pas nécessaire, mais, s'il s'agissait d'aller hiverner au milieu des glaces, je crois qu'il n'y aurait pas à hésiter; l'expérience et la physiologie démontrent l'opportunité d'une pareille mesure. J'ai déjà cité quelques passages extraits des voyages du capitaine Ross; en voici un autre qui me paraît plus remarquable encore :

« Il serait nécessaire pour toutes les expéditions entreprises dans les » régions polaires, si surtout on a en vue un hivernage, que la ration » du bord fût augmentée, quelque incommodité qui dût en résulter du » reste. Il serait également à désirer que les hommes pussent s'habi» tuer à manger la nourriture groënlandaise. Toute l'expérience a » prouvé, en effet, qu'une grande consommation d'huiles et de viandes » grasses est le véritable secret de la vie dans ces régions glacées, et » que, sans cela, les naturels ne pourraient exister, tomberaient ma» lades et succomberaient même avec un régime plus maigre. Je ne » sache pas que la chose soit impossible. Tout le monde sait, en effet, » que les malades qui ont été traités dans les hôpitaux en Angleterre, » avec l'huile de poisson pour la guérison du rhumatisme *(of rhuma» tism)* ne se sont pas seulement habitués à cette substance, mais » qu'eux-mêmes ils ont fini par donner la préférence à la plus forte et » à la plus désagréable. Je ne doute pas, en effet, que, parmi le grand » nombre de malheureux qui ont succombé pendant l'hivernage dans » ces climats, beaucoup eussent pu être sauvés, s'ils avaient eu con» naissance de ces faits, et s'ils s'étaient conformés, comme la pru» dence l'indique généralement, aux usages et à l'expérience des indi» gènes. »

Il est curieux de voir un homme étranger, comme il le déclare luimême, aux sciences médicales, découvrir le rôle des corps gras qui ont été, après tant de discussions, rangés dans la classe des aliments respiratoires et combustibles. Ce que l'intuition du navigateur anglais avait entrevu, l'instinct des indigènes des pays hyperboréens l'avait découvert bien auparavant. Les Esquimaux boivent de l'huile de phoque depuis des siècles; et voilà que la physiologie contemporaine nous annonce que les substances grasses ont pour mission spéciale d'entretenir la chaleur animale. N'y a-t-il pas lieu d'admirer cette mystérieuse impulsion qui conduit l'homme, en tout lieu et en tout temps, à choisir spontanément le régime le plus propre à entretenir en lui les forces réactionnelles nécessaires au maintien de l'équilibre vital!

Dans ce qui précède, on trouve des enseignements précieux, et, s'il me fallait subir un de ces terribles hivers des régions polaires, je n'hésiterais pas à faire entrer dans ma nourriture une plus forte proportion de matières grasses : l'huile ou le beurre, par exemple.

(La suite à un prochain numéro.)

chancre simple puisse se faire sur les lèvres et la langue comme sur toute autre région. *Il faut donc attendre.* L'attention des syphiliographes est appelée aujourd'hui sur cet intéressant problème du chancre céphalique; et il est impossible que, dans un avenir prochain, les efforts de nos maîtres ne jettent pas un nouveau jour sur cette mystérieuse question.

En résumé, donc :

1° Les chancres que l'on rencontre sur la face semblent appartenir, *comme fatalement*, à une seule espèce de l'accident primitif, l'espèce indurée, infectieuse. — Le chancre simple de la face — si tant est qu'il existe — est extrêmement rare et véritablement exceptionnel.

2° Le caractère univoque du chancre facial ne saurait être attribué à une transformation *in situ* subie par le chancre simple sous une influence de région ou de tissu. Une semblable modification, hypothétique en principe, est démentie par l'observation et par les résultats des recherches les plus récentes sur la transmission du chancre.

3° Si le chancre induré est la seule espèce de l'accident primitif que l'on observe sur la face, cela ne tient probablement qu'à la condition d'une *immunité* spéciale de cette région contre l'autre espèce. En d'autres termes, le chancre simple ne se rencontre pas sur la face parce qu'il ne peut y germer, parce qu'il n'y a pas accès.

4° En dernier lieu, cette hypothèse d'une immunité locale semble légitimée par l'inaptitude analogue de certaines régions à contracter différents états morbides.

S'il m'était permis d'ajouter quelques mots, en terminant, sur la partie doctrinale de cette question, je dirais que la théorie de l'unicité du virus ne me paraît devoir rien gagner à l'argument du chancre céphalique, dont elle a cru cependant se faire une arme contre les dualistes. Impuissants à démontrer d'une façon véritablement scientifique que les conditions du siége soient susceptibles de modifier la nature d'un chancre, les partisans de l'unicité me semblent, dans le cas actuel, avoir posé un problème dont ils n'ont à offrir aucune solution acceptable. — La doctrine adverse, au contraire, sans dissiper toutes les obscurités de la question, paraît cependant dès aujourd'hui plus apte à expliquer le développement exclusif du chancre induré sur la face et la proscription mystérieuse du chancre simple. Peut-être même a-t-elle déjà levé un coin du voile. Séparant en principe les deux virus chancreux, on la sent plus à l'aise pour leur attribuer des *affinités différentes;* invoquant d'ailleurs des analogies sérieuses à l'appui de l'interprétation qu'elle propose, elle paraît presque autorisée à reconnaître pour l'un de ces virus, comme pour tant d'autres agents contagieux, des régions inaccessibles et invulnérables.

Aussi, comme l'a fait remarquer M. Diday, l'argument du chancre céphalique est une objection qui ne porte pas contre les dualistes. Loin de là : ces derniers peuvent, au contraire, invoquer comme autant de témoignages en leur faveur les résultats des expériences les plus récentes dont nous avons parlé précédemment. Enfin, qu'il soit réservé à l'avenir de nous montrer le chancre simple développé sur *la face* par le fait de la contagion ou de l'inoculation artificielle, ou bien que l'immunité de cette région contre l'accident primitif, non infectant soit expérimentalement établie, dans les deux cas la doctrine de la dualité ne peut que recevoir une confirmation nouvelle des recherches provoquées sur ce point par l'impartiale initiative de notre maître.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Mars 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° De nouveaux renseignements sur les eaux de Forges-les-Brûs (Seine-et-Oise), sur lesquelles il avait été fait un rapport négatif. (Com. des eaux minérales.)

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départemens du Jura, de la Creuse, de la Gironde, du Pas-de-Calais et de la Dordogne. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Le compte-rendu des actes de la commission générale de l'Association d'assurance des médecins de la Seine pendant l'année 1857.

2° Une lettre de M. le docteur MÉNIÈRE, qui prie l'Académie de vouloir bien inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

3° Un mémoire sur l'iode, son emploi en médecine, son action toxique et des moyens de la neutraliser, par M. Galy, pharmacien. (Comm. MM. Blache, Boutron et Chatin.)

M. BOULLAY donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Eug. MARCHAND, de Fécamp, informe l'Académie qu'il a pu constater la présence de l'iode dans de l'eau de neige, tombée le 2 de ce mois. Il en a trouvé 0,002 milligrammes par 40 litres.

M. GUÉRARD, en son nom et au nom de M. Longet, lit un rapport sur un travail de M. DA CAMARA, ayant pour titre : *De la température de l'homme et des animaux.*

Le rapport de M. Guérard se termine ainsi :

« L'ouvrage dont nous venons de présenter l'analyse sommaire, ne contient point de faits nouveaux ou saillants : mais il renferme un nombre considérable de recherches bibliographiques, et il résume d'une manière claire et méthodique, en les appréciant avec une sage critique, les travaux publiés sur la température de l'homme et des animaux.

» A ces titres, votre commission a jugé que cet ouvrage est digne de l'approbation de l'Académie, et elle a l'honneur de vous proposer d'ordonner qu'il soit déposé honorablement dans vos archives, et que des remercîments soient adressés à l'auteur.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. TROUSSEAU :

« Messieurs, permettez-moi de vous rappeler que je ne devais prendre la parole dans cette discussion qu'après M. Dubois, si autorisé en pareille matière; je regrette qu'il ne m'ait pas précédé à cette tribune. Je voulais aujourd'hui, montrant à la compagnie la même déférence dont ceux qui ont parlé avant moi m'ont donné l'exemple, je voulais, dis-je, rédiger les idées que je tiens à émettre, mais le temps m'a manqué. Je vais revenir, en peu de mots, sur ce que j'ai dit dans la dernière séance.

J'ai dit que la fièvre puerpérale n'appartient pas à la femme seulement, mais qu'elle appartient : aux femmes récemment accouchées; aux femmes non accouchées; aux fœtus encore dans le sein maternel; aux enfants nouveau-nés; aux opérés, et, enfin, aux individus sans traumatisme.

J'ai établi cette proposition avec quelque brutalité; j'ai, — si l'on veut me permettre cette expression triviale, — mis le pied dans le plat, et j'ai, tout d'abord, scandalisé l'Académie. Mais, en développant ensuite ma pensée, j'ai vu qu'on s'y ralliait assez volontiers, et, en sortant, j'ai été entouré par des médecins et des chirurgiens qui m'ont dit que j'étais dans le vrai. M. Dubois lui-même m'a dit : Mais nous savons tous cela! Je me servirai tout à l'heure de cet aveu contre M. Dubois.

Cela est vrai, toutefois; tout le monde savait cela, et je ne revendique, en aucune façon, la propriété de cette idée. Elle est partout; je l'ai ramassée je ne sais où ; je l'ai mise au bout d'un bâton, et j'en fais un drapeau. Je n'ai et ne veux pas d'autre mérite.

Cela, en effet, a été dit en 1826 par M. Velpeau; peut-être ne se le rappelle-t-il pas; il a écrit tant de bonnes choses qu'il peut bien avoir oublié celle-là. Mais, nous le savons, nous qui le lisons et le relisons. Dance, ensuite, et les auteurs récents, MM. Beau, Dumontpallier, Béhier, etc., l'ont dit, non avec la même brutalité que moi, mais dans le même sens. J'espère donc que cette proposition ne paraîtra plus aussi mal sonnante que dans le premier moment où je l'ai formulée.

Venons aux preuves.

Et, d'abord, voyons ce qu'est la fièvre puerpérale. Je n'en ferai pas l'histoire; cette histoire a été trop bien faite par M. Depaul pour que je veuille la recommencer. J'en esquisserai seulement les principaux traits et je montrerai que ces traits se retrouvent en dehors des conditions de la puerpéralité.

La fièvre puerpérale revêt trois formes décrites chacune par un assez grand nombre d'auteurs : 1° L'infection purulente — je prie, une fois pour toutes, que l'on ne s'arrête pas aux dénominations dont je me sers. Je n'y attache aucune importance et il me suffit que l'on me comprenne. Dans cette forme, apparaissent des phlébites, des phlegmons, des abcès métastatiques, des inflammations des séreuses et des synoviales, etc., lésions décrites par tous ceux qui se sont occupés de ce sujet et qu'a rappelées M. Hervez de Chégoin. 2° L'infection putride aiguë, sur laquelle ce chirurgien a insisté dans la dernière séance, et qui n'est pas tellement nouvelle cependant qu'elle lui appartienne en propre : Bauër, M. Danyau et d'autres, en ont parlé. 3° La plus étrange des formes de la fièvre puerpérale est celle que l'on a désignée sous le nom de typhus nerveux puerpéral.

Il en est d'autres, à coup sûr; mais je me bornerai à ces trois principales.

Voyons les mêmes accidents se produire en dehors de la puerpéralité.

Le premier qui les ait bien montrées dans les conditions dont il s'agit, est M. Lorain, car il les a montrées évidentes chez des fœtus morts dans le sein de leur mère.

A l'autopsie, on trouve de la sérosité et du pus dans les plèvres, toutes les lésions de la péritonite, et, de plus, des fausses membranes fibrineuses sur la rate, le foie et les intestins, formant sur ces derniers de véritables soudures intestinales. La fièvre puerpérale existe donc chez les fœtus avant la naissance.

Sortons un peu plus des conditions de la puerpéralité et arrivons à l'enfant nouveau-né. Déjà, à Necker, frappé des symptômes et des lésions que les enfants présentent dans certaines circonstances, j'avais créé ce mot : fièvre puerpérale des enfants. Je n'avais fait que la nommer; depuis, cette idée a été fécondée par MM. Delpech, Bouchut et Lorain, et, à féconder ainsi une idée, il y a plus de mérite qu'à l'émettre. Je dis cela, Messieurs, parce qu'il m'a semblé qu'un des précédents orateurs parlait avec sévérité d'un de ses élèves qui n'avait pas suffisamment indiqué la source orale où il avait puisé. Tous, tant que nous sommes, enseigneurs, nous devons nous montrer reconnaissants envers ceux qui reprennent les idées que nous énonçons quelquefois sans nous y arrêter, et qui, sans eux, seraient perdues. Je reprends, M. Lorain montre donc non seulement la péritonite, mais encore des abcès dans les articles, etc., chez des enfants nés de femmes non atteintes de fièvre puerpérale. M. Bouchut, dans son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés, signale des abcès dans les plèvres et les autres lésions que M. Sédillot avait montrés dans la résorption purulente des amputés.

M. Lorain montre, en outre, chez les enfants, un écoulement fétide se faisant par l'ombilic, et qu'il désigne par le mot expressif de *lochies ombilicales;* des érysipèles, des phlegmons, de la diphthérite, etc., absolument comme M. Dubois avait montré ces accidents chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale.

Mais, jusqu'ici, nous ne sommes pas complétement en dehors de la puerpéralité; on peut dire que l'enfant participe encore aux conditions de la mère, — quoique j'aie fait voir l'enfant devenant malade alors que la mère n'avait rien, — rien d'appréciable à nos sens, voilà tout : certaines transmissions restent mystérieuses qui n'en sont pas moins rigoureusement constatées; ainsi, la variole communiquée à l'enfant par la mère indemne, au voisinage de varioleux; — mais passons, et voyons la femme au commencement du travail.

Pendant l'épidémie de 1856, une fille, florissante de santé, entre à la Maternité. Il n'y avait pas de commencement de travail, pas de plaie par conséquent, elle est frappée par l'épidémie et succombe en trois jours. Ce fait est emprunté à l'excellente thèse de M. Tarnier. Dans la même thèse, on lit encore l'observation de sages-femmes, frappées en dehors de toute gestation; à la vérité elles avaient leurs règles, et l'on a dit que la menstruation était une sorte de puerpéralité, puisqu'il y avait alors exfoliation de la membrane interne de l'utérus et déchirures sans lesquelles aucune hémorrhagie ne peut avoir lieu.

Laissez-moi donc vous citer encore un fait de la thèse de M. Tarnier. C'est une sage-femme qui, plusieurs jours après la cessation des règles, succomba en trois jours à une fièvre puerpérale terrible. Il est vrai de dire aussi, cependant, que cette malade, pendant les jours qui suivirent l'écoulement menstruel, avait offert un peu de malaise et d'inappétence. Je mentionne ces détails afin qu'on ne puisse pas me reprocher d'avoir laissé la moindre chose dans l'ombre.

Si maintenant nous venons aux hommes, nous voyons que, dès 1826, M. Velpeau, alors chef de clinique à l'hôpital des Cliniques, signale des abcès dans les plèvres et dans les articulations, chez les opérés, en temps d'épidémie puerpérale. Dance indique les mêmes lésions. En 1838, M. Tessier, alors dans les voies de la médecine régulière, publie un travail sur l'infection purulente et reconnaît une similitude frappante entre ce qui se passe chez les nouvelles accouchées et chez les opérés. Chez les unes et les autres il signale les mêmes lésions : inflammations des séreuses, des veines, diphthérite, phlegmons, etc.

Enfin, chez les blessés, après des excès alcooliques ou les grandes émotions de la bataille, on observe le typhus nerveux qui a été donné, ailleurs, comme une des formes de la fièvre puerpérale.

Si je ne me trompe, Messieurs, je viens de vous montrer les symptômes de la fièvre puerpérale; — à part, bien entendu, ceux qui sont propres aux organes génitaux — se retrouvant ailleurs que chez la femme. Discutons maintenant cette identité, car, jusqu'ici, je n'ai présenté que les faits bruts.

M. Voillemier conteste cette identité, se fondant sur ce que, chez les nouvelles accouchées, on ne trouve pas d'abcès métastatiques. Je suis sûr que M. Velpeau, qui, je l'espère, prendra la parole dans cette discussion, ne sera pas de l'avis de M. Voillemier.

En 1829, M. Tonnellé, sur 222 autopsies de femmes mortes de la fièvre puerpérale, trouve 23 fois des pleurésies suppurées, 8 fois des abcès métastatiques dans les poumons, 3 fois dans le foie, 2 fois dans le pancréas, 44 fois dans les muscles, 10 fois dans les articulations. MM. Désormeaux, Dubois, Danyau, Cruveilhier, Moreau, etc., ont observé des abcès métastatiques.

Dans les mémoires récemment publiés, MM. Charrier, Lorain, Tarnier, etc., les indiquent.

Mais sans m'appesantir sur cette discussion incidente, je reviens à mon propos, et je dis que les lésions graves, communes aux femmes et aux hommes, ont leur raison d'être dans une cause générale qu'il s'agit de chercher...

M. BOUILLAUD : Je demande la parole.

M. TROUSSEAU : Si M. Bouillaud veut que je lui cède la tribune, je suis prêt à le faire, l'Académie y gagnera.

M. BOUILLAUD : Je demande simplement à être inscrit; je prendrai la parole quand mon tour viendra.

M. TROUSSEAU : J'aborde la partie délicate de mon argumentation, car je vais être forcé de discuter les opinions de plusieurs de mes collègues.

En donnant la preuve, comme je l'ai fait, que les symptômes et les lésions de la fièvre puerpérale n'appartiennent pas exclusivement aux femmes nouvellement accouchées, j'ai déjà répondu à M. Guérard et à M. Depaul. Je suis de leur avis, ainsi que de celui de M. Dubois, sur un grand nombre de points, mais non sur tous; et quoique je m'écarte d'eux dans cette discussion, je m'écarte encore davantage des localisateurs, — je suis le plus grand ennemi de la localisation.

M. Beau s'est mis un peu à cheval sur les deux doctrines; mais c'est la jambe boiteuse qu'il a engagée dans le camp des vitalistes; il a laissé sa bonne jambe dans celui des localisateurs. J'y reviendrai dans un instant.

M. Hervez de Chégoin, se posant en franc organicien, a cherché son appui dans les doctrines de M. Piorry, ou plutôt il a prêté son appui à M. Piorry.

Je ne discuterai pas les opinions de M. Piorry; j'aurais peur, en me servant par hasard de ses mots, d'encourir le périlleux honneur qui en est revenu à l'honorable M. Depaul. D'ailleurs, M. Piorry a posé sa nomenclature au-dessus de toute discussion. Il l'impose même, un peu pontificalement, *urbi et orbi*, à la manière de Léon X et de Jules II. Je préfère le laisser dans les régions glorieuses de l'apothéose où il se complaît.

Je parlerai de l'organicisme mitigé qui a rallié un assez grand nombre de partisans.

Une phlébite se déclare, du pus se forme; une fois dans les vaisseaux, il infecte toute l'économie, et de là une affection — on ne dit pas générale — mais généralisée.

Déjà les chirurgiens avaient émis cette idée là. Je parle des chirurgiens organiciens et localisateurs. Or, il s'agit de savoir, avant tout, si le pus est absorbable. Des micrographes très pertinents le nient. Qu'il y ait des éléments absorbables dans le pus, on ne le nie pas, le pus contenant des éléments séreux; mais c'est du pus en nature qu'il s'agit.

Au surplus, en admettant cette dernière absorption, cela n'expliquerait pas les collections énormes que l'on trouve dans certains cas. Ainsi, une plaie du diploé qui ne fournit par jour que la valeur d'un dé à coudre de pus peut être suivie d'infection purulente et au bout de deux jours, on trouvera, loin de là, dans les autres organes, des collections contenant quatre ou cinq litres de pus. L'absorption n'est donc pas la cause de ces accidents et il faut la chercher ailleurs.

Chez le fœtus, encore un coup, il n'y a pas de plaie. Quelques femmes n'ayant aucune plaie, meurent avec des collections purulentes considérables. M. Jobert en a cité des exemples. D'où vient le pus?

Mon Dieu! Messieurs, j'ai souvent été frappé de la longanimité des chirurgiens de Paris. On voit — je le dis tout bas — que la mortalité dans les hôpitaux de la capitale est plus considérable que dans les petites localités. D'où cela vient-il aussi? Ce n'est certainement pas de l'habileté ni de la science moins grandes ici qu'ailleurs. Nous en trouverons la cause dans un instant. Continuons.

Pour M. Beau, la fièvre puerpérale est toujours consécutive à une phlegmasie. Toutefois, une diathèse inflammatoire précède cette phlegmasie. M. Beau aurait dû nous expliquer plus clairement ce qu'il a voulu nous dire. Il a fait intervenir des expériences microscopiques sur la fibrine; mais on n'y croit plus maintenant que l'on sait que la fibrine

est tantôt en excès, et tantôt fait défaut dans les mêmes catégories d'affections. Pour M. Beau, la diathèse n'est rien; mais alors que deviennent les expériences de M. Renault sur le *sang de rate?* On sait que les animaux qui sont atteints de cette maladie ne présentent rien d'anormal pendant plusieurs jours, et qu'ils sont tués, tout d'un coup, dans un temps extrêmement court. Il en est de même de la variole : pendant l'incubation, il se passe quelque chose de profond qu'il ne faut pas négliger. Que M. Beau dise qu'il ne voit rien; oui. Mais que cela ne soit rien ! non. Si la diathèse n'est rien, comment se fait-il qu'une entorse survenant chez un sujet scrofuleux, M. Beau, qui est un bon médecin malgré lui, sache lui dire : Restez au lit pendant trois mois s'il le faut; ne remuez pas votre articulation malade, etc. J'admets, comme lui, comme tout le monde, les phlegmasies; mais le tort qu'il a eu, c'est de ne pas assez distinguer les accidents puerpéraux de la fièvre puerpérale, et c'est là que je veux en arriver.

Dans une petite localité, un accoucheur fait une opération césarienne à sept mois de grossesse; il survient une péritonite franche; à la suite de manœuvres mal faites sur une femme en travail, il se déclare des accidents phlegmasiques, etc. Je ne conteste pas plus ces faits que je ne conteste le traumatisme des opérés de village. Mais dans les grands centres de population et en temps d'épidémie, les choses se passent tout autrement.

Comment expliquer que le traumatisme, à Paris, ne tue pas cette année, et tuera l'année prochaine? Eh bien, Messieurs, cette explication impossible par la doctrine de la localisation, est donnée par la doctrine de la spécificité. Il faut bien que je revienne à mon thème habituel : *Semper redeo ad vomitum meum.*

Mais j'insiste là dessus, parce que, en général, on ne veut pas arriver à la notion de l'espèce, et l'on prend bien souvent — permettez-moi la comparaison — la grenouille pour la femelle du crapaud. L'abolition de l'espèce simplifierait, en effet, considérablement les choses, en botanique comme en médecine. Mais je n'y puis que faire. Entre le pus de l'ecthyma et celui de la variole quelle différence M. Beau trouvera-t-il? Quelle différence entre l'eau gommée et le venin de la vipère en l'absence du réactif vivant.

Mais, ici, je prévois une objection. On me dira : A votre tour, comment distinguez-vous la péritonite ordinaire de la péritonite puerpérale? — Quand je ne verrais pas de différence entre les deux, cela, d'abord, ne prouverait point qu'il n'y en a pas; entre la dysenterie et la colite; entre le rhume et la coqueluche; entre la dothiénentérie et l'entérite simple, à quoi tient la différence? Pour le savoir, parlons d'abord de la matière morbifique, de ce que, dans ces dernières années, on a appelé des ferments. MM. d'Arcet, Dumas, etc., en ont parlé; mais, avant eux, on trouve ce point bien indiquée dans un livre où l'on trouve tout, dans les *Commentaires* de Boerhaave, par Van-Swiéten. (M. Trousseau lit un passage en latin dont voici le sens : La matière morbifique n'est connue que par ses effets, et lorsqu'elle est introduite dans l'organisme, elle tend à assimiler toute l'économie à sa propre substance.) Or, l'économie fait des ferments, des virus. On a répété ce mot biblique : *Væ soli.* Il serait plus juste peut-être de dire : *Væ multis*, pathologiquement parlant. Il meurt cent fois plus d'individus dans les camps, par exemple, par le fait de l'accumulation que par les armes de l'ennemi. Mais, indépendamment de la matière morbifique qui prend naissance par l'agglomération, les individus isolés en procréent aussi : le loup seul, dans un bois, fait le virus de la rage; le mouton, dans les plaines de la Sologne, fait, tout seul, *le sang de rate.* Comment? Cela n'est pas commode à dire. Il en est de même de la morve, etc.

La matière morbifique, ou engendrée, ou portée dans l'organisme, y germe, et les plaies, quand il y en a, sont un terrain excellemment préparé pour sa fructification. C'est ainsi que se fabrique le pus et qu'on en retrouve partout, le ferment assimilant toute l'économie à lui-même. C'est ainsi qu'un atome de pus varioleux se reproduit à l'infini, etc.

Vous voyez comment on arrive à la notion de fièvre puerpérale spécifique.

J'accorde, et l'on m'accordera aussi, je pense, que la femme se trouve dans des conditions de grande opportunité morbide, au moment de la menstruation, des congestions se manifestent de tous côtés. Comme l'a montré Ducrest, pendant la grossesse, tous les liquides et toutes les fonctions se modifient; enfin, survient l'accouchement et des conditions de traumatisme viennent encore compliquer ces conditions et vous vous étonnez que la femme, alors, contracte et engendre des maladies particulières; et vous faites intervenir une diathèse sur laquelle vous ne vous expliquez pas ! Mais toute la diathèse est dans cet ensemble de prédispositions.

Un mot maintenant du traitement; je serai bref, car je suis quelque peu honteux d'avoir occupé cette tribune si longtemps.

J'ai toujours eu un service de femmes en couches, depuis que je suis médecin des hôpitaux, et il m'est souvent arrivé de me croire plus habile que mes confrères — c'est un sentiment si naturel — parce que je perdais moins de malades qu'eux. Mais, en 1856, tout mon service fut, à l'Hôtel-Dieu, consacré aux femmes en couches, et j'en perdis autant, sinon plus que mes collègues. Cela me rendit modeste. Je ne dirai donc rien des traitements que j'ai cru, pendant longtemps, être efficaces entre mes mains.

On a fait grand bruit de l'aération; c'est, comme on dit vulgairement, le traitement des portes et fenêtres; on a prétendu guérir, par ce moyen, le choléra et d'autres grandes épidémies. C'est dommage que M. Malgaigne ne l'ait pas connu, lorsqu'il est allé en Pologne et qu'il a vu mourir tant de malheureux, couchés par terre, dans les champs, et n'ayant pour abri que le dais du ciel; c'est dommage aussi que M. Lévy ne l'ait pas appliqué à nos soldats de la Dobrutcha, qui couchaient en plein air.

On a vanté les injections pour empêcher les résorptions putrides. Mais il n'y a pas de fièvre puerpérale hors de Paris; il n'y en a pas dans les campagnes, où l'on ne fait pas d'injection cependant et où les lochies offrent ordinairement une si repoussante fétidité. A Paris, on en fait beaucoup, — en ville surtout, — et cela n'empêche pas les accidents puerpéraux de prendre naissance.

M. Piedagnel a préconisé un traitement préventif. Il est certain que, pendant que les femmes mouraient en grand nombre dans mes salles, il n'en mourait pas dans les siennes, qui sont à l'étage au-dessus. Cela m'avait ébranlé, mais j'ai su bientôt, qu'il n'en mourait pas non plus dans les salles au-dessus des siennes, où l'on n'appliquait pas son traitement. Ce traitement n'est donc pour rien dans cet heureux résultat.

Quant au traitement curatif dont nous a parlé M. Beau, notre collègue s'est mis fort à son aise. Il écarte toutes les formes vraiment graves de la fièvre puerpérale, et confesse ne guérir que la fièvre puerpérale sous-ombilicale. Il ressemble à un homme à qui l'on proposerait de se battre, et qui répondrait : le pistolet ne me va pas; je ne me soucie pas de l'épée; quant au sabre : *nescio vos*; mais pour le fleuret boutonné, je suis tout à votre service !

L'utérus, après l'accouchement, atteint l'ombilic, et, par conséquent, c'est à peine s'il reste quelques petites portions du péritoine au-dessous de ce point. Pendant l'épidémie de 1856, un des élèves de M. Beau, M. Lepetit, est venu dans mes salles; je l'ai prié de venir autant de fois qu'il le voudrait par jour à l'hôpital, et d'appliquer le traitement de M. Beau. — J'aurais, je crois, adopté quelque chose d'aussi absurde même que l'homœopathie, pour sauver ces malheureuses femmes. Je dois dire que M. Lepetit n'a pas été heureux.

M. Beau a guéri, j'en suis convaincu, et j'ai pour son caractère une trop profonde estime pour laisser planer le moindre doute sur sa bonne foi; c'est donc très loyalement que j'ajoute : mais il a guéri à l'hôpital Cochin. Rappelez-vous ce que je viens de dire à propos de M. Piedagnel : on guérissait à un étage et pas à un autre. M. Moreau vous dira que pendant une épidémie à la Maternité, 17 femmes tombaient malades dans un jour, elles moururent toutes; le lendemain, 12 furent atteintes, aucune ne succomba; le surlendemain, 14 nouvelles malades périrent. Pourquoi ces différences? Je n'en sais rien.

Je me résume, Messieurs : Pour moi, la fièvre puerpérale est une maladie spécifique; — mais elle frappe également les individus qui ne sont pas dans des conditions de puerpéralité.

— La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Octobre 1857.

CARCINOME ÉPITHÉLIAL DU PIED ET DU PÉNIS, par le docteur PAGET. — Le premier de ces deux faits est un exemple d'ulcération cancéreuse affectant la première phalange et le métatarsien du petit orteil, existant depuis plusieurs années chez un vieillard, elle avait résisté à toutes espèces de traitements, et comme elle était très douloureuse, M. Paget pensa que le meilleur moyen de guérir cette affection était d'enlever les parties malades, c'est-à-dire les deux derniers orteils avec le quatrième et le cinquième métatarsien, et de réunir la plaie par la suture : une incision fut donc faite entre le troisième et le quatrième orteil jusqu'à l'articulation tarso-métatarsienne, puis une seconde incision faite sur la face dorsale et plantaire vint se rejoindre sur le bord externe du pied : la plaie fut réunie par première intention.

Le second fait est celui d'un cancer épithélial du prépuce et du gland, également chez un homme âgé : l'histoire de la maladie date de onze ans; il y a quatre ans, le malade a subi une opération pour un phymosis, et c'est alors que la nature cancéreuse de l'affection s'est montrée manifestement : M. Paget divisa la verge à l'aide de l'écraseur, en laissant une portion de prépuce plus longue que le moignon : la chaîne de l'écraseur se brisa et l'on dut terminer l'opération avec le bistouri.

BRULURES PAR LE PHOSPHORE; par le docteur DE MÉRIC. — Dans son action sur les tissus, le phosphore agit comme un caustique puissant, il détruit rapidement les parties sur lesquelles on l'applique et produit une escarre semblable à celle des brûlures par le feu; aussi Paillard avait-il proposé de substituer le phosphore au feu dans les moxas : mais il faut dire que les brûlures produites par le phosphore donnent souvent naissance à une plaie difficile à cicatriser, circonstance attribuée à l'action irritante de l'acide phosphorique qui reste dans la plaie, laquelle est véritablement empoisonnée. L'aspect des brûlures par le phosphore rappelle très bien celui des ulcères atoniques. Un fait de brûlure de ce genre s'est présenté au *Royal Free Hospital* : Un garçon de 16 ans portait, dans la poche droite de son pantalon, une petite bouteille contenant un morceau de phosphore dans l'eau. La bouteille se cassa, et le phosphore entra en combustion sur la cuisse et sur la verge; il en résulta une ulcération de trois pouces de diamètre, comprenant le prépuce, une partie de la verge et la partie voisine de la cuisse : il se forma un phymosis que l'on détruisit, et l'on réussit à faire cicatriser la plaie du corps de la verge; l'ulcération de la cuisse était d'un rouge vif, comme dans un état constant d'irritation; elle finit cependant par se cicatriser à la longue.

UN CAS DE TRANSFUSION DU SANG; par le docteur J. WHEATCROFT. — Je fus appelé, le 22 octobre, auprès de Mme X..., âgée de 32 ans. Elle avait eu une abondante hémorrhagie par le vagin, puis elle avait rendu par la même voie des caillots pesant deux à trois livres : ses voisins l'ayant remontée chez elle et couchée dans son lit, elle fut prise de nouveau d'une hémorrhagie effrayante. Je la trouvai dans un état d'épuisement considérable, la face pâle et anxieuse, les lèvres décolorées, la peau et les extrémités froides, le pouls faible, petit, à 120.

Je tamponnai le vagin, je fis coucher la malade la tête plus basse que le bassin, et je lui fis prendre un jaune d'œuf avec un peu d'eau-de-vie.

Quatre heures après, je retrouvai le tampon en place, l'hémorrhagie était arrêtée, les lèvres étaient un peu colorées, le pouls à 100, mais petit et filiforme; elle se plaint d'étourdissements et de douleurs utérines; elle est enceinte de trois mois. J'administrai de petites doses d'opium, mais elle les vomit; l'éther sulfurique fut mieux supporté. Je laissai la malade en bon état, mais, quelques heures après, on vint me chercher en hâte; elle avait de vives douleurs utérines avec des nausées, elle avait chassé le tampon et, avec lui, un caillot volumineux, l'hémorrhagie recommença. Je ne trouvai pas le fœtus dans le sang expulsé, le col utérin était trop haut pour qu'on pût l'atteindre, la peau et les extrémités étaient froides, le pouls imperceptible, la respiration convulsive, perte de la vision. Je transfusai à la malade environ deux livres de sang fourni par son mari; j'avais préalablement tamponné le vagin. Le résultat fut immédiat, les lèvres se colorèrent, l'œil devint brillant, la respiration normale, le pouls distinct; le fœtus n'a pas été expulsé. J'ai enlevé le tampon vaginal, pas une goutte de sang n'est sortie par le vagin. Pour moi, le tampon a eu une grande part dans le succès.

TROIS CAS DE CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME, EXTRAITS PAR LA DILATATION DE L'URÈTRE; par le docteur HILLMAN.

OBS. I. *Calcul vésical chez une petite fille de 5 ans 1/2; dilatation de l'urètre et incision, guérison.* — A. O..., 5 ans 1/2, éprouve de vives douleurs en urinant; depuis l'âge de 15 mois, on s'est aperçu qu'elle ne peut garder son urine comme les autres enfants, et toutes les nuits elle pisse au lit; pendant les moments d'exacerbation de la douleur, elle urinait quinze fois par heure. Depuis trois ans, il est survenu une chute du rectum, et souvent quant elle urine, elle rend un peu de sang par l'urètre. A son entrée à l'hôpital, on note l'état suivant : l'enfant est maigre, épuisée; la vulve est gonflée et ulcérée, il y a un écoulement purulent par le vagin. L'urine s'écoule presque toujours involontairement et avec douleur, alors elle se gratte et s'écorche, ce qui entretient le gonflement et l'ulcération de la vulve.

On applique une pommade de zinc sur les excoriations, on purge la petite fille, afin de régulariser les fonctions de l'intestin, et l'on donne de petites doses d'acide benzoïque pour diminuer l'irritation de la vessie. La sonde fait reconnaître facilement la présence d'un calcul; la lithotritie n'est pas applicable. Une éponge conique préparée est introduite dans toute la longueur de l'urètre et laissée en place pendant cinq heures pour dilater lentement et graduellement l'urètre; on saisit alors le calcul avec une forte pince; mais le calcul est trop gros et l'on est obligé de pratiquer une incision à la paroi antérieure de l'urètre, dans la direction de la symphyse du pubis; on put alors facilement extraire le calcul; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le calcul, formé de lames d'urate d'ammoniaque, mesurait envirou trois pouces dans tous ses diamètres. Vingt-cinq jours après l'opération, l'enfant quitta l'hôpital complétement guérie de son calcul, et dans un état de santé générale beaucoup améliorée : elle pouvait garder son urine au moins pendant trois heures; la miction n'était pas douloureuse.

OBS. II. — E. S..., 46 ans, souffre depuis environ un an de violentes douleurs dans les deux aines, mais surtout à droite; la miction est douloureuse depuis sept ou huit mois; l'urine est épaisse et quelquefois sanguinolente; il n'y a jamais eu de gravelle, mais quelquefois le jet de l'urine s'arrête brusquement. La malade est grande, bien faite, et paraît assez vigoureuse; le passage de l'urine s'accompagne chez elle d'une sensation très douloureuse de brûlure; elle a une douleur constante dans la région de la vessie, s'irradiant aux cuisses et aux jambes; il y a un léger degré de prolapsus du rectum, avec écoulement vaginal; l'urine laisse déposer du pus en quantité. L'existence du calcul étant bien établie, on dispose la malade pour l'opération. La malade étant soumise au chloroforme, un dilatateur bivalve est introduit dans l'urètre, et donne facilement en quelques minutes un degré de dilatation suffisante. Le calcul était formé de trois morceaux que l'on pût rapidement extraire; on fit des injections d'eau tiède dans la vessie, et la malade fut reportée dans son lit. Le calcul, ovale, mesure deux pouces trois quarts dans sa grande circonférence, et deux pouces et demi dans sa petite. Pendant quelques jours, la miction a été douloureuse; mais, après un mois, la malade quitta l'hôpital, parfaitement guérie : la vessie retenait plus d'une pinte d'urine qu'elle pouvait rendre sans douleur.

OBS. III. — A. B..., 5 ans 1/2, pisse au lit toutes les nuits depuis au moins deux ans; elle éprouve constamment à la vulve de violentes démangeaisons, que la mère attribuait à la présence de vers dans l'intestin; elle urine très fréquemment et avec douleur : l'urine a toujours eu une odeur très forte; depuis quelque temps l'enfant a beaucoup maigri. Il y a un peu de chute du rectum. L'existence d'un calcul est évidente. L'enfant, soumise au chloroforme, un petit dilatateur à trois branches, introduit dans l'urètre, donne rapidement une dilatation suffisante pour l'introduction d'une pince droite; le calcul, parfaitement saisi, fut rapidement extrait, sans beaucoup d'efforts; il était de forme ovoïde et mesurait environ deux pouces dans ses deux circonférences. Il était composé d'oxalate de chaux. Trente-quatre jours après l'opération, l'enfant quitta l'hôpital en parfaite santé et ayant regagné un peu d'embonpoint.

CANCER ENCÉPHALOIDE OU FÉMUR; DÉSARTICULATION DE LA HANCHE GAUCHE; GUÉRISON; par le docteur TATUM. — A. N..., 17 ans, porte au-dessus du genou gauche une large tumeur comprenant toute la circonférence de la cuisse, plus saillante en dedans, et envahissant le tiers inférieur de la cuisse, l'articulation du genou restant saine. La tumeur est fluctuante comme un kyste; le malade l'attribue à un coup reçu sur le condyle interne : lente dans son développement au début, elle a pris depuis quelque temps des dimensions considérables, et maintenant elle est douloureuse. A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, maigre, épuisé : une ponction donne issue à une quantité assez grande d'un sérum sanguinolent; le malade en fut un peu soulagé : néanmoins le chirurgien décida de désarticuler la cuisse, afin de prolonger la vie du patient. Le 4 juillet, l'opération fut pratiquée avec un lambeau antérieur taillé par transfixion, le ligament capsulaire fut divisé et la tête du fémur luxée par la rotation du membre en dehors et l'extension en arrière; le lambeau postérieur fut alors taillé un peu plus petit et plus mince que l'antérieur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les vaisseaux furent liés, et la plaie réunie par la suture. La maladie consistait en un mélange de cancer médullaire, ostéoïde et hématoïde; la partie antérieure de la cuisse présentait un kyste renfermant trois pintes d'un sang grumeux.

Le 1er août, c'est-à-dire juste quatre semaines après l'opération, le malade s'en allait complétement guéri.

CANCER DE LA LÈVRE CHEZ UNE FEMME; par le docteur HILTON. — La malade, assez âgée, porte sur la lèvre inférieure un cancer épithélial bien caractérisé, occupant la portion moyenne de la lèvre dans une étendue d'un pouce et demi. Les parties malades furent comprises dans une incision en V, dont les deux lèvres se réunirent en quelques jours par première intention. Le chirurgien attribue la rareté du cancer des lèvres chez la femme à ce que les femmes ne fument pas; il est persuadé, en même temps, que les quelques exemples que l'on rencontre chez la femme dépendent chez elles, comme chez l'homme, de l'usage de la pipe. — D.

COURRIER.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

MM. les membres du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que la séance qui devait avoir lieu demain vendredi, est remise à après-demain samedi, à la même heure.

— La Société médicale du dixième arrondissement, dans sa séance du mois de mars, a décidé qu'elle ajournait au mois de juin prochain la remise du prix qu'elle a fondé. Le nombre de mémoires envoyés a nécessité ce retard.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 36. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 27 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal parait trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 MARS 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Sédillot, de Strasbourg, a envoyé une note et une observation très intéressantes, a dit M. Flourens qui dépouillait la correspondance. Il s'agit d'un cas fort rare heureusement — c'est M. le Secrétaire perpétuel qui parle — Un cavalier tombe avec son cheval; dans la chute, la jambe du cavalier se trouve engagée sous le cheval, et il en résulte un grand nombre de luxations et de fractures compliquées. Dans le premier moment, le chirurgien pense à la nécessité d'amputer tout le membre inférieur; mais, après un examen attentif, il se contente de réséquer la malléole interne et d'extraire l'astragale ainsi que le tibia, en quelque sorte pulvérisé. C'est, continue M. Flourens, ce que M. Sédillot appelle, dans son langage chirurgical, un bel exemple de chirurgie conservatrice.

A propos de cette communication, il s'est produit un incident que nous demandons la permission de rapporter brièvement. Si c'est par la démarche que se révèlent les déesses — *incessu patuit Dea*, dit Virgile — c'est par les incidents que se trahissent les corps savants.

M. Flourens, en déposant sur le bureau le travail de M. Sédillot, demandait qu'en raison de l'importance de ce travail et malgré le titre de son auteur, qui est membre correspondant, une commission fût nommée, afin de l'examiner et d'en faire un rapport à l'Académie.

— Prenez garde, dit alors M. Velpeau, vous allez établir un précédent peut-être dangereux. M. Sédillot est correspondant, et il n'est pas d'usage de faire des rapports sur les travaux des membres de la compagnie.

— Mais, répond M. Flourens, il est de règle, au contraire, qu'une commission soit nommée toutes les fois qu'un membre correspondant en demande une. Seulement, aujourd'hui, c'est moi qui formule cette demande pour M. Sédillot, mais je crois qu'il m'en saura gré.

— C'est fort bien, réplique M. Velpeau; mais si, par extraordinaire et pour tout autre que M. Sédillot, il arrivait qu'un jour, dans une circonstance semblable, la commission nommée ne trouvât pas le travail digne d'éloges?...

— Alors, dit M. le Président, en interrompant, on ne ferait pas de rapport. Voilà tout.

— Alors aussi, insiste M. Velpeau, l'absence de rapport pourra toujours être interprétée comme un blâme.

— Je retire ma proposition, dit M. Flourens; je l'avais faite dans de bonnes intentions, mais puisqu'elle soulève quelque difficulté, qu'il n'en soit plus question.

Dans la correspondance ont encore été mentionnés :

Un mémoire de M. Castorani sur la cataracte et sur divers points de pathologie oculaire.

Une note de M. Sandras sur un cas singulier de cécité intermittente.

Un rapport de M. Guérin-Menneville, à la Société d'agriculture pratique, sur les moyens de reconstituer la graine de vers à soie.

Une note que devait lire M. Herpin, sur l'acide carbonique considéré comme anesthésique; cette note sera renvoyée à la commission chargée d'examiner une communication de M. Ozanam sur le même sujet.

Un mémoire intitulé : *Plus de grêle, plus d'incendie par les feux du ciel*. Dans ce mémoire, l'auteur, dont M. le Secrétaire n'a pas lu le nom, examine les différents points de l'atmosphère qu'un nuage peut occuper par rapport à la France, et il indique les moyens d'arriver à sa neutralisation au moyen des pointes électriques.

M. Soyer annonce qu'il a trouvé la cause et le traitement curatif du choléra. C'est avec l'eau froide qu'il guérit le terrible mal indien.

Un concurrent pour le prix des arts insalubres, a trouvé le moyen de rendre l'art de la natation plus facile et moins dangereux; il transforme le nageur en palmipède, en lui adaptant un gant palmé de son invention.

M. Beau fait hommage à l'Académie de son *Traité d'auscultation appliquée à l'étude des maladies des poumons et du cœur.*

MM. Colin et Bérard envoient plusieurs notes relatives à l'action du pancréas.

M. Puech, une note sur la rétention des menstrues.

M. Piédagnel adresse une note extrêmement intéressante sur un nouveau caustique formé d'un mélange, dans des proportions définies, de pâte de Vienne et de chlorhydrate de morphine. L'application de ce caustique et la formation de l'escarre qui s'en suit, ont lieu sans douleur. On peut, afin d'assurer encore mieux ce résultat, délayer la pâte de Vienne avec du chloroforme.

L'Académie avait proposé, pour le grand prix des sciences physiques à décerner en 1857, cette question : Étudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires proprement dits (polygastriques de M. Ehrenberg).

Ce prix a été partagé par l'Académie, lors de la dernière séance annuelle, entre M. Lieberkühn, prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie de Berlin, et, d'autre part, MM. Clarapède et Lachmann. « M. Lieberkühn, dit le rapport de la commission, avait envoyé au concours un ouvrage des plus considérables, écrit en latin, d'un style concis, dégagé de toute discussion inutile, et qui ne compte pas moins de 440 pages. Les planches qui accompagnent le texte sont au nombre de 403 et contiennent plus de 1,200 figures; celles-ci, toutes également soignées, sont réellement admirables autant par leur fini que par l'exactitude avec laquelle elles reproduisent l'aspect des tissus et le jeu de la lumière à travers le corps des infusoires. La commission a été unanime pour reconnaître qu'il était impossible de mieux rendre ces objets, dont la représentation exacte fait souvent le désespoir des artistes les plus habiles. »

Aujourd'hui, M. Lieberkühn adresse une lettre par laquelle il remercie l'Académie d'avoir couronné son travail; il sollicite en même temps l'autorisation de reprendre ses planches dont il n'a pas de double, et sans lesquelles il lui serait impossible de publier son livre. Sur les observations de M. Flourens, cette autorisation lui a été accordée.

M. Duméril, dont le zèle et l'activité tiennent, à coup sûr, du prodige, a donné lecture, dans la même séance, d'un rapport sur un mémoire que M. Fabre a envoyé à l'Académie le 1er de ce mois. Ce mémoire était relatif à l'hypermétamorphose et aux mœurs des Méloïdes. Le rapport de M. Duméril, favorable à l'auteur, a rappelé les faits principaux sur lesquels M. Fabre appelle l'attention du monde savant. Ils sont fort curieux :

« Les *Sitaris*, les *Méloés*, et apparemment, dit-il, d'autres Mé-

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE (1);

Par le docteur E. GALLERAND,

Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Les règlements que nous avons cités accordent encore pour les voyages dans le Nord un supplément d'eau-de-vie, de sucre et de thé. En général, ces substances servent à préparer du punch que l'on distribue à l'équipage dans les moments les plus rudes (2). Cette dernière attention pour la santé du matelot, semblait compléter la série des moyens préservatifs employés dans notre marine; tout paraissait avoir été prévu; vêtements, aliments, boissons, tout avait été l'objet de dispositions particulières. Ces précautions n'ont cependant pas suffi, puisque nonobstant, le scorbut s'est montré avec des proportions formidables, sur quelques navires. Un dernier moyen, plus puissant que tous les autres, restait à employer : aujourd'hui la lacune est comblée et nous avons l'espérance d'y avoir contribué.

Ceci me conduit à parler des événements les plus importants de mes deux campagnes; mais comme ils ont été mentionnés dans un grand nombre de journaux, et qu'ils ont pris place dans des ouvrages déjà presque classiques, tels que le *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrives, je me bornerai à les rappeler ici le plus brièvement possible.

La première expédition de la mer Blanche, accomplie en 1854 sur la *Psyché*, fut signalée par une grave épidémie de scorbut. A notre retour à Brest, je dus envoyer immédiatement à l'hôpital de la marine 50 hommes atteints de cette maladie; un grand nombre d'entre eux étaient arrivés à la période des hémorrhagies passives et des syncopes; c'est assez dire qu'ils étaient menacés d'une mort prochaine; de plus, il existait dans l'équipage au moins 150 marins ayant déjà les gencives ulcérées, et portant presque tous, sur les extrémités inférieures, de petites taches sanguines, sur la nature desquelles on ne pouvait se méprendre. Comme on le voit, nous nous trouvions, au moment de l'arrivée, dans un état sanitaire déplorable; et cependant toutes les précautions hygiéniques avaient été observées sur la frégate; tous les agents toniques et analeptiques dont nous pouvions disposer avaient été distribués aux malades.

L'année suivante, je fus appelé à remplir la même mission à bord de la *Cléopâtre*; tous les moyens préventifs furent mis en usage dès le départ de France; jamais le personnel d'un navire ne fut entouré de plus de soins, jamais le service de santé ne disposa de ressources plus nombreuses, sous le patronage d'une autorité plus bienveillante. Cependant le scorbut fit invasion sur la frégate et y prit bientôt des proportions inquiétantes. Vers la fin du mois d'août, plus de deux mois avant l'issue probable de la campagne, nous avions déjà dix hommes atteints de symptômes scorbutiques, trois d'entre eux présentaient même tous les signes d'une altération profonde de la constitution. Soumis à un régime alimentaire excellent, et traités par les moyens thérapeutiques dont l'action reconstituante est le mieux établie, mes malades ne se rétablissaient pas; leur état s'aggravait; de nouveaux cas s'offraient à notre examen, dans les fréquentes et minutieuses visites que nous faisions de l'équipage.

A cette époque, j'étais fort préoccupé, je sentais que nous étions dominés par les causes; nous nous trouvions au fond de la mer Blanche, en présence d'un rivage ennemi; nous avions en perspective six semaines de station, puis la traversée de retour et les temps les plus mauvais de la campagne; enfin on ne pouvait se dissimuler que la frégate la *Psyché*, si maltraitée l'année précédente, n'avait point présenté à pareille époque un si grand nombre de malades. Un secours inattendu nous arriva bien à propos. Le 1er septembre, j'eus l'occasion de m'entretenir avec le docteur Murray, chirurgien-major de la frégate anglaise *Meander*, affectée comme nous au blocus de la mer Blanche. Jusqu'alors, les deux frégates étant habituellement séparées, j'avais peu vu cet officier de santé qui nous a rendu un service dont on ne saurait trop le remercier. Cet honorable confrère, auquel je fis part de notre état sanitaire, me déclara qu'il n'avait pas à son bord un seul homme menacé de scorbut, et que cette immunité complète était due à l'usage du suc de citron employé dans la marine britannique. J'appris alors que, depuis plus d'un demi-siècle, les ordonnances de l'amirauté anglaise prescrivent d'embarquer sur tous les navires une quantité de suc de citron (*lime juice*) assez considérable pour en faire une distribution chaque jour à l'équipage entier. J'appris encore quel était le mode de préparation, de conservation et d'administration du préservatif; mais ces détails ont été reproduits déjà, notamment dans la *Revue coloniale* (1) et dans le *Moniteur universel* du 8 septembre. Heureux des renseignements que venait de me donner le docteur Murray, je sollicitai la concession d'une certaine quantité de *lime juice*, et mon bienveillant confrère voulut bien transmettre ma demande à son commandant qui l'accueillit avec faveur. La frégate le *Meander* et la corvette le *Phœnix* se réunirent pour venir à notre aide, et nous firent remise de quarante-quatre litres de suc de citron. Cette quantité ne permettait pas de le faire entrer, selon l'usage de nos alliés, dans la consommation journalière de l'équipage, et je dus me contenter de l'administrer aux hommes atteints de scorbut à des doses plus ou moins abondantes, selon la gravité des cas; les plus malades en recevaient deux fois par jour. Le résultat dépassa mon attente; il est bien rare que la thérapeutique puisse enregistrer un succès aussi évident; au bout d'un mois, les hommes dont j'ai décrit plus haut le triste état étaient guéris et avaient repris leur service. Ce que le régime et les précautions de toute espèce n'avaient pu faire, le suc de citron l'a fait. Comme les malades seuls en prenaient, le reste de l'équipage fournissait chaque jour de nouveaux cas; sur la fin de la campagne, quatre-vingts hommes environ étaient, deux fois par jour, soumis à l'administration de ce précieux remède. Mais, en pareil cas, gagner du temps, c'est gagner tout. Nous sommes, à la vérité, rentrés au port avec beaucoup de malades, mais pas un d'eux ne présentait les symptômes alarmants que j'avais observés l'année précédente. La quantité de suc de citron que j'ai indiquée a suffi pour enrayer les progrès du mal, et j'ai même eu la satisfaction de pouvoir remettre, comme spécimen, à M. le directeur du service de santé de Brest une dernière bouteille intacte, et telle que les Anglais nous l'avaient donnée.

De l'exposé qui précède, on est porté à conclure que si nous avions pu, dès le commencement de la campagne, faire des distributions régu-

(1) Voir les numéros des 16 et mars 25 1858.

(2) Parry et Ross se montrent très opposés à l'usage des boissons alcooliques. Nous pensons que l'abus seul en est nuisible; cependant il faut tenir compte de l'opinion de deux hommes aussi expérimentés.

(1) *Revue coloniale*, numéro de juillet 1857.

loïdes, si ce n'est tous, sont, dans leur premier âge, parasites des hyménoptères récoltants.

La larve des Méloïdes, avant d'arriver à l'état de nymphe, passe par quatre formes qu'on peut désigner sous les noms de larve primitive, seconde larve, pseudo-chrysalide, troisième larve. Le passage de l'une de ces formes à l'autre s'effectue par une simple mue, sans qu'il y ait de changements dans les viscères.

La larve primitive est coriace, et s'établit sur le corps des hyménoptères. Son but est de se faire transporter dans une cellule pleine de miel; arrivée dans la cellule, elle dévore l'œuf de l'hyménoptère et son rôle est fini.

La seconde larve est molle et diffère totalement de la larve primitive sous le rapport de ses caractères extérieurs. Elle se nourrit du miel de la cellule usurpée.

La pseudo-chrysalide est un corps privé de tout mouvement et revêtu de téguments cornés comparables à ceux des pupes ou des chrysalides. Sur ces téguments, se dessinent un masque céphalique, sans parties mobiles et distinctes, six tubercules indices des pattes, et neuf paires d'orifices stigmatiques...

La troisième larve reproduit à peu de chose près les caractères de la seconde...

A partir de cette troisième larve, les métamorphoses suivent leur cours habituel, c'est-à-dire que cette larve devient une nymphe et cette nymphe un insecte parfait. »

— Le comité secret de la précédente séance avait été consacré à l'audition du rapport de la commission sur les candidats à la place laissée vacante, dans la section de mécanique, par la mort de M. Cauchy. La commission avait présenté sa liste comme il suit :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Barré de Saint-Venant et Clapeyron; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Phillips et Reech.

L'élection a eu lieu lundi dernier. Sur 60 votants, M. Clapeyron a obtenu 43 suffrages; M. de St-Venant, 12; M. Foucault, 3; et M. Phillips, 2.

En conséquence, M. Clapeyron a été proclamé membre de l'Académie des sciences.

Le jour où je ne serai pas content de certain préparateur radieux du Collége de France, je répéterai l'inacceptable calembourg qu'il a commis à cette occasion.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, ET NOTAMMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DES MUSCLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1);

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

DE LA THORACALGIE.

Quand l'hyperesthésie siége à la surface des parois du thorax, elle prend le nom de thoracalgie.

Quoique la rachialgie se voie le plus souvent au niveau des six premières vertèbres dorsales, et que les nerfs qui émergent les trous de ces vertèbres fournissent les filets des muscles du thorax, ceux-ci sont rarement atteints d'hyperesthésie.

Chez mes 400 hystériques, je n'en ai noté que 27 comme ayant des douleurs dans les muscles de la partie antérieure de la poitrine. La douleur siégeait uniquement à gauche chez 12 malades, et à droite chez 2 seulement, fait qui rentre encore dans la loi générale de la prédilection des douleurs hystériques pour le côté gauche.

Chez les 13 autres malades la douleur occupait toute la partie antérieure.

Cette hyperesthésie apparaît ordinairement l'une des dernières. Je n'ai pu, jusqu'à présent, déterminer de quel genre d'influences elle dépend.

Sa rareté me paraît tenir à ce que les muscles pectoraux, dans lesquels elle siége, servent beaucoup moins que d'autres muscles à l'expression des passions tristes.

La thoracalgie porte rarement un grand trouble dans la respiration; elle a en général peu de persistance. Cependant elle tourmente beaucoup les malades qui croient avoir une maladie à la poitrine ou au cœur.

Le diagnostic en est facile; elle ne siége point aux lieux d'élection de la pleurodynie; la douleur qui la caractérise est beaucoup plus vive que celle de la pleurodynie, et elle est provoquée par une pression infiniment légère qui ne suffirait pas pour réveiller la douleur pleurétique; enfin, elle n'apporte pas une grande gêne à la respiration.

Cette hyperesthésie n'est pas le résultat d'une névralgie intercostale, puisque sur 150 hystériques ayant leur rachialgie au niveau des six premières vertèbres dorsales, il ne s'en est trouvé que 27 qui eussent de la douleur dans les muscles de la partie antérieure de la poitrine.

DE LA MÈLYALGIE.

Quand l'hyperesthésie siége aux membres, elle atteint les muscles superficiels et peut-être les muscles profonds, elle porte le nom de mèlyalgie, de μηλος, membres.

Les auteurs parlent d'une manière très vague des douleurs des muscles des membres chez les hystériques : Sydenham dit qu'on voit de ces malades avoir des douleurs dans les cuisses et dans les jambes, Brodie en a cité quelques exemples; et entre autres celui de cette dame hystérique dont l'histoire a été donnée par Mayo, qui, pour une douleur hystérique de la cuisse, subit deux amputations successives à la cuisse, et, en dernier lieu, la désarticulation de la tête du fémur. Mais aucun de ces auteurs ne rapporte précisément ces douleurs aux muscles.

Sur mes 400 hystériques, j'ai trouvé que la mèlyalgie occupait les membres chez 58 seulement. Par conséquent, c'est une hyperesthésie peu commune. Elle se répartissait de la manière suivante. Elle occupait :

1° Les membres supérieurs et inférieurs simultanément chez. 13

Chez 5 d'entr'elles, la douleur occupait les membres gauches, et chez 4 les membres droits.

2° Les membres supérieurs seulement, chez 21

Des deux côtés chez 21, du côté gauche chez 9, et du côté droit chez 5. La douleur occupait toute le membre supérieur chez 6, l'épaule et ses environs chez 4, le bras chez 4, l'avant-bras chez 2, et les mains chez 6.

3° Les membres inférieurs seulement, chez. 24

Chez 17 malades, la douleur occupait les deux membres; chez 5, elle occupait le gauche, et chez 2 elle occupait le droit. La douleur s'étendait à toute la longueur du membre chez 17; elle était bornée aux cuisses chez 4, aux jambes chez 2, et aux pieds chez 1.

La douleur de la mèlyalgie offre d'assez nombreuses variétés. Dans le degré le plus léger, ce n'est qu'un engourdissement, un léger picotement et une sorte d'inquiétude, ressentis dans toute la longueur du membre. A un degré plus fort, des élancements continuels, une chaleur vive, ou un froid désagréable, et des crampes se joignent à cet engourdissement. Enfin, au degré le plus élevé, la mèlyalgie s'accompagne de la contracture des muscles du membre hyperesthésié, et la douleur est une combinaison d'engourdissements, de fourmillements, d'élancements et de crampes. Elle empêche le sommeil et rend tout repos impossible. Les malades, forcés de garder le lit sans pouvoir exécuter de mouvement, voient bientôt leur peau rougir et s'ulcérer, de là des accidents graves. La fièvre s'allume, la nutrition s'altère. Mais, malgré cet état alarmant, les accidents finissent toujours par se dissiper après un temps plus ou moins long, soit spontanément, soit sous l'influence des médications qu'on a employées.

La mèlyalgie peut se combiner soit avec l'hyperesthésie de la peau du membre douloureux.

Elle se développe sous l'influence de causes très diverses. On la voit succéder à de la fatigue, à un exercice forcé, à un refroidissement; celle des membres inférieurs paraît assez souvent à la suite des dérangements dans la menstruation. Quelquefois on ne peut saisir aucune cause appréciable.

Cette hyperesthésie réside dans les muscles et ne peut être rapportée à une névralgie provenant des nerfs rachidiens, attendu que, dans les deux tiers des cas, le lieu où siégeait la rachialgie ne correspondait pas aux origines des nerfs qui se distribuent aux muscles hyperesthésiés.

Le diagnostic de cette hyperesthésie est assez simple, quoiqu'il ait été le sujet de beaucoup d'erreurs. Il ne peut y avoir de confusion qu'avec les douleurs qui résultent des altérations des centres nerveux. Mais comme ces dernières ne sont point augmentées par la simple pression, la distinction est facile.

Dans les divers siéges qu'elle occupe, la myosalgie hystérique a besoin d'être distinguée de la myosalgie rhumatismale; mais la distinction est difficile, attendu que, dans l'une et dans l'autre, la douleur siége dans les muscles, et y est augmentée par la pression, par les mouvements musculaires et par les émotions.

Les seuls signes distinctifs se tirent de la nature de la douleur des muscles hyperesthésiés et des circonstances concomitantes. J'insisterai sur ces signes, parce qu'on rencontre très fréquemment dans la pratique l'occasion de les appliquer.

La douleur de l'hyperesthésie hystérique a, en général, une très grande intensité, il suffit du contact le plus léger pour provoquer la plus vive sensation pénible et pour déterminer les signes extérieurs de la souffrance, les plus prononcés.

Une hystérique le reconnaît de suite, rien qu'à l'effet produit sur elle par la simple pression dans des points hyperesthésiés.

La douleur rhumatismale est beaucoup moins augmentée par la pression et celle-ci a besoin d'avoir quelque force pour provoquer son apparition.

La douleur hystérique se manifeste chez des femmes qui présentent déjà les accidents de cette maladie, et surtout elle coïncide presque toujours avec d'autres myosalgies hystériques. Les émotions ont sur elle la plus grande et la principale influence.

La douleur rhumatismale, a lieu ordinairement chez des femmes qui ont déjà été atteintes de rhumatisme musculaire. Et cette circonstance est si capitale, que, dès qu'on a pu constater cette existence, on ne peut sans hésiter faire le traitement du rhuma-

(1) Voir les numéros des 20 février, 6 et 13 mars 1858.

---

lières et générales de *lime juice*, le scorbut n'eût point apparu à bord, tandis que si nous n'avions pas eu le bonheur d'en recevoir une certaine quantité, nous aurions subi des dommages considérables.

Aujourd'hui, l'introduction du *lime juice* à bord des bâtiments de la flotte est un fait accompli; depuis plus d'un an déjà, des dispositions administratives ont été prises afin de le faire entrer dans les approvisionnements, et si nous n'en sommes pas encore arrivés à la généralisation de l'institution anglaise, c'est qu'on a cru devoir attendre que le temps et l'expérience aient prononcé sur son mérite.

Un dernier mot sur ce sujet. Si, préoccupé de théories chimiques, on voyait dans le scorbut une maladie produite par l'excès des principes alcalins dans l'économie, on pourrait supposer que le citron agit surtout en vertu de son acidité, ce qui donnerait peut-être l'espérance de réussir avec un autre acide. Ce serait une illusion; j'ai eu un moment cette idée, j'ai tenté l'expérience : l'acide tartrique et l'acide acétique, employés d'une manière suivie, n'ont amené aucune amélioration appréciable. L'acide citrique isolé pourrait fort bien échouer lui-même. Le *lime juice* est un liquide complexe; indépendamment d'une certaine quantité d'alcool destinée à sa conservation et qui s'élève à un dixième environ, il contient encore de l'albumine végétale, des débris celluleux et de l'huile essentielle de l'écorce du fruit. Toutes ces matières lui donnent un aspect trouble et peu agréable à l'œil, mais il faut bien se garder de chercher à le clarifier par le filtrage, on diminuerait certainement ses propriétés préventives.

§ 3. Maladies observées pendant les deux croisières de la mer Blanche.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, nous ne saurions avoir l'intention de faire l'histoire des maladies propres aux contrées septentrionales; nous nous sommes trouvés dans des conditions trop défavorables à ce genre d'étude, par suite de la nature de nos missions et de la rareté des relâches. Plus heureux que nous, M. Guérault, chirurgien de 2e classe de la marine, a pu recueillir, sur les maladies de la Norwége, des détails pleins d'intérêt dont il a fait le sujet d'une excellente thèse (1).

Il ne s'agit donc ici que d'observations prises à bord des navires affectés au blocus des ports de la mer Blanche, pendant la guerre avec la Russie. J'indiquerai les maladies que j'ai eu à traiter, et j'exposerai rapidement les particularités qu'elles ont présentées.

Maladies aiguës des organes respiratoires. — Dans les climats chauds, l'hématose devenant moins active, quelques organes, et le foie en particulier, acquièrent une prédominance de fonctions qui a pour but d'éliminer les produits d'une combustion incomplète; dans les pays froids, au contraire, c'est l'appareil respiratoire qui devient le siége d'une suractivité en rapport avec le développement de la calorification. Il y a donc, sous ce rapport, entre le foie et le poumon, un véritable antagonisme physiologique, une espèce de balancement fonctionnel, pour me servir du mot employé par M. Gestin, chirurgien de 1re classe de la marine, qui vient tout récemment d'exposer, avec un remarquable talent, les diverses modifications que subit l'organisation humaine sous l'influence des différentes températures (1).

Ce fait une fois admis, nous arrivons à nous rendre compte de la fréquence ou de la rareté de quelques maladies, selon les climats. En effet, il est assez logique d'admettre que, lorsqu'un organe fonctionne avec une grande activité, l'afflux nerveux et sanguin dont il devient habituellement le siége, le place, pour ainsi dire, sur la pente de l'inflammation; l'hypérémie simple d'abord amène la congestion, et la congestion conduit au mouvement inflammatoire. La pratique, en parfait accord avec le raisonnement, nous montre dans les pays chauds de nombreuses affections du foie et peu de maladies des organes respiratoires; tandis qu'au contraire, dans les pays froids, nous voyons le foie dans un calme parfait, et nous rencontrons à chaque pas la bronchite, la pneumonie et la pleurésie. Ceux qui ont exercé alternativement sous l'équateur et sous le 70e degré de latitude comprendront, comme moi, la justesse de ces observations.

Cependant, j'ai eu à traiter moins de pneumonies que l'on ne devait s'y attendre, d'après l'extrême fréquence des autres maladies aiguës de l'appareil respiratoire; je n'en trouve dans mes observations que 8 cas pendant les deux campagnes; c'est beaucoup d'une manière absolue, mais c'est peu comparativement.

J'attribue ce fait aux influences débilitantes qui n'ont pas cessé de nous dominer et qui, à deux reprises, se sont manifestées par des épidémies de scorbut. La pneumonie franche, en effet, est une maladie éminemment inflammatoire; elle demande une certaine richesse de la constitution peu conciliable avec l'état scorbutique; cette explication paraît d'autant plus juste, que la plupart des pneumonies n'offraient pas un caractère bien évident d'acuité, et commandaient une extrême réserve sous le rapport des émissions sanguines. J'ai donc été conduit à insister sur les antimoniaux, et, en somme, malgré des convalescences un peu plus longues que celles qui suivent ordinairement cette maladie, tous ceux qui en ont été atteints se sont rétablis parfaitement.

Il n'en est pas de même de la pleurésie; c'est une des maladies que j'ai appris à redouter le plus pendant mes deux stations, et particulièrement pendant celle de 1855, où j'en ai constaté 16 cas. Presque toujours, ils ont été fort graves, se compliquant d'épanchements considérables, d'une interminable durée, et donnant lieu plus tard à de longues convalescences, avec imminence continuelle de rechute. Trois de nos malades ont succombé; la thoracentèse, pratiquée une fois, a enrayé momentanément les accidents de suffocation qui paraissaient sur le point d'amener une fin prochaine; un mieux très sensible s'est manifesté pendant quelques jours, puis l'épanchement a reparu, l'état général est devenu fort mauvais et la mort n'a été que différée. D'après tout ce qui nous est arrivé, on ne saurait trop recommander aux médecins, appelés à exercer dans ces parages, d'examiner avec attention tout homme présentant quelques symptômes de pleurésie, de l'entourer de précautions et de le garder longtemps sous la direction du service de santé. Autrement, on s'exposerait à voir apparaître un de ces épanchements énormes qui surviennent avec une grande rapidité et suffisent pour compromettre la vie des malades.

Quant aux bronchites, elles sont si nombreuses qu'il est à peine possible de les énumérer. Il y a eu tel moment où les trois quarts de notre équipage toussaient d'une manière fatigante; je n'ai inscrit sur mes cahiers de visite que les bronchites avec fièvre, et assez intenses pour exiger des soins réguliers; il s'en trouve 110 cas seulement à bord de la *Cléopâtre*. Si l'on ajoute à ce chiffre 32 cas d'angine assez graves, on arrive, pour ces deux maladies seulement, à un total de 142 hommes qu'il a fallu exempter au moins d'une partie du service.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Guérault, *Observations médicales recueillies pendant le voyage de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord*. Paris, 1857.

(1) Gestin, *De l'influence des climats chauds sur l'Européen*, Paris, 1857.

tisme ; les émotions l'exaspèrent moins que la précédente. La difficulté serait plus grande si la malade était en même temps hystérique et rhumatisante ; mais, dans ce cas, l'inefficacité des moyens qui réussissent ordinairement dans la myosalgie hystérique serait un motif suffisant pour diagnostiquer la nature rhumatismale de la douleur.

Tels sont les points pour lesquels il était indispensable d'établir des moyens de diagnostic.

Il reste encore deux points importants à élucider.

Le premier consiste à savoir si la myosalgie hystérique résulte d'un état inflammatoire des muscles, ou s'il provient d'une simple perversion de leur sensibilité. La solution de cette question a de l'importance ; l'hyperesthésie hystérique affecte les viscères splanchniques aussi bien que les muscles ; elle y provoque des accidents dont la nature a donné lieu à de grandes contestations, et est encore un sujet en litige entre les médecins. En effet, la variété des troubles qui se produisent et la position profonde de ces organes, font que les caractères principaux de la lésion ne peuvent être saisis.

Dans les muscles, il n'en est plus de même, tous les phénomènes tombant sous les sens, la détermination peut s'en faire rigoureusement. C'est donc dans les muscles qu'on devra trouver la solution de la question.

1° L'observation attentive constate que la douleur de l'hyperesthésie des muscles n'est ni pulsative ni tensive, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune sensation de chaleur, comme le fait la douleur inflammatoire. Sa nature est complétement spéciale ; et son intensité peut être quelquefois si grande, que rien ne peut y être comparé. Ainsi, comme je viens de le dire, Mayo a fait sur la même femme deux amputations successives sur une cuisse pour enlever une douleur hystérique, laquelle n'aurait définitivement cédé qu'à la désarticulation de la tête du fémur. On vient de voir que le contact le plus léger de la partie hyperesthésiée provoquait aussi des douleurs extrêmement vives. Cette douleur n'a ni la régularité ni la tenue des douleurs provoquées par l'inflammation. Apparaissant tout d'un coup pour arriver en quelques instants à son summum d'intensité, elle disparaît de même en laissant complétement indolent le point qu'elle occupait un instant auparavant. Opiniâtre et tenace sur certaines malades chez lesquelles elle persisterait des mois entiers, si on ne l'arrêtait, sur d'autres elle a une instabilité qui fait l'étonnement du médecin lui-même. Elle est toujours sous l'influence directe et immédiate des affections morales. Celles-ci la font paraître quand elle n'existait pas, l'augmentent fortement quand elle existait, et la font disparaître souvent assez promptement, quand elles-mêmes ont cessé d'agir.

La douleur inflammatoire est, au contraire, à peu près indifférente à ces agents. Ce caractère est tellement tranché, que lui seul suffit à reconnaître une hyperesthésie.

La douleur hyperesthésique n'est nullement influencée par les moyens antiphlogistiques ; elle ne cède ordinairement que par caprice aux simples narcotiques, et ne se dissipe ordinairement que sous l'influence des moyens spéciaux dont il sera question plus loin, lesquels n'ont aucun effet avantageux sur les douleurs inflammatoires.

Enfin l'hyperesthésie hystérique ne s'accompagne d'aucun des phénomènes qui caractérisent l'inflammation. Ainsi, la peau hyperesthésiée n'est ni rouge ni chaude, elle conserve sa couleur et sa température normales. Les muscles hyperesthésiés ne sont ni chauds ni tuméfiés, la malade n'y éprouve pas le moindre sentiment de chaleur, et l'examen cadavérique n'y fait découvrir aucune lésion matérielle.

A l'aide de ces différences, on reconnaît aisément que l'hyperesthésie des muscles et de la peau n'est nullement le résultat d'une inflammation : appliqués aux souffrances hyperesthésiques des organes profonds, ces caractères doivent servir à déterminer positivement si telle ou telle douleur de l'un des organes intérieurs est ou n'est pas une phlegmasie.

Le second point à décider consiste à établir que la myosalgie n'est pas une simple névralgie.

Il semblerait tout naturel d'admettre qu'une semblable lésion si vive de la sensibilité siége dans le système nerveux et non dans le tissu des muscles : mais il est facile de prouver que cette supposition n'est pas fondée.

D'abord, les véritables névralgies, celles qui se comportent exactement comme le font les douleurs des troncs nerveux, sont extrêmement rares dans l'hystérie. Dans cette maladie, les troubles ne portent, en général, que sur deux points : sur les centres nerveux qui reçoivent les impressions, et sur les surfaces, aboutissants des mouvements vitaux déterminés par ces impressions ; les cordons nerveux intermédiaires ne sont que de simples conducteurs, des instruments passifs. En outre, de nombreuses différences les distinguent aisément de la myosalgie.

En effet, la douleur de l'hyperesthésie des muscles réside dans toute l'étendue de la portion douloureuse du muscle, elle en suit toute la configuration, et se fait sentir jusqu'à ses points d'attache aux os. La douleur névralgique, au contraire, siége le long du trajet du nerf malade. La douleur hyperesthésique ne se fait sentir lors de la pression qu'à l'endroit comprimé et non ailleurs ; tandis que dans la névralgie la douleur provoquée par la pression dans certains lieux d'élection, se propage en s'irradiant dans tout le trajet du nerf douloureux.

Enfin il existe un dernier moyen de prouver que la myosalgie n'est pas de la névralgie, et ce moyen est capital. On connaît l'aphorisme antique : *Curationes ostendunt naturam morborum.* La myosalgie (et c'est en cela que consiste en quelque sorte tout l'intérêt du diagnostic) est une lésion très accessible à la thérapeutique : elle est, pour ainsi dire, sous la coupe du médecin ; rien n'est, en général, plus facile à enlever qu'une douleur de muscles ; on est certain qu'en employant les moyens appropriés on l'enlèvera, et souvent du premier coup. La douleur qui réside dans les cordons nerveux, la névralgie proprement dite est, au contraire, tout ce qu'il y a de plus tenace, et on peut être certain qu'elle résistera, plus ou moins, aux moyens qui agissent si puissamment sur les muscles, et que rarement elle sera enlevée du premier coup.

On a vu plus haut que les diverses hyperesthésies hystériques ne correspondaient en aucune manière aux divisions des nerfs dans les environs desquelles elles se trouvent placées. Par conséquent, on peut assurer que le siége est dans les fibres musculaires elles-mêmes.

La myosalgie hystérique est l'un des traits les plus prononcés de l'hystérie, et comme elle ne manque que très rarement elle peut, à elle seule, être prise comme un caractère de cette maladie. Ainsi, partout où l'on rencontrera une très vive douleur provoquée par la simple pression du doigt dans une partie du corps où il ne se trouve pas de signes d'inflammation, on peut à coup sûr, d'après ce seul signe, diagnostiquer avec assurance l'existence de l'hystérie. Il est d'une certitude tellement mathématique, que toutes les fois qu'il y a doute sur la nature d'un état dynamique mal déterminé, il suffit de presser ou de gratter légèrement, avec le bout du doigt, la partie supérieure des muscles droits de l'abdomen, au niveau de la région épigastrique, pour arrêter sa conviction. La vivacité de la douleur qu'on produit dans le cas d'hystérie est tellement peu en rapport avec la faible pression exercée, qu'elle suffit à elle seule pour attirer l'attention du médecin ; ce n'est donc pas faire un jeu de mots que de dire qu'on peut diagnostiquer l'hystérie du bout du doigt. L'observation constatant qu'il est rare que l'hyperesthésie hystérique ne siége pas soit à l'épigastre, soit au haut du dos, soit au bas du côté gauche, et, dans la très grande majorité des cas, dans ces trois endroits à la fois, on se trouve avoir dans cette sorte de trépied douloureux, un second caractère si assuré de l'hystérie, qu'on peut dire que toute femme qui présente la réunion de ces trois hyperesthésies doit être très positivement déclarée hystérique. Je ne connais pas un seul fait contraire à cette assertion.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR PROBABLEMENT DE NATURE BÉNIGNE, D'UN VOLUME ÉNORME, CHEZ UNE FEMME DE 58 ANS ; — EXTIRPATION ; — GUÉRISON.

A Monsieur le professeur Velpeau.

Très honoré et très illustre maître,

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur l'observation suivante, qui offre la plus frappante analogie avec un fait que vous avez rapporté dans votre savant *Traité des maladies du sein*, page 386, n° 6. Il s'agit d'une tumeur remarquable par son volume et qui, en raison de sa nature complexe, hybride, semble constituer un genre intermédiaire entre les tumeurs adénoïdes et les tumeurs cancéreuses ; cependant, malgré sa grande ressemblance avec ces dernières, nous pensons qu'elle doit être rangée dans la catégorie des tumeurs adénoïdes les moins bénignes ; car, ainsi que vous en citez vous-mêmes quelques exemples, il y a de ces tumeurs qui, après avoir atteint un volume considérable, peuvent s'ulcérer à la manière des vrais cancers et finir par devenir mortelles. Telle eût été indubitablement la terminaison de celle qui fait le sujet de cette petite note, si, par une opération hardie, nous n'eussions arraché la malade à une mort que tout le monde regardait comme inévitable. Voici ce fait que j'ai pris la liberté de vous soumettre, parce que j'ai pensé qu'en raison de vos travaux sur les tumeurs dont il s'agit, il aurait peut-être pour vous un intérêt tout particulier, et parce que moi-même je serais bien aise aussi de connaître votre opinion sur la nature d'une affection d'un diagnostic excessivement difficile et sur lequel il me reste encore des doutes.

OBSERVATION. — La veuve Rouget, blanchisseuse, demeurant faubourg de Paris, 17, âgée de 58 ans, grande, élancée, maigre, aimant à plaisanter et à rire, et supportant gaiement sa misère, fut opérée, il y a dix à douze ans, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, d'une tumeur située sur les parties latérales gauches du cou, et dont le volume, si l'on peut en juger par l'étendue de la cicatrice, pouvait égaler celui d'un gros œuf de poule environ. L'opération fut longue, laborieuse et on eut beaucoup de vaisseaux à lier ; cependant la guérison s'effectua assez rapidement et la malade sortit de l'hôpital complétement rétablie. Tout allait très bien, lorsqu'au bout d'un an à peine, elle vit apparaître, au-dessous de la clavicule du même côté, une petite grosseur, dure, indolente, roulant sous la peau et à laquelle elle ne fit d'abord nulle attention. Mais comme celle-ci augmentait de volume, elle la fit voir à son premier opérateur, qui, après l'avoir examinée avec soin, lui donna l'excellent conseil de la faire enlever le plus tôt possible. La malade, qui n'en souffrait point, refusa de se soumettre à une nouvelle opération, et sa tumeur, abandonnée à elle-même, continua à s'accroître et à grossir au point d'atteindre un volume considérable ; lorsque nous la vîmes pour la première fois, ses dimensions étaient vraiment prodigieuses. Il est vrai qu'elle avait mis près de dix ans pour arriver à ce haut degré de développement.

Étendue de l'acromion jusqu'au niveau de la cinquième ou sixième côte, elle proéminait au devant de la poitrine, sous la forme d'une grosse masse ovoïde obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, à surface inégale, bosselée, anfractueuse, profondément ulcérée et excavée. Ses bords étaient arrondis, épais et renversés en dehors ; en la soulevant, on remarquait qu'elle reposait sur une base plus rétrécie et comme pédiculée. Sa consistance était ferme, élastique, moins dure que dans le squirrhe, moins molle que dans l'encéphaloïde ulcéré. Si on la saisissait avec les deux mains par les extrémités de son plus grand diamètre et qu'on cherchât à lui imprimer des mouvements verticaux ou de latéralité, on ne tardait pas à reconnaître qu'elle ne tenait qu'à la peau seule et qu'elle était parfaitement libre et mobile au devant de la clavicule et du grand pectoral. Elle donnait issue, par sa surface ulcérée, à une sérosité ichoreuse et sanguinolente extrêmement fétide, et, depuis quelques jours, des hémorrhagies assez abondantes se manifestaient presqu'à chaque fois que l'on renouvelait le pansement.

Le volume énorme de la tumeur que nous venons de décrire, contrastait avec l'extrême maigreur de la malade, dont la peau avait une nuance terreuse et légèrement citésique. Les seins, mous et flétris, n'étaient le siége d'aucune induration pathologique. Les ganglions du cou et de l'aisselle ne présentaient aucune altération, et l'auscultation, aidée de la percussion, ne nous fit rien découvrir du côté de la poitrine. Il nous fut facile aussi de nous assurer qu'il n'existait aucune lésion du tube digestif et des viscères abdominaux. Ainsi, l'appétit était bon, les digestions bonnes, les selles normales. Cependant la faiblesse de la malade était excessive et il était évident qu'elle succomberait très prochainement, si l'art n'intervenait pas d'une manière prompte et décisive.

En raison des conditions locales et générales que nous venons de rapporter, nous crûmes qu'une opération devait être tentée, et que, quelle que fût la nature de la tumeur en question et que nous discuterons plus loin, il fallait de toute nécessité, et le plus tôt possible, recourir à son ablation comme unique et dernier moyen.

Nous fîmes part de notre manière de voir à la malade, et nous l'engageâmes fortement à courir les chances d'une opération qui pouvait être couronnée de succès. Elle accepta avec empressement, car il lui tardait de se débarrasser d'un mal dont elle connaissait toute la gravité et qui, depuis quelque temps, n'était plus qu'un foyer de pourriture et d'infection.

L'opération ayant été résolue, il importait de se fixer sur le choix de la méthode ou du procédé opératoire.

La base pédiculée de la tumeur nous fit songer à la ligature et à l'écrasement linéaire.

Son épanouissement à la surface de la peau, sous forme d'un vaste chou-fleur ou champignon pathologique, et surtout le peu de profondeur à laquelle elle était située dans les tissus, semblaient indiquer l'emploi des caustiques. Cependant la largeur de son pédicule et son épaisseur nous firent rejeter l'une et l'autre de ces deux méthodes, dont le résultat nous parut fort douteux. Nous pensâmes donc qu'il était préférable de nous servir du bistouri comme moyen plus sûr et plus expéditif.

Assisté d'un confrère, M. le docteur Pitoit, et de plusieurs étudiants en médecine, j'opérai la femme Rouget le 19 août 1856. Je compris toute la base de la tumeur dans une incision ellipsoïde, avec la précaution de ménager le plus possible la peau restée saine, et je disséquai de bas en haut, pendant qu'un aide, tenant la tumeur à deux mains, s'efforçait de la détacher et de l'éloigner des parois thoraciques. La dissection en fut très simple et tout se passa le plus heureusement du monde. La malade perdit peu de sang, attendu que nous avions eu soin de lier les artères au fur et à mesure qu'elles se présentaient sous le tranchant de notre couteau.

Après l'ablation de la masse morbide qui pesait 2 kilogrammes environ, il fallait songer au pansement, et le but principal que celui-ci devait se proposer était de réduire l'étendue de la plaie, afin de diminuer la suppuration dont l'abondance eût achevé d'épuiser la malade dont la faiblesse était excessive. Pour satisfaire à cette indication, nous fixâmes avec le collodion, à 1 centimètre environ en dehors des lèvres de la plaie, et suivant son plus grand diamètre, deux bandes de toile dont les bords opposés étaient munis d'une rangée d'œillets. Passant ensuite alternativement d'un bord à l'autre, et dans chacun des œillets, un fil ciré, nous pûmes, de cette façon, rapprocher le bord opposé des deux bandes, et en même temps les lèvres de la surface traumatique auxquelles elles étaient intimement unies. Nous appliquâmes par dessus cet appareil un pansement simple, et nous soutînmes le tout à l'aide d'un bandage roulé. Tout marchait très bien, lorsque, dix jours après l'opération, la malade fut prise tout à coup de frisson, de fièvre, avec nausées et sécheresse de la langue. Le lendemain matin, à notre visite, nous aperçûmes à la surface de la solution de continuité une plaque grisâtre, érysipélateuse, qui nous donna l'explication des symptômes que nous venons de signaler. En présence de cette complication, nous nous empressâmes de substituer au pansement simple, les cataplasmes de farine de lin appliqués à nu, et renouvelés matin et soir. Sous l'influence des émollients, tous les symptômes phlegmasiques s'apaisèrent, et la plaie marcha rapidement et régulièrement vers la cicatrisation. Deux mois après, celle-ci était parfaite, et la malade, entièrement revenue à la santé, pouvait reprendre ses travaux ordinaires. Depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie un seul instant, et tout nous porte à croire qu'elle restera solide et durable.

Mais, de quelle nature était cette tumeur ? Tous les médecins qui l'avaient examinée avant moi s'étaient accordés à dire que c'était un vrai cancer. Si l'on ne considérait, en effet, que son volume, sa forme, l'irrégularité de sa surface ulcérée, remarquable par ses inégalités, ses bosselures, par l'abondance et la fétidité de la matière ichoreuse qu'elle fournissait ; si l'on se souvenait en outre que cette femme, âgée de 58 ans, avait déjà été opérée d'une tumeur sans doute de même nature douze ans auparavant, on devait tout naturellement penser que, dans l'espèce, il s'agissait d'une tumeur maligne récidivée. Quant à nous, ce fut aussi notre première idée, lorsque nous vîmes cette grosse masse fongueuse qui paraissait avoir tous les caractères de l'encéphaloïde lardacé. Cependant l'extrême lenteur de son développement, sa mobilité, l'intégrité des ganglions voisins, son indolence, sa consistance fibrineuse et élastique, l'absence complète de lésion appréciable du côté de la poitrine et des intestins constituaient autant de différences qui la distinguaient de tumeurs cancéreuses, avec lesquelles

elle avait néanmoins de nombreux traits de ressemblance et la plus frappante analogie.

Après l'opération, nous la fendîmes en deux parties. Sa coupe était plane, d'un blanc terne et parsemée de taches plus foncées. Sa texture était granuleuse; elle avait la densité et l'élasticité du tissu fibreux. Fortement pressée entre les doigts ou râclée avec le scalpel on n'en faisait point sortir le suc particulier auquel on a donné le nom de suc cancéreux.

D'après tout ce qui précède, nous sommes autorisé à penser que nous avons eu affaire à une tumeur adénoïde, et la bonne santé dont jouit maintenant la malade, qui ne présente aucune trace de récidive, bien qu'opérée depuis bientôt deux ans, nous confirme de plus en plus dans cette opinion.

Tel est le fait, Monsieur et très honoré maître, que j'ai cru devoir soumettre à votre judicieuse appréciation. Il m'a paru offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports : 1° par le volume extraordinaire de la tumeur, peut-être unique dans les fastes de l'art; 2° par sa nature particulière; 3° par la suite heureuse d'une opération pratiquée cependant dans les conditions les plus défavorables. C'est donc envisagé à ce triple point de vue qu'il m'a semblé digne de fixer votre bienveillante attention.

Daignez agréer, très honoré maître, l'assurance de ma respectueuse considération,

D[r] ROUAULT,
Médecin à Rennes.

Tout indique, en effet, que la tumeur dont parle M. le docteur Roüault appartenait à la catégorie des adénoïdes, qu'elle était de nature bénigne par conséquent, et que la malade a toute chance d'en être radicalement guérie. Quoique indépendante de la mamelle, je crois, elle n'en mérite pas moins d'être mise à côté de celle que j'ai publiée et que cite l'auteur, pour montrer ce que peuvent devenir, à la longue, les adénoïdes qui s'ulcèrent.

VELPEAU.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de janvier et février 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT.

Sommaire. — Correspondance. — Note sur un appareil nouveau, concernant les inhalations médicamenteuses, dans le traitement des maladies des voies respiratoires. — De la myocardite considérée comme cause de la rupture et d'anévrysme partiel du cœur. — De l'immobilité et de son utilité dans le traitement de la coxalgie.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire *sur les purgatifs*; renvoyé à la commission du prix de la Société, sous le n° 5.

2° Les *Bulletins* 1, 2, 3 et 4 de la Société de médecine de Marseille pour l'année 1857. M. Dreyfus rapporteur.

3° Le *Rapport général* des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, pendant l'année 1856-1857. M. J. Gimelle, rapporteur.

4° Un rapport de M. Grasset, médecin de l'hospice de Montélimart, *sur les eaux minérales de Bondonneau.* M. Alex. Mayer est chargé de rendre compte de ce travail;

5° Une série de numéros du journal de médecine espagnol *Iberia medica.* Renvoi, avec les numéros précédents, à M. Bonnassies.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le docteur AUBRUN, président sortant, cède le fauteuil à M. le docteur ARCHAMBAULT, qui remercie la Société de l'honneur auquel elle a bien voulu l'appeler.

M. TRÈVES fait connaître la perte que la Société vient de faire dans la personne de M. Legendre, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie. La Société charge son Secrétaire général d'adresser une lettre de condoléances à la veuve de notre regrettable confrère.

M. SIMONOT donne connaissance de la lettre adressée, au nom de la Société, à l'Association générale des médecins de la Seine, à propos du procès intenté par les homœopathes à un de nos jeunes confrères.

M. le docteur Alex. MAYER lit une note *sur les inhalations médicamenteuses, à l'aide d'un appareil nouveau, dans le traitement des maladies des voies respiratoires.*

Le grand nombre de médicaments recommandés dans le traitement des maladies des voies respiratoires et de la bronchite en particulier, indiquent suffisamment que ces affections sont souvent rebelles à la thérapeutique. Ayant été fréquemment consulté par des malades, chez lesquels les moyens usuels n'avaient produit aucun soulagement, M. Mayer a étudié la maladie dans toutes ses formes, à toutes ses périodes, il espère qu'un traitement local, au moyen du petit appareil très simple qu'il présente, est destiné à procurer d'excellents résultats.

L'honorable membre fait passer une espèce de pipe en verre, composée d'un ballon dont la partie supérieure présente deux orifices : l'un antérieur, se continue par un tube, destiné à conduire les vapeurs dans le conduit respiratoire; l'autre postérieur, sert à introduire les liquides. La chaleur employée pour amener l'évaporation du liquide contenu dans le globe ne doit pas passer 70°. Tous les liquides et toutes les substances volatiles peuvent, suivant les indications médicales, être employées en fumigations. Du reste, M. Mayer se propose d'exposer plus tard le résultat de ses observations dans les diverses affections des organes de la respiration.

M. DREYFUS trouve cet appareil ingénieux et d'une application très facile, il est très à la portée du praticien, et peut rendre d'utiles services.

M. MORPAIN s'occupe, depuis bientôt six ans, des inhalations et spécialement de leur emploi dans l'asthme; pour lui, rien n'est plus difficile que cette question. Il a publié des observations sur l'emploi des vapeurs médicamenteuses dans la bronchite, le catarrhe bronchique, l'asthme sec; M. Richard-Desruès, et plus récemment M. Mandl, se sont occupés de cette question, il est néanmoins heureux de voir les appareils simplifiés. Si on peut mettre le malade dans une atmosphère de vapeurs appropriées à son mal, on est sûr de lui procurer de l'amélioration. Il y a trois ans, l'honorable membre étudia les salles du Mont-d'Or, de Pierrefonds, d'Allevard, et conclut de leur étude qu'en établissant une salle spéciale de respiration, surtout dans les hôpitaux destinés à la vieillesse, on n'économiserait pas moins de 1,500 à 1,800 francs de kermès par an. Il déclare cependant que plusieurs praticiens des hôpitaux lui ont dit que si cela était bon en principe, on ne pouvait cependant faire un traitement spécial avec les inhalations. Pour lui, il a donné des soins à plusieurs asthmatiques, à un Monsieur, entre autres, malade depuis dix ans, et restant des cinq et six mois sans se coucher; il le fit mettre dans des vapeurs de stramoine, de belladone; la première nuit, il se coucha; maintenant, dès que les accès le prennent, le malade s'enferme dans sa chambre, reste une heure ou deux dans la vapeur, et le calme revient.

M. MAYER n'a pas voulu apporter une médication nouvelle, des moyens nouveaux; il n'a eu pour but que d'offrir à ses confrères un appareil très simple et peu coûteux. Les vapeurs dans la chambre entière, comme les emploie M. Morpain, sont gênantes, car on y plonge tous les assistants.

M. BONNASSIES voudrait que M. Mayer indiquât quelles sont les doses du médicament. Si c'est le goudron, par exemple, comment doit-on le respirer?

M. MAYER : Il faut échauffer un peu le ballon, verser dedans l'eau chargée de goudron, puis placer l'appareil au-dessus d'une lampe à alcool jusqu'à la formation de vapeurs; dès que le ballon est opaque on commence l'inspiration. Ces inhalations sont très efficaces.

M. TRÈVES demande s'il ne faudrait pas discuter quelle est l'utilité des vapeurs dans les affections des bronches; pour lui il n'en a tiré aucun résultat.

M. SIMONOT fait observer que, dans les appareils analogues, le tube introducteur de l'air va au fond du liquide, ce qui n'a pas lieu dans celui de M. Mayer; il y a donc perte énorme de vapeurs, ce qui est une défectuosité.

M. MAYER répond que l'appareil de M. Mandl, qui est le plus récent, est semblable au sien, le tube seulement est en caoutchouc; si l'on perd des vapeurs, il n'y a pas grand inconvénient, car on les renouvelle à mesure.

M. SIMONOT ne pense pas ainsi; l'air va à la surface du liquide; il y a alors très peu de vapeur absorbée; de plus, si les vapeurs sont plus légères que l'air, il y en a encore moins.

M. MERCIER reconnaît deux variétés dans la bronchite; dans l'une, le mal réside dans les bronches, dans l'autre, le siége est plus général, car la perturbation se produit dans beaucoup d'organes de l'économie; il y a un malaise général outre le mal localisé. Les urines sont excessivement acides, elles renferment beaucoup d'urate d'ammoniaque : il a vu beaucoup de malades se plaindre de la sensibilité produite au passage de l'urine. Dans ces cas, les vapeurs ne seraient d'aucun secours : il y a probablement une altération matérielle du sang qui doit être d'abord combattue. Il faut chercher à hâter le vœu de la nature par l'expulsion du principe morbifique. Les diaphorétiques sont utiles; une fois la sécrétion bien établie, dès que la muqueuse n'est plus sèche, le mal étant devenu local, on peut très bien avoir recours aux vapeurs.

La parole est continuée à M. Aug. MERCIER, pour faire devant la Société l'analyse de son mémoire sur la *myocardite* considérée comme cause de rupture et d'anévrysme partiel du cœur.

Avant le travail de M. Mercier, l'anévrysme partiel du cœur passait pour une maladie excessivement rare; dix-sept observations seulement étaient connues dans la science. Corvisart n'avait rencontré qu'un cas de cette affection, et il le regardait comme très extraordinaire et même unique (*Essai sur les maladies du cœur*, 2e édit., p. 272). Laënnec lui-même n'en vit que deux qui lui furent montrés par MM. Bérard (*De l'auscultation*, 3e édit., t. III, p. 132); Breschet, en 1827, en rassembla dix cas (*Répert. gén. d'anat. et de physiol.*, t. III), et M. Ollivier, en 1834, en a porté le nombre à dix-sept (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. VIII). Quatre opinions partageaient les anatomo-pathologistes.

Math. Baillie, l'auteur de l'*Anatomie pathologique*, l'attribuait à la faiblesse des fibres musculaires du sommet du ventricule; celui-ci, dit-il, en se contractant, poussait le sang vers la partie la plus faible, qui, incapable de résister à cet effort, se dilatait par degrés.

D'autres se demandaient si cette lésion ne serait pas due à ce qu'une couche interne de la substance musculaire du cœur se serait déchirée par une cause quelconque, et à ce que les couches externes, demeurées intactes, auraient éprouvé une dilatation et formé une tumeur anévrysmale. Émise par Corvisart, cette opinion fut celle de Breschet et de Dance; mais, selon celui-ci, la déchirure doit être précédée d'un ramollissement partiel.

D'autres comme Laënnec et M. Bouillaud disent que cette maladie a pour cause une ulcération de la membrane interne du cœur.

Enfin, M. Reynaud pense qu'il y a altération de la membrane interne du cœur, distendue par le sang et dilatée en sac lors des contractions du ventricule.

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer plusieurs cas de cette affection, M. Mercier a été conduit, par l'anatomie pathologique, à émettre une opinion en dehors de celles qui régnaient. Il a recueilli lui-même quatre observations; une autre lui a été remise, avec la pièce anatomique, par un collègue dont il regrette d'avoir oublié le nom; une sixième a été relevée par lui à l'amphithéâtre de la Charité, au moment de l'autopsie faite par un confrère et ami, M. Léger. Depuis, il en a vu quatre ou cinq autres cas. Pour lui, la cause incontestablement la plus fréquente, la seule bien démontrée, c'est l'altération simultanée de l'endocarde et du tissu musculaire.

Si on examine, à diverses époques, l'extrémité d'un muscle intéressé dans une amputation, on y observe des phénomènes qu'on ne peut évidemment attribuer qu'à l'inflammation. Dans les premiers jours, il est brun noirâtre, et on voit, à la loupe surtout, que cette coloration est due à une foule de petits points noirs, dont les plus volumineux sont formés par du sang coagulé dans de petits vaisseaux; un lavage même assez prolongé ne peut les faire disparaître entièrement.

Si l'inflammation du tissu musculaire persiste, à cette teinte noire se mêle une nuance grisâtre due au pus qui se forme, et qui finit par se rassembler en foyers, en même temps que le tissu primitif disparaît. Si cet état se rencontre rarement, c'est qu'avant d'en venir là, ou bien le muscle se rompt, ce qui donne lieu à une rupture, ou bien l'inflammation s'arrête.

Dans ce dernier cas, il ne s'agit que d'une infiltration sanguine, on voit peu à peu la couleur du tissu devenir plus claire, passer au rouge brique ou jaune; le muscle diminue en même temps en épaisseur et en longueur, et il reprend de la consistance, quoiqu'il soit facile à rompre.

Enfin, si on examine ce tissu à une époque encore plus éloignée de la période inflammatoire, on le trouve blanc, rétracté, ne formant plus qu'un faisceau très mince, en un mot, transformé en tissu fibreux. A cette transformation se joint même, au bout d'un certain temps, l'atrophie, la dégénérescence en une sorte de tissu cellulaire, par suite de l'insuffisance du fluide nourricier, surtout quand le tissu fibrifié est comprimé et distendu.

Or, ce qui se passe dans les muscles des membres peut se passer dans le tissu charnu du cœur. Laënnec, MM. Bouillaud et Cruveilhier reconnaissent, dans la cardite proprement dite, trois ramollissements, le rouge, le blanc et le jaune. Le plus souvent donc, la rupture du cœur est due à l'inflammation circonscrite du tissu musculaire, et, dans les cas où les sujets auraient survécu, il se produit à la place de l'infiltration sanguine ou purulente, une fibrification du tissu musculaire et une dilatation.

La cause la plus fréquente de cette affection est l'influence rhumatismale.

Quant à l'historique, le 5 mars 1835, M. Mercier présenta une observation à la Société anatomique; quelque temps après, le 25 août de la même année, M. Chapinat soutint sa thèse sur ce sujet. En 1836, M. Cruveilhier en parla dans son *Anatomie pathologique* (liv. XXI et XXII); puis Thurnam, en 1839, et M. Rokitanski (*Anat. pathol.*, 1844-1846).

M. LABARRAQUE désirerait que M. Mercier fît une note analytique pour le comité de rédaction, afin de donner une date certaine, une véritable authenticité à la question.

M. F. MARTIN a été appelé rue des Batailles, auprès d'une jeune fille de 5 ans, qui boitait depuis deux mois sans se plaindre. Le médecin étant absent, l'honorable membre constata une coxalgie. Les parents étaient en Amérique; il fallait agir *tutò et jucundè*. M. Martin fit coucher la jeune fille immobile sur le dos, un oreiller en tampon sous les jarrets, en demi-flexion; elle resta huit jours dans cette position et guérit parfaitement.

M. AMEUILLE a employé le même procédé sur une jeune personne, les douleurs cessèrent à l'instant, ce que l'on n'avait pu obtenir avec les calmants de toutes les espèces.

M. F. MARTIN a vu, avec M. Michon, une jeune fille atteinte de coxalgie datant de six ans; il y avait deux fistules, l'une allant à la tubérosité sciatique; la jambe était d'abord dans l'abduction, la flexion était exagérée au point que le genou touchait la bouche; plus tard, la jambe se trouva dans l'adduction; il y a eu des abcès; la malade poussait des cris effrayants. M. Martin posa son appareil, le mieux survint, et, aujourd'hui, cette jeune fille est guérie et marche parfaitement.

Le secrétaire général, D[r] PERRIN.

COURRIER.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

MM. les docteurs en médecine, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'École pratique, pendant l'année 1857-58, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour le semestre d'été aura lieu le mardi, 30 mars, à 11 heures 1/2, à l'École de médecine.

MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours dans ces mêmes amphithéâtres pendant l'année scolaire 1858-59, sont invités à déposer leur demande d'autorisation à M. le ministre de l'instruction publique, avant le 1er mai prochain, au secrétariat de la Faculté.

— La *Presse médicale belge* annonce la mort de M. le docteur Barthélemy Thiry, de Bastogne. Cet honorable confrère avait été victime d'un bien grave accident : il avait eu les deux jambes cassées, et l'une d'elles était fracturée comminutivement avec sortie des fragments à travers les téguments. C'est au début d'une carrière brillante, où tout semblait devoir lui sourire, que ce jeune et savant médecin a été enlevé à l'affection de tous ceux qui le connaissaient. M. Thiry n'était âgé que de 27 ans.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Une affaire qui peut avoir une grande importance pour messieurs les charlatans non titrés est pendante devant la Cour de cassation.

On sait que, jusqu'à ce jour, l'exercice illégal de la médecine, sans usurpation de titre, a été puni des peines de simple police, c'est-à-dire de 15 fr. d'amande à un ou cinq jours de prison.

Un arrêt de la Cour impériale d'Amiens tendait à modifier cette jurisprudence : cet arrêt, en date du 29 janvier 1857, avait condamné le sieur Seguin à 30 fr. d'amende et *deux mois* de prison, pour exercice illégal de la médecine, sans usurpation de titre.

L'arrêt de la Cour d'Amiens ayant été déféré à la Cour de cassation, celle-ci le cassa, le 19 mars 1857, et renvoya l'affaire, pour être statué au fond à la Cour de Rouen.

La Cour de Rouen a adopté une jurisprudence conforme à celle d'Amiens, et a confirmé son arrêt, à la date du 22 mai 1857.

Le sieur Seguin s'est pourvu une seconde fois en cassation, et sur ce pourvoi, la Chambre criminelle s'est déclarée incompétente et a renvoyé l'affaire devant les Chambres réunies. Nous saurons donc bientôt à quoi nous en tenir sur cette question, qui n'est pas sans un assez grand intérêt pour le corps médical. — *(Moniteur des hôpitaux.)*

— M. Guersant continuera son cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à dater du mois d'avril, tous les jeudis.

A 8 heures, visites des malades.

De 9 heures à 10 heures, leçons et opérations.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 37. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 30 Mars 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 MARS 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

ADHÉSIONS :

AISNE. — La commission générale de l'Association médicale de l'Aisne :

MM. Dupuy, président (Festieux), — Leclerc, trésorier (Laon), — Coffignon, secrétaire annuel (Marle), — Fauvelle père, (Courcy), — Fauvelle fils (Laon), — Hugot (Laon), — Ganot (Laon), — Lecygne (Liesse), — Pienné (Bruyères), — Wuimy (Pierrepont).

CHER : L'homme, médecin en chef de l'asile des aliénés (Bourges).

PYRÉNÉES (Basses) : Bonnet de Malherbe (Pau).

SEINE : Roche, de l'Académie impériale de médecine, — Le Bret, — Doumic, — Boutin de Beauregard.

SEINE-ET-OISE : Surbled (Corbeil).

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Deguise présente un nouvel exemple de fracture en V du tibia, provenant d'un malade à qui il a été obligé de couper la cuisse. Cette fracture, produite dans une chute, était située vers le tiers inférieur de la jambe, et était compliquée de plaie avec issue des deux fragments. Pour obtenir la réduction, M. Deguise fut obligé de réséquer l'extrémité des deux fragments. Pendant cette opération, il remarqua sur le fragment inférieur une fêlure presque verticale qui partait du sommet de l'angle rentrant du V, et qui se dirigeait vers l'articulation tibio-tarsienne. De graves accidents survinrent; des fusées purulentes se formèrent, et remontèrent jusqu'au genou; enfin le malade, épuisé par la fièvre, par le dévoiement et par l'excès de suppuration, a dû se soumettre à l'amputation de la cuisse.

Sur la pièce que présente M. Deguise, on trouve toutes les lésions des fractures en V, telles que M. Gosselin les a décrites. La fêlure verticale du fragment inférieur pénètre dans l'articulation tibio-astragalienne; celle-ci renferme une mince couche de sang coagulé, mais ne paraît pas autrement malade.

— M. Richet présente le sac et l'intestin d'une hernie crurale qu'il a opérée sans succès chez une femme de 61 ans. A la suite du débridement, la réduction paraissait complète; mais les accidents continuèrent, et la malade succomba.

Sur les pièces que présente M. Richet, on reconnaît la cause de la persistance de l'étranglement. La hernie avait deux collets; le sac avait deux compartiments. Le débridement avait divisé le collet inférieur, et la hernie, repoussée dans le compartiment supérieur, avait paru réduite; mais le collet supérieur avait continué à étrangler l'intestin.

M. Richet annonce qu'il remettra ultérieurement l'observation complète de ce fait remarquable.

— M. Guersant présente deux pièces qui proviennent d'enfants morts de mal vertébral. La première est une carie de la dernière vertèbre lombaire; le corps de cette vertèbre est presque entièrement détruit, et cependant il n'y a qu'une gibbosité assez légère. Cette lésion était accompagnée d'un abcès par congestion.

La seconde pièce de M. Guersant est la colonne vertébrale d'une petite fille de 10 ans 1/2. Cette enfant était entrée à l'hôpital pour un abcès par congestion très volumineux qui commençait sous le rebord inférieur des fausses-côtes et descendait jusqu'au pli de l'aine. La ponction en retira 750 grammes de pus en une seule fois. Au bout de quelque temps, la petite malade, épuisée par la suppuration, tomba dans le marasme et mourut.

A l'autopsie, on a trouvé que le pus venait de la région dorsale du rachis. Une énorme poche purulente, descendant jusqu'au pli de l'aine, prend son origine au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Les corps de ces deux vertèbres sont à nu dans le foyer; le disque inter-vertébral correspondant est entièrement détruit; la forme des deux corps vertébraux dénudés n'est point altérée, et leur consistance n'est point diminuée. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que presque tous les autres disques inter-vertébraux de la région dorsale, et même de la région lombaire, sont ou presque entièrement détruits ou très profondément altérés; ce qui en reste est notablement ramolli. La plupart des corps vertébraux, exception faite de ceux des quatrième et cinquième dorsales, sont à peu près complétement sains. On trouve à peine, sur quelques-uns d'entre eux, des criblures et de petites érosions superficielles qui ne présentent aucun des caractères de la carie. Beaucoup paraissent tout à fait normaux. Ainsi, dans ce cas, le mal vertébral paraît avoir eu pour siége primitif les disques inter-vertébraux, et il est permis de penser que les lésions des corps vertébraux, relativement très légères, n'ont été que consécutives.

Enfin, il faut noter que malgré la gravité de la lésion du rachis, et malgré les pertes de substance qui résultent de la destruction de plusieurs disques, il n'y a eu pendant la vie aucune déviation, aucune gibbosité. Sur la pièce anatomique, on peut aisément produire une légère exagération de la courbure normale de la région dorsale du rachis, mais on ne produit pas de gibbosité véritable.

— M. Huguier présente des pièces anatomiques provenant d'un homme âgé de 43 ans, mort à la suite de l'opération de la hernie étranglée. — Voici le résumé de cette observation :

« Prévost, cocher, d'une constitution robuste, presque athlétique. Depuis son enfance, il est atteint de hernie inguinale gauche. Il prétend qu'il l'a toujours exactement maintenue au moyen d'un bandage; mais on verra tout à l'heure que ce renseignement ne peut pas être exact. Cette hernie n'a jamais produit d'accidents; elle est sortie plusieurs fois, mais la réduction était toujours facile.

Le 2 mars, dans un violent effort de toux, la hernie glissa sous le bandage; presque aussitôt le malade fit et fit faire de vigoureuses tentatives de réduction qui furent infructueuses. Le soir, il commença à vomir, et à minuit il entra à l'hôpital Beaujon. Les internes firent de nouvelles tentatives qui échouèrent encore.

Le 3 mars, à la visite, on endormit le malade et on essaya de nouveau de réduire la hernie sans pouvoir réussir. La tumeur, un peu plus grosse que le poing, descendait jusqu'au fond du scrotum; elle était très ferme, et donnait partout de la matité à la percussion. M. Huguier, à la fin de la visite, se décida à pratiquer l'opération du débridement.

Le sac incisé laissa écouler une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent. La hernie renfermait une quantité considérable d'épiploon, dont le pédicule formait une corde de la grosseur du doigt. Derrière cet épiploon, qui adhérait solidement à la partie interne du sac, se trouvait une anse intestinale longue de 15 à 20 centimètres, très injectée, et paraissant déjà le siége d'une vive inflammation. La tunique péritonéale présentait plusieurs éraillures qu'on attribua aux tentatives de taxis. Les autres tuniques de l'intestin étaient entières. Le doigt, introduit de bas en haut dans le sac, pénétra facilement jusque dans le ventre. Néanmoins, l'anse herniée, trop distendue, ne put être réduite. M. Huguier, pour en diminuer le volume, fit avec un fin trocart *à pointe conique* une ponction qui donna issue à une grande quantité de liquide lie-de-vin. Après cette évacuation, la réduction ne pouvant encore être obtenue, M. Huguier fit un débridement directement en dehors. L'intestin alors rentra facilement, mais l'épiploon ne put être réduit qu'en partie, et fut laissé dans le sac. Trois points de suture et un pansement simple terminèrent l'opération.

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE [1];

Par le docteur E. GALLERAND,

Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Phthisie. — Sans vouloir traiter en général de l'influence de la navigation sur le développement et la marche de la phthisie, je dois déclarer que la navigation dans les mers Glaciales a, sur la marche de cette maladie, une influence accélératrice incontestable, et, sur son développement, une action que les individus prédisposés doivent éviter de tous leurs efforts.

La phthisie peut être extrêmement rare en Islande et dans le nord de la Norwége, selon M. Boudin, conformément à l'avis d'un médecin du Finmark, avec qui j'en ai conféré; mais il ne s'agit pas ici des indigènes, il s'agit de matelots français, naviguant dans cette zone. En 1855, nous avons vu succomber trois phthisiques pendant le voyage, et deux autres sont morts à l'hôpital de Brest peu de temps après l'arrivée; c'est donc un tribut de cinq hommes pour une campagne de quelques mois. En outre, plusieurs m'ont inspiré des craintes sérieuses et n'ont peut-être dû la vie qu'à des soins continuels et à l'administration incessamment prolongée de l'huile de foie de morue.

Je ne tire de ces faits qu'une seule conclusion, c'est qu'il faut bien se garder d'entraîner dans une expédition analogue des individus offrant quelques prédispositions à la tuberculisation pulmonaire.

Rhumatisme articulaire aigu. — Les quinze cas qui se sont offerts à mon observation, témoignent de la fréquence de cette maladie si douloureuse à bord d'un navire en mer; elle a toujours présenté une grande tendance à la récidive et à la chronicité, ce qui s'explique d'ailleurs parfaitement par la difficulté extrême qu'on éprouve à maintenir les malades dans de bonnes conditions, au milieu de températures aussi variées. Mes remarques à propos de la pleurésie sont appliquables au rhumatisme articulaire.

Péritonite. — Un seul cas de péritonite a été accidentel; je le rapporterai cependant, parce qu'il fournit un exemple d'une lésion fort rare. Le commis aux vivres de la *Psyché* se promenant un matin sur le pont de la frégate, dans l'état de santé le plus parfait en apparence, est tout à coup saisi d'une violente douleur dans l'hypocondre droit; une perturbation profonde se manifeste instantanément, et c'est à peine si ce marin peut trouver les forces nécessaires pour descendre dans sa chambre. Appelé immédiatement près du malade, je constate une grande altération de la physionomie, une anxiété extrême, le refroidissement général, la petitesse du pouls, etc.; il accuse une douleur atroce dans la région hépatique et la compare à la sensation d'un déchirement intérieur; il assure n'avoir absolument rien ingéré depuis la veille, et comme il n'est encore que neuf heures du matin, cette dernière circonstance paraît croyable. Bientôt tous les symptômes de la péritonite éclatent avec violence et marchent avec une rapidité qu'aucun traitement ne semble influencer; dans la soirée même, le malade succombe environ dix heures après l'apparition des premiers accidents. En présence d'un début aussi brusque et d'une marche aussi foudroyante, une rupture de quelques organes paraissait probable; l'autopsie en donna la preuve. Voici le résumé de cette nécropsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

La cavité abdominale à peine ouverte, on constate dans le péritoine un épanchement considérable de matières diverses, parmi lesquelles je reconnais l'huile de ricin que j'avais administrée au malade. Examinant alors le tube digestif, je découvre une perforation du duodénum, au point où cet intestin se recourbe pour constituer sa deuxième portion, et sur la région antérieure et externe de cette courbure. Cette lésion se présente sous l'aspect d'un trou rond, de 3 centimètres de diamètre, dont les bords, légèrement obliques, semblent formés par un tissu parfaitement sain; avec un emporte-pièce, on n'eût pas fait mieux. Pensant que cette solution de continuité pouvait avoir été produite par la chute d'une escarre, j'ai fait de vaines recherches pour en trouver quelques traces au milieu des liquides épanchés; il m'a été également impossible de découvrir quelque corps étranger susceptible d'expliquer par sa présence la perforation intestinale. La pièce où siége cette altération pathologique très remarquable a été conservée et déposée ultérieurement au musée anatomique de Brest.

Fièvre typhoïde. — L'absence presque complète de fièvres typhoïdes a été un des faits remarquables de nos expéditions dans le Nord; un seul de nos hommes en a été atteint; la maladie, parfaitement caractérisée, a été grave, mais elle a marché avec régularité et s'est terminée par la guérison. Si l'on songe que mes observations comprennent une période d'environ une année, et portent sur un personnel de 700 hommes; si l'on réfléchit que ce personnel se composait, en grande majorité, d'individus âgés de 18 à 30 ans, dont beaucoup venaient d'entrer au service pour la première fois, on sera peut-être étonné, comme je l'ai été moi-même, de la rareté de cette maladie au milieu d'éléments et de conditions en apparence assez favorables à son développement.

Je noterai aussi, en passant, la complète immunité dont nous avons joui au sujet des fièvres éruptives. Pas un seul cas ne s'est montré sur nos navires, et cependant nous étions, à deux reprises différentes, partis de Brest dans un moment où la rougeole, la scarlatine et la variole y sévissaient épidémiquement, en particulier sur les différents corps militaires.

Fièvres intermittentes. — L'absence de fièvres intermittentes dans les régions polaires est assez généralement admise; cependant quelques faits tendent à établir le contraire. Pendant les deux séjours dans la mer Blanche, j'ai constaté quatre cas de fièvres intermittentes bien caractérisées; deux sur la *Psyché* en 1854, et deux l'année suivante sur la *Cléopâtre*; les malades déclaraient, à la vérité, avoir été autrefois atteints de la même affection, mais ils assuraient n'avoir point eu d'accès depuis au moins six mois. J'avais cru pouvoir, dans mes rapports officiels, expliquer ces récidives par une infection nouvelle. M. Fonssagrives (1), qui connaissait les deux premiers cas observés en 1854, a

(1) Voir les numéros des 16, 25 et 27 mars 1858.

(1) Fonssagrives, *Op. cit.*, p. 407.

Malgré l'administration de plusieurs purgatifs, le cours des matières ne se rétablit pas. Les vomissements, d'abord arrêtés, reparurent dans la matinée du 5 mars avec des hoquets et les autres signes de la péritonite. Le malade mourut la nuit suivante.

Autopsie. — Aucun épanchement dans l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle, énormément distendues et très injectées, sont réunies entre elles par une couche pseudo-membraneuse molle et mince. L'anse qui faisait partie de la hernie appartient à la partie moyenne de l'iléon. Elle se reconnait au milieu des autres à sa couleur d'un bleu foncé. Elle est recouverte, en certains points, d'une mince couche de pus. Il est absolument impossible de reconnaître le point où l'on a fait pénétrer le trocart au moment de l'opération.

M. Huguier fait remarquer l'innocuité des ponctions faites sur l'intestin avec un trocart fin et conique comme celui qu'il a employé. Cet instrument écarte les fibres sans les diviser, tandis que les trocarts triangulaires, coupant toujours quelques fibres, laissent une ouverture qui peut livrer passage à un épanchement stercoral.

Voici maintenant le point le plus remarquable de cette observation. Le colon ascendant et le colon descendant occupent à peu près leur situation habituelle; mais, attiré en bas par l'épiploon, qui est presque tout entier contenu dans la hernie, le colon transverse est descendu jusque dans la fosse iliaque gauche; et est venu se placer au-devant de l'ouverture abdominale du canal; il en résulte que le méso-colon transverse, allongé et tendu, descend comme un tablier au-devant des anses de l'intestin grêle. D'un autre côté, l'S iliaque, depuis longtemps déplacée, s'est fixée à la paroi abdominale antérieure, immédiatement au-dessous de l'ouverture abdominale du canal inguinal, où elle a contracté de solides adhérences. Cette ouverture, par conséquent, est limitée en avant par le colon tranverse, en arrière par l'S iliaque, de sorte qu'un débridement soit en avant, soit en arrière, aurait presque inévitablement lésé le gros intestin. L'anse intestinale herniée passait donc entre le colon transverse et l'S iliaque.

Le déplacement de l'S iliaque paraît indiquer que le développement du sac herniaire s'est fait en grande partie aux dépens du péritoine du bassin. Le sac renfermait encore la presque totalité de l'épiploon, qui y était retenu par des adhérences anciennes. Il n'est pas douteux, par conséquent, que, contrairement à la narration du malade, la hernie était en partie irréductible, et que le bandage ne la maintenait pas exactement.

PATHOLOGIE.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Troisième Lettre.

Mon cher maître,

Ainsi que j'avais l'honneur de vous le dire dans ma dernière *Lettre*, j'arrive maintenant à l'étude des lésions du péritoine. Elles ont acquis, dans la question que j'examine devant vous, une valeur considérable. Cette valeur, à mon sens, est tout à fait excessive; les faits me l'ont démontré, et j'espère le prouver par leur analyse attentive.

On ne prend pas, en général, assez de soin quand on étudie une question de rechercher et d'étudier ses origines, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire qu'on ne s'enquiert jamais suffisamment de ce que pouvait être l'état des esprits sur cette question au moment où elle a été portée pour la première fois devant le public, comme aussi des doctrines générales qui régnaient au même moment. On ne recherche pas toutes les coïncidences de cette sorte qui peuvent être relevées et qui donneraient souvent d'utiles enseignements. On prend assez volontiers les questions telles qu'on les reçoit, et si on leur fait subir dans son esprit quelque modification, on est généralement enclin, sauf étude spéciale, à accepter une grande part de ce que la tradition nous livre.

C'est là un tort grave, qui conduit à laisser les questions dans une fausse voie, une fois qu'elles y sont entrées. Si nous parcourions ensemble les cadres de la nosologie, nous trouverions, à coup sûr, de nombreuses traces de ces influences rétrospectives, et nous pourrions même souvent mettre des noms propres sur les idées peu régulières, acceptées cependant sans contrôle. Semblable chose est arrivée pour la péritonite des femmes en couches. Si nous recherchons ses origines, nous reconnaîtrons que les études de plusieurs auteurs, et spécialement celles de Gasc, en fixant sur la péritonite l'attention du public médical, ont conduit à mettre en saillie cette terrible affection et ont contribué, pour une part, à faire accorder à la phlegmasie du péritoine une influence prépondérante parmi les accidents que peut subir la femme après l'accouchement.

De cette opinion née des faits à une doctrine véritable qui a présenté la phlegmasie du péritoine comme l'expression de la fièvre dite puerpérale, la pente était facile. L'épanchement péritonéal était une circonstance anatomique trop palpable pour la rejeter sur le second plan, surtout au moment où on attachait une grande importance à cette phlegmasie. Alors on a dit *péritonite puerpérale, fièvre puerpérale exprimée par une péritonite*, etc., sans rechercher la forme habituelle du phénomène anatomique, sans s'appliquer à démêler la valeur des circonstances dans lesquelles il se développait, et la marche qu'il suivait dans son évolution.

Je comprends, du reste, parfaitement la préoccupation qu'a pu faire naître la présence des désordres péritonéaux. Elle se lie à la gravité très réelle qu'ajoute, à une situation quelle qu'elle soit, un élément pathologique d'une telle importance. L'étendue de cette séreuse, les liens sympathiques qui l'unissent à l'économie tout entière, sont des conditions qui font comprendre un peu pourquoi et un peu comment l'inflammation de cette séreuse est si habituellement grave.

Cette gravité même a servi la théorie pour ainsi dire, et on a tout naturellement rapporté l'état grave des femmes en couche à la grave phlegmasie qui fait partie des phénomènes observés. Seulement, comme la péritonite ne rendait pas compte de l'ensemble des phénomènes, on l'a subordonnée à l'influence de la maladie dont on admettait l'existence et à laquelle on a attribué alors tout ce que la phlegmasie péritonéale ne pouvait pas commodément expliquer.

Lorsqu'on examine avec attention les faits, et lorsqu'au lieu de prendre la péritonite en bloc, pour ainsi dire, on cherche à démêler les circonstances diverses qui se rapportent à son apparition, à son développement, à sa marche, on change nécessairement de manière de voir sur la valeur des altérations péritonéales. Les observations que j'ai pu relever ont mis complétement hors de doute pour moi:

Que les altérations du péritoine sont de nature purement phlegmasique.

Que loin d'être une affection primitive, liée directement, à titre d'effet direct, à une cause spéciale (j'allais presque dire spécifique), la péritonite est une phlegmasie purement secondaire, subordonnée aux altérations utérines.

Si j'analyse avec soin les observations que j'ai pu recueillir, je vois que la péritonite a été rencontrée à l'autopsie 52 fois. Mais quand j'entre dans l'étude plus attentive de ce fait, quand je ne me borne pas à constater l'existence d'une lésion péritonéale, voici ce que je remarque :

Sur ces 52 exemples, 28 fois la péritonite a été tout à fait localisée au voisinage des annexes utérines, au petit bassin ou aux fosses iliaques. 16 fois très marquée et très largement exprimée aux mêmes siéges, elle a poussé des irradiations bien moindres sur les autres organes, comme les parties les plus voisines des intestins grêles, tout le côté droit de l'abdomen, jusqu'au foie. Enfin, 5 fois seulement elle a été assez généralisée, quant à ses expressions anatomiques, et leur intensité a été assez égale dans toutes les régions abdominales, pour qu'il ait été impossible d'affirmer, par la seule inspection anatomique, que la phlegmasie péritonéale avait eu tel ou tel point de départ. Sur 3 autres observations, les détails relatifs au péritoine manquent ou sont insuffisants au point de vue qui nous occupe.

Ces chiffres ne sont pas, ce me semble, indifférents; ils établissent bien nettement, selon moi, la subordination de l'élément péritonéal à l'élément utérin. Les détails confirment pleinement cette opinion.

Ainsi, j'ai trouvé la péritonite limitée chez une femme à quelques traces pseudo-membraneuses au niveau de la trompe droite, qui était saine d'ailleurs, et au niveau du repli rétro-utérin. Ces fausses-membranes étaient fibrineuses, peu adhérentes, offrant tous les caractères d'une formation un peu ancienne, la femme avait été longtemps malade.

Ailleurs, j'ai trouvé la péritonite tout à fait limitée au pourtour du pavillon d'une trompe, lequel était comme engoué, englué par le dépôt plastique. Ou bien encore une fausse-membrane enveloppait un ovaire profondément altéré, et lui formait comme une enveloppe pseudo-membraneuse.

Ces faits divers ne sont pas des exemples uniques, ils sont assez multipliés, comme aussi ceux qui présentent les altérations de la séreuse limitées aux fosses iliaques, dans lesquelles sont soudés les ovaires et les trompes, ou encore au petit bassin, de telle façon, pour ces derniers, par exemple, qu'on pouvait penser, au premier examen, qu'il n'existait aucune trace de péritonite jusqu'au moment où, soulevant l'utérus, on pénétrait dans le petit bassin rempli de pus phlegmoneux et de débris fibrineux plus consistants. Enfin, c'est encore, dans certaines observations, autour de l'un des ligaments ronds qu'existaient les fausses-membranes sans grand épanchement dans le petit bassin, et, dans deux autres, les fausses-membranes entourées d'un petit épanchement purulent réunissaient l'ovaire et la trompe à la masse utérine, sur le fond de laquelle ils se repliaient, au lieu de gagner les parties latérales de l'abdomen vers les fosses iliaques.

De ces lésions péritonéales toutes locales, mes observations me conduisent, par des gradations assez nuancées, jusqu'à la péritonite généralisée, mais dans laquelle les lésions sont toujours plus intenses et d'un âge plus avancé au voisinage des annexes. Il y a mieux, c'est que, dans beaucoup d'observations, on peut reconnaître, par l'examen des symptômes, le moment où la phlegmasie, d'abord restreinte et très localisée, s'est étendue à une plus grande surface de la séreuse. Les nausées, les vomissements, le hoquet, l'altération spéciale de la face figurent au rang des symptômes les plus importants. La douleur peut aussi s'étendre vers le reste du ventre, mais souvent ce symptôme est nul, en raison de l'état général de la malade, qui n'a plus que des perceptions obtuses.

Ainsi, les faits ne me permettent pas d'accepter la péritonite

---

pensé que l'influence bien connue des températures froides sur le retour de la fièvre devait dispenser de recourir à toute autre explication. Je tiens cependant à l'opinion que j'ai primitivement émise, et je m'appuie sur les considérations suivantes : d'abord, si l'influence du froid avait été la cause occasionnelle de ces rechutes, il semble qu'elles auraient dû se manifester aux époques où nous avons eu les plus basses températures, et surtout au commencement de la campagne, au moment de la transition des pays tempérés aux pays froids; or, c'est précisément le contraire qui a eu lieu, car c'est pendant les mois de juillet et août que les accès sont survenus et ont montré le plus d'opiniâtreté. En outre, je ne vois pas pourquoi les rivages de la mer Blanche ne seraient pas susceptibles de produire des miasmes paludéens pendant une certaine époque de l'année. Quelles sont, en effet, les conditions ordinaires qui donnent lieu aux dégagements de ces émanations? Des terrains marécageux et une certaine température; eh bien, tous ces éléments s'y trouvent réalisés. Cette mer n'est qu'un grand golfe où viennent se jeter plusieurs fleuves de la Russie septentrionale : la Dwina, l'Onéga, la Kandalasca et la Mésène; on peut donc la considérer comme une vaste embouchure dont les bords constituent une surface marécageuse fort étendue. D'un autre côté, la température s'élève jusqu'à 20° et même 22° au mois de juillet, ainsi que nous l'avons constaté nous-même aux environs d'Arkangel, et cette chaleur, agissant sur des marais pendant quelques semaines, doit suffire pour engendrer des miasmes paludéens. Ainsi s'expliquent les fièvres intermittentes que j'ai rencontrées dans des pays si éloignés de ceux où ces maladies règnent le plus communément; je crois donc qu'il y aurait lieu de reculer les limites du domaine qui leur a été assigné.

Il ne faut pas se représenter les pays froids comme étant toujours durcis par la glace et ensevelis sous la neige; pendant deux mois à peu près, ils se rapprochent des pays tempérés plus qu'on ne le suppose généralement, et dans les marais de la Dwina, en juillet, il peut y avoir des fièvres intermittentes, comme il y en a dans ceux de la Loire en avril.

A la même époque et dans les mêmes circonstances, nous avons vu deux cas de rechutes très violentes de coliques sèches contractées antérieurement au Sénégal. J'énonce simplement ce fait, qui ne saurait avoir aucune valeur dans la question si controversée des causes de la nature de cette maladie.

Scorbut. — J'en ai déjà parlé longuement en traitant de la prophylaxie de cette maladie; il me reste peu de chose à en dire.

Indépendamment des causes générales qui peuvent produire le scorbut partout ailleurs, il y en a de spéciales aux pays septentrionaux; mais, pour préciser le mode d'action de ces causes particulières, il faudrait, avant tout, bien connaître l'influence que les forces cosmiques exercent sur notre économie. Il me paraît probable que sous un pareil climat, ces forces, qui sont des stimulants indispensables à la vie, pèchent par défaut; il y a dans les pays polaires pénurie de chaleur, dit M. Fonssagrives; j'ajouterai qu'il y a aussi pénurie de lumière et probablement d'électricité, de sorte que l'indigène des pays tempérés subit, en arrivant dans ce milieu, une déperdition sous le rapport des excitants qu'il était accoutumé à recevoir du monde extérieur. Un peu moins de chaleur et de lumière ne suffit probablement pas pour produire le scorbut, mais c'est une condition mauvaise qui y prédispose, et les autres causes aidant, la maladie se développe plus facilement que partout ailleurs. Aussi, le scorbut a été de tout temps le fléau redouté par les navigateurs des mers polaires qui lui ont fourni de nombreuses victimes, avant que l'hygiène navale eût indiqué les moyens de s'en garantir.

Comme particularité présentée par les deux ou trois cents cas que j'ai eus sous les yeux, il faut noter l'absence complète des symptômes amaurotiques, et ce fait est assez remarquable, car les troubles de la vision se produisent très fréquemment dans le cours de cette affection. L'héméralopie concomitante du scorbut a été constatée par un grand nombre de chirurgiens de la marine, et en particulier par M. Quémar, pendant l'épidémie de l'*Alceste* dans les mers du Sud; les scorbutiques de la frégate la *Sybille*, récemment arrivée de la station de l'Indo-Chine, présentaient également cette complication; je suis donc étonné de ne l'avoir jamais rencontrée. Cette différence tient probablement à l'abondance plus ou moins grande de la lumière solaire dans les différentes régions. Sous les tropiques, le vif éclat du jour suffit pour déterminer des héméralopies qu'on réussit à guérir en condamnant les hommes qui en sont atteints à l'obscurité pendant quelques jours; d'un autre côté, le scorbut, par la profonde débilité qui le caractérise, prédispose évidemment aux troubles amaurotiques. Comme sous le pâle soleil du cercle polaire arctique, la première de ces causes nous a manqué, le scorbut ne s'est point compliqué d'héméralopies, tandis qu'au contraire, cet accident s'est manifesté à bord des autres navires qui avaient précisément subi l'influence des pays lumineux.

Le gonflement et l'ulcération des gencives ont également manqué dans plusieurs cas confirmés par ailleurs; ce qui prouve qu'en temps d'épidémie de scorbut, il ne faut pas se rapporter uniquement aux signes extérieurs; chez certains individus, en effet, les gencives peuvent être saines et les taches ecchymotiques encore absentes, alors que la constitution est déjà fort altérée. Il faut se rappeler que le scorbut est une maladie générale qui débute souvent par des symptômes généraux, et, quand un homme présente de l'abattement, un état de prostration physique et morale, des douleurs musculaires, une teinte plombée particulière des téguments et surtout de la face, on peut, en l'absence d'autres symptômes, le considérer comme malade et lui donner les soins auxquels il a droit. Cela ne veut pas dire qu'il faille le garder à l'hôpital et le condamner à l'inaction, rien ne lui serait plus préjudiciable; on doit, au contraire, l'engager fortement à travailler dans la mesure de ses forces.

(La suite à un prochain numéro.)

comme autre chose que comme une phlegmasie secondaire, émanant d'organes que recouvre la séreuse ou qui sont en sympathie directe avec elle.

Parmi ces organes, il en est deux sur lesquels je désire appeler spécialement votre attention, je veux dire les trompes et les ovaires. Vous avez dû observer bien souvent leurs lésions; vous avez dû rencontrer ces trompes volumineuses contenant souvent du pus véritable dans leur cavité, même chez des femmes qui n'ont pas d'épanchement péritonéal considérable. Ce volume est quelquefois augmenté par la distension de la grande veine qui rampe à la partie inférieure de la trompe et qui est alors remplie de pus phlegmoneux. Souvent aussi on trouve le volume de la trompe augmenté par l'infiltration d'une véritable lymphe plastique dans les mailles de son tissu.

Ce qui n'est pas moins remarquable dans certains cas que vous avez dû rencontrer comme moi, c'est l'état dans lequel on trouve les pavillons. Dans une première variété, les franges sont démesurément étendues, sous forme de longs filaments rouges tuméfiés et disposés en houpes. Le tissu qui les compose est rosé, et l'on voit sur ce fond ainsi coloré, se dessiner une multitude de vaisseaux d'un rouge plus vif qui, par leur disposition longitudinale et parallèle les uns aux autres, rappellent les veines rouges de certaines agathes à fond rosé et à veines sanguines. Les franges du pavillon avaient, dans deux observations de ce genre, contracté des adhérences récentes avec le fond de l'utérus et avec un point du ligament large correspondant.

Dans d'autres exemples, le pavillon, comme la trompe elle-même, est épaissi et imprégné de lymphe plastique coagulée, sans qu'on puisse voir là des fausses-membranes péritonéales déposées à sa surface. C'est une lésion plus profonde, et c'est dans l'épaisseur du tissu du pavillon lui-même, que la lymphe est épanchée, et elle peut en tripler ou en quadrupler ainsi le volume.

Enfin, comme je vous l'indiquais tout à l'heure, on trouve encore un énorme paquet pseudo-membraneux appartenant à la phlegmasie péritonéale et engouant, empâtant, permettez-moi ce mot, le pavillon tout entier, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'adhérences entre cette masse pseudo-membraneuse et les points les plus voisins. J'ai observé 20 fois ces lésions diverses à un haut degré, 12 fois sur une trompe et 8 fois sur les deux en même temps.

Les ovaires sont également le siége d'altérations nombreuses. A un certain degré, ils sont développés, plus que doublés de volume. Leur surface extérieure est d'un blanc nacré, leur tissu intérieur est d'un gris foncé, tirant sur le brun et infiltré de sérosité, qui, lorsqu'elle s'écoule par la pression, ne présente pas de coloration spéciale. Ailleurs, dans ce tissu ainsi coloré, on trouve des gouttelettes de pus phlegmoneux, ou même de petites collections plus circonscrites au milieu des diverses parties qui constituent normalement l'ovaire, et qui sont encore perceptibles malgré l'infiltration séro-plastique.

L'ovaire peut encore, comme j'en ai observé tout récemment un exemple, offrir environ le volume d'une petite orange dite mandarine. Son tissu est dense et cependant très friable; à la coupe, il présente une teinte rose jaunâtre. Toutes les parties qui le constituent sont comme comprimées par l'épanchement d'une sorte de lymphe plastique en voie de conversion purulente. Dans cet état, l'ovaire ressemble assez exactement à une portion de poumon hépatisé au troisième degré. La présence des ovules dont la cavité est presque effacée, celle de petits épanchements sanguins, ou d'injections vasculaires de couleur rouge, ajoutent encore à la similitude d'aspect. De larges plaques pseudo-membraneuses couvrent la surface externe de l'ovaire ainsi altéré. J'ai rencontré cette forme, dont j'ai pris le croquis sur les deux ovaires à la fois, chez une même femme.

Chez d'autres, l'ovaire doublé et même quadruplé de volume recouvert d'une coque pseudo-membraneuse, offre une teinte tout à fait acajou, coupée çà et là d'arborisations ou de larges plaques d'un rouge vif. Le tissu, soit à l'extérieur sous les fausses-membranes, soit à l'intérieur, est comme tomenteux, plus lourd qu'à l'état normal, mais très friable; si on voulait chercher un terme de comparaison, on le trouverait assez exact dans l'hépatisation rouge du poumon enflammé au deuxième degré.

Enfin, l'ovaire peut être tellement ramolli et diffluent, qu'en cherchant à le détacher des organes voisins il s'écrase complétement et se réduit en une pulpe gluante puriforme sous la main qui le presse.

J'ai rencontré 35 fois ces diverses lésions de l'ovaire, 19 fois sur un seul ovaire; 16 fois sur les deux organes en même temps; 13 fois l'ovaire était simplement augmenté de volume et infiltré; 22 fois il était purulent, dont 15 fois d'un seul côté, et 7 fois des deux en même temps.

23 fois l'ovaire fut atteint sans que les trompes aient été altérées d'une façon notable, et dans 12 autres exemples les trompes furent malades en même temps que les ovaires, et toujours sauf une exception du même côté.

Ce sont là encore des lésions graves, d'une valeur considérable, et qui, dans l'appréciation du rôle qui peut être assigné aux lésions péritonéales, offrent pour leur part une signification réelle.

C'est, en effet, toujours comme je vous l'ai dit, autour des annexes, et surtout des annexes ainsi altérées (trompes et ovaires), que les désordres péritonéaux ont été le plus marqués, ce qui vous paraîtra certainement, comme à moi, une preuve de l'influence que ces lésions des annexes ont sur la production de la péritonite.

Enfin, il convient d'ajouter que toujours le ligament rond, soit d'un côté, soit de l'autre, avait gardé un volume considérable chez les femmes qui ont succombé.

En présence de tous ces faits, je ne puis pas, quant à moi, accepter la péritonite comme une affection primitive. On m'objectera probablement que, dans la première *Lettre* que j'ai eu l'honneur de vous adresser, j'ai cité l'exemple d'une femme qui, sans altération des trompes ou des ovaires, sans lésions des veines ou de la face interne de l'utérus, avait été atteinte de péritonite et avait succombé à cette affection. Mais, dans ce fait même, j'ai constaté pendant la vie l'existence de symptômes locaux très marqués du côté de l'utérus avant le développement des phénomènes qui se rapportaient à la phlegmasie péritonéale.

D'ailleurs, est-ce chose singulière, en pathologie, que cette subordination de la péritonite aux lésions d'autres organes? Tant s'en faut. Les péritonites primitives sont rares, si rares même, que bon nombre d'auteurs en nient l'existence, et que si on en peut noter quelques exemples, ils n'en sont pas moins assez peu fréquents pour qu'on ne les accepte qu'avec une grande méfiance et sous toute réserve. J'en ai rencontré seulement deux faits probables depuis que je suis à même d'observer dans les hôpitaux, et c'est un bien petit nombre, si on le compare à celui des péritonites liées aux désordres des organes abdominaux que je pourrais citer. Il est hors de doute que, pour être secondaire et subordonné, cet accident n'en a pas moins une expression symptomatique très violente quand l'élément péritonéal domine et que la phlegmasie séreuse est assez étendue, et qu'il a aussi une grande importance pronostique; mais autre chose est la gravité d'une affection, autre chose est sa valeur nosologique.

Je n'hésite donc pas, quant à moi, en me fondant sur les observations dont j'avais l'honneur de vous indiquer plus haut les détails, à considérer la péritonite chez les femmes en couche comme habituellement consécutive aux lésions de l'utérus et de ses annexes.

Maintenant pourquoi cet accident est-il si fréquent chez les femmes en couche? Cela n'a rien de surprenant. Si, en effet, on examine de près la prépondérance relative des divers organes dans la production de la phlegmasie péritonéale, étudiée en général et en dehors de la variété spéciale dont il s'agit, on trouvera que, assurément, l'utérus est, de tous les organes abdominaux, celui qui retentit le plus facilement et le plus complétement sur le péritoine, et cela dans une proportion considérable. Or, quand on voit la menstruation, par exemple, déterminer une phlegmasie péritonéale, et les cas de ce genre ont été observés, on conviendra que ce serait merveille qu'il n'en fût pas de même à propos des désordres que nous venons de voir se développer si fréquemment dans l'utérus et dans ses annexes après l'accouchement, désordres bien autrement graves, à coup sûr, que ceux qui constituent l'époque menstruelle.

Ensuite, permettez-moi de vous faire remarquer que si la péritonite était, en réalité, une manifestation primitive chez les femmes en couches, que si elle était à elle seule l'expression de la cause morbide (toutes réserves faites sur la réalité et sur la valeur de cette dernière), on devrait la rencontrer plus souvent sans lésion aucune de l'appareil utérin. Or, mes observations montrent non pas seulement la rareté, mais bien l'absence de péritonite aussi isolée. Quant aux exemples de cette sorte, souvent cités dans les discussions, j'en examinerai tout à l'heure la valeur.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la forme symptomatique de cette variété de péritonite qui ne démontre qu'elle est tout à fait secondaire, subordonnée et ordinairement circonscrite. En effet, dans la très grande majorité des cas, on ne voit que peu de vomissements, ou de rares nausées, tandis que ces symptômes sont presque constants et très intenses quand la péritonite est le phénomène prépondérant, même à l'état subaigu. Il en est de même de la douleur, laquelle, à peine perçue dans la forme que je cherche à analyser ici, est, au contraire, très manifeste dans la péritonite où elle forme un signe des plus pénibles et des plus caractéristiques. Cette remarque est si exacte que, au moment où la péritonite, chez certaines malades, vient à se généraliser, c'est-à-dire à prendre une existence prépondérante par le fait de sa propagation à de plus larges surfaces, on voit l'ensemble de phénomènes que je rappelais se dessiner plus franchement chez les femmes en couche, quelle que soit la situation dans laquelle elles se trouvent d'ailleurs.

Cette analyse des faits, considérés non plus dans leur ensemble, mais dans toutes leurs particularités, ôte à la péritonite une grande partie de la valeur nosologique qu'on lui avait accordée chez les femmes en couche.

Il n'y a donc pas besoin, pour fixer la valeur de cet ordre d'accidents, d'admettre l'existence d'une diathèse propre à la femme en couche, comme le fait M. Beau, et les faits bien observés et bien analysés me font reconnaître que ce n'est pas, comme le veulent MM. Depaul et Beau, la péritonite qui se manifeste le plus souvent chez les femmes, puisque nous avons vu que la phlébite tient une plus large place et coexiste même chez les femmes atteintes de péritonite; et que bien positivement cette phlegmasie de la séreuse abdominale offre à peu près constamment les caractères d'une affection secondaire, subordonnée aux lésions utérines, au niveau desquelles elle est souvent limitée, et au niveau desquelles elle débute d'ordinaire, comme le prouvent ses caractères anatomiques plus nettement exprimés sur ces points. Je ne crois pas non plus, pour le dire en passant, que, dans les mêmes circonstances, la gravité de la lésion péritonéale s'annonce dès le début, ainsi que le veut M. Beau. J'ai eu l'honneur de vous dire, en effet, qu'on voit souvent la phlegmasie séreuse d'abord peu intense et circonscrite, éclater tout à coup en symptômes violents, alors qu'elle se généralise et qu'elle aggrave ainsi d'une façon notable l'ensemble déjà complexe des phénomènes éprouvés par la femme en couche.

En retirant, les faits à la main, comme je viens de le faire ici, toute valeur à la péritonite, en tant que forme primitive, vous voyez, mon cher maître, que je ne saurais accorder à certains travaux, souvent cités dans tout ce qui se dit et dans tout ce qui s'écrit sur la question qui nous occupe, l'importance qu'on leur a attachée en les citant un peu sur parole, si je puis m'exprimer ainsi.

Dans ce nombre, je trouve tout d'abord la thèse de mon élève et ami M. Lorain. Nul ne sait mieux que moi tout ce que vaut notre jeune confrère, nul n'a pour lui plus d'affection que moi, car nul n'a mieux que moi été à même de bien apprécier les charmantes qualités de son cœur, comme aussi toute l'ardeur et toute la vivacité de son esprit. Mais, comme l'a dit un de mes amis, qui est aussi des siens, on ne tombe jamais que du côté où l'on penche et je conçois qu'il soit tombé du côté des idées ingénieuses, séduisantes par leur originalité même. Je conçois qu'il ait accepté l'aide de son imagination bien plutôt que celle d'une analyse rigoureuse et sévère. Cela paraît tout naturel, car l'imagination est toujours si vive, si allègre chez lui, et elle le sert généralement si bien! Puis ceux dont les rapprochements pathologiques, tentés par mon spirituel ami, servaient les doctrines, sont venus applaudissant à ses efforts, et ont bientôt, à grand renfort d'affirmations, converti en preuves et en démonstrations, les tentatives d'un esprit trop charmant pour qu'on pense à lui demander une précision que, du reste, l'âge qu'il avait lorsqu'il a écrit sa thèse, ne comportait que difficilement. J'ai lu avec grand soin, avec tout le soin qu'inspire une réelle affection, la thèse de mon jeune ami, et je ne puis accorder à la péritonite la valeur qu'il lui assigne d'une part comme accident primitif, et d'autre part comme accident suffisant à caractériser ce qu'il appelle la fièvre puerpérale.

Je ne puis pas accepter, par exemple, que chez ses fœtus mort-nés qui, au nombre de 10 sur 106, ont présenté les lésions de la péritonite, il soit établi que cette péritonite était une expression de la *fièvre puerpérale*, parce que 3 des mères de ces enfants ont succombé aux suites de leurs couches. Ces trois femmes auraient donc transmis par anticipation à leurs enfants une affection qu'elles n'avaient pas encore, puisque les fœtus sont morts plusieurs jours avant la couche, et elles auraient servi à leur transmettre une influence pathologique à laquelle elles n'étaient pas encore soumises, puisque 7 fois sur 10 la mort des fœtus est antérieure à l'entrée des mères à l'hôpital qui représente le foyer d'infection épidémique. (Prop. 19 de M. Lorain, p. 19.) En outre, les sept autres femmes, qui sont restées bien portantes, même en étant placées au milieu des salles de la Maternité, auraient donc pu voir un agent morbide capable de tuer leur enfant, traverser leur organisme, pour parvenir jusqu'au fœtus, sans en subir elles-mêmes l'action et sans conserver aucune trace de son passage. Il faut une robuste foi en la parole de ceux qui vous entourent ou une imagination ardente pour voir dans ces faits des exemples d'une influence exercée simultanément sur la mère et sur l'enfant, alors que la première reste saine. J'ajouterai que, selon moi, une coïncidence de 3 faits sur 10 exemples est bien faible pour prouver cette connivence pathologique, comme aussi que 10 faits sur 106 sont une proportion bien minime pour démontrer la valeur de la péritonite comme signe de la fièvre puerpérale.

En outre, en analysant avec soin ces dix observations prises sur des fœtus mort-nés, on trouve dans les observ. I, II, III, VI des maladies antérieures de la mère ou des accidents capables d'avoir agi sur le fœtus. Dans l'observation IV, le fœtus de 7 mois est déjà mort depuis plusieurs jours, et présente des traces de macération, lesquelles peuvent bien expliquer la mort de la mère. Dans l'observation VII, le fœtus de 7 mois, dont la mère eut une grossesse pénible et fut exposée à des fatigues, a cessé de remuer depuis huit jours au moment où il est expulsé. De même, dans l'observation VIII, l'enfant a cessé de remuer depuis huit jours, et est en pleine macération.

Ces faits, je l'avoue, me semblent tout simplement 10 exemples de péritonite chez le fœtus, analogues à ceux que Billard a présentés, et qui peuvent être rapportés à des maladies du fœtus causées soit par une maladie antérieure de la mère, soit par des fatigues, de la misère ou par d'autres circonstances fâcheuses de sa vie. Les observations de 3 mères qui, après avoir mis au monde des fœtus morts depuis plusieurs jours et offrant des altérations phlegmasiques du péritoine, sont frappées, après leurs couches, d'accidents qui les tuent, me semblent 3 faits de simple coïncidence, surtout quand je vois dans l'observation I la mère succomber avec rétention d'une portion de placenta et putrescence de l'utérus, circonstances bien étrangères à toute solidarité entre la mère et l'enfant. Si un rapport devait être nécessairement établi entre l'enfant et la mère dans ces exemples, j'accuserais plutôt l'influence fâcheuse d'un enfant en macération sur la production des accidents éprouvés par la mère après les couches.

Ce sont là des explications bien moins originales que la communauté de fièvre puerpérale qui unit l'enfant à la mère, mais j'avoue en toute naïveté qu'elles me semblent plus acceptables parce qu'elles sont plus vraisemblables, car elles rentrent dans des faits d'un ordre connu en pathologie, sans forcer aucune analogie.

Quant aux enfants nouveau-nés, sur 193, M. Lorain en a vu succomber 30 à la péritonite. Je ne puis pas non plus accepter son dire sur la valeur de cette affection qui, dans les 30 observations,

est considérée par lui comme maladie primitive, comme expression directe de la fièvre puerpérale.

Sur ces 30 enfants, en effet, 16 présentent des lésions des vaisseaux ombilicaux; 11 n'offrent pas ces altérations, mais on a observé chez eux, comme coïncidences, de l'ictère, ou du sclérème ou encore un état de développement et d'altération considérable de la rate. 2 observations sont douteuses faute de détails; 1 ne présente pas d'autopsie. Je sais bien que M. Lorain ne veut pas que les lésions des vaisseaux ombilicaux aient la moindre valeur dans la production du désordre péritonéal, et que ces altérations, comme la péritonite, qu'il croit primitive et non subordonnée, résultent, pour lui, de la fièvre puerpérale; mais je cherche même, aux pages 62 et suivantes, des preuves; je trouve des assertions sur cette influence de la fièvre puerpérale, pas une seule démonstration. « En quoi les lésions des vaisseaux ombilicaux qui contiennent » des caillots grisâtres et même du pus expliquent-elles la péri- » tonite, » demande M. Lorain, p. 63. Mais, en vérité, il me semble assez simple de croire que l'altération des vaisseaux ombilicaux peut déterminer la phlegmasie de la séreuse péritonéale si voisine, quand on voit du pus dans la veine ou du pus dans l'artère ombilicale. Ce retentissement sur une séreuse voisine rentre dans l'ordre des faits bien démontrés en pathologie, et, pour se les expliquer, il n'est pas besoin de bâtir une hypothèse ni d'admettre l'existence d'une maladie essentielle, affirmée sans démonstration.

Il est donc bien difficile d'accepter de tels faits autrement que comme des cas de péritonite purement secondaires à la lésion des vaisseaux. Pour les 11 autres exemples, outre les altérations indiquées qui, telles que l'affection de la rate, l'ictère, le sclérème, ont une grande valeur et défendent d'accepter ces faits comme des cas de péritonites primitives, on est conduit, dans leur examen, à relever l'importance d'une cause sur laquelle on n'a pas assez insisté, je veux dire l'influence du froid, qui, agissant vivement sur le nouveau-né, ainsi que le prouve le sclérème souvent mentionné dans ces exemples de péritonite, peut bien avoir une part d'action peut-être considérable sur le développement de la phlegmasie séreuse comme sur celui des épanchements pleurétiques ou méningés, que, cependant on rapporte également à la fièvre puerpérale, sans chercher à voir s'ils ne sont pas des accidents tout simples, tout naturels et du même ordre que ceux qu'on observe sous l'influence du froid et chez l'adulte en dehors de toute circonstanc puerpérale.

Enfin, mon cher maître, accepterai-je les faits cités par M. Depaul et par mon jeune ami M. Tarnier comme des exemples de péritonites puerpérales véritables et primitives?

Examinons-les si vous voulez le permettre. Dans celui qu'a cité M. Depaul, lors de son discours académique et qui se rapporte à une élève sage-femme prise en l'année 1839 pendant une grave épidémie de fièvre puerpérale, cet honorable académicien dit qu'après avoir soigné une femme malade, cette jeune fille fut atteinte d'un frisson violent que suivirent bientôt tous les symptômes de la fièvre puerpérale. Il a négligé de rapporter ces symptômes, et cela est fâcheux, pour un cas rare sur lequel il s'appuie comme sur une preuve démonstrative, pour un cas, enfin, qui devrait clore la controverse au lieu de l'alimenter. Ces symptômes, selon l'Union Médicale (1855, p. 107, n° 26), sont : « frisson intense, ventre très douloureux, pouls petit et fréquent, » vomissements verdâtres, diarrhée. La malade mourut en qua- » rante-huit heures. » M. Depaul a dit trois jours. M. Depaul constata toutes les lésions habituelles de la fièvre puerpérale. Ces derniers termes sont encore bien vagues, mais nous devons croire qu'il s'agit ici d'une péritonite, puisque M. Depaul cite comme semblables les faits de M. Tarnier, lequel, chez une première élève, n'a pas trouvé, à l'autopsie, d'autres lésions que celles du péritoine et n'a pas observé d'autres symptômes que ceux d'une péritonite, sur l'élève qui a guéri. Je vais plus loin : si on lit avec attention, comme je le fais encore en ce moment, les deux observations de M. Tarnier, il est impossible de rien y voir qui sépare ces deux exemples des péritonites inflammatoires les plus simples. En quoi sont-elles puerpérales? en quoi se rapportent-elles à une maladie particulière délimitée à part et essentielle. J'avoue que symptômes et lésions n'offrent absolument rien de spécial, rien qui diffère de ce qu'on rapporterait pour des péritonites purement inflammatoires. Les deux malades de M. Tarnier étaient au moment de l'époque menstruelle. Sont-ce là des péritonites primitives essentielles; faut-il une cause essentielle pour expliquer leur apparition; n'en voit-on pas de semblables sans qu'aucune influence puerpérale soit possible à invoquer, et par le seul fait de l'extension au péritoine de l'influence menstruelle, déviée de la normale dans ces exemples. La malade de M. Depaul n'était pas, a-t-il dit, à son époque menstruelle, et elle était vierge. Mais je pourrais citer ici l'exemple d'une jeune fille de 20 ans, qui vient de succomber dans mes salles, il y a peu de semaines, à une péritonite, dont l'observation pourrait être retracée exactement par la première de celles qu'a données M. Tarnier. Or, cette jeune fille était vierge comme l'élève que cite M. Depaul; comme elle, elle était en dehors de l'époque menstruelle, mais elle présentait, outre l'épanchement péritonéal, purulent, général et considérable, un gonflement notable de l'une des trompes, dont le pavillon était encroûté de fausses-membranes.

Cette lésion démontre qu'ici, encore, le système utérin a été le point de départ de la phlegmasie séreuse; ce que tend encore à confirmer l'existence d'une douleur lombaire assez marquée que cette jeune fille accusait comme un des prodrômes de sa maladie et qui était telle qu'on pensa d'abord à la coexistence d'une néphrite.

L'observation de cette jeune fille prouve, comme celle de M. Tarnier, que la péritonite, là encore, n'a pas été primitive. L'observation de M. Depaul est probablement de même nature, autant qu'on peut en juger par les symptômes (vomissements verdâtres, pouls petit, fréquent, douleurs vives), et en l'absence de tout détail de l'autopsie. Seulement, permettez-moi d'ajouter que rien, dans les faits de ces deux messieurs, ne démontre la contagion qu'ils affirment et que rien n'établit la nature particulière, *puerpérale* de la maladie, malgré la dénomination de *fièvre puerpérale* qu'ils lui donnent.

La seule circonstance est la présence de leurs élèves au milieu de femmes malades. Mais est-ce là une preuve sérieuse? Est-ce là une démonstration? J'avoue que, pour ma part, je n'en vois nulle trace, et que j'attends, pour voir là des faits de contagion, des motifs plus péremptoires, des déductions plus rigoureuses. L'observation de la jeune fille que j'ai observée était de tous points semblable à celle de la malade de M. Tarnier et à celle que cite M. Depaul, et cependant elle n'avait absolument rien de commun avec la puerpéralité et avec les milieux où se rencontrent les femmes en couches; elle est venue de la ville, alors qu'elle était déjà malade. Non, ce ne sont pas là des exemples bien établis d'affections particulières, de formes distinctes nées du contact des malades. Cette assertion ne résiste pas à une analyse attentive. Ce sont là de simples coïncidences et non des rapports de cause à effet.

Est-il donc si singulier, d'ailleurs, que sur un nombre considérable de jeunes femmes qui passent à la Maternité et à la Clinique, trois, quatre, ou même, si l'on veut, dix d'entre elles sont atteintes de péritonites, au moment de leurs règles, ou après cette époque?

Est-ce chose étrange que cette maladie en pareille circonstance, et les élèves sages-femmes, parce qu'elles sont élèves de la Maternité ou de la Clinique, doivent-elles être de toute nécessité indemnes d'affections que nous voyons se développer sur d'autres femmes, elles surtout qui sont soumises à une existence beaucoup plus fatigante que les personnes de leur sexe ne le sont d'ordinaire. Et quand, en tant que femmes, elles seront atteintes de ces mêmes affections, faudra-t-il aussi, de toute nécessité, croire qu'elles soient malades par le fait de l'influence épidémique qui frappe les malades qu'elles soignent, parce qu'elles sont en contact avec ces dernières?

Non, encore une fois, j'ai beau chercher, je ne vois pas dans ces faits des exemples de contagion démontrée; on ne fournit aucune preuve, car affirmer n'est pas prouver! Non, je ne vois pas là une forme particulière de péritonite qui puisse être séparée des autres exemples à titre de variété spéciale et dite *puerpérale*. Je ne vois là que la coïncidence suivante : fréquentation de femmes malades et apparition d'une maladie qui se développe aussi ailleurs sous la même forme et en dehors de cette fréquentation. Enfin, aucun de ces exemples n'est de nature à isoler la péritonite de toute lésion, et notamment de celle des organes utérins.

Je me crois donc autorisé à considérer, ainsi que les exemples que j'ai observés m'autorisent à le faire, la péritonite chez les femmes en couche comme une affection secondaire. Et je crois que les rapprochements tentés par M. Lorain, que les observations de MM. Depaul et Tarnier que je viens d'examiner, ne détruisent pas cette donnée nosologique bien importante dans la question qui nous occupe, abstraction faite des remarques que je pourrai avoir encore à reproduire sur ces derniers documents quand j'étudierai un autre point de vue de la maladie dont vous voulez bien me permettre de vous entretenir.

Je termine ici cette lettre déjà bien longue, en vous priant, cher maître, de recevoir l'expression nouvelle de toute mon affection.

Votre dévoué de cœur,

BÉHIER.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Novembre 1857.

DOUBLE CÉPHALŒMATOME; par le docteur Gibb. — F..., 30 ans, vigoureuse et bien portante habituellement, est accouchée le 4 juin 1857 de son troisième enfant; la délivrance a été très prompte et naturelle. L'enfant portait sur le sommet de la tête deux tumeurs molles, élastiques, et présentant une sorte de fluctuation. Ces tumeurs étaient situées chacune d'un côté de la tête : celle du côté gauche était la plus volumineuse, grosse comme un œuf de poule; elles étaient indépendantes l'une de l'autre, la pression n'en était nullement douloureuse et n'empêchait pas l'enfant de téter; la santé générale était bonne. Les tumeurs ne s'étaient pas développées depuis la naissance : elles semblaient entourées à leur base d'une couronne osseuse, comme si elles eussent été déposées dans une dépression de l'os. Le 3 juillet, on les trouva un peu ramollies; quelques jours après, celle du côté droit commença à diminuer un peu de volume, et le 13 juillet, elle avait complétement disparu, sans laisser la moindre trace qui pût indiquer la place qu'elle occupait. Vers la même époque, la tumeur du côté gauche commença à diminuer de volume, et à prendre un peu plus de consistance; trois semaines après elle avait complétement disparu. La disparition, spontanée dans les deux cas, sans que l'on employât aucun traitement, s'est faite en trente-neuf jours pour la première tumeur, et en soixante jours pour la seconde.

NÉCROSE D'UNE GRANDE PARTIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; par le docteur Bryant. — Georges B..., laboureur, 31 ans, est entré à l'hôpital avec une nécrose étendue du maxillaire inférieur; il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a huit ans environ, il contracta un chancre dont le traitement fut suivi d'une abondante salivation. Au bout de trois ans, il commença à se développer de la douleur dans le côté gauche du maxillaire inférieur; cette douleur persévéra longtemps. Enfin, vers le mois de septembre, il survint un gonflement de l'os, et un abcès se forma au menton. On arracha successivement sept dents qui étaient devenues mobiles. Le 15 octobre, il entra au Guy's Hospital, ayant la figure considérablement enflée, et portant une ouverture fistuleuse au-dessous du menton. En examinant le dedans de la bouche, on trouva une portion considérable du maxillaire nécrosée et un peu mobile. On put facilement enlever ce séquestre avec une forte pince; il était formé par la symphyse et les deux branches horizontales jusqu'aux molaires, les deux trous mentonniers compris : on ne put retrouver le nerf dentaire; est-il détruit? Et, s'il en est ainsi, comment se distribue la sensibilité dans l'os nouveau? Telles sont les questions que se pose l'auteur sans pouvoir y répondre.

BLESSURE DU TIBIA, SUIVIE DE LA FORMATION D'HYDATIDES, par le docteur H. Daubeney. — La malade est une femme qui a toujours joui d'une excellente santé; elle ne peut rapporter le développement de l'affection qu'elle présente qu'à un léger coup qu'elle aurait reçu il y a de longues années sur le tibia. Peu de temps après cet accident, il se forma un abcès qui s'est ouvert et refermé un grand nombre de fois depuis huit ans environ. Les hydatides que l'on reconnaît avec le microscope étaient évidemment des échinocoques. D'ailleurs, l'affection était restée toute locale et n'avait eu aucune influence sur la santé générale.

CALCUL URINAIRE VOLUMINEUX, par le docteur H. Thompson. — A vrai dire, ce calcul était composé de deux calculs distincts, mais qui, à la suite d'un contact prolongé, avaient subi des frottements réciproques fréquents, et dont les surfaces de contact avaient fini par s'appliquer exactement l'une sur l'autre. Le malade était un homme de 46 ans, qui mourut en juin 1857. Dès l'âge de 15 ans, il avait commencé à souffrir du côté des organes génito-urinaires, mais il était tellement pusillanime qu'il n'avait jamais voulu se soumettre à l'examen d'un médecin. C'est seulement quelques mois avant sa mort qu'il vint consulter le docteur Thompson : celui-ci explora la vessie avec une sonde et trouva un calcul si volumineux, qu'il écarta immédiatement l'idée d'une opération, la pierre remplissant toute la cavité de la vessie. Le malade rendait de temps à autre en urinant un ou deux petits calculs formés probablement dans la portion prostatique de l'urètre; le traitement fut donc simplement palliatif. Après la mort, on ouvrit la vessie, et, comme on l'avait diagnostiqué sur le vivant, on trouva que le calcul remplissait complétement la poche urinaire : il pesait 360 grammes; il avait dix pouces et demi dans son plus grand diamètre et neuf pouces dans son diamètre transverse. Le noyau était formé d'acide urique, les couches externes étaient d'urate d'ammoniaque et des lames phosphatiques. Les parois de la vessie n'étaient pas hypertrophiées, ce que l'auteur attribue aux énormes dimensions du calcul qui empêchaient les contractions de la vessie.

CONCRÉTIONS GOUTTEUSES DANS LE GROS ORTEIL EXTRAITES AVEC SUCCÈS, par le docteur Coulson. — « La matière morbifique, dit le docteur Watson, engendrée dans de certaines conditions par l'économie, se collige et reste à l'état latent dans le sang où elle est disséminée, jusqu'à ce que, sous l'influence de causes dont il est assez difficile d'apprécier le mode d'action, elle fait tout à coup explosion dans le pied; puis la santé générale se rétablit de même que, après un orage, l'atmosphère est purifiée pour quelque temps. » Le gros orteil est le siége de prédilection de la goutte, c'est là que se font généralement les dépôts de la matière morbide charriée par le sang. Bien qu'elle n'envahisse généralement que les petites articulations, et le plus ordinairement une seule, celle du gros orteil, la goutte cause cependant des douleurs qui souvent sont intolérables.

Un curieux exemple de goutte, avec des douleurs très vives causées par l'état du gros orteil, s'est présenté récemment à l'hôpital Sainte-Marie. A la suite de nombreux accès, cette articulation est le siége d'un énorme dépôt de matière calcaire qui provoque de telles douleurs, que le malade réclame une opération. Cet homme, âgé de 40 ans, porte une foule de dépôts semblables sur différents points du corps, surtout aux mains et au genou. Il a déjà subi une première opération, dans laquelle on a retiré une quantité considérable d'urate de soude du gros orteil gauche. Depuis cette époque, il n'a plus jamais souffert de ce pied, mais il a eu de nouvelles attaques de goutte qui ont eu pour résultat un dépôt semblable dans le gros orteil droit. Le 28 octobre 1857, l'articulation fut ouverte, et l'on en retira presque une cuillerée de matière calcaire semblable à du mortier. Les os étaient sains au milieu du dépôt qui les recouvrait.

L'opération pratiquée dans cette circonstance consiste simplement à tailler un lambeau allongé sur la face dorsale de l'articulation. La seconde opération a aussi bien réussi que la première, cependant on doit s'attendre à voir des dépôts calcaires se former dans d'autres articulations, et l'on peut annoncer, sans trop de présomption, que le premier dépôt se fera dans le genou droit qui est déjà le siége d'un petit gonflement tophacé. L'auteur ajoute qu'il n'a pas examiné les oreilles de ce malade, mais il affirme qu'il croit à l'existence de dépôts tophacés dans ces parties.

FISSURE DE L'ANUS CHEZ UNE JEUNE FILLE; par le docteur Erichsen. — Cette affection, quoique très rare chez la femme pendant l'adolescence, a cependant été observée par le docteur Miller, d'Édimbourg, chez des enfants à la mamelle; toutefois, on peut affirmer qu'il n'y a aucune ressemblance entre cette affection chez l'enfant et chez l'adulte. Quant au siége, elle existe généralement sur l'un des côtés de l'anus, quelquefois sur les deux côtés à la fois, rarement en arrière et tout exceptionnellement en avant. La malade dont il s'agit était une jeune fille de 18 ans, qui portait une fissure de l'anus située en avant, laquelle produisait les plus atroces souffrances. Elle fut traitée par la division de la muqueuse et des fibres superficielles du sphincter de l'anus; on enleva en même temps une hémorrhoïde avec des ciseaux. La guérison fut prompte et complète. — D.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 38. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 1er Avril 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;

DANS LES DÉPARTEMENTS,

Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 MARS 1858.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. P. Dubois a commencé un discours qu'il n'a pas terminé, sur la fièvre puerpérale.

M. Cruveilhier n'a pas terminé un discours qu'il a commencé sur le même sujet.

Tel est le bilan de cette séance, séance de prologues, et dont l'assistance n'a pas eu le dénouement.

Il est cependant dès aujourd'hui facile de voir que l'initiative bien intentionnée de l'honorable M. Guérard, en soulevant cette discussion, n'aura pas de résultats. Aucun des éléments pathologiques de la question de la fièvre puerpérale ne s'éclaircit par ce débat qui menace de se prolonger indéfiniment. Ce qui apparaît le plus évident, et cela été dit depuis longtemps, c'est que la fièvre puerpérale n'est qu'une maladie adventive, produite par l'encombrement; M. Cruveilhier a dit le mot propre, c'est le typhus puerpéral. Cette dénomination conduit à toute la thérapeutique possible de cette redoutable affection, à la prophylaxie. Pourquoi la fièvre puerpérale est-elle à peu près inconnue dans la pratique rurale, au moins dans son caractère épidémique? C'est que les femmes ne se trouvent pas placées dans les conditions où la maladie peut la développer.

La nouvelle accouchée, tout le monde le répète, est un blessé; elle porte une plaie qui s'enflamme et qui suppure; comme pour tous les autres blessés, sous des conditions probablement atmosphériques dont on ignore la nature — un peu plus, un peu moins d'ozone, peut-être — la fièvre purulente s'allume et produit toutes ses conséquences fatales. Ces redoutables accidents, rares dans la pratique isolée, sont fréquents dans la pratique nosocomiale. Le typhus des armées, la pourriture d'hôpital, la fièvre purulente et la fièvre puerpérale sont des maladies nosocomiales. La démonstration de ce fait peut conduire à des résultats considérables. Si la discussion actuelle peut produire quelque bon effet, ce ne sera que sur la question pure de prophylaxie. M. Cruveilhier a touché ce point avec une grande énergie de conviction. Les hôpitaux, les maternités, les cliniques d'accouchement sont le foyer, l'unique foyer de la fièvre puerpérale. Il doit sortir quelque chose de ce fait, c'est à l'Académie, au lieu de s'engager dans de longues discussions qui n'élucident rien, à voir si elle n'a pas quelque grande et utile initiative à prendre à cet égard, initiative qui sauvegardera à la fois les droits de l'humanité et les intérêts de l'enseignement.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

GOITRES AÉRIENS SURVENUS BRUSQUEMENT CHEZ UN TUBERCULEUX ATTEINT DE PHTHISIE LARYNGÉE, ET COINCIDANT AVEC UN PHLEGMON DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU COU; — ACCIDENTS GRAVES DE DYSPHAGIE ET DE SUFFOCATION; — DISPARITION SPONTANÉE.

Par le docteur FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine.

Rien n'est plus commun que la coïncidence de la phthisie laryngée avec la consomption pulmonaire, et c'est précisément la fréquence de cette cruelle complication qui donne si ordinairement à l'agonie des poitrinaires ce caractère tourmenté et douloureux que les descriptions des poètes et des romanciers remplacent invariablement par la peinture de convention d'une mort pleine de sénérité et de calme et exempte de toute secousse douloureuse. Les phthisiques ne meurent malheureusement ainsi que dans les livres, et, à part de bien rares exceptions, leur agonie est d'autant plus pénible qu'elle a d'ordinaire une longue durée et que l'intégrité persistante de leurs facultés intellectuelles leur donne parfaitement, quoi qu'on en ait dit, le sentiment des approches de la mort.

Entre toutes les terminaisons de la phthisie, celle due à une inflammation ulcéreuse du larynx justifie plus particulièrement cette assertion. Nos salles de l'hôpital de Cherbourg, très habituellement encombrées de phthisiques, constituent, grâce aux conditions climatériques sous lesquelles nous vivons, un champ d'observation malheureusement trop riche et sur lequel nous la vérifions tous les jours. Tout a été dit, ou à peu près, sur la fréquence de la phthisie du larynx, sur ses formes anatomiques, sur sa marche fatalement progressive, sur son incurabilité notoire; mais il n'est pas dans les sciences d'observation, et notamment en médecine, de sujet quelque bien étudié qu'il soit, qui doive être considéré comme complétement épuisé, car la nature ne montre nulle part plus de fécondité que dans la variété en quelque sorte infinie des formes symptomatiques qu'elle peut faire revêtir à une lésion morbide toujours identique; aussi convient-il de recueillir et d'enregistrer avec soin tous les faits qui présentent quelque chose d'insolite et qui peuvent, par cela même, embarrasser le diagnostic ou même l'égarer complétement.

Tous les ouvrages de chirurgie signalent l'emphysème cellulaire comme l'une des complications habituelles des plaies du cou, lorsque l'instrument vulnérant a intéressé la continuité du larynx et de la trachée artère; et l'on sait qu'il n'est pas rare, dans ces cas, de voir l'extravasation aérienne s'étendre de cellule à cellule et constituer un emphysème général, lequel donne quelquefois au corps un volume véritablement énorme. Le fait de François Brège, relaté par Paré, est un des exemples les plus frappants des proportions que peut atteindre ce gonflement emphysémateux. Or, les progrès des ulcérations du larynx, la carie ou la nécrose des cartilages qui le constituent devant amener très fréquemment la formation de fistules laryngiennes, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que l'emphysème n'ait pas été signalé jusqu'ici comme complication possible de la phthisie du larynx?

Sans vouloir affirmer que l'observation qui va suivre est tout à fait unique, puisque les recherches que nous avons faites pour éclairer ce point sont nécessairement demeurées incomplètes, elle nous a paru cependant assez rare pour que nous dussions la publier; l'ouvrage classique de MM. Belloc et Trousseau ne relate, en effet, rien d'analogue; les traités généraux publiés depuis gardent le même silence, et nous sommes enfin très certain qu'aucune des nombreuses phthisies laryngées que nous avons observées jusqu'ici ne présentait une complication de ce genre.

Voici ce fait auquel a manqué, fort heureusement, le contrôle de l'autopsie, mais qui n'en présente pas moins un certain intérêt :

OBSERVATION. — Le nommé Briand (Jean), âgé de 33 ans, soldat au 1er régiment d'infanterie de marine, entre dans mon service le 18 septembre 1857. Il déclare avoir une bronchite depuis dix-huit mois. Cette affection aurait été contractée au Sénégal et il l'attribue à une immersion brusque, le corps étant couvert de sueurs. A partir de cette époque, il a toussé constamment, et son retour en France n'a nullement amélioré son état. Interrogé soigneusement sur ses commémoratifs héréditaires, il affirme que personne dans sa famille n'a eu n'a eu de maladies de poitrine. A son entrée à l'hôpital, la toux est très fréquente, surtout la nuit, l'expectoration est muco-purulente, sans mélange de sang; la respiration est tubaire au sommet des deux poumons, et mélangée, dans ces points, de râles caverneleux; il existe de fortes palpitations de cœur, et les battements sont répercutés jusque sur la clavicule droite; un peu d'émaciation, pas de sueurs nocturnes; fièvre modérée avec légères exacerbations vespérales. Sous l'influence de l'emploi combiné de l'huile de morue, d'une alimentation réparatrice et du soufre, l'état général

Feuilleton.

NOUVELLES DU 1er AVRIL 1958.

Le conseil municipal de la ville de Paris a pris, dans sa dernière séance, une décision importante et depuis longtemps attendue.

Le magnifique monument de l'École supérieure de médecine, élevé sous le règne de Napoléon III, et où les six Facultés de l'empire envoient leurs jeunes docteurs qui ont mérité cette distinction passer deux années d'application; ce vaste et imposant quadrilatère, borné au sud par la rue des Écoles, au nord par le boulevard Saint-Germain, à l'est par la rue Velpeau (autrefois Hautefeuille) et à l'ouest par la rue Larrey, va recevoir un complément bien utile. Les terrains restés inoccupés depuis la démolition des rues Saint-André-des-Arts, du Jardinet, etc., jusqu'au quai, vont être transformés en un vaste square, dont le milieu sera réservé à une promenade publique et les quatre côtés, qui offrent une superficie de plus de 4,000 mètres, à un jardin botanique pour l'École de médecine, dont il ne sera séparé que par le boulevard St-Germain. Ce jardin sera orné d'un grand nombre de statues de professeurs célèbres de l'ancienne Faculté de médecine de Paris. Déjà le conseil a confié à d'éminents artistes les statues de Dupuytren, d'Andral, de Chomel, de Bouillaud, de Jobert, de Trousseau, d'Orfila, de Richard, etc., professeurs dans le siècle dernier.

Ce magnifique plan a été soumis à l'empereur Napoléon V, qui l'a approuvé. S. M. a témoigné le désir que les travaux fussent immédiatement commencés, afin qu'ils pussent être terminés au printemps de l'année 1959. Ainsi, dans l'été de l'année prochaine, les habitants de la rive gauche pourront aller prendre le frais dans le nouveau square, sous les beaux arbres qui vont être transportés du bois de Vincennes.

L'Académie impériale de médecine qui occupe, comme on le sait, l'ancien hôpital des Cliniques, très intelligemment approprié à sa nouvelle destination, a procédé, mardi dernier, à l'élection d'un nouveau membre dans la section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales. Cette section, dont l'institution rencontra, dans le siècle dernier une vive opposition, a très largement, depuis, justifié son existence et la décision du ministre habile qui la fonda. Le troisième volume de l'*Histoire des institutions médicales de la France*, publiée par ses soins, est sous presse. Ce volume contient la première partie de l'*Histoire de l'Académie de médecine* elle-même. On sait que, grâce aux dons et aux legs qui lui ont été faits, la bibliothèque de l'Académie est riche aujourd'hui de plus de 40,000 volumes. Le catalogue de cette belle collection est presque terminé. M. le Secrétaire perpétuel, qui a été élu dans cette section, fait preuve du plus grand zèle. M. le ministre de l'instruction publique a, par un arrêté récent, élevé ses appointements à la somme de 10,000 francs, et lui a accordé un très beau logement attenant à la gâlerie de la bibliothèque. On ne peut que se réjouir de voir le gouvernement encourager ainsi la science et les savants.

Il vient de mourir à Bédarieux un vieillard nonogénaire qui a exercé la médecine pendant plus de soixante-cinq ans. C'était le dernier officier de santé survivant. Cette institution, qui a résisté pendant près d'un siècle aux critiques dont elle était l'objet, a été abolie par la loi du 18 juillet 1888. Il n'existe plus aujourd'hui un seul médecin de second ordre.

Le dernier recensement donne le chiffre de 26,657 docteurs en médecine, pour une population totale de 45 millions d'habitants. On voit combien était erronée l'opinion de ceux qui annonçaient une diminution du nombre des médecins par l'abolition des officiers de santé.

La librairie J.-B. Baillière, qui compte près de cent cinquante ans d'existence de père en fils, va publier un ouvrage singulier et dont le sujet est presque complétement ignoré de la génération présente, c'est l'*Histoire de la doctrine homœopathique*. Cette doctrine, qui fit grand bruit vers le milieu du siècle dernier, ne vit plus que dans le souvenir de quelques vieillards qui ont pu assister à son déclin et à sa chute. Nous avons peine à comprendre aujourd'hui que le XIXe siècle, qui a doté l'humanité et les sciences de la vapeur, de l'éclairage au gaz, des chemins de fer, du télégraphe électrique, de la photographie, de l'hélice et de tant d'autres merveilles, ait vu florir une doctrine médicale si étrange. Il n'est cependant que trop vrai que le siècle de Cuvier, d'Arago et de Humboldt a payé ce tribut de faiblesse à la débilité humaine.

Nous avons vu dernièrement chez Charrière, autre maison plus que séculaire, un instrument à amputation d'une invention qui tient du prodige. Cette machine ampute le membre, fait la ligature des artères, réunit la peau et procède aux sutures nécessaires, applique ensuite toutes les pièces du pansement, sans l'intervention aucune de la main du chirurgien, si ce n'est pour donner au ressort le signal du départ. On ne sait vraiment où s'arrêtera le génie mécanique de nos chirurgiens. Des chiurgiens! je me trompe. Il n'y a plus que Charrière IIIe de nom, petit-fils du grand Charrière Ier.

Le prix d'honneur pour la meilleure thèse soutenue dans les six Facultés de Montpellier, de Strasbourg, de Lyon, de Toulouse, de Bordeaux et de Lille, a été remporté cette année par la Faculté de Toulouse. Ce concours d'émulation parmi nos Facultés produit les meilleurs résultats.

Le nombre des jeunes docteurs reçus par ces Facultés et que les inspecteurs généraux ont déclarés admissibles à l'École supérieure d'application et de perfectionnement à Paris, où ils passent deux ans, a été, cette année, de 157. La répartition, quant au nombre, s'est faite dans l'ordre suivant : Lyon, Montpellier, Toulouse, Strasbourg, Bordeaux, Lille. Ces jeunes docteurs sont destinés au recrutement du personnel enseignant, des médecins et chirurgiens des hôpitaux et de quelques fonctions publiques, toutes places où ils ne sont admis qu'après examen et concours de placement.

Les cliniques hydrologiques, dont l'institution avait été tentée il y a plus d'un siècle, par le fameux chimiste Dumas, pendant son passage au ministère de l'agriculture et du commerce, viennent d'être rétablies.

s'améliora d'une manière inespérée, la nutrition se releva à vue d'œil, et avec elle les forces et l'embonpoint; et, si nous n'avions eu les signes fournis par l'examen de la poitrine comme garants de notre premier diagnostic, nous en eussions infirmé la justesse.

Le 14 décembre, Briand sort de l'hôpital, dans un état des plus satisfaisants.

Le 18, c'est-à-dire quatre jours après, il y rentre de nouveau, crachant du sang en assez grande quantité, toussant beaucoup et accusant une oppression très vive; la faiblesse était extrême, les yeux ternes, les traits altérés, la voix enrouée et presque éteinte, le pouls fébrile; il n'y avait plus d'appétit, la langue était saburrale et humide. Les hémoptysies persistèrent avec une certaine ténacité. Au bout de dix jours, elles disparurent complétement, mais le malade accusa presque aussitôt une vive douleur dans la gorge, avec dysphagie, et la déglutition des aliments solides devint complétement impossible. L'arrière-bouche et le pharynx étaient le siége d'une vive injection. Sous l'influence d'une forte application de sangsues, faite à la partie antérieure du cou, la douleur diminua presque aussitôt, la fièvre devint moins vive, la voix reparut et la déglutition fut un peu plus facile; mais bientôt se manifesta, au devant du larynx, un empâtement profond avec légère rougeur érythémateuse; au fur et à mesure qu'il augmentait, la difficulté pour avaler se manifestait de plus en plus, et la voix prenait un caractère plus voilé et plus chevrotant.

Le 17 janvier, une sensation obscure de fluctuation fut perçue au niveau de l'empâtement et une incision pratiquée sur ce point donna issue à une quantité considérable de pus verdâtre et assez bien lié. Une amélioration immédiate se manifesta, notamment sous le rapport de la dysphagie, et le malade, qui ne pouvait avaler des liquides, put dégluter du pain presque aussitôt après l'évacuation du pus; l'état général devint également meilleur, et la fièvre tomba. Au bout de trois jours, l'incision par laquelle s'étaient écoulés environ 200 grammes de pus se referma complétement, et la région inter-sterno-mastoïdienne du cou devint complétement plate. Elle demeura telle pendant dix jours, mais, au bout de ce temps, le malade s'aperçut que la poche de son abcès se gonflait brusquement; cette distension disparut pendant la nuit.

Le 7 février au matin, le malade, dont la toux avait été plus fréquente et plus laborieuse que de coutume, s'aperçoit, en se réveillant, que son cou *s'est gonflé et est devenu plus roide*, et, en y portant la main, il constate, du côté droit, une tumeur volumineuse qui, partant du milieu du cou, se dirige à droite, atteint la clavicule et remplit tout le triangle trapezo-mastoïdien. Nulle douleur n'a signalé la formation de cette tumeur; seulement un peu de sensibilité s'était développée depuis plusieurs jours vers la nuque et le long des sterno-mastoïdiens; elle avait cessé depuis l'apparition des tumeurs. Celle de droite, très volumineuse, a environ la grosseur du poing; elle est pyriforme, d'une longueur de 12 centimètres, rénitente, élastique : elle cède sous le doigt, mais sans diminuer de volume. La pression la plus forte ne réveille aucune douleur; quand le malade parle, les vibrations laryngiennes sont transmises à la main avec une intensité médiocre, mais l'oreille perçoit parfaitement l'amplification bourdonnante des bruits respiratoires laryngiens, aussi bien que de la voix. Le creux sus-claviculaire est complétement effacé.

A gauche, on constate une tumeur analogue, mais beaucoup plus petite, atteignant à peine les dimensions d'une petite pomme, offrant les mêmes caractères de rénitence, d'élasticité et d'irréductibilité. La percussion révèle au niveau des tumeurs une sonorité tympanique. Il est à remarquer que la déglutition et la voix, qui n'offraient rien d'anormal antérieurement à la formation de ces poches aériennes, se sont immédiatement modifiées d'une manière notable; des aliments liquides ont pu seuls être ingérés, et la voix a pris un timbre nasonné des plus singuliers. Du reste, aucun trouble général et pas le moindre indice de suffocation. Je confiai le malade à la vigilance des officiers de santé de service, en recommandant de me prévenir si la respiration s'embarrassait, bien décidé, dans ce cas, à ouvrir largement les deux poches pour lever la compression exercée sur le larynx et l'œsophage, et pour prévenir en même temps le passage de l'air, soit dans le tissu cellulaire extérieur de la poitrine, soit dans celui du médiastin.

En revoyant le malade le lendemain matin, je constatai avec surprise que les deux poches avaient à peu près disparu; sur l'emplacement occupé par celle du côté gauche, le doigt percevait un léger craquement emphysémateux; mais partout ailleurs, les tissus avaient repris leur aspect normal. En même temps, la déglutition était redevenue facile et le nasonnement de la voix avait disparu.

Le surlendemain, et sous l'influence combinée d'efforts provoqués par la toux et par la défécation, les poches aériennes se reforment et disparaissent encore dans la nuit. Le 13, elles se manifestent encore et plus volumineuses que jamais; de plus, l'ancien kyste médian, qui avait été primitivement rempli de pus, se gonfle d'air, de sorte que les reliefs du cou sont complétement effacés. La tumeur a alors l'aspect d'un double goître, dont la base, mesurée par les insertions claviculaires des deux trapèzes, est échancrée au niveau de la fourchette sternale. Le 15, les poches se vident encore. Le 16, elles se remplissent de nouveau, mais n'atteignent qu'un volume beaucoup moins considérable. A partir de ce jour, elles s'effacent peu à peu; le cou reprend son aspect normal; les efforts les plus énergiques restent sans résultat fâcheux; la voix recouvre son timbre habituel, et la déglutition s'accomplit avec une facilité extrême; une amélioration des plus apparentes se manifeste concurremment dans l'état général; les forces, l'embonpoint et le sommeil reprennent leur rhythme normal, et le malade va, sous peu de jours, sortir de l'hôpital dans un état qui, s'il laisse quelques inquiétudes pour l'avenir, fait entrevoir, comme très éloigné, le terme où elles se réaliseront.

Réflexions. — L'existence d'une fistule laryngienne ne saurait véritablement être contestée chez ce malade; des signes plausibles de laryngite ulcéreuse coïncidant avec des signes certains de tuberculisation pulmonaire, et, d'une autre part, l'influence des expirations forcées sur la reproduction successive de ces poches aériennes, ne permettent pas de s'arrêter à l'idée d'une exhalaison gazeuse opérée spontanément dans le tissu cellulaire du cou. L'air épanché provenait évidemment d'une perforation par carie de l'un des cartilages du larynx, et le pus du phlegmon, ouvert à la partie antérieure du cou, avait vraisemblablement aussi la même origine. La dysphagie, qui a coïncidé avec l'apparition de la collection purulente et avec la formation réitérée des poches aériennes, tenait, sans aucun doute, à ce que les tumeurs comprimaient l'œsophage par l'intermédiaire du larynx et de la trachée, et probablement aussi à ce qu'une certaine quantité d'air avait fusé dans le tissu rétro-œsophagien. Ce qui tendrait à le prouver, c'est que toutes les fois que l'emphysème se reproduisait, la voix prenait un timbre sourd et nasonné qui rendait superflue l'inspection du cou pour apprendre que les goitres avaient reparu. Si l'on examinait l'arrière-gorge, on reconnaissait que la paroi postérieure du pharynx était en quelque sorte décollée de la partie antérieure de la colonne cervicale, qu'elle était refoulée en avant et appliquée en quelque sorte sur les piliers postérieurs du voile: en d'autres termes, le diamètre antéro-postérieur de l'isthme était singulièrement amoindri.

La mécanique des mouvements respiratoires rend un compte très satisfaisant de la formation et la disparition successives de ces poches d'air. Dans les expirations énergiques provoquées par les efforts de la toux ou de la défécation, l'air, chassé avec énergie, passait par l'orifice de la fistule et s'enkystait dans le tissu cellulaire; mais comme ces efforts ne revenaient que rarement, dans leur intervalle, l'inspiration, dont la durée excède de deux tiers environ celle de l'expiration, faisait rentrer successivement dans le larynx une petite quantité d'air, de telle sorte que les poches arrivaient à se vider complétement dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures.

La disparition de ces goitres aériens dépend soit d'un travail de cicatrisation de la fistule avec laquelle ils communiquent, soit de son obstruction momentanée par un gonflement de la muqueuse ou un bouchon de mucus engagé dans son ouverture; mais on ne saurait d'ici longtemps la considérer comme définitive.

La forme des tumeurs, leur limitation en bas par les clavicules, en arrière par le relief antérieur du trapèze, leur saillie, l'absence de tout symptôme de suffocation et de toute tendance à fuser, soit vers le tissu cellulaire et sous-claviculaire, soit vers celui du médiastin antérieur (cas dans lequel des accidents menaçants se fussent produits), tiennent manifestement à la position qu'affectaient ces épanchements d'air par rapport aux aponévroses cervicales. Il nous ont paru siéger dans le dédoublement de ce feuillet qui passe comme un pont du trapèze au sterno-mastoïdien, et qui tapisse le triangle intermédiaire. Nous nous expliquons ainsi les limites dans lesquelles se sont arrêtés ces goitres, et l'absence de toute crépitation au moment où ils avaient atteint leur développement le plus considérable.

Quant à déterminer le siége anatomique exact de la fistule laryngienne, il nous serait difficile de le tenter même approximativement; cependant, à raison du point de départ des deux poches et de leur inégalité de volume, il serait peut-être légitime de le placer vers la partie supérieure du cartilage thyroïde et très probablement du côté droit.

Nous dirons, enfin, que les déductions pratiques à tirer de ce fait sont :

1° Que l'expectation (mais une expectation *armée)* doit être la règle de conduite dans les cas d'emphysème enkysté du cou, consécutif à une phthisie laryngée;

2° Que l'ouverture des poches est indiquée *certainement* dès que la compression des gros vaisseaux et de la trachée ou le passage de l'air dans le médiastin, déterminent des accidents d'oppression vive, et qu'elle le serait *probablement* si la déglutition était gênée, au point d'empêcher l'alimentation du malade;

3° Enfin que, dans des cas pareils, il faut s'efforcer de maintenir le malade dans un repos absolu, et lui éviter autant que possible, par l'emploi des moyens appropriés, des efforts d'expiration qui, comme ceux de la toux ou de la défécation, par exemple, ne manqueraient pas d'augmenter l'extravasation aérienne, et de la faire cheminer au delà de ses premières limites.

BIBLIOTHÈQUE.

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE OU DESCRIPTION, AVEC FIGURES COLORIÉES, DES MALADIES DE L'ORGANE DE LA VUE;

Par le docteur J. Sichel.

Troisième article. — (Voir les numéros des 2 et 9 mars 1858.)

Section quatrième : *Du glaucôme.* — Nous sommes obligé de répéter ici ce que nous avons déjà dit à propos des publications antérieures de M. Sichel, lorsque nous voyons que, pour l'étude du glaucôme, cette maladie si grave et qui comportait de grands développements, l'auteur renvoie au « mémoire qu'il a publié sur cette affection en 1842. » Sous prétexte qu'il a publié un mémoire de 260 pages, il y a seize ans, sur une maladie, l'auteur se croit en droit de n'en rien dire dans son *Iconographie!* Est-ce ainsi que doit se faire un ouvrage, une telle manière de faire n'est-elle pas blâmable à tous les chefs? C'est précisément parce que vous avez publié un long mémoire sur le glaucôme, mon cher maître, que vous étiez plus que tout autre à même de nous donner aujourd'hui une bonne description de cette maladie, et je dirai encore que vous nous deviez un long extrait de votre mémoire. L'*Iconographie* est un ouvrage déjà fort cher pour la bourse modeste du praticien, et si pour combler les nombreuses lacunes qu'elle renferme, toujours pour le même motif, le souscripteur est obligé d'acheter la collection des mo-

---

C'est parmi les docteurs admis à faire le service de ces cliniques que seront choisis les médecins-inspecteurs des établissements thermaux, après des épreuves dont le programme sera prochainement publié.

Un procès en réclamation d'honoraires appelait, ces jours derniers, un confrère de Paris devant le juge de paix du 2me arrondissement. Cet honorable confrère demandait à son client, qui jouit d'une assez grande fortune, une somme de 200 francs pour vingt visites. Le juge de paix, trouvant cette demande beaucoup trop modeste et tenant compte de la position du client, a condamné ce dernier à payer la somme de 400 francs au confrère.

Un célèbre accoucheur de Paris, qui a assisté Mme la duchesse de X... dans son dernier accouchement, a reçu, à titre de cadeau, une magnifique voiture attelée de deux chevaux de race, d'une rare beauté.

La ville de Poitiers fait élever dans ce moment, sur une de ses places publiques, une statue colossale du médecin Piorry, célèbre professeur du dernier siècle, né dans cette ville.

Piorry n'eut pas le bonheur de voir pendant sa vie, et malgré ses énergiques efforts, le succès de sa nomenclature, aujourd'hui généralement adoptée en France et à l'étranger. Il en est presque toujours ainsi, c'est la mort qui sanctionne et consacre la célébrité.

Le 22 mars dernier, l'Association générale de prévoyance des médecins de France a tenu sa quatre-vingt-dix-neuvième séance annuelle, en son hôtel, rue Rayer. Deux cents délégués environ, venus de tous les départements et réunis à un grand nombre de médecins associés de Paris, remplissaient la vaste salle consacrée aux assemblées de l'Association. Le compte-rendu de M. le Secrétaire général a été écouté avec un vif intérêt et a été souvent interrompu par d'unanimes applaudissements. Voici la situation de cette magnifique institution au 1er janvier 1958 :

Caisse de réserve	542,695 fr. de rentes.
Hôtel de l'Association, pouvant loger 35 associés, vieillards ou infirmes	600,000
Cotisations annuelles de 19,572 associés	234,864
Droit d'admission de 352 associés nouveaux	4,224
Dons et legs pendant l'année	26,000
Les recettes de tout genre se sont élevées, pendant l'année 1957, à la somme de	807,783 fr.

L'Association ayant obtenu, l'année dernière, la modification de l'article 17 de ses statuts, relatifs à la caisse de réserve, aucune retenue n'est plus faite en faveur de cette caisse, et les revenus entiers de l'Association peuvent être consacrés aux caisses de retraites et de secours.

En conséquence l'Association générale a pu, cette année, faire les fonds nécessaires aux services suivants :

Retraites pour 52 associés à 1,200	62,400 fr.
Id. pour 105 associés à 1,000	105,000
Id. pour 67 veuves à 600	40,200
Entretien et frais d'éducation de 22 enfants orphelins	26,400
Secours à 103 associés	41,200
Secours à 23 veuves	18,500
Frais et entretien de l'hôtel servant de maison de retraite à 35 associés	88,750
Récompenses et encouragements donnés à des médecins associés pour belles actions professionnelles	42,000
Dépenses pour la bibliothèque de l'hôtel servant de *Cercle médical* et pour le *Musée des médecins*	11,000
Frais d'administration	6,000
Total des dépenses	541,350 fr.

Les recettes s'étant élevées à la somme de	807,783 fr.
Et les dépenses à la somme de	541,350 fr.
Il reste une somme de	266,433 fr.

qui a été versée à la caisse de réserve, cette caisse ne pouvant plus s'accroître que par le reliquat des revenus non employés.

L'assemblée a voté des remercîments à la commission centrale.

Comme elle le fait tous les ans, l'Union Médicale a profité de la présence à Paris des délégués des Associations départementales pour donner son banquet annuel. Elle célébrait, cette année, le cent-onzième anniversaire de sa fondation. Tous les délégués des départements, ainsi que les 25 membres de la commission centrale, avaient été invités à cette fête qui réunissait 952 personnes. Elle a eu lieu au grand hôtel de l'Empire, dont la façade monumentale, splendidement illuminée, se profile sur le boulevard Napoléon III. A bientôt les détails de cette fête magnifique, où un jeune convive a fait un prodige d'érudition en rappelant le nom, aujourd'hui complétement oublié, du premier rédacteur en chef de l'Union Médicale.

D[r] Aprilis.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Le Comité de rédaction de l'Union Médicale tiendra sa séance ordinaire, demain vendredi, à l'heure habituelle.

Traité pratique de pathologie générale, par J.-M. Beyran, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société orientale de France, de la Société de chirurgie de Paris, de la Société de médecine et d'histoire naturelle de Dresde, médecin de l'Ambassade ottomane, à Paris, etc.
Chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1858, Ire partie, 1 volume in-8°. — Prix : 4 fr.

nographies réimprimées, le but qu'il se proposait est complétement manqué. Sait-on seulement quand cette collection paraîtra?

M. Sichel trouvera peut-être erronée notre opinion sur ce que devait être l'*Iconographie*, elle nous semble cependant fort rationnelle, la voici : la première période de la vie médicale de M. Sichel a été consacrée à des recherches, à des travaux scientifiques; les résultats de ces recherches ont été consignés dans des mémoires que l'auteur a disséminés dans les différents journaux de médecine, suivant le but particulier que se proposait chacun de ses mémoires; la seconde période a été toute pratique, une énorme quantité de malades a soumis à l'observation du praticien un nombre immense de faits de toute espèce, et, suivant nous, l'*Iconographie* devait être un résumé des publications antérieures de M. Sichel, corrigées, modifiées, d'après les indications données par une longue expérience.

Revenons au glaucôme : l'auteur donne comme caractère important du glaucôme les taches gris ardoisé ou gris perlé que présente l'iris. Nous ne trouvons aucune indication du traitement à opposer à cette terrible maladie. Quand elle a atteint son entier développement, elle est au-dessus des ressources de l'art, au début c'est, comme dans tous les cas de phlegmasie congestionnelle des membranes internes, le traitement antiphlogistique et antiplastique qui convient. C'est bien ici le cas de parler de l'intéressante communication du docteur de Grœfe, à l'Institut, sur l'iridectomie appliquée à la cure du glaucôme. D'après cet auteur, l'augmentation de la pression intrà-oculaire doit être considérée comme la cause principale de la cécité glaucomateuse, l'indication la plus importante à remplir dans le traitement est donc de diminuer cette pression. Il employa d'abord les mydriatiques, puis il fit la paracentèse de la chambre antérieure; ces moyens ne lui donnant que des résultats temporaires, il recourut à l'iridectomie, et dès lors il obtint des effets durables; il pose les règles suivantes à observer dans l'exécution de cette opération : 1° ponction excentrique; 2° lambeau excisé aussi large que possible; 3° écoulement lent de l'humeur aqueuse afin d'éviter les hémorrhagies *ex vacuo*.

A l'article du *Ptérigion* (section V) se trouve une curieuse observation empruntée à Fl. Cunier, d'un quadruple ptérygion opéré avec succès par l'excision avec dénudation complète de la sclérotique sur tous les points occupés par le ptérigion.

Viennent ensuite de bons chapitres sur les ulcérations de la cornée, sur l'hypopyon, les cicatrices cornéennes, les staphylômes iridiens et cornéens, etc. Une chose est à noter dans le traitement des ulcérations cornéennes; un grand nombre de chirurgiens les traitent d'une seule et unique façon pour tous les cas, la cautérisation avec le nitrate d'argent. Cette manière de faire est vicieuse; en effet, si l'on applique le caustique pendant la période d'acuité, les symptômes inflammatoires s'exaspèrent et l'ulcération s'agrandit et peut devenir perforante; si c'est au contraire pendant l'état chronique qu'on l'emploie, le nitrate d'argent détermine la formation d'une cicatrice épaisse, indélébile, opaque, donc il est encore nuisible. Dans ces cas d'ulcère atonique que l'on rencontre si souvent chez les enfants et les adolescents scrofuleux, ordinairement un ou deux septénaires après le développement de l'inflammation, non pas franchement aiguë, mais plutôt subaiguë, qui a amené l'ulcération de la cornée, dans ces cas d'atonicité flagrante on tire les plus grands avantages de la pratique suivante : On touche légèrement le fond de l'ulcère avec une solution de sulfate de cuivre, on provoque ainsi une légère excitation en vertu de laquelle l'ulcère atonique reprend son travail de cicatrisation. — Un autre point qui mérite aussi une grande attention est la facilité avec laquelle l'iris peut faire procidence à travers une ulcération perforante de la cornée; le meilleur moyen de prévenir cette procidence est de faire instiller dans l'œil, dès le début de l'inflammation ulcérative, quelques gouttes d'une solution d'atropine : la solution narcotique a dans l'espèce un double but thérapeutique, elle amène une large dilatation de la pupille et prévient ainsi la procidence iridienne, de plus elle calme très avantageusement la photophobie et la douleur intrà-oculaire développées par la propagation de l'inflammation aux membranes internes. L'emploi de cet agent thérapeutique est préférable à la cautérisation pratiquée au pourtour de la cornée avec le crayon de nitrate d'argent, dans le but de provoquer la réduction de la procidence de l'iris; cette cautérisation ne sert le plus souvent qu'à augmenter l'inflammation oculaire. Il est un cas exceptionnel cependant où l'emploi de la solution atropique est contre-indiqué, c'est celui où l'ulcération perforante siége à la périphérie de la cornée, au voisinage des attaches de l'iris; on s'exposerait alors à une procidence plus considérable de l'iris en faisant rétracter ce voile vers ses attaches ciliaires, accident qui serait d'autant plus fâcheux que la marge pupillaire serait presque inévitablement comprise dans la procidence.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher le mode de traitement généralement opposé en France au staphylôme irido-cornéen complet, de la pratique adoptée en Angleterre. On sait que, dans ce cas, M. Sichel et les chirurgiens français amputent simplement le staphylôme; à la suite de ces amputations partielles, on observe fréquemment des hémorrhagies d'autant plus graves que le corps ciliaire a été entamé; le moignon qui succède à cette mutilation du globe reste très longtemps douloureux, cette douleur est quelquefois tellement intolérable que le chirurgien est obligé d'inciser largement le moignon en croix pour donner issue aux liquides accumulés. C'est pour éviter à la fois et ces hémorrhagies et ces douleurs épouvantables, qui n'accompagnent que trop souvent l'amputation partielle du staphylôme, que les chirurgiens ont adopté en principe dans ce cas de pratiquer l'extirpation, on pourrait presque dire l'énucléation sous-conjonctivale du globe, et ils s'en trouvent bien.

La section XI, parfaitement exposée, mérite une attention spéciale : elle traite des fausses-membranes pupillaires, complètes ou incomplètes. Constituées par une matière exsudative qui se dépose à la face antérieure de la cristalloïde à la suite d'irido-cristalloïdite, d'irido-choroïdite, d'iritis postérieur ou uvéite, ou d'une manière plus générale à la suite d'ophthalmie interne, « ces pseudo-membranes sont plus adhérentes à l'iris qu'à la capsule à laquelle elles sont seulement collées, et sur laquelle elles laissent des parcelles sous forme de taches opaques, lorsqu'on les en arrache. Leur analogie clinique et anatomique avec les cataractes pseudo-membraneuses est tellement grande que souvent la limite entre elles est difficile à tracer. »

« Les fausses-membranes complètes indiquent presque toujours l'opération de la pupille artificielle. » Ceci demande explication : oui, cette opération est indiquée lorsque l'inflammation limitée à l'iris a pu être maîtrisée, et arrêtée complétement; on aura alors des chances pour trouver derrière le lambeau iridien que l'on aura excisé, un appareil cristallinien sain et transparent, les membranes internes saines et intactes. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas : c'est le plus ordinairement à la suite d'une ophthalmie interne que ces dépôts exsudatifs se font dans la pupille, et souvent cette phlegmasie, surtout lorsqu'elle se présente avec des caractères assez bénins en apparence, avec une forme subaiguë, amène rapidement de tels désordres que, non seulement la pupille est obstruée par des fausses-membranes, mais les membranes internes sont complétement désorganisées, recouvertes d'une couche épaisse de fibro-albumine qui, d'abord amorphe, finit par s'organiser en fibres et en faisceaux. Tel est le cas d'un de nos confrères, le docteur D., d'Imphy (Nièvre). D'une forte constitution, il a depuis longtemps une congestion habituelle du sang à la tête; il y a deux mois environ apparurent de violentes douleurs oculaires et frontales, l'œil rougit un peu, il survint de la photophobie, et, malgré le traitement dérivatif et antiphlogistique largement appliqué, la pupille contracta de nombreuses adhérences avec la cristalloïde, et celle-ci se couvrit dans une large étendue de fausses-membranes exsudatives, affection qu'un de nos grands chirurgiens n'hésita pas à qualifier de cataracte complète. Chez ce digne confrère, les accidents avaient marché rapidement avec un caractère subaigu qui ne lui faisait pas soupçonner la gravité des désordres qui se sont produits; l'iris est complétement désorganisé, la pupille entièrement obstruée, l'atrophie est imminente; MM. Michon, Sichel, Desmarres et moi avons été unanimes pour reconnaître que l'état actuel de cet œil est le résultat d'exsudations abondantes à la suite d'ophthalmie interne.

Ces pseudo-membranes complètes constituent les *fausses-cataractes* de Beer; quel nom faudra-t-il donner à la maladie dans le cas suivant? M. L..., 39 ans, sergent-major au 65e de ligne, fut atteint, il y a six ans, d'ophthalmie interne du côté droit; malgré un traitement énergique proportionné à la vigoureuse constitution du malade, l'iris se désorganisa, la pupille se rétrécit et l'œil fut complétement perdu pour la vision. Six mois après, le cristallin était complétement opaque, tout espoir de conserver la vue fut complétement perdu, et L..., excellent militaire, sous-officier depuis quatorze ans, fut, à cause de son infirmité, rayé du cadre d'avancement, où ses bons services lui donnaient une des premières places. Chez ce malade, évidemment, l'opacification du cristallin n'a débuté que longtemps après la désorganisation des membranes internes, lorsque de nombreux exsudats plastiques étaient déposés sur la cristalloïde : est-ce une cataracte vraie ou une cataracte fausse? Je me garderais de résoudre la question; pour moi, la source de cette affection, c'est l'ophthalmie interne qui, désorganisant les membranes internes, a suspendu la nutrition du cristallin.

Passant rapidement sur un excellent chapitre *de l'atrophie du globe*, sur l'ossification du cristallin et celle de la rétine, nous arrivons à une partie importante de l'*Iconographie*, l'opération de la pupille artificielle. Comme on doit bien s'y attendre, nous laisserons de côté ces mesquines réclamations de priorité, ces honteuses histoires de plagiat et de vol scientifique, qui nous semblent tout à fait déplacées au milieu des belles pages qui composent cet ouvrage, et qui, pour ne pas dire autre chose, font tache dans le livre de M. Sichel, comme dans celui de M. Desmarres : le public n'aime pas à voir en déshabillé les hommes dont il admire le talent, et nous croyons qu'il vaut bien mieux ne pas le convier à un si triste spectacle ! !

Quelle que soit la méthode que l'on emploie pour pratiquer à l'iris une ouverture par laquelle les rayons lumineux viendront toucher la rétine, il y a des indications formelles auxquelles il faut se conformer pour que le résultat soit favorable au malade : 1° la cornée doit être transparente, au moins dans le point correspondant à la portion d'iris sur laquelle portera l'opération; 2° l'iris doit avoir conservé sa couleur et sa texture normales, sans quoi il se déchirera sous l'instrument; 3° enfin, les membranes internes doivent être saines; s'il en était autrement, s'il reste un peu d'inflammation dans ces parties, le traumatisme résultant de l'opération sera le coup de fouet qui hâtera le développement de l'inflammation et amènera consécutivement l'atrophie du globe. Le lieu d'élection de la pupille artificielle est en dedans et un peu en bas, quand on opère sur un seul œil; il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il n'y a plus de lieu d'élection si la cornée n'est transparente que dans un espace limité. Pour M. Sichel, il n'y a que deux méthodes pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle, l'*excision* et le *décollement*.

Nous ne suivrons pas M. Sichel dans les longues descriptions qu'il donne des procédés opératoires; disons de suite que cette partie de l'ouvrage est admirablement traitée : peut-être les observations, très nombreuses dans cette section, ont fait un peu de tort aux autres parties dont elles tiennent la place, mais, enfin, elles ont un grand intérêt et complètent parfaitement l'étude de la pupille artificielle.

Vient ensuite la section XVI, *Des épanchements sous-rétiniens*. M. Sichel considère la membrane de Jacob (couche des baguettes) comme étant une membrane séreuse; l'inflammation y détermine une hypersécrétion de sérosité qui constitue ainsi une des variétés de l'épanchement sous-rétinien; mais ce n'est pas seulement de la sérosité que l'on trouve dans ces épanchements, ils peuvent être formés par du pus ou du sang, par des exsudations fibro-albumineuses ou par une matière gélatiniforme. L'étude de cette maladie est bien exposée, le diagnostic est parfaitement indiqué; mais, pour compléter cette étude, l'auteur renvoie à une des prochaines livraisons où il s'occupera de l'ophthalmoscopie, mode d'exploration indispensable pour poser, d'une manière certaine, le diagnostic différentiel des diverses maladies du fond de l'œil. Nous reviendrons donc sur le chapitre de l'hydropisie sous-choroïdienne, et nous verrons, par des observations détaillées, que, bien que cette maladie soit excessivement grave, elle n'est pas cependant nécessairement incurable. De nombreuses observations montrent que les épanchement sous-rétiniens ont été observés non seulement chez l'homme, mais encore sur des animaux domestiques, le cheval, le lapin, etc.

Après l'étude de l'hydrophthalmie (Section XVII), nous trouvons celle des staphylômes de la choroïde et du corps ciliaire (Section XVIII). M. Sichel n'esquisse rapidement que les points principaux de la pathologie du staphylôme de la choroïde; il nous renvoie pour les détails à un mémoire *qu'il publiera! en allemand!!* Pour le coup, c'est trop fort, M. Sichel, naturalisé Français, publiera son travail en allemand, à Berlin; c'est sans doute pour la plus grande commodité des chirurgiens français!

Heureusement, pour combler cette lacune, cette partie de l'ouvrage contient plusieurs observations détaillées, dans lesquelles le praticien trouvera de nombreux enseignements.

Viennent enfin l'étude de la mélanose oculaire et celle de l'encéphaloïde rétinien. Ces deux maladies sont parfaitement exposées; de nombreuses observations, parfaitement rédigées, nous tracent tous les détails de ces affections; une de ces observations a surtout un intérêt capital : nous y voyons que quatre enfants de la même famille ont été tour à tour atteints d'encéphaloïde de la rétine, et ont tous quatre succombé en fort peu de temps à cette terrible maladie. M. Sichel cite plusieurs cas de guérison de l'encéphaloïde rétinien qui auraient été obtenus par l'atrophie du globe oculaire. Il serait au moins étrange que le cancer, qui ne pardonne jamais, présente dans l'œil une bénignité qu'il n'offre dans aucune autre partie du corps; n'est-il pas plus rationnel de rapporter ces guérisons à des cas de pseudo-encéphaloïde rétinien, ou simple hypertrophie d'un des éléments normaux de la rétine, à savoir les myélocites? Nous ne voulons pas nier la possibilité d'un cancer vrai de la rétine, les exemples en sont trop nombreux, et les chirurgiens savent si bien que la maladie, dans ce cas, est toujours mortelle, que M. Guersant, entr'autres, ne pratique plus jamais l'extirpation du globe, assuré qu'il est que le cancer récidivera et emportera promptement le malade. Mais le diagnostic différentiel, entre l'encéphaloïde vrai et le pseudo-encéphaloïde est à peu près impossible à établir sur le vivant, il n'y aurait donc rien d'étonnant que les malades chez qui M. Sichel a obtenu l'atrophie du globe aient été simplement atteints d'hypertrophie des myélocites, comme l'enfant dont l'œil gauche, extirpé en août 1854, a été soumis au microscope par M. Ch. Robin qui n'y a trouvé aucun des éléments du cancer.

Nous ne terminerons pas cet article sans dire que les planches qui correspondent à cette partie de l'ouvrage sont d'une exactitude scrupuleuse et d'une exécution vraiment inimitable, dont on n'avait aucune idée jusqu'à la publication de cet admirable ouvrage.

Nous attendons avec impatience les dernières livraisons, contenant le cancer des paupières et la blépharoplastie, et le résultat des recherches ophthalmoscopiques auxquelles l'auteur se livre depuis plusieurs années.

Dr A.-P. DOUMIC.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Mars 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1857, dans les départements de la Vendée, de l'Allier et de l'Ariége.

2° Un rapport de M. le docteur BOUYER, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Draguignan, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de la Garde-Freinet (Var). — (Commission des épidémies.)

3° Diverses communications relatives à des remèdes nouveaux. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre de la guerre transmet une note relative à l'emploi généralisé des revaccinations dans l'armée.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur HOUEL, qui sollicite l'honneur d'être porté comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Le relevé des vaccinations pratiquées par M. le docteur BROUILLET, dans le canton de Geispolsheim (Bas-Rhin).

3° Un mémoire de M. Jacques BLECHMAN, ancien médecin des hôpitaux militaires temporaires en Crimée, sur la phlébite et son rapport avec l'infection purulente. (Comm. MM. Cruveilhier, Guérard et Grisolle.)

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussions. A l'occasion toutefois du dernier rapport, relatif à un nouvel onguent, présenté par M. Patris, M. VELPEAU dit qu'il éprouve quelque embarras à prendre la parole, parce qu'il ne veut pas encourager les marchands de remèdes. Cependant, ayant fait des expériences avec l'onguent de M. Patris, en dehors de la commission, M. Velpeau croit devoir faire connaître les bons résultats qu'il a obtenus, dans certains cas, de l'emploi de cet onguent. Il est plus siccatif que l'onguent *de la mère*, et il cicatrise mieux les plaies anciennes que le sparadrap et le cérat ordinaire. A la demande de M. Velpeau, M. Patris en a formé un sparadrap. Il est, à la vérité, moins adhésif, et, par conséquent, moins commode que le sparadrap ordinaire. Mais il est meilleur, en somme. A la vérité, ajoute M. Velpeau, il y a une difficulté dans toutes ces questions d'appréciation de médicaments, c'est le manque de comparaison; ainsi, beaucoup d'onguents anciens ont été abandonnés par la pratique actuelle, et peut-être, dans le nombre, il s'en trouvait d'aussi bons que ceux que l'on préconise comme des nouveautés.

M. ROBINET répond que c'est là précisément le point qui a déterminé les conclusions du rapport. Il ne suffit pas qu'une préparation soit un peu meilleure peut-être que celles actuellement en usage; il faut encore qu'elle soit nouvelle, et ce n'est pas le cas pour l'onguent dont il s'agit. (L'honorable rapporteur énumère les substances qui entrent dans la composition de cet onguent et fait voir qu'elles sont toutes employées depuis longtemps dans la matière médicale.)

D'ailleurs, le décret qui régit les remèdes secrets et nouveaux ne s'oppose qu'à leur annonce, et nullement à leur prescription magistrale par les médecins. Les auteurs ont toujours la ressource d'en faire connaître la composition dans les journaux de médecine.

M. CLOQUET rappelle que cet onguent ressemble beaucoup à l'ancien onguent de Nuremberg.

M. VELPEAU ajoute qu'il ne voudrait pas être privé de l'onguent de M. Patris pour ses pansements à l'hôpital.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. P. DUBOIS :

« Messieurs, dit l'honorable professeur, quelque conscience que j'aie de la part que je dois prendre à cette discussion, je ne saurais me dissimuler qu'elle m'est imposée bien plus par ma situation que par les lumières que j'y puis apporter.

Sous l'influence de circonstances assez difficiles à déterminer dans l'état actuel de la science, on voit les convalescences faciles qui succèdent ordinairement à l'accouchement physiologique se compliquer de quelques cas pathologiques qui se divisent en deux groupes.

Le premier groupe, qui se présente sous deux formes principales : la forme bilieuse et la forme inflammatoire, occupe, au point de vue de sa fréquence, une place considérable dans la pathologie des femmes en couches, et il est ordinairement rapidement guérissable.

Mais, à des époques indéterminées, il survient une aggravation remarquable des principaux symptômes. Ainsi, le frisson initial est souvent plus intense, plus prolongé et plus rapproché de l'accouchement ; la face est profondément altérée ; les malades sont agitées d'une manière incessante ; il se déclare des douleurs intolérables dans l'abdomen, qui se ballonne ; la diarrhée arrive ; et les malades succombent à peu près certainement. Cette aggravation constitue le second groupe.

La forme bilieuse du premier groupe se rapporte à ce que les médecins ont désigné sous le nom d'embarras gastrique ; la forme inflammatoire comprend les phlegmasies locales, métrites, péritonites, ovarites, etc.

Quant au second groupe dont j'ai indiqué les principaux caractères, il constitue la fièvre puerpérale.

Cette fièvre, dans le plus grand nombre des cas, diffère essentiellement, par ses caractères anatomo-pathologiques, de la plupart des affections fébriles et continues ; mais dans des cas, rares il est vrai, l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste. M. Beau, notre collègue, comprend sous le nom de fièvre puerpérale les symptômes de notre premier groupe, généralisés et aggravés.

Si ce n'est pas l'étendue et l'intensité de l'inflammation qui fait le caractère distinctif du groupe de symptômes qui me paraît pas constituer la fièvre puerpérale, qu'est-ce donc ?

Je ne crois pas à l'infection purulente, parce que les exemples de fièvre puerpérale mortelle, sans aucune trace apparente de suppuration, sont assez nombreux aujourd'hui pour faire rejeter cette opinion.

Je crois moins encore à l'infection putride, car il n'y aurait presqu'aucun cas d'hémorrhagie consécutive à l'accouchement qui ne fût compliqué d'infection putride : il n'y a pas, en effet, de perte utérine un peu abondante chez une accouchée qui ne donne lieu au séjour et à l'altération de quelques caillots dans les voies génitales.

En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse me paraît très admissible, et parce qu'après la ruine des autres elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. Je crois même que, dans un très grand nombre de cas, cette cause contient en elle les éléments de la gravité ou de l'innocuité de la maladie et pour ainsi dire son avenir, comme la cause qui produit l'intoxication variolique du sang tient sous sa dépendance les inflammations spécifiques disséminées desquelles résulteront, plus tard, les pustules discrètes ou confluentes de la variole. »

Après avoir dit que les convictions de M. Beau, de M. Velpeau et de M. Hervez de Chégoin ne seront probablement pas modifiées par l'opinion qu'il vient d'énoncer, opinion depuis longtemps connue d'ailleurs, M. Dubois ajoute que la doctrine soutenue par M. Trousseau a déjà été émise par M. Simpson, d'Édimbourg, qui publia, il y a dix ans, un mémoire pour signaler les frappantes analogies qui existent, sans identité cependant, entre l'état d'une femme accouchée et celui d'un individu ayant subi une des grandes opérations de la chirurgie.

Suivant M. le docteur Simpson, sur 100 cas d'amputations des membres, 30 se terminent par la mort, et cette terminaison est le résultat combiné de la fièvre et d'un état inflammatoire morbide qu'il regarde comme génériquement et spécifiquement analogue à celui des femmes qui succombent à la fièvre puerpérale.

M. Simpson, se fondant sur les principes ordinaires d'une nomenclature nosologique, proposa, non point de rayer de nos cadres nosologiques la fièvre puerpérale, mais d'y comprendre, sous le nom de fièvre chirurgicale, le groupe des symptômes qui constituent l'affection fébrile continue à laquelle succombent la plupart des opérés.

En effet, dans l'un et l'autre état, on trouve les mêmes lésions morbides, surtout dans les séreuses ; l'un comme l'autre sévit dans les grands centres de population, et tous deux, ils règnent épidémiquement. »

M. Dubois poursuit, dans ses détails, le parallèle de ces deux affections, puis il aborde la question de la contagion de la fièvre puerpérale. Il examine successivement les différents faits invoqués en faveur de cette opinion, tant par ceux qui l'ont précédé à la tribune que par quelques praticiens haut placés d'Angleterre et d'Allemagne.

« Quelle est, dit en terminant M. Dubois, la valeur réelle de ces faits, au point de vue de la signification qui leur a été donnée ? Cette question est tout à la fois grave, délicate et obscure, elle me paraît, en conséquence, réclamer une de ces appréciations rigoureuses et éclairées par lesquelles se distingue surtout la médecine française. Ce n'est pas à moi qu'appartiendra cette mission. Je me contenterai de dire mon sentiment sur ce sujet et sur les autres parties du programme tracé par M. Guérard, si l'Académie veut bien m'accorder de nouveau la parole dans la séance prochaine. »

M. CRUVEILHIER : Messieurs, je ne parlerai que de la fièvre puerpérale classique et nullement de la fièvre puerpérale, que j'appellerai *analogique*, et qu'a décrite M. Trousseau, notre spirituel collègue, dans la dernière séance. Mon intention n'est pas d'engager une discussion directe, mais d'exposer seulement les faits dont j'ai été témoin pendant mon séjour de deux ans et demi à la Maternité.

Le premier résultat de ma pratique à cet hôpital, c'est qu'il existe, pour les maladies qui y règnent, des périodes de *bénignité* pendant la durée desquelles la fièvre puerpérale cède avec la plus grande facilité, et des périodes de *malignité*, où les maladies puerpérales se présentent avec le caractère le plus grave et résistent, en général, à toute espèce de traitement. Or, les périodes bénignes répondaient aux époques où la maison d'accouchements était à son minimum de population, c'est-à-dire pendant la belle saison.

Dans ces dernières périodes, les accidents consistaient en une douleur hypogastrique plus ou moins vive, accompagnée d'une augmentation considérable de volume et surtout de consistance du globe utérin. tantôt la douleur était limitée à la région hypogastrique et tantôt elle s'irradiait au loin ; dans le premier cas, il y avait métrite, et, dans le second, métrite avec péritonite partielle. Un traitement antiphlogistique léger suffisait pour enrayer les accidents. Plusieurs faits m'autorisent à croire qu'il y avait, dans certains cas, des phlébites utérines ; elles étaient alors maintenues à l'état de phlébites adhésives ou oblitérantes par un traitement antiphlogistique appliqué dès le début.

Mais dans l'hiver de 1830 à 1831, époque d'encombrement pour la Maternité, apparut la terrible fièvre puerpérale épidémique. Elle se distingua par quatre caractères : 1° au début, frisson, dont l'intensité, la durée, et surtout l'époque précoce de son apparition, mesuraient en général la gravité de la maladie ; 2° douleur abdominale péritonitique ; 3° décomposition profonde de la face ; 4° petitesse et fréquence extrême du pouls. Relativement à la thérapeutique, je peux dire que, pendant les cinq épidémies dont j'ai été témoin, j'ai essayé de toutes les méthodes de traitement, rationnelles et empiriques, et que toutes ont également échoué.

La forme et la gravité de ces accidents me conduisirent à donner à la fièvre puerpérale épidémique de la Maternité le nom de typhus puerpéral. En effet, comme le typhus, cette fièvre est une maladie par infection, une maladie contagieuse miasmatique résultant de l'encombrement. J'en trouverais une preuve dans l'exacte circonscription de la fièvre puerpérale dans l'enceinte de la Maternité.

Lors donc que la fièvre puerpérale épidémique ou typhus puerpéral se déclare dans une maison d'accouchement, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est celui dont M. P. Dubois a pris la courageuse initiative, il faut évacuer l'hôpital et mettre la clef sous la porte.

Qu'en conclure, Messieurs, qu'il faut supprimer les maisons d'accouchement et les remplacer par des secours à domicile ? M. Depaul vous l'a dit : ce serait le meilleur parti à prendre, ou, si l'on conserve les maisons d'accouchement, il faut les organiser de manière à ce que les femmes soient dans des conditions de salubrité telles que la contagion miasmatique ne puisse pas les atteindre. L'isolement de chaque femme dans une chambre particulière serait la première de ces conditions.

Maintenant, Messieurs, que trouve-t-on à l'autopsie ? On trouve une uniformité de lésions qui s'expliquent par les conditions identiques dans lesquelles sont placées les femmes nouvellement accouchées. La plus fréquente et la plus grave de ces lésions est la péritonite. Or, cette péritonite puerpérale est toujours ou presque toujours purulente ; quelquefois, en même temps, pseudo-membraneuse et purulente ; rarement pseudo-membraneuse seulement.

La péritonite pseudo-membraneuse est souvent partielle ou circonscrite à la région hypogastrique. Je ne connais aucun exemple de péritonite purulente partielle, à moins d'adhérences antérieures.

La tendance à la purulence rapide et abondante, voilà le caractère dominant des phlegmasies puerpérales.

Comme annexe de la péritonite puerpérale, je placerai l'inflammation diffuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, que j'ai vu s'étendre jusqu'à la région des reins.

Les ovaires et les trompes participent souvent au travail morbide puerpéral. La cavité de ces dernières est fréquemment remplie par du pus, et comme rien ne s'oppose à ce que ce pus ne tombe dans la cavité péritonéale, on est toujours tenté de se demander si, dans un certain nombre de cas, la péritonite ne serait pas la conséquence de cet épanchement.

L'heure avancée de la séance force M. Cruveilhier à renvoyer la suite de sa communication à mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Novembre 1857.

TUMEUR VOLUMINEUSE DE L'AISSELLE ; par le docteur FERGUSSON. — La malade, âgée de 45 ans, est mère de plusieurs enfants, et est actuellement enceinte de six mois ; il y a environ six ans qu'elle s'aperçut, pour la première fois, d'une petite grosseur qui lui venait dans l'aisselle ; elle a marché d'abord très lentement, mais, depuis les six derniers mois, elle a pris subitement un grand développement, et est arrivée au volume d'une noix de coco, s'étendant à tout le creux axillaire, se prolongeant en avant sous le muscle grand pectoral, en avant et en bas vers le sein gauche. Cette dernière circonstance pouvait induire en erreur et faire croire que le point de départ était la glande mammaire, mais un examen attentif fait reconnaître clairement que la tumeur est distincte de cette glande, dont elle est, du reste, voisine. Bien que la malade fût assez avancée dans sa grossesse, le chirurgien jugea qu'il y avait opportunité à enlever de suite la tumeur, en raison des progrès rapides qu'elle avait faits, et il administra le chloroforme. Une longue incision pratiquée sur toute la tumeur divisa la peau et les nombreuses veines dilatées qu'elle renfermait, ainsi que les fibres du grand pectoral ; l'incision intéressa, en outre, le petit pectoral : on put alors énucléer la tumeur en grande partie avec les doigts ; un prolongement qu'elle envoyait au-dessous et en arrière de la clavicule fut aussi détaché par le même moyen. Le doigt du chirurgien rencontra alors l'artère et la veine sous-clavières, et un grand nombre de troncs nerveux qui étaient à nu dans une étendue de quatre pouces ; aussi fallut-il redoubler d'attention pour éviter de blesser un vaisseau, ainsi que l'introduction de l'air dans la veine ; une seule artère fut divisée et liée, c'était la sous-scapulaire. La tumeur, quoique molle et friable, fut enlevée en totalité, et les lèvres de la plaie furent réunies par des serres-fines.

La tumeur était de nature fibro-plastique à un certain degré de ramollissement ; en quelques points, on trouva de petits épanchements sanguins ; en somme, c'était une tumeur de nature bénigne, analogue à celles que l'on rencontre souvent dans la région parotidienne.

MALADIE DES CAPSULES SURRÉNALES ; par le docteur G. WILKS. — La malade, âgée de 16 ans, est une belle et grosse fille, à la figure ronde et joyeuse : elle a eu un rhumatisme chronique en 1854 ; l'année suivante, elle tomba dans un état anémique qui fut combattu avec succès par le fer et le quinquina. En 1856, elle fit un voyage dans le comté de Galles, et elle commença à cette époque à changer d'une manière étonnante ; son teint devint bronzé, et l'on crut qu'elle était simplement brûlée du soleil. Cette coloration augmenta tout l'hiver ; la malade perdait ses forces. En mars 1857, elle devint tellement faible, qu'on dut lui donner le quinquina et le fer, ce dont elle retira quelques avantages. Mais l'état de faiblesse reparut bientôt et s'aggrava sans cesse. Enfin, le 22 juin, elle mourut dans sa dix-neuvième année.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le corps est considérablement émacié ; seins atrophiés, mamelons noirs, figure d'un brun olive, menton brillant comme du bronze. Les viscères en général sont sains ; les reins sont petits et un peu ramollis ; la capsule surrénale du côté gauche a acquis le volume d'un œuf, et est adhérente à la rate et au rein ; elle renferme une grande quantité de pus ; celle du côté droit est un peu moins grosse, elle a contracté les mêmes adhérences ; la matière qu'elle contient est épaisse et grenue comme une substance calcaire.

Mission médicale dans la Tatarie-Dobroutcha, par le docteur Camille ALLARD, médecin-inspecteur des Eaux thermales sulfureuses de Saint-Honoré (Nièvre), ex-médecin sanitaire et chargé du service médical de la Mission des ponts-et-chaussées de France dans la région danubienne en 1855, etc.

Paris, 1857, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 39. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 3 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 AVRIL 1858.

LE BANQUET DU 15 AVRIL ET L'ASSOCIATION CONFRATERNELLE.

En célébrant le onzième anniversaire de sa fondation, l'UNION MÉDICALE a pour but, cette année, de faire de cette fête la fête de l'Association confraternelle.

Association confraternelle! Nous espérons bien que, par le choix de ce vocable, nous indiquons clairement nos intentions les plus sincères, qui sont la conciliation de toutes les idées respectables et généreuses que l'Association a fait naître. L'antagonisme entre ces idées ne peut que réjouir les ennemis de nos intérêts professionnels; il n'a aucune raison de se produire, et ce n'est pas, nous le garantissons, au Banquet du 15 avril qu'il se produira. A notre table confraternelle, il ne s'agira ni de tel système, ni de tel autre, il ne sera question que de ce qui est dans les vœux de tous, c'est-à-dire de l'extension de l'Association, sous quelque forme que cette extension puisse se faire. Aussi, si les invitations que nous avons eu l'honneur d'adresser sont acceptées, nous aurons la satisfaction extrême de voir à côté de quelques représentants de la commission chargée de préparer les statuts d'une Association générale, les honorables membres du bureau de l'Association de la Seine, qui ne craindront pas le contact du zélé président et de l'éloquent secrétaire du comité de Bordeaux, les présidents et secrétaires de toutes les Associations de département et d'arrondissement que leur proximité de Paris nous a permis d'inviter sans trop d'indiscrétion. C'est l'Association médicale sous toutes ses formes que nous serions heureux de voir concourir à l'éclat de cette fête, c'est un trait-d'union que nous voudrions placer entre les divers systèmes nés des projets récemment mis en lumière. Tous nos vœux seront comblés si, de cette fête, sort une tendance, non plus à se combattre, mais à s'éclairer mutuellement et à faire converger les efforts de tous vers les intérêts de tous.

Il est dans nos habitudes de n'adresser qu'une excitation très discrète à nos confrères de Paris et des départements pour assister à notre fête annuelle. Cependant, cette année, à cause du but et de l'intention de cette fête, à cause de l'heureux résultat de conciliation que nous en attendons, nous ne pouvons pas ne pas dire que nous attacherions un grand prix à ce que le Banquet du 15 avril réunît le plus grand nombre possible de convives. Nous y convions donc avec confiance tous les amis de l'Association confraternelle.

Il n'y aura qu'un drapeau, sur ce drapeau qu'une seule devise : BIENFAISANCE; et la bienfaisance est, de sa nature, assez ingénieuse pour trouver bientôt la plus heureuse forme de pénétrer partout dans la famille médicale.

Plusieurs honorables confrères des départements nous demandent s'ils peuvent souscrire au Banquet du 15 avril; certainement ils le peuvent, et nous serons très heureux de leur présence. Si la Société l'UNION MÉDICALE a pris l'initiative de ces réunions annuelles, c'est que personne ne la prenait avant elle. Cette année nous avons retardé notre fête, parce que nous pensions, parce que nous avions presque le secret espoir que nous serions imités et devancés. Puisque nous nous sommes trompés, nous ne voulons pas, cédant à quelques appréhensions puériles, laisser tomber en désuétude une manifestation confraternelle que nous avons fondée à nos risques et périls, qui a été confraternellement acceptée, dont une expérience de onze années nous a démontré l'attrait et le charme, qui a été toujours en grandissant, et dont il n'est résulté jusqu'ici, sans inconvénient pour personne, qu'un résultat confraternel honnête et moral.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nous disions, il y a huit jours, que l'activité de M. Duméril tenait du prodige; il est certain qu'à lui seul il fait mentir toutes les accusations de lenteur ou de mauvais vouloir adressées aux académiciens par les auteurs qui attendent des rapports. Dans l'avant-dernière séance, M. Duméril était rapporteur d'un mémoire présenté à l'Académie, le 1er mars, par M. Fabre. Lundi dernier, il est venu lire un autre rapport sur un travail adressé, le 15 février dernier, par M. Dufossé, de Marseille, et relatif au phénomène singulier de la voix des poissons.

Ce travail, que nous n'avons fait que mentionner à la correspondance, lors de son envoi, se terminait par les conclusions suivantes :

1° On a jusqu'à présent confondu, disait M. Dufossé, sous le nom de voix des poissons, des phénomènes qui diffèrent entre eux et par leur nature et par leur cause.

2° En considérant ces phénomènes sous le double rapport de leurs propriétés physiques et physiologiques, on est conduit à les partager en deux catégories, soit, par exemple, comme je le propose ici, en sons nommés *anormaux* et en sons appelés *normaux*.

3° Les sons normaux présentent des dissemblances de premier ordre quant à leur principe et quant aux organes qui les forment, et par conséquent au point de vue physiologique surtout, il convient de les diviser en plusieurs groupes, en ayant égard au mode de leur production.

4° Certains acanthoptérygiens, au nombre desquels sont les saurels, ont la faculté de produire des sons qui procèdent d'un acte de leur volonté.

5° Les expériences ci-dessus exposés prouvent péremptoirement que le mécanisme de la formation de ces sons se réduit à un frottement des os pharyngiens supérieurs sur les inférieurs et sur les aspérités voisines de ces derniers os.

6° L'air atmosphérique et les autres gaz contenus dans la vessie aérienne et le tube digestif des poissons restent complétement étrangers à la production des sons normaux que j'ai compris dans la première section.

M. Duméril, après avoir confirmé les observations du naturaliste de Marseille, a fait remarquer que l'organe de l'ouïe était bien connu et depuis longtemps, chez les poissons, mais que, jusqu'à présent, il n'existait pas, dans la science, une explication satisfaisante, au point de vue physiologique, de la manière dont l'audition se fait chez ces vertébrés. « J'ai l'intention, a dit le vénérable professeur, de lire à l'Académie un mémoire sur ce sujet dans une de ses prochaines séances. »

— M. Duméril a été remplacé à la tribune par M. Natalis Guillot, qui est venu lire le résultat de ses recherches sur le développement des dents et des mâchoires.

A M. N. Guillot a succédé M. Pasteur, qui a donné lecture d'un mémoire sur la fermentation de l'acide tartrique, destiné au concours pour le prix Montyon.

— Avant ces lectures, MM. les Secrétaires perpétuels avaient mentionné, parmi les pièces de la correspondance :

Une lettre de M. Ancelon, relative au chiffre de la mortalité depuis la découverte de la vaccine; cette lettre est envoyée à l'Académie par M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics.

— Des recherches microscopiques entreprises par M. le doc-

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE (1);

Par le docteur E. GALLERAND,
Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Maladies syphilitiques. — On ne saurait trop engager les chirurgiens embarqués sur des navires destinés aux expéditions dans le Nord à prendre toutes les mesures possibles pour ne pas conserver, au moment du départ, des individus atteints d'affections syphilitiques. Supposons qu'un homme affecté des symptômes primitifs vienne à quitter la France vers la fin du mois d'avril, pour aller chercher, par 72° de latitude N., un hiver encore rigoureux; n'est-il pas évident qu'il se trouvera dans les conditions les plus défavorables à sa guérison ? Humidité constante, basses températures, difficulté extrême de subir un traitement mercuriel qui amènera promptement la salivation. Cependant, à force de soins et après un temps plus ou moins long, les accidents primitifs disparaîtront probablement, et le malade pourra sembler guéri pendant les quelques semaines de beau temps qui constituent le court été de ces pays; mais, vers la fin du mois de septembre, il sera presque certainement pris d'accidents consécutifs plus ou moins graves, qui se manifesteront précisément au moment le plus pénible de la campagne, et dont il sera à peu près impossible de le débarrasser avant le retour. En résumé, l'individu qui nous sert d'exemple aura, dans un voyage de six mois, figuré pendant les deux tiers du temps sur la liste des malades, et sa constitution aura peut-être subi des altérations profondes. Dans d'autres circonstances, on a également l'occasion d'observer que le passage dans des pays plus froids exerce sur la syphilis une influence très fâcheuse : ainsi, pendant les voyages des Antilles en France, de Tahiti au cap Horn, on voit souvent les accidents s'aggraver ou se réveiller tout à coup, au moment de la transition. Ces remarques sont fréquentes; elles constituent pour ainsi dire des traditions vulgaires chez les marins, et ont probablement contribué à faire penser que les maladies syphilitiques des pays chauds sont douées d'une malignité particulière; ce qui ne paraît pas absolument exact. C'est le passage dans des pays plus froids qui les aggrave surtout, car, dans leur propre patrie, elles guérissent parfaitement.

Au milieu des influences atmosphériques qui se développent dans l'océan Glacial, on éprouve des difficultés très grandes dans le maniement des préparations mercurielles; malgré toutes les précautions, la salivation, toujours imminente, oblige si souvent à suspendre le traitement, que l'on est presque conduit à y renoncer. Dans ces conditions, l'iodure de potassium nous a été extrêmement utile, en particulier pour enrayer des symptômes tertiaires qui, chez plusieurs de nos hommes, s'étaient manifestés sous la forme d'exostose.

Lésions traumatiques. — Nous avons eu à traiter peu de blessures graves, mais le trait saillant de la constitution chirurgicale dans la zone polaire est l'extrême difficulté qu'on éprouve à obtenir la guérison des moindres plaies. Le travail de cicatrisation et de réparation se fait avec une lenteur désespérante; les solutions de continuité les plus légères offrent une remarquable tendance à l'ulcération, à l'érysipèle et à l'angéioleucite. Cette constitution chirurgicale se révèle encore par un grand nombre de phlegmons et surtout de panaris; à bord de la *Cléopâtre* seulement, j'ai compté trente-quatre panaris en cinq mois. Aucun d'eux n'a eu, d'ailleurs, de suites fâcheuses, probablement grâce aux incisions qui ont toujours été largement faites dès le début.

En général, les différentes complications des lésions traumatiques ont paru plus fréquentes et plus rebelles quand nous traversions une série prolongée de jours pluvieux ou brumeux; sous l'influence du beau temps, au contraire, il y avait assez constamment de l'amélioration. Je suis loin de vouloir m'appuyer sur cette observation, pour établir entre la constitution chirurgicale et l'état de l'atmosphère une corrélation absolue. J'ai vu trop souvent des faits contraires, et M. Marcelin Duval nous a souvent démontré, dans ses excellentes leçons cliniques, que, par les temps les plus beaux et les plus secs, on voyait quelquefois régner les érysipèles phlegmoneux et d'autres complications traumatiques encore plus graves, telles que la pourriture d'hôpital et l'infection purulente.

Ophthalmie. — Je n'ai point eu l'occasion d'observer l'ophthalmie des neiges; il est vrai qu'à l'époque de nos stations dans la mer Blanche, nous nous trouvions, par suite de la saison, dans des conditions peu favorables à la production de cette maladie.

On pourrait trouver dans l'action prolongée de rayons solaires obliques et presque horizontaux une cause d'ophthalmie, particulière à la zone polaire, qui jouit, comme tout le monde le sait, d'un jour continuel pendant plusieurs mois. En 1855, par suite de notre itinéraire et de l'époque de l'année, pendant environ deux mois, le soleil toujours au-dessus de l'horizon; durant cette même période, j'ai eu à traiter un certain nombre de conjonctivites que j'ai cru devoir attribuer à l'influence de la lumière.

Les modifications physiologiques qui résultent de l'absence complète des ténèbres quotidiennes, auxquelles nous sommes habitués depuis la naissance, sont assez remarquables pour que j'en dise quelques mots.

Au moment où, pour la première fois, on se trouve soumis à l'action incessante de la clarté solaire, on éprouve une diminution assez notable du besoin de sommeil, on aime volontiers à voir le soleil de minuit, puis on trouve singulier de s'aller coucher par un aussi beau jour. Il résulte de tout cela, au bout d'un certain temps, une fatigue réelle et une grande perturbation dans les habitudes. La périodicité semble détruite et, si les heures ne vous y ramenaient pas, on arriverait bientôt à des renversements curieux. Duguay-Trouin raconte dans ses mémoires que, pendant une expédition qu'il fit au Spitzberg pour détruire des pêcheries hollandaises, il resta plusieurs jours au milieu de brumes assez épaisses pour empêcher toute observation astronomique; or, au bout de ce temps, quand on put enfin interroger le soleil, on s'aperçut que l'on en était arrivé à dîner à minuit et à souper à six heures du matin.

L'illustre marin a soin d'ajouter que les timoniers chargés de la montre en avaient singulièrement accéléré la marche pendant les jours nébuleux, afin d'abréger la durée de leur quart, et comme la nuit n'était pas venue faire justice de ces supercheries, elles avaient fini par amener une avance de douze heures.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Voir les numéros des 16, 25, 27 et 30 mars 1858.

teur Wagner sur la structure des différentes membranes de l'intestin.

— Un moyen de guérir la gale, recommandé par M. le docteur Bonnet, d'Epinal, au moyen d'un badigeon de benzine dont on recouvre les malades.

— Un travail sur l'asphyxie par le chloroforme, par M. le docteur Faure.

— Une note de M. Giraldès sur les kystes de l'épididyme.

— Un traité de thérapeutique concernant l'action de plusieurs eaux minérales de France, par M. le docteur Durand-Fardel.

— Des recherches sur les anomalies dentaires, par M. Forget.

— Des expériences sur la raideur cadavérique, par M. le docteur Pelikan, de Saint-Pétersbourg, et sur quelques substances capables de hâter son apparition ou de la faire disparaitre.

Ces trois derniers ouvrages sont destinés au concours du prix Montyon.

— M. Becquerel fait hommage, en son nom et au nom de son fils Edmond, d'un volume formant le complément de leur *Traité de l'électricité*, considérée dans ses applications à la médecine, aux arts et à l'industrie.

Dans la précédente séance, MM. Poiseuille et Lefort ont lu un mémoire intitulé : *De l'existence du glycose dans l'organisme animal*. « L'un de nous, disent ces messieurs, poursuivant ses recherches physiologiques sur les phénomènes de la respiration, ayant rencontré des résultats qu'il était impossible d'interpréter dans l'état actuel de la science, a pensé, à tort ou à raison, qu'une mutation du glycose par le poumon pouvait en rendre compte; mais c'était admettre la glycogénie. Or, les objections radicales qu'avait soulevées cette doctrine dès son apparition pouvaient difficilement ne pas ébranler la foi la plus robuste; aussi avons-nous dû reprendre la question *ab ovo*, en l'examinant alors sous les faces diverses que nous suggérerait le sujet. Nous avons recherché le glycose non seulement dans le foie, mais encore dans tous les autres organes des animaux vertébrés. »

Après avoir donné les chiffres de glycose trouvé par eux dans les organes des poissons, des batraciens, des oiseaux et des mammifères, ils se demandent si le glycose qu'on rencontre dans l'organisme y est introduit tout formé par la chair musculaire, ou, dans le cas des herbivores, s'il résulte de la transformation en sucre d'une partie des substances alimentaires amylacées dans le tube intestinal? Et si on peut étendre à d'autres organes que le foie, et en particulier aux parois intestinales, la faculté de produire du sucre? Ils rappellent ensuite, avant de donner les résultats de leurs expériences, qu'ils ont trouvé souvent du sucre dans la chair musculaire du cheval dont se nourrissaient leurs chiens; on le trouve aussi dans la chair de mouton, de veau, de bœuf, de porc qui sert à l'alimentation de l'homme, mais en quantité bien minime : quelques milligrammes pour 100 grammes de chair.

Voici le procès-verbal d'une de leurs expériences :

Chien à jeun depuis soixante heures; poids, 33 kilogrammes; nourri, depuis un mois et demi, de viande de cheval, il consommait, chaque jour, de 3 à 4 kilogrammes de chair crue. Foie, 1 gr,487 de glycose; lymphe extraite du canal thoracique, 0 gr,141; sang des veines hépatiques, 0 gr,821; sang de la veine porte recueilli des arcades anastomotiques, des veines mésaraïques, 0; sang de la carotide, sang de la veine cave inférieure près du bassin, intestins grêles, ganglions mésaraïques, cœur gauche, poumons, reins, cerveau, urine, chair musculaire, 0; cœur droit, traces.

Aucun de ces liquides ne contenait de dextrine; il en a été de même des organes, à l'exception du foie et des muscles, dont la décoction a donné une teinte rouge avec l'eau iodée.

Nous voyons que le foie contient du sucre, et que le sang de la veine porte n'en offre pas, contrairement aux observations des adversaires de la glycogénie animale. Sans nul doute, ce sang, par suite de l'alimentation précédente, renferme les éléments propres à former du glycose; mais c'est le foie qui est chargé de cette transformation.

Nous remarquons, en outre, que la lymphe du canal thoracique contient du sucre; d'où peut-il venir? Est-ce des intestins? est-ce du foie? Mais si le glycose était absorbé par les radicules des vaisseaux chylifères, des villosités intestinales, on en trouverait nécessairement dans les parois de l'intestin, et il n'y en a pas; le sucre vient donc des nombreux lymphatiques qui vont du foie au canal thoracique.

Deux autres expériences, faites sur des chiens d'aussi forte taille, mais à jeun depuis trente-six et quarante-huit heures, ont donné les mêmes résultats.

MM. Poiseuille et Lefort terminent leur travail par cette conclusion :

« De tous les faits consignés dans ce travail, il résulte que, chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, considérés immédiatement après la mort, on rencontre toujours une grande quantité de glycose dans le foie; que la présence de ce principe dans d'autres points de l'organisme est accidentelle, temporaire, et n'est due qu'à ces conditions physiologiques particulières, qui provoquent dans cet organe une plus grande production de sucre. Si ces faits sont bien constatés, ils démontrent que, dans les vertébrés, de tous les organes, le foie seul forme du sucre. »

Une faute s'est glissée dans notre dernier *Bulletin*, à propos de la communication, faite par M. Flourens, de la note de M. Sédillot : c'est la partie inférieure du tibia seulement que le chirurgien a été obligé d'extraire, et non le tibia, ainsi qu'on aurait pu le supposer d'après notre texte.

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA VACCINE, DE LA REVACCINATION ET DE L'INOCULATION.

Dans une précédente leçon, je vous ai entretenus des moyens de conférer, par la vaccine, l'immunité absolue de la variole. Je vous ai dit que la première condition de cette immunité résidait dans l'activité du virus-vaccin. Un de mes élèves, M. le docteur Truchetet a posé, dans sa thèse inaugurale, soutenue à Paris en 1855, les conclusions suivantes des expériences qu'il avait faites dans cet hôpital. En premier lieu, un bouton vaccinal peut, quarante-huit heures après l'insertion du virus, donner un vaccin qui, s'il n'est pas aussi énergique que celui des jours suivants, est du moins assez virulent pour pouvoir être utilisé en temps d'épidémie, alors qu'on n'en aurait pas d'autre à sa disposition; en second lieu, l'activité du virus vaccin n'est pas la même à toutes les époques de l'évolution des pustules; nulle après vingt-quatre ou trente heures après l'inoculation, elle commence à se manifester quarante-huit ou soixante-douze heures à partir de cette inoculation, elle est dans toute sa force au quatrième, cinquième et sixième jours, puis elle décroît déjà le huitième jour, disparaît presque entièrement du onzième au quatorzième. Vers ces époques, mais surtout du cinquième au septième jour, le virus ayant une plus grande énergie, donne, lorsqu'il est inoculé, des pustules plus larges, plus enflammées, dont l'inflammation dure plus longtems, en un mot, un vaccin plus actif que ne le fait un virus pris à une époque plus avancée.

Le meilleur procédé de vaccination consiste donc à vacciner de bras à bras avec un vaccin du cinquième jour, ou mieux de la fin du sixième, du commencement du septième, ainsi que Jenner l'avait indiqué, et non avec un vaccin de huitième jour comme le font un grand nombre de médecins, dont quelques-uns ne craignent pas d'attendre même jusqu'au neuvième jour.

On a prétendu que le moyen d'obtenir un virus plus actif serait de reprendre le vaccin sur la vache. Cette idée semblait de prime-abord rationnelle, les faits n'y ont pas répondu. Depuis, en effet, que certains gouvernements de l'Allemagne ont promis des primes aux vétérinaires et aux paysans qui retrouveraient le cowpox, presque chaque année on pratique, dans un grand nombre de districts, des inoculations de cowpox de la vache à l'homme. A ces premières inoculations, les pustules vaccinales acquièrent cette ampleur que nous ont dit avoir observée les vaccinateurs de la fin du dernier siècle, ceux du commencement de celui-ci; mais, après quelques générations, la vaccine a repris le degré du virus inoculé de la pustule vaccinale prise chez l'homme, suivant la pratique que nous suivons habituellement. Le même résultat s'obtient encore en inoculant le vaccin à une vache, à une génisse, et en reprenant le vaccin sur l'animal, si le venin se développe, comme cela arrive quelquefois.

Sans aucun doute, Jenner, en prenant le pus sur le pis de la vache, a rencontré un virus plus énergique que celui qui se rencontre le plus généralement; peut-être le hasard servira-t-il de la même façon un vaccinateur, comme, en 1836, il a servi la commission nommée par l'Académie pour examiner le fait suivant qui lui avait été signalé. Une dame Fleury, habitant Passy, ayant déclaré à M. le docteur Perdreau, de Chaillot, que sa vache, atteinte de picote, lui avait communiqué sa maladie à la main, MM. Bousquet, Émery et Gérardin furent chargés d'étudier ce cas, et obtinrent un vaccin légitime en inoculant sur le bras d'un jeune enfant le pus de la pustule pris sur la main de la dame Fleury.

Quoi qu'il en soit de son origine primitive, il est bien remarquable que la vaccine, à l'époque de Jenner et dans les premiers temps de son importation, ait eu une activité plus grande que celle qu'elle paraît avoir aujourd'hui. Jenner avait prévu cette dégénération du virus; il la prévoyait, parce qu'il prévoyait d'abord que, par le fait de sa transmission aux générations, la vaccine dégénérerait d'elle-même, parce qu'il prévoyait aussi qu'elle dégénérerait par la faute des vaccinateurs.

Si l'immunité vaccinale se conservait pendant longtemps alors, aujourd'hui il n'en est plus ainsi, elle se perd au bout d'un temps plus ou moins éloigné. Je l'ai vu perdue, après trois ans, chez une jeune fille qui prit la varioloïde trois ans après avoir eu une vaccine légitime.

Ce que Jenner avait prévu, ce que l'expérience a démontré de la dégénération possible du virus-vaccin, dégénérescence qui devait amener son immunité temporaire, indiquait la nécessité de recourir à la pratique des *revaccinations*.

D'abord mollement conseillée, cette pratique, dont M. Dezeimeris plaidait cependant si chaleureusement la cause dans le journal l'*Expérience*, et que conseillaient un grand nombre de médecins, et parmi lesquels on compte MM. Robert, Honorat, Favart, Wermann, Hufeland et Rayer, cette pratique est aujourd'hui d'ordre public, ces épidémies de variole frappant trop communément les populations, sans épargner les individus vaccinés depuis déjà quelque temps. C'est en Allemagne que ces revaccinations sont pratiquées en grand. Déjà depuis 1823, aucun soldat n'était reçu dans l'armée prussienne s'il n'était revacciné. L'influence de cette revaccination, étudiée dans les années 1834, 35, 36 et 37, a donné, quant à la manifestation de la variole, les résultats suivants :

En 1834	on comptait. . . .	619 varioleux.
En 1835	— . . .	259 —
En 1836	— . . .	30 —
En 1837	— . . .	94 —

Tout de suite ce tableau vous montre l'influence salutaire de la pratique, dont je suis un des plus ardents défenseurs.

Des relevés faits sur une grande échelle par un auteur allemand, lui avaient démontré combien l'immunité vaccinale était faible et temporaire, puisque sur 44,000 revaccinations, il avait obtenu 20,000 vaccines légitimes, ce qui indiquait surabondamment que la moitié presque des sujets avait perdu cette immunité vaccinale. 9,000 avaient eu des vaccines fausses, ou, pour comparer ce qui arrive dans ce cas à ce qui arriva dans les récidives de varioles, des vaccines modifiées, des *vaccinoïdes*. Donc, sur ces 44,000 soldats prussiens, 15,000 seulement jouissaient de l'immunité, la vaccine n'ayant eu d'autre effet, chez eux, que de déterminer une petite rougeur à la peau, au point où l'inoculation du virus avait été faite, rougeur qui persistait pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

L'histoire des épidémies devait nous apprendre quelle serait l'influence des revaccinations sur la marche de la variole. L'expérience a prononcé, et je ne saurais mieux faire, pour vous exposer ses résultats, que de vous donner le résumé publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 juillet 1857, et dans l'UNION MÉDICALE en deux circonstances différentes, de l'excellent travail que M. le docteur Gintrac vient de faire sur ce sujet.

« Dans une commune d'une population de 2,600 âmes environ, une jeune femme vaccinée fut atteinte, vers la fin d'octobre 1853, d'une variole qu'elle avait contractée pendant son séjour prolongé auprès d'une parente atteinte de la même maladie. Pendant tout le temps de sa maladie, cette jeune femme reçoit les soins de sa mère, qui est prise à son tour du même mal, quoique vaccinée également et âgée de 57 ans. Elles guérissent toutes deux. Mais au moment où la mère entre en convalescence, c'est-à-dire vers le commencement de janvier, la maladie tend à se propager sous forme épidémique. Faisant invasion dans les familles, elle en frappe successivement et simultanément chaque membre. Dans le mois de janvier, le nombre des individus atteints par la variole dépasse 180; le 10 février, il arrive à 260 environ. Chaque jour, le chiffre des varioleux grossit avec rapidité. Les hommes et les femmes, vaccinés ou non vaccinés, ceux-là même qui ont été antérieurement affectés de variole, paient un tribut presque égal à l'influence épidémique. »

L'occasion était on ne peut plus favorable pour étudier l'influence de la vaccine sur la marche et l'intensité de la variole. En récapitulant les faits dont il a été témoin, voici les conclusions que M. Gintrac a pu en tirer :

« Parmi les sujets vaccinés, la variole ne s'est jamais montrée au-dessous de l'âge de douze ans. Elle a été d'autant plus intense que les individus étaient plus avancés en âge, c'est-à-dire plus éloignés de l'époque où ils avaient subi l'influence vaccinale. Plusieurs familles ont offert des exemples frappants de ce rapport remarquable entre l'âge plus ou moins avancé des malades et la gravité plus ou moins considérable des accidents.

» Dans une famille composée de huit membres, le père, la mère et six enfants, le père et la mère ont une variole confluente; trois fils, âgés de 26, 23 et 22 ans, une variole moins intense; deux fils, âgés de 18 et 15 ans, une varioloïde; le dernier, âgé de 12 ans, est seul exempt de toute éruption, et cependant il est resté constamment dans la chambre des malades exposé à l'influence contagieuse.

» Dans une autre famille, sept personnes habitent le même logis, cinq sont atteintes par la maladie régnante, trois avaient été vaccinées depuis 20 à 35 ans et deux depuis 14 et 15 ans. Les phénomènes prodromiques et l'éruption ont chez tous la plus grande analogie; mais, quand arrive la période de suppuration, ceux qui ont été vaccinés plus récemment guérissent en peu de jours, tandis que les plus âgés offrent des symptômes graves et une longue suppuration.

» En général, il a été constaté que la variole des vaccinés était sensiblement modifiée, essentiellement moins grave. Elle durait moitié moins qu'une variole ordinaire; elle n'avait de celle-ci que les prodrômes et les commencements jusqu'à la suppuration. Arrivée à ce point, elle s'arrêtait et arrivait immédiatement à la dessiccation; les forces semblaient lui manquer pour pousser plus loin. Jamais elle n'a été suivie de mort.

» Dix individus ont succombé; ils étaient âgés de 1, 2, 21, 23, 27, 29, 31, 52, 55 et 57 ans. Aucun d'entre eux n'avait été vacciné. La mort est toujours survenue pendant la période de suppuration.

» En février 1854, l'épidémie frappait chaque jour un grand nombre d'individus. A cette époque, sur le théâtre même de l'épidémie, la question des vaccinations et revaccinations fut agitée, et, après avoir été vivement débattue, elle fut résolue dans le sens de l'affirmative.

» Les vaccinations et revaccinations furent pratiquées immédiatement et d'une manière générale. En moins de dix jours, on atteignit le chiffre de 180 vaccinations et 712 revaccinations. Le résultat dépassa toutes les espérances. L'épidémie fut arrêtée sur-le-champ.

» Voici les résultats de ces opérations vaccinales. Parmi les 180 individus vaccinés pour la première fois, 171 présentèrent des pustules vraies, c'est-à-dire préservatrices et possédant la propriété de servir à une autre vaccination. Chez les 9 autres, l'effet resta nul.

» La possibilité de voir la vaccine se développer deux fois chez le même individu n'est plus aujourd'hui mise en question. Il convenait néanmoins de rechercher quelle modification éprouve le ferment vaccinal quand il est inoculé à des personnes précédem-

ment vaccinées, et quelle marche suivent les pustules d'une seconde vaccination ?

» Voici le résultat des 712 revaccinations :

» Chez 302 individus, le succès fut complet, les pustules se développèrent vers le quatrième jour, se remplirent du septième au huitième, s'entourèrent ensuite d'une auréole érysipélateuse, se desséchèrent et formèrent des croûtes qui tombèrent le vingtième jour. Les pustules avaient été ombiliquées; elles avaient offert incontestablement tous les caractères de l'éruption vaccinale légitime.

» Sur 85 revaccinés, les pustules étaient modifiées; elles survinrent à la suite des piqûres, dès le troisième jour, se remplirent, du cinquième au septième, d'une lymphe plastique, s'entourèrent d'une auréole rougeâtre, et quelquefois même provoquèrent un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Ces pustules non ombiliquées ne présentaient ni tumeur ni induration, comme dans la vaccine; elles ne laissaient, lors de la chute des croûtes, aucune cicatrice apparente.

» 119 fois l'insertion du virus-vaccin a produit, dans les vingt-quatre heures, un bouton rouge pointu qui s'est effacé rapidement.

» Dans 206 cas, elle n'a déterminé aucun effet sensible sur la peau.

» Les individus vaccinés ou revaccinés, avec ou sans succès, ont été presque tous exempts de la variole. Cinq seulement ont fait exception à cette règle; mais il convient de dire que la vaccination n'avait précédé que de quelques jours l'éruption de la variole.

» En résumé, voici quelques-unes des conclusions qui ressortent de l'ensemble des faits observés pendant cette épidémie :

» La variole n'a pas frappé indistinctement et au hasard; elle a généralement attaqué les anciens vaccinés et respecté les nouveaux. Si cette épidémie a montré que la vaccine n'est pas absolument préservatrice, ce que démontrent d'ailleurs tous les jours les varioles sporadiques, elle a montré, du moins, qu'elle exerce une influence salutaire sur l'issue d'une variole, en abrégeant sa durée et en diminuant son danger.

» La revaccination, pratiquée d'une manière générale en pleine épidémie, en a arrêté d'emblée les ravages et éteint le développement; elle a préservé indubitablement, et ceux-là même qui se trouvaient déjà sous l'influence d'une incubation variolique ont paru jouir d'un certain degré d'immunité.

» Enfin, les revaccinations pratiquées dans le foyer épidémique, contrairement aux craintes exprimées par quelques médecins, se sont montrées d'une complète innocuité. »

Ce travail de M. Gintrac, entrepris sur une petite échelle, dans une petite localité, conduit aux mêmes résultats que ceux obtenus sur une grande échelle en Allemagne, à ceux obtenus en Danemarck et en Suède, et dont vous pourrez lire le résumé dans les mémoires insérés par Dezeimeris, dans le 2me volume du journal l'*Expérience* (année 1837).

La conséquence à tirer de ces faits est la nécessité de prescrire la revaccination et de s'attacher à la propager avec le même zèle que la vaccine. Pour ma part, je me suis depuis longtemps rendu à cette nécessité. Dans ma propre famille, j'ai revacciné les trois enfants de ma fille; chez l'aînée, âgée de moins de 7 ans, j'ai vu la vaccine légitime se reproduire trois ans après une première vaccination; il en a été de même chez mon petit-fils, âgé de 5 ans 1/2; chez le troisième, qui a aujourd'hui près de 4 ans, le vaccin n'a pas pris, lorsque je tentai de le lui inoculer pour la seconde fois, il y a deux ans. Généralement, je conseille de revacciner tous les cinq ans.

(La suite prochainement.) — Dr L. Blondeau.

PATHOLOGIE.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Quand on examine le sang qui entre dans le foie, on trouve que son caillot contient peu de fibrine, lors même que l'animal se nourrit de viande. Ce liquide se coagule mal, le caillot est mou; cela tient à ce que la fibrine des aliments est dissoute par le suc gastrique, qui la change en une matière analogue à l'albumine (albuminose de M. Mialhe), incoagulable par la chaleur, coagulable par les sels minéraux.

Tandis que le système porte ne contient que peu de fibrine, le sang qui sort du foie en contient au contraire beaucoup. Il faut donc admettre que l'albuminose du sang des veines abdominales s'est transformée en matière fibrineuse en traversant le foie. (Voir Union Médicale, 3 septembre 1850, Compte-rendu des *Leçons* de M. Cl. Bernard.)

Depuis la publication de ces *Leçons*, les opinions de M. Bernard ont un peu changé sur la nature des modifications que le foie fait éprouver au sang porte. Les expériences de Lehmann tendent à faire admettre que la fibrine change complétement de nature dans le foie; mais il n'en est pas moins établi que le foie a sur la fibrine une action toute spéciale, soit qu'il joue à son égard le rôle d'organe producteur ou simplement celui de modificateur.

Or, si l'on considère l'aspect du sang typhoïde, on est frappé de l'analogie qu'il présente avec le sang porte, du moins en ce qui regarde l'état où s'y trouve la fibrine.

On sait, d'un autre côté, que Magendie produisait des phénomènes typhoïdes, en injectant chez les chiens du sang défibriné; les animaux succombaient et présentaient des ulcérations intestinales.

M. Monneret *(Pathologie générale)* a appelé l'attention sur la fréquence de la putridité dans un certain nombre d'affections où le sang est altéré, et cette altération, selon lui, consiste surtout dans la diminution de la fibrine. C'est, dit-il, vers la fin des pyrexies que les hémorrhagies et les symptômes putrides se montrent à leur maximum; rien de semblable quand ce sont les globules ou l'albumine qui manquent.

Ces considérations et d'autres encore qu'on trouvera dans l'excellente thèse de M. P.-F. Blachez, à laquelle nous les empruntons textuellement, ont porté M. Beau à chercher dans les conditions morbides du foie, le point de départ de la dothiénentérie. M. Beau, et M. Blachez après lui, admettent que la sécrétion biliaire est profondément altérée dans la fièvre typhoïde. Ce vice de sécrétion ne peut-il s'expliquer que par une altération anatomique du foie? En aucune manière. Ne voit-on pas tous les jours, dit M. Blachez, une nourrice sécréter un lait altéré, sans que la structure de la glande soit sensiblement changée? D'ailleurs, tous les auteurs qui ont décrit les lésions anatomiques qu'entraîne la fièvre typhoïde, ont noté des altérations du tissu du foie et de la bile; ces altérations, sur lesquelles on a peut-être glissé un peu légèrement jusqu'ici, devront être étudiées plus rigoureusement à l'avenir, et elles le seront, sans nul doute, car les fonctions de l'organe hépatique, si longtemps négligées, ont repris, de nos jours, une importance considérable aux yeux des physiologistes et des pathologistes.

Toujours est-il que, pour M. Beau, la sécrétion biliaire viciée constitue, dans la fièvre typhoïde, un liquide fétide et septique qui explique l'irritation de la membrane muqueuse et l'ulcération des plaques, *toujours consécutive à la diarrhée*, diarrhée qui, on le sait, est un des phénomènes presque constants du début de la maladie. L'absence de la diarrhée dans les premiers jours n'impliquerait pas l'absence du liquide, dont la présence se traduit toujours par du gargouillement. Si les plaques s'ulcèrent de préférence au reste de la muqueuse, c'est que leur structure anatomique, leur surface plus finement organisée, les rendent éminemment propres à fixer, à *multiplier*, pour ainsi dire, l'action du liquide irritant. L'ulcération débute au voisinage du cæcum, dans le cul-de-sac iléo-cæcal, point déclive où s'accumule le liquide, où les plaques sont plus nombreuses.

Il est impossible de considérer le liquide dothiénentérique comme le résultat de la sécrétion d'une muqueuse ulcérée. Une muqueuse enflammée ne peut fournir que du mucus altéré, du sang ou du pus. Dans la dysenterie, la muqueuse, largement ulcérée, verse au dehors un produit de sécrétion âcre et corrosif qu'on a comparé, dans certains cas, à du frai de grenouille, et qui, d'autres fois, contient du mucus, du pus mélangé de sang ou du sang pur; c'est là un produit de muqueuse violemment enflammée et ulcérée. Or, les selles dysentériques ont-elles la moindre analogie avec les selles typhoïdes? Comment admettre que la surface des glandes de Peyer suffise à une sécrétion aussi abondante? Et si l'on veut que toute l'étendue de la muqueuse participe à cette sécrétion, comment accordera-t-on le caractère du produit avec son origine? Évidemment la selle typhoïde est constituée presque uniquement par de la bile putréfiée, altérée, mais conservant encore ses principaux caractères. Orfila n'a-t-il pas constaté les effets corrosifs de la bile d'un individu mort de *fièvre bilieuse grave*, avec ulcération de l'intestin?

Si le liquide dothiénentérique n'est autre chose que de la bile altérée, il faut admettre ou que cette bile est versée tout altérée dans l'intestin, ou bien qu'elle s'y putréfie rapidement, et y subit une espèce de fermentation par suite de sa stagnation due à l'état atonique de l'intestin, ou bien enfin qu'il y a à la fois production de bile viciée et décomposition dans l'intestin de cette bile préparée, pour ainsi dire, à une putréfaction rapide.

On devine, dit M. Blachez, quelle part revient, selon moi, à cette bile altérée dans la pathogénie des phénomènes morbides. C'est elle, en effet, qui personnifie toutes ces matières septiques admises par les auteurs. Les produits gazeux ou liquides résultant de cette décomposition sont absorbés par la muqueuse intestinale, et surtout par la surface des plaques ulcérées. Il en résulte une infection générale, une septicémie, d'où dépendent tous les phénomènes ataxo-adynamiques.

— « Le traitement de la fièvre typhoïde (c'est M. Blachez qui parle) est intimement lié aux idées que nous nous en sommes faites : évacuer le liquide dothiénentérique, telle est la grande indication. Tous les purgatifs sont bons, pourvu qu'ils purgent; l'important est d'obtenir des évacuations.

Bien que le traitement par les évacuants soit aujourd'hui en honneur, nous croyons qu'on ne l'emploie pas avec la rigueur nécessaire.

On se contente d'entretenir en quelque sorte la liberté du ventre, et deux verres d'eau de Sedlitz par jour constituent, pour la plupart des médecins, le *nec plus ultra* de la méthode évacuante. Cette médication suffit dans un grand nombre de cas; mais ce n'est pas celle de M. de Larroque, encore moins celle de M. Beau.

Persuadé que la gravité de la maladie est en raison inverse des évacuations, M. Beau purge de manière à obtenir huit ou dix selles, et cela tous les jours, sans trêve aucune, tant qu'il y a du gargouillement.

Quand on est habitué à la pratique ordinaire, on est effrayé de cette manière insolite de manier les purgatifs; on croit que des accidents graves vont suivre ces purgations *incendiaires*. Il n'en est rien. Sur plus de 110 cas, nous n'avons observé que cinq hémorrhagies et trois perforations, ce qui est au-dessous de la moyenne ordinaire. Il va sans dire qu'en présence des complications de ce genre, on suspend tout purgatif.

Ce traitement jugule la maladie dans certains cas, et nous avons vu souvent des malades entrer dans la salle avec tous les signes d'une fièvre typhoïde grave, et éprouver sous l'influence des évacuants (émétique le premier jour, purgatif les jours suivants), une amélioration tellement rapide que la maladie n'était plus reconnaissable qu'aux mouvements fébriles du soir et aux taches lenticulaires. Ces améliorations rapides coïncident toujours avec des évacuations très abondantes, de telle sorte qu'on peut presque les prévoir.

Quelquefois, très rarement, il y a des superpurgations. M. Beau compte dans sa pratique deux ou trois cas de ce qu'il appelle le *choléra antimonial*. Après avoir pris 0,10 centigr. de tartre stibié, certains malades ont des évacuations tellement abondantes, que le lendemain, ils ont un aspect cholériforme : face grippée, pouls petit, peau froide, selles involontaires. Dans tous ces cas, la maladie fut comme écrasée; les malades n'ont eu qu'à se relever de leur superpurgation. Il ne fut plus question de la fièvre typhoïde, qui s'annonçait pourtant avec tous ces caractères.

Il y a, dans ce traitement, des difficultés pratiques qui ne doivent pas arrêter le médecin. Quelques-unes cependant sont insurmontables; nous ne ferons que les indiquer.

Certains sujets ont horreur des purgatifs, d'autres les vomissent sous toutes les formes; enfin, il y a des sujets *impurgeables*. Nous ne nous étonnons que d'une chose, c'est qu'il ne s'en rencontre pas davantage.

La difficulté la plus sérieuse consiste peut-être à saisir le point de transition entre la maladie et la convalescence, le moment où il faut cesser d'évacuer. Ici l'âge de la maladie sera souvent le seul indice qui guidera le médecin, obligé de tâtonner, pour ainsi dire, en présence d'un malade chez lequel la fièvre va peut-être céder à des aliments, et peut-être à un dernier purgatif qui amènera une dernière et copieuse évacuation.

Nous avons vu cette difficulté se présenter chez un malade amené au quarantième jour, et conservant toujours de la fièvre et du ballonnement. L'anorexie était complète, la maladie avait *fait son temps*; il semblait que les toniques et les aliments fussent seuls indiqués; et pourtant, sous leur influence, le malade allait de mal en pis. M. Beau ordonna une potion avec 2 gouttes d'huile de croton. Notre malade affaibli, presque aphone, eut 21 selles dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, la fièvre avait disparu, le ventre était aplati; la convalescence commença franchement.

Nous pourrions multiplier les exemples de succès obtenus par les purgatifs administrés *coup sur coup* et à haute dose, mais nous ne voulons ici qu'indiquer à grands traits la méthode curative.

Disons, en terminant, que nous avons été frappé de deux faits qui nous paraissent dépendre de cette méthode de traitement : les accidents ataxiques sont très rares; tous les malades que nous avons perdus résistaient aux purgatifs.

M. Beau complète la médication par des lotions froides, surtout en été, et des boissons abondantes. Il a l'habitude de formuler son traitement par ce triple aphorisme :

Laver l'intestin par les purgatifs.
Laver le sang par les boissons délayantes.
Laver la peau par les lotions froides. »

— Théorie et pratique se tiennent étroitement enchaînées, comme on voit; l'une et l'autre sont d'ailleurs nettement formulées, et c'est à ce titre qu'il nous a paru bon de les mettre sous les yeux des lecteurs. Nous ne pouvions mieux faire que de laisser parler M. Blachez lui-même, et c'est ce que nous avons fait.

Nous devons dire, toutefois, que l'espace dont nous disposons nous a forcé de retrancher certains développements peut-être nécessaires à l'intelligence parfaite du rôle que jouent le foie et la sécrétion biliaire dans la production du liquide dothiénentérique.

Nous renvoyons donc à la thèse de M. Blachez le lecteur, curieux d'être édifié complétement à ce sujet. Cette thèse contient, en outre, l'*historique* de la fièvre typhoïde, l'étude de ses symptômes et la description des lésions anatomiques qu'elle laisse après elle.

Comme les fragments que nous avons transcrits plus haut, ces chapitres, écrits d'une plume nette et ferme, renferment des appréciations critiques et des indications pratiques extrêmement remarquables.

Dr Maximin Legrand.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 15 mars 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Richelot, nommé membre associé résidant, et M. Peironnet, membre correspondant, dans une séance précédente, adressent une lettre de remercîment.

M. le docteur Bougard, à Bourbonne, adresse un mémoire intitulé : *Les scrofuleux à Bourbonne-les-Bains.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Lambron, Duriau et Rotureau.)

M. le docteur Patézon, à Bourbonne, demande le titre de membre correspondant, et adresse un travail intitulé : *A quelle époque faut-il envoyer les fractures aux eaux de Bourbonne?* (Renvoyé à une commission composée de MM. Desnos, Allard et Dutrouleau.)

M. le docteur Grasset, à Montélimar, demande le titre de membre correspondant, et adresse un travail intitulé : *Observations médicales sur*

les eaux minérales de Bondonneau (Drôme). — (Renvoyé à une commission composée de MM. Otterbourg, Saurel et Billout.)

M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet (Gard), demande le titre de membre correspondant, et adresse un mémoire intitulé : *Des eaux sulfuro-bitumineuses à bases de chaux et de magnésie d'Euzet-les-Bains.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Leroy d'Étiolles, Moutard-Martin et de Puisaye.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus, par le docteur Willemin. Paris, 1857.

Les eaux minérales de Kreuznach chlorurées, bromurées et iodurées (en allemand), par le docteur Prieger. Kreuznach, 1857.

ÉLECTIONS.

M. Giovanni Garelli, à Valdieri (Piémont), est nommé membre correspondant.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Du traitement de la chlorose par l'hydrothérapie, par M. Basset.

M. le docteur Basset, dans un travail présenté à la Société d'hydrologie pour appuyer sa candidature au titre de membre titulaire, expose les idées de M. Becquerel, sur la chlorose et l'anémie. Son travail commence par une comparaison entre ces deux affections; en voici le résumé :

L'anémie est, malgré la mauvaise expression du mot, synonyme de diminution des globules; c'est un symptôme qui est propre aux maladies les plus différentes, telles que les hémorrhagies, les affections du cœur, les hydropisies, les diarrhées trop abondantes, les tubercules, etc., etc. Pour le combattre, l'eau froide n'est pas applicable dans la plupart des cas, attendu que c'est la cause de l'anémie qu'il faut d'abord attaquer.

La chlorose, au contraire, est une affection nerveuse dont l'évolution et les caractères sont nets et tranchés, amenant presque toujours un trouble de la circulation, caractérisé par la diminution des globules du sang, des irrégularités dans la menstruation. C'est la maladie nerveuse qu'on attaque avec l'eau froide et non pas l'altération du sang.

Après cet exposé, M. Basset arrive à parler du fer; il dit que la chlorose résiste souvent à ce médicament, et il cite des exemples de jeunes filles chlorotiques qui ont pris du fer pendant plusieurs années sans en avoir ressenti aucune amélioration. Il ne veut pas dire cependant que le fer soit complètement inutile dans la chlorose; il hâte la guérison en agissant comme tonique sur l'estomac. Mais il se demande si d'autres médicaments, et en particulier le quinquina, ne présenteraient pas les mêmes avantages. Et ce qui prouve que le fer n'est pas indispensable dans le traitement de la chlorose, c'est que l'on arrive à la guérir par bien d'autres moyens, tels que les changements de conditions hygiéniques, l'habitation à la campagne, la gymnastique, les bains de mer, les voyages, le mariage, etc.

L'hydrothérapie, ajoute-t-il, constitue un moyen analogue qu'il est facile d'employer; aussi, M. Becquerel s'est-il adonné, depuis plus de deux années, à étudier son influence thérapeutique, et voici le traitement tel qu'il a été institué par ce médecin.

Une jeune fille, venant à entrer à l'hôpital avec une chlorose bien et dûment constatée, était soumise à la médication suivante :

1° Tous les matins, quelle que fût la saison, administration de deux douches froides, douche en jet, douche en pluie, de une minute et demie à deux minutes de durée.

2° Après la douche, essuiement avec un linge rude avec lequel on frictionne en même temps la peau.

3° Quand la malade ne se réchauffe pas rapidement, ce qui est fréquent chez les jeunes filles chlorotiques, surtout dans la saison froide, friction sur toute la surface de la peau avec le liniment suivant :

Alcool de mélisse . . . . .
Baume de Fioravanti . . . . } Parties égales.
Alcool camphré. . . . . .

4° La malade s'habille rapidement, fait un tour de jardin en marchant à grands pas et va se remettre au lit où l'on achève de la réchauffer si la réaction n'a pas été franche et complète.

5° On lui fait prendre 30 grammes de vin de quinquina matin et soir.

6° Certaines jeunes filles ont pris du fer, et on leur donnait 1 gramme de tartrate ferrico-potassique, en trois doses, administrées avant chaque repas.

7° On insistait sur une bonne nourriture et de la viande rôtie.

Toutes les malades ont pu supporter le traitement et sont restées à l'hôpital jusqu'à sa fin.

Il est impossible d'attribuer au fer la guérison de quelques-unes des jeunes chlorotiques, car ce médicament a toujours été donné à trop petites doses et pendant trop peu de temps pour guérir une chlorose. Enfin, chez celles qui ont pris du fer comme chez celles qui n'ont été soumises qu'à l'eau froide, la durée du traitement a été la même.

M. Basset donne ensuite la statistique de 18 jeunes filles traitées par l'hydrothérapie dont il a recueilli les observations. — Comme étiologie, il donne l'âge de 15 à 25 ans, en général, la constitution faible et délicate, certaines conditions hygiéniques.

Parmi les symptômes qui se sont manifestés le plus souvent chez ses 18 chlorotiques, il cite :

La pâleur de la peau, qui existait chez 16 malades; la céphalalgie chez 12; les étourdissements chez 10; un appétit nul ou capricieux chez 10; des troubles gastralgiques chez 11.

L'appareil respiratoire n'a été troublé que chez 4 jeunes filles, qui ont présenté un peu de toux et d'oppression.

Du côté du cœur, les palpitations ont existé chez 9 malades. Une impulsion plus forte qu'à l'état normal et un bruit de souffle doux au premier temps du cœur ont été des symptômes constants chez toutes ces chlorotiques.

Dans les artères et les veines du cou, le bruit de souffle a été entendu 14 fois sur 18, avec tous les caractères de la chlorose la plus avancée. Des troubles de la menstruation se sont montrés chez 15 malades.

Comme complication M. Basset cite l'hystérie ; il en a observé 7 cas, dont M. Becquerel s'est rendu maître par l'hydrothérapie. Parmi ces hystériques, une entre autres, a présenté un phénomène bien singulier. Elle a été prise subitement, pendant une nuit, d'une hémiplégie hystérique accompagnée de bégaiement. Deux douches d'eau froide firent cesser ce dernier accident.

Le traitement fut assez court :

7 Malades prirent moins de vingt-cinq douches;

5 Moins de trente;

4 Moins de quarante;

Et les 2 autres furent soumises à l'eau froide, l'une pendant deux, et l'autre pendant quatre mois.

Toutes ces malades sont sorties parfaitement guéries, ou au moins dans un état tellement satisfaisant, qu'il équivalait à une guérison complète.

L'auteur de ce travail conclut, en s'appuyant sur ces faits pour démontrer l'heureuse influence de l'hydrothérapie dans le traitement de la chlorose, et en engageant ses confrères à expérimenter cette nouvelle médication.

A la suite d'un rapport de M. Boullay sur le travail précédent, M. Becquerel expose les difficultés attachées à l'application du traitement hydrothérapique dans les hôpitaux, et auxquelles M. le directeur de l'assistance publique a obligeamment promis d'obvier. Déjà un commencement d'installation d'appareils a eu lieu à Lariboisière et ailleurs. La résistance des malades à ce mode de médication est aussi un motif d'abréger le temps du traitement pour eux, beaucoup plus qu'on ne le fait dans les établissements spéciaux. Toutefois, aucune des chlorotiques, citées dans le mémoire de M. Basset, n'a été renvoyée avant la disparition des accidents; plusieurs même sont revenues faire constater leur guérison à l'hôpital, et c'était précisément celles qui avaient subi un traitement long. M. Becquerel termine en confirmant sur tous les points le diagnostic et la symptomatologie sur lesquels M. Basset s'est appuyé pour établir les résultats de l'hydrothérapie dans la chlorose.

M. de Puisaye a vu des chloroses guérir à l'aide des eaux sulfureuses employées comme moyens hydrothérapiques, sous forme de douches refroidies générales. Il pense qu'en pareille circonstance, la névropathie est le fait capital, et qu'on doit considérer l'altération du sang comme secondaire. La méthode hydrothérapique agirait alors comme perturbatrice des phénomènes névropathiques.

M. Boullay regarde également l'idée de névrose comme devant dominer la thérapeutique de certaines chloroses; mais il est d'avis qu'on emploie l'eau froide en pareil cas comme agent reconstitutif, et non comme un moyen perturbateur.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées.

Rapport sur cette question : *Existe-t-il de l'iode dans les eaux de Vichy?* Au nom d'une commission composée de MM. Chevallier, Henry père, Bouquet, Lefort et Leconte, rapporteur.

M. Leconte termine sa lecture de la manière suivante :

« Les expériences précédentes nous autorisent à conclure :

1° Que la présence de l'iode dans les eaux des sources des Célestins, de la Grande-Grille et de l'Hôpital, à Vichy, peut être décélée par la réaction caractéristique de l'amidon ;

2° Qu'il est même possible d'en isoler l'iode à l'aide de l'acide chlorhydrique gazeux et anhydre;

3° Que la quantité d'iode contenue dans ces eaux semble, d'après les réactions obtenues, être approximativement d'*un demi-centième de milligramme par litre*, d'où il résulte qu'il faut 200 litres d'eau de Vichy pour représenter *un milligramme* d'iode, proportion qui les rapproche à cet égard de certaines eaux potables, et les classe même un peu au-dessous de celles de la Seine. »

Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 5 AVRIL 1858.

Lecture de M. Hédouin, sur la *dyspepsie étudiée aux eaux de Saint-Sauveur.*

Rapport de M. Cazin sur une notice de M. Bertherand, *sur les eaux alcalines-gazeuses de Mouzaïa-les-Mines* (Algérie).

Rapports de M. Billout sur *les observations relatives aux eaux minérales de Bondonneau* (Drôme), par M. Grasset.

Discussion sur le rapport de M. Leconte.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Décembre 1857.

SUR UN CAS DE FISTULE STOMACALE PRODUITE PAR LA PRESSION DE DEHORS EN DEDANS, ET CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES; par le docteur Ch. Murchison. — Catherine R..., 34 ans, est née de parents sains, qui vivent encore; mais un de ses frères est épileptique, et de ses deux sœurs, l'une est idiote et l'autre hystérique. A l'âge de 18 ans, la malade a eu plusieurs attaques graves d'hystérie. Maintes fois on a reconnu chez elle des symptômes de folie; elle cherchait tous les moyens de se rendre malade. En 1844, elle réussit à se faire venir un gonflement œdémateux du bras gauche, à l'aide d'une ligature très serrée qu'elle s'était appliquée à l'épaule. On le prit d'abord pour un éléphantiasis, et, comme après deux ans de traitement, on n'avait pas réussi à le faire disparaître, le chirurgien songeait à pratiquer l'amputation, lorsqu'un jour il découvrit la fraude, et, s'opposant aux manœuvres de la malade, il réussit à faire disparaître promptement l'œdème. Catherine se plaignit alors d'une maladie de cœur, pour laquelle un médecin appliqua un séton à l'épigastre : quand la suppuration fut bien établie, la malade voulant empêcher la cicatrisation, mit sur la plaie une pièce de monnaie de cuivre, sur laquelle elle appliqua une pression constante; l'ulcération fit des progrès, et au bout de trois ans l'estomac, qui avait fini par contracter des adhérences avec la paroi abdominale, se perfora largement. Quand on examina la malade, le 2 mars 1854, un flot de liquide entraînant des morceaux de biscuit et de peau d'orange s'échappa par l'orifice de la fistule. Cette ouverture continua à s'élargir, et l'on n'eut qu'un seul moyen de s'opposer à la sortie des aliments par cette voie, ce fut d'y appliquer une rondelle de gutta-percha.

Catherine entre à l'hôpital, le 19 février 1857. On observe que l'ouverture anormale est située moitié dans la région épigastrique, moitié à la région ombilicale ; elle a quatre pouces de largeur et trois pouces de hauteur. On enleva la plaque de gutta-percha, et tout ce qu'elle avalait sortait immédiatement par la fistule stomacale; si la malade toussait, si elle se tenait debout, l'estomac entier se renversait au dehors. La muqueuse était d'une couleur rouge vermillon, et disposée en plis sur lesquels on voyait distinctement les mouvements ondulatoires. Du papier bleu de tournesol, appliqué sur la muqueuse humide de l'estomac à l'état de vacuité, restait bleu et n'était pas le moindrement rougi. Les manipulations exercées sur cet estomac n'étaient pas douloureuses, elles produisaient un peu de faiblesse et de nausées. La peau située au pourtour de l'orifice était rouge, luisante et douloureuse. L'appétit était bon, quelquefois même vorace, la malade pouvait manger toute espèce d'aliments, elle les digérait parfaitement; elle avait toujours soif, et n'avait qu'une garde-robe tous les douze jours. Pendant neuf ans, elle a gardé le lit volontairement, de sorte que toutes les articulations se sont ankylosées et qu'elle ne peut se tenir debout.

L'auteur donne ensuite les détails d'une expérience faite sur cette malade pour démontrer le mécanisme du vomissement. Le premier phénomène qui se produit dans cet acte est la contraction de l'extrémité pylorique de l'estomac ; mais l'évacuation de l'organe est le résultat de la compression exercée par la contraction simultanée du diaphragme et des muscles droits et obliques de l'abdomen.

Enfin, le docteur Murchison donne un résumé de tous les faits de fistule stomacale qui ont été observés depuis trois siècles : ils montent à vingt-cinq, qu'il étudie d'une manière générale sous les différents chefs suivants :

A. *Causes des fistules stomacales.*

I. *Causes mécaniques* : 7 observations.

1. Plaies pénétrantes de l'estomac, terminées par une fistule, 3 cas.
2. Plaies d'armes à feu, 2 cas.
3. Coup sur la région épigastrique, ayant donné naissance à un abcès qui s'est ouvert à la fois du côté de l'estomac et de la peau, 1 cas.
4. Ulcération de dehors en dedans déterminée par la pression, 1 cas.

II. *Maladies* : 18 cas.

1. Cancer de l'estomac, 6 cas.
2. Simple ulcère perforant l'estomac, 10 cas.
3. Abcès ayant pris naissance en dehors de l'estomac, et s'étant ouvert à la peau et dans l'estomac, 1 ou 2 cas.

B. *Situation et grandeur de l'orifice cutané.* — Dans aucun cas, l'orifice cutané de la fistule n'atteignait les mêmes dimensions que chez Catherine R...

C. *Sortie des aliments par l'ouverture anormale.* — On l'a signalée dans tous les cas; mais chez six de ces individus, les liquides seuls s'écoulaient au dehors. Dans le cas de St-Martin, par exemple, la nécessité d'un bouchon artificiel cessa d'exister au bout d'à peu près un an par la formation d'un bouchon naturel, un pli de la muqueuse stomacale s'était engagé dans l'orifice. L'auteur affirme que la sortie immédiate des aliments, par une ouverture fistuleuse dans l'abdomen, n'indique pas nécessairement une communication directe avec l'estomac.

D. *Durée de la fistule et possibilité de la guérison.* — Dans les cas de fistule résultant d'un cancer de l'estomac, la mort arrive rapidement; les malades atteints de cancer n'ont jamais vécu plus de trois mois après l'établissement de la fistule. D'un autre côté, quand la fistule a été le résultat d'une blessure ou d'une simple ulcération de l'estomac, les malades ont généralement vécu de longues années, et ont eu une bonne santé : entre autres, une femme a vécu vingt-sept ans avec une fistule stomacale, et chez St-Martin, la fistule date de trente-cinq ans, il est encore vivant et se porte très bien. Relativement à la question de curabilité, l'auteur rapporte que, dans quatre cas, la guérison a été spontanée; dans deux cas la fistule s'est rouverte : deux malades ont guéri par le traitement général, mais, dans aucun cas, on n'a tenté d'opération chirurgicale.

E. *Santé générale des individus atteints de fistule stomacale.* — Dans les cas de fistule permanente, la santé générale a toujours été extraordinairement bonne. Les principaux phénomènes anormaux étaient une grande soif, appétit exagéré, constipation opiniâtre, diminution de la sécrétion urinaire, et chez les femmes, aménorrhée.

F. *Observations physiologiques faites dans les cas de fistules stomacales.* — Chez six malades, on a fait des recherches sur la muqueuse gastrique et sur les mouvements de l'estomac, etc. La couleur de la muqueuse a été notée dans quatre cas; dans trois, elle était rouge vermillon, tandis que chez Saint-Martin elle était rose pâle, variant dans sa teinte, suivant l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac. Les mouvements de l'estomac ont été étudiés dans cinq cas, ils sont généralement ondulatoires. Dans trois cas, on a noté que l'irritation de la muqueuse produisait des nausées et provoquait quelquefois l'évanouissement, mais pas de douleurs.

Prenant en considération les différentes théories émises sur l'acte du vomissement, l'auteur a voulu vérifier les faits sur sa malade; il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le vomissement est le résultat de la contraction simultanée de l'estomac et des muscles abdominaux.

2° La contraction de l'estomac, limitée à l'extrémité pylorique, a pour effet de fermer l'orifice inférieur de l'estomac.

3° Enfin le vomissement est, pour la plus grande partie, produit par la contraction du diaphragme et des muscles droits et obliques de l'abdomen.

L'auteur n'a pas fait d'expériences sur les propriétés physiques et chimiques du suc gastrique, bien que les dimensions de la fistule soient une condition favorable à l'expérimentation ; mais la malade est dans un tel état d'épuisement, qu'il considère le suc gastrique chez cette femme comme non physiologique. — D.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 40. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 6 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Notre dernier *Bulletin* a été consacré tout entier à l'énumération des pièces présentées à la Société. Il en sera de même de celui-ci. Le manque d'espace nous a empêché de parler, mardi dernier, d'une présentation très intéressante, faite par M. Marjolin, et qui se rattache à la longue discussion sur les injections iodées, soulevée par M. Boinet, et dont nous avons reproduit les points principaux. Voici brièvement cette communication.

M. Marjolin présente des pièces provenant d'un enfant âgé de 5 ans 1/2, mort sept quarts d'heure après une injection iodée poussée dans un abcès par congestion déjà fistuleux.

A l'autopsie, on a trouvé que la paroi de l'abcès s'était rompue en un point, du côté du péritoine, et qu'une certaine quantité d'iode avait pénétré dans la cavité de cette séreuse. La rupture était située plus bas que la lésion de la colonne vertébrale; les os n'avaient pas été atteints par l'iode, ainsi que l'indiquait leur couleur parfaitement naturelle. Nous publierons bientôt cette observation importante.

M. Morel-Lavallée demande à M. Marjolin comment il a pu savoir que l'iode n'était pas arrivé jusque sur la lésion osseuse, et s'il a trouvé un obstacle capable d'arrêter le liquide en chemin. Il ajoute que la mort, très rapide, presque foudroyante, peut survenir à la suite des épanchements abdominaux sans qu'on trouve à l'autopsie de lésions caractéristiques de la péritonite. Il en a vu plusieurs exemples.

M. Marjolin a su que l'injection n'était pas arrivée jusque sur les vertèbres malades, parce que ces vertèbres n'étaient pas tachées d'iode. Quant à l'obstacle qui a pu arrêter le liquide, il ne le connait pas. Il reconnaît toutefois que la rupture de la poche, en ouvrant à l'injection une entrée facile dans le péritoine, a pu contribuer à l'empêcher de remonter plus haut; mais il a dû en pénétrer bien peu dans cette cavité séreuse, puisque la sérosité péritonéale, au moment de l'autopsie, était très peu colorée.

M. Forget s'étonne qu'a l'autopsie on ait trouvé si peu d'iode dans le péritoine. Il demande si l'on a analysé la sérosité péritonéale pour savoir quelle proportion d'iode elle renfermait. Quant à la perforation, il ne comprend guère comment elle a pu se produire, à moins que M. Marjolin ne puisse donner d'autres explications. Il importerait, en particulier, de savoir quelle était la quantité de liquide qu'il injectait chaque fois, et à quelle profondeur il introduisait la sonde.

M. Broca, après avoir examiné la portion de colonne vertébrale présentée par M. Marjolin, prie ses collègues de constater qu'il ne s'agit ni d'une tuberculisation osseuse, ni d'une carie, ni d'une nécrose, mais d'une affection bien différente décrite depuis quelques années sous le nom d'arthrite vertébrale.

— M. Chassaignac présente un malade à qui Gerdy a pratiqué, il y a un grand nombre d'années, des amputations sur les quatre membres, savoir :

1° L'amputation de l'avant-bras droit au tiers supérieur ;

2° L'amputation des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts de la main gauche ;

3° et 4° L'amputation des cinq orteils de chaque pied dans les articulations métatarso-phalangiennes.

Tous ces moignons sont dans le plus bel état. Ceux des pieds sont surtout remarquables par leur régularité. L'opéré marche avec la plus grande facilité, et fait volontiers dix lieues dans un jour. Quoique mutilé, il gagne sa vie comme marbrier. Il fixe les pièces de marbre avec le moignon de son bras droit, et les travaille en maniant ses instruments avec les débris de sa main gauche.

Les renseignements fournis par l'opéré prouvent que ces amputations multiples et presque simultanées ont été faites pour des gangrènes. La cause de ces gangrènes lui est inconnue; elles survinrent, dit-il, après qu'il eut travaillé quelque temps dans un marais.

L'opéré répond à une question de M. Broca, que l'accident est survenu dans le mois de décembre, ce qui rend probable l'hypothèse d'une gangrène par congélation.

M. Lenoir, désirant savoir si ces gangrènes n'étaient pas le résultat de l'ergotisme, demande à son tour à l'opéré si quelque autre personne dans le pays où il travaillait alors a eu des accidents de même genre. L'accusé répond que non.

M. Larrey a vu un sous-officier des Invalides qui, ayant eu les mains et les pieds gelés dans la campagne de Russie, avait perdu presque tous les doigts et les orteils. Il avait même hâté l'élimination des extrémités sphacélées en les détachant lui-même avec un couteau de soldat, à peu près comme aurait pu le faire le bistouri d'un chirurgien. Le cicatrisation des doigts et des orteils ainsi mutilés, était devenue assez régulière pour permettre aux mains et aux pieds de se mouvoir et d'agir avec aisance et même avec une sorte d'agilité.

D'après ce fait et quelques autres qui lui seraient comparables, on peut présumer que l'ouvrier sur lequel Gerdy avait pratiqué des amputations partielles des quatre membres, avait été atteint de congélation. Reste à savoir si l'amputation doit toujours devancer l'élimination des parties mortifiées.

M. Legouest pense que, dans le cas présent, la congélation a été la cause de la gangrène, et approuve la conduite de Gerdy, qui a préféré pratiquer l'amputation plutôt que d'attendre la séparation spontanée. A propos des accidents de congélation qui ont été observés dans la dernière guerre de Crimée, on a discuté s'il fallait amputer les parties gangrénées, ou laisser agir jusqu'au bout le travail d'élimination. M. Legouest, alors comme aujourd'hui, s'est prononcé en faveur de l'amputation, qui donne des résultats bien préférables, surtout au point de vue de la régularité des moignons.

M. Guersant appuie cette opinion. Il a eu l'occasion de traiter plusieurs enfants atteints de gangrène du pied, consécutive à des engelures. Il se souvient, entre autres, de deux frères, dont l'un avait une gangrène totale du pied, l'autre seulement une gangrène des orteils. Le premier fut amputé et guérit très bien; le second ne subit aucune opération ; on laissa les orteils se détacher spontanément, et il en résulta une plaie dont la guérison fut très longue et très difficile.

M. Morel-Lavallée accorde que l'amputation donne des moignons plus réguliers et plus beaux, et qu'après la guérison, le résultat est bien meilleur qu'il ne l'est à la suite de l'élimination spontanée; mais celle-ci offrant moins de danger, il lui donne la préférence. Les petites opérations que l'on pratique pour régula-

---

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA NAVIGATION DANS L'OCÉAN GLACIAL ARCTIQUE (1);

Par le docteur E. GALLERAND,

Chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

§ 4. *Coup d'œil sur le voyage. — Traversées, station, météorologie.*

Cette dernière partie de notre travail est peut-être moins exclusivement médicale; cependant nous avons cru pouvoir y donner place, parce qu'il s'y trouve encore des renseignements utiles, et parce que nous aurons, chemin faisant, l'occasion d'indiquer quelques observations météorologiques qui forment le complément de nos observations relatives à l'hygiène et à la pathologie.

Nous prendrons pour type d'une expédition dans le Nord le voyage de la mer Blanche, mais sans en donner une description détaillée; nous voulons uniquement trouver, dans un itinéraire succinct, le cadre de ce qui nous reste à dire.

En supposant que l'on parte de Brest, ainsi que nous l'avons fait nous-mêmes, deux routes s'offrent au navigateur qui doit visiter les régions arctiques; l'on peut, en effet, traverser la Manche et la mer du Nord, ou prendre immédiatement le large pour aller passer dans l'O. des îles Britanniques. Nous avons suivi ces deux directions et nous laissons aux marins à décider laquelle est la plus prompte et la plus sûre. Ce qu'il nous importe de faire observer, c'est que si l'on a cru devoir choisir la seconde, on éprouvera probablement des diminutions de température d'autant plus rapides et plus sensibles, que l'on s'élèvera davantage à l'O. Cette circonstance peut conduire à l'application prévue de quelques-unes des mesures sanitaires que nous avons indiquées précédemment, car il ne faut pas oublier que les équipages ressentent plus particulièrement les premières épreuves de l'entrée en campagne.

Dans tous les cas, la route générale étant le N., on arrivera bientôt sous des latitudes beaucoup plus froides que celles que l'on vient de quitter, et l'usage des vêtements supplémentaires deviendra indispensable, surtout pendant les quarts de nuit. D'après nos observations, le thermomètre, qui, au moment où nous avons quitté Brest, marquait 14° et 16°, est tombé à 6°, 4° et 2°, à partir du moment où nous sommes parvenus à la hauteur des îles Schetland.

Comme dans cette partie du voyage on a, pour ainsi dire, à côtoyer la côte occidentale de la Scandinavie, la question des relâches se présente naturellement ici. Malheureusement, les ports sont peu nombreux, peu importants, et, à l'exception de Bergen, ils n'offrent guère de ressources suffisantes pour le ravitaillement d'un nombreux équipage. Un séjour assez prolongé sur la rade de Stavanger nous a été peu utile sous ce rapport; ce n'est pas la faute des habitants, qui sont les meilleurs et les plus hospitaliers du monde; c'est uniquement celle du pays qui produit peu. Au reste, comme il est rare qu'un navire qui vient de quitter la France, depuis deux ou trois semaines, ait besoin des secours de la terre, on peut, en ce qui concerne l'état sanitaire, se dispenser d'une relâche en Norwege.

Continuons donc notre route, et, franchissant le cercle polaire arctique, entrons dans cette zone glaciale encore si peu connue et pourtant si fatale à tant d'explorateurs; comment y pénétrer sans jeter un triste regard vers ces sombres parages de l'O. où Bellot s'est perdu, sans retrouver Franklin ? Pour nous, qui suivons une direction différente, nous avons, au contraire, à incliner vers l'E. pour longer les îles Loffoden et suivre la courbe que décrit l'extrémité septentrionale de l'Europe, en allant se terminer au cap Nord. En ce point existe une ville, sentinelle avancée de la civilisation, dernière limite du monde habité du côté du pôle: c'est Hammerfest. La qualité de ville la plus boréale, qui ne peut lui être refusée, constitue son premier mérite et lui donne un prestige qu'elle n'aurait pas sans cela, n'étant pas, par elle-même, une cité florissante. Cépendant elle paraît être dans une voie d'accroissement assez rapide ; M. Léopold de Buch, qui la vit en 1801, ne lui accorde que 9 habitations et 44 personnes (1) ; lorsque M. X. Marmier y séjourna en 1838 et 1839, il y trouva 80 maisons et 400 habitants (2) ; enfin, aujourd'hui, on y compte 125 maisons et 600 âmes de population fixe.

Au 1er juin, Hammerfest sort de la neige et se prépare à vivre pendant trois ou quatre mois, participant à la nature des animaux hibernants; l'hiver est sa période de repos et l'été sa période active. Au moment où nous l'avons visitée, la glace et la neige fondaient de toutes parts; mais il en restait encore beaucoup; les torrents coulaient à grands flots et le pays était peu praticable. Nous avons vu les Lapons y arriver par petites tribus ou plutôt par familles : hommes, femmes et enfants vêtus de peau de renne, et exhalant une odeur fauve assez désagréable; ils viennent vendre du poisson, du gibier et quelques fourrures, dont plusieurs, comme celle du renard noir, ont une grande valeur. Ces représentants de la race hyperboréenne sont connus depuis trop longtemps pour qu'il soit utile d'en donner ici la description anthropologique.

Sous le rapport du ravitaillement, Hammerfest présente plus de ressource qu'on ne le supposerait d'après sa position et son peu d'importance. On y trouve du poisson en quantité suffisante pour en donner à un équipage de trois ou quatre cents hommes; on peut également s'y procurer de la viande de renne. Les hommes de la *Cléopâtre* en ont fait plusieurs repas. Cette chair est également et à bon droit très estimée.

Les excursions dans l'intérieur du pays, aux environs d'Hammerfest, ne sont pas sans danger, et il ne faut pas s'y laisser aveuglément conduire par l'ardeur de la chasse ou l'amour de la science. Au milieu de cette contrée déserte, de ce site accidenté, mais très uniforme dans ses accidents, avec les brumes épaisses qui surviennent tout à coup, on peut s'égarer facilement, chercher inutilement sa route, et n'en pas revenir : c'est un péril réel, et nous avons failli en fournir un exemple funeste. Un aspirant de la *Cléopâtre*, entraîné par la poursuite des perdrix blanches, se perdit si complétement, qu'il ne serait jamais revenu de lui-même. Désorienté, errant au milieu des neiges et des torrents, il fit de vains efforts pour revoir la mâture de la frégate; enfin, épuisé de fatigues, de froid et de faim, il fut contraint de s'arrêter. Après vingt heures de longues recherches, lorsqu'on finit par le retrouver, il était dans un état fort triste; il avait perdu son fusil et une partie de ses vêtements, c'est à peine s'il pouvait parler, et tout annonçait en lui la plus grande perturbation. Il nous a dit lui-même qu'au moment où le secours lui arriva, il était, depuis un temps qu'il lui était impossible d'apprécier, en proie à des hallucinations qui lui montraient précisément les objets qu'il désirait le plus revoir; c'était particulièrement des embarcations qui semblaient se diriger sur lui; il les voyait approcher, il reconnaissait les hommes, puis au moment où il se croyait sauvé, tout disparaissait et il se trouvait seul.

Depuis, en lisant le mémoire de M. le comte d'Escayrac de Lauture, sur les hallucinations du désert (1), nous avons reconnu que les phénomènes présentés par notre jeune aspirant offraient une analogie parfaite avec ceux que ce voyageur distingué a proposé de désigner sous le nom général de *ragle*. Mais nous sommes porté à croire qu'il n'y a pas plus lieu d'admettre une individualité morbide pour ces troubles intellectuels, qu'il n'y en avait pour faire une maladie à part de quelques cas de délire observés à bord, et auxquels on avait donné le nom de *calenture*. Nous en disons autant du *the horrors* ou délire impulsif chez les marins, qui a été décrit par le docteur Dietrich (2), et nous nous rallions complétement aux idées émises récemment par M. A de Méricourt (3), sur ces différentes conceptions délirantes; nous croyons avec lui qu'elles n'ont de particulier que le cadre qui les entoure.

Afin d'éviter les dangers particuliers au pays, il est de règle chez les habitants du Finmark de ne jamais s'écarter des lieux fréquentés, sans être muni d'une boussole, seule précaution qui puisse parfois indiquer la direction que l'on doit suivre.

L'état sanitaire de la ville de Hammerfest est habituellement excellent; au moment où nous y avons séjourné, il n'y avait pour ainsi dire pas de malades ; je tiens ces renseignements de l'unique médecin du pays, qui m'assura en même temps qu'il n'y avait pas dans la ville le moindre cas d'affection syphilitique, et me supplia de ne point permettre l'accès de la terre à ceux de nos matelots qui pouvaient en être atteints.

(1) Voir les numéros des 16, 25, 27, 30 mars et 3 avril 1858.

(1) *Reise nach uerwegen, von Leopold von Bach*, 11e th.
(2) X. Marmier, *Lettres sur le Nord.*

(1) *Bulletin de la Société de géographie*, 4e série, t. IX.
(2) *Gazette hebdomadaire*, t. II, n° 5.
(3) *Archives générales de médecine*, numéro d'août 1857.

riser les moignons, soit après les congélations, soit après les écrasements, donnent souvent lieu à des accidents formidables, notamment à des foyers purulents dans les gaines, lorsqu'il s'agit des doigts ou des orteils. Lorsqu'on laisse agir la nature, ces accidents sont moins fréquents et moins graves, parce que les gaines s'oblitèrent avant l'élimination. Les os font souvent saillie; il se produit des nécroses qui retardent beaucoup la cicatrisation, et, finalement, le moignon est moins beau; mais le malade a couru des chances moins graves que si on l'eût amputé.

M. Legouest répond qu'il ne faut pas confondre les accidents de la contusion et de l'écrasement, avec ceux de la gelure. C'est aux premiers surtout que l'argumentation de M. Morel-Lavallée est applicable. M. Legouest, d'ailleurs, rejette l'amputation primitive dans le cas de gangrène par congélation. Si l'on opérait trop tôt, on s'exposerait aux graves inconvénients signalés par M. Morel-Lavallée. Mais lorsqu'on attend que la gangrène soit limitée par le cercle éliminatoire, l'amputation pratiquée dans le voisinage de ce cercle n'est pas plus grave que la même opération faite dans des tissus parfaitement sains.

M. Morel-Lavallée ne partage pas l'opinion de M. Legouest relativement aux cas de congélation. Il reconnaît qu'après la formation du cercle éliminatoire, l'amputation est moins grave qu'avant cette époque, mais il ajoute qu'à ses yeux l'élimination spontanée est moins grave encore. Il repousse donc toute opération, et l'expectation lui paraît indiquée à plus forte raison dans le cas d'écrasement; mais il ne parle, bien entendu, que des lésions des doigts et des orteils.

M. Guersant repousse aussi l'amputation dans le traitement des écrasements des doigts et des orteils. Il préfère le traitement par l'irrigation continue, qui donne d'excellents résultats. Mais, pour les cas de congélation, il admet un principe inverse, et l'amputation, pratiquée à l'époque que M. Legouest vient d'indiquer, lui paraît préférable à l'expectation.

PATHOLOGIE.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur **TROUSSEAU**,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Quatrième Lettre.

Cher maître,

Dans les trois *Lettres* qui précèdent, et que vous avez bien voulu recevoir avec bienveillance, comme vous recevez celle-ci, j'ai eu l'honneur de vous exposer les résultats auxquels m'avait conduit l'étude attentive des lésions anatomiques, chez les femmes qui ont succombé dans mon service. Ces lésions, j'ai besoin de le répéter ici, ont été relevées d'après des autopsies que j'ai faites moi-même et dont j'ai encore le détail sous les yeux en ce moment. Elles étaient le triste complément d'observations prises chaque jour au lit du malade.

Si je fais à nouveau cette remarque, c'est que je veux établir bien nettement la valeur des observations sur lesquelles je m'appuie, et bien vous convaincre, mon cher maître, que, dans l'examen de cette question, je n'ai jamais avancé d'un seul pas sans avoir sous le pied que je mettais en avant, une base solide reposant sur des faits examinés, retournés en tous sens, et discutés à part moi. Je ne cherchais pas à vérifier telle ou telle opinion sur la maladie que j'étudiais, mais je me proposais de constater des faits et d'en tirer des déductions, c'est-à-dire de reconstruire par la seule observation l'histoire des suites de couches et des accidents qui peuvent les compliquer. Je me suis attaché dès lors à me mettre, autant qu'il était en moi, en garde contre toute illusion, contre tout entraînement. Pour l'appréciation des exemples que j'ai eus sous les yeux, je me suis imposé un calme, une sévérité et une lenteur qui, seuls, pouvaient me conduire à des résultats acceptables. Bien convaincu que le temps est un élément indispensable de toute étude, j'ai longtemps attendu, j'ai multiplié les observations avant de me poser des conclusions; ces conclusions je les ai discutées à part moi avant de les accepter, et je les ai contrôlées ensuite en présence de nouveaux faits. Dans toute question, sous peine d'aider seulement à l'obscurcir (et je doute qu'il y en ait peu de plus obscurcie que celle qui nous occupe), il est indispensable de bien établir la portée des documents que l'on produit à titre d'éléments de la discussion et de préciser avec rigueur les termes que l'on veut livrer à la circulation comme monnaie courante. Cette rigueur, c'est l'effigie qui assure la confiance du public sur la valeur de ce qu'on livre à son acceptation.

Si vous voulez bien le permettre, je rechercherai, si tout porte bien une telle marque, quand j'arriverai, comme je le ferai bientôt, à la discussion des opinions diverses émises sur la question qui nous occupe.

Avant de résumer en peu de lignes les altérations anatomiques que j'ai pu relever, permettez-moi d'ajouter l'indication de deux lésions qui compléteront le tableau. Sur un nombre peu considérable de femmes, 12 à 14 environ, j'ai trouvé le tissu cellulaire au niveau du col, infiltré de pus phlegmoneux, soit en avant, au niveau du repli vésico-utérin, soit en arrière, dans le tissu cellulaire qui sépare le col utérin du rectum ou bien encore de l'un ou de l'autre des deux côtés toujours au niveau du col. Cette infiltration paraît n'être autre chose que l'extension de l'altération des veines. Ainsi il est rare que les quatre régions que j'indiquais soient infiltrées à la fois de pus. Et dans la disposition de cette lésion on n'observe pas qu'elle s'étende et qu'elle s'irradie sans règle et sans direction, comme le pourrait faire une inflammation primitive et idiopathique du tissu cellulaire. Presque toujours, au contraire, l'infiltration purulente que je signale est marquée du côté où se rencontrent les altérations des grosses veines, et surtout du côté où se retrouvent celles des veines plus petites du col, qui peuvent être en nombre tellement considérable, que le tissu ait une coloration puriforme. Chez une femme, notamment, tout le pourtour du col de l'utérus en dehors était entouré d'un tissu cellulaire gorgé de pus, alors que le col, dans toute sa circonférence, offrait du pus dans le tissu quasi-érectile qui le constitue.

Ailleurs, l'infiltration du pus du tissu cellulaire offrait la disposition suivante. Au niveau du col, à gauche, on trouvait une plaque purulente à peu près de la largeur d'une pièce de un franc et deux prolongements, deux traînées véritables de pus imprégnant le tissu cellulaire : l'une remontait le bord gauche de l'utérus jusqu'à l'insertion des annexes à l'angle gauche de cet organe, et l'autre s'étendait vers le paquet pampiniforme dont les veines étaient purulentes. Enfin, une autre fois, la traînée purulente suivait le ligament rond jusqu'à la paroi abdominale, et à l'insertion de ce dernier elle s'étalait en une large plaque également purulente.

C'est dans les cas où cette infiltration du tissu cellulaire existe que le pus se rencontre dans les lymphatiques. Cette altération du tissu cellulaire péri-utérin et péri-veineux (car on lui voit encore suivre le trajet des veines du ligament large dans certains exemples), me paraît la condition habituelle, je dirai presque nécessaire de la présence du pus dans les lymphatiques. J'ai rencontré à peine 7 exemples de cette injection purulente des lymphatiques. Dans l'un d'eux les lymphatiques, émanant d'une infiltration purulente dans le tissu cellulaire, au niveau de la face postérieure du col de l'utérus gagnaient, chargés de pus, la partie antérieure de la région lombaire, et le même liquide distendait le canal thoracique.

Dans une autre observation, le pus occupait les deux parties latérales de l'utérus, surtout la gauche, des vaisseaux lymphatiques distendus par du pus accompagnaient les deux veines ovariques, jusqu'au niveau de leur abouchement avec les gros vaisseaux, et étaient développés et nombreux principalement autour de la veine gauche. Les ganglions lymphatiques prélombaires étaient, dans ces deux exemples, d'une couleur rouge, mêlée de points jaunâtres; le liquide qui s'en échappait par la pression était d'un rouge trouble et d'apparence puriforme.

Je n'insisterai pas sur la description des abcès métastatiques dont j'ai rapporté par occasion un exemple dans les *Lettres* précédentes. Ces faits sont rares relativement; ainsi, ils se sont manifestés dans la proportion que voici. Abcès métastatiques bien tranchés du poumon, 5 cas. — Noyaux d'hépatisation grise souvent fort étendus, 3 observations. — Plus, cas douteux de cette dernière lésion, 2 exemples. — Injection purulente des lymphatiques du poumon, 1 fois. Nous y joindrons : Abcès métastatiques du foie, 2. — Collections purulentes des membres, 6.

Ce serait allonger inutilement cette *Lettre* que de décrire ces lésions.

Si maintenant nous résumons rapidement le tableau des altérations anatomiques que j'ai pu rencontrer, nous verrons que, sur 85 autopsies, nous avons trouvé :

Du pus dans les veines utérines. . . . . 84 fois.

Que sur 65 autopsies (car, ainsi que je vous l'ai dit, il faut me restreindre à ce nombre au point de vue de certaines lésions que je ne recherchais pas encore avant), nous avons rencontré :

De la gangrène simple de l'utérus. . . . . 11 fois.

De la pourriture d'hôpital (variété diphthéritique) . . 22 fois.

De la péritonite tout à fait localisée aux annexes. . . 28 fois.

De la péritonite plus étendue, mais surtout intense au niveau des annexes. . . . . 16 fois.

De la péritonite assez universellement intense et assez étendue pour qu'on ne puisse se prononcer sur son point d'origine. . . . . 5 fois.

Lésions des trompes. . . . . 20 fois.

Lésions des deux ovaires. . . . . 16 fois.

Lésions de l'un des ovaires . . . . 19 fois.

Infiltration purulente du tissu cellulaire au niveau du col et des vaisseaux . . . . 14 fois.

(Chiffre peu précis.)

Lymphangite abdominale . . . . 7 fois.

Je le lui promis et je tins parole. Que d'importations eussent été prévenues par cette seule mesure prise pour tous les navires!

Nous avons séjourné sur la rade de Hammerfest du 2 au 10 juin 1855. Pendant ces huit jours, le thermomètre a oscillé entre 8° et 9°, les minima répondant assez fidèlement à quatre heures du matin, les maxima à quatre heures du soir. La hauteur du soleil à minuit était de 3° 8', et et à midi de 42° 4' (hauteurs vraies du centre du soleil le 10 juin 1855).

La température de la mer, pendant la durée du mouillage, nous a donné alternativement 1°, 2°, 3° et 3° 5'. Ce résultat est bien différent de celui indiqué par M. Martins qui a trouvé 8° 5' dans le fiord de Hammerfest, vers le commencement du mois de juillet (1), Mais j'explique facilement cette différence par l'époque des expériences. Au moment où nous faisions les nôtres, c'est-à-dire du 2 au 10 juin, le fiord de Hammerfest n'a pas de température propre; le dégel y amène un grand nombre de cours d'eau à une très basse température, en sorte que ce petit bras de mer est traversé en tous sens par des veines liquides qui enlèvent toute valeur absolue aux observations thermométriques. En juillet, au contraire, le dégel étant à peu près terminé, l'équilibre est rétabli et l'eau s'y maintient dans une température constante. Je crois même qu'au milieu de l'hiver, la mer du fiord en question est plus chaude qu'au moment de la fonte des glaces. Ce qu'il y a de certain, c'est que par des froids de — 20° et de — 25°, elle ne s'y congèle pas et se maintient à une température infiniment supérieure à celle de l'air. Ces anomalies, si remarquables sous une pareille latitude, s'expliquent très bien par l'action des grands courants océaniens. « Le Gulf-Stream, » ou courant de la Floride, a son origine dans le golfe du Mexique où » les eaux, ayant été échauffées, se dirigent à travers le canal de Ba- » hama.

» Aux environs des Açores, le Gulf-Stream détache vers le N.-E. une » branche considérable d'environ 600 milles qui remonte vers le pôle, » passant en partie entre l'Islande et la côte de Norwège, enveloppant » les îles Feroé. Les eaux de ce courant sont chaudes, et leur tempéra- » ture, dans l'été, a été trouvée de 12° 2'; dans l'hiver, de 10° 6'.

» Malgré les progrès de la navigation, on n'a pas jusqu'ici accordé » toute l'attention désirable aux courants de la mer, qu'on peut, avec » raison, nommer les artères du globe terrestre, puisqu'en parcourant » les différentes zones, ils réchauffent les régions froides et rafraîchis- » sent les régions tropicales (2). »

C'est l'influence du Gulf-Stream qui rend facile, dans certains endroits, la navigation de la mer Glaciale, alors qu'il est impossible de pénétrer dans d'autres points placés sous la même latitude. En effet, la branche septentrionale de ce grand courant, après avoir remonté toute la côte de Norwège, vient arrondir le cap Nord, projette en passant ses lignes d'eau chaude dans les fiords, puis, comme emportée par son impulsion, elle se dirige vers les côtes du Spitzberg, où elle va se perdre.

Il résulte de cette direction générale que, lorsqu'on sort de Hammerfest pour courir à l'E. vers la Nouvelle-Zemble, ou à l'E. S.-E. pour aller chercher l'entrée de la mer Blanche, on ne tarde pas à sortir du lit du Gulf-Stream; aussi, avons-nous toujours trouvé la température de la mer sensiblement plus basse à quelques degrés dans l'E. du cap Nord. Nous croyons qu'il est inutile de faire ressortir ici l'influence que ces grandes masses d'eau, échauffées au soleil de l'équateur, doit avoir sur la température des lieux où elles passent; mais il nous semble que si ces considérations sont d'une immense importance pour la navigation, elles offrent aussi à la géographie médicale des instructions pleines d'intérêt.

Après les observations d'hygiène et de pathologie qui ont fait le fond de ce mémoire, il nous restera peu de choses à dire sur la mer Blanche; ce n'est point un voyage pittoresque que nous écrivons, nous n'aurions d'ailleurs que bien peu de matériaux pour nous acquitter d'une pareille tâche. La mer Blanche occupe en latitude un espace assez étendu pour qu'il y ait une différence très sensible entre la partie méridionale qui en forme le fond et le détroit ouvert au N. qui en constitue l'ouverture; entre le 64e et le 68e degré, il y a, sous ce méridien, toute la distance qui sépare un pays parfaitement habitable, d'une terre ingrate, incapable de nourrir ses enfants. Le règne végétal indique assez bien la distinction; les grandes forêts de sapins et de bouleaux qui bordent les embouchures de la Dwina et de l'Onéga diminuent peu à peu dès qu'on revient vers le N.; les arbres s'atrophient et deviennent rares; le sapin lui-même disparaît complètement, en sorte que sur une partie de la côte de la Laponie russe, on rencontre à peine quelques arbrisseaux rabougris. Aussi quand, à propos des fièvres intermittentes, j'ai parlé de la possibilité des miasmes paludéens dans la mer Blanche, j'ai toujours eu en vue la partie du S., et particulièrement l'entrée de la Dwina, où nous avons stationné longtemps pour opérer le blocus du port d'Arkangel.

Je ne puis songer ici à donner les observations météorologiques journalières recueillies pendant nos deux croisières de la mer Blanche. D'un autre côté, je ne me dissimule pas que des observations incomplètes n'ont qu'une valeur secondaire; cependant j'espère en dire assez pour donner une idée générale de la climatologie de ce point du globe, au moins pendant la seule saison où la navigation y soit possible.

Durant la croisière de 1855, c'est-à-dire du 14 juin au 9 octobre, le maximum de température a été + 22°, le minimum — 6°, ce qui donne, par conséquent 28° pour l'amplitude des oscillations dans cette période. Les maxima 18°, 20° et 22° répondent à la fin de juin et au commencement de juillet. Les minima — 2°, — 4°, — 6° aux premiers jours d'octobre.

Pendant la dernière moitié de juin, la température est fort irrégulière; nous avons eu alternativement 4° et 22°; mais les plus grandes variations diurnes n'ont jamais dépassé 12°. Le mois de juillet est aussi assez inégal, le thermomètre y variant assez souvent de 10° à 20°. Du 1er août au 10 septembre, la température se maintient assez fidèlement entre 15° et 8°; mais, à partir du 15 septembre, l'abaissement est très manifeste. Enfin, dans les dix premiers jours d'octobre, les oscillations thermométriques se font de 4° à — 6°.

Sur 117 jours passés dans la mer Blanche ou à l'entrée, nous avons 30 jours de soleil; 22 jours de temps couvert, mais beau; 35 jours pluvieux; 22 jours brumeux et 8 jours neigeux. Juillet a été le mois le plus lumineux; septembre le plus sombre. A partir du 20 de ce dernier mois, le ciel et la mer prennent un aspect menaçant, et la station n'est plus tenable. C'est, en effet, à cette époque que nous avons quitté la mer Blanche; cependant pour en surveiller l'entrée pendant quelque temps encore, nous sommes restés jusqu'au 9 octobre au mouillage des îlots d'Iokans sur la côte septentrionale de la Laponie. Au moment de notre départ définitif pour la France, tout annonçait qu'il n'eût pas été prudent de faire un plus long séjour; la neige tombait avec persistance, des glaces se formaient tout autour de la frégate, et les abords de la terre commençaient à se prendre.

La traversée du retour n'est pas la partie la moins rigoureuse de la campagne, mais l'espérance est au bout. N'exagérons rien d'ailleurs; il est moins pénible de doubler le cap Nord, dans cette saison avancée, qu'on ne serait porté à le croire; à deux reprises différentes, nous avons franchi ce passage avec une grande facilité, poussés par des vents d'E. et de N.-E. Le 11 octobre 1855, étant par 71° 55" de latitude N., et par 24° 30" de longitude E., nous avons trouvé l'air à — 2, la mer à + 5° 4. La neige n'a pas cessé de tomber pendant toute la journée, et les aurores boréales se sont succédé pendant toute la nuit. Ces derniers phénomènes se renouvellent à peu près tous les soirs, jusqu'au moment où l'on parvient au 63e degré de latitude N.; alors ils commencent à devenir plus rares et moins beaux. Souvent, après avoir contemplé ces mystérieuses illuminations du pôle, nous avons tenté d'en faire la description, mais nous y avons toujours rencontré des difficultés très grandes : arcs lumineux, rayons, couronnes, draperies étincelantes et brillantes coupoles, tout cela se succède et s'entremêle tellement, qu'il est presque impossible d'en donner une idée juste.

Des que le cap Nord a été bien franchement doublé, cette traversée se trouve simplifiée considérablement, on commence à revenir vers le S., et l'on sent bientôt qu'on laisse derrière soi l'hiver et les longues nuits. Tout n'est pas fini cependant; à nos deux retours, l'Atlantique nous réservait des tempêtes que l'océan Glacial nous avait épargnées, et, si en jugeons par ce qui nous est arrivé, nous croirions volontiers que les plus mauvais temps de ce voyage se rencontrent surtout à la hauteur des îles Féroé et sur la côte occidentale de l'Irlande. Heureusement ces épreuves sont les dernières, et à peine en est-on sorti, que la vue de la terre natale vient les faire oublier toutes.

(Extrait des *Nouvelles Annales de la Marine*, janvier 1858.)

(1) Ch. Martins, *Mémoire sur les températures de la mer Glaciale, à la surface, à de grandes profondeurs, et dans le voisinage des glaciers du Spitzberg*. Paris, 1848.

(2) M. Ch.-P. de Kerhallet, *Considérations générales sur l'océan Atlantique*. Paris, 1854.

Abcès métastatiques du poumon.	5 fois.
Noyaux d'hépatisation grise du poumon.	3 fois.
Cas du même genre moins précis	2 fois.
Injection purulente des lymphatiques du poumon . .	1 fois.
Abcès métastatiques du foie.	2 fois.
Collections purulentes des membres	6 fois.

De ces lésions, comme vous le voyez, mon cher maître, le pus dans les veines, c'est-à-dire la phlébite, est de beaucoup la plus fréquente. Elle domine toute la question anatomique. Les autres lésions ne font qu'ajouter un élément de destruction souvent rapide à l'état des malheureuses femmes en couche déjà frappées par l'inflammation des veines.

Cette combinaison de plusieurs états graves est un fait d'une grande importance, sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté pour l'appréciation des nuances qui peuvent être relevées dans l'état des malades de cette sorte.

Je ne puis pas, comme vous le voyez, mon cher maître, refuser aux lésions locales une part prépondérante, et même pour rendre toute ma pensée, une valeur absolue en tant que lésions primitives. L'utérus a *toujours* été altéré dans les cas dont j'ai été témoin (car il l'était sur la seule femme qui n'a pas présenté de pus dans les veines utérines), et cette altération a *toujours* été une phlébite compliquée habituellement de l'une des lésions que j'ai étudiées plus haut. Car la phlébite, sans complication de gangrène, de pourriture d'hôpital ou de péritonite, n'a été observée que 10 fois.

Les lésions locales dans mes observations ont donc été *constantes*.

Hélas! cher maître, je rentre donc par cette remarque au nombre des *localisateurs* et des *organiciens*. Je fais profession cependant de n'être ni l'un ni l'autre, pas plus que je ne suis *vitaliste*, si par ces mots il faut entendre que j'adopte telle ou telle des doctrines qu'ils retracent comme une doctrine absolue, complète, régissant toutes les opinions médicales de celui qui se range sous telle ou telle dénomination.

Dans une science aussi peu faite que l'est et que le sera jamais la nôtre, toute interprétation exclusive, toute doctrine absolue, me semble beaucoup s'éloigner de ce que j'appellerais volontiers le bon sens. Je ne suis ni organicien, ni vitaliste quand même. Je vais, en simple que je suis, cherchant la vérité à l'aide de toutes les doctrines. J'observe, dans les faits que j'étudie, des actes qui me révèlent l'influence de forces; mais ces forces ne se manifestent à moi, ne me deviennent tangibles que par la présence et le jeu des instruments sur lesquels elles s'appliquent et qui sont les organes. Au lieu de tout rapporter aux forces ou de tout attribuer aux instruments, j'aime mieux emprunter, selon ce que me dit mon bon sens, tantôt aux déviations des unes, tantôt aux modificateurs des autres, l'interprétation des exemples que j'observe. J'ai plus de goût pour ce que le cardinal de Retz appelait le *sage milieu*, que pour les doctrines exclusives, et s'il me fallait absolument porter au dos une étiquette, je préférerais celle d'éclectique (sans attacher à ce mot bien entendu le sens que lui donnent les philosophes de profession).

Quelles que soient donc ces désignations, qu'il m'importe très médiocrement, du reste, de me voir ou non appliquer, je répète que, dans mes observations, il y a toujours eu une lésion locale des organes utérins. J'ajouterai que cette lésion a toujours été antérieure aux grands symptômes généraux qui se sont développés et qui trouvent en elle l'explication légitime de leur apparition. C'est là, en effet, le nœud de la question. Voyons ce qui dit à ce sujet l'appréciation des symptômes.

Le premier point que va bien établir leur étude, c'est que les faits dont j'ai été témoin étaient bien de la même nature et étaient même complétement identiques avec ceux qui, soit à la Maternité, soit à la Clinique d'accouchements, ont servi de base aux travaux de MM. Charrier, Tarnier, Lorain, comme aux opinions de MM. Dubois, Depaul, Danyau et autres qui, tous, sont partisans de l'existence d'une maladie particulière qu'ils désignent sous le nom de *fièvre puerpérale*. Cette identité de symptômes ne permettra guère, je suppose, de dire, comme cela a été fait par anticipation par les uns, et avec une affirmation presque dédaigneuse par quelques autres, que les faits du genre de ceux que je produis n'étaient pas des exemples de *fièvre puerpérale;* que la maladie observée à la Maternité et à la Clinique était bien différente de ce qu'on observait dans les autres hôpitaux. Voyons les faits, nous verrons après la réalité ou la nullité de l'objection.

Quelle que soit d'ailleurs mon opinion sur la nature et sur l'origine de ces symptômes, il faut, pour les comparer, les prendre à une même période dans les auteurs que j'indique et dans mes observations. Ces symptômes, à cette période, ont été un frisson violent développé, en moyenne, du deuxième au troisième jour après l'accouchement, quelquefois peu d'heures après. Ce frisson doit être bien distingué, d'une part, d'un frisson qui se manifeste immédiatement après l'accouchement, et d'autre part, de frissons qui peuvent aussi se rencontrer dans les jours qui suivent et qui ont une valeur différente. En effet, j'ai toujours recherché, chez les femmes que j'ai observées, s'il y avait eu du frisson immédiatement après la couche, et j'ai toujours constaté, à fort peu d'exceptions près, qu'il en avait été ainsi. Ce frisson, chez la plupart des femmes, est léger, et dure peu de minutes, un quart d'heure à peine. Chez d'autres, au contraire, j'ai vu accuser un frisson d'une heure de durée, d'une grande intensité, sans que ces femmes aient rien éprouvé par la suite qui dérangeât la marche régulière de leur couche. J'ai pu faire cette remarque un nombre assez considérable de fois; malheureusement je ne puis vous donner, à cet égard, un chiffre précis, forcé que, je serais de dépouiller un nombre considérable d'observations. Mais je puis vous affirmer que, pour ne pas être chiffré, le fait n'en est pas moins exact. Plus tard, je livrerai des documents plus précis sur ce point comme sur beaucoup d'autres ayant trait aux phénomènes de la grossesse et à ceux de l'accouchement; mes notes les comportent, et je les réunirai.

Si j'ai insisté sur ce frisson, qui suit la couche et qui peut être long et violent sans se rattacher à un état pathologique, c'est qu'on voit rapporter dans beaucoup d'écrits que le frisson initial commence quelquefois immédiatement après l'accouchement. Il serait bien possible que ces faits fussent seulement des exemples de frisson physiologique, si je puis m'exprimer ainsi. Jamais, dans les faits que j'ai observés, même chez des femmes qui, à mon sens, étaient déjà malades au moment de la couche, je n'ai rencontré, immédiatement après la couche, ce frisson prétendu initial, le seul qui soit important à étudier, le seul qui soit suivi de réaction. Il y a, en général, plusieurs heures au moins entre la couche et ce frisson et il faut bien remarquer que, chez les femmes qui ont présenté un frisson si rapide dans son apparition, l'accouchement avait été généralement très prolongé.

L'autre variété de frisson qu'il convient de distinguer de celui que nous considérons en ce moment est constituée par de petites atteintes légères, répétées, irrégulières dans leur retour, qu'on peut observer au moment de la fièvre de lait ou même avant et sans lien aucun avec le mouvement vers les mamelles. Nous reviendrons sur la valeur de ce symptôme, signalé avec cette forme, mais mal interprété, selon moi. Toutefois, il ne saurait ressembler au frisson dont nous nous occupons ici, et qui marque la venue de symptômes très graves.

En même temps le pouls s'est élevé à 120, 130, 144 et même 152 pulsations, sans caractères tranchés de force ou de petitesse, sauf certains cas dans lesquels, par exemple, l'élément péritonéal, prédominant au milieu de l'ensemble symptomatique, aidait à la dépression du pouls. La chaleur de la peau se manifestait sans être habituellement âcre et vive; elle était surtout marquée sur l'abdomen, et, même dans cette région, elle était d'ordinaire peu en rapport avec l'accélération du pouls.

Dans quelques observations nous avons constaté un peu de moiteur de la peau, sans refroidissement, et souvent nous avons rencontré ces larges congestions de la peau, occupant sur l'avant-bras et le dos des mains ou sur toute autre région, des surfaces assez étendues. Ces rougeurs superficielles, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, pour revenir promptement ensuite, qui ont été désignées, bien à tort, par l'épithète de scarlatiniformes, sont tout à fait semblables à ce qu'on observe chez les malades atteints de fièvre typhoïde.

La soif a été presque toujours vive. La langue, blanchâtre, collante, n'offrait que très rarement, ainsi que les dents, un enduit fuligineux, mais, comme les dents, comme les gencives et comme le bord des lèvres, elle était couverte d'un enduit pulpeux, sortes de mucosités épaissies, parfois assez abondantes, surtout sur les gencives et sur les dents latérales.

La respiration courte, souvent sans grande gêne pour la malade, quelquefois, au contraire, très cruellement anxieuse, a rarement été au-dessous de 28 inspirations par minute, et souvent à 32. Je trouve plusieurs faits où j'ai noté 44, 48 et même 52 et 64 inspirations par minute. Cette gêne de la respiration est déjà une première cause de l'altération de la parole, qui était souvent anhélante et entrecoupée, et ailleurs, était incertaine et tremblotante, les réponses étaient alors lentes, faites d'un air étonné, et témoignaient d'un certain degré de délire, dont la forme a toujours été calme.

Je n'ai vu qu'une seule fois, je ne dirai pas de la violence, mais un besoin de mouvement qui a nécessité des moyens de contention. Chez la totalité des femmes, c'était la forme du subdélirium de l'état typhoïde ou de l'adynamie, et non la forme violente de l'ataxie. Chez une seule j'ai noté, peu de temps avant sa mort, une gaîté calme, non bruyante, mais qui contrastait singulièrement avec la gravité de la situation. Il y a eu chez quelques femmes, surtout pendant la nuit, un peu d'agitation et des mouvements de la totalité du corps, sans violence, mais assez mal calculés pour que plusieurs soient tombées de leur lit. Nous n'avons eu que très rarement à observer ces formes de délire tranquille pendant lequel les malades se lèvent, marchent en silence, tout en titubant, sans but bien déterminé, et se laissent recoucher sans résistance, tout en marmotant des paroles sans suite. Chez une femme, cependant, ce fait a été observé une fois pendant la nuit.

Les forces étaient épuisées, et le plus souvent la malade restait étendue sur le dos les yeux fixes ou demi-fermés, sans mouvements autres que ceux des bras qu'elle portait au-dessus de sa tête, en gémissant quelquefois d'une façon incessante ou seulement en poussant de temps en temps des soupirs profonds et bruyants. D'autres accomplissaient ces mouvements d'une sorte de jactation sans proférer aucune plainte. Cette position des bras sur la tête ne parait pas toujours résulter de l'existence d'une céphalalgie intense, c'est pour les malades une manière de tenir les membres supérieurs qui, lorsqu'ils quittent cette position, tombent souvent hors du lit par suite de la dépression des forces. Plusieurs cependant ont accusé une céphalalgie, qui d'ordinaire ne présente pas une très grande acuité.

La face, par son apparence, est un nouveau signe de l'affaiblissement général. Loin de présenter constamment une rougeur en rapport avec l'accélération du pouls et avec la chaleur de la peau, elle était habituellement pâle, un peu jaunâtre même; chez quelques malades, on put constater par instant des bouffées subites de rougeur de toute la face, ou seulement un peu de coloration des deux pommettes, coloration variable, du reste, chez un même sujet, selon les moments divers. La face était, en outre, profondément altérée et comme décomposée, pour me servir d'une expression vulgaire, mais qui peint bien le désordre subi par les traits. Elle n'a pas été ce qu'on appelle grippée, sauf les cas où il survint, comme je le dirai tout à l'heure, une prépondérance des phénomènes péritonéaux; mais cependant j'ai observé assez souvent une excavation des yeux. Ce dernier symptôme est en rapport avec l'intensité d'un autre phénomène dont j'ai appris à redouter profondément la présence; je veux parler de la diarrhée. Ce signe a été à peu près constant; sur 69 malades, par exemple, il n'a manqué que 11 fois, encore avait-on affaire, dans ces cas, presque uniquement à des malades qui ont succombé à des gangrènes traumatiques. Cette diarrhée, que les femmes cherchent toujours à expliquer par l'abondance des gaz qui les tourmentent, est souvent très répétée, et constitue un signe des plus importants pour le diagnostic : son existence est surtout d'un pronostic on ne peut plus défavorable.

Comme autre symptôme intestinal important, j'ai noté un ballonnement souvent considérable qui s'est promptement développé chez la presque totalité des malades, même chez celles qui, à l'autopsie, n'ont présenté aucune trace de péritonite généralisée ou circonscrite.

Plus tard, l'affaissement allait en augmentant, la face se couvrait de sueur ainsi que tout le corps; dans certains exemples, les membres se refroidirent, la malade tomba dans un état de coma dont elle sortait assez facilement pour répondre soit avec assez de lucidité, soit, ce qui était plus habituel, avec hésitation ou avec incohérence. Dans ce coma, ou même sans qu'il existe, les malades exécutent, en tremblotant, des mouvements de céphalalgie et meurent sans crise violente. La mort, chez beaucoup d'autres, est venue au milieu de l'état de faiblesse et de prostration que je viens de décrire sans qu'il y ait eu de délire.

Si nous voulions compléter ce tableau, nous mentionnerions encore les nausées, les vomissements, le hoquet, qui se sont manifestés au milieu de cet ensemble auquel ils se sont ajoutés, surtout lorsque les lésions péritonéales sont devenues étendues et importantes. Dans un petit nombre d'observations, j'ai vu, au moment de cette sorte d'éclat péritonéal, se développer une sensibilité abdominale assez vive. Ce dernier fait a été rare. Car, au contraire, j'ai toujours constaté que les femmes cessaient d'accuser la douleur spontanée, ou encore celle qui se développe lors de la pression abdominale, même dans le cas de péritonite, à mesure que se prononçait leur état général d'affaissement.

Quand cet ensemble de phénomènes généraux se produit, la sécrétion lactée se supprime généralement, ou elle diminue seulement dans quelques cas, et les seins restent encore un peu durs à la base. Le plus habituellement ils sont flétris. Les lochies ne se sont pas aussi complétement et aussi généralement supprimées qu'on l'a dit souvent, et que le croient encore beaucoup de praticiens. Elles diminuent habituellement d'abondance, mais elles peuvent persister jusqu'à la fin, et surtout elles changent d'aspect, deviennent noirâtres et souvent très fétides, ce qui, comme vous le voyez à l'avance, doit correspondre et a correspondu habituellement, en effet, aux exemples de pourriture d'hôpital que j'ai eu l'honneur de vous rapporter.

Tel est l'ensemble des symptômes que j'ai constatés chez les femmes que j'ai perdues dans mon service. Ne trouvez-vous pas qu'il est de tous points semblable au tableau que M. Depaul a présenté fort en raccourci dans la discussion à l'Académie? N'est-il pas de tous points le même que le résumé de M. P. Dubois dans la même circonstance, que l'exposé de M. Tarnier (p. 40).

J'ai bien des fois, depuis que la discussion académique m'a forcé à résumer mes faits, comparé ce que j'avais observé avec ce que décrivent les auteurs que je viens de vous rappeler, et il me paraît bien difficile de trouver une seule différence, si petite qu'elle soit. Si je ne craignais d'abuser de votre attention bienveillante, je transcrirais ici les passages des deux discours que je rappelais tout à l'heure et la partie de la thèse de mon élève et ami M. Tarnier, dans laquelle il résume les signes de la fièvre puerpérale, et vous verriez quelle éclatante identité.

Les détails qui précèdent et qui ne sont que le dépouillement de mes observations prouvent donc que j'ai eu à étudier la même maladie que ces messieurs et qu'on ne peut pas prétendre que ce que j'ai vu n'est pas la *véritable fièvre puerpérale*, puisque ce que j'ai vu a offert les mêmes signes et a eu malheureusement une même terminaison. Autrement, si ce n'est pas là la *fièvre puerpérale* de ces auteurs, quels seraient donc les signes de leur fièvre puerpérale, à quels symptômes la pourraient-ils reconnaître? Mais non, il y a identité parfaite, et je crois que cette négation n'est plus possible en présence du détail des symptômes et de l'époque du début de ces accidents. Je reviendrai nécessairement, du reste, sur ce dernier point.

C'est ici, mon cher maître, que doit trouver place un fait qui, je l'espère, ne vous paraîtra pas indifférent. Loin de penser, avec les auteurs que je signalais tout à l'heure, que la maladie *commence* au moment où l'on observe ce frisson qu'ils ont appelé *initial*, je crois, d'après ce que les observations m'ont appris, que ce frisson marque le début de la période *finale, ultime* de la maladie, et non celui du *premier* développement.

Permettez-moi de vous exposer ces remarques, en vous indiquant rapidement comment j'y ai été amené.

Lorsque, découragé, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire dans ma première lettre, par des pertes successives, je résolus, en 1854, de me mettre à étudier sérieusement l'affection si meurtrière que j'avais sous les yeux, en oubliant ce que j'avais pu apprendre ou penser sur cette maladie, et en m'en prenant seulement aux faits, la première particularité qui me frappa fut le volume considérable que conservait l'utérus chez les femmes qui succombaient. Je me dis que, peut-être, en obtenant le prompt retour de cet organe sur lui-même, j'éviterais une grande part des accidents. Je me mis donc à mesurer l'utérus chez toutes mes femmes, en hauteur du pubis au fond de l'utérus, et en largeur d'un bord à l'autre, et j'essayai l'usage du seigle ergoté. La tentative fut malheureuse; le seigle, loin d'offrir le moindre avantage, me parut nuisible.

En mesurant toujours, je m'aperçus bientôt que, chez certaines femmes qui n'avaient pas de fièvre, qui n'accusaient aucune douleur spontanée vers l'utérus, je déterminais un certain degré de douleur par mes recherches pour préciser la mensuration. Cette sensation, que j'attribuai d'abord, comme je l'avais entendu faire plusieurs fois à des accoucheurs, à la fatigue éprouvée par l'utérus pendant l'accouchement, me parut cependant inégalement répartie chez les femmes. Les unes l'offraient à un haut degré, elle manquait complétement chez les autres; il y avait donc là un état pathologique. Par une filiation d'idées assez naturelle, la douleur appela l'émission sanguine; j'essayai l'emploi des sangsues, mais bien timidement et avec la crainte que me donnaient, à propos d'un moyen spoliateur, les idées d'un affaiblissement général chez la femme en couche et le peu d'efficacité signalée par cet ordre de moyens dans la *fièvre puerpérale*. Cependant, je vis l'utérus diminuer promptement de volume sous l'influence de ce moyen. A partir de ce moment, tout en mesurant, je cherchai, en outre, l'existence de la douleur, et, en étudiant de plus près, je constatai d'abord que cette douleur siégeait au niveau des parties latérales et surtout au niveau des angles de l'utérus, ce que, dans mes notes, je désignais sous le nom de *cornes* de cet organe. Bientôt, précisant davantage et devenant plus scrupuleux en même temps que plus expert dans ce genre d'exploration, voici ce que je finis par reconnaître à l'aide de progrès successifs.

Chez une femme dont la couche marche régulièrement, si la main de l'observateur, placée dans la pronation sur l'abdomen, embrasse le fond de l'utérus et le saisit entre le pouce et le médius, de manière à ce que ces deux doigts soient placés chacun sur un des angles qui unit les parties latérales au fond de l'organe, on trouvera que les annexes, au point où elles s'insèrent sur le corps de l'utérus, sont souples sous le doigt et ne sont, à la pression, le siége d'aucune douleur. Cette souplesse continue tout le long des annexes qui se portent vers les fosses iliaques, en descendant sur les côtés de l'utérus, et ces parties perceptibles sous le doigt donnent la sensation d'un corps mou, comme le serait un canal vide, un intestin de petite dimension. Sur aucun des points de leur trajet on ne détermine de douleur par la pression. Cette souplesse et cette absence complète de douleur se retrouvent à tous les moments, même immédiatement après l'accouchement, chez les femmes qui parcourent d'une façon régulière toute la période de leurs suites de couches. Voilà l'état normal.

Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps gonflé, par-dessus lequel le doigt qui explore de haut en bas saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque et même exister sur un point du trajet de l'annexe exploréc sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier fait est cependant plus rare.

Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et souvent elle l'accuse en disant : « Ah! là, vous me faites mal! » Il n'est pas besoin d'une forte pression pour constater ce signe; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter.

L'étude attentive et plus perfectionnée, si je puis m'exprimer ainsi, de ce signe, m'a permis de reconnaître que souvent il existe deux cordes tuméfiées du même côté, l'une antérieure et l'autre postérieure et un peu plus élevée, mais la tuméfaction de la corde antérieure est beaucoup plus habituellement observée. J'ai constaté quelquefois la présence de ces signes chez les femmes au moment même où elles venaient d'accoucher. Je l'ai trouvée sur des malades immédiatement après la délivrance et, il y a peu de jours encore, je constatais sur une primipare, dont le travail se prolongeait, une tuméfaction douloureuse de l'annexe gauche, tuméfaction qui a persisté après la couche, et qui, chez elle aussi, a paru être le premier symptôme d'un état devenu très fâcheux. C'est qu'en effet, ce signe est le véritable signe *initial* des accidents; le gonflement perçu va en se dessinant de plus en plus; la douleur que la pression modérée déterminait seule, devient bientôt plus vive, et se révèle lors des mouvements, lors de la toux; le pouls s'élève, la chaleur de la peau s'allume, et un état de maladie appréciable pour tous se manifeste.

L'ensemble de phénomènes alors observés doit être étudié à part, pour établir toute la réalité et toute la valeur de cette période de la maladie, période qui commence au gonflement local avec la douleur locale, non spontanée que je vous indique ici, et qui finit au frisson prétendu *initial*, loin que ce dernier soit le premier signe de maladie. Cette période, je l'étudierai dans la *Lettre* qui suivra celle-ci; mais avant de la finir, laissez-moi vous donner simplement les chiffres relatifs à la présence de ce signe local, dont j'ai commencé à préciser l'existence vers le mois de mai 1855, et que j'ai toujours étudié depuis.

Ce signe ne se trouve donc pas spécifié dans toutes les observations que j'ai recueillies en 1854 et dans les premiers mois de 1855. Il correspond évidemment, sur mes notes qui précèdent l'époque où je l'ai bien isolé, à ce que je désignais comme douleur locale déterminée par la pression, mais il n'y est pas relaté en tant que gonflement. Si donc je défalque de mes observations celles qui précèdent l'annotation spéciale de ce signe, je trouve que, sur 858 femmes, 311 n'ont présenté aucune altération, même locale, pendant toute la durée de leurs couches, qui ont été régulières. Les annexes, explorées chaque jour, ont été constamment trouvées souples, indolentes, à quelque moment que ce fût, même au sortir de l'accouchement. Chez 475 femmes, je n'ai plus trouvé cette régularité; mais, sur ce chiffre, 132 femmes surtout offraient d'une façon très marquée le signe que j'étudie ici. Les 343 autres l'ont présenté à un faible degré, et figurent en dehors des marches régulières, parce que j'ai dû prendre de certaines précautions de traitement sur lesquelles j'insisterai, précautions qui m'empêchent de considérer ces cas légers comme des femmes dont la couche a été régulière. A ces 132 femmes qui ont présenté un gonflement douloureux très évident, il convient d'ajouter le chiffre des femmes qui ont succombé depuis le moment où je l'ai constaté, et qui *toutes, sans exception*, ont présenté ce signe local du début. Ce chiffre est de 67, ce qui élève à 199 le nombre des femmes chez lesquelles le gonflement douloureux des annexes a été très fortement exprimé, et a acquis par conséquent, comme signe pathologique, une valeur non douteuse.

Je m'arrête ici, cher maître, et je reprendrai, dans une *Lettre* prochaine, ce qui a trait à l'étude plus complète de ce signe; j'essaierai ensuite d'apprécier l'importance qu'il doit prendre pour qui veut établir la véritable signification pathologique de la maladie dont j'ai fait l'objet des travaux que je résume dans ce que j'ai l'honneur de vous écrire ici.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Décembre 1857.

ABCÈS DU TIBIA; par le docteur HANCOCK. — H..., 43 ans, souffrait, depuis quelque temps, d'un gonflement du tibia avec ulcération de la peau de cette région : les symptômes annonçant évidemment un abcès de l'os, le chirurgien fit une incision cruciale de la peau, et, avec une couronne de trépan, enleva une large portion du tibia : il s'en échappa une pleine cuillerée de pus; on vit alors une cavité ronde, lisse, de 3 centimètres de diamètre, dont on fit sauter les parois avec le ciseau et le maillet. La cavité osseuse fut remplie de charpie; au bout de quelques jours, une suppuration de bonne nature s'établit, l'os bourgeonna et la plaie se cicatrisa promptement.

HYDATIDES DANS LE TIBIA; par le docteur COULSON. — Observation curieuse d'une affection excessivement rare. Sarah G..., 28 ans, a reçu un coup sur le tibia droit, il a huit ans environ; il survint un gonflement à la surface de l'os, d'abord peu considérable, mais qui, maintenant est gros comme un œuf de poule. Cette grosseur est restée très longtemps indolore, jusqu'en août 1858 : à cette époque, elle s'ulcéra et il en sortit une centaine d'hydatides. La plaie se ferma et se rouvrit deux fois; la malade entra à l'hôpital le 29 octobre. Le 4 novembre, M. Coulson fit une incision cruciale de la peau, et, après avoir enlevé la paroi antérieure du kyste osseux, en retira une multitude de petites hydatides. La cavité osseuse, très étendue, donne une abondante suppuration; une partie de l'os fut frappée de nécrose, le séquestre s'élimina, et la plaie finit par se cicatriser complétement. En examinant les hydatides, on trouva que c'étaient des acéphalocystes : il n'y avait pas d'échinocoques.

INFLUENCE DES ALCALIS CAUSTIQUES SUR LES PRÉPARATIONS DE JUSQUIAME, DE BELLADONE ET DE STRAMONIUM; par le docteur J. GARROD. — De nombreuses expériences faites par l'auteur l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Les alcalis caustiques, tels qu'une solution de potasse ou de soude, détruisent entièrement les propriétés de la jusquiame, la rendant complétement inerte en applications locales, aussi bien que l'orsqu'on l'administre à l'intérieur. Mélangée avec une certaine proportion de la solution alcaline, la jusquiame n'a plus aucune action sur la pupille, et l'on peut en prendre, par la bouche, de très grandes quantités sans qu'aucun symptôme d'empoisonnement se produise.

2° Les alcalis caustiques fixes exercent la même influence sur les préparations de belladonne et de stramonium.

3° Les carbonates et bicarbonates de potasse et de soude n'ont aucune influence de neutralisation sur les préparations de jusquiame, de belladone et de stramonium.

Les déductions pratiques à tirer de ces résultats pour les formules pharmaceutiques sont :

a. Il ne faut jamais prescrire une solution de potasse ni aucun alcali caustique fixe avec la teinture ou l'extrait de jusquiame, puisque les propriétés narcotiques de cette plante sont complétement neutralisées par ces alcalis.

b. Quand il y a nécessité d'administrer un alcalin en même temps que la jusquiame, on choisira, de préférence, un carbonate ou un bicarbonate qui, tout en laissant persister les propriété de la jusquiame, agira luimême sur l'estomac, sur la composition chimique de l'urine et sur la muqueuse des voies urinaires.

c. On observera la même règle toutes les fois qu'il sera nécessaire de prescrire un alcalin en même temps que la belladone ou le stramonium.

SUR L'UTILITÉ DE L'ÉLECTRICITÉ DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE UTÉRINE, par le docteur F. STAFFORD. — Le 28 octobre 1857, je fus prié, par un de mes confrères, de voir avec lui une malade qui l'avait fait appeler, croyant qu'elle allait accoucher. Nous trouvâmes la malade en proie à une abondante hémorrhagie qui l'épuisait rapidement; je trouvai l'orifice du col utérin dilaté de manière à admettre facilement deux doigts ensemble, le col était très dur, les membranes s'étaient rompues quelques heures auparavant, mais les douleurs utérines avaient complétement cessé. Je m'assurai par le toucher que l'on ne sentait pas le placenta et que nous avions affaire à une hémorrhagie accidentelle. Mon confrère m'apprit qu'il avait administré deux doses de seigle ergoté sans pouvoir ramener aucune contraction. Je me déterminai alors à essayer de l'électricité et, à l'aide d'un appareil électro-magnétique, j'administrai un certain nombre de douches électriques sur l'utérus, à travers les parois abdominales. Au bout de quelques minutes, j'eus le plaisir de voir revenir les contractions utérines, la tête descendit graduellement et je pus, en attirant le fœtus avec le forceps, terminer rapidement l'accouchement chez cette malade presque moribonde. Le placenta se détacha bientôt spontanément, et, après son expulsion, l'utérus demeura solidement contracté. Il ne survint pas d'autre hémorrhagie et la malade se rétablit rapidement sous l'influence d'un régime tonique et stimulant. Pendant l'application de l'électricité, la malade ne s'est pas plainte que les secousses fussent douloureuses, non plus que les contractions utérines qu'elles provoquèrent.

COURRIER.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Le samedi 1er mai 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux ou hospices de Paris.

Seront admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisé à concourir tous autres élèves en pharmacie ou pharmaciens, qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'administration, jusqu'au jeudi 15 avril, de midi à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, L. DUBOST.

— M. le docteur A. Dron, ancien interne des hôpitaux et ancien prosecteur, vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon.

— M. le docteur Leviez, ancien directeur et professeur à l'École de médecine d'Arras, membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à Roclincourt (Pas-de-Calais), à l'âge de 77 ans.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 41. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 8 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la fièvre puerpérale peut se prolonger et se prolongera, sans doute, puisque la liste des orateurs n'est pas épuisée; mais il est évident que, sous le rapport pathologique et dogmatique, elle a produit, à l'Académie, tout ce qu'elle pouvait produire. Nous disons : à l'Académie ; car la question n'est pas close dans la presse. Après le remarquable travail de M. Béhier, en cours de publication dans ce journal, nos lecteurs auront la bonne fortune de trouver dans nos colonnes un important mémoire de M. Pidoux sur le même sujet; de sorte que, dans l'espace d'un mois environ, l'UNION MÉDICALE aura fait passer sous les yeux de ses lecteurs, indépendamment de la discussion académique, toute la partie dogmatique de la question de la fièvre puerpérale, anatomique et localisatrice, sous la plume du médecin de Beaujon, généralisatrice et vitaliste sous la plume du médecin de Lariboisière.

Le résultat le plus clair et le meilleur qui sortira de la discussion académique, M. Cruveilhier aura l'honneur de l'avoir provoqué. Quelques idées que l'on conçoive sur la nature et le siége de la fièvre puerpérale, il est un fait malheureusement évident, c'est que la thérapeutique est impuissante contre cette terrible maladie. Un fait non moins évident, c'est qu'elle se développe surtout dans les établissements hospitaliers qui reçoivent un grand nombre de femmes en couches. L'étiologie est claire, la prophylaxie doit en profiter. Ici, la question d'hygiène domine la question pathologique. M. Cruveilhier l'a si bien compris, qu'après des considérations sur la nécessité de fermer les établissements hospitaliers destinés aux femmes en couches, et celle de substituer au régime actuel celui de l'assistance à domicile, l'honorable professeur a demandé que la question fût portée devant la section d'hygiène et étudiée à fond.

Après un des plus complets et des plus savants discours que cette question ait fait naître, discours riche de faits et d'érudition, l'honorable M. Danyau est arrivé à des conclusions plus modérées, et, nous le croyons, plus pratiques. Il ne faut pas fermer les établissements hospitaliers, il faut réduire le nombre des femmes qu'on y assiste; il faut multiplier, au contraire, les Maternités, mais les faire petites, disséminées, suffisamment aménagées pour que les mêmes salles ne reçoivent des femmes en couches qu'à des intervalles éloignés. M. Danyau a fait valoir d'excellentes considérations, et qu'il est impossible de négliger, contre la suppression absolue des établissements destinés aux femmes en couches. Ces établissements, en effet, sont non seulement un asile pour la pauvreté, mais encore et souvent un refûge pour les filles-mères. Ce sont encore des établissements d'instruction pour les élèves sages-femmes, et leur destruction nous ramènerait aux temps des matrones ignorantes, au grand détriment des populations des campagnes.

La solution indiquée par M. Danyau, si elle pouvait être adoptée par l'administration de l'assistance publique, si elle n'entraînait pas des dépenses impossibles peut-être à réaliser, serait, à notre avis, et sauf examen ultérieur, celle qui concilierait le mieux les droits de l'humanité avec les intérêts de l'enseignement. Quelque désirable que soit l'extension des secours à domicile, au point de vue de l'hygiène et de la morale; quelque louables que soient les efforts de l'administration dans le sens de cette extension, l'assistance nosocomiale sera longtemps encore, sans doute, et toujours peut-être, une impérieuse nécessité. Mais les temps nous semblent moins éloignés où l'on sera convaincu que les petits hôpitaux sont préférables à ces immenses centres hospitaliers, dans lesquels on accumule toute une population malade. L'homme est fatal à l'homme, ce grand principe d'hygiène est trop souvent oublié ou méconnu. La colossale réforme qui s'opère en ce moment dans l'hygiène de la ville de Paris, conduira nécessairement à la réforme des établissements hospitaliers. On peut prévoir le temps où chaque quartier de Paris possédera son petit nosocome, situé dans la position la plus salubre, sur un de ces squares à verdure réjouissante et saine, et qui surgissent comme par enchantement des entrailles de la vieille Lutèce. Il est facile de prévoir aussi que, dans quelques années, la ville de Paris sera la ville la plus salubre du monde. Traversée par un grand fleuve, possédant à l'est et à l'ouest les magnifiques bois de Vincennes et de Boulogne, qui l'inondent d'un torrent d'oxygène, abritée des vents du nord par la colline de Montmartre, ouverte aux vents salubres du sud, de l'est et de l'ouest, située sous une latitude heureuse et sous un ciel clément, qui la préservent des températures extrêmes de froid et de chaud, percée de magnifiques voies qui lui donnent l'air, le soleil, la bienfaisante influence des arbres, la ville de Paris deviendra le spécimen le plus intelligent et le plus splendide de ce que peut l'hygiène pour la conservation et l'amélioration des hommes.

Oui, quand le magnifique problème de Paris reconstruit sera résolu, Paris n'aura plus besoin que de petits, de très petits hôpitaux.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, ET NOTAMMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DES MUSCLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1) ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

Le traitement local de la myosalgie hystérique se compose d'une série de moyens qu'on peut grouper en quatre classes : les antiphlogistiques, les antispasmodiques, les stupéfiants et les révulsifs.

L'usage a, de temps immémorial, consacré l'emploi des topiques émollients, cataplasmes, fomentations, liniments, onctions, etc.; quoique ces moyens n'aient réellement d'influence sur la douleur, que par la température soit basse, soit élevée à laquelle ils sont appliqués. Ayant, dès l'abord, fait usage avec persévérance de cet ordre de moyens si banal, j'ai presque toujours constaté la nullité absolue de son action. Les douleurs de la myosalgie hystérique sont quelquefois si instables qu'on aurait grand tort de prendre leur disparition, dans quelques cas, pour un effet des topiques employés.

Je ne range pas dans la même catégorie de nullité, les sangsues et les ventouses soit sèches, soit scarifiées; parce que ces applications ont un double effet, l'effet déplétif et l'effet révulsif. Ces moyens ont beaucoup d'efficacité, ils réussissent fréquemment, mais j'ai pu constater que le premier effet était le moins utile, tandis que l'effet révulsif était celui sur lequel on doit le plus compter. Aussi, pour cette raison, je préfère de beaucoup les ventouses scarifiées aux sangsues ; elles font perdre moins de sang, et elles provoquent une douleur plus révulsive ; dans cette intention, il m'est arrivé souvent de faire retirer les ventouses aussitôt que les scarifications étaient faites et que toute la douleur était produite. De cette manière, on évite la perte de sang et l'on obtient un soulagement aussi complet que si l'on avait tiré beaucoup de ce liquide.

En général, il faut ne tirer de sang chez les hystériques que lorsqu'il y a de la pléthore. Le plus souvent, la perte du sang est sans influence évidente sur la douleur, tout en ayant le grave

(1) Suite et fin.—Voir les numéros des 20 février, 6, 13 et 27 mars 1858.

Feuilleton.

CORBEILLE DE ROGNURES.

J'ai pour ami un confrère — nous l'appellerons François, si vous voulez, je ne suis pas autorisé à vous dire son véritable nom — il habite la campagne, mais il n'est point médecin de campagne; il est médecin le moins possible et ne demanderait qu'à ne pas l'être du tout. A part les temps d'épidémie, et ils sont rares sur la montagne où il a fixé sa demeure, il ne donne de consultations et ne fait de visites qu'à son corps défendant. Il exige des unes et des autres un prix fort élevé — pour trois raisons, dit-il. La première, afin qu'on ne l'appelle que dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire très peu souvent; la seconde, pour qu'on suive exactement des conseils qu'on a payés cher; la troisième, c'est qu'il ne veut pas que ses confrères, moins à l'aise que lui, souffrent de son voisinage.

Nous le donnons pour ce qu'il vaut — sans l'embellir. Il professe, d'ailleurs, sur l'aumône, des idées particulières que nous pourrons, plus tard, faire connaître.

Les paysans, ses compatriotes, ont commencé par se plaindre de ces allures et par le voir d'un mauvais œil; mais comme il ne demande jamais de services gratuits et qu'on le trouve toujours prêt à obliger quand on s'adresse à lui en dehors de sa profession, on a fini, non seulement par l'accepter tel qu'il est, mais par comprendre et respecter son amour de l'indépendance.

C'est un original, répète-t-on; le fait est qu'il a cette forte tournure d'esprit que donne l'habitude du monologue et qu'il vous dit simplement des choses qui restent longtemps dans la mémoire. Je lui demandais un jour pourquoi il préférait la campagne à la ville : cela ne m'est pas personnel, me dit-il, c'est un sentiment général, sentiment que peut masquer chez les uns l'ambition avec ses décevants mirages, et qu'étouffe chez les autres la misère résultant des conditions économiques actuelles; mais voyez les gens qui viennent à la campagne et ceux qui rentrent à la ville; les premiers sont gais, les autres sont tristes, sans savoir pourquoi. Quant à moi, j'ai voulu me rendre compte de ce mouvement instinctif et j'ai fini par en trouver une raison qui me suffit. Outre les influences atmosphériques d'un air plus vaste et d'un soleil plus libre qui fortifient l'organisme réjoui, je trouve dans l'aspect et la fréquentation des choses agrestes une santé de l'esprit que ne connaissent point les citadins. En ville, tout me rappelle la nécessité d'être riche; aucune jouissance, ni physique ni morale ne s'y obtient qu'avec de l'argent et je n'y fais pas un pas sans être humilié de ma pauvreté et sans que cette humiliation ne fasse monter à ma pensée toute la lie des mauvais sentiments : à la campagne, au contraire, tout me fait sentir la vanité de la richesse. Que je contemple, du haut de la montagne, les horizons bleus qui se perdent dans la lumière, ou que je m'enivre, sous l'ombre mobile des forêts, de cette forte et amère senteur des chênes, qui est l'odeur même de Cybèle, partout, la même réflexion m'arrive : que me donneraient de plus les millions si ardemment disputés? en quoi le paysage me paraîtrait-il plus beau, le vent plus doux et le jour plus splendide?

En face de ces merveilles, je suis l'égal du possesseur des plus immenses trésors ; l'envie ne trouble pas la limpidité de ma conscience, et je rends grâce, sans arrière-pensée, à la nature de m'avoir conservé des sens intacts et à mon père de m'avoir laissé juste de quoi vivre, puisque cela suffit à me faire trouver la vie bonne.

— Et, lui dis-je, en posant mon index sur le pli profond qui sépare ses sourcils, tu ne t'ennuies jamais à la campagne ?

— Je m'y ennuie, du moins, avec plaisir, me répondit-il en souriant. Voilà l'homme ! Si ces détails ne suffisent pas au lecteur et qu'il désire faire plus ample connaissance avec notre *héros*, nous les compléterons, mais encore il faut nous le dire, car si nous aimons à parler de lui, nous craignons, par cela même, d'en trop parler. Nous ajoutons, néanmoins, un mot, le seul nécessaire, après tout, de ce long préambule.

A la fin d'une soirée, que — pour nous servir d'une expression consacrée par l'argot parisien — nous avions passée tout entière à *dégager le dogme*, je regrettais qu'il n'écrivît pas et qu'il laissât perdre ses idées aux hasards rompus de la conversation ; il alla chercher une liasse de feuilles de papier, de tous formats et de toutes couleurs : « Voilà, me dit-il, ma corbeille de rognures ; tâchez de vous débrouiller là-dedans, si cela vous amuse, et faites-en ce que vous voudrez. Seulement, dans le cas où, par impossible, vous jugeriez à propos de publier quelques fragments de ces rêveries, que ce soit sous votre seule responsabilité. Je crois qu'en voyant mon nom imprimé au bas de mes réflexions les plus intimes divulguées, je mourrais de honte. »

J'ai fouillé dans cette corbeille de rognures, comme l'appelle mon ami, et, parmi une foule de pensées détachées, ou d'observations sommaires, sans liaison entr'elles, j'en ai trouvé un certain mombre se faisant suite à elles-mêmes et dans lesquelles le sujet s'enchaîne et se développe de façon à former un tableau à peu près complet. Presque toujours, le point de départ de ces soliloques est une chose assez insignifiante; mais cela même rend plus curieux à étudier le crescendo où peut atteindre la méditation solitaire.

Ces méditations, empreintes de panthéisme, comme toutes celles des hommes qui, dépouillant les idées imposées et vivant en contact habituel avec la nature, tâchent de retrouver le sens primitif des choses; ces méditations, disons-nous, sont ordinairement accompagnées, dans le manuscrit, de réponses à des objections prévues. Nous laisserons de côté ces annotations jusqu'à nouvel ordre. Encore une fois, le morceau qu'on va lire est un essai : il nous a intéressé, nous pensons qu'il peut en intéresser d'autres. Mais, comme il se peut faire que l'amitié nous abuse, nous n'en risquerons un second que sur l'invitation formelle de nos lecteurs. Nous transcrivons textuellement :

Dr Maximin LEGRAND.

VARIATIONS SUR LE MOTIF DU *Requiem*.

Cette nuit, je me suis réveillé en sursaut au milieu d'un rêve affreux : je voyais mon fils entraîné par une bande d'hommes sinistres; dans l'impossibilité de lui porter secours, je voulais au moins l'avertir du danger par un cri, mais aucun son, malgré les plus violents efforts, ne pouvait franchir ma gorge contractée.

Quand je fus éveillé, j'éprouvai quelque chose de singulier. C'était

inconvénient de débiliter les malades et d'augmenter la prédominance du système nerveux. Il n'est pas très rare de voir une attaque d'hystérie suivre de près une application de sangsues.

Il est donc convenable, à moins d'état pléthorique, de ne recourir à cet ordre de moyens qu'après en avoir employé d'autres.

Autrefois, on avait une grande confiance dans les applications dites antispasmodiques; entre les mains de nos ancêtres, ces topiques étaient une sorte de spécifiques, des *manus Dei*, en possession de guérir infailliblement les maux hystériques. Il faut lire dans les écrits de Houllier, de Rivière, d'Ettmuller, et des auteurs de ces époques, les innombrables formules de ces remèdes merveilleux qui, à leur dire, guérissaient comme par enchantement les accidents de l'hystérie. Ainsi, on trouve, dans les observations de Rivière : « qu'un chirurgien très distingué, de sa con» naissance, guérissait fréquemment, en quelques instants, des » femmes près de mourir d'hystérie, par l'un de ces topiques placés » sur l'ombilic. »

Dans l'une des observations de cet auteur, on voit l'histoire d'une femme de 60 ans, qui fut guérie à l'instant même, de son hystérie et de ses douleurs de ventre, par une semblable application. Ces substances si merveilleuses, qui guérissaient à l'instant même (probablement à celui où l'attaque allait cesser), étaient le galbanum, le sagapenum, l'opoponax, l'oliban, le benjoin, la myrrhe, l'aloès, la rhue, le safran, la bryone, le musc, le castoréum, etc., etc., qui ont perdu complétement le glorieux privilége de guérir l'hystérie à la minute. J'ai essayé bien des fois toutes ces applications, et je n'en ai jamais obtenu d'effet appréciable, à moins que leur contact sur la peau n'ait amené de la douleur, ou que les émanations très odorantes qui s'en étaient échappées, n'aient produit par leur inhalation, quelques modifications sur le système nerveux.

Les applications stupéfiantes ne donnent pas non plus des résultats bien avantageux. Les préparations d'opium, de belladone, de stramonium, qui sont le plus employées, produisent en général des effets peu constants; on observe quelquefois de l'amélioration après leur emploi, mais c'est là tout; et, expérimentalement parlant, leur effet est très problématique. On fera bien de les employer faute de mieux, et pour varier la médication, mais il ne faut pas beaucoup compter sur leur puissance.

Les seuls stupéfiants dont l'application soit suivie d'un effet réel et assez constant, sont les applications d'eau froide et de glace; ces applications, qui produisent un effet très prononcé dans la dermatalgie, sont un peu moins puissantes quand les parties hyperesthésiées sont plus profondément placées. On s'en sert avec avantage pour les parties où comme à la tête et au front, la douleur est superficiellement placée, quand l'irritabilité de la malade ne permet pas d'employer les stimulants, ou quand ils n'ont pas réussi.

La médication vraiment héroïque contre l'hyperesthésie, consiste dans l'emploi des stimulants. Aussi les stimulants de la peau sont les antiesthésiques par excellence, et les succès qu'on en obtient justifient bien l'aphorisme si connu : *Duobus doloribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*. La stimulation douloureuse de la peau est le meilleur moyen de faire disparaître les douleurs situées plus profondément : son influence est telle, qu'elle dépasse tout ce qu'on pourrait en attendre.

Ces moyens révulsifs sont, en les rangeant par ordre de puissance :

1° Les cataplasmes très chauds;

2° La chaleur sèche administrée à l'aide de linges chauds, appliqués à une température aussi élevée que les malades les puissent supporter;

3° Le chloroforme et l'éther acétique appliqués soit isolément, soit collectivement, qui agissent beaucoup plus en stimulant la peau qu'en la stupéfiant, et qui ont l'avantage de pouvoir être employés d'une manière continue sur de larges surfaces et pendant plusieurs jours;

4° Les sinapismes, dont l'effet est plus puissant encore et dont l'application répétée deux ou trois fois par jour, pendant douze à quinze minutes, sur le même lieu, enlève si fréquemment les douleurs;

5° Les frictions soit avec la teinture d'iode, soit avec l'huile de croton tiglium, répétées également deux fois par jour, qui ont l'avantage de pouvoir être faites sur de très larges surfaces, où l'on ne pourrait pas mettre des sinapismes;

6° Le vésicatoire, qui a plus de puissance que les stimulants qui précèdent, et auxquels les douleurs de la myosalgie ne résistent guère;

7° Enfin le moyen par excellence, celui dont l'effet est le plus prompt et le plus certain, c'est la faradysation de la peau, suivant l'expression de M. Duchenne de Boulogne. On l'exécute au moyen des courants induits et intermittents que donnent les appareils de M. Duchenne ou de MM. Morin et Legendre. On s'arrange pour que le courant pénètre seulement dans l'épaisseur de la peau, sans aller plus profondément. A cet effet, on se sert de pinceaux métalliques qu'on promène lentement et en les appliquant perpendiculairement à la peau pendant deux et au plus trois minutes, dans toute l'étendue du lieu où siége la douleur, et en ne cessant que quand on s'est assuré que l'hyperesthésie est complétement dissipée. Durant cette opération, le passage du courant à travers la peau s'accompagne d'une série d'étincelles électriques qui partent de l'extrémité des fils du pinceau qui répond au pôle zinc. Ces étincelles provoquent une douleur tellement vive, qu'il serait impossible de la supporter au delà de quelques minutes. En même temps, il survient de la rougeur et de la chaleur à l'endroit où l'électrisation s'est faite.

On voit rarement les douleurs résister à ce moyen; presque toujours elles sont enlevées à l'instant même, et une fois l'opération terminée, la malade ne ressent plus rien, ni de la faradysation ni de l'hyperesthésie; on peut presser, mouvoir la partie qui était douloureuse, sans y provoquer la moindre sensation pénible. Il ne reste ordinairement qu'un peu d'étonnement et une sorte de stupeur desquels la malade se remet bientôt.

Assez souvent une seule faradysation suffit; mais il arrive quelquefois qu'il en faut plusieurs; quand les douleurs doivent revenir, elles reparaissent au bout d'une heure et le plus ordinairement au bout de cinq ou six heures. Passé ce terme, elles ne reparaissent plus, et l'on peut être certain qu'elles sont complétement dissipées.

Quand la douleur a reparu, il faut répéter l'opération soit le même jour, soit le lendemain, et toujours de la même manière. Ordinairement après chaque faradysation, la douleur diminue; et tant que cette diminution va croissant, on peut continuer.

Mais si, au bout de deux à trois séances, on n'a pas réussi à modifier la douleur, il faut renoncer à ce mode de traitement.

Les conditions de succès de la faradysation sont : la date récente de la douleur, son siége superficiel, sa diffusion et son degré moyen d'intensité. Cependant, comme il est des cas où, quoique très ancienne, la douleur a néanmoins cédé, je ne connais guère de cas où l'on ne puisse avec chances de succès tenter ce moyen.

Les femmes hystériques supportent, en général, la faradysation avec un courage et une tolérance qu'on ne trouve pas chez les hommes; néanmoins il en est quelques-unes auxquelles cette opération donne des attaques qui empêchent de la continuer pendant un temps suffisant; celles-là, dont on devine assez aisément, au premier abord, l'extrême susceptibilité, peuvent n'être soumises à la faradysation qu'après avoir été préalablement anesthésiées par le chloroforme. Il faut encore mettre ce moyen en usage, quand la myosalgie, très intense et très étendue, donne à supposer que la malade ne pourra pas supporter la faradysation pendant le temps nécessaire pour enlever la douleur. L'action du chloroforme n'ôte absolument rien à l'effet révulsif de la faradysation, et quoique la malade elle-même, quand elle est réveillée, déclare n'avoir rien ressenti, l'effet révulsif s'est produit aussi complétement que si elle en avait eu conscience. Avec ce correctif, il n'est point de malade à laquelle on ne puisse proposer la faradysation, et la crainte de provoquer une trop vive douleur n'a plus de motifs.

On ne recourra, du reste, à ce moyen que quand tous les autres auront échoué, ou quand la douleur est tellement faible, qu'il suffira d'un courant peu intense pour la faire disparaître.

Le repos des muscles hyperesthésiés est l'une des conditions les plus importantes du traitement de l'hyperesthésie, et celle sur laquelle il faut appuyer avec le plus d'insistance. Si ce repos n'est pas gardé, les malades guérissent difficilement; l'immobilité seule a plusieurs fois suffi à faire cesser la souffrance des muscles. Dans l'ignorance où l'on a été jusqu'à présent sur la myosalgie hystérique, et quand on croyait que les douleurs résidaient dans les viscères splanchniques, on a conseillé l'exercice, la promenade, le travail manuel, l'équitation, comme étant les moyens de porter sur les muscles la stimulation qu'on supposait être profondément placée; il est maintenant évident que cette pratique était mal entendue; en effet, la première condition de soulagement pour un organe souffrant est le repos de cet organe; or, on faisait précisément le contraire en recommandant le mouvement. Il ne faut pas trop s'inquiéter des inconvénients que ce repos pourrait avoir pour les malades, attendu qu'il est de peu de durée. J'ai vu des malades épigastralgiques ou rachialgiques depuis longtemps, chez lesquelles les divers traitements employés ne faisaient absolument rien, et chez lesquelles un repos absolu, le séjour complet au lit pendant quatre ou cinq jours, avaient suffi pour faire tomber complétement les douleurs.

Il est entendu que le traitement local des myosalgies n'est que le complément du traitement général qui doit dans tous les cas être employé, et faire en quelque sorte le fond de la thérapeutique de l'hystérie.

REVUE CRITIQUE.

DE LA TRANSMISSIBILITÉ ET DE L'IMPORTABILITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE.

§ I. — LA FIÈVRE JAUNE EST UNE MALADIE INFECTIEUSE MIASMATIQUE.

Au point de vue de la causalité les maladies infectieuses, qui sont de véritables empoisonnements dont nous ignorons et l'origine et la nature du principe toxique, peuvent cependant déjà être séparées en celles qui, se transmettant d'individu à individu, sont contagieuses, et en celles qui, étant indépendantes de l'individu malade, ont leur source en dehors de lui, soit dans l'air, soit dans le sol, et qui sont dites miasmatiques; elles ont toutes cependant un caractère de spécificité qui les réunit dans un seul groupe et qui permet, en même temps, d'en faire des espèces morbides distinctes. Le typhus, la peste, etc., sont des maladies contagieuses, tandis que les affections paludéennes, le choléra et la fièvre jaune, paraissent rentrer dans la classe des maladies miasmatiques. Il ne sera, sans doute, guère possible de prouver de si tôt que, pour celles-

---

comme des étourdissements, comme des *absences* momentanées, comparables à ce que font éprouver les décharges électriques, et rapides comme elles. Cela se reproduisit un assez grand nombre de fois, à des intervalles d'abord rapprochés, toutes les huit ou dix secondes; puis, à la façon des oscillations d'un pendule qui s'allongerait toujours, les intervalles devinrent, avec régularité, de plus en plus grands, et, enfin, tout rentra dans l'ordre habituel.

Par ce mouvement instinctif qui fait qu'on change de position pour se soustraire à l'impression d'un cauchemar, je m'étais, dès le premier moment du réveil, retourné sur le côté gauche, et j'avais placé la paume de ma main droite sous la région précordiale, pour m'assurer que ce que j'éprouvais n'était pas produit par une violente et périodique contraction du cœur.

Cette précaution était superflue, puisque j'avais affaire précisément à des *absences* complètes; je ne m'assurai donc de rien. Néanmoins, je ne crois pas que là fût la cause que je cherchais, car j'ai souvent et longtemps eu des palpitations, et n'ai jamais, alors, ressenti rien de pareil.

Qu'est-ce donc que ce phénomène, nouveau pour moi, et à quoi faut-il l'attribuer ?

Je m'adressais ces questions pour la dixième fois peut-être, machinalement, avec lenteur et en perdant insensiblement la conscience même de leur signification, comme il arrive dans la position horizontale et la demi-somnolence. — Je trouve, contrairement à ce que l'on raconte de Descartes, que la position horizontale, si favorable à la rêverie, ôte toute suite et toute force à la méditation.

Mes idées bientôt, répondant à l'appel persistant d'une sensation nouvelle, prirent un autre cours; c'était ma main qui, étroitement appliquée contre ma poitrine et pressée par le poids du corps, ressentait avec force les chocs de la pointe du cœur.

C'était simplement cela. Mais si le mot du vieux Montaigne est vrai : *que philosopher c'est apprendre à mourir*, quelle plus puissante initiation aux idées de l'ordre philosophique que les simples et naturels battements du cœur !

C'est ainsi — je me le rappelai dans cet instant — que, dans mon enfance, la main fortuitement placée sous ma poitrine, mon intelligence aborda, pour la première fois, les redoutables problèmes de la vie et de la mort.

Quoi donc, de tout ce que l'homme observe, peut ainsi lui définir la notion du temps, et lui rendre à ce point palpable les conditions prochaines de son existence et de sa destruction? « Je vivrai jusqu'au moment précis où mon cœur ne battra plus, et il ne doit battre qu'un certain nombre de fois, » est une formule bien autrement saisissante que toutes les métaphores employées pour peindre la durée : — La lampe s'éteint quand l'huile est consumée; mais je puis l'entretenir indéfiniment; sa lumière dépend de ma volonté; d'ailleurs, je l'éteins et je la rallume quand il me plaît. Qui rallumera mon cœur éteint? — Une pendule s'arrête; mais je remonte sa chaîne détendue. — Le soleil, au bout de la course des heures, se couche et disparaît; mais je sais qu'il est immobile et que nous le reverrons tout à l'heure. — Les saisons ne sont que la succession d'états différents pour des corps que je retrouverai sensiblement les mêmes l'année prochaine; mais mon cœur n'a eu qu'un printemps, et les froids d'un seul hiver le glaceront à jamais.

Son rhythme, à la façon du microscope qui permet d'évaluer rigoureusement en millièmes de millimètres les longueurs d'êtres invisibles à notre œil désarmé, son rhythme seul me fait comprendre la valeur du temps qui m'est échu en partage.

Chacun de ses battements est une des divisions, rendues sensibles, de la mesure de ma vie.

La première fois que je touchai ainsi du doigt le moteur de mon organisme et que je me sentis ébranlé par ses isochrônes pulsations, il me sembla que c'étaient les pas sonores de la mort elle-même — cet inévitable Commandeur — que j'entendais distinctement. Je retirai ma main, ému d'une singulière terreur, et, enfant peureux, je me cachai bien vite la tête sous d'autres pensées.

Mais qu'est-ce donc que la mort? et d'où vient que son effrayante image nous oppresse et nous fait ainsi souffrir?

Cela vient de ce que l'idée que nous nous en faisons est une idée fausse.

Erreur et douleur devraient être dans la langue humaine, comme ils le sont en réalité, deux mots synonymes.

Troublé par l'orgueil, aveuglé par l'ignorance, l'homme a voulu restreindre la notion de la vie aux proportions de son individualité; il a affirmé que la vie commençait avec lui; elle devait finir avec lui : toutes les affirmations contingentes ont leurs négations relatives. L'homme se trompe-t-il ? — et il se trompe souvent — il en est averti par la souffrance; c'est là l'infaillible criterium. L'idée de la mort lui est douloureuse, c'est que l'idée de la mort n'est pas vraie.

Punition d'une conception téméraire et fausse, contradiction artificielle d'une affirmation étroite autant qu'absurde, la mort et ses ténèbres disparaîtront quand les yeux de l'homme se seront ouverts à la lumière; quand son esprit aura été frappé par l'éclat sans ombre de la vie.

Qu'il conçoive qu'il n'a pas été créé de toutes pièces; que les éléments et les forces qui le constituent, les lois qui le forment et le dominent, que tout cela ne date pas de l'heure de sa naissance et n'a pas été fait exprès pour lui; qu'il enlève, en un mot, les limites de son commencement, et celles de sa fin n'auront plus de raisons d'être.

S'il dit : Je suis, donc j'ai été, aucune hésitation ne fera plus trembler sa conscience quand il ajoutera : Donc, je serai.

La mort, telle que nous la craignons, n'est qu'un phantasme; la vie seule est réelle, la vie *est* seule. Ce que nous appelons la mort n'est que la condition et la source des manifestations de la vie toujours jeune et sans cesse épanouie. — Aussi bien de la vie universelle et absolue que des vies partielles dont elle se compose; c'est-à-dire des formes déterminées à l'aide desquelles elle se révèle.

Les formes sont à l'être comme les cordes d'un merveilleux instrument, et les existences particulières sont les nœuds de vibrations de ces formes qui concourent à l'éternelle harmonie.

M. Baillarger commencera son cours sur les *maladies mentales*, à l'hospice de la Salpêtrière, *dimanche, 11 avril, à 9 heures* du matin et le continuera tous les dimanches à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées à l'histoire de la paralysie générale.

ci, l'agent toxique est de nature végétale, comme l'admet Mühry (1), ou bien qu'il est un ferment dont nous ne connaissons encore ni la matière fermentescible, ni le produit de la fermentation, et que le groupe entier doive être réuni sous la dénomination de maladies *zymotiques*. Toutes ces hypothèses ne servent qu'à couvrir notre ignorance ; bornons-nous à constater ce qui est, à enregistrer les faits et à n'en tirer que des conclusions rigoureuses.

Si, de prime-abord, il paraît difficile de pouvoir rapprocher la fièvre jaune de la malaria ; si l'infection paludéenne ne prend naissance que sous certaines conditions de climats, de lieux, de saisons, de température, etc. ; si le développement et la propagation de la fièvre jaune obéissent à ces mêmes influences, il y aura quelques motifs de faire ressortir au moins l'analogie et les particularités qu'on peut signaler entre ces deux maladies, d'après les faits authentiques consignés dans les recueils scientifiques et les traités spéciaux qui ont paru dans ces dernières années. Toutefois, il ne pourra être question de la dernière épidémie de Lisbonne que très secondairement; car nous n'en possédons que quelques renseignements que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Suquet, chargé par S. E. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics d'étudier le fléau sur les lieux mêmes.

§ II. — Extension de la fièvre jaune dans les climats chauds et tempérés.

S'il est vrai que nous ne trouvons des traces de la fièvre jaune qu'à partir de la première moitié du XVIIe siècle, et cela seulement dans quelques écrits d'auteurs français, il n'est nullement prouvé que cette maladie ne remonte pas à une époque beaucoup plus antérieure et qu'elle n'ait pas sévi sur plusieurs points du globe bien avant que la navigation moderne ne soit venue favoriser son extension du nouveau à l'ancien continent. Il est, au contraire, tout naturel de penser que, sous les mêmes conditions morbides, des faits identiques se présentent à toutes les époques ; seulement il faut ajouter sous les mêmes zones, d'après les recherches plus générales qui ont été entreprises sur la distribution géographique des maladies. Circonscrite d'abord par les auteurs dans le golfe du Mexique et dans quelques ports de mer voisins des deux Amériques, la fièvre jaune s'est étendue de la zone torride dans les zones tempérées du Nord et du Sud, sans dépasser, jusqu'ici du moins, le 48° de latitude boréale ; mais, dans l'hémisphère austral, elle a franchi le 27°, limite que lui assignent les médecins qui ont écrit, jusque dans ces derniers temps, sur cette affection. En effet, elle n'a été rencontrée que depuis peu dans les provinces les plus méridionales du Brésil, en 1853 ; sur la côte occidentale de l'Amérique, au Chili, en 1856, et au Pérou, à plusieurs reprises, en 1853 et en 1856. Il suffit de se rappeler d'ailleurs les épidémies de fièvre jaune qui ont sévi sur les côtes occidentales de l'Afrique, dans un grand nombre de ports de la Péninsule hispanique et de l'Angleterre, pour se convaincre qu'elles se montrent sous les mêmes latitudes que les maladies miasmatiques. Comme celles-ci, elles ne se développent spontanément que dans les pays chauds, dans les localités où règnent, pendant un temps prolongé, une température élevée et des pluies chaudes. Même l'immunité qu'on attachait au séjour sur la côte orientale du continent, ne peut plus se soutenir devant les faits acquis pendant ces dernières années, faits sur lesquels nous reviendrons avec plus de détails dans la suite de cette appréciation.

§ III. — La fièvre jaune se développe spontanément dans les ports de mer ; elle se propage dans l'intérieur des terres.

Mais ce n'est là qu'une analogie que nous signalons, quant à présent, sans insister davantage sur la présence quelquefois simultanée de la fièvre jaune et d'affections paludéennes dans quelques contrées humides, basses et marécageuses. La première de ces maladies se localise cependant de préférence dans les grandes cités, et, le plus souvent, dans les villes maritimes, mais non toujours, comme on le dit généralement. La restriction que nous exprimons, à cette occasion, ne concorde pas avec l'opinion émise déjà par Reider (1) et par M'Kinlay (2), qui, tous deux, pensent que la cause de la fièvre jaune réside dans les vapeurs qu'exhalent les eaux de mer mélangées d'eaux douces et stagnant dans le voisinage de la mer, ni avec celle de M. le docteur Suquet, qui soutient que cette maladie est la conséquence du mélange des eaux de la mer avec les eaux douces. Cet auteur reproduit cette opinion dans ses rapports sur la dernière épidémie de Lisbonne. Mais, dans ces hypothèses, tous les ports de mer seraient, de temps en temps, visités par cette cruelle maladie ; au moins les rades les plus négligées et les villes maritimes les plus malpropres seraient le plus exposées et le plus souvent infectées. C'est peut-être par suite de cette préoccupation d'esprit qu'on a cherché la cause de l'épidémie de Lisbonne dans les égouts de la ville, mal entretenus. Mais en faisant la récapitulation des villes envahies par la fièvre jaune, tant dans l'ancien que dans le nouveau continent, on voit que ce sont souvent les plus belles cités, comme New-York, New-Orléans, Bahia, etc., qui sont les plus maltraitées; M. Lallemant (3), qui nous a donné la description la plus complète des épidémies de fièvre jaune qui ont ravagé le Brésil, dans ces dernières années, rappelle que les ports de mer de cet empire, notamment Rio-Janeiro, étaient beaucoup plus propres, au moment où l'épidémie y sévissait, qu'il y a vingt ans, époque à laquelle la fièvre jaune était encore inconnue au Brésil.

D'ailleurs, l'influence du mélange des eaux douces et salées n'est certes nullement admissible dans les *cas, incontestables aujourd'hui*, où la fièvre jaune s'est déclarée spontanément sur des navires. Cette cause ne peut pas être invoquée davantage dans ces conditions particulières où l'on voit le fléau s'éloigner des côtes et s'étendre dans l'intérieur du pays, comme cela s'est vu dans la dernière période décennale, le long des rives du Mississipi et dans les épidémies de l'Espagne. Dans d'autres foyers, au contraire, il a suffi d'un déplacement de quelques lieues pour se soustraire aux atteintes du fléau ; ainsi aux Antilles, où est conservée la pratique de ce précepte espagnol : « Huir pronto, huir lejos, volver tarde ; » promptement fuir; fuir loin et revenir tard ; il a été également ainsi à Lisbonne, d'après les remarques de M. Suquet. Mais ces observations n'ont-elles pas été trop restreintes ? car nous apprenons du savant médecin sanitaire à Rio, M. Lallemant, que la fièvre jaune, endémique

(1) *Die geograph. verhaltuisse der Krankh.* Leipzig, 1856.

(1) *Abh. über d. gelbe fieb.* Wien, 1828.

(2) *Yellow fever in Brazil. Edinb. Monthly journ.*, 1852.

(3) *Das gelbe fieber nach d. geogr. verbr.* Breslau, 1857.

au Brésil, a pénétré dans l'intérieur de l'empire, en suivant le cours des fleuves et celui de leurs affluents ; cet auteur rappelle que, dans ces derniers temps, en 1856, il y a eu une invasion sur le parcours du fleuve des Amazones et des cours d'eau qui l'alimentent, jusqu'à une distance de 150 milles de son embouchure, où, par conséquent, il n'est plus possible de faire intervenir parmi les causes de la maladie les émanations putrides résultant du mélange des eaux douces et salées.

En écartant de la pathogénie de la fièvre jaune une influence hypothétique qui ne se soutient plus devant les faits, il reste cependant à en apprécier encore un des éléments, l'eau de mer, dont l'intervention est d'autant plus indispensable, que, sans elle, il n'existe point d'épidémies spontanées. Les annales de la science nous apprennent que celles-ci ne se sont encore déclarées primitivement que dans les ports de mer ou sur des navires. La propagation dans l'intérieur des pays s'est faite jusqu'ici, que nous sachions du moins, consécutivement et secondairement. Mais, avant de rechercher les conditions plus particulières sous lesquelles la fièvre jaune se montre dans les villes maritimes et se propage dans l'intérieur des pays, il est très curieux de constater que cette maladie peut éclater sur les navires, même pendant leur navigation sous les tropiques, et en dehors de toute espèce de cause ou d'influence tellurique. La solution de ce problème intéresse, au plus haut degré, la grave question de l'importation, de la transmission de la fièvre jaune et des mesures quarantenaires.

§ IV. — Développement spontané de la fièvre jaune sur les navires.

En général, cette maladie se déclare sur les navires pendant qu'ils se trouvent dans un port de mer et dans un climat chaud, ou bien peu après qu'ils ont quitté ou simplement touché un lieu infecté. Dans tous ces cas, il sera toujours extrêmement difficile de déterminer l'origine réelle, la cause première du fléau, et de prouver que celui-ci dépend réellement des navires. Ce ne sont pas des faits équivoques qu'il s'agit d'interroger dans cette question si délicate, mais il faut constater, par des exemples évidents, que la maladie a éclaté en pleine mer. S'il est vrai qu'il n'existe absolument aucun moyen de pouvoir garantir qu'un vaisseau n'a rien contracté dans la rade d'où il est sorti, ou sur le littoral qu'il a touché, il n'est pas moins certain, d'après la critique sévère que M. La Roche (1) a faite de tous les cas qu'il a recueillis à ce sujet, que la fièvre jaune se montre souvent spontanément sur des navires qui n'ont été en contact avec aucun foyer, mais qui ont été eux-mêmes la cause et le foyer du mal. Le professeur Griesinger (2), autrefois médecin sanitaire, fait remarquer, à cette occasion, que les navires qui deviennent des foyers d'infection, sont, en général, mal construits, tenus peu proprement, ayant surtout dans la cale des masses d'eau corrompue. Leur chargement n'est pas non plus sans influence ; ainsi ceux qui ont du charbon, du sucre et des peaux, paraissent le plus exposés. M'Kinlay (3) soutient que les navires chargés de sel restent au contraire intacts. D'ailleurs, l'influence fâcheuse des émanations putrides n'a été nulle part mieux constatée que sur les vaisseaux. Déjà Reider a vu que les individus qui séjournent, pour leurs travaux journaliers, dans les espaces les plus humides, surtout ceux du voisinage des pompes et des parties chauffées du navire, contractent les premiers la fièvre jaune. On a vu même des gens de service en être frappés après avoir assisté simplement à l'aération, à la ventilation du navire, tellement les effluves qui s'échappent du bas-fond des vaisseaux, où croupissent des eaux parfois depuis des mois, sont non seulement dangereux pour les marins, mais encore pour tout ce qui les avoisine; ils répandent même l'épidémie au loin. Gillekrest cite de ces émanations qui, s'exhalant de vaisseaux en rade, ont propagé la fièvre jaune jusque dans les maisons voisines de la terre ferme. Dans la dernière épidémie de Lisbonne, qui paraît avoir été importée par un navire venant du Brésil, ce sont également les gens du port, les employés de la douane, qui ont été les premiers frappés, et c'est parmi eux qu'il faut compter également le plus de victimes.

Mais le fait de la production spontanée de la fièvre jaune sur les navires, tout à fait reconnu et admis, est encore diversement expliqué : les uns pensent que la cause première réside dans l'usage qu'on fait de bois vert dans la construction de certains vaisseaux; que ce bois, sous l'action d'une chaleur excessive, se séchant très rapidement, engendre des vapeurs nuisibles ; les autres croient que c'est l'émanation des bois pourris, par suite de leur immersion dans l'eau corrompue de la cale, qui donne lieu à cette maladie. Dans les deux hypothèses, c'est un phénomène d'exhalation, peut-être même le résultat d'une fermentation qui serait la cause première. Qu'importe qu'elle procède par voie sèche ou par voie humide ! La condition essentielle, ce qui paraît certain dans ce phénomène d'exhalation, c'est évidemment la présence de l'eau de mer corrompue ; et si, comme J. Wilson (4) rapporte des exemples, il est arrivé que la maladie augmentait d'intensité sur les navires après qu'on en avait enlevé, par l'action des pompes, une grande partie de l'eau gâtée et accumulée dans les bas-fonds pendant la saison chaude et sous des latitudes brûlantes, c'est que, par cette opération, on a produit précisément sur le vaisseau ce que la température élevée, qui vaporise en partie l'eau des terrains marécageux, produit sur les bords, à demi-desséchés, des mares d'eau, on a agrandi la surface exhalante des effluves morbides, et, par là, on a donné au foyer même une extension plus grande.

Quand, après des recherches bien sérieuses, on a pu se convaincre que la fièvre jaune dépend réellement des émanations du navire lui-même, que la localité et le personnel n'ont pas été cause de l'infection, il est très utile, soit pour prévenir l'extension d'une épidémie, soit pour en modérer l'intensité, de recourir à un moyen hygiénique et curatif, qui consiste à s'opposer au dégagement des vapeurs miasmatiques ; ce moyen, c'est d'entasser dans les espaces où se trouve l'eau corrompue des morceaux de glace qui, en refroidissant l'eau et l'air ambiant, arrêtent l'évaporation et la formation même des effluves putrides ; et si la cause morbifique est là réellement, on voit l'épidémie diminuer, puis s'éteindre peu à peu. C'est du moins l'indication que fournit la doctrine nouvelle sur la nature de la fièvre jaune. Ainsi, un procédé hygiénique

(1) *American journ.*, 1853-1854 ; et *Yellow fever*, etc. 2 V: Philad., 1855.

(2) *Haudb. d. spec. Pathologie und Therapie*, von R. Virchow, t. II, 63, Erlangen, 1857.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Medic. notes on China.*

pourrait devenir, sur des vaisseaux et pendant les ravages de terribles fléaux, un excellent agent thérapeutique qu'il serait toujours facile de mettre en pratique.

(*La suite prochainement.*) Dr B. Schnepp.

PATHOLOGIE.

Sur la pyémie spontanée et primaire;

Par le professeur Wunderlich.

Depuis longtemps, on a cessé de comprendre sous le nom de pyémie une maladie du sang déterminée et démontrable, et l'on n'exige plus que les produits de la maladie consistent toujours et partout en pus. Ce mot a une signification conventionnelle et désigne des affections dans lesquelles il se forme simultanément dans plusieurs organes ou systèmes de tissus, et d'une manière aiguë, des lésions que l'on attribue à l'inflammation ou qui s'y rattachent (comme des extravasations, suppurations), sans existence d'une cause spécifique générale, ou sans qu'une lésion, déterminée par une cause purement locale, ait pu en devenir le point de départ. Si la formation de pus était toujours constante, M. Wunderlich préférerait le terme de diathèse purulente déjà proposé.

Notre confrère allemand publie cinq observations extrêmement intéressantes de maladies qui lui paraissent rentrer dans cette catégorie. Malheureusement, nous ne pouvons le suivre dans cet exposé, ni discuter, chacun de ces cas permettant des objections sérieuses, que l'auteur ne s'est pas dissimulées, et qu'il combat sans avoir pu cependant toujours effacer de notre esprit tous les doutes, non sur l'existence de la pyémie, mais sur sa nature spontanée et primaire.

L'affection constitutionnelle qui détermine cette pyémie idiopathique, peut se développer au milieu de la meilleure santé. Tous les cinq malades étaient dans la force de l'âge (quatre entre 21 et 26 ans ; un de 39), bien portants, ou du moins n'avaient que des indispositions ne présentant aucun rapport avec cette maladie grave. Les causes réelles en sont tout à fait inconnues ; il en est de même des causes prédisposantes ; trois fois l'humidité froide paraît avoir déterminé la maladie ou plutôt son explosion. Ces cas ont été observés une fois en janvier, trois fois en février et une fois en juillet (été froid et humide).

Les infiltrations plastiques dans les tissus ou des exsudations de même nature dans les séreuses existaient dans les cinq cas ; ces lésions étaient toujours accompagnées de catarrhe ou d'affection croupale des muqueuses et de ramollissement et d'augmentation de volume de la rate. Quatre fois des suppurations ; trois fois des extravasations de sang ; deux fois des exsudations hémorrhagiques ; deux fois l'œdème ; deux fois la putréfaction prompte des cadavres et des lividités cadavériques considérables ; une fois un coagulum friable et décoloré dans une veine, mais qui ne venait d'aucune région malade. Les organes lésés étaient extrêmement nombreux, singulièrement distribués parfois, sans qu'il eût été possible de trouver la cause de cette distribution en apparence capricieuse.

Dans trois cas, le premier symptôme décidé de la maladie était une syncope, ayant déterminé la chute des personnes ; trois fois on a noté également un frisson, très prolongé dans un cas. Peut-être avait-il aussi existé dans un quatrième, où le malade est entré à l'hôpital, le second jour, avec le diagnostic de fièvre intermittente. Toujours les malades avaient eu, dès le début, le sentiment d'une affection grave.

L'habitus général de la maladie et les combinaisons des symptômes isolés étaient tels, que dans tous les cas le diagnostic était douteux au commencement, et est resté plusieurs fois incertain jusqu'à la mort. Trois fois la maladie avait un caractère typhoïde plus ou moins décidé ; dans deux de ces cas il existait une affection folliculeuse de la fin de l'intestin grêle, mais pas à un point suffisant pour justifier le diagnostic d'un typhus (?) ; elle manquait dans le troisième. On l'a trouvée dans un autre cas, sans symptômes typhoïdes.

Dans un de ces cas, le diagnostic flottait au commencement entre un typhus et une tuberculisation aiguë.

Un cas présentait, dans les premiers jours, une marche intermittente.

Deux cas auraient pu être considérés comme un rhumatisme articulaire ou comme un ictère malin.

Deux cas montraient au début les symptômes d'une affection aiguë des reins.

Une seule fois la diathèse purulente était évidente de très bonne heure, au troisième jour.

Malgré la grande diversité des symptômes, il en a existé quelques-uns de constants.

Tels sont : les frissons, qui ne se sont répétés qu'une fois. Les phénomènes fébriles avaient toujours la plus grande intensité. La température atteignait et conservait pendant plusieurs jours des degrés que l'on n'observe que passagèrement dans des maladies moins graves (40°,6 à 41°,2 et même au-delà). Elle n'avait pas de rémissions matinales, caractère qui la différentie de celle de la fièvre typhoïde, et a atteint une fois, immédiatement avant la mort, le degré extrême de ce que l'on a encore observé (42°,7). Il n'y avait jamais d'intermittence franche. Soif extrêmement vive. Pouls, 112 à 148 ; plusieurs fois dicrote.

Prostration ; amaigrissement et collapsus rapides.

Vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles ; délire constant, mais jamais continu ; syncope initiale, trois fois ; somnolence. Pas de lésions cérébrales à l'autopsie, si ce n'est dans un cas, un foyer apoplectique qui ne s'est formé qu'à la fin de la maladie, car c'était le cas où la connaissance était le mieux conservée et interrompue seulement passagèrement par du délire et de la somnolence.

Dyspnée considérable quatre fois, et dans trois cas, pas en rapport avec les lésions insignifiantes trouvées à l'autopsie dans les voies respiratoires.

Inappétence totale ; sécheresse et enduit épais de la langue ; diarrhée constante ; selles jaunâtres, sans aspect typhoïde ; ventre ballonné, douloureux.

Rate toujours augmentée de volume, pas douloureuse.

Albumine dans l'urine, quatre fois ; sang, deux fois.

Les douleurs articulaires ne manquaient jamais, même dans les cas où l'autopsie ne montrait aucune altération dans les articulations ou dans leur voisinage. C'est de ces douleurs, ainsi que de la soif, que les malades se plaignaient le plus.

La peau avait quatre fois une coloration cyanosée et deux fois une teinte ictérique. Sueurs abondantes dans trois cas ; sudamina largement

répandus dans deux; roséole très discrète sur le tronc, pétéchies, taches livides et sugillations réunies ensemble sur trois malades, et ces dernières seules, chez un quatrième. Dans ce cas, il y eut également, aux mains et aux pieds, une éruption de pustules ecthymateuses et de bulles remplies de sang et de sanie; enfin, dans un cas, on a observé une éruption de pustules ecthymateuses et de bulles de pemphygus sur le dos.

Dans tous les cas, la marche était rapide et la terminaison fatale. La mort est arrivée une fois au quatrième jour (c'est le cas de l'apoplexie cérébrale; mais, sans cette complication, le malade n'aurait guère pu vivre un jour de plus); deux fois au douzième jour et deux fois au quinzième; elle survenait sans agonie grave, dans une sorte de consomption rapide, à l'exception d'un cas où une dyspnée très considérable a amené une fin plus pénible. — (*Archiv. f. physiol. heilk*, nouvelle série, t. I, 1857.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Regnault, sur le service médical de Bourbon-l'Archambault, pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Jobert, de Guyonville (Haute-Marne), sur les revaccinations qu'il a pratiquées en 1857. (Com. de vaccine.)

3° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements de la Haute-Saône et de la Loire-Inférieure.

4° Le rapport final de M. Bocamy, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans les communes de Planaize et de Rasiguères (Pyrénées-Orientales).

5° Douze rapports définitifs de M. Danvin, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de St-Pol (Pas-de-Calais) en 1857. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

Un travail intitulé : *Résumé des expériences faites sur l'air, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique et l'hydrogène injectés dans le tissu cellulaire et les cavités séreuses*, par MM. Demarquay et Leconte. (Sera inséré au *Bulletin*.)

M. le Président annonce à l'Académie que MM. Tourdes et Stœber, professeurs à la Faculté de Strasbourg, assistent à la séance.

M. le Président rappelle à l'Académie que l'ancienne commission, chargée de présenter les candidatures au titre de membre associé libre, a émis le vœu, avant de se séparer, qu'il soit prochainement déclaré une vacance dans la même section. En conséquence, une commission de cinq membres sera nommée mardi pour s'occuper de cet objet.

M. Devergie donne lecture d'une observation, envoyée par M. Rennes, de Bergerac, membre correspondant, et relative à un homme atteint à la fois de folie homicide et suicide. Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire précédemment présenté par M. Voisin.

M. Velpeau dépose sur le bureau la relation d'un cas d'invagination de l'intestin colon, réduite à l'aide du procédé indiqué par M. Lepelletier, de la Sarthe. Ce procédé consiste à introduire dans le rectum une tige creuse et renflée à son extrémité supérieure, à la manière d'un embout de spéculum, laquelle refoule la partie prolabée de l'intestin. L'observation de ce cas a été envoyée à M. Velpeau par M. le docteur Cabaret, de Saint-Malo. (Comm. MM. Jobert, Velpeau et Robert.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Cruveilhier.

L'honorable académicien, reprenant son discours au point où il l'a laissé dans la dernière séance, aborde l'étude de la lymphangite purulente, qui lui paraît être le caractère le plus remarquable du typhus puerpéral. Au point de vue de l'anatomie pathologique, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques est la marque spéciale de la fièvre puerpérale; il n'a, en effet, jamais trouvé cette lésion ni dans la péritonite ni dans aucune autre maladie. La présence du pus dans les veines utérines est même incomparablement plus rare, à la suite de l'accouchement, que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques; ce fait, au premier abord, peut sembler paradoxal, mais il est fondé sur un nombre immense d'observations pour M. Cruveilhier; il faut, d'ailleurs, bien se garder de confondre les veines purulentes avec les vaisseaux lymphatiques; erreur facile, dans laquelle est tombé M. Cruveilhier lui-même à sa première autopsie, et qui, plusieurs fois commise, sans doute, par les différents observateurs, explique les dissidences sur ce point. Les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques purulents sont, en général, injectés de pus sans qu'on sache positivement encore si ce pus traverse les ganglions, ou s'il y est arrêté comme par une barrière infranchissable.

Peut-on guérir de l'inflammation suppurée des vaisseaux lymphatiques? M. Cruveilhier pose cette question et ne la résout pas. Il dit seulement avoir observé chez des femmes qui avaient échappé aux accidents primitifs et qui succombèrent beaucoup plus tard, du pus demi-concret, dans les points qui sont habituellement le siége de la purulence lymphatique de l'utérus.

« Je m'empresse, ajoute M. Cruveilhier, de reconnaître que je ne suis pas le premier qui ait observé la lymphangite utérine; M. Tonnelé, alors interne à la Maternité, l'a signalée dans un mémoire publié en 1830. Après lui sont sont venus MM. Danyau, Nonat et Duplay.

Mais ce ne sont pas les seules altérations qu'on trouve dans la fièvre puerpérale; la phlébite utérine suppurée en constitue une des formes les plus redoutables. Pour compléter le tableau des lésions morbides, il faut mentionner la pleurésie puerpérale toujours purulente, souvent double, coïncidant quelquefois avec la pneumonie lobulaire; il faut noter encore le rhumatisme puerpéral avec tendance à la suppuration, et enfin la gangrène de l'utérus.

En présence de phlegmasies aussi considérables, la question de savoir si la fièvre puerpérale est une fièvre primitive, essentielle, ou bien une fièvre symptomatique, ne semble-t-elle pas jugée? Au surplus, voici ce que je crois être la vérité à cet égard : La fièvre puerpérale est à la fois une fièvre et une phlegmasie, conséquences d'une cause commune, l'infection miasmatique. Je ne vois aucun inconvénient à appeler du nom générique de fièvre toutes les maladies locales accompagnées de réaction fébrile. Continuons donc à donner le nom de fièvre puerpérale à la fièvre des nouvelles accouchées, mais n'oublions pas, qu'en général l'étendue des lésions phlegmasiques, locales, mesure la gravité de la maladie.

J'arrive maintenant à une des dernières questions de M. Guérard : Quelle est la nature de la fièvre puerpérale? Il ne s'agit pas, bien entendu, de la nature intime de cette maladie, mais simplement de la place qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique. Ainsi simplifiée, la question se réduit à considérer la fièvre puerpérale comme étant la *fièvre traumatique des femmes récemment accouchées*. On peut, en effet, comparer la femme qui vient d'accoucher au blessé qui vient de subir une grave opération chirurgicale : chez tous deux, épuisement nerveux, émotions de toute espèce, douleurs vives et prolongées; chez tous deux, vaste solution de continuité qui, pour se cicatriser, exige le développement nécessaire d'une fièvre traumatique. Chez les nouvelles accouchées, elle s'appelle *fièvre de lait*, parce qu'en vertu de lois faciles à saisir dans leur but, impossibles à saisir dans leurs moyens, elle s'accompagne de sécrétion lactée dans les mamelles. Voilà pour l'état régulier.

Poursuivons ce parallèle entre les accidents qui surviennent chez la femme en couches et ceux qui peuvent survenir chez les blessés; tous deux meurent d'hémorrhagie primitive ou consécutive, d'épuisement de la sensibilité, de convulsions, d'inflammation, de gangrène, d'érysipèles erratiques, de phlébite suppurée et d'infection purulente. Enfin, la femme en couches meurt de lymphangite purulente, accident possible, mais très rare chez les blessés.

Telles sont, Messieurs, les observations qu'il m'a été donné de faire à la Maternité.

Je passe aux conclusions :

1° La fièvre puerpérale est essentiellement une fièvre traumatique.

2° Les conditions particulières dans lesquelles se trouvent l'utérus et l'économie tout entière, constituent ce qu'on pourrait appeler le traumatisme puerpéral.

3° La fièvre puerpérale épidémique et contagieuse, reconnaissant pour cause principale l'encombrement, mérite le nom de typhus puerpéral.

4° Les caractères anatomiques essentiels du typhus puerpéral sont la péritonite, la sous-péritonite et la lymphangite purulentes. La phlébite utérine purulente est incomparablement plus rare que la lymphangite purulente.

5° Il est infiniment probable que l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques est une cause de l'intoxication du sang dans le typhus puerpéral; mais cette intoxication ne se manifeste pas ordinairement par des abcès viscéraux, comme il arrive dans la phlébite purulente.

6° La possibilité de l'infection purulente du sang par la lymphangite n'est pas décidée d'une manière positive.

« Qu'il me soit permis, en terminant, d'émettre un vœu qui trouvera, j'en suis sûr, de l'écho chez tous les membres de l'Académie et dans le corps médical tout entier. C'est que cette discussion ne reste pas stérile, si quelques dissidences restent encore parmi nous sur l'interprétation dogmatique de quelques-uns des éléments dont se compose la fièvre puerpérale. Il ne peut pas en exister sur le fait fondamental du caractère éminemment contagieux et miasmatique de la fièvre puerpérale des maisons d'accouchement.

Qu'on n'espère pas de diminution dans le chiffre de la mortalité de ces maisons, si les choses se maintiennent dans l'état où elles sont en ce moment. Il n'y a qu'un seul parti à prendre, c'est la suppression des grands hospices d'accouchement; c'est leur remplacement par des secours à domicile, auxquels on pourrait ajouter un certain nombre de petits hospices de douze à vingt lits, situés hors de Paris, et dans lesquels chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière.

Je propose donc à l'Académie de soumettre cette grave question à la section d'hygiène, à laquelle seront adjoints ceux de nos collègues qui ont fait une étude plus spéciale des maladies des femmes en couches. Le rapport de cette commission sera soumis à l'Académie et adressé, après discussion, à l'autorité compétente qui, j'en ai la conviction intime, fera droit à une réclamation appuyée par l'Académie tout entière. »

M. le Président : Le vœu émis par M. Cruveilhier sera soumis au conseil d'administration de l'Académie, qui en fera l'objet d'une proposition.

M. Danyau : Pour moi, Messieurs, la fièvre puerpérale est une maladie d'origine miasmatique dont le miasme générateur pénètre dans le sang, l'empoisonne et le rend apte à la production, le plus souvent très rapide, de localisations inflammatoires très variées, surtout dans les organes, dont la vitalité a été exaltée par la grossesse et l'accouchement.

A l'appui de cette opinion si bien présentée par M. Depaul et par M. Trousseau, qu'il me soit permis d'apporter encore quelques remarques et quelques faits. Et d'abord, il est digne d'observation que les épidémies de fièvre puerpérale, non seulement envahissent les établissements spéciaux, mais encore sévissent sur les villes d'une grande étendue, voire même sur plusieurs parties d'un continent en même temps. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit la fièvre puerpérale en 1819, régner à la fois, à Vienne, à Prague, à Dresde, à Wursbourg, à Bamberg, à Ansbach, à Dillingen, dans plusieurs villes d'Italie, à Lyon, à Paris, à Dublin, à Glascow, à Stirling, à Stockolm et à St-Pétersbourg.

Il est assez curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles des animaux domestiques, aux chiennes, aux vaches, aux poules, etc.

Je renonce à déterminer quel est le principe délétère qui engendre la fièvre puerpérale, mais, quel qu'il soit, il ne me paraît pas moins hors de doute qu'il peut tuer avant d'avoir produit la moindre localisation inflammatoire. Si l'absence de lésions locales primitives range de droit la fièvre puerpérale dans la classe des pyrexies, la présence de lésions locales secondaires ne peut lui ravir cette place et lui en assigner une autre dans le cadre nosologique.

M. Danyau admet avec M. Trousseau et avec MM. Lorain et Tarnier, l'étroite solidarité physiologique et pathologique de la mère et du fœtus; il rapporte une observation tirée de sa pratique à l'appui de ce qu'il avance, et il réclame la priorité, à ce sujet, pour MM. Schidler et Huetter, dont les travaux remontent, pour le premier, à 1845; pour le deuxième, à 1851.

M. Danyau, après avoir rappelé la rapidité de l'invasion de la fièvre puerpérale aussi bien dans les maisons particulières que dans les établissements publics, passe en revue tous les traitements proposés pour combattre cette affection et arrive à des conclusions absolument négatives. Abordant ensuite les mesures prophylactiques conseillées par les orateurs précédents, il montre que si l'on ferme les hospices d'accouchements, il faut aussi, et pour la même raison, demander la fermeture, sinon la suppression complète des hôpitaux contenant des salles de chirurgie. Il signale, en passant, les très graves inconvénients qui résulteraient au point de vue de l'instruction, de ces mesures, c'est-à-dire de l'abolition totale des grandes maisons d'accouchements.

« Les demi-mesures, dit M. Danyau, en terminant, seront cependant toujours insuffisantes. Ainsi, quoi qu'on ait pu faire en 1856, les ravages de la maladie ont continué; elle avait pris domicile parmi nous et suivait presque partout ses victimes désignées : c'est à l'empêcher de se développer que tous les efforts doivent tendre. Dans le système actuel ces efforts seront toujours impuissants. L'administration avait décidé, sur notre demande, que les salles de la Maternité seraient évacuées à tour de rôle et chacune d'elles laissée vide pendant quelque temps après la sortie de toutes les femmes qui en avaient occupé les lits.

Malgré la meilleure volonté, et bien que la conviction de l'utilité de cette mesure soit enfin entrée dans les esprits, les exigences d'un service où les femmes affluent plus que nous ne voudrions, n'ont pas permis, en 1857, de se conformer à notre désir et aux prescriptions de l'administration, et deux fois seulement, dans toute l'année, l'évacuation des salles a pu avoir lieu. Il est évident que c'est là un préservatif insuffisant, et qu'on ne fera rien de bien tant qu'on n'aura pas assez d'espace et pas assez de lits disponibles pour n'en occuper jamais qu'une partie; tant qu'on n'aura pas des services tout prêts et bien appropriés dans des maisons exclusivement destinées à des femmes en couches, pour recevoir à la moindre alarme celles qu'on serait forcé de repousser de l'hôpital menacé. Si les ressources actuelles ne peuvent suffire, il faut, quels que doivent être les sacrifices, prendre son parti d'en créer de nouvelles, car si l'on ne s'y décide, il n'y aura plus à choisir qu'entre le maintien de l'état actuel, sur lequel l'expérience a prononcé, et la généralisation des secours à domicile, dont les inconvénients ne sont pas contestables et dont les avantages sont encore douteux. »

— La séance est levée à cinq heures un quart.

COURRIER.

La séance du Comité de rédaction de l'Union Médicale ne pourra pas avoir lieu demain vendredi; elle est renvoyée à mardi prochain, 13 avril.

— Depuis la mise en vigueur des dispositions prescrites par la note du ministre de la guerre du 30 juin 1848, concernant la vaccination des jeunes soldats et des militaires non vaccinés, le chiffre des varioleux a sensiblement diminué dans l'armée, et la variole elle-même y a généralement perdu de sa gravité.

Mais si, grâce à la ponctuelle exécution de ces moyens, il est resté démontré que les sujets vaccinés sont à l'abri de la variole spontanée et n'ont presque rien à redouter de la transmission des varioles sporadiques, on a eu lieu cependant de remarquer qu'en temps d'épidémie cette première vaccine n'a pas toujours été un préservatif suffisant, et, d'autre part, on constate aujourd'hui que les faits sur lesquels se fonde la nécessité des revaccinations deviennent de plus en plus nombreux.

Cette opération, pratiquée comme moyen prophylactique dans plusieurs épidémies de variole, a été suivie des résultats les plus favorables, et l'on doit conclure des effets déjà obtenus, que les individus qui se sont montrés sensibles à une nouvelle vaccine l'auraient été également à l'influence épidémique de la variole.

D'après ces considérations et sur l'avis du conseil de santé des armées, le ministre de la guerre a décidé qu'à l'avenir la revaccination serait pratiquée dans toute l'armée.

En conséquence de cette décision, toutes les troupes de la garnison de Paris se rendent par détachement chaque semaine à l'Académie de médecine pour y être soumises à la revaccination.

— M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera la seconde partie de son cours de pathologie interne, amphithéâtre n° 3, de l'École pratique, le vendredi 9 avril, à 3 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

M. Becquerel terminera complétement cette année le cours de pathologie interne, et traitera spécialement des hémorrhagies, des flux, des produits accidentels et des névroses.

ERRATA. — Dans le précédent numéro (6 avril 1858), page 159, 1re colonne, ligne 46, au lieu de : tantôt aux *modificateurs*, lisez : tantôt aux *modifications*. — Même page, 3e colonne, ligne 34, au lieu de : mouvements de *céphalalgie*, lisez : mouvements de *carphologie*.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 42. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 10 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance s'est ouverte, lundi dernier, par la lecture de l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Clapeyron, dans la section de mécanique, en remplacement de M. Cauchy.

Après cette lecture, faite par M. Élie de Beaumont, le nouvel académicien a, sur l'invitation du président, pris place parmi ses collègues.

M. Flourens, prenant la parole pour dépouiller la correspondance, a mentionné d'abord une lettre de M. Lortet, de Lyon, relative aux descendantes de Bailly. M. le ministre de l'instruction publique, faisant droit à la demande de l'Académie informée par M. Lortet, a autorisé le prélèvement d'une somme de 1,000 fr. sur les fonds inemployés, pour venir en aide à deux parentes de Bailly, qui sont aujourd'hui dans une position précaire. Par la lettre dont il s'agit, M. Lortet remercie l'Académie de Paris d'avoir pris en main la cause de celles que l'Académie de Lyon appelle « ses protégées. » « Il est bien juste, a dit M. Flourens en terminant cet exposé, que les descendantes d'un homme qui a jeté un si grand lustre sur l'Académie, soient les protégées de toutes les Académies. »

— M. Legrand du Saulle a envoyé l'observation d'une jeune fille qui, dans un moment de désespoir, a tenté de se suicider au moyen d'allumettes chimiques : elle avait détaché, puis avalé, les extrémités imprégnées du mélange phosphoré. M. Legrand du Saulle, appelé à lui donner des soins, lui administra de l'émétique et parvint à se rendre maître des accidents. Elle est, aujourd'hui, bien portante. L'auteur termine son observation en se ralliant à la proposition récemment soumise à l'Académie, par MM. Chevallier père et Abel Poirier, de prohiber le phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes et d'imposer l'usage du phosphore amorphe.

Voici le printemps; c'est, à l'Académie des sciences, la saison où se forment les commissions de prix et où se pressent, en foule, les mémoires, volumes, notes, communications de toutes sortes, en vue de la récolte future des récompenses inscrites au programme. A tous ces travaux, on peut, avec une légère variante, appliquer une formule consacrée : Il y en aura, nous l'espérons, beaucoup *de lus*, mais, hélas ! peu seront appelés au jour solennel du jugement.

Pour les prix de médecine et de chirurgie, ont été mentionnés par M. le Secrétaire perpétuel :

Un mémoire de M. Godard sur la monorchidie et la cryptorchidie.

Un travail de M. Marey sur la circulation du sang et la contractilité des vaisseaux, dont nous avons parlé dans un de nos derniers *Bulletins*.

Un mémoire de M. le docteur Debeney sur la cure radicale des rétrécissements de l'urètre. (Nous rendrons compte, ces jours-ci, de cette brochure, dans un article bibliographique.)

— Un travail de M. le professeur Masson, de Bruxelles, relatif aux dangers qui résultent de l'emploi industriel du sulfure de carbone (caoutchouc, dentelles, etc.); et aux moyens de conjurer ces dangers. M. Masson, après avoir expérimenté un grand nombre de substances, recommande de placer dans les ateliers de la chaux hydraulique, qui absorbe complétement les vapeurs dangereuses du sulfure de carbone.

— Des recherches expérimentales, par M. Colin, d'Alfort, sur les fonctions du système lymphatique.

— Des vues nouvelles sur l'anatomie chirurgicale, par M. Legendre.

— Des analyses d'eaux minérales au point de vue de la glairine et de la barégine, par M. Aulagnier.

En dehors de ces envois à destination officielle et déterminée, la correspondance comprenait encore :

Une lettre de M. Heurteloup, relative à son instrument lithotripteur, dont l'invention lui est contestée.

— Un supplément au travail récemment présenté à l'Académie par MM. Poiseuille et Lefort, et concernant l'existence de la glycose dans la lymphe et le chyle.

— M. Lucas, aide-naturaliste au Muséum, envoie une note sur une graine d'une euphorbe du Mexique, à laquelle une chenille particulière, qui se métamorphose dans l'intérieur de cette graine, communique des mouvements paraissant spontanés, et, par cela même, extraordinaires chez un végétal. M. Lucas a étudié avec soin les mœurs de cette chenille; il fait remarquer le merveilleux instinct en vertu duquel la chenille prépare une sortie au papillon futur. L'écorce de la graine, trop dure pour être percée par le papillon, lui serait une prison mortelle; la chenille, mieux armée, amincit l'écorce dans un certain point, de telle façon qu'elle cédera au premier effort de l'insecte parfait. A propos de cette intéressante note, M. Duméril fait remarquer que des observations analogues ont été fournies à la science par des insectes de la famille des Lampyres.

— MM. Claparède et Lachmann, qui ont partagé avec M. Lieberkühn le grand prix des sciences physiques en 1857, redemandent, comme l'a fait ce dernier, leurs planches et l'autorisation de prendre copie de leur mémoire. L'Académie accède à ce double vœu, appuyé par M. Flourens, mais à condition que les planches reviendront à l'Institut une fois l'ouvrage de ces messieurs publié.

— M. Tigri a adressé un mémoire, en italien, sur les capsules surrénales. M. Cl. Bernard est chargé d'examiner ce mémoire et d'en rendre compte à la compagnie.

M. Flourens fait hommage de son *Histoire de la circulation du sang*, traduite en italien par MM. les docteurs Martini et de Lucca.

Enfin, M. Jomard, d'Étampes, envoie la relation complète de l'érection de la statue de Geoffroy St-Hilaire, dans cette ville.

Deux rapports de M. Becquerel et la nomination d'une commission ont occupé la seconde moitié de la séance. Plusieurs incidents, singuliers et instructifs, comme toujours, se sont élevés pendant ces lectures et pendant le scrutin. Nous y reviendrons à loisir. Pour aujourd'hui, qu'il nous soit permis de revenir, en quelques mots, sur notre *Bulletin* de samedi dernier.

D'abord, nous tenons à compléter le titre du mémoire de M. Forget, mentionné dans la précédente séance; il est intitulé : *Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires.*

— Dans la même séance, M. N. Guillot a dit avoir entrepris sur les embryons très jeunes de l'homme et de quelques animaux, des observations qui l'ont conduit à une autre manière d'interpréter la genèse des dents. Il admet l'existence d'une portion organique dont la durée est limitée et l'usage temporaire. C'est au milieu de cette substance, véritable organe créateur et protecteur, qui s'efface et disparaît dès que son but est accompli, que naîtraient, suivant lui, les premières traces des dents. Après avoir exposé ces faits, l'auteur décrit toutes les phases que parcourt cette portion organique depuis les premiers moments de la formation des dents, jusqu'à l'époque où les mâchoires sont complètes.

M. Em. Fernet a lu un mémoire sur l'absorption et le dégagement des gaz par les dissolutions salines et par le sang.

Il résulte, entre autres choses, des recherches de l'auteur, que les actions du sérum sur les différents gaz sont différentes, et dues à des éléments différents. Pour l'acide carbonique, c'est une action dissolvante, en même temps qu'une action chimique, due surtout à la présence des phosphates et des carbonates, et la quan-

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 16 mars. — Le client !... Le client !... Quelles difficultés pour le satisfaire ! Que les personnes les plus intelligentes sont ridicules et ineptes quand il s'agit de leur santé ! Je donnais des soins depuis plusieurs mois à une dame affectée d'une horrible névralgie de la face. Après avoir épuisé tous les moyens connus et sans succès, j'osai dire à cette dame que la persistance et le caractère de la douleur me faisaient craindre une altération profonde et cachée dans un des sinus du maxillaire, et je proposai d'appeler en consultation un chirurgien célèbre. La dame demanda quelques jours de réflexion; mais, le lendemain, je reçus la visite de son neveu qui m'apprit que sa tante avait appelé un homœopathe. L'homœopathie n'ayant produit aucune amélioration, la dame m'a prié, ces jours derniers, de revenir et de reprendre mes soins auprès d'elle. Je n'ai pas refusé et j'ai eu tort. Je croyais l'avoir décidée à la consultation demandée, j'avais pris jour et heure avec un confrère, quand le neveu m'est revenu aujourd'hui pour m'apprendre que sa tante, vaincue par les obsessions d'une de ses amies, s'était livrée à une somnambule. Comme cela est agréable ! Il faut que je prévienne tout de suite mon confrère que la consultation n'aura pas lieu.

Le 17. — Ce n'est pas, après tout, que les malades manquent à Paris. J'en vois certainement plus que je ne m'attendais à en voir. D'abord, règle générale, un médecin nouveau, qui s'établit dans un quartier, hérite à l'instant de tous les clients qui, par oubli d'*honorarium*, se sont brouillés avec les confrères voisins ou n'osent plus revenir chez eux. Il y a toujours un assez bon nombre de clients de cette espèce, et plusieurs années se passent avant qu'un médecin puisse épurer sa clientèle. Il va sans dire qu'on n'est pas plus heureux que le prédécesseur. Dans mon vol de Chapon, il m'est dû déjà une assez forte somme, et je m'aperçois aussi que certains clients, qui ont usé et abusé de moi, commencent à détourner la tête sur mon passage.

— Que ne prends-tu pour règle de conduite, me disait Benoît, la conduite du docteur *Casserole* ?

— Qu'est-ce que ce docteur-là ?

— Le docteur *Casserole* est ainsi nommé dans son arrondissement par suite d'une aventure qui lui arriva il y a quelques années. Ce brave médecin habite un quartier pauvre et populeux. Il s'aperçut bien vite qu'au métier qu'il faisait il ne s'enrichirait guère, et il résolut de ne pas mourir de faim. Huit jours après sa dernière visite dans une maison, il s'y présentait lui-même,

Et la note en la main demandant son salaire.

— Nous n'avons pas d'argent, lui répondait-on souvent.

Alors, d'un coup-d'œil d'huissier ou de commissaire-priseur, le brave docteur faisait le recollement du mobilier. Il y trouvait toujours quelque chose à sa convenance et qui pouvait à peu près équivaloir le total de la note; c'était un chandelier de cuivre, des pincettes, un coffret, que sais-je ? Tout lui était bon, pourvu qu'il y aperçût quelque valeur vénale. Deux ou trois fois l'an, il portait tout ce bric-à-brac à l'hôtel des ventes, où tout se vend, et il ne perdait pas ainsi complétement le fruit de ses peines.

Un jour, dans une maison où le refrain ordinaire sur la pénurie d'argent venait de lui être chanté, le docteur aperçoit une belle et large casserole en cuivre qui brillait sur le dressoir de la cuisine. Il faut te dire que le docteur était constamment vêtu d'une ample redingote dont les poches avaient la profondeur d'un abîme. Saisir la casserole, la faire passer dans une des poches de derrière et s'en aller, fut l'affaire d'un instant pour le docteur. Mais cette casserole avait un manche ou une queue, et cette queue accusatrice, très mal contenue dans la poche, révéla à tout le quartier l'expédition nouvelle à laquelle venait de se livrer le cher docteur. Le quartier en rit beaucoup, et, depuis lors, le docteur X... n'y est connu que sous le nom du docteur *Casserole*.

— J'espère que ce n'est pas sérieusement que tu me cites ces faits ignobles comme un exemple à suivre.

— Non, mon bon Simplice, mais seulement pour te mettre au courant de quelques moyens professionnels que tu ne connais pas. En voici un, par exemple, moins répugnant et assez original. As-tu entendu parler du *docteur au Sac* ?

— Pas davantage que de ton docteur *Casserole*.

— Eh bien, mon cher ami, le *docteur au Sac* est ainsi nommé d'une pratique qu'il met en usage depuis quarante ans peut-être, et avec un succès chronique pour retirer quelque chose des clients qui n'ont pas payé ses notes. Il fait tous les ans le relevé des clients de cette espèce qui habitent presque tous un des plus laborieux faubourgs de la capitale, où le *docteur au Sac* est d'ailleurs fort connu et fort aimé. Dans la première quinzaine de janvier, le docteur envoie sa femme armée d'une sacoche de toile, et elle tient cet habile langage aux clients en retard :

— Allons, mon ami; mon mari vous a envoyé sa note, et vous ne l'avez pas payée. Mon mari est un brave homme qui ne veut pas vous faire de peine; tenez, mettez dans ce sac ce que vous pourrez; il s'en contentera en vous donnant quittance.

Il n'est pas un de ces braves gens qui ne mette quelque chose dans le sac, et tu vois comment le cher docteur sait toujours retirer quelque chose des plus mauvais clients.

— Tu ne crois pas certainement, mon cher Benoît, que ton ami emploiera jamais un moyen semblable.

— Encore une fois, je ne te dis pas cela pour que tu le fasses, mais je te le dis pour que tu le saches. Aimes-tu mieux la conduite du *docteur Vingt sous* ?

— Qu'est-ce encore que ce confrère ?

— Le docteur *Vingt sous* a tiré son nom de l'habitude qu'il a prise, dès le début de sa carrière médicale, de prendre vingt sous par visite, mais d'en demander le paiement immédiat. Peu à peu, il a mis tous ses clients à ce régime peu onéreux pour le malade, et, en dernière analyse, fructueux pour lui. Le docteur *Vingt sous* court, à cette heure, le pavé de Paris du matin au soir, et fatigue deux chevaux par jour. Pour lui, il n'y a pas de non-valeur, et je t'assure que, sur cette pratique, il a édifié une assez belle fortune.

— Vingt sous par visite ! à Paris ! c'est bien humiliant pour la dignité médicale.

tité totale de gaz absorbée est une fois et demie égale à celle qu'absorberait l'eau pure dans les mêmes circonstances. Pour l'oxygène, c'est surtout une action dissolvante, que tend à diminuer la présence de certains sels, tels que le chlorure de sodium; il faut y ajouter une action chimique faible de la part de quelques autres substances dissoutes, principalement des matières organiques.

MM. Leconte et Demarquay avaient communiqué un mémoire sur les phénomènes pathologiques, physiologiques et chimiques produits par les injections d'air, d'azote, d'oxygène, d'acide carbonique et d'hydrogène dans le tissu cellulaire et le péritoine.

L'Union Médicale publiera très prochainement un résumé de ce mémoire. Dr Maximin Legrand.

CLINIQUE MÉDICALE.

SUR LA PRÉTENDUE PNEUMONIE FIBRINEUSE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 janvier 1858,

Par le docteur Ad. Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

M. Gubler met sous les yeux des membres présents à la séance, des concrétions arborescentes, dichotomiquement ramifiées, qu'il a retirées des crachats dans plusieurs pneumonies lobaires. Ces concrétions, conservées dans l'alcool, sont généralement grisâtres; mais elles étaient en partie colorées en rouge, quelques-unes même offraient l'aspect du sang en nature au moment où elles furent retirées du crachoir; ces dernières conservent encore une nuance de rouille, légère, malgré un séjour prolongé dans le liquide conservateur.

Des concrétions semblables se présentent à qui veut les rechercher dans tous les cas de péripneumonie à une certaine période de leur développement: seulement, elles n'existent quelquefois qu'à l'état rudimentaire, pour ainsi dire, et ne sont expulsées que par fragments peu apparents. Plus souvent, selon M. Gubler, elles se montrent sous forme de filaments allongés, divisés et subdivisés à la manière des bronches. Même, dans ce dernier cas, les productions dont il s'agit peuvent échapper à l'observateur, parce que rarement les cylindres simples ou ramifiés sont étalés dans les autres produits de l'expectoration. D'ordinaire, ils apparaissent en masses informes, tantôt d'un rouge sombre, tantôt d'un rouge clair, ou bien blanches et opaques. Cette apparence dépend de ce que les filaments entraînés au travers des voies respiratoires pendant l'expiration forcée de la toux se sont roulés et comme pelotonnés avant d'arriver au dehors. Pour reconnaître cette disposition, il est nécessaire de les séparer des crachats visqueux, caractéristiques de la pneumonie, et de les jeter dans de l'eau pure où par l'agitation on parvient à développer leurs ramifications d'une longueur et d'une élégance souvent inattendues. Il n'est peut-être point de pneumonie lobaire qui n'en présente à un certain moment de sa durée; le nombre et le développement de ces concrétions constituent toute la différence entre les cas ordinaires et ceux dont on a voulu faire dernièrement une espèce particulière, sous le titre de *Pneumonie fibrineuse*.

Sous cette dénomination, dit M. Gubler, on confond d'ailleurs les faits les plus disparates: d'une part, des bronchites pseudo-membraneuses étendues aux dernières ramifications de l'arbre aérien, et jusque dans les vésicules pulmonaires; d'autre part, des pneumonies franches avec concrétions hémoplastiques abondantes. M. Gubler a vu une sorte d'hépatisation grise due à l'Injection du tissu pulmonaire par l'exsudat plastique chez un enfant qui avait succombé à une affection croupale, après trachéotomie; mais il n'y a entre ce fait et une véritable hépatisation péripneumonique qu'une analogie apparente, et l'on doit se garder de le ranger dans la classe des pneumonies. Quant aux véritables péripneumonies, auxquelles on a réservé dans ces derniers temps l'épithète de fibrineuses, elles ne méritent pas ce nom puisque les concrétions expectorées sont, non pas seulement de la fibrine ou un plasma fibrineux, mais du sang en nature, plus ou moins altéré et décoloré par le séjour dans les bronches.

Au début de la seconde période, les pelotons expectorés sont souvent d'un rouge de sang intense; plus tard, ils sont en partie rouges, en partie blancs. A l'examen microscopique on y retrouve non seulement un réseau fibrineux, mais de la fibrine granuleuse et des globules sanguins, parfois à peine altérés lorsque la concrétion d'un rouge sombre paraît récemment formée dans l'arbre aérien. Les globules sanguins s'altèrent et la matière colorante disparaît par l'absorption au fur et à mesure que le séjour dans les voies respiratoires se prolonge; en un mot, les caillots bronchiques, car ce sont de véritables caillots, subissent toutes les transformations par lesquelles passent les coagulations sanguines dans les veines. Quand les concrétions hémoplastiques des bronches n'ont pas été expulsées en nature dans la seconde période, elles se désagrègent ou tombent en suppuration dans la période de résolution ou dans celle de ramollissement et deviennent méconnaissables au milieu du mucus et du muco-pus sécrétés dans ces circonstances. Les concrétions ramifiées dont il s'agit révèlent au plus haut degré la tendance hémorrhagique constante de la péripneumonie. Généralement, une très petite quantité de sang, exhalée en même temps que le mucus gélatineux, donne simplement à ce dernier une coloration jaune ou rouillée; mais, dans quelques circonstances, la pneumonie débute par une véritable hémoptysie, ainsi que M. Gubler l'a vu chez une femme, à la Salpêtrière. Sans que l'hémorrhagie soit aussi brusque et aussi abondante, on voit souvent quelques points du parenchyme pulmonaire enflammé fournir assez de sang pour remplir non seulement les vésicules aériennes, ce qui constitue les granulations rouges de l'hépatisation, mais encore les divisions bronchiques les plus déliées et quelquefois des divisions assez volumineuses.

D'après ces considérations, on comprend à merveille la formation de caillots sanguins moulés en arborisations dichotomiques dans la pneumonie. L'examen plus attentif des concrétions conduit inévitablement à leur accorder cette nature. Ainsi, l'on rencontre à leur surface des cellules d'épithélium cylindrique à cils vibratiles, dont la présence ne permet guère de douter que la membrane muqueuse ne fût saine au moment de la coagulation, ce qui éloigne de l'idée d'une exsudation plastique par un travail inflammatoire local. Quand on considère la structure des concrétions hémoplastiques de la pneumonie, on voit aussi combien elles diffèrent de celles de la bronchite croupale ou de toute autre phlegmasie plastique de l'arbre aérien. En effet, tandis que ces dernières sont creuses, tubulées, et renferment des bulles d'air; les autres sont pleines et solides à la manière d'une concrétion polypiforme des artères ou d'un coagulum sanguin dans la phlébite adhésive. M. Gubler a cependant rencontré, une seule fois à la vérité, une concrétion évidemment hémoplastique de pneumonie qui emprisonnait dans son intérieur quelques bulles d'air. Cette singularité peut s'expliquer de cette manière: le sang liquide s'élevant peu à peu dans un tuyau bronchique d'un calibre moyen et rencontrant du mucus très visqueux et aéré, l'a décollé de la paroi et l'a enveloppé d'une couche qui s'est solidifiée après coup.

La dissection du poumon dans certaines formes d'hépatisation grise, qu'il ne faut pas confondre avec le ramollissement gris des auteurs, a confirmé M. Gubler dans la manière de voir qu'il expose. On sait que, chez les vieillards, les vésicules pulmonaires sont ordinairement agrandies, par une sorte d'emphysème normal; aussi, chez eux, les granulations sont-elles beaucoup plus volumineuses que chez les jeunes gens, et, quand ils succombent aux suites d'une pneumonie tendant à passer à l'état chronique, les granulations sont quelquefois décolorées, blanches, nullement ramollies et donnent au tissu pulmonaire une densité et une consistance remarquables. Ces conditions sont très favorables aux recherches d'anatomie pathologique propres à éclairer la véritable nature des granulations d'où résulte l'aspect morbide connu sous le nom d'hépatisation. Pour faire cette étude, on peut choisir des granulations ayant le volume d'un grain de millet, et davantage. Si l'on ouvre avec des ciseaux fins les rameaux bronchiques qui semblent se diriger de ce côté, et que, rencontrant une concrétion hémoplastique décolorée on poursuive celle-ci jusqu'au voisinage de la granulation, on voit alors, en tirant sur le filament, celle-ci se mouvoir comme si elle en était une dépendance. En piquant la granulation elle-même avec une épingle et cherchant à l'énucléer on attire le filament qui prête d'abord un peu en vertu de son élasticité et finit par se rompre, une portion restant adhérente à la granulation. Cette recherche que chacun peut répéter démontre à la fois le siége de la granulation dans la cellule pulmonaire et l'identité de cette concrétion, évidemment sanguine, avec les ramifications arborescentes des bronches. Celles-ci sont donc formées primitivement par du sang en nature, ce n'est qu'ultérieurement qu'elles se décolorent, comme le fait tout caillot sanguin dans un conduit vivant, et qu'elles simulent un exsudat plastique.

M. Gubler a fait ces observations à la Salpêtrière, dès sa première année d'internat (1845), il les a répétées plus tard (1850-1852) sous les yeux de M. Bouillaud, dont il était chef de clinique, et a publié le fait, pour la première fois, dans la thèse de M. le docteur Caneva (*Considérations sur quelques cas de croup chez l'adulte*, Paris, 1852). M. Paul Duroziez, actuellement chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, a consacré quelques développements à cette question dans sa thèse inaugurale (1853). Enfin, M. Gubler a consigné une note sur ce sujet dans les comptes-rendus de la Société de Biologie (1855).

En définitive, l'existence d'une pneumonie fibrineuse est loin d'être démontrée: les concrétions, qui seraient la caractéristique de cette espèce de pneumonie, se retrouvent dans toutes les pneumonies franches, lobaires, c'est-à-dire dans les péripneumonies des anciens.

Ces concrétions sont formées par du sang coagulé en masse dans l'arbre aérien et ne sont que la plus haute expression de la tendance hémorrhagipare qui appartient à la pneumonie proprement dite.

OBSERVATIONS DE RHUMATISME ATAXIQUE;

Communiquées à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 janvier 1858,

Par le docteur Vigla, médecin de la Maison municipale de santé.

M. Vigla expose à la Société qu'il vient de voir, à la Maison de santé, deux rhumatisants succomber à des symptômes cérébraux, à quelques heures d'intervalle l'un de l'autre, quoique placés dans des conditions assez différentes: le premier était un malade couché dans une des salles communes; le second était un employé

— Il est plus humiliant d'en demander le double, le triple, le quadruple et de ne pas le recevoir.

Je n'ai su que répondre à cet argument de Benoît.

Le 18. — L'argument de ce diable de Benoît m'a trotté dans la tête toute la journée. Et quelle journée fatigante! Récapitulons:

1	Visite Grande-Rue-Verte.	4 étages.
2	Visites rue de la Pépinière, 3 étages. . . .	6 »
1	Visite rue St-Lazare	5 »
1	Visite avenue Périer	2 »
1	Visite place du Havre	2 »
1	Visite rue d'Amsterdam	5 »
1	Visite rue d'Astorg.	4 »
1	Visite passage du Havre	1 »
1	Visite Petite-Rue-Verte.	5 »
	Total : 10 visites et.	34 étages.

Mettons ces 34 étages à 5 mètres chacun, c'est une petite ascension de 170 mètres. C'est-à-dire deux fois au moins la hauteur de la colonne de la place Vendôme.

Quelle singulière condition du médecin de Paris! Plus il monte d'étages, moins il est payé. Si je suppute ce que pourra me rapporter cette ascension de 170 mètres, j'arrive au résultat suivant:

Grande-Rue-Verte : vieille rentière, apparences aisées. . . .	3 fr.
Rue de la Pépinière : ecclésiastique, id. id., 2 visites.	6
Rue St-Lazare : tabletier en chambre, mobilier très simple. .	2
Avenue Périer : ouvrier tailleur, en garni	1
Place du Havre : agent d'affaires, assez luxueux	5
Rue d'Amsterdam : artiste peintre, médiocre.	2
Rne d'Astorg : ouvrière, pas grand chose.	1
Passage du Havre : marchand, achalandé.	3
Petite-Rue-Verte : musicien, très pauvre.	0
	23 fr.

Si encore je les recevais tôt ou tard ces 23 fr. Eh bien, ils suffiraient à peine à payer mes frais de la journée; car quel est le médecin de Paris qui, même avec un modeste loyer de 1,700 fr. comme le mien, les impôts, la nourriture, le vêtement, le chauffage, la domestique et les accessoires, ne dépense pas plus de 20 fr. par jour?

Ah! bons et chers confrères des départements, qui croyez à l'existence heureuse, facile et abondante des praticiens de Paris, j'al partagé vos illusions, je suis venu, j'ai vu, et comme Arnal dans les *Cabinets particuliers*: Je voudrais bien m'en aller.

Le 19. — Si peu que la clientèle augmente, la population de Paris étant très inconstante et très mobile, on se trouve avoir bientôt des clients dans tous les quartiers de la ville, et alors ce sont des courses à mettre vite sur le flanc, si on les fait à pied, à dépenser ce que l'on gagne et même ce que l'on ne gagne pas si on les fait en voiture. La vie médicale parisienne roule dans ce cercle extrêmement vicieux, que les dépenses obligées sont presque toujours au-dessus des recettes certaines. Je commence à m'apercevoir que j'aurais mieux fait de rester à Tartas.

— Fais-toi donc *spécialiste*, me disait Benoît.

— Que veut dire ce néologisme, ai-je répliqué?

— Tu veux savoir ce que c'est que d'être spécialiste, je vais te le dire:

Dr Simplice.

Certifié conforme à l'original,

Amédée Latour.

COURRIER.

M. le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, agrégé libre de la Faculté de médecine, etc., vient de mourir dans toute la force de l'âge. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui, au milieu d'un grand concours de médecins, d'amis et d'élèves.

— Nous avons, dit la *Gazette médicale de Lyon*, la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Sénac, professeur de pathologie médicale et ancien directeur de l'École de médecine de Lyon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre et autrefois président de la Société de médecine. M. Sénac fut le premier directeur *universitaire* de notre École de médecine. Il eut à l'organiser, sous son nouveau titre d'École *préparatoire*, avec les développements créés par l'impulsion d'Orfila. Nous avons tous apprécié ses efforts incessants pour obtenir la transformation de cette institution en une Faculté. Nul plus que lui n'a contribué à préparer cette mesure, dont la réalisation, on peut le dire sans vanité, serait encore plus avantageuse au progrès des études médicales en général, qu'à nos intérêts locaux.

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne s'ouvrira le 14 juin prochain. Pour être admissibles, les candidats doivent avoir fait tout le temps de service voulu comme élèves internes des hospices de Lyon, de Paris, de Montpellier ou de Strasbourg; il suffit d'une année d'exercice comme docteur; — pour les autres, le temps d'exercice de docteur devra être de trois années.

— Les tribunaux anglais se renferment presque toujours dans la lettre de la loi, sans en commenter l'esprit. Un homme avait coupé le nez à un autre; il fut traduit pour ce fait devant un jury anglais, et l'accusation lui imputait le crime de mutilation. L'avocat de l'inculpé soutint que le nez n'étant pas un membre, et la mutilation étant, en chirurgie, la destruction d'un membre, le prévenu devait être acquitté comme ayant été accusé à tort de mutilation. Le jury fut de cet avis, et le coupeur de nez fut mis en liberté. Le comique de cet acquittement, c'est que le ministère, dans le but de protéger les nez anglais, présenta un bill pour déterminer le vrai sens de la loi à cet égard. On déclara solennellement qu'à l'avenir le nez serait considéré comme membre, et aurait droit comme tel à la protection des tribunaux. Rien n'est plus historique. Ceci se passait en avril 1841. — (*La Patrie.*)

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

de la maison, et y habitait. Ces cas malheureux ne sont pas les seuls que M. Vigla ait observés depuis sa première communication à la Société, et il compte faire de cette grave complication du rhumatisme le sujet d'un nouveau mémoire. Ce qu'il veut en ce moment, c'est d'abord attirer l'attention de ses collègues sur des faits qui semblent se multiplier, sans doute parce qu'ils sont mieux signalés, et ensuite faire appel à l'expérience de tous pour mieux établir, s'il est possible, la nature et le traitement de cette forme du rhumatisme.

On a discuté assez longuement sur l'interprétation nosologique la plus convenable de cette terminaison des rhumatismes par complications cérébrales. La congestion, l'inflammation ont été invoquées par le plus grand nombre des auteurs. D'autres ont pensé qu'il fallait admettre un rhumatisme cérébral aussi bien qu'un rhumatisme des articulations; la dénomination vague de métastase a paru suffire à un certain nombre, dans l'ignorance où nous sommes des conditions propres à cette modification de la maladie première. Ce qui frappe M. Vigla, c'est l'impossibilité de constater, dans le plus grand nombre des cas où il y a eu autopsie, des lésions appréciables, ou du moins incontestables des centres nerveux : de sorte qu'il est aujourd'hui disposé à rapprocher le délire et les autres phénomènes nerveux, qu'on observe quelquefois dans le rhumatisme, de ceux qu'on voit fréquemment, mais non pas nécessairement, dans les fièvres continues ou éruptives, dans certaines inflammations locales, et en particulier dans la pneumonie; et de même que l'on distingue, entr'autres formes de ces maladies, une forme dite ataxique, M. Vigla pense que ce qu'il y a de plus simple est d'admettre aussi un rhumatisme ataxique pouvant former un genre et sans doute plusieurs espèces. Telle est la conclusion qui lui a paru la plus logique, après l'étude des faits assez nombreux qu'il a observés dans ces dernières années.

Emphysème pulmonaire, bronchite chronique. — Rhumatisme articulaire aigu; accidents cérébraux. — Mort.

(Observation recueillie par M. Charnal, interne.)

Le 19 janvier 1858, entre, à la Maison municipale de santé, le nommé Duparc, âgé de 42 ans, exerçant la profession de teinturier.

C'est un homme de taille moyenne, à la poitrine large, aux membres fortement développés.

Depuis cinq ans environ, ce malade s'enrhumait tous les hivers et chaque année il éprouvait, à trois ou quatre reprises différentes, des accès d'asthme. L'été, tous ces phénomènes disparaissent. Cet hiver, le rhume avait reparu avec ses caractères ordinaires, lorsque, il y a quinze jours, le malade fut pris de fièvre, de frissons, de céphalalgie et de douleurs vives dans les genoux et dans les pieds. Aucune médication active ne fut faite en ville.

Au moment de son entrée à la Maison de santé, le malade se présente dans l'état suivant :

La respiration est assez difficile; la toux pénible; l'expectoration presque nulle. Mais le malade se plaint surtout de douleurs vives dans les mains, les coudes et les épaules; les mains, la gauche surtout, sont tuméfiées et rouges; les doigts sont immobilisés par la douleur; les épaules sont beaucoup moins sensibles, et le malade peut encore remuer les bras. Les articulations des membres inférieurs, qui ont été prises les premières, ne conservent plus qu'une légère sensibilité.

La fièvre est modérée; le pouls, très irrégulier, donne 88 pulsations; la céphalalgie n'existe plus; la soif est assez vive; l'appétit nul; la langue blanche. Constipation; pas d'envies de vomir. Enfin, le corps est couvert d'une sueur abondante.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants :

A la percussion, la sonorité est exagérée dans toute la poitrine, mais surtout en avant.

A l'auscultation, la respiration est faible dans toute l'étendue de la poitrine, et, de plus, on trouve en arrière et dans le tiers inférieur des deux poumons des râles sous-crépitants assez fins.

Les battements du cœur sont irréguliers, tumultueux; on ne constate aucun bruit anormal.

Le 20 janvier. L'état est le même. Ipéca, 1 gramme; frictions avec du baume tranquille sur les articulations malades.

Le 21. Le malade n'a pas vomi, mais il a eu quatre selles abondantes. La respiration est toujours très gênée. Les signes stéthoscopiques sont toujours les mêmes.

Le 22. Les douleurs sont un peu moins vives dans les mains, mais plus fortes dans les épaules. L'oppression est toujours assez grande. Le malade a rendu quelques crachats rouillés. A l'auscultation, on ne trouve toujours que des râles sous-crépitants à la base des deux poumons; il n'existe de souffle nulle part.

Le 23. La gêne de la respiration est de plus en plus considérable. Les sueurs sont très abondantes et la poitrine est couverte de sudamina. Le pouls est petit, inégal, irrégulier, intermittent. Mêmes signes stéthoscopiques pour les poumons. Toujours absence de bruit anormal au cœur. Ipéca, 2 grammes.

Le 24. L'oppression est extrême; le malade n'a pas vomi. Les douleurs persistent avec la même intensité dans les mains et les épaules. Sinapismes. Large vésicatoire sur le devant de la poitrine.

Le 25. L'oppression est beaucoup moins considérable; les douleurs des membres n'existent plus. Pendant la nuit, le malade a été pris d'agitation et de délire. Le matin, il refuse de se laisser examiner; il répond avec volubilité et mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose et ne veut prendre aucun médicament. Julep musc., 0,25.

Le soir, le malade est beaucoup plus calme; il répond très bien aux questions. La respiration est beaucoup plus libre. Les douleurs articulaires n'existent plus. La tête semble parfaitement libre; pas de céphalalgie, pas de vomissements.

Le 26. Le délire est revenu pendant la nuit; l'agitation est grande; perte de connaissance; paroles incohérentes. Le pouls est petit, irrégulier et très fréquent.

Dans la journée, le malade tombe dans un coma profond, interrompu de temps en temps par des accès convulsifs, violents, épileptiformes, qui se renouvellent de plus en plus fréquemment. Enfin le malade succombe dans la soirée, au milieu d'un accès.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Rhumatisme articulaire aigu. — Accidents cérébraux. — Mort.

(Notes recueillies par M. Duhomme, interne.)

M. A. Br..., employé à la Maison de santé, décédé le 27 janvier 1858.

Le 13 janvier, lorsque M. B... consulta, il souffrait déjà, depuis plusieurs jours, de douleurs dans les articulations des membres inférieurs et des poignets. C'était sa troisième attaque de rhumatisme. Sa première avait eu lieu il y avait une dizaine d'années et avait duré environ six mois; sa seconde remontait à cinq ans et avait duré six semaines ou deux mois. Toutes deux avaient été accompagnées de complications du côté du cœur.

Cette fois, les douleurs étaient intenses, mais il n'y avait ni gonflement ni rougeur des articulations malades, et, ce qui frappait surtout, c'était la profonde altération de la physionomie du malade; la face était excessivement pâle, l'abattement très grand, la fièvre peu forte, le pouls régulier, mais peu développé, la langue sale, la bouche mauvaise. Aucune complication du côté du cœur ni de la poitrine, bien qu'il y eût de l'oppression.

Prescription : Une bouteille d'eau de Sedlitz; 0,50 centig. de sulfate de quinine en deux fois; frictions au baume tranquille; ouate sur les membres; une pil. op. de 0,05.

Le malade fut vu par M. Vigla le 16, qui fut d'avis de continuer le traitement par le sulfate de quinine. La dose en fut portée à 75 centig. pendant trois jours, puis les douleurs diminuant, on n'en donna plus que 0,50; et le 20 janvier, le malade étant bien mieux, on le supprima. A cette époque, le malade pouvait être considéré comme entrant en convalescence; il ne restait plus que quelques douleurs vagues dans les poignets; l'appétit était revenu; il n'y avait pas de fièvre; *seulement* les nuits étaient très agitées; le malade causait toute la nuit, il avait des hallucinations, parlait continuellement de ses occupations habituelles; puis, avec le jour, tous ces symptômes disparaissaient, et il jouissait de la plénitude de sa raison. Il ne prenait depuis une huitaine de jours, comme traitement opiacé, qu'un julep avec 15 grammes de sirop diacode, bien que les troubles de l'intelligence ne pussent être attribués à une aussi faible dose, le julep fut supprimé, et la nuit du 22 au 23 fut assez tranquille. Il n'en fut pas de même de celle du 23 au 24. L'agitation fut très grande et ne cessa pas avec le jour.

A partir du 24, le délire ne quittait le malade qu'à de rares intervalles et lorsqu'on excitait fortement son attention par des questions précises.

Prescription du 24 janvier : vingt sangsues derrière les oreilles; lavement; purgatif.

Le 25 janvier, le malade est vu par M. Vigla. Sa nuit a été plus tranquille que la journée précédente, cependant il y a eu encore beaucoup d'agitation. Le pouls est régulier, 92 pulsations. La langue est presque naturelle. Les sueurs abondantes ont amené une éruption de sudamina, dont l'abondance et le volume pourraient faire croire à un eczéma superficiel, à une éruption variolique. Il y a beaucoup d'oppression. Rien à la percussion et à l'auscultation de la poitrine. Léger bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur.

Prescription : Une bouteille d'eau de Sedlitz, et dans la soirée un julep avec 30 centigrammes de musc.

26 janvier. Même état. Mouvements convulsifs de la face et des membres. Pas de vomissements. — 0,50 centig. de musc dans la potion.

27 janvier. Le malade succombe à six heures du matin. A cinq heures, il a été vu par l'interne de garde qui l'a trouvé dans un coma dont il était tiré de temps en temps par des mouvements convulsifs assez violents. Il n'y a pas eu de vomissements.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance des 13 et 27 janvier 1858. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Correspondance. — Communication de M. Gubler sur la pneumonie dite *fibrineuse.* — Nomination de M. Hillairet et de la commission du prix. — *Perforation du rectum*, par M. Legroux. — Communication, par M. Vigla, sur le *rhumatisme cérébral.* Discussion : MM. Moutard-Martin, Legroux, Aran, Sée, Thirial, Guérard, Vigla.

La correspondance comprend la thèse de M. Félix Courot, intitulée : *Recherches sur la revaccination.* M. Aran est chargé de faire sur ce travail un rapport verbal, qui servira de base à la discussion sur la revaccination.

M. Hip. Blot adresse à la Société la lettre suivante :

Paris, le 27 janvier 1857.

Monsieur le Président,

Il résulterait de ce qu'a dit M. Becquerel, dans la séance du 25 novembre 1857, dont le compte-rendu a été donné par l'Union Médicale, dans le numéro du 9 janvier 1858, que, dans mes recherches sur les urines des femmes en couches, je me suis contenté, pour admettre l'existence du sucre, de la réduction de la liqueur de Barreswill. Or, il n'en est rien. Depuis environ six semaines, j'avais déjà remarqué l'action particulière de ces urines sur la liqueur cupro-potassique (liqueur de Fehling), sans en vouloir conclure qu'elles renfermaient une matière sucrée ou glycogène, et je ne me suis cru autorisé à annoncer le fait comme certain que quand, d'une part, plusieurs *examens polarimétriques*, faits par MM. Berthelot, Regnauld et Robiquet, eurent donné des résultats positifs; et que, d'une autre part, la *fermentation* fut obtenue, la première fois, par M. Berthelot, qui a extrait l'alcool, ensuite par M. Réveil; enfin, par moi-même, dans plusieurs autres séries de recherches.

C'est alors seulement que, trouvant réunies dans l'urine des femmes en couches les trois propriétés :

1° De réduire les liqueurs cupro-potassiques;

2° De dévier à droite la lumière polarisée;

3° De fermenter et de donner, par la fermentation de l'alcool, de l'acide carbonique.

C'est alors seulement, dis-je, que je me suis permis de dire que ces urines contenaient du sucre.

Or, ma conclusion me semble encore aujourd'hui logiquement déduite, puisqu'on définit encore aujourd'hui le sucre « une substance qui :

1° Réduit les liqueurs cupro-potassiques;

2° Dévie la lumière polarisée;

3° Donne, par la fermentation, de l'alcool et de l'acide carbonique. »

Je me crois donc autorisé à maintenir les conclusions formulées en septembre 1856, dans ma note lue à l'Académie des sciences. Je suis, d'ailleurs, tout disposé à les modifier le jour où on démontrera que d'autres substances que le sucre peuvent posséder réunies les trois propriétés que je viens de rappeler.

Permettez-moi donc, Monsieur le président, de compter sur votre bonté impartiale pour faire insérer cette note dans le compte-rendu de la présente séance, et veuillez accepter l'assurance du profond respect et de la très haute considération

De votre bien dévoué confrère,

Dr Hippolyte Blot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Ex-chef de clinique d'accouchements.

— M. Gubler fait une communication relative à la pneumonie dite *fibrineuse.* (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

— M. Hillairet est nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société.

— On nomme au scrutin MM. Monneret, Barth, Roger, Marrotte et Becquerel, comme membres de la commission du prix que la Société a proposé sur la question des *congestions dans les fièvres.* Les mémoires reçus sont au nombre de quatre, dont un en langue espagnole.

— M. Legroux : Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à votre examen une portion de rectum qui est le siége d'une perforation spontanée, analogue à celles qui se montrent parfois sur l'estomac. Le fait m'a paru assez extraordinaire pour mériter d'être signalé. Voici la note qui m'a été remise par M. Michel, interne de mon service.

Perforation du rectum sans cause appréciable. — Péritonite rapidement mortelle.

Dubois (Louis), entré dans le service le 19 janvier 1858, salle Saint-Louis, n° 1.

Ce malade est âgé de 34 ans. Il exerce la profession de mécanicien. Il est robuste, paraît avoir une bonne constitution, et n'a jamais été malade.

La veille de son entrée, il tombe malade à neuf heures du soir. Il venait de manger de la charcuterie et avait bu avec ses camarades, mais pas jusqu'au point de s'enivrer.

Le premier symptôme a été une douleur d'abord peu intense, mais accrue progressivement. Cette douleur était répandue dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, mais elle paraissait avoir son maximum au niveau de la fosse iliaque gauche, un peu au-dessus du tiers interne de l'arcade crurale.

Il prit une infusion de camomille et deux lavements. Le premier ressortit immédiatement; le deuxième fut tout entier gardé. Ces lavements ne donnèrent lieu à aucune évacuation, et ne le soulagèrent pas.

Il se rend à l'hôpital et y entre après la visite, avec les phénomènes suivants :

Le ventre est ballonné, les parois abdominales distendues, difficiles à déprimer. Le gros intestin se dessine dans toute son étendue par une dépression marquée; en revanche, l'intestin grêle fait saillie au niveau et au-dessous du nombril, et cette saillie affecte la forme de la vessie distendue; le cathétérisme est pratiqué et la sonde ne ramène que quelques gouttes d'urine.

La douleur règne dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, mais surtout vers les fosses iliaques. Accrue par la pression, cette douleur est diffuse, bien qu'assez intense. Elle n'est pas plus forte à gauche qu'à droite.

Le malade vomit plusieurs fois sans effort un liquide verdâtre, d'odeur fade, non fétide. Il a la sensation que son intestin est bouché en un point qu'il ne peut déterminer.

Le pouls marque 120 pulsations par minute. Il est très petit, difficile à apprécier, disparaissant sous le doigt par intervalles; les extrémités sont froides.

Le facies est altéré, mais pas très profondément. La respiration est anxieuse. Le malade se plaint de temps en temps. Mais il répond encore avec assez de facilité à toutes les questions. Il a conservé toute son intelligence.

A dix heures du matin, treize heures après le début, il prend 30 grammes d'huile de ricin, vomis presque aussitôt.

Dans la journée, deux lavements lui sont administrés, le premier avec

Huile de ricin	30 grammes.
Huile de croton.	4 centig.

Le deuxième dans la soirée, avec

Décoction de tabac. . .	4 grammes.
Eau.	250 grammes.

Ces lavements n'amènent aucune évacuation. En même temps, le ventre est couvert de larges vessies d'eau glacée, renouvelées constamment.

Le pouls devient plus fréquent, moins perceptible. Nausées fréquentes. Dans les derniers moments, hoquets et vomissements jaunâtres.

Mort vers une heure du matin.

L'autopsie révèle l'existence d'une péritonite générale, déterminée par une perforation du rectum, et un épanchement de matières fécales dans le petit bassin.

La perforation a lieu à la partie antérieure, immédiatement au-dessus du point où le péritoine se replie du rectum sur la vessie. Elle a 1 centimètre 1/2 de largeur; elle est arrondie, et semble avoir été faite par un emporte-pièce. Cependant, son bord mince et tranchant offre une teinte légèrement ardoisée. Il n'existe au pourtour aucune trace d'inflammation; et sauf les lésions qui viennent d'être signalées, tous les organes sont dans une parfaite intégrité.

Il est impossible de dire quelle a été la cause de ce travail ulcératif. La teinte ardoisée des bords de la perforation rappelle une congestion locale, peut-être une gangrène. Mais il est impossible de rien préciser à cet égard. Conservons le fait brut. Il pourra, un jour, avoir sa signification.

— M. Vigla expose à la Société deux nouvelles observations de *rhumatisme cérébral.* (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Moutard-Martin croit devoir, à propos de la communication de M. Vigla, rapporter un fait qu'il a observé il y a près d'un an.

Le 21 mars 1857, est entré au n° 2 de la salle St-Augustin, à l'hôpital St-Antoine, un homme âgé de 35 ans, serrurier, atteint depuis cinq jours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Le 22 mars, son pouls bat 112 pulsations; il est très développé. Les deux genoux seuls sont atteints; ils sont très douloureux et contiennent une assez notable quantité de liquide. État saburral modéré; intelligence parfaite. (Traitement : Saignée, 3 pal.; sulfate de quinine, 0,75 c.)

23. Tremblement très fort des membres et des muscles de la face; délire qui a débuté pendant la journée d'hier, et qui a nécessité l'emploi de la camisole de force. Peau très chaude, pouls plein, battant 108. Les épaules et les poignets sont très douloureux et gonflés; les genoux restent douloureux. Cœur normal.

Le délire, qui a débuté subitement, précédé, nous assure la religieuse, par le tremblement des membres et des muscles de la face, chez un homme dont nous ne connaissions pas bien les habitudes, nous fit penser à la possibilité du *delirium tremens*. Connaissant la gravité extrême des accidents cérébraux qui surviennent dans le rhumatisme, nous avons cru devoir nous rattacher à cette supposition, qui nous laissait des chances de guérison, et nous instituâmes le traitement suivant :

Chiendent nitré. Saignée de trois palettes. Potion additionnée de 0,05 d'extrait thébaïque. Recommandant de surveiller attentivement l'action de l'opium et d'augmenter la dose le soir, si la potion paraît avoir produit un effet satisfaisant.

24. Le malade s'est calmé petit à petit pendant l'administration de la potion; la nuit a été bonne; on a pu enlever la camisole de force, et les réponses sont satisfaisantes; mêmes douleurs articulaires. 108 pulsations; peau chaude et couverte de sueur. — (Même tisane; potion additionnée de 0,10 d'extrait thébaïque.)

25. La nuit a été calme, et même il y a eu un peu de sommeil; réponses satisfaisantes; pouls à 120; mêmes douleurs articulaires. La face est un peu altérée; les yeux sont un peu excavés. — (Même tisane, pas de potion.)

A cinq heures du soir, le délire reparaît; le pouls monte à 136 pulsations. La face s'altère davantage, et le 26, au matin, nous trouvons le malade dans le coma complet, le pouls à peine perceptible et la peau couverte de sueur visqueuse. — Mort le 26, à onze heures du soir.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé qu'une légère congestion des méninges, mais sans aucun ramollissement, sans adhérences à la pulpe cérébrale. Infiltration séreuse parfaitement transparente et assez abondante dans la pie-mère. Aucune lésion de la substance cérébrale.

Cette observation m'a paru importante à faire connaître pour deux motifs : 1° à cause de la suspension des accidents cérébraux sous l'influence de l'opium administré avec prudence. Est-ce à dire pour cela que nous avons eu affaire à un *delirium tremens* survenant, comme ce n'est que trop fréquent, dans le cours d'une maladie aiguë? Je n'oserais l'affirmer; car il ne serait pas extraordinaire que l'opium agît favorablement dans un délire purement nerveux, sans cause alcoolique; ce qui me fait pencher vers cette dernière hypothèse, c'est le retour des accidents cérébraux qui ont fini par déterminer la mort.

2° Cette observation est importante encore par l'absence des lésions caractéristiques, soit de la méningite, soit de l'encéphalite. Pas d'altération dans la densité des méninges, pas de dépôts plastiques, pas de sérosité trouble, et, enfin, pas de lésion de la substance cérébrale.

M. Legroux fait remarquer que ces accidents cérébraux dans le rhumatisme, fort rares dans tous les autres hôpitaux, sont d'une fréquence extraordinaire à la Maison de santé, et il demande s'il ne serait pas possible de reconnaître une cause à cette particularité.

M. Vigla est convaincu que ces accidents sont plus fréquents qu'on ne pense et que quelquefois ils passent sans fixer l'attention, mais il pense aussi qu'ils sont plus fréquents à la Maison de santé que partout ailleurs sans qu'il soit possible d'en assigner la cause exacte. M. Bouillaud a vu un assez grand nombre de ces faits et il aurait pu, depuis plusieurs années, en recueillir trois ou quatre cas par année. M. Vigla lui-même a été appelé en consultation, il y a quelques mois, pour voir une dame de 45 ans, rhumatisante, qui fut prise de délire et succomba. Beaucoup de médecins ont vu des faits semblables. M. Woillez en a vu trois l'an dernier à la Maison de santé. Ces faits s'observent plus fréquemment à la Maison de santé qu'ailleurs, et la cause en est peut-être dans le grand nombre d'employés occupés des malades qui sont bien mieux observés, mieux suivis que dans les autres hôpitaux, rien pour ainsi dire n'échappe et tout est rapporté au médecin; c'est, sans aucun doute, par la même raison que les hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde sont extrêmement fréquentes à la Maison de santé.

M. Aran appelle l'attention de M. Vigla sur plusieurs points qui lui paraissent importants. L'époque de la maladie où les malades sont entrés à l'hôpital, le traitement antérieur, car presque tous ont déjà subi un traitement, et enfin il demande quel traitement M. Vigla a dirigé contre les accidents cérébraux, car il ne faut pas rester désarmé contre des accidents formidables, il est vrai, mais qu'enfin on pourrait peut-être dominer. Le fait de M. Moutard-Martin a une importance véritable en ce qu'il montre que l'opium a suspendu momentanément les accidents, et ce qui a été momentané dans ce cas pourrait être définitif dans d'autres. Enfin, il faut agir, administrez de l'opium, ou du quinquina, ou du musc, etc., mais faites quelque chose.

M. Vigla s'est demandé si la fréquence des accidents cérébraux ne pouvait pas tenir à l'emploi exclusif du sulfate de quinine, qu'il administrait cependant avec une grande prudence, en commençant par de faibles doses et en augmentant successivement, mais sans arriver jamais à une dose comparable à celles qu'emploient la plupart des médecins. Aussi, l'an dernier, a-t-il traité ses rhumatisants exclusivement par l'expectation, il n'a fait pour tout traitement que des embrocations calmantes sur les articulations douloureuses; il a entretenu le ventre libre et fait prendre de faibles doses de sirop diacode. Malgré cela, les pertes ont été un peu plus nombreuses que les années précédentes. Il n'a rien fait contre les accidents délirants, parce que, toutes ces années dernières, tous les traitements n'ont amené aucun résultat, et, chaque fois qu'à la Maison de santé le délire survient chez un rhumatisant, le malade est considéré comme mort. Du reste, il n'y a ici que l'exagération de ce qui se manifeste dans les maladies aiguës, toutes les fois que le délire apparaît, le pronostic acquiert une gravité considérable; il en est ainsi dans la pneumonie, dans l'ictère dit malin, dans la scarlatine, la rougeole, etc.

M. Sée cherche à démontrer que le pronostic n'est pas nécessairement aussi grave que l'a dit M. Vigla, et que les cas de guérison ne sont pas très rares.

M. Vigla n'est pas aussi absolu dans son pronostic que le dit M. Sée, car lui-même a cité deux cas dans lesquels il y a eu guérison, et il en a observé un troisième il y a cinq ou six semaines. Tout ce qu'il a voulu dire c'est que, à la Maison de santé, on est frappé de terreur quand on voit survenir le délire chez un rhumatisant, parce que le pronostic est toujours excessivement grave.

M. Thirial : Après les considérations qui ont été présentées successivement par M. Aran et par M. Sée, il ne me reste à ajouter que de très courtes réflexions.

C'est avec raison, il me semble, que M. Vigla a établi un rapprochement entre les symptômes du rhumatisme cérébral et certains phénomènes nerveux qui viennent compliquer quelques maladies fébriles, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, et qui impriment à ces maladies la forme dite ataxique.

Mais, d'autre part, ce seul rapprochement n'était-il pas de nature à mettre notre collègue sur la voie d'une médication rationnelle; et en lui épargnant bien des hésitations et des tâtonnements, ne pouvait-il le prémunir contre cette espèce de découragement où paraissent l'avoir jeté quelques insuccès inévitables?

Puisqu'il est question ici d'ataxie, il importe avant tout de bien s'entendre à cet égard. En effet, le temps n'est pas éloigné où l'on désignait à peu près généralement sous le nom de symptômes ataxiques, cet ensemble de phénomènes cérébraux, caractérisé surtout par le délire et les mouvements convulsifs qu'on observe si souvent dans le cours des affections fébriles, et qu'on ne manquait pas de rapporter à peu près indistinctement à une phlegmasie du cerveau et des méninges.

Mais, aujourd'hui, revenant à son sens traditionnel, à la fois plus restreint et plus vrai, on tend à réserver le nom d'ataxie à un trouble spécial de l'innervation, qui est principalement caractérisé par l'incohérence et la désharmonie des actes vitaux, avec faiblesse radicale et menace incessante de l'extinction de la vie; et j'ajoute que surtout on ne croit plus nécessaire de faire intervenir l'inflammation, c'est-à-dire la méningo-encéphalite, pour expliquer cet élément morbide.

Ici, une difficulté se présente. D'où vient ce désordre de l'innervation? Cette ataxie redoutable, qui si souvent vient s'ajouter comme complication à bien des maladies fébriles, quelle est son origine? Eh bien! permettez-moi de vous le dire, si cette origine est souvent méconnue, c'est parce qu'elle n'est pas là où on la cherche ordinairement. Que, si vous voulez la trouver, il faut la chercher non pas tant dans la maladie, que dans l'individu malade lui-même.

Ainsi donc, interrogez les dispositions physiologiques ou pathologiques, soit innées, soit acquises, du malade qui fait le sujet de votre observation, interrogez ses habitudes hygiéniques, interrogez son état moral, apprenez surtout à saisir les conditions particulières d'innervation dans lesquelles la maladie a pu le surprendre, et dans la majorité des cas vous arriverez à pénétrer la cause secrète de ce désordre particulier du système nerveux qui constitue l'état ataxique.

Maintenant me voici amené naturellement à discuter, à éclairer peut-être un des points les plus intéressants de la communication faite par M. Vigla, qui tout à l'heure provoquait chez un de mes collègues un étonnement, d'ailleurs légitime, je veux parler de la fréquence singulière des cas de rhumatisme, à forme cérébrale, qu'on observe à la Maison de santé. Si cette fréquence était là réellement beaucoup plus considérable que dans les autres hôpitaux, ne serait-il pas permis de demander l'explication de ce fait à la composition toute spéciale de cet établissement? Quels sont, en effet, ces malades? Des domestiques de grande maison, des commis-marchands, des voyageurs, etc., c'est-à-dire, des gens habitués assez généralement à une vie irrégulière, fatigués par des excès de toute sorte, et, en très grande majorité, des célibataires sans famille, ou des individus vivant loin de leur famille. Or, le concours de ces différentes conditions n'est-il pas capable de rendre compte de cette prédominance relative d'accidents du côté du système nerveux? On comprend en effet, que, dans cette classe de malades, dont l'esprit est généralement plus cultivé que dans celle qui alimente les autres établissements hospitaliers, et qui, par conséquent, est plus impressionnable et plus accessible aux diverses influences de l'ordre moral, on comprend, dis-je, que l'isolement ou l'éloignement de la famille, que les plus tristes préoccupations et les causes dépressives de tout genre, que toutes ces circonstances réunies sont très propres à jeter la perturbation dans certaines organisations, et à les précipiter dans cet état de désordre et de faiblesse qui caractérise l'état ataxique.

Si donc l'idée que nous nous faisons de cet état est juste et vraie, les indications thérapeutiques se présentent ici d'elles-mêmes : fortifier, soutenir, régulariser le système nerveux. Comment? par l'association des toniques avec les excitants et les antispasmodiques. Or, dans les diverses affections fébriles qui revêtent la forme ataxique; dans la pneumonie, par exemple, l'opium associé au musc; dans la fièvre typhoïde, le musc adjoint au quinquina, tels sont les moyens principaux dont l'expérience a consacré plus d'une fois les bons résultats.

Pourquoi donc, dans le rhumatisme cérébral ou ataxique, au lieu de s'en tenir à l'expectation, ne pas s'adresser à cette même médication qui, dans d'autres maladies, a réussi à conjurer cette complication redoutable et à arracher des malades à une mort à peu près certaine?

Donnez donc à vos rhumatisants de l'opium, associez à l'opium le musc à dose élevée; joignez-y les toniques, surtout les préparations de quinquina et, de préférence, le sulfate de quinine. Employez successivement ou concurremment, suivant l'urgence des circonstances, ces puissants agents de la matière médicale; mais surtout employez-les avec foi, je veux dire avec suite et fermeté; et malgré l'extrême gravité de cette complication, vous aurez chance d'en triompher quelquefois.

Que si l'expérience vient à se prononcer définitivement contre ces divers agents, il nous restera à faire appel à un autre ordre de moyens. Dans les fièvres typhoïdes, dans les scarlatines, et même dans certaines affections thoraciques, compliquées d'ataxie, mais d'ataxie véritable, j'ai vu autrefois Récamier obtenir des succès inespérés d'un moyen alors peu connu, d'un moyen qu'il savait manier merveilleusement, je veux parler des affusions fraîches. Eh bien! ne craignons pas, dans les cas graves et menaçants, ne craignons pas, malgré le rhumatisme, de recourir à ces affusions. Puisque le cerveau est compromis, et que la vie est en danger, qu'a-t-on à redouter de la métastase? D'ailleurs, vous venez d'entendre M. Sée, qui vous parlait de succès obtenus par l'hydrothérapie dans le rhumatisme cérébral; voilà qui suffit pour légitimer des tentatives du même genre. Sans doute, malgré les médications les plus énergiques et les plus variées, le rhumatisme cérébral ou ataxique restera toujours une maladie éminemment grave, au même titre d'ailleurs que toutes les autres affections à forme ataxique ou maligne; mais ce n'est pas une raison pour se décourager et pour s'en remettre à l'expectation; car, ici, vous le savez, l'expectation, c'est la mort.

M. Guérard a vu souvent le délire qui se montre dans les maladies aiguës, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, pneumonie, etc., céder à l'emploi du sulfate de quinine et même avec une rapidité surprenante. (Il est bien entendu qu'il ne peut être question du délire de la méningite ou de l'encéphalite.) M. Guérard emploie le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes par jour, comme traitement exclusif du rhumatisme articulaire aigu fébrile, et il n'a jamais vu survenir de troubles nerveux; le sulfate de quinine doit donc être mis hors de cause dans la production des accidents cérébraux. Il faut ajouter en outre qu'il est un calmant précieux dans un grand nombre de cas de délire, et principalement dans celui qui se manifeste dans le cours des fièvres éruptives.

M. Legroux insiste sur les avantages que l'on retire de l'application des vésicatoires sur trois ou quatre articulations dans le traitement des rhumatismes articulaires aigus, et pense qu'ils seraient utiles toutes les fois que surviennent quelques manifestations intérieures, soit du côté du cœur, soit du côté des poumons, etc. Il pense que dans les complications cérébrales ce moyen serait important à essayer.

M. Vigla revient sur l'influence que peut avoir sur le développement des accidents le genre de clientèle de la Maison de santé. La mortalité y est plus grande que partout ailleurs; mais est-ce à cause du genre de malades qui y sont reçus? Ce sont, en général, des individus d'une classe intermédiaire, des domestiques, des commis qui doivent à la générosité de leurs maîtres d'y être entretenus. Il n'y a donc pas une classe particulière de malades d'un tempérament en quelque sorte spécial. Mais les maîtres envoient à la Maison de santé un grand nombre de malades dans la crainte de les voir mourir chez eux, et les médecins, afin de ne pas en conserver la responsabilité, c'est la principale cause de l'excessive mortalité de cet établissement. Quant à l'isolement de la famille, c'est une condition qui est commune aux malades de la Maison de santé et à ceux des hôpitaux, et il faut ajouter que, étant mieux servis, ayant plus de bien-être, leurs dispositions morales ne sont pas mauvaises.

Quant au traitement, M. Vigla a essayé tout ce qu'il était rationnel d'essayer, et cela sans succès. Il a employé le musc à la dose de 0,50 par jour, il a fait usage de l'opium et des vésicatoires, comme le conseille M. Legroux. L'opium guérit en effet un grand nombre de délires, mais on peut annoncer à l'avance quand il devra guérir, son succès est certain dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres éruptives, mais quand la fièvre est tombée, car, lorsqu'il y a fièvre, il ne réussit pas. Personne ne fait un usage plus fréquent des vésicatoires, et cependant il n'y ajoute pas autant de confiance que M. Legroux.

M. Legroux demande si M. Vigla a employé les vésicatoires dans les cas où la mort est survenue.

M. Vigla ne les a pas employés suivant le mode préconisé par M. Legroux, et il n'hésitera pas à le faire dans les cas qui pourront se présenter à son observation.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 43. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 13 Avril 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 AVRIL 1858.

MORT ET OBSÈQUES DE M. CHOMEL.

La médecine française vient de faire une très grande perte. M. Chomel a succombé vendredi dernier à la longue et douloureuse maladie qui l'avait éloigné depuis plus d'un an de la vie médicale active. Un concours immense de médecins de Paris est venu rendre aujourd'hui un dernier et respectueux hommage au professeur éminent, au praticien éclairé, au confrère probe et bienveillant, à l'homme de cœur et de courage, dont la mort inspire à tous les plus vifs et les plus sincères regrets. L'église St-Thomas-d'Aquin pouvait à peine contenir la foule émue, composée de professeurs de la Faculté, dont un assez grand nombre s'étaient revêtus de la robe professorale, quoique M. Chomel, par des circonstances connues de tous, et qui ne peuvent qu'honorer sa mémoire, n'appartînt plus à la Faculté depuis 1852; de membres de l'Académie de médecine en costume officiel, de médecins des hôpitaux et de la ville, d'élèves, d'amis, de toutes les classes de la société.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe au nom de la Faculté de médecine, de l'Académie de médecine et des médecins des hôpitaux.

Amédée LATOUR.

M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie impériale de médecine, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

La mort semblait avoir suspendu ses coups sur notre Académie; une année tout entière s'était écoulée depuis qu'elle avait frappé, dans la personne de M. Guéneau de Mussy, l'un de nos plus vénérés collègues. Mais aujourd'hui elle reprend sa fatale moisson, et nous voici de nouveau, dans un pieux recueillement, appelés à rendre un dernier et solennel hommage à la mémoire d'un maître chéri, d'un praticien aussi sage, aussi prudent qu'habile, d'Auguste-François Chomel.

La mort de M. Guéneau de Mussy, bien qu'arrivée au terme d'une longue et honorable carrière, nous avait tous consternés, mais de quelle douleur ne devons-nous point nous sentir pénétrés à l'aspect de cette tombe qui va se refermer sur un homme dont l'intelligence brillait d'un si vif éclat et à qui de longs jours semblaient encore promis?

Vous n'attendez sans doute point de moi, Messieurs, que je vienne ici vous retracer tous les incidents de cette vie si belle et si méritante; que j'entre dans une appréciation détaillée de son enseignement et de ses nombreuses publications; que l'ombre de Chomel me le pardonne; je réserve pour un autre temps cette tâche qui me sera douce et facile; elle me sera douce, car, sans cesser d'être vrai, j'aurai à louer tout à la fois un beau caractère, une âme noble et pure, un esprit droit et délicat, un talent de premier ordre et des services inappréciables.

Né à Paris en 1788, M. Chomel appartenait à une famille qui avait produit de savants médecins et des littérateurs distingués; il était le dernier descendant du célèbre auteur des *plantes usuelles*, de Pierre-Jean-Baptiste Chomel, l'élève et ami de Tournefort, l'un des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris et le fondateur de l'École de pharmacie; il comptait aussi parmi ses aïeux l'un des historiens de la médecine, l'éloquent panégyriste de Duret, Jean-Baptiste-Louis Chomel. Son propre père, enfin, écrivain ingénieux, élégant imitateur d'Aulu Gelle, s'était fait remarquer dans la littérature contemparaine.

La première éducation de notre collègue avait été forte et sérieuse. Entré de bonne heure dans le service des hôpitaux, il avait été d'abord att ché au service de la Charité, puis nommé médecin ordinaire de cet établissement, et enfin professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. Chomel avait depuis longtemps montré toutes les qualités d'un grand et habile praticien; un esprit juste, ferme et pénétrant, un jugement exquis, une sagacité incomparable, une douceur, une patience à toute épreuve, un entier oubli de soi-même et un dévouement absolu pour les malheureux.

M. Chomel a été le clinicien par excellence; aussi l'affluence des élèves à ses leçons était considérable. Personne, depuis Corvisart, ne s'était élevé à une aussi haute célébrité. M. Chomel était une des lumières et un des ornements de notre Académie. Nommé associé résidant en 1823, il avait remplacé M. Royer-Collard comme titulaire en 1826, et cette promotion il la devait au libre choix de ses collègues. Plus tard, les exigences d'une vaste clientèle l'avaient un peu éloigné de nous; mais quand il put disposer des loisirs qu'il s'était faits volontairement, nous le revîmes plus empressé, plus assidu que jamais; il avait retrouvé parmi nous quelques-uns de ses vieux maîtres, presque tous ses anciens condisciples, et beaucoup de ses élèves.

Les qualités éminentes de M. Chomel l'avaient fait entrer dans un corps bien plus élevé : il avait été appelé à faire partie du Conseil supérieur de l'instruction publique; et là, comme partout, il s'était fait admirer par la justesse de son esprit, l'excellence de son jugement et la sagesse de ses avis.

Que lui fallait-il de plus pour sa félicité? Que manquait-il à son bonheur? En possession d'une grande fortune, investi de la confiance d'augustes personnages, comblé d'honneurs, il semble que tout lui avait succédé, qu'il n'avait plus rien à désirer.

Mais, Messieurs, on vient de vous le prouver de nouveau

Ni l'or, ni la grandeur ne nous rendent heureux.

M. Chomel en a été un triste et mémorable exemple. Toutes les douleurs, tous les déchirements qui peuvent atteindre le cœur d'un père de famille, M. Chomel les a éprouvés.

Disons cependant que s'il eût été possible d'espérer à de tels malheurs des compensations, M. Chomel aurait pu les trouver dans d'illustres amitiés qui lui sont demeurées fidèles; et dans des amitiés qui, pour être moins éclatantes ne lui étaient pas moins chères.

M. Chomel savait choisir et conserver ses amis.

C'était, en effet, parmi des hommes distingués, des esprits éminents que M. Chomel avait su trouver ses meilleurs amis; c'était avec des intelligences d'élite qu'il avait formé ses liaisons les plus intimes.

Je viens de dire que M. Chomel savait conserver ses amis, c'est que, dans ce commerce de chaque jour, il apportait une délicatesse et une déférence dont rien n'approche, et ces égards, ces respects mutuels, loin de refroidir les cœurs, les entretenaient dans une étroite et durable union.

Aussi, Messieurs, quand vinrent, pour M. Chomel, ces longs jours et ces nuits plus longues encore d'atroces douleurs, il put apprécier l'attachement si vrai et si profond de tous ses amis.

M. Chomel demeura, du reste, ce qu'il avait été pendant toute sa vie : simple, digne, grave et affable.

Sans éclat, sans ostentation, plus que jamais aimé et respecté de tous.

Des convictions sincères et de longue date avaient maintenu M. Chomel dans les pratiques d'une piété douce, tolérante et éclairée.

Heureux! à ce moment suprême! ceux qui peuvent ainsi retrouver dans leur foi et dans l'accomplissement des devoirs qu'elle impose, ce calme, cette confiance, cette sécurité et ces saintes espérances qui manquent à tant d'autres.

Ainsi prémuni et fortifié, M. Chomel a franchi le fatal passage sans trouble, sans déchirement, sans amertume. Sa sérénité ne l'a point abandonné, elle était le fruit de ses vertus, de ses nobles qualités et d'une vie consacrée à la bienfaisance.

Cette perte, Messieurs, est irréparable; mais il nous restera l'enseignement d'une noble vie, et le reflet de la renommée la plus pure et la plus légitime.

Adieu donc Chomel! Adieu pour la dernière fois! Cette tombe va nous séparer de ta dépouille mortelle; mais ton souvenir vivra dans nos cœurs, et ton nom dans les annales de la science!!!

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Larrey présente un ancien soldat, encore jeune, atteint de gibbosité consécutive au mal vertébral, et pense que la Société, après la discussion récemment provoquée par le rapport de M. Gosselin sur le mémoire de M. Gillebert, accueillera avec quelque intérêt cette observation. M. Larrey la résume ainsi :

« Ce jeune homme, nommé T..., appartenait au 48e de ligne,

Feuilleton.

L'HYGIÈNE DANS LE MARIAGE.

(M. le dr F. DEVAY, professeur à l'École de médecine de Lyon, va prochainement publier un *Traité spécial d'hygiène des familles dans ses rapports avec le mariage et les maladies héréditaires* (2e édition, refondue). Cet honorable et savant confrère a bien voulu nous communiquer, en épreuve, la *Préface* de cet ouvrage. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en publiant le fragment suivant de ce travail remarquable.)

Un des génies les plus vigoureux qui aient existé, Leibnitz, a dit, au sujet de la médecine, ces paroles remarquables ; « Le public mieux policé se tournera un jour plus qu'il ne l'a fait jusqu'ici à l'avancement de la médecine... Il y aura un temps où le nombre des bons médecins étant devenu plus grand, le public sera en état de donner plus d'encouragement à la recherche de la nature et surtout à l'avancement de la médecine; et alors cette science importante sera bientôt portée au delà de son présent état et croîtra à vue d'œil. Je crois, en effet, que cette partie de la police devrait être l'objet des plus grands soins de ceux qui gouvernent, après celui de la vertu, et qu'un des plus grands fruits de la bonne morale et politique sera de nous amener une meilleure médecine, quand les hommes commenceront à être plus sages qu'ils ne sont, et quand les grands auront appris à mieux employer leurs richesses, et leur puissance pour leur propre bonheur (1). » Il est de toute évidence que ces vues prophétiques, émises sur l'avenir de la science, concernent particulièrement l'hygiène ou la médecine préventive. C'est, effectivement, la partie la plus perfectible des sciences médicales, celle qui a le plus d'avenir. Qui pourrait n'en pas être convaincu ?

On se préoccupe beaucoup, de nos jours, de réformes sociales; les vœux journaliers aspirent à un ordre de choses nouveau, à la solution d'un problème immense et difficile, qui amoindrisse la part du mal et facilite l'émission du bien. Les esprits s'agitent et se troublent en face des questions que suscite cette sainte préoccupation. Cette recherche de l'inconnu nous porte souvent à méconnaître les ressources qui nous sont propres, et que nous pourrions mettre en œuvre à peu de frais. Au lieu d'aller à la rencontre de choses vagues et lointaines, servons-nous de suite de deux choses merveilleuses que nous avons sous la main : la famille, cette pépinière d'hommes; l'hygiène, cet instrument pour les perfectionner. Aussi, notre conviction la plus intime est-elle celle-ci : la voie la plus sûre et la plus courte pour arriver ici-bas au plus grand état de félicité relative, est la franche application de l'hygiène à la famille. La première est l'instrument, ou, si l'on veut, le levier; la seconde est le sujet de la culture et du perfectionnement : le champ, c'est le monde, comme dit l'apôtre. Outre que les enseignements de l'hygiène sont éminemment pratiques, puisqu'ils sont fondés sur la nature de l'homme même, leur application amène toujours des résultats favorables. L'hygiène n'est autre chose que la raison pratique. Ne cessons donc point, dans toutes les conditions de la vie, d'écouter la voix de cette philosophie véritable, le bon sens éclairé par l'expérience. Si les déceptions, si les mécomptes inhérents à l'art de guérir proprement dit nous rebutent, si les tentatives d'une thérapeutique exercée aveuglément et trop souvent par d'indignes mains, nous poussent au scepticisme, rattachons-nous du moins à l'hygiène qui tient presque toutes ses promesses. C'est ce qui lui donne une sorte de stabilité, de certitude, que n'ont point les autres parties de l'art de guérir. Ces doctrines flottantes, ces systèmes éphémères, ces théories qui brillent et qui passent, ne se remarquent point dans l'hygiène. La racine du scepticisme en médecine est l'impossibilité de trouver quelque chose d'absolu, par conséquent, d'avoir un point de départ pour les affirmations légitimes. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit de la partie préventive de l'art; ce qui a été vrai et bon il y a vingt siècles, l'est également de notre temps. Il y a là un *criterium*, l'expérience, dont personne ne décide l'autorité. De là vient que, pour la grande majorité des hommes, le bien-être dont ils jouissent, les maladies qui les atteignent, dépendent d'eux-mêmes; que leur santé est une traduction assez fidèle de leur conduite. L'hygiène peut seule fournir le plan de l'existence, de la conduite de la vie : mais pour cela, il faut bien l'interroger.

Ce ne sont point les traités d'hygiène qui manquent dans la littérature médicale; on en compte de nombreux et d'excellents. Mais peut-être est-on en droit de reprocher à quelques-uns de s'étendre avec trop de complaisance sur des matières importantes à la vérité, mais accessoires, de négliger l'application immédiate, le précepte pour les explications, de sorte qu'un grand nombre de ces ouvrages, ayant pour but d'inculquer les principes d'une science tutélaire, sont devenus presque des traités complets de chimie, de physique et de météorologie. Et puis, il faut le dire, presque tous les ouvrages laissent dans l'ombre une foule de circonstances, minimes en apparence, mais qui n'exercent pas moins une puissante action sur la validité physique et morale de l'homme. Il nous paraît donc que l'hygiène, le plus beau rejeton de l'arbre des sciences médicales, pour produire des fruits abondants, doit être cultivé avec plus de soin et plus d'attention encore. Il faut fouiller davantage le sol autour d'elle pour amener de sa part une plus belle et plus utile germination. Il faut aller aussi loin en hygiène que le comportent les saines inductions de l'expérience; il faut se garder de cette étroitesse d'observation, de cette paresse de l'esprit qui, en médecine, comme cela arrive trop souvent, ne fait rechercher les causes des maux physiques que dans les circonstances les plus immédiates et les plus contemporaines du mal. Ne sait-on pas que les maux les plus profonds, les plus invétérés, ceux qui déconcertent le plus l'art médical dans ses tentatives, ont une origine fort lointaine? Il est donc de toute nécessité que les causes des maladies soient mieux étudiées et mises plus en relation avec les effets qu'elles présentent. La bonne hygiène est l'hygiène *préventive*, et elle ne peut acquérir cette qualité qu'en pénétrant de plus en plus l'action des causes occultes, ou du moins celles qui paraissent telles.

On ne peut le nier, une des plus grandes sommes d'afflictions qui soient départies aux familles, c'est la multiplication, parmi elles, des affections chroniques et héréditaires. En présence de ces calamités, tous les autres avantages s'effacent : la fortune n'est rien, les honneurs ne sont rien : « Des biens cachés dans une bouche fermée, est-il dit dans l'Écriture, sont comme un grand festin autour d'un sépulcre..... Que sert à l'idole l'oblation qu'on lui fait, puisqu'elle ne peut en manger ni en sentir l'odeur? Mais combien, dans le cas qui nous

(1) *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, liv. IV.

lorsque, trois mois environ après son entrée au service, il fut atteint de douleurs dans quelques-unes des vertèbres dorsales sans cause appréciable. Il n'offrait aucun signe de scrofules ou de syphilis, et n'avait éprouvé nul accident dont il eût souvenance. Les douleurs, paraissant fixées surtout dans les 7e, 8e et 9e vertèbres, se propageaient, dès le début, aux côtes correspondantes; mais il n'y avait encore aucune déformation de la colonne vertébrale. Aux douleurs se joignirent des fourmillements dans les jambes, puis de la faiblesse et un état d'engourdissement augmenté par les fatigues du service. Ces premiers symptômes existaient en 1854, et au mois d'août de cette année, après un repos et des soins insuffisants à l'infirmerie régimentaire, le malade fut envoyé à l'hôpital d'Amiens. Il y resta six mois dans des conditions telles, qu'une gibbosité se développa au niveau des vertèbres reconnues malades, mais sans abcès symptomatique, ou, du moins, sans suppuration appréciable à l'extérieur. Un traitement méthodique par l'emploi de divers médicaments, par la position horizontale et par l'application de deux larges exutoires, parut améliorer le mal, et au mois de mai 1855, le malade fut envoyé à Bourbon-l'Archambault. Il parut s'en trouver assez bien.

Mais, rentré en septembre dans ses foyers pour y passer quelques mois de convalescence, il fut repris de douleurs dans le dos et d'engourdissement plus prononcé dans les jambes. Admis alors au Val-de-Grâce et placé dans nos salles de clinique, il nous offrit les signes manifestes du mal vertébral si bien décrit par Pott, avec semi-paralysie des membres inférieurs, et gibbosité dorsale sans abcès par congestion.

Le repos prolongé dans le décubitus, une médication tonique et un régime nutritif, quelques dérivatifs sur le canal intestinal et une révulsion active au voisinage du mal par l'application successive d'une vingtaine de ventouses scarifiées, de plusieurs vésicatoires, de trente moxas et de deux cautérisations transcurrentes assez profondes, tel fut l'ensemble des moyens de traitement mis en usage.

Le résultat en fut aussi heureux qu'il pouvait l'être. Les douleurs, augmentées à la pression, avaient complétement disparu, ainsi que l'engourdissement et la faiblesse des jambes; la nutrition générale s'était rétablie, et le malade put être évacué sans peine sur l'établissement de Bourbon-l'Archambault. Nous l'avons revu au mois de mars 1856, en constatant une guérison soutenue, qui, aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans après l'origine de la maladie, semble définitive.

On peut remarquer que la gibbosité dorsale, en faisant perdre au sujet plusieurs pouces de sa taille, n'a modifié nullement la conformation du thorax. Sa santé est excellente et, à moins de fatigue, il supporte sans appui une marche assez prolongée. La difformité, enfin, doit être considérée elle-même comme la terminaison favorable de la maladie. »

— M. Marjolin communique l'analyse suivante d'une lettre de M. Heyfelder :

La Société de chirurgie a discuté dans la séance du 2 décembre 1857, la possibilité d'une guérison permanente du cancer et de l'épithélioma; c'est à cette occasion que M. le professeur Heyfelder a adressé la note suivante.

Notre honorable collègue est convaincu que chaque variété de la maladie cancéreuse, n'importe que ce soit de l'épithélioma ou du cancer fibreux, encéphaloïde ou cystique, etc., peut récidiver plus ou moins promptement après son ablation. Ainsi, qu'un individu atteint de pseudoplasme, reconnu épithélial à l'aide du microscope, soit opéré avec le bistouri, il peut, au bout de quelques mois, présenter à la même place une nouvelle tumeur qui sera, à l'aide du microscope, reconnue pour du cancer fibreux. Un cas de ce genre se trouve rapporté dans la *Clinique* de M. Heyfelder (années 1853-1854, page 36). M. Heyfelder fils a également mentionné plusieurs cas analogues dans son mémoire adressé à la Société de chirurgie, *sur le cancer et le cancroïde*.

Par rapport à la récidive, le tissu qui donne naissance au cancer joue un grand rôle. Constamment notre collègue a vu le cancer de la langue récidiver chaque fois qu'il en a fait l'ablation. Sur douze cas, il a observé douze récidives; jamais il n'a obtenu de succès. La même observation s'applique à l'ablation des parties génitales externes chez les femmes (clitoris, grandes et petites lèvres). Trois fois M. Heyfelder dut pratiquer cette opération pour une petite affection cancéreuse, trois fois les malades périrent de la récidive, tandis que deux autres femmes, qui avaient subi l'amputation des parties génitales atteintes de lèpre, vivent encore.

Sur 54 femmes atteintes de cancer de la mamelle, constamment M. Heyfelder a constaté la récidive, et la mort après l'opération. Une seule fois, il a vu une femme qui avait été opérée par le professeur Michel Jœger rester douze ans sans récidive, et, dans ce cas, il se demande si c'était un vrai cancer ou un pseudoplasme non cancéreux.

Treize fois notre collègue a extirpé des tumeurs de la région parotidienne ou de la parotide, reconnues cancéreuses par l'examen microscopique : constamment la récidive et la mort ont eu lieu plus ou moins promptement.

La même terminaison funeste a été observée après l'ablation des pseudoplasmes cancéreux des régions axillaires et inguinales, huit fois après l'ablation des testicules, trois fois après l'amputation du col de la matrice, et quatre fois après celle du rectum; par contre, M. Heyfelder, qui a fait neuf ou dix fois l'amputation du pénis, n'a jamais constaté de récidive.

Plus d'un tiers des opérés de cancers des lèvres n'a pas présenté de récidive, d'après les renseignements pris auprès des médecins ou des autorités des diverses localités. Il est possible qu'un certain nombre de ces opérés n'ait été atteint que de cancer épithélial, beaucoup de ces opérations ayant été faites avant l'emploi du microscope.

L'extirpation du globe de l'œil a été pratiquée treize fois par M. Heyfelder; deux malades seuls assez âgés, atteints de cancer fibreux, ont survécu, tandis que tous les autres ont succombé à des tumeurs encéphaloïdes développées dans le fond de l'orbite.

Généralement on admet que le cancer qui se développe dans une glande est d'un pronostic fâcheux ; cependant, pour M. Heyfelder, la glande sous-maxillaire paraît faire exception, pourvu qu'elle seule soit malade et que l'os ne soit pas atteint. Trois personnes atteintes de squirrhe de la glande sous-maxillaire, opérées par notre confrère n'ont pas éprouvé de récidive.

L'affection cancéreuse d'un os quelconque ne peut guérir qu'autant que l'os malade est enlevé dans sa totalité. Comme M. le professeur Ried, d'Iéna *(Traité des résections*, 1837, page 108), M. Heyfelder a toujours regretté d'avoir fait la résection partielle et non totale du maxillaire supérieur pour une affection cancéreuse naissante de cet os; tandis qu'il a eu, comme M. Michaux (de Louvain), d'assez bons résultats de l'ablation totale de la mâchoire supérieure atteinte de cancer encéphaloïde. Aussi notre confrère soutient qu'il vaut mieux enlever, dans les cas de cancer, une branche de la mâchoire avec les apophyses condyloïde et coronoïde, que de faire la résection dans la continuité de l'os. Ainsi que l'a publié M. Heyfelder, dans son *Traité des résections et des amputations*, l'expérience lui a démontré qu'il est préférable, dans le cancer des parties molles d'un membre, de faire l'amputation plutôt que d'extirper la tumeur, car, par cette dernière méthode, il y a plus de chances pour prévenir la récidive.

— M. Ch. Martins, professeur à la Faculté de Montpellier, expose devant la Société, un parallèle très ingénieux et nouveau à plusieurs points de vue, des membres supérieurs et des membres inférieurs.

— M. Marjolin présente la partie supérieure du fémur d'un jeune garçon, entré à l'hôpital quelques jours après avoir reçu un coup de sabot sur la hanche droite. Lors de l'entrée de l'enfant, on pouvait déjà porter un pronostic très fâcheux et penser que le malade était sous l'influence d'accidents de résorption. Le membre abdominal droit était fortement porté dans la rotation en dehors et notablement tuméfié; le moindre mouvement causait les plus vives douleurs. Le lendemain de son entrée, une ponction faite au niveau de la partie supérieure et externe de la cuisse, donna issue à une grande quantité de pus et à des caillots sanguins. L'ouverture de l'abcès amena un peu de soulagement, mais bientôt tous les symptômes d'une infection purulente se manifestèrent.

A l'autopsie, on trouva, outre un vaste épanchement purulent dans les deux plèvres et des abcès métastatiques dans les poumons, le tissu osseux de la tête du fémur infiltré de pus et un abcès dans le canal médullaire; la capsule articulaire était remplie de pus, ouverte dans un point; le grand trochanter fracturé était séparé du reste de l'os.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Trousseau.

DE LA VACCINE, DE LA REVACCINATION ET DE L'INOCULATION.

(Suite. — Voir le numéro du 3 avril.)

Si quelques médecins se sont opposés aux revaccinations, il en est d'autres, en fort petit nombre, il est vrai, qui, suivant la voie qu'avaient ouverte des statisticiens, d'ailleurs, complétement étrangers à notre art, ont voulu faire le *procès de la vaccine* elle-même.

Revenant aux idées de Rhazes, pour qui la variole était une dépuration naturelle et utile du sang, reprenant les théories du célèbre Hoffmann, de Willis, de Violante, de Hahn, idées et théories que, du reste, ils ne connaissaient pas, peut-être, ces médecins ont prétendu que la variole était une maladie nécessaire, qu'aussi ancienne que le genre humain, elle existait en germe dans l'économie, que l'individu portait en lui une disposition particulière, en vertu de laquelle il devait, tôt ou tard, en être affecté ; qu'empêcher, enfin, la manifestation du germe varioleux, c'était agir à la façon de ceux qui voudraient empêcher la manifestation du principe herpétique ou du principe goutteux.

Bien plus, ils ajoutaient que la vaccine, en s'opposant aux manifestations extérieures de la variole, avait occasionné le développement de maladies nouvelles plus terribles que celle que l'on voulait détruire, et qu'en définitive le résultat de la vaccination avait été d'augmenter, en Europe, les chiffres de la mortalité.

Telles sont les conclusions auxquelles les statisticiens sont arrivés; mais la statistique est une arme à deux tranchants; avec les mêmes éléments, avec les mêmes données, elle peut conduire et conduit souvent à des buts différents, le statisticien lui fait dire ce qu'il veut. S'il en fallait une preuve, je la prendrais dans ce procès même intenté à la vaccine. Si, d'un côté, M. Carnot, officier d'artillerie, si MM. les docteurs Villette, de Terzé et autres ont, à l'aide de la statistique, fourni des faits à l'accusation qu'ils avaient portée, à l'aide de la même statistique, leurs adversaires, M. le docteur Bertillon, entre autres, ont fourni des arguments à la défense. Cela tient à ce que les premiers ont agi sous l'empire

---

occupe, sont limitées les ressources de l'art médical proprement dit, tel qu'il est pratiqué de nos jours; combien son influence est minime sur les affections de long cours, sur ces profondes désorganisations de nos tissus! Ces tristes et déplorables conséquences tiennent moins à l'insuffisance de la médecine qu'à la manière précaire, et en quelque sorte fugitive, avec laquelle elle est exercée. Pour extirper du sein de la famille un germe invétéré d'affections constitutionnelles, pour régénérer son sang et ses humeurs, pour la retremper dans la force, ce n'est point l'œuvre d'un jour qu'il faut entreprendre ; ce n'est point l'assistance d'un moment qu'il faut invoquer ; il faut se placer sous la surveillance directe et constante de l'hygiène, se façonner à ses préceptes; il faut qu'elle entre d'une manière intime et non plus accessoire, dans le plan général de l'éducation. Ceci supposerait un changement dans les relations du public avec le médecin. Ces dernières, il faut le dire en toute humilité, ne sont point assez dignes ni assez fructueuses ; elles ne sont point assez en rapport avec la considération personnelle de l'un et les avantages de l'autre. Le médecin ne fait que de trop courtes apparitions dans l'intérieur de la famille, qui se hâte de répudier ses soins et ses conseils, aussitôt que l'accident du moment est conjuré.

Nous l'avons déjà dit ailleurs et nous le répéterons ici : « Il est un fléau qui exerce autant de ravages dans notre profession que l'ignorance: c'est le scepticisme ou le doute systématique, sur la valeur et la portée de l'art médical. Nous parlerons ici de l'affaiblissement des croyances en médecine dans l'opinion du public, de ce public qui n'a plus de dieux, plus d'illusion, qui épie avec malice les conflits de nos vaines théories, et se jette avec la même indifférence, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le mal a lieu, il est à son comble : il fait regretter ce temps déjà bien loin de nous, où le médecin était environné de prestige; ce temps où la famille l'accueillait avec cette déférence mêlée de joie, où sa présence offrait les prémices de la cure. Le médecin était accepté alors, ne disons pas comme un oracle, mais comme un homme à part, revêtu d'un caractère que l'on ne contestait point (1). »

Le mal ne provient-il pas, en grande partie, du peu d'influence que les médecins ont sur la famille? Leur rôle ne se borne-t-il presque pas, de nos jours, à la surveillance des maladies courantes, des accidents? L'action de la médecine apparaît lors de l'explosion du mal, jamais pour le prévenir. Appelé, comme le manœuvre ou comme l'officier public au moment d'une catastrophe, le médecin traite plus de malades qu'il n'en guérit en réalité, parce que, pour guérir le mal, il faut l'approfondir, et parce qu'il faut, pour l'approfondir, une confiance qui est ordinairement refusée. Ignorant, la plupart du temps l'histoire pathologique de la famille où il est appelé, il lui manque ce fil directeur, sans lequel il est impossible d'entreprendre la cure des maladies chroniques. De part et d'autre, la médecine est donc traitée trop légèrement.

En revanche, l'homme de l'art, traité en quelque sorte comme le mercenaire, contracte bien vite les habitudes morales de ce dernier, c'est-à-dire l'indifférence, la froideur ; sa besogne achevée, il part sans gratifier la famille des conseils utiles, opportuns touchant des choses qu'il a parfaitement vues, mais sur lesquelles il n'a point été interrogé. Avec cela, en présence de cette suspicion réciproque, l'hygiène intérieure de la famille est négligée ; les maladies les plus graves s'y développent sourdement, et le médecin qui devrait être un instituteur journalier, n'a qu'une mission précaire et bornée. Il est donc à désirer pour tous, que ces rapports soient changés ; que la famille s'ouvre avec confiance au médecin, et que celui-ci se dévoue à propager chez elle les saines pratiques de l'hygiène et de la médecine préventive. On doit moins s'étonner, après cela, de la décadence de la médecine sous le rapport professionnel et des plaintes unanimes de ses membres. Mais, on nous permettra de le dire, le remède, à un pareil état de choses, doit se trouver plutôt dans le changement des mœurs, des habitudes que dans les institutions et les décrets (1). Le médecin doit s'élever aussi haut que son sacerdoce, et mieux prouver encore ce qu'il sait et ce qu'il peut. Pour cela, il faut enseigner l'hygiène comme un système de hautes prévisions, devant circonvenir la famille entière, et pénétrer les habitudes de chacun de ses membres.

Pour rester fidèle nous-même à ces convictions, nous avons voulu pénétrer dans des questions intimes, que les traités généraux d'hygiène ont pris à tâche de passer sous silence, et qui, par leur action inaperçue mais constante, agissent sur les organismes, comme la goutte d'eau sur le granit. En étudiant les maladies héréditaires, cette intarissable source de douleurs pour les familles, nous avons amené celles-ci à se préoccuper plus sérieusement du mariage sous le rapport sanitaire ; c'est là une des parties neuves, et, nous osons dire, très importante de notre ouvrage.

Ici nous saisirons l'occasion de répondre aux préventions qui se sont fait jour chez des natures scrupuleuses. Des médecins même ont partagé ces préventions, et, à propos de notre récent mémoire sur le *danger des mariages consanguins*, ouvrage qui nous a valu l'assentiment précieux et par écrit de plusieurs évêques, nous nous sommes trouvés en butte à une véritable accusation. Les mots de *matérialiste pratique* ont été proférés, pour nous punir de nous être occupé du point de vue sanitaire. « Le médecin, disent-ils, n'a pas qualité pour traiter du mariage, qui est bien plus du domaine de la théologie. Le médecin doit craindre de se laisser absorber par les besoins matériels de l'homme, de rêver pour lui la cessation des maladies et de le bercer des illusions d'une santé parfaite, incompatible avec son état présent. Cette manière de considérer le mariage, de le réduire à l'acte de la reproduction, de n'y voir qu'un moyen de produire de belles générations, n'a-t-elle pas de graves inconvénients et ne rabaisse-t-elle pas cette sainte institution ? Il faut tenir compte de ce sentiment général et légitime de mépris pour l'intervention de l'hygiène dans le mariage... Les théologiens ont très peu laissé à faire aux médecins sur un sujet qui est, avant tout, de leur domaine et qu'ils ont traité d'une façon si supérieure et à peu de chose près si complète. »

Mais nous n'aurions point relevé ces paroles qui expriment sans doute d'honorables scrupules, si nous ne savions que quelques personnes estimables les pourraient partager, et cela par irréflexion. Nous savons mieux qu'aucun autre dans quel discrédit sont justement tombés les codes licencieux qui prétendaient réglementer la couche nuptiale ; nous savons qu'un coloris de fausse hygiène n'a servi, le plus souvent, qu'à

(1) *Du scepticisme en médecine.* — 1856.

(1) Mais nous ne devons pas méconnaître également que les institutions de l'État sont tenues d'entourer de toute leur protection la profession médicale, de lui donner du relief et toute l'autorité suffisante.

d'un préjugé déplorable, à ce que les uns et les autres ont apporté, dans l'examen des chiffres, un esprit tout opposé. Que cette statistique, d'ailleurs, établisse ou non l'augmentation des chiffres de la mortalité, peu importe à la question. Si cette augmentation est un fait réel, elle dépend d'une foule de causes intéressantes, sans doute, à étudier, mais qu'il est inutile de rechercher ici, car la vaccine, comme je vais essayer de le prouver, ne saurait être incriminée.

Si la variole jouait le rôle nécessaire qu'on a voulu lui assigner, si elle était une dépuration naturelle du sang, si elle était une condition presqu'indispensable de notre économie, il faudrait qu'elle eût de tout temps existé. Or, bien que Hahn, se soit efforcé, par un laborieux travail, de déterrer les traces de cette maladie parmi les monuments que les Grecs nous ont laissés de l'histoire de la médecine, il faut se ranger à l'opinion déjà soutenue par Werlhof, et reproduite par Van Swieten. Aux temps d'Hippocrate, de Galien ou d'Aétius, on ne connaissait pas la variole, ces grands observateurs n'en parlent pas; si elle eût existé, ils l'auraient décrite, car ils n'auraient pas su méconnaître une maladie si nettement caractérisée.

En admettant que la variole fût aussi ancienne que le monde, il faudrait admettre aussi que le germe varioleux est resté silencieux pendant plusieurs siècles pour se manifester à une certaine occasion, il faudrait admettre, pour le genre humain, considéré depuis sa création, ce que Rhazes et les partisans de son opinion admettaient pour l'individu en particulier, savoir, que le principe morbifique de la variole reste caché pendant un certain temps dans certains foyers qu'Hoffmann localisait dans certaines parties de la moelle, que Violante, Willis plaçaient dans les capsules surrénales *(capsulis atrabilariis sive renibus succenturiatis)*, d'où il faisait irruption plus ou moins tard. Est-il besoin de le dire, une semblable doctrine n'est d'accord ni avec les faits, ni avec le raisonnement.

La variole n'est donc pas une maladie nécessaire, puisqu'elle n'a pas toujours existé; elle n'est pas une maladie constitutionnelle, car en fait de maladies constitutionnelles il n'y a que les diathèses.

Quelle idée, en effet, nous faisons-nous d'une diathèse?

C'est un état spécial, une disposition particulière à notre économie, héréditaire ou acquise, mais essentiellement, invariablement chronique, pouvant se transmettre de père en fils, et en vertu de laquelle se produisent, sous des expressions identiques au fond, variables et mobiles quant à la forme, des modifications morbides généralement assez franchement caractérisées.

Ainsi la goutte, ainsi le rhumatisme, par exemple, sont des maladies diathésiques. Lorsque la goutte reste silencieuse dans l'intervalle des accès, l'individu paraît jouir de la santé la plus parfaite, la plus absolue; que l'accès survienne, la diathèse se manifeste alors, ici, par des fluxions articulaires, par des sécrétions particulières affectant des siéges différents, tantôt les articulations, tantôt la peau, en particulier celle des mains, celle de la plante des pieds; là, par des accidents névralgiques, chez celui-ci par une attaque d'asthme, chez celui-là par de la gravelle, chez un troisième par de la dyspepsie. Quelles que soient ces manifestations, nous pouvons généralement reconnaître en elles l'expression de la diathèse goutteuse.

De même pour le rhumatisme, la diathèse qui le constitue se traduira par des expressions extrêmement variées, par des lésions particulières très différentes, soit qu'il touche les articulations, soit qu'il touche le cœur, les tissus fibreux, le système nerveux, etc. Ces formes multiples du rhumatisme se rattacheront toujours à une même maladie dont nous pourrons saisir le fond.

On peut en dire autant de la scrofule. Mais la condition capitale de ces diathèses sera, d'une part, la chronicité, la tendance aux retours, aux répétitions, non seulement chez un même individu, mais chez les descendants de cet individu.

Ainsi, une manifestation de la diathèse tuberculeuse à un organe de l'économie, fait craindre une autre manifestation en un un autre organe. Une attaque de goutte donne lieu d'en redouter une autre. Les tubercules ou la goutte se transmettent de génération en génération.

En est-il de même de la variole? En est-il de même des maladies contagieuses comme elles? Essentiellement aiguë, la première accomplit ses périodes en un temps déterminé, sans laisser d'autres traces de son passage que les cicatrices à la peau. Qui oserait dire qu'elle se transmet héréditairement? Les faits de variole *in utero* sont incontestables, ils s'expliquent par la contagion. Mais a-t-on jamais vu les enfants, nés de parents qui ont eu autrefois la variole, devenir nécessairement varioleux, comme ceux engendrés par des parents tuberculeux ou goutteux naissent prédisposés à la goutte ou aux tubercules?

Si, en quelques points, les maladies contagieuses touchent aux maladies diathésiques, et peuvent être considérées comme des diathèses aiguës; si, comme elles, elles amènent une disposition spéciale de l'économie, elles en diffèrent déjà par ce fait capital de leur acuité, par leur non-transmissibilité par voie héréditaire; elles en diffèrent, d'autre part, en ce qu'elles surviennent accidentellement, en ce qu'il faut pour les produire l'action d'un principe morbifique spécial, en ce qu'il faut qu'elles soient transmises d'une certaine façon, soit d'individu malade à un autre individu, elles diffèrent, en un mot, par le *contagium*.

Sans doute, puisqu'elle n'a pas toujours existé, la variole, chez le premier sujet qui en fut atteint, se développa spontanément; elle se développa sous l'influence de causes qui nous échappent. Et si, comme la lèpre, dont il était si souvent question autrefois et qu'on n'observe guère aujourd'hui, la variole finit par disparaître de la pathologie; si un jour elle ne présente plus les caractères qu'elle présente actuellement, il est permis de penser qu'elle pourra se reproduire, indépendamment de toute contagion, sous l'influence des mêmes causes qui l'ont engendrée une première fois. En attendant, ce mode de développement est à présent impossible à saisir, et personne ne pourrait citer un seul fait bien incontestable de variole spontanée.

Importée en Europe par la contagion, c'est encore par la contagion qu'elle se propage aujourd'hui. Difficile à démontrer dans les grands centres de populations où les individus se mêlent et se confondent, ce mode de propagation est plus saisissable dans les petites localités. Que la variole frappe un village où, depuis vingt, vingt-cinq, trente ans, on n'a pas vu de varioleux, généralement on arrive à savoir que l'épidémie a été apportée par un individu venant d'un pays où elle régnait, qu'il en ait même été ou non atteint.

Le contagium varioleux jouit d'une incroyable puissance de reproduction. Non seulement la moindre goutte de pus variolique est un agent de transmission, mais les effluves s'échappant du corps d'un varioleux suffisent pour le communiquer, et il n'est pas besoin, pour cela, que le varioleux soit vivant. Bien plus, ce germe morbifique, semblable à ces substances volatiles qui imprègnent, pour un temps plus ou moins long, de leur odeur pénétrante, les vases qui les ont renfermées, les appartements mêmes où elles ont été placées, ce germe morbifique a une action qu'on ne saurait limiter. Sa divisibilité est poussée à l'infini, et un atome le plus imperceptible suffit pour engendrer la maladie, comme la plus petite étincelle peut communiquer l'incendie, lorsque celui-ci trouve son aliment dans le milieu où elle tombe.

Qu'elle soit inoculée, qu'elle soit communiquée par l'absorption de l'air chargé des effluves varioliques, la variole est une maladie contagieuse, ce n'est point une maladie diathésique, suivant l'acception la plus générale du mot diathèse, ce n'est point une maladie constitutionnelle, ce n'est point une maladie nécessaire à l'organisation humaine, puisqu'elle n'a pas toujours existé.

Elle n'est pas, d'ailleurs, la seule qui soit nouvelle. Le choléra asiatique n'était-il pas nouveau pour nous, lorsqu'en 1832 il vint fondre sur Paris? Qu'il fût depuis longtemps connu dans l'Inde, le fait est accepté, mais, dans l'Inde même, la date de son apparition est encore assez récente, puisque la première épidémie bien authentique du choléra dans ce pays n'a été observée que vers le milieu du dernier siècle.

Il y a six ans à peine, la fièvre jaune n'était-elle pas inconnue à plus des quatre cinquièmes du globe, aux deux tiers de l'hémisphère transatlantique? Jusque il y a six ans, elle avait épargné l'Amérique du Sud; si bien que, jusqu'à cette époque, malgré les nombreuses communications établies entre le Nord et le Midi, le Brésil, Bahia, Fernambouc, Montevidéo, Buénos-Ayres, n'en avaient vu aucun exemple; tandis que depuis lors, la fièvre jaune, ayant passé la ligne, exerce ses cruels ravages sur ces pays; restant confinée sur les rives de l'Océan atlantique, elle n'a pas atteint celles du Pacifique; au Calao, à Valparaiso, à Lima, en Californie, on ne l'a point encore observée. S'il faut espérer qu'elle s'arrête dans sa course, il est malheureusement à craindre qu'elle ne continue sa marche, et que, sortant de ses limites actuelles, elle envahisse les pays qui en ont jusqu'ici été préservés.

Mais à côté de ces maladies nouvelles, comme l'est la variole, bien que celle-ci soit de date moins récente que les premières, à côté de ces maladies nouvelles, il en est d'autres qu'à tort on a crues nouvelles aussi, soit qu'elles aient été méconnues, les moyens d'investigation ayant fait longtemps défaut, soit qu'oubliant les faits observés par nos prédécesseurs, on ait pu croire que ces maladies n'existaient point avant nous. C'est surtout pour ces maladies, que les détracteurs de la vaccine ont mis la vaccine en cause, lorsqu'ils ont dit qu'en empêchant les manifestations extérieures de la variole, elle avait occasionné le développement de maladies plus terribles souvent que la variole elle-même.

Ainsi on a écrit que si les affections utérines, si le croup, que si la fièvre typhoïde se montraient aujourd'hui si fréquemment, que si les deux dernières décimaient les populations, la cause devait en être attribuée à ce que la variole n'était pas là pour dépurer le sang et mettre l'économie en état de résister aux causes directes de ces maladies.

Il y avait de bonnes raisons pour que les affections utérines fussent assez mal connues. Le spéculum, qui nous rend à présent de si grands services, inventé depuis le temps de Paul d'Égine, de Rhazès, modifié déjà par A. Paré, par Scultet, par Garangeot, n'était pas d'un usage aussi répandu qu'il l'est depuis que Récamier en a vulgarisé l'emploi. Il y a cinquante ans, c'était chose inouïe que de pouvoir pratiquer le toucher vaginal en dehors des cas de grossesse; les femmes se seraient révoltées à l'idée de semblables examens, et aucun médecin n'eût été assez osé pour les proposer. Maintenant il n'en est plus ainsi, et, même chez nos pudibonds voisins d'outre-Manche, le toucher et le spéculum commencent à se vulgariser. Aussi maintenant connaissons-nous mieux la pathologie utérine qu'on ne la connaissait autrefois. Bien que mal connues, les maladies de l'utérus l'étaient cependant; les écrits des siècles

---

déguiser l'obscénité de leurs descriptions, aussi secrètement lues que l'on commet une mauvaise action.

Mais ne serait-ce pas s'enfoncer dans une périlleuse ignorance que de contester toute intervention légitime de l'hygiène dans le mariage? La théologie peut-elle s'occuper de mariage comme source des maladies? peut-elle contre-indiquer le mariage dans le cas de maladies héréditaires sans attenter à la plus intime des libertés du cœur de l'homme? et ne verrait-elle pas avec satisfaction traiter par qui le doit faire, des questions qu'il lui répugne d'aborder? ne doit-elle pas se borner à réglementer l'acte lui-même dans ses rapports avec la loi religieuse et la pureté? Si quelquefois des théologiens ont voulu, par trop de zèle, aller plus loin dans l'explication fonctionnelle que ne le font les médecins eux-mêmes, peut-on dire qu'ils l'aient fait avec avantage, avec sécurité! A quelles objections, par exemple, n'a point été exposé le volumineux Traité de Sanchez, *De matrimonio*? Quelles injures l'opinion publique n'a-t-elle point amassées sur la tête de ce saint religieux? Il faut conserver à la médecine son rôle. Bien que la théologie, de son siége élevé, puisse tout embrasser du regard, il reste toujours deux empires au sein de la créature *composée d'un corps et d'une âme*, dès lors, deux attributions différentes pour les administrer dans l'accord, il est vrai, d'un but et d'une pensée uniques. Sainteté et Santé ne sont pas les deux plus grands dons du Ciel pour devenir l'un à l'autre un objet de mépris! Aux théologiens de sanctifier le mariage; aux médecins de le rendre prospère pour les générations, en signalant les périls qui menacent certaines unions. Quitte à l'homme, laissé théologiquement libre, de braver ces périls! La théologie traite du mariage comme source de péchés, la médecine comme source de maladies. Assurément, ce « serait rabaisser la sainte institution du mariage que de n'y voir qu'un moyen de produire de belles générations. » Mais refuser absolument de l'y voir, ce serait protester contre le sens commun; ce serait défendre à l'homme toute réaction contre les maux qui l'accablent; ce serait anéantir l'hygiène dans sa source la plus précieuse, la plus sacrée! Où trouver d'ailleurs un antagonisme entre la sainteté du mariage et les prescriptions qui écartent, dans la consanguinité, l'inopportunité des choix, quand, sur ce point, les prescriptions courent au-devant de la loi religieuse? Craignons, au contraire, qu'un tel antagonisme, se manifestant dans notre pensée, ne fasse naître une opposition déplorable entre la chose du monde la plus utile, l'hygiène, et la chose du monde la plus belle et la plus vénérée, la foi. Il ne faut point oublier que ce sont les théologiens précisément qui écartent comme illicites certains mariages: la médecine nuit-elle à la question en démontrant que l'Église en soutenant la vérité divine a protégé la vérité physiologique?

Quant à parler de *mépris* pour l'intervention de l'hygiène dans le mariage, l'expression est déplacée; car l'homme ne doit rien mépriser de tout ce que Dieu a établi avec une prévoyance et des soins qui font éclater notre admiration. Déclarer le médecin *matérialiste*, parce qu'il s'occupe ici d'organes, c'est aller fort loin; il faudrait accuser Dieu de l'être, lui qui les a construits avec un si grand soin. Oui, plaçons au-dessus de tout la sanctification des âmes, but de l'Église quand elle introduit les adultes dans l'état du mariage; mais n'oublions point la conservation, la santé des rejetons, quand cette Église même déclare avec sa haute simplicité, que cette institution a pour but, en multipliant les hommes, de multiplier ses enfants. Mais c'en est assez sur cette discussion.

Dr F. DEVAY.

COURRIER.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 15 avril prochain, à 7 heures 1/4 du soir, au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 16 francs.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 14 avril, à 5 heures du soir, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

MÉDECINE AU BENGALE. — Dans un article du docteur Harrison, sur l'origine et les progrès du collége médical du Bengale (*The Indian annals*, etc., janvier 1858), nous lisons les détails suivants:

« Le collége (à Calcutta) possède aujourd'hui 10 professeurs, tous anglais, pour les chaires d'anatomie, physiologie, zoologie, chimie, botanique, matière médicale, jurisprudence médicale, accouchement, chirurgie, médecine et ophthalmologie. Les élèves ont à leur disposition un vaste musée et des moyens très variés d'instruction, 900 sujets ont été fournis l'an dernier aux salles de dissections, tant pour l'étude de l'anatomie que pour l'étude de la chirurgie opératoire. Le service de l'hôpital, en y comprenant les salles d'ophthalmologie et le dispensaire, s'applique à 700 malades. Depuis l'établissement du collége (en 1835), il a été reçu 456 docteurs indigènes. Indépendamment des cours réguliers, des leçons d'anatomie, de matière médicale, de médecine et de chirurgie sont faites par des Indiens, dans leur propre langue. »

— S. M. I. le Sultan a daigné faire don d'une magnifique tabatière enrichie de brillants à M. le docteur Beyran, médecin de l'ambassade ottomane, comme témoignage de sa haute satisfaction pour l'ouvrage intitulé: *Traité pratique de pathologie générale*, que M. Beyran vient de publier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 14 avril, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour: 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général.
2° Du cathétérisme dans les cas difficiles, par M. A. Mercier.
3° Des indications des eaux minérales, par M. Durand-Fardel.
4° Moyens de préserver les femmes des déchirures de la fourchette et du périnée pendant le travail de l'accouchement; par M. Mattei.
5° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

— M. Leroy-d'Étiolles père, commencera un cours public d'*uropathie*, mardi 20 avril, à 4 heures du soir, et le continuera les mardis suivants au *Cercle des Sociétés savantes*, quai Malaquais, n° 3. Ses leçons auront particulièrement trait à la lithotritie, aux maladies de la prostate et aux sténosis.

passés sont là pour l'attester, et leur connaissance, toute imparfaite qu'elle fût, était assez répandue, même dans le public, pour que nous trouvions des allusions très significatives dans les épigrammes de nos pères.

Connues par leurs symptômes extérieurs, les maladies utérines l'étaient aussi par l'anatomie pathologique. Morgagni leur consacre ses 45e, 46e et 47e *Lettres* de son traité *De sedibus et causis morborum;* il emprunte des faits à ses devanciers; seulement, je le répète, l'attention, sur ce point, n'avait pas été portée au même degré qu'aujourd'hui.

Quant au *croup*, on a dit qu'il était une conquête nouvelle, triste conquête, en vérité! On a dit qu'inconnue de nos prédécesseurs, cette terrible maladie n'avait commencé à apparaître qu'après la vulgarisation de la vaccine. Est-il besoin de démontrer l'erreur? Il suffit de lire les auteurs les plus anciens pour savoir que le croup avait été depuis longtemps observé et décrit. Arétée l'appelait le mal syriaque, égyptiaque *(ulcera, syriaca, ægyptiaca)* dans son chapitre IX *De tonsillarum ulceribus*, au liv. Ier *De causis et signis acutorum morborum*. Les médecins espagnols, qui nous ont laissé le récit des épouvantables épidémies d'angine maligne, qui, pendant les XVe et XVIe siècles, ravagèrent les possessions espagnoles des Flandres et de Naples, les décrivent sous le nom d'angine gangréneuse, et désignent particulièrement le croup par l'énergique expression de *garotillo*, maladie qui étrangle à la façon du supplice du garot. Ce mot garotillo, traduit en latin, devint le *morbus strangulatorius, morbus suffocatorius;* dénomination beaucoup plus énergique, assurément, que celle de croup.

Mais l'argument sur lequel appuient les détracteurs de la vaccine, c'est celui qu'ils prétendent tirer de la *fièvre typhoïde*, maladie plus commune aujourd'hui, disent-ils, qu'elle ne l'était avant la découverte de Jenner.

Pour leur répondre, on n'aurait qu'à prendre trois pages du latin le plus pur, trois à quatre pages des aphorismes de Stohl; et dans ce court chapitre consacré à la fièvre putride *(febris putrida)*, il est impossible de ne pas reconnaître notre fièvre typhoïde, avec ses caractères, ses allures nettement tranchées, sauf peut-être l'existence de taches rosées qui n'y sont pas indiquées, mais qui ne le sont guère que depuis vingt-cinq ans, qui manquent d'ailleurs non seulement dans certaines épidémies, mais encore dans certaines localités.

La fièvre *ataxo-adynamique* de Pinel était-elle autre chose que la fièvre typhoïde? Les *Œuvres* de Prost, datées de 1802, ne nous la montrent-elles pas frappant les sujets de l'âge de 20 à 30 ans, qui n'avaient pas été vaccinés et qui succombaient à une maladie caractérisée, même à l'autopsie, par les lésions intestinales que nous regardons comme spécifiques de la fièvre typhoïde? Ces preuves anatomiques, le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* de Petit et Serres nous les fournirait encore; et ces médecins observaient la maladie qu'ils ont décrite, en 1813, sur des individus âgés de plus de 15 ans, sur des individus qui n'avaient pas été vaccinés.

Cette fièvre typhoïde, si malencontreusement mise en cause, n'a donc rien à faire avec la vaccine; elle existait bien avant Jenner, mais elle existait sous des noms différents de celui que nous lui avons donné, c'était le *synochus imputris*, le *febris putrida*, la *fièvre adynamique, maligne*, la *fièvre nerveuse*, etc.

Les médecins dont nous combattons l'opinion, parce qu'elle a eu, dans ces derniers temps, un certain retentissement, ces médecins voient dans la fièvre typhoïde une variole retournée, faisant irruption sur la surface muqueuse intestinale au lieu de faire *irruption* à la peau; ils répètent ce que Lecat disait lorsqu'il appelait petite vérole gangréneuse mésentérique, la maladie qu'il avait observée à Rouen en 1763. Mais, d'une part, ces lésions, ces éruptions intestinales de la fièvre typhoïde ressemblent-elles en quelque chose à la pustule variolique? Que si l'on dit que le siége qu'elles occupent est la cause de leur dissemblance, nous répondrons qu'en comparant l'éruption dothiénentérique à l'éruption varioleuse qui se montre si fréquemment sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, on ne saurait, avec la meilleure volonté, trouver entre ces deux lésions la moindre analogie.

Enfin, si fièvre typhoïde et variole sont deux maladies identiques, ceux qui ont l'une ne prendront pas l'autre; or, les faits sont encore en pleine contradiction avec la théorie des *vaccinophobes*. Dans notre service même, cette année, nous avons vu des varioleux prendre la fièvre typhoïde, des individus prendre la variole dans la convalescence d'une fièvre typhoïde des plus graves. Ces exemples parlent assez haut pour qu'il soit nécessaire de les interpréter.

(La suite prochainement.) Dr L. BLONDEAU.

BIBLIOTHÈQUE.

CURE RADICALE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE — Critique des doctrines contemporaines — par le docteur DEBENEY. Paris, Chamerot, 1857. In-8° de 122 pages.

DE LA STRICTUROTOMIE INTRA-URÉTRALE, méthode curative des rétrécissements de l'urètre, autrefois réputés incurables, présentée au concours du prix fondé par le baron Barbier; par le docteur G. GUILLON. Ier fascicule. Paris, Hennuyer, 1857. In-8°, 96 pages.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, par le docteur José PRO. Paris, Leclerc. In-4° de 122 pages, avec 4 planches lithographiées.

La question des rétrécissements de l'urètre est une de celles à propos desquelles les documents abondent. A cette richesse — si c'en est une — on pourrait trouver de nombreux motifs : la fréquence d'abord de ces affections; l'importance de l'organe où elles ont leur siége; de cet organe qui, selon l'expression peut-être trop pittoresque de M. Ricord, est le pivot de la société; ensuite les sommes fort tentantes des prix académiques fondés à ce sujet : — tandis que, pour bon nombre des prix, plus modestes, proposés par l'Académie de médecine cette année, il n'a été envoyé qu'un seul mémoire, le prix Barbier sera disputé par dix concurrents; — enfin, les progrès réels que l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, mieux connues, du canal urinaire, ont fait réaliser dans ces derniers temps, au diagnostic et au traitement de cette maladie et des troubles variés qu'elle entraîne à sa suite.

La compétition que suscite le programme des récompenses offertes par les corps savants a certainement quelques avantages, mais, sans vouloir traiter incidemment une aussi grosse affaire, qu'il nous soit permis d'y trouver aussi des inconvénients. Ce n'en est pas un des moindres que la nécessité où se croient les concurrents de pousser jusqu'aux dernières limites leurs affirmations, et, afin de donner de l'importance à leurs découvertes, d'exagérer les résultats obtenus. Nous ne voudrions pas que le mot exagérer fût pris en mauvaise part; tout ce que nous voulons dire, le voici : Croit-on que les auteurs, surexcités par l'appât du gain et par l'espérance de la couronne à conquérir apportent, dans l'exposé de leurs travaux, le même calme, la même *nudité* de bonne foi que s'ils n'étaient mûs que par l'amour désintéressé de la science?

Ces concours ouverts par les Académies ont un inconvénient d'un autre ordre, plus sensible à notre époque qu'à aucune autre. C'est la résistance, ou, du moins, la non-soumission aux décisions du corps pris cependant pour juge; on ne le trouve bon juge que lorsqu'il approuve; quand il blâme, on le récuse et l'on proteste. L'accusation d'incompétence est banale, et il y a là, contre les Académies, une menace qui grandit tous les jours. *Caveant consules!*

Les deux premières brochures, dont les titres ont été inscrits par nous en tête de ces lignes, sont un exemple de ce que nous avançons.

Voici comment M. le docteur Debeney entre en matière :

« La première attribution du prix d'Argenteuil a été dernièrement, dit-il, adjugée par l'Académie de médecine à l'urétrotomie. La doctrine de l'urétrotomie, considérant que toutes les méthodes, tous les moyens employés jusqu'à ce jour dans le traitement des rétrécissements sont purement palliatifs, et, partant, impuissants pour la guérison, dit qu'il n'y a qu'une ressource contre ces infirmités : c'est tout simplement de fendre l'urètre dans toute son épaisseur par une grande incision. L'Académie, en couronnant cette doctrine, a donc reconnu et déclaré solennellement qu'il n'existait pas de thérapeutique des rétrécissements de l'urètre : un coup de bistouri, quelque grand qu'on le suppose, ne saurait, dans aucun cas, être considéré comme une méthode thérapeutique.

» Il est temps, ajoute l'auteur, de provoquer, dans les esprits, la réaction contre ces doctrines iatro-physiques, qui, plaçant les rétrécissements en dehors des conditions organiques de la vie, ont enfermé la chirurgie dans une impasse où tout mouvement est devenu impossible, où tout effort doit rester stérile. »

Cela est clair, nous semble-t-il; la réaction, provoquée contre les doctrines iatro-physiques, est très explicitement provoquée contre l'Académie elle-même qui protége et sanctionne ces doctrines. Nous n'insisterons pas. Disons seulement, en passant, que la qualité d'ennemi des doctrines iatro-physiques explique pourquoi M. le docteur Debeney affirme qu'on ne saurait, dans aucun cas, considérer comme une méthode thérapeutique un coup de bistouri, et pourquoi il ajoute avec tant d'ironie : *quelque grand qu'on le suppose.*

Nous voulons nous borner à exposer brièvement en quoi consiste la méthode qu'il entend faire prévaloir.

D'après l'étiologie généralement admise, dit l'auteur, le rétrécissement est le produit de la blennorrhagie chronique, au moins quatre-vingt dix-neuf fois sur cent. La prophylaxie du rétrécissement est donc trouvée, si l'on peut empêcher la blennorrhagie de passer ou de persister à l'état chronique : supprimer la condition de production des rétrécissements, c'est rayer ces lésions de la catégorie des infirmités humaines.

Or, continue-t-il, « l'expérience a montré (?) que le problème était résolu par la méthode qui embrasse les trois indications suivantes :

1° Faire avorter la blennorrhagie au début;

2° La blennorrhagie étant développée, enrayer son cours, arrêter sa marche, et la guérir d'une manière prompte et radicale, en prévenant l'état chronique;

3° L'état chronique étant établi, apporter une fin certaine au phénomène stationnaire et interminable de la chronicité. »

C'est par les injections caustiques au nitrate d'argent, préconisées par M. Debeney dès l'année 1842, que ces résultats sont obtenus. C'est par le même moyen, associé à la dilatation, qu'il triomphe de tous les rétrécissements, quel que soit leur âge et quelles que soient leurs formes, ou peu s'en faut. Laissons-le exposer lui-même la pathogénie du rétrécissement dans ses origines et dans ses phases successives de formation :

« La blennorrhagie, devenue chronique par défaut ou vice de traitement, dit-il, s'est fixée ordinairement, à une époque plus ou moins avancée de son cours, dans un point circonscrit du canal urinaire. Limitée d'abord à la membrane muqueuse, elle pénètre plus tôt ou plus tard, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et poursuit, à l'état de phlogose obscure, dans ces deux régions ou dans la dernière seulement, le travail morbide dont l'évolution constitue les périodes de formation du rétrécissement.

» Cette évolution peut enfanter une diversité multiple d'altérations organiques, dont l'épaississement de la muqueuse est le degré le plus simple. D'après cette diversité de lésions, on a établi de nombreuses variétés de rétrécissements : spongieux, — fongueux, — ulcéreux, — turgescents, — variqueux, — végétants, — fibreux, etc. La distinction de ces altérations variées, existant isolées ou diversement combinées, ne mérite pas l'importance qui lui est accordée par quelques auteurs.

» Nous ne divisons les rétrécissements qu'en deux catégories, d'après la cause qui les a engendrés : d'une part, la catégorie des rétrécissements produits, suivant l'étiologie connue, par l'urétrite chronique, et comprenant les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des coarctations; — d'autre part, la catégorie des rétrécissements exceptionnels, rares, dus à d'autres causes, soit traumatiques, soit générales : de cette catégorie, nous faisons abstraction dans ce premier travail.

» Quant au rétrécissement ordinaire et que nous appelons normal, pour sa fréquence, pour la constance et la régularité de sa formation, toute division fondée sur la diversité des altérations est vaine, au point de vue du traitement. Toutes ces altérations sont le produit d'une cause unique, la phlogose : elles présentent toutes un caractère identique, la viciation de la vitalité organique. En conséquence, elles réclament la même médication rationnelle, c'est-à-dire accomplie, non par des opérations mécaniques, mais par l'action physiologique de la modification vitale. »

Voilà qui simplifie beaucoup les choses; nous ne nous en plaignons pas. L'adoption de ces idées tendrait à faire diminuer singulièrement le nombre des instruments que chaque jour voit éclore, et ferait mettre au rebut la plupart des pièces anatomiques conservées par milliers dans les collections anglaises de Walker, de sir A. Cooper, de Hunter, etc.

A ce rétrécissement, ainsi ramené à l'unité, M. Debeney oppose un traitement unique : c'est, nous l'avons dit plus haut, d'une part la cautérisation superficielle au moyen d'une solution concentrée de nitrate d'argent, et, d'autre part, la dilatation, soit par le passage des bougies coniques, soit, dans quelques cas, par le dilatateur mécanique de M. Perrève.

L'injection caustique dont se sert M. Debeney, est composée, au minimum, de 1 gramme d'azotate d'argent cristallisé, pour 30 grammes d'eau distillée. « Il nous est arrivé, dit-il, d'élever cette proportion jusqu'au double et même au quadruple d'azotate pour la même quantité d'eau. Dans ces limites, la proportion du sel d'argent dans la solution n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire. Un seul point est essentiel : c'est qu'elle soit suffisante pour produire la cautérisation; il importe peu, après cela, qu'elle soit un peu plus ou un peu moins forte. Aucun danger n'est à redouter pour les tissus; il n'y a qu'un temps de cautérisation, et l'escarre superficielle une fois formée, la membrane est protégée par elle, et garantie contre toute action ultérieure du caustique. Mais il faut qu'elle soit au degré caustique; il est d'une haute importance pratique de bien établir ce point; nous avons vu nombre de médecins se trouver fort mal d'avoir eu recours aux injections à dose inférieure, soit parce qu'ils étaient dans l'erreur à l'égard de la proportion que nous avons fixée, soit parce qu'ils en redoutaient la violence.

Après les injections concentrées, on observe les phénomènes ordinaires consécutifs à la cautérisation superficielle : inflammation vive, mais passagère, et bientôt suivie de la suppression des signes aigus; après les injections à faible dose, au contraire, on observe une surexcitation qui persiste. Dans ce dernier cas, on a ajouté à l'inflammation primitive, au lieu d'en retrancher, comme dans le premier; on a trouvé l'effet excitant, au lieu de l'effet abortif. Il ne saurait y avoir ici de juste milieu : ou il faut renoncer aux injections avec l'azotate d'argent, ou il faut les porter à la dose caustique. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de ses procédés de cautérisation, non plus que dans celle du manuel opératoire employé pour la dilatation. Qu'il nous suffise de dire qu'après avoir poussé dans l'urètre toute la quantité de liquide que ce canal peut admettre, il ferme le méat en pressant le gland entre le pouce et l'index de la main gauche; puis qu'avec les premiers doigts de la droite, il refoule le liquide dans la région prostatique et jusque dans la vessie, lorsque l'inflammation chronique a gagné le col vésical.

La brochure de M. Debeney contient sept observations de malades atteints de rétrécissements depuis plusieurs années, avec complications variées, et qui, tous, furent guéris dans un temps relativement court par sa méthode. Nous lui savons gré de n'avoir pas abusé des observations; il l'aurait pu, ayant derrière lui une longue pratique, marquée, s'il faut l'en croire — et nous y sommes tout disposé — par des succès constants.

Jusqu'ici, la cautérisation et la dilatatation avaient été employées isolément, c'est ce que blâme M. Debeney. Suivant lui, la cure efficace et radicale des rétrécissements se trouve dans l'action *combinée* de ces deux moyens. Le premier, la cautérisation, est, à ses yeux, de beaucoup le plus important et celui qui joue le rôle le plus étendu.

« En effet, dit-il, dans ses conclusions, la cautérisation superficielle suffit pour dissiper le germe ou noyau du rétrécissement formé et élaboré dans la blennorrhagie chronique; en second lieu, elle suffit seule à détruire la coarctation dans sa première phase ou période de formation, et souvent aussi lorsque le degré du rétrécissement accuse l'extension du travail morbide aux tissus sous-muqueux; enfin, dans la deuxième période, où l'action de la dilatation devient nécessaire, la cautérisation superficielle remplit la double fonction de remédier aux inconvénients ordinaires de la dilatation, et de concourir à son œuvre modificatrice. »

En somme, nous avons lu la brochure de M. le docteur Debeney avec intérêt et plaisir. Notre première impression en face de cette tentative — poussée un peu loin peut-être — de simplification thérapeutique à propos d'une affection si multiple dans ses formes, a été l'étonnement. On nous a si bien déshabitués des efforts de ce genre depuis quelques années!

Notre second sentiment a été tout de gratitude envers l'auteur. Ceux de nos lecteurs qui prendront connaissance de son livre, seront, comme nous, bientôt convaincus que la voie préconisée par lui est préférable aux terribles complications de procédés et d'instruments qui encombrent notre esprit et nos trousses. Les uns et les autres sont pour le moins inutiles, en général, et ils nous embarrassent plus qu'ils ne nous servent sur le terrain de la pratique.

Dans un prochain article, nous parlerons des deux brochures sur le même sujet, dont les deux titres sont inscrits en tête de celui-ci.

Dr Maximin LEGRAND.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 44. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 15 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous assistons à un singulier spectacle.

La discussion académique met en évidence de la manière la plus frappante toutes les hésitations, toutes les incertitudes, toute l'incohérence des esprits en matière de pathologie générale. Creusez tant soit peu une question quelconque de médecine pratique et il arrive une de ces deux choses, ou qu'immédiatement vous rencontrez le roc, c'est-à-dire la stérilité, ou bien que vous tombez aussitôt sur un terrain tellement meuble et désagrégé que toute végétation y est impossible.

La fièvre puerpérale met en présence deux doctrines qui se croient opposées : la doctrine des localisateurs et celle des essentialistes. Eh bien! ni localisateurs, ni essentialistes n'ont jusqu'au bout le courage, où plutôt la logique de leur opinion. Les localisateurs, après avoir minutieusement décrit toutes les altérations anatomiques de la maladie, s'arrêtent court et s'empressent de s'abriter : celui-ci sous le manteau de la diathèse, celui-là sous la couverture commode de l'aptitude morbide, ce troisième sous le paletot complaisant du génie épidémique. Les essentialistes, de leur côté, accusent des retours imprévus vers les connaissances tirées de l'examen des organes et, au moment où vous les voyez carrément engagés dans les voies de l'essentialité morbide, soudain vous les voyez prendre la bifurcation qui conduit à la localisation anatomique. Nulle part on ne rencontre une conviction nettement et vigoureusement soutenue; mais partout, au contraire, on ne voit que marche incertaine conduisant à des transactions inattendues.

Un des esprits les plus nets et les plus fermes de l'Académie, M. Cazeaux, ne nous paraît pas avoir échappé à cette influence générale, qui semble régner sur la discussion actuelle. M. Cazeaux s'est posé en localisateur de la fièvre puerpérale, c'est pour lui une phlegmasie, mais écoutons-le jusqu'au bout et vous verrez bientôt que cette phlegmasie est une véritable et franche maladie générale qui a son principe, que disons-nous? sa préexistence dans une altération du sang. Il faut renoncer à comprendre le premier mot de la pathologie générale, si les localisateurs généralisent comme MM. Cazeaux et Beau et si les essentialistes localisent comme MM. P. Dubois et Cruveilhier. *Fiat lux!* Pour nous, nous n'y voyons plus goutte et nous donnerons la parole, mardi prochain, à notre honoré et savant collaborateur M. Pidoux, qui nous a promis de nous dire en quoi localisateurs et essentialistes ont tort et raison.

Amédée LATOUR.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Cinquième Lettre.

Mon cher maître,

En finissant la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser le 6 de ce mois d'avril, je vous ai indiqué l'existence, chez les femmes en couche, d'un signe local révélant l'état de maladie, lequel est appréciable même avant l'existence des phénomènes généraux. Je vous ai montré que, sur 858 femmes, ce signe avait complétement manqué 311 fois, et qu'alors les couches avaient suivi une marche des plus régulières; que chez 343 femmes, on avait pu constater son existence, mais avec un développement assez faible, et surtout avec assez peu de persistance pour que les moyens de thérapeutique employés en aient triomphé très facilement. J'ai ajouté que 132 femmes avaient offert très nettement l'existence de ce signe, qu'il était arrivé chez elles à un degré d'expression beaucoup plus manifeste, avait offert plus de persistance et demandé par conséquent des soins plus énergiques et plus rigoureux. Enfin que, *sans exception*, chez 67 femmes qui avaient succombé, il avait été rencontré avec toute la plénitude de son développement, c'est-à-dire que depuis le moment où j'avais appris à rechercher l'existence de ce désordre, il avait été *constamment* trouvé comme symptôme saisissable chez les femmes qui avaient ultérieurement succombé.

Ce signe, permettez-moi de le rappeler, est le gonflement douloureux des annexes.

Il peut être constaté de très bonne heure, même au moment où les femmes n'offrent aucun phénomène fébrile (60 pulsations).

Il siége tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois.

Il est surtout perceptible au point où les annexes rejoignent l'utérus.

Il peut être perceptible tout le long de leur parcours jusqu'à la fosse iliaque.

Il peut encore, quoique cela soit plus rare, être observé sur un point de leur parcours autre que le niveau de l'insertion des annexes à l'utérus.

Quelques précautions sont nécessaires dans cette recherche, assez facile, d'ailleurs, pour que tous les élèves qui ont passé par mon service soient devenus assez familiers avec elle.

Il faut d'abord bien déterminer la place de l'utérus, car certaines circonstances peuvent faire varier, d'une manière sensible, la situation de cet organe, et nulle n'est plus influente à ce sujet que l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Souvent j'ai observé que des femmes accouchées depuis plusieurs heures (sept et même neuf heures) n'avaient pas uriné depuis leur couche. La compression, la contusion même du méat urinaire par la tête de l'enfant, ou d'autres fois l'éraillement et la déchirure de la partie supérieure et latérale de la vulve, au niveau des petites lèvres, entraînent une douleur qui fait redouter l'émission des urines retenues alors obstinément. Chez d'autres femmes qui n'offrent aucune déchirure de la vulve et qui ont eu une couche facile, le besoin d'uriner n'est pas perçu, malgré la plénitude de la vessie, dont le bord supérieur peut remonter alors jusqu'à 12 ou 14 centimètres au-dessus du pubis. Il semble, dans ces cas très singuliers, que l'absence d'une pression suffisante des parois abdominales permette la distension indéfinie de la vessie sans éveiller la sensation qu'il semblerait si naturel de voir éprouver, alors que ce réservoir contient un litre à un litre et demi, à peu près, d'urine, quantités que j'ai observées.

Dans cet état de plénitude de la vessie, on voit ce viscère se dessiner au-dessus du pubis, avec sa forme globuleuse et c'est au-dessus de lui qu'on peut voir, par la seule inspection extérieure, l'utérus généralement déjeté à droite et remonté dans le flanc droit ou même vers l'hypochondre du même côté, situation dont la palpation confirme l'exactitude en même temps qu'elle permet d'étudier plus en détails l'état de cet organe. Loin donc d'être refoulé dans le bassin et d'être masqué par la vessie distendue, l'utérus est refoulé par elle vers la partie supérieure. Et il est facile de comprendre le mécanisme de cette locomotion quand on réfléchit que la vessie, n'éprouvant aucune résistance de la part de la matrice, dont les ligaments, de beaucoup plus longs, ne sont pas encore revenus sur eux-mêmes, déprime facilement le vagin, s'étale sans obstacle dans le bassin qu'elle remplit, et repousse ainsi l'utérus vers le lieu qu'il occupait pendant la grossesse. Et c'est si bien là la cause du déplacement de cet organe, que, sans qu'on change la position de la femme, il redescend par son propre poids derrière le pubis, à mesure qu'on vide la vessie avec une sonde.

Cette différence de position de la matrice, par suite de la plénitude de la vessie, peut être considérable. Ainsi, j'ai vu l'utérus mesuré de la partie supérieure de l'arcade pubienne à son fond et d'un bord à l'autre, présenter 21 centimètres de hauteur sur 14 de largeur avant l'évacuation de la vessie et n'être plus qu'à 12 centimètres sur 14 après le cathétérisme; ailleurs, 21 sur 16, devenir 13 sur 16; 21 sur 12 réduits à 10 sur 12; 20 sur 13 à 11 sur 10; 14 sur 8 à 7 sur 8; 11 sur 7 à 5 sur 7.

Ces mesures, prises avec autant de rigueur que possible, peuvent, surtout dans l'appréciation de la largeur, offrir quelques imperfections; je ne les donne qu'à 1 centimètre près. Elles démontrent clairement, du reste, le fait que j'énonce, à savoir la locomotion en hauteur de l'utérus, à propos de la plénitude de la vessie. Vous pouvez remarquer également, relativement à ces chiffres, que dans certains exemples la largeur elle-même a diminué par le fait de la vacuité de la vessie. C'est que, en effet, lorsque l'utérus fait ainsi une saillie plus marquée, la largeur est souvent plus nettement appréciable que quand il est retombé dans le bassin; mais vous noterez que, dans aucun cas, les différences n'ont été aussi considérables entre les chiffres de la largeur qu'entre les chiffres de la hauteur. A peine, pour les premiers, trouve-t-on 2 ou 3 centimètres, tandis que, pour les seconds, il y a souvent différence de moitié : 21 remplacé par 10; 14 par 7; 11 par 5, etc.

Ce fait a été constant; je pourrais produire plusieurs centaines d'observations à titre d'exemples. Enfin, pour en finir avec ce point, nous avons remarqué que d'ordinaire l'utérus, revenu derrière le pubis, offrait en largeur 2 à 3 centimètres de plus qu'en hauteur : ce qui peut être facilement expliqué par cette remarque, que la partie la plus inférieure du globe utérin disparaît au-dessous de l'arcade pubienne tandis que, d'une annexe à l'autre, la mensuration est plus facile. Chez toutes les femmes qui ont succombé, la largeur de l'utérus d'une annexe à l'autre a généralement été égale à ce que donnait la mesure prise en hauteur du fond au niveau du col.

De ce qui précède résulte donc, pour apprécier convenablement l'état de l'utérus par la palpation, la nécessité de s'assurer de la vacuité de la vessie. Au reste, il est utile d'étudier l'état des annexes avant comme après ce cathétérisme préliminaire. Souvent, en effet, elles sont plus facilement appréciables sur l'utérus refoulé en haut et à droite que sur cet organe retombé dans le bassin, seulement il faut bien être prévenu que, chez certaines femmes, cette rétention d'urine, souvent si considérable, développe de la douleur sous la pression de la main qui explore, douleur qui disparaît lorsque l'urine est expulsée, et qui ne correspond pas, du reste, à un gonflement des annexes.

Une seconde précaution indispensable pour bien constater et pour bien préciser l'existence et les conditions du signe local que je vous indique ici, c'est la nécessité de maintenir l'utérus afin qu'il ne fuie pas, pour ainsi dire, sous la main qui l'explore. Cet organe, en effet, après l'accouchement, est très mobile et peut, par une pression, même assez modérée, être changé de position. Si on cherche à l'explorer en portant la main sur le côté que l'on veut examiner, le côté gauche, par exemple, la mobilité de l'utérus qui, sous la pression se portera à droite, empêchera complétement, dans beaucoup de cas, de pouvoir constater l'état des annexes gauches, et réciproquement. Aussi, le procédé qui m'a paru le meilleur est-il celui que je vous indiquais dans ma dernière lettre. La main droite sera employée pour l'exploration, si on est placé à gauche de la femme; ce sera, au contraire, la main gauche si on est placé au côté droit du lit. L'une ou l'autre, placée dans la pronation, limitera, à l'aide du médius et du pouce, les deux angles de l'utérus, et fixant par cela même cet organe, permettra un examen complet auquel on devra procéder de bas en haut. Les deux doigts que j'indiquais rencontreront nécessairement dans ce mouvement les deux annexes, et pourront en suivre les parcours, tout en appréciant leur volume, la résistance qu'elles opposent à la pression, et aussi la douleur que détermine cette exploration. Pour cette dernière particularité, il faut aussi savoir, et c'est là un fait très important, que beaucoup de femmes dissimulent cette douleur et affirment n'en éprouver aucune, tandis qu'elles confessent le lendemain que la pression, exercée la veille, était véritablement douloureuse. La cause de ce mensonge est souvent la crainte du traitement et de la douleur qui peut en résulter; mais souvent les femmes en couche, comme aussi beaucoup de malades atteints de tout autres affections, dissimulent les symptômes qu'ils éprouvent, ou cherchent à en amoindrir la valeur, à en cacher l'intensité, non plus par crainte du traitement, mais par le fait de l'inquiétude que leur cause leur maladie. Il semble que si, tout en trompant le médecin, ils obtiennent une déclaration rassurante, leur mal sera moindre à leurs propres yeux. Cette faiblesse, et le manque de bon sens qu'elle entraîne, sont plus fréquents qu'on ne le suppose, même chez les malades intelligents qui, après avoir accusé l'existence d'un symptôme, se hâtent d'ajouter « mais c'est très peu de chose. » Et c'est là de la crainte, aussi bien que chez les malades pusillanimes qui, au contraire, exagèrent leurs sensations et se lamentent outre mesure, pour qu'on les console et qu'on raffermisse leur courage. Les uns cherchent à se préparer un témoignage négatif qui les rassure, les autres le sollicitent par leurs plaintes et leurs terreurs.

Cette dissimulation d'une douleur confessée le lendemain met encore en relief la valeur du gonflement local. Ce signe permet, en effet, d'agir même alors que la femme nie toute sensation dou-

loureuse. La présence de ce gonflement, de cette dureté sur des organes qui restent habituellement souples lorsque l'état normal se maintient, est devenu pour moi le signal de l'action. J'ai vu, en effet, souvent, dans le début de mes recherches, survenir des accidents graves chez des femmes sur lesquelles j'avais constaté un gonflement des annexes et auxquelles je n'avais rien fait, parce qu'elles affirmaient n'éprouver aucune douleur sur le point tuméfié, douleur dont elles avouaient ensuite avoir nié l'existence, aveu souvent tardif, car il n'était déjà plus possible de leur être utile.

Ce signe, le gonflement douloureux des annexes, peut, je le répète, être constaté immédiatement après l'accouchement, en l'absence de tout mouvement fébrile. J'ai pu même, chez des femmes pendant la couche, trouver soit à droite, soit à gauche, un gonflement douloureux de l'annexe, gonflement que je voyais persister après la délivrance, et qui nécessitait une intervention thérapeutique active.

J'ai insisté, cher maître, sur les précautions qu'il convient d'observer pour constater le signe local *constant* que je vous ai signalé, parce que j'ai vu bien souvent ceux qui le recherchaient pour la première fois ne pas le retrouver ou mettre quelque temps avant d'y parvenir, faute d'observer les particularités que je viens d'indiquer. Je pourrais, peut-être, en outre, trouver grande raison d'agir ainsi et d'entrer dans les détails relatifs au gonflement perçu par la main et à son siége bien limité au niveau des annexes, quand je vois ce qui vient d'être écrit dans un article du *Moniteur des hôpitaux* (numéro du 13 avril 1858, page 341, 2e colonne). Je pourrais, en effet, supposer que c'est de moi que veut parler l'auteur de cet article, M. Mattei, professeur particulier d'accouchements; mais, en vérité, il faudrait quelque bonne volonté pour me reconnaître dans le nom de *Bayer*, comme il faudrait quelque bon vouloir pour trouver dans le nom de *Jacquier* celui de mon bon ami et ancien collègue Jacquemier. Pour le dire en passant, si peu de précision, pourrait donner une pauvre idée de la netteté des vues de l'auteur (je reviendrai forcément, au reste, sur l'ensemble de ce qui a été écrit par M. Mattei). Mais si c'était à moi que s'adressât cette personne quand elle écrit ces lignes : « Le second, *désertant le terrain* de son maître, » nous dit que la *trace* de l'inflammation dans la *fièvre puerpé-* » *rale* préexiste même au frisson. » J'aurais tout d'abord bien de la peine à ne pas penser au charmant morceau de Montauciel dans l'opéra de Monsigny :

Je ne déserterai jamais,
Jamais que pour aller boire, etc.

Encore Montauciel parle-t-il avec Sedaine un français plus correct, car *déserter* s'emploie peu avec un régime direct. Je sais bien cependant qu'un poëte de second ordre a dit :

Déserter les jardins par Armide enchantés.

Mais c'est là une locution qu'il n'est pas bon d'imiter. Pour parler sérieusement, s'il le fallait absolument, je lui dirais que je n'ai jamais eu à déserter (ce qui est d'ailleurs une laide action dont je suis incapable); que rien ne m'attachait à telle ou telle opinion sur la question dont il s'agit; que j'étais, au moment où j'ai entrepris de l'étudier à fond et avec persévérance, vierge de tout précédent et de tout lien à ce sujet; que, au point de vue scientifique, je suis autant qu'on peut l'être de la doctrine du libre examen; que les faits et leurs déductions rigoureuses m'importent seuls et me soucient; que ce qu'ils démontrent à mon bon sens, par une induction patiente, et après que j'ai pris des précautions multipliées pour éviter l'erreur, devient ma conviction, et qu'alors j'y tiens fermement jusqu'à démonstration du contraire, et sans déserter; que ce n'est pas la *trace* de l'inflammation que j'ai vue préexister au frisson, pour parler encore son langage mal correct, que c'est le signe du début que j'ai constaté d'une façon *constante*, et que ce signe n'est pas seulement une douleur locale, mais un gonflement, coïncidant avec cette douleur, et cela non pas sur le globe utérin, mais sur les annexes. *Vous croyez avoir acquis*, lui dirais-je encore, *une certaine habitude du palper abdominal*, je le veux bien, je ne vous la conteste nullement, puisque je n'ai jamais été à même de la juger; alors cherchez et vous trouverez; car j'ai toujours trouvé, et tous ceux qui m'ont entouré depuis deux ans, ont trouvé comme moi ce que je signale. Je ne vous parle pas, ajouterais-je, d'une seule femme, mais d'un grand nombre; voyez les chiffres indiqués plus haut. Et quant à reconnaître que l'utérus cesse d'être douloureux chez les femmes envahies par les symptômes généraux, je sais bien cela, et je l'ai déjà dit dans la *Lettre* dernière. Non pas que je croie comme vous que la *substance toxique a détruit la vitalité locale*, car ce sont là des mots dont rien ne fixe suffisamment le sens, mais parce que je crois, comme tout le monde, que la diminution de la sensibilité générale est une des conséquences de l'état typhoïde, quelle que soit la cause, ou, pour mieux dire, quel que soit le point de départ de cet état. Vous m'approuveriez, j'en suis sûr, dans ces réponses, mon cher maître; mais s'agit-il bien de moi, et dois-je me voir dans ce nom de *Bayer?*

Donc, cher maître, j'ai *constamment* observé ce signe local dès le début. Voyons maintenant comment les phénomènes ont marché.

Sur quelques femmes (28), j'ai pu constater un léger degré de gonflement et de douleur des annexes, et ce premier degré, surveillé de très près, s'est dissipé seul et sans aucune intervention thérapeutique. J'en ai fait, dans mes observations, une catégorie à part. La fièvre est restée nulle. Sur trois ou quatre d'entre elles, le léger gonflement douloureux a commencé seulement au moment du mouvement de développement des seins à propos de la sécrétion lactée, vers le second jour. Chez un certain nombre de ces 28 femmes (6), le symptôme, après s'être manifesté sur les annexes d'un côté, s'est montré sur celles du côté opposé le jour suivant, sans présenter, toutefois, plus de gravité.

Ce nombre de 28 représente-t-il toutes les femmes chez lesquelles le signe local se serait dissipé sans intervention thérapeutique, je ne le crois pas, et je reviendrai sur ce point à propos du traitement. Il représente seulement le nombre des femmes chez lesquelles j'ai osé ne pas agir.

Chez d'autres, les symptômes suivent une marche plus sérieuse. Le gonflement local qui, d'abord, était seulement douloureux à la pression et qui, lors de la toux et des mouvements du tronc, n'éveillait aucune sensation pénible, devient le siége d'une douleur spontanée ou que révèlent la toux ou les mouvements de la malade elle-même. La peau devient plus chaude, le pouls, de 60 ou 72, monte à 96 ou même à 124, sans caractères particuliers de force et de faiblesse; de la céphalalgie peut se développer, la soif est souvent vive, l'appétit est nul, la langue est sale, blanchâtre, on ne rencontre pas, ordinairement, de nausées, encore moins de vomissements, mais ces deux derniers phénomènes sont observés dans quelques cas; la face, assez colorée parfois, est, ailleurs, pâle et même jaunâtre. Enfin, on voit se manifester de petits frissons répétés qui peuvent même commencer la série de ces phénomènes généraux, mais ils sont ordinairement courts, inégaux dans leurs retours et suivis d'un peu de redoublement de chaleur et de sueur.

Pendant ce temps, le lait continue parfois de monter, parfois aussi il diminue de proportion, ainsi que les lochies. Puis, après un temps variable, depuis deux jours jusqu'à sept ou huit, les phénomènes s'amendent, la douleur et le gonflement des annexes diminuent, puis s'effacent; le pouls diminue de fréquence et tombe à 76 ou à 70; souvent cependant, à cause de la faiblesse et de l'anémie, il reste plus fréquent, mais la chaleur de la peau cesse d'être fébrile, le malaise s'éloigne, l'appétit renaît, le lait augmente de proportion, sauf le cas où la maladie a duré longtemps, car alors il se tarit pour ne plus revenir. Enfin, la guérison s'établit. Dans ces exemples heureux, on ne rencontre généralement pas de diarrhée et la respiration n'est pas sensiblement accélérée au delà de ce que comporte le mouvement fébrile; les forces sont loin d'être aussi profondément déprimées qu'elles le sont quand un autre ordre de phénomènes se développe.

C'est à la suite de ces états déjà très sérieux qu'on voit se développer les abcès des ligaments larges et ceux de la fosse iliaque qui se vident, les premiers d'habitude par l'intestin, et les seconds à l'extérieur, à travers la paroi abdominale. Peut-être, si le temps me le permet, vous demanderai-je la permission de revenir sur ce mode de terminaison dont j'ai observé, du reste, peu d'exemples, mais dont j'ai pu apprécier les conditions de formation.

Comme vous le voyez, mon cher maître, cet ensemble de phénomènes différents de ceux que j'ai eu l'honneur de vous indiquer dans une précédente lettre, ne sont autre chose que ce que certains auteurs, parmi lesquels il faut placer M. P. Dubois, ont étudié sous le nom de forme inflammatoire de la fièvre puerpérale. L'observation est des plus exactes, l'interprétation est moins rigoureuse selon moi. Si l'on met, en effet, de côté, la différence de siége des organes et les modifications que cette différence entraîne dans le point de départ et dans le siége des symptômes, y a-t-il rien là qui soit différent des symptômes d'une simple inflammation locale, d'une phlébite des veines du bras, après une saignée, par exemple. La veine est d'abord douloureuse aux environs de la plaie, elle se gonfle, puis vient la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, le malaise, la céphalalgie, les frissons légers, qui même se reproduisent un peu plus fréquemment quand le pus se forme dans la veine et autour de la veine, et que la maladie se termine par de petits phlegmons disséminés le long du vaisseau.

Dans d'autres exemples, et j'en pourrais citer tout au long, car je n'aurais qu'à transcrire, peu après l'accouchement ou même le lendemain, on trouve un gonflement douloureux de l'une des deux annexes, le pouls n'est pas encore fréquent; le soir, il monte sensiblement, l'ensemble des symptômes que je viens de décrire se manifeste et dès la nuit éclate un frisson violent après lequel on trouve la malade dans l'état très grave que j'ai rapporté dans la lettre qui précède celle-ci, état qui, ainsi que je l'ai bien établi, est tout à fait ce qu'on a appelé la fièvre puerpérale.

La différence qui peut être observée est donc tout entière dans le temps qui sépare l'observation première des phénomènes locaux de l'éclat des phénomènes généraux. Ce temps est variable, et ces derniers se montrent quelquefois très rapidement et peu d'heures après l'accouchement, je l'accepte parfaitement et l'ai nombre de fois constaté, mais j'ai *toujours*, même dans ces cas, retrouvé le désordre local que je décris. Sur un certain nombre de femmes, je n'ai pas pu assister à la période purement locale, et une malade, par exemple, qui, le matin à la visite, n'avait rien même localement qu'on pût constater, était prise le lendemain de phénomènes généraux graves en même temps que le gonflement des annexes du côté gauche était considérable et douloureux et que celui du côté droit commençait. Le frisson remontait à deux heures avant la seconde visite; il avait été précédé de malaise, d'un peu de chaleur. Hé bien, chez cette femme, je suis sûr que si on était venu, le soir du premier jour, observer l'état qu'elle présentait, on aurait positivement rencontré le signe local seul ou avec un mouvement fébrile commençant. Et quand je dis que je suis sûr que les choses ont dû se passer ainsi, ce n'est pas par fantaisie ou par simple appréciation personnelle, c'est parce que j'ai vu nombre de fois les choses suivre cette marche : telle femme ne présentait rien à la visite, qui, le soir, à celle de mon interne, offrait un gonflement douloureux et était arrivée, le lendemain matin, à la période des symptômes du dernier ordre après avoir été frappée d'un frisson violent. Ailleurs, une femme, peu après l'accouchement, présentait un gonflement très petit, à peine douloureux, et je la signalais à mon interne comme devant être l'objet d'une surveillance spéciale; dans la journée, l'état local s'aggravait, et le lendemain, malgré nos efforts, elle était dans la situation la plus grave, après un frisson éprouvé pendant la nuit.

Or, si on veut bien résumer les traits de cet état général grave, on constatera facilement que ce n'est pas autre chose que l'état dit typhoïde, plus ou moins compliqué de phénomènes adynamiques ou ataxo-adynamiques et auquel se joignent les symptômes de certaines affections secondairement développées et qui, par leur siége spécial, prêtent une physionomie particulière à la malade, sans changer en rien le fond de son état et la valeur pathologique des symptômes principaux.

Comment donc et pourquoi se développent ces phénomènes généraux d'apparence typhoïde? Faut-il, pour les interpréter, admettre l'existence d'une maladie particulière commençant au moment où ils se manifestent? Ou bien trouve-t-on dans l'observation patiente et rigoureuse des faits une autre interprétation qui permette facilement de rattacher la maladie des femmes en couche à une affection bien connue et observée ailleurs en pathologie? Je ne crois pas qu'il soit possible d'hésiter après l'ensemble des lésions et l'ensemble des symptômes successifs que je viens de vous présenter.

J'ai *constamment* trouvé que les veines utérines contenaient du pus; j'ai *constamment* trouvé qu'avant les symptômes généraux existait un symptôme local qui occupe justement, qu'on le remarque bien, le point où le pus est le plus fréquemment observé, l'insertion des annexes à l'utérus; que souvent ce signe local était suivi d'une période inflammatoire dans laquelle pouvait se développer un état général plus grave dont l'apparition était signalée par un frisson.

Est-ce forcer le moins du monde les analogies que de dire que, chez la femme en couche, tantôt la plaie utérine marche régulièrement, se cicatrise sans grande peine après une suppuration de bonne nature; que tantôt, au contraire, les plaies veineuses (et Dieu sait s'il y en a un grand nombre) ne marchent pas régulièrement; qu'une phlébite se déclare dans plusieurs d'entre elles, phlébite qui suit ses périodes et peut même se terminer par suppuration sans résorption purulente. Enfin que, dans d'autres exemples, le pus des veines se mêle au sang, comme on le voit chez d'autres blessés, et donne lieu à ces phénomènes graves de résorption, abstraction faite, bien entendu, de la cause qui rend cette dernière forme plus fréquente à tel ou tel moment. Je reviendrai sur ce point plus tard.

C'est là, selon les faits qui me sont passés sous les yeux, et à l'étude desquels je me suis livré avec une longue assiduité et sans parti pris, je le répète, c'est là, dis-je, la seule doctrine acceptable. Dans son exposé, je ne réclame, à titre de bien qui me soit propre, que la constatation du signe constant que je vous ai décrit. Il a sa valeur comme marque indélébile de l'influence locale dans les cas où les symptômes de résorption suivent de si près, qu'on les croirait le premier phénomène.

Voyons maintenant les objections qui lui ont été faites, et je n'en laisserai aucune de côté, seulement j'en pèserai la valeur. Nous examinerons ensuite, si vous voulez bien me le permettre, chacune des doctrines proposées par les divers auteurs qui combattent celle que je formule ici, et que les faits, longuement et consciencieusement observés, m'ont amené à soutenir.

Dans la discussion qui va suivre, mon cher maître, je vais rencontrer les opinions de bien des hommes que je vénère, celles de bien des hommes que j'aime sincèrement; une fois pour toutes, permettez-moi de le dire en toute vérité, jamais, quoi que ce soit que je dise, je ne m'adresse aux personnes, toutes je les respecte et les tiens pour des plus honorables. Mais la discussion des opinions d'un chacun, dans la science, appartient à tout le monde et peut être nettement établie sous quelque nom que s'abritent les théories diverses. Je ne laisserai jamais en paix une opinion qui me paraîtra mal fondée, fût-elle sous le nom de mon meilleur ami, fût-elle sous le nom de mon père. Je ne demande pas plus de ménagement pour les miennes. Nul, dans une science, n'a le droit d'espérer faire autorité autrement que par la vérité de ses observations et par la rigueur de ses déductions. Quiconque, sans critique préalablement faite dans son for intérieur, accepte une opinion parce qu'elle émane de tel ou tel, est bien loin de faire preuve d'intelligence. « Il faut chercher sur » l'objet de notre étude, a dit excellemment Descartes, non pas » ce qu'en ont pensé les autres ni ce que nous soupçonnons nous- » mêmes, mais ce que nous pouvons voir clairement et avec évi- » dence ou déduire d'une manière certaine. C'est le seul moyen » d'arriver à la science. » (*Règle 3 pour la direction de l'esprit.*)

Je tiens donc les personnes pour très respectables et je n'entends en rien les mêler à la discussion de leurs opinions, autrement la science serait impossible.

Cette discussion, je vous demande la permission de la faire telle qu'elle me viendra, avec l'ardeur de ma conviction. « La con-

viction est la conscience de l'esprit, » dit Chamfort, et il a bien raison. C'est en toute conscience que je discute.

Votre bien dévoué de cœur.

BÉHIER.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES FAITES SUR L'AIR, L'OXYGÈNE, L'AZOTE, L'ACIDE CARBONIQUE ET L'HYDROGÈNE INJECTÉS DANS LE TISSU CELLULAIRE ET LES CAVITÉS SÉREUSES;

Par MM. DEMARQUAY et Ch. LECONTE.

Monro semble être le premier chirurgien qui ait appelé l'attention sur l'influence nuisible que pouvait avoir le contact de l'air sur la guérison des plaies. John Bell et Finley combattirent cette opinion en démontrant combien l'emphysème traumatique offrait peu de gravité; mais il faut arriver jusqu'à John Davy pour trouver quelques expériences dans lesquelles on cherchât à déterminer chimiquement les modifications que l'air éprouvait lorsqu'il était introduit dans les plèvres.

Tel était l'état de la question lorsque, au mois d'octobre 1856, nous entreprîmes d'étudier le rôle physiologique que l'air et les gaz principaux que le sang renferme, jouent au contact du tissu cellulaire et des cavités séreuses. Les résultats obtenus par nous étaient déjà nombreux lorsque survint la célèbre discussion sur la ténotomie sous-cutanée, dans laquelle M. Bouley a communiqué le résultat de trois expériences faites par lui et M. Clément, et dans lesquelles ils avaient constaté la disparition d'une grande partie de l'oxygène, et l'apparition dans le mélange d'une notable quantité d'acide carbonique.

Il résulte de plus de deux cents analyses contenues dans notre travail, que l'air injecté dans le tissu cellulaire ou dans une cavité séreuse, d'un animal à jeun ou en digestion, subit une modification importante dans un temps très court, et que bientôt l'oxygène est absorbé et descend du chiffre 21 au chiffre 6.

Le gaz de l'emphysème, produit par l'injection, se trouve ainsi formé en grande partie par l'azote. Sous ce rapport, nos faits concordent exactement avec ceux de MM. Bouley et Clément.

Mais ce n'est pas là la seule modification que subisse l'air. L'acide carbonique, qui existe, comme chacun le sait, en très faibles proportions dans l'air atmosphérique normal, se trouve, au contraire, représenté par le chiffre 4,80 dans l'air examiné après vingt-quatre heures de séjour dans les tissus. Ce fait nous démontre que les choses se passent comme dans le pneumothorax chez l'homme, ainsi que l'avait signalé L. Davy en 1824.

Pour arriver à découvrir si ce nouvel élément était dû à la présence de l'oxygène de l'air injecté, nous instituâmes une nouvelle série d'expériences faites avec l'azote et l'hydrogène injectés isolément dans le péritoine ou le tissu cellulaire.

Cette nouvelle série d'expériences nous permettait en même temps d'étudier les phénomènes chimiques et physiologiques que ces gaz déterminent dans l'organisme vivant.

Comme fait général, nous avons constaté qu'aucun d'eux ne produit d'effet nuisible lorsqu'il est injecté même en très grande quantité et que leur absorption se présente régulièrement dans l'ordre suivant : acide carbonique, oxygène, hydrogène, air et azote.

Les injections d'azote et d'hydrogène nous prouvèrent de plus que l'acide carbonique exhalé dans les injections d'air est bien fourni par le sang et que l'intervention de l'oxygène de l'air injecté dans les tissus n'est point nécessaire à sa formation, puisque nous l'avons toujours retrouvé mêlé aux deux gaz précédents. De telle sorte qu'une injection d'azote détermine, dans un temps très court, une exhalation d'oxygène et d'acide carbonique, et une injection d'oxygène une exhalation d'acide carbonique et d'azote, de même qu'une injection d'acide carbonique détermine une exhalation d'azote et d'oxygène.

Il semble résulter de ces expériences, qu'il vient ainsi se former des mélanges plus solubles que les gaz les moins solubles contenus dans le mélange.

On détermine l'inhalation des gaz du sang en injectant de l'hydrogène dans le péritoine ou le tissu cellulaire. Ce gaz, recueilli au bout de trente minutes, donne un mélange d'azote, d'oxygène et d'acide carbonique; et, chose remarquable, si le gaz est recueilli après un laps de temps assez long (soixante-douze heures), on ne retrouve plus d'hydrogène, et l'animal conserve cependant les mêmes proportions que l'injection lui avait fait acquérir.

Nos expériences ne sont pas comparables à celles de Bichat, Nysten, Magendie et Amussat, qui ont eu surtout en vue de déterminer les phénomènes physiologiques et physiques occasionnés par l'air ou d'autres gaz introduits dans le système circulatoire.

Il nous reste, en terminant, à adresser à M. Paupert des remercîments pour le zèle intelligent avec lequel il nous a secondé dans toutes nos recherches.

Des conclusions placées à la fin du long mémoire que nous avons adressé à l'Académie des sciences, nous extrayons les suivantes pour compléter ce qui précède :

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

L'air, l'azote, l'oxygène, l'acide carbonique et l'hydrogène sont résorbés après un temps plus ou moins long et avec une rapidité qui varie depuis quarante-cinq minutes (acide carbonique) jusqu'à plusieurs semaines (azote).

En général, l'exhalation des gaz du sang ou des tissus a été plus considérable dans les expériences faites à jeun, et plus encore dans le péritoine que dans le tissu cellulaire.

La rapidité de l'absorption n'a pas semblé modifiée par l'état de jeûne ou de digestion.

De tous les gaz injectés, l'hydrogène est celui qui détermine l'exhalation la plus considérable des gaz du sang, à ce point que, quand l'hydrogène a déjà disparu du mélange, l'animal conserve encore le volume qu'il présentait au moment de l'injection; ce qui pourrait faire croire à la non-absorption de l'hydrogène, si l'analyse chimique ne venait éclairer le phénomène.

La rapidité de la résorption des gaz par le sang n'est pas toujours en rapport avec leur solubilité dans l'eau (l'azote et l'hydrogène).

Si, dans les injections d'air dans le tissu cellulaire et dans le péritoine, il y a constamment absorption d'oxygène et exhalation d'acide carbonique, ce qui, sous ce rapport, rapproche ce phénomène de la respiration pulmonaire, l'on ne saurait cependant considérer ces deux faits physiologiques comme identiques, car, dans le cas des injections, les rapports entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé, varient sans cesse.

BIBLIOTHÈQUE.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DÉTERMINÉS PAR L'APPLICATION EXTÉRIEURE DE L'EAU FROIDE;

Par le docteur GILLEBERT-DHERCOURT. — Lyon, 1857, 53 pages.

L'eau froide est-elle un excitant ou un sédatif? Elle est l'un et l'autre, suivant les conditions dans lesquelles elle se trouve appliquée, conditions que l'on peut appeler de *degré* et de *durée*.

M. Gillebert-Dhercourt, qui n'est pas seulement un praticien expérimenté, mais encore un physiologiste distingué, a fait depuis longtemps de l'eau froide, considérée dans ses propriétés thérapeutiques comme dans ses effets physiologiques, l'objet d'études suivies. Il a cherché à méthodiser l'emploi d'un agent dont l'action sur l'organisme dépend surtout de son mode d'application; et assurément, si certaines pratiques hydrothérapiques, infiniment précieuses et faciles en même temps, ne sont pas encore entrées dans la pratique vulgaire, c'est que la plupart des médecins, ne possédant pas de notions suffisantes sur les règles de l'application de l'eau froide, redoutent l'emploi d'un agent qui trompe à chaque instant leurs prévisions, faute de savoir en faire un usage méthodique.

Le mémoire de M. Gillebert-Dhercourt renferme l'exposé et les conclusions d'expériences nombreuses et très intéressantes, quelques-unes surtout faites au moyen d'un appareil fort ingénieux, qui lui a permis d'opérer sur des tissus transparents, ainsi l'aile d'une chauve-souris, des refroidisssements très partiels et limités au champ du microscope. L'auteur, bien que venant après beaucoup d'expérimentateurs habiles, a su apporter des lumières nouvelles et très précises sur cet important sujet. Les limites de cet article ne nous permettent de reproduire ici que les conclusions de ces expériences, bien que celles-ci, nous devons le faire remarquer, offrent par elles-mêmes, et par la manière dont elles ont été conduites, un intérêt tout particulier.

Pour bien apprécier les effets physiologiques déterminés par le bain froid, il faut d'abord distinguer entr'eux ceux qui appartiennent à l'action propre du froid, *effets physiques*, et ceux qui résultent de la spontanéité vitale, *effets physiologiques*. Dans les premiers, on doit ranger la soustraction de chaleur, la constriction des tissus, l'arrêt de la circulation et une anesthésie plus ou moins profonde; au nombre des seconds figurent l'accélération de la circulation, l'augmentation de la contractilité et de la production de chaleur, ou la modération de ces diverses fonctions.

Ces deux ordres d'effets ont des modes d'évolution et de succession réguliers, constants, et dont la détermination est soumise au degré du froid et à la durée de son application.

Par un froid de + 14° à 15° c. et au-dessous, la spontanéité vitale étant plus ou moins vivement excitée (effets primitifs), une température de + 10° à 15° c. doit être considérée comme un agent excitant, tonique, hypersthénisant.

Le mouvement vital réactionnaire, auquel elle donne toujours lieu (effets secondaires), apparaît après quelques secondes à une minute d'immersion; en général, il est complet à la deuxième minute. Quelque soin que l'on prenne pour l'éviter dans ce cas, on ne parvient pas à l'empêcher; fort ou faible, il se produira; il ne peut être comprimé que par le temps. En effet, après dix minutes d'immersion, il est complétement effacé.

Une température de + 23° à 26° + c., qui n'éveille aucune spontanéité dans l'organisme, et qui ne soustrait la chaleur animale que petit à petit, constitue un agent de sédation directe, d'hyposthénisation.

La durée du contact du froid exerce sur les effets de celui-ci une influence très notable : portée au delà d'un certain terme, elle amène l'épuisement des forces actives; elle éteint la réaction spontanée, et elle fait que le bain, pris à + 10° ou + 15° centig., perd sa vertu excitante et tonique (effets tertiaires). Toutefois, cette observation, relative à la durée d'action, ne s'applique pas aux bains frais ou tempérés à + 22° ou + 26° centig. L'effet antiphlogistique et sédatif direct, qu'ils déterminent, n'est pas modifié par la durée de ces bains; il est seulement accru par elle.

Il s'ensuit que, pour être *excitant*, un bain froid ne doit pas avoir plus de 15° au-dessus de zéro, ni durer, dans aucun cas, plus de deux à trois minutes, c'est-à-dire qu'il devra cesser aussitôt que la spontanéité vitale aura été convenablement sollicitée, et avant que l'intégrité des forces n'ait été altérée; il s'ensuit encore que le bain à + 22° ou + 26° centig. est directement sédatif, et que les bornes de sa durée se déterminent, pour chaque cas, d'après les forces du sujet et d'après la somme de sédation que l'on a intérêt à produire.

Tels sont les principaux résultats pratiques fournis par les expériences de l'auteur. On voit qu'ils se prêtent à des formules précises, et l'enchaînement des faits dont ils se trouvent déduits, semble les rendre inattaquables.

L'application de l'eau froide n'est donc pas un moyen empirique. Les données sur lesquelles elle repose permettent de la rapprocher d'indications thérapeutiques bien définies, et M. Gillebert-Dhercourt a rendu un grand service en venant ajouter ce complément aux études intéressantes dont l'hydrothérapie rationnelle avait déjà été l'objet.

DURAND-FARDEL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 avril 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur TAILLADE, sur le service des eaux minérales de Capbern (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1857.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Chomel, membre titulaire, et celle de M. Bédor, de Troyes, membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT ajoute qu'une députation officielle de l'Académie, et l'Académie presque tout entière assistaient aux funérailles de M. Chomel, et qu'un discours a été prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie, par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

Sur la proposition de M. BOUSQUET, et sur les instances de l'Académie, M. DUBOIS donne lecture de ce discours. (L'UNION MÉDICALE l'a reproduit dans son dernier numéro.)

M. DEPAUL, au nom de M. GODARD, fait hommage à l'Académie d'une brochure sur la monorchidie et la cryptorchidie.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de cinq membres, chargée de présenter une liste de candidats à la place d'associé libre. Sont nommés commissaires : MM. Littré, Jobert, Louis, Moquin-Tandon et Devergie.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les trois rapports suivants :

1° Un rapport sur une source découverte à Martigny-lès-Lamarche (Vosges). Comme les eaux de Vittel et de Contrexéville qui existent dans le même département, la source de Martigny appartient à la classe des eaux salines sulfatées, calcaires, sodiques et magnésiennes. Un peu moins magnésienne que celle de Vittel, elle l'est un peu plus que celle de Contrexéville. Cette analogie de composition fait présumer que la nouvelle source jouit des mêmes propriétés médicales que les deux sources voisines. En conséquence, la commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter.

2° Un rapport sur les eaux minérales des trois sources de Fontaine-Bonneleau (Oise). Cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses crénatées et vient se placer à côté de celles de Forges, en Normandie, de Saint-Denis-lès-Blois, de Bourdeille, et de toutes celles du même genre dont les bons effets sur l'économie animale ne sont pas mis en doute aujourd'hui. En conséquence, la commission propose d'accorder l'autorisation demandée.

3° Un rapport négatif sur l'eau de deux sources découvertes à Contrexéville. Les conclusions de ces trois rapports sont adoptées.

M. CHATIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Blache et Boutron, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Galy, ayant pour titre : *De l'iode, de son emploi en médecine, de son action toxique et des moyens de neutraliser celle-ci avant l'ingestion.*

M. Galy commence son travail par des citations et par la relation d'un fait qu'il a observé lui-même, et qui sont propres à établir cette proposition fondamentale : l'iode et les iodures ont des propriétés toxiques.

Considérant que l'action altérante de l'iode, mis en contact avec les produits organiques, a pour cause l'avidité de ce corps pour l'hydrogène, l'auteur du mémoire propose de choisir comme excipient dans les préparations iodées, le sucre qui satisfera l'affinité de l'iode pour l'hydrogène.

Après avoir donné quelques éloges au travail de M. Galy, M. le rapporteur termine de la manière suivante : « Nous voudrions voir les chimistes chercher les progrès de la thérapeutique moins dans l'association des composés minéraux à des matières organiques, qui ne font trop souvent que neutraliser ou détourner leurs effets, que dans la découverte, par l'analyse, d'espèces ou de produits naturels contenant le principe minéralisateur, et actifs par eux-mêmes. »

M. GIBERT s'étonne que M. Chatin n'ait pas distingué entre l'iode et ses composés : Oui, certainement, dit-il, l'iode est toxique, mais les iodures, en général, ne le sont pas.

M. CHATIN est de l'avis de M. Gibert; mais la brièveté de son rapport l'a empêché de signaler cette confusion; et d'ailleurs, il ne voulait pas décourager l'auteur.

M. GIBERT ajoute que cette distinction peut avoir une importance pratique considérable. Ainsi, les préparations d'iode, jadis vantées par Lugol, sont maintenant abandonnées, parce que on a reconnu qu'elles étaient presque toutes toxiques.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. CAZEAUX :

« Messieurs, il est inutile, je crois, de revenir sur la symptomatologie et les caractères anatomiques de la fièvre puerpérale. Ces deux points ont été traités par les différents orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, et ils l'ont été de main de maître, notamment par M. Cruveilhier. Je n'ai rien à ajouter à ce sujet, et je ne veux pas abuser de la bienveillante attention de l'Académie. D'ailleurs ce n'est pas là dessus que portent les dissentiments.

Je demande néanmoins à dire un seul mot relativement aux caractères anatomiques. C'est sur la fréquence relative de la phlébite et de la lymphite.

M. Cruveilhier, d'accord en cela avec tous les observateurs, vous a dit que la lymphite était aussi fréquente que la phlébite était rare. Cependant M. Béhier, dans les articles que publie actuellement l'UNION MÉDICALE, affirme précisément le contraire : il a *toujours* trouvé la phlébite; et il l'a trouvée dans les mêmes points où, quand je fais des autopsies, je cherche et je trouve la lymphite. La phlébite ne s'est offerte à moi que par exception. Il y a là, évidemment, une cause d'erreur que je ne puis expliquer...

Je disais que tous les auteurs sont d'accord sur les symptômes et les caractères anatomiques; il s'agit d'interpréter la signification des uns et des autres et de rechercher quelle est la nature de la fièvre puerpérale.

M. Depaul est, parmi les partisans de l'essentialité, celui qui a le mieux et le plus nettement posé le caractère pyrétique de la maladie

M. Beau a soutenu la nature phlegmasique de la fièvre puerpérale par des arguments d'une grande valeur auxquels n'ont pas répondu ceux qui l'ont suivi à la tribune; de sorte que la question subsiste tout entière entre M. Depaul et M. Beau.

M. P. Dubois, qui a pris la parole après ces deux orateurs, m'a paru n'être plus un essentialiste pur; autant du moins que j'ai cru comprendre sa pensée, toujours enveloppée d'un voile assez épais et dont il ne laisse saisir que des fragments.

Voyons si l'on peut arriver à des conclusions rigoureuses ou satisfaisantes, en comparant la fièvre puerpérale aux affections phlegmasiques ou pyrétiques :

Dans les pyrexies proprement dites, la fièvre précède toujours de plusieurs jours la manifestation des accidents locaux; or, cela n'a pas lieu pour la fièvre puerpérale : les accidents locaux se déclarent, dans la très grande majorité des cas, en même temps que le premier frisson. M. Depaul a fait valoir, en faveur de la pyrexie, les cas dans lesquels on ne trouve aucune lésion. M. Depaul nous a dit avoir observé de ces cas, et je le crois, bien que je n'en aie pas vu de semblables; mais ne pourrait-on pas assimiler à ces cas, ceux, très nombreux, des maladies phlegmasiques, des péritonites mortelles, par exemple, ou la lésion est, pour ainsi dire, insignifiante; des brûlures au premier ou au deuxième degré, où ce n'est pas certainement la lésion qui tue, mais bien l'étendue de l'inflammation ?

Il existe, d'ailleurs, chez les femmes nouvellement accouchées, des altérations du sang et de tous les liquides, telles, que je m'étonne, non de la fréquence des accidents, mais bien plutôt de leur rareté.

Mais, sans chercher davantage à combattre l'opinion des partisans de la pyrexie, je vais exposer quelle est, selon moi, l'opinion la plus probable à cet égard.

La fièvre puerpérale se présente sous deux formes : la forme sporadique et la forme épidémique. Tout, dans ces deux formes, est semblable, relativement aux principaux symptômes et aux lésions anatomiques. Je pense, toutefois, qu'il ne faut pas étudier la fièvre puerpérale sous la forme épidémique, parce que le génie de l'épidémie variant, trouble et dénature jusqu'à un certain point la maladie. Il faut l'étudier sous la forme sporadique.

Placé dans cette dernière condition, je suppose un médecin qui, n'ayant aucune idée préconçue et n'ayant, heureusement pour lui, rien lu des trop nombreux ouvrages publiés à ce sujet, je suppose, dis-je, un médecin ouvrant le cadavre d'une femme morte de fièvre puerpérale : il voit du pus remplir le péritoine, il voit du pus partout; sans aucun doute, si on lui demande quelle est la nature de l'affection dont il a sous les yeux les effets, il se prononcera pour une inflammation. Après tout, nous ne nous prononçons que sur ce que nous voyons et c'est d'abord ce que nous devons faire, avant de nous décider sur la nature d'une cause que nous ne voyons pas et que nous ne pouvons saisir par aucun de nos sens. On a dit : de ce que vous ne voyez aucune différence entre la péritonite ordinaire et la péritonite épidémique, vous ne pouvez pas conclure que cette différence n'existe pas. A mon tour, je demanderai à ceux qui présentent cette objection, et, nommément, à notre honorable collègue M. Trousseau : de ce que vous ne voyez aucune différence entre ces deux affections, pouvez-vous donc conclure que cette différence existe ?

M. Trousseau : Oui, je dirai pourquoi.

M. Cazeaux : On a parlé encore d'un ferment, d'une matière spécifique; mais l'on n'a pu nous dire ce que c'était, ni ce que l'on entendait par là.

On a quelque peu abusé aussi du mot épidémie. Nous ne savons pas ce que c'est qu'une épidémie; nous savons seulement que les maladies deviennent plus graves en temps d'épidémie; mais, pour cela, elles ne changent pas de nature. Le choléra épidémique est beaucoup plus grave que le choléra sporadique, mais il n'en diffère pas autrement.

Je viens de dire que j'admettais un état puerpéral. Cet état consiste dans une altération constante des liquides de l'économie. A ce propos, permettez-moi de protester contre la légèreté avec laquelle M. Trousseau a parlé des recherches modernes sur l'hématologie : il a dit que ces recherches n'avaient pas une grande importance. Je lui demande bien pardon, et je crois, au contraire, que les progrès futurs de la médecine sont là. Il y a dix ans, on ne savait à quoi tenaient les troubles singuliers qui surviennent chez les femmes à la fin de la grossesse. On le sait depuis les travaux de MM. Andral et Gavarret. Ce que l'on prenait pour de la pléthore, n'est que de la chlorose; j'ai été l'un des premiers à le dire après que ces travaux m'eurent ouvert les yeux, et cette opinion est maintenant universellement adoptée. Les solides et leurs altérations sont parfaitement connus; il faut donc maintenant que les études se tournent du côté des altérations des liquides.

M. Dubois a parlé de l'altération du sang; mais il la considère comme un effet, tandis que je la considère comme une cause. C'est elle qui constitue la prédisposition puerpérale, l'aptitude, comme l'a appelée M. Trousseau, la diathèse, comme l'a nommée M. Beau, en se servant d'un mot impropre, à mon avis. Cette altération du sang n'est pas une vue théorique simplement; je montrerai, tout à l'heure, qu'elle a une importance considérable sous le rapport du traitement et surtout de la prophylaxie.

Je crois que les cas de mort sans lésions dont on a parlé, étaient dus à ces altérations du sang. M. Andral a cité l'exemple d'un homme mort en trois jours, et à l'ouverture duquel on ne trouva d'autres lésions que des globules de pus, en grande quantité, dans le sang.

Cette altération explique pourquoi toutes les maladies sont graves chez les femmes en couches. M. Chomel a vu mourir, dans ces conditions, en douze heures, une femme pneumonique, et l'on trouva, à l'autopsie, que la pneumonie, dans ce court espace de temps, était passée déjà à l'état d'hépatisation grise; en douze heures! Le rhumatisme articulaire emplit de pus les articulations en quelques heures aussi chez les nouvelles accouchées, et la scarlatine, chez elles, est presque toujours mortelle après les couches.

Une seule maladie semble faire exception, et c'est la fièvre typhoïde. Du moins, j'ai, par devers moi, vingt cas environ de fièvre typhoïde survenue chez des femmes récemment accouchées, et qui toutes ont guéri.

Il est une objection que je dois prévoir : Cet état, dira-t-on, existe chez toutes les femmes et à toutes les époques; d'où vient donc la différence de gravité entre la fièvre puerpérale sporadique et la fièvre puerpérale épidémique ? Je ne sais et je ne nie pas qu'il n'y ait, en temps d'épidémie, quelque chose d'inconnu, un mauvais air, etc. — La misère et l'encombrement viennent aggraver les prédispositions morbides dans lesquelles sont placées les femmes.

Les blessés et les enfants qui ont succombé en temps d'épidémie de fièvre puerpérale étaient des individus placés dans de détestables conditions, et il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils aient été victimes à leur tour; toutes les épidémies en sont là : elles prennent les individus qui, sans elles, seraient morts d'autres affections.

En résumé, la fièvre puerpérale, qu'elle soit épidémique ou sporadique, appartient aux phlegmasies par ses symptômes et ses caractères anatomiques. Ces phlegmasies empruntent une gravité terrible au génie épidémique.

Il me reste deux points à traiter : la question de la contagion et celle du traitement.

La première de ces questions a été abordée par M. Paul Dubois, puis abandonnée sans solution assez nette. Elle a été reprise franchement par M. Danyau, à l'opinion duquel je me range. Oui, la fièvre puerpérale est contagieuse et il me suffirait, pour le prouver, de rappeler ce que me disait M. Moreau, mon vénéré maître. Il ne connaissait pas, dans sa clientèle privée, la fièvre puerpérale avant d'être médecin de la Maternité, et, depuis qu'il a quitté cet hôpital, il n'en a plus vu de cas. Il faut donc que tout accoucheur soit bien convaincu de ce fait et prenne les plus minutieuses précautions pour éviter de transporter cette terrible maladie d'une femme chez une autre.

Quant au traitement, j'ai, comme mes confrères, tout essayé, et rien ne m'a réussi. Cependant, je dois dire qu'on a vanté, dans ces dernières années, le calomel à doses réfractées, et que toutes les fois que j'ai pu faire saliver les femmes, elles ont été sauvées. Malheureusement, le calomel ne détermine pas toujours la salivation, et je ne connais pas de médicament qui produise sûrement cet effet.

Un mot encore sur la prophylaxie. Il est un point certain, c'est que la fièvre puerpérale sévit de préférence sur les femmes réunies en grand nombre. Je n'invoque pas l'encombrement, et je crois que l'assimilation qu'on a faite de cette maladie au typhus n'est pas juste, attendu que les lits ont toujours le même nombre de mètres cubes d'air à leur disposition.....

M. Cruveilhier : Je dirai groupement, si vous voulez.

M. Cazeaux : Soit. Je continue : faut-il, pour éviter ce groupement, prononcer contre les grands établissements d'accouchement le *delenda Carthago?* Oui; ils doivent être détruits : je me rallie à ceux qui ont proposé cette mesure radicale. Mais, sur la question des petits hôpitaux à établir ou sur les secours à domicile, je demande à réfléchir encore. Je dois dire cependant, dès à présent, que l'objection tirée des dommages que souffrirait l'instruction des élèves de la suppression des hôpitaux, ne me paraît pas redoutable. Il y aura toujours, en effet, de petits hôpitaux, parce que toutes les femmes ne pourront pas, quoi qu'on fasse, accoucher à domicile.

En attendant ces grandes réformes, il faut que la prophylaxie s'occupe des individus; ainsi, plus de saignées dites préventives dans la grossesse, qui sont des causes de débilitation. Il faudrait aussi qu'à côté des embellissements des villes qui donnent de l'air et du soleil aux classes pauvres, on pût songer à leur donner, je ne dis pas comme les Romains, *panem et circenses,* mais au moins la première de ces deux choses. »

M. le docteur Ballu, de Nanterre, présente un appareil pour les fractures de la *rotule et les fractures du membre inférieur.*

Cet appareil se compose :

D'une base, constituée par une planchette en forme de T, à plan horizontal de 72 à 78 centimètres de longueur et 20 centimètres de largeur. A l'une des extrémités (pelvienne) de cette planchette ou base, s'articule, à l'aide de deux charnières, une autre planchette de même longueur que la précédente, sur un plan incliné ou diagonal, présentant une ouverture d'angle de 35 à 40 degrés environ. Cette ouverture est maintenue par deux supports verticaux qui s'adaptent, d'une part, à la planchette horizontale servant de base, et de l'autre, latéralement à la planchette du plan diagonal par deux coulisseaux. Ces deux supports basculent à leur base (extrémité plantaire) par une cheville, et sont percés de trous donnant passage à une broche, afin de graduer l'inclinaison de la planchette diagonale sur celle horizontale.

Sur chaque partie latérale du plan incliné existe une planche verticale (ayant la forme du profil de la jambe), le tout formant gouttière pour recevoir le membre qui, placé sur un coussin matelassé, est fixé à son extrémité par une cravate qui passe derrière le tendon d'Achille, dont les deux chefs, après s'être croisés sur le coude-pied, viennent former une anse qui répond à la place plantaire.

A l'extrémité de la gouttière est une traverse à laquelle est fixée une vis de rappel d'où part un lacs qui passe dans l'étrier ci-dessus décrit afin d'immobiliser le membre placé sur le plan incliné.

La partie la plus importante de l'appareil consiste en deux plaques d'ivoire ayant chacune la forme d'un croissant, de manière à encaisser la rotule; ces plaques sont modelées sur la face antérieure du tendon rotulien et du droit antérieur. A l'une de ces plaques, sur la partie médiane, dans la ligne d'axe du membre, existe une bande métallique, mince de 1 centimètre de largeur sur 7 à 8 de longueur, se mouvant par une charnière, et venant s'adapter à l'aide de plusieurs trous pour graduer la traction, à l'autre plaque à laquelle existe à son centre un piton à vis fermé par un écrou.

Ces deux plaques, qui ont pour but de rapprocher les fragments de la rotule, les maintiennent dans un rapprochement complet et dans une immobilité parfaite, à l'aide de lacs entrecroisés et fixés aux parties latérales de la gouttière.

Pour protéger le pied du poids des couvertures, l'extrémité de l'appareil est surmonté de trois petits cercles en fer. Afin d'éviter la pression directe des plaques sur la peau, on a le soin d'appliquer, au préalable, un morceau de gutta-percha sous chaque plaque.

Appareil additionnel permettant de rendre l'appareil à rotule propre aux fractures du membre inférieur.

Cet appareil consiste :

En une plate-bande de fer de 60 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur et 4 millimètres d'épaisseur, horizontale et transversale par rapport à l'axe du corps, présentant, à sa partie moyenne, une légère dépression à concavité supérieure, dans une étendue de 28 centimètres, sur laquelle repose un coussinet de même dimension destiné à recevoir la région sacrée du malade. A 10 centimètres de chaque extrémité de cette plate-bande horizontale, s'élève perpendiculairement, jusqu'à 12 centimètres, un montant de même épaisseur et largeur que la plate-bande décrite déjà; à l'extrémité de ces montants viennent s'articuler, à l'aide de charnières, deux arcs de cercle qui forment ensemble une demi-circonférence fermée à son sommet par un tourniquet.

Sur les deux montants verticaux est pratiquée une entaille parallèle donnant passage à un boulon carré destiné à recevoir une petite plate-bande retenue par un écrou. Cette plate-bande latérale forme un angle droit avec la plate-bande transversale et horizontale, et vient se fixer à un coulisseau en fer placé à la partie externe et à l'angle de chacune des deux planchettes verticales de l'appareil à rotule; ce coulisseau permet l'allongement et le raccourcissement de la plate-bande latérale; il est arrêté dans sa course par une vis de pression, de telle sorte que ces deux appareils n'en forment plus qu'un seul devenant propre à toutes les fractures du membre inférieur à l'aide de larges courroies matelassées fixées latéralement par des boucles. Deux sous-cuisses en baudruche font la contre-extension en opposition avec la vis de rappel qui exécute l'extension graduée.

Cet appareil est simple dans son emploi, peu coûteux dans sa construction, et commode dans le volume auquel il peut être réduit.

MM. Bégin et Larrey sont priés d'examiner ce travail.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

COURRIER.

On s'est demandé, dit le *Moniteur,* si les Sociétés de médecine de province sont comprises dans les dispositions de l'arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes concernant la nouvelle organisation du *Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes.* Aucun doute ne peut exister sur ce point; ces compagnies participent aux conditions et aux avantages spécifiés dans la décision ministérielle du 22 février, qui a pour but de donner aux travaux des diverses Sociétés savantes de l'Empire l'importance et la publicité dont ils sont dignes.

— Le corps médical est affligé depuis quelque temps de pertes réitérées. Nous apprenons encore la mort de deux regrettables confrères, M. Rolland, professeur à l'École préparatoire de Toulouse, et M. Bédor, médecin de l'hôpital de Troyes. On nous annonce aussi que M. le docteur Gros (de Moscou), notre compatriote, auteur de travaux estimés, vient d'être enlevé par une mort subite. Enfin, on nous annonce encore la mort très regrettable de M. le docteur Brachet, de Lyon, auteur de plusieurs ouvrages très estimés.

LA CHIRURGIE A SAN-FRANCISCO. — On lit dans le *Pacific medical and surgical Journal :*

« Le docteur E. S. Cooper, de cette ville, a dernièrement pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive dans deux circonstances : une fois celle de l'iliaque externe, une fois celle de l'axillaire; le même chirurgien a enlevé d'un utérus malade une énorme tumeur fibro-cartilagineuse; exécuté sur une malade l'opération césarienne; réséqué trois côtes; extrait un corps étranger *de dessous* le cœur (désignation quelque peu vague); réséqué l'extrémité sternale de la clavicule et avec elle un fragment supérieur du sternum; enfin, enlevé à peu près toutes les articulations *aux différents sujets,* ajoute heureusement le rédacteur, tout cela avec le plus grand succès.

» Voilà, dit l'écrivain du *Pacific,* une liste formidable d'opérations auxquelles une heureuse issue donne plus de valeur encore. Cette constance dans le succès doit sans doute être en partie attribuée à l'excellence du climat, avec lequel nulle autre contrée du globe ne peut lutter pour le rétablissement des malades après les blessures graves. »

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 45. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 17 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 AVRIL 1858.

LE BANQUET DE L'UNION MÉDICALE.

Voici le onzième appel lancé par l'UNION MÉDICALE, et de tous les points de la France, répondant à sa voix sympathique, de nombreux confrères sont accourus comme les années précédentes.

Y a-t-il là pour l'UNION, motif à de vaniteuses glorifications? Nullement : son rédacteur en chef, dans le discours que nous reproduisons plus bas, a rendu le soupçon impossible à cet égard. Mais on peut y chercher, on doit y trouver la glorification d'un sentiment plus haut, national et humain tout à la fois. Oui, ces grandes réunions confraternelles sont un des signes du temps présent et la garantie des espérances de l'avenir. Elles prouvent d'abord qu'ils se trompent, les poètes de la désespérance, qui ne veulent voir autour d'eux qu'un vaste désert d'hommes. Sur ce vieux sol gaulois, il suffira longtemps encore d'un coup frappé sur les idées généreuses, comme autrefois sur le tamtam par la prêtresse des bois sacrés, pour qu'à l'instant le désert s'anime et tressaille.

Elles montrent encore, ces grandes réunions formées d'hommes, la plupart venus de loin, combien sont injustes les reproches adressés à notre âge par les admirateurs d'un passé mal connu. Cet industrialisme, ces préoccupations soi-disant matérielles, seront demain les moyens de l'affranchissement des intelligences; dès aujourd'hui, la suppression des distances rapprochant les cœurs, prépare les institutions d'un avenir que tout le monde pressent, et dont l'idéal sera précisément de rendre libre l'esprit en faisant accomplir les travaux matériels par la matière elle-même.

Pessima medicorum invidia, disait l'ancienne Rome. Nous sommes loin — à de certains jours du moins — de cette dure parole. J'en atteste la fête d'hier, l'expansion joyeuse et la communicative cordialité qui, pendant toute la soirée de jeudi, n'ont cessé de maintenir affectueusement groupés les représentants les plus illustres et les plus humbles de la famille médicale actuelle.

Ce serait ici le lieu de faire et la description et la relation de la fête, de dire l'impression produite par les discours prononcés, etc. Nos lecteurs voudront bien se contenter des noms de nos convives : ils auront, ce qui vaut mieux que nos appréciations, le texte même des discours. Le temps nous manque pour raconter ce que nous avons vu, entendu et éprouvé pendant cette soirée. D'ailleurs, puisque le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE nous fait l'honneur de nous céder la plume dans cette circonstance, nous devons être sobre d'éloges : ils nous seraient trop faciles et perdraient de leur valeur à être énoncés ici.

Nous aimons mieux lui donner la preuve de l'estime en laquelle nous tenons la libéralité de son esprit, et nous allons, plus librement que si nous écrivions dans un autre journal, lui soumettre quelques observations critiques.

D'abord, quant aux dispositions matérielles, il s'est produit, au moment de l'arrivée des convives à l'hôtel du Louvre, un peu d'encombrement dans la pièce, trop petite, où l'on distribuait les numéros d'ordre. C'est peu de chose, mais cela pourrait être évité.

Ensuite, les tables étaient trop éloignées et un espace trop grand avait été réservé entre elles, pour les exigences du service. Il faut, autant que cela est possible sans que l'on soit gêné, être près les uns des autres. C'est pour cela qu'on se réunit.

Enfin, le plus grand nombre des convives qui assistaient au dîner de l'année dernière regrettaient l'absence de la musique militaire qui avait donné tant de charme, tant d'entrain et de chaleur, à la réunion précédente. La musique imprime à une fête son cachet; elle en est l'accent. Les batailles, ces fêtes de la sauvagerie et du meurtre, ont leur musique, et vous qui faites une si vaillante guerre à la désunion, à l'égoïsme, à l'erreur, à l'ignorance, en un mot, vous n'avez pas vos fanfares ! Il faut en avoir, et d'éclatantes, mon cher rédacteur en chef.

Les dispositions concernant la partie morale, si je puis ainsi dire, de votre programme, m'ont laissé aussi quelques regrets. Il est bon, sans doute, de ne pas abuser des toasts. Mais les scrupules me semblent avoir été poussés trop loin sous ce rapport. Les orateurs entendus nous avaient mis en goût; nous avons trouvé que cela finissait trop vite. Je crois être l'interprète de la majorité des dîneurs, en assurant M. Rayer, notre illustre convive, que l'auditoire, avide de sa parole, l'eût entendue avec bonheur. Le souvenir des applaudissements qui ont éclaté chaque fois que son nom a été prononcé, doit le convaincre de la sincérité du sentiment dont je ne suis que l'écho affaibli.

Mais, le plus vif de nos regrets, nous ne pouvons que l'indiquer, parce que son expression comporterait des développements qui nous sont, à cette heure, impossibles. L'UNION MÉDICALE entre cette année dans une voie nouvelle; elle commence la seconde phase de son existence. Après de longues années d'espérances, de préparations, de luttes opiniâtrement soutenues, l'idée qu'elle poursuit est à la veille de se réaliser. L'*Union*, qui n'était qu'un titre, va devenir, grâce à elle, un fait, et un fait immense. Ce qui n'était hier qu'une aspiration provoquant les sourires, triomphera tout à l'heure, et, ce qui est mieux, son triomphe n'étonnera personne. Cela, je le sais, était difficile à dire par le promoteur de l'idée, et ce n'était pas à lui de provoquer l'enthousiasme de la victoire. Toujours est-il que l'assemblée n'était pas dans les mêmes conditions, ni sous les mêmes impressions que celles qui la réunissaient et la dominaient les autres années. Confuses avant cette époque, les espérances du corps médical sont désormais arrêtées et ont un objet défini.

Leur expression a été contenue, c'est tout ce que nous voulons dire; elle fera explosion l'année prochaine, et cette explosion n'en sera que plus retentissante.

Il me resterait à parler du dîner en lui-même, prétexte à la fois et lieu de la réunion; mais je suis un *gastrosophe* indigne. J'espère que M. Am. Latour racontera, dans un feuilleton, toutes ces merveilles de l'art culinaire. En ma qualité de bourguignon, je me déclare très satisfait du Beaune qu'on a fait passer, peut-être un peu tard, et, en historien fidèle, je dois mentionner le certificat d'authenticité qu'un de mes voisins, bordelais, a délivré au Saint-Julien. Je n'avais, dans mes entours, aucun champenois, et ne sais, par conséquent, ce que valait le Sillery qu'ont reçu nos coupes.

Quant au cadre qui entourait tout ce tableau, au splendide salon de l'hôtel du Louvre, si vous êtes de Paris, ami lecteur, et que vous ne le connaissiez pas, allez vite y dîner; si vous êtes étranger, venez-y tout exprès ou faites-vous décrire, par ceux qui l'ont vu, cette galerie longue de 30 mètres, large et haute de 13, dont la voûte est couverte de peintures, de sculptures et d'ornements d'une richesse inouïe. Bien des demeures royales, à coup sûr, seraient éclipsées par cette salle de ce que naguère on appelait une auberge. Des artistes éminents ont concouru à sa décoration; les peintures représentant les quatre saisons et les travaux des douze mois, sont de MM. Gosse et Baryas, ancien prix de Rome; les sculptures sont dues au talent de MM. Prouha et Demesmay; les ornements de tout le plafond, en menuiserie et pâte, ont été exécutés, en moins de six semaines, par M. Gilbert aîné, le plus habile peut-être des menuisiers.

Ces splendeurs, à peine accessibles aux possesseurs d'empires, sont mises chaque jour, et pour quelques pièces de menue monnaie, à la disposition du dernier voyageur venu.

Ah ! si j'avais le temps et si je ne craignais de fatiguer les lecteurs impatients, comme je reprendrais mon thème et comme j'aurais beau jeu à montrer quels résultats inespérés peuvent être obtenus par l'Union et par l'Association; — deux puissances, jusqu'à présent incalculées, dont je suis le plus humble soldat et dont le rédacteur en chef de ce journal a la gloire d'être l'apôtre écouté.

L'UNION MÉDICALE avait invité à cette fête des membres de la Commission chargée de préparer les statuts de l'Association générale, le président et le secrétaire du Comité de Bordeaux, trois membres du bureau de l'Association de la Seine, le président et le secrétaire des Associations médicales les plus rapprochées de Paris, les trois avocats qui doivent présenter la défense de l'UNION MÉDICALE dans le procès que quelques médecins dits homœopathes lui ont intenté, le premier interne des hôpitaux nommé dans la dernière promotion, et le metteur en page de notre journal.

Parmi les invités étaient présents :

MM. P. ANDRAL, avocat, BANCEL père, président de l'Association médicale de l'arrondissement de Melun, BETHMONT, avocat, BOUILLAUD, membre de la Commission générale, CABANELLAS, secrétaire général de l'Association de la Seine, DAVENNE, membre de la Commission générale, DIDAY, délégué par la Société impériale de Lyon et l'Association médicale du Rhône, DURANTE, interne des hôpitaux, Théophile GAUTIER, homme de lettres, GILLET, secrétaire de l'Association médicale de l'arrondissement de Melun, HOUZELOT, secrétaire de l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux, JEANNEL, secrétaire du Comité de Bordeaux, JULIEN, directeur du commerce intérieur au ministère de l'agriculture et du commerce, LEFRANC (Victor), avocat, LEPAGE, secrétaire de l'Association médicale du Loiret, LÉVY (Michel), membre de la Commission générale, NICOLAS, metteur en page de l'*Union Médicale*, RAYER, président de la Commission générale, REMILLY, secrétaire de l'Association médicale de Seine-et-Oise, VINGTRINIER, président de l'Association médicale de la Seine-Inférieure.

Ont exprimé leurs regrets de ne pouvoir assister à cette fête :

MM. CONNEAU, membre de la Commission générale, les Présidents des Associations médicales du Rhône, du Loiret, de Seine-et-Oise, M. le Président du Comité de Bordeaux, M. le Secrétaire de l'Association de Seine-Inféieure, M. GARIN, ancien rédacteur de la *Gazette médicale de Lyon*.

Les souscripteurs au banquet étaient :

MM.

ADELON, ALQUIÉ, AMUSSAT, AMREIN, de Thann (Haut-Rhin). ARAN, ARCHAMBAULT, ARNAL, AUBER (Ed.), AUBERGIER, de Clermont.

DE BAGNAUX, BAILLARGER, BAILLIÈRE (J.-B.), BANCEL fils, de Melun, BARET, E. BARTHEZ, BAUCHET, BÉCOURT, BÉHIER, BERNARD DE CHARPIEUX, P. BERNARD, BERTILLON, BEYRAN, BILLOUT, BIXIO, BLATIN, BOINET, BONNAFONT, Ed. BONNAL, BONNET de Malherbe de Cauterets, BOSSION, BOSSU, BOULEY, d'Alfort, BOURGEOIS, d'Étampes, BOURGUIGNON, BOUTIN DE BEAUREGARD, L. BOYER, BRIERRE DE BOISMONT, BUCHEZ.

CALVO, CERISE, DE CHABANNES, de St-Seurin (Gironde), CHARRIÈRE père, CHARRIÈRE fils, CHEREAU, COMPÉRAT, CONTOUR.

DANYAU, DEMARQUAY, DESIRABODE, DESMARRES, DESPAULX-ADER, DESTOUCHES, DEVERRE, DORVAULT, DREYFUS, DUCHAUSSOY, DUCHESNE DE BOULOGNE, DUFOUR, aide-major au 1er des cuirassiers de la garde, DURAND-FARDEL, DUROY, DUTROULEAU, E. DUVAL.

FLEURY, FOISSAC, FONTAN, de Luchon, FOUGEIROL, le comte des FOSSEZ, FOUQUES, de Grenelle, FOURNET.

GALLARD, GAUCHET, J. GIMELLE, GIRALDÈS, GIRAULT, GOBLEY, GOUNOT, GUERSANT, J. GUYOT, de Batignolles.

HACHE, HÉRARD, HERPIN, de Genève, HERVEZ DE CHÉGOIN, HILLAIRET, HOMOLLE.

IZARIÉ, des Eaux-Chaudes.

JANIN, JOBERT DE LAMBALLE, JOZAT.

LABARRAQUE, LAMBRON, de Luchon, LAMAESTRE, LARONDE, secrétaire délégué de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Ganat, le baron H. LARREY, LATOUR (Amédée), LE BRET, LEBRETON, Maximin LEGRAND, LEROY-DUPRÉ, LEROY-D'ÉTIOLLES, LEUDET, LISLE, Ludger LALLEMAND.

MAGNE, MALLAT, F. MARTIN, V. MASSON, MALTESTE père, MALTESTE fils, MATHIEU, MANCEL, A. MAYER, MEDING, MÉLIER, MESNET, MIALHE, MONOD, MOREAU (de Tours), MOUZARD.

OLLIFFE, OUDET, OZENNE.

PERRIER, PERRIN, PIDOUX, PIEL DE TROIS-MONTS, PINEL-GRANCHAMP, PIORRY, PIOGEY, PLOUVIEZ, POUGET.

RICHELOT, RICORD (Alexandre), RICORD (Philippe), ROBERT, ROGER (Henry).

TARTIVEL, THIRIAL, TOIRAC, TROUSSEAU.

VEILLARD, VIEILLIARD-HUMBLET, de Yerres (Seine-et-Oise), VENOT, de Bordeaux, VERNOIS, WICKHAM.

Le moment des toasts étant arrivé, M. RICHELOT prend la parole en ces termes :

Messieurs,

Chaque année, depuis onze ans, j'ai l'honneur de vous proposer un toast, qui a le privilège de faire naître vos acclamations sympathiques, A L'UNION MÉDICALE !

C'est que, dans ces deux mots, il y a toujours un double sens; il y a toujours deux pensées; celle du journal, au succès duquel vous voulez bien vous intéresser; mais surtout celle de l'Association confraternelle, qui, jusqu'à présent, n'avait été qu'un vœu, qu'une aspiration.

Aujourd'hui, ce vœu se réalise; aussi l'UNION MÉDICALE s'efface entièrement; elle veut que son onzième anniversaire soit exclusivement la fête de l'Association; elle demande que toutes vos sympathies et tout votre concours s'adressent à la grande œuvre qui s'organise, et je m'empresse de donner la parole à M. le docteur A. Latour. Il lui appartient de vous proposer le toast qui résume les vœux, les besoins, les désirs légitimes de nos confrères. (Applaudissements.)

M. Amédée LATOUR prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Le but avoué de cette fête, c'est d'être la fête de l'Association confraternelle ;

Fête à la fois d'anniversaire pour les institutions existantes, fête d'espérance pour les institutions à venir.

Remercier le passé, féliciter le présent, provoquer l'avenir, tel est son caractère, telle est son intention.

Elle a cependant encore une autre ambition, et celle-ci est la plus douce :

C'est que de cette belle réunion naisse dans tous les cœurs un sentiment de conciliation aussi nécessaire au maintien de ce qui existe qu'à la fondation de ce qui peut exister.

C'est à ce sentiment que nous avons cédé, Messieurs, en invitant à s'asseoir autour de cette table, à côté des courageux initiateurs de l'Association générale, les honorables représentants du plus grand nombre possible des Associations ; à côté du Comité de Bordeaux, les membres du bureau de l'Association de la Seine ; en face de l'illustre président de la commission d'organisation de l'Association générale, le président illustre du Congrès médical ; c'est-à-dire le passé dans ses aspirations les plus générales, le présent dans ses applications les plus bienfaisantes, l'avenir dans ses plus fécondes espérances. (Applaudissements.)

Que m'importent à cette heure les dissidences ? Y a-t-il eu des dissidences ? Je ne m'en souviens plus. (Approbation.) Ma raison et mon cœur ne voient dans vous tous, chers et honorés confrères, qu'une Association générale de loyales intentions et de généreux désirs. N'est-ce pas que nous sommes tous d'accord sur le but à atteindre ? Et si quelques différences peuvent se montrer dans l'emploi des moyens, n'êtes-vous pas tous convaincus que ce n'est là qu'une affaire de temps, de travail, d'expérience et d'étude ?

Le travail et l'étude ! Une commission, dont vous connaissez les éléments et dont plusieurs membres nous ont fait l'honneur d'assister à cette fête, s'est chargée de ce soin. Vous comprendrez tous la réserve qui me ferme la bouche sur ce point. Mais ce serait de ma part un acte d'indigne faiblesse de ne pas oser dire, ici, tout ce que cette commission rencontre de dévouement et de zèle, de sollicitude et d'abnégation dans le célèbre confrère qui l'a réunie et qui la préside. Que ne puis-je faire assister le corps médical tout entier à ce spectacle auquel j'assiste depuis bientôt trois mois, spectacle qui remplirait son cœur, comme il a rempli le mien, d'émotion, de gratitude et de respect. Que n'ai-je une voix plus retentissante et plus éloquente pour dire à la famille médicale quel cœur, quel esprit, quelles généreuses aspirations, quelles lumières, quel sens juste et pratique elle a trouvés dans cet éminent confrère qui pouvait légitimement se reposer dans sa gloire, dans ses honneurs, dans sa fortune, et qui retrouve une jeunesse nouvelle pour fonder l'une des plus belles et des plus grandes œuvres de l'union confraternelle. — (Applaudissements unanimes.)

Ici, Messieurs, m'arrive, et vous me le pardonnerez, un souvenir rétrospectif. Deux fois, dans ma vie, j'ai eu la main heureuse, et, si je le rappelle, ce n'est pas pour m'en enorgueillir, ces choses n'inspirent pas l'orgueil, mais seulement on les aime, on s'y attache, on a la faiblesse d'en parler... entre amis ; — une première fois en demandant à notre vénéré maître, M. Serres, d'accepter la présidence de la commission d'organisation du Congrès médical ; et vous vous rappelez tous, Messieurs, quelle dignité, quelle élévation, M. Serres, devenu président du Congrès, sut donner aux discussions de cette mémorable assemblée ; — la seconde fois, en indiquant discrètement au Comité de Bordeaux le confrère qui, légitimement, jouissait, parmi nous, d'assez de puissance, de crédit et d'autorité pour mener à bonne fin l'œuvre difficile et délicate de l'Association générale. Il réussira, Messieurs, comme M. Serres a réussi dans l'œuvre du Congrès, et voilà pourquoi, unissant la gloire du passé, aux efforts du présent et aux espérances de l'avenir, nous allons boire aux deux illustres présidents du Congrès et de l'Association générale. (Vifs applaudissements.)

Nous allons boire aussi aux généreux promoteurs de l'Association générale, à nos honorés confrères du Comité de Bordeaux, ici représenté par son habile et éloquent interprète, M. le professeur Jeannel, escorté de notre spirituel confrère, M. le d^r^ Venot. Une grande affliction de famille nous a privés de la présence de son président, M. le docteur Froin, membre du conseil général de la Gironde. J'ai là la lettre triste, mais affectueuse et charmante, que cet honorable et distingué confrère m'a fait l'honneur de m'adresser ; au regret que nous inspire son absence, ajoutons l'expression de notre douleur pour la cause qui la produit.

Si l'Association générale se fonde, Messieurs, c'est au Comité de Bordeaux que la famille médicale en sera redevable. Nul mieux que moi ne peut dire, car, depuis six mois, je suis en communication à peu près quotidienne avec lui, ce que le Comité de Bordeaux a dépensé de zèle, de courage, de persévérance et de charité confraternelle pour surmonter les obstacles, ne pas se décourager, ne pas s'irriter surtout des oppositions qu'il rencontrait sur sa route, pour accueillir avec ardeur les lueurs d'espérance que je lui transmettais, et pour accepter bravement la responsabilité de ses œuvres.

Messieurs, une idée née dans de pareils cœurs, fécondée dans de pareilles intelligence, et qui trouve cette chaleur de l'âme et de l'esprit propre aux têtes girondines, généreuses comme la douce et fortifiante liqueur recueillie dans le Médoc, cette idée ne mourra pas. (Bravos répétés.)

Nous boirons aussi, et de grand cœur, à l'*Association de prévoyance de la Seine*. Si à cette table de l'Union confraternelle, cette Association ne se trouve représentée que par l'honorable et vaillant secrétaire général, veuillez croire, Messieurs, que nous avons considéré comme un devoir, que c'était encore plus pour nous un plaisir du cœur d'inviter à cette fête et son illustre président et son zélé trésorier, qui nous avaient fait prendre la douce habitude de les y rencontrer tous les ans. M. Paul Dubois et M. Vosseur n'ont pas cru pouvoir accepter notre invitation ; seul M. Cabanellas nous a fait l'honneur de répondre à notre sympathique appel. En la personne aimée du digne secrétaire général de l'Association de la Seine, nous n'en paierons pas moins notre tribut sincère d'affection et de respect à l'œuvre d'Orfila. Par un sentiment que mon honorable ami Cabanellas est digne de comprendre, je ne ferai même pas la plus discrète allusion à nos efforts communs pour le succès d'une idée que moi seul de nous deux je dois persister à croire juste. Homme du devoir, M. Cabanellas a fait incliner ses convictions devant une décision prise ; aussi nous ne voulons honorer en lui que le dignitaire de la bienfaisante Association de la Seine. (Approbation générale.)

Nous boirons encore, chers et honorés confrères des départements, à toutes les Associations locales qui nous ont fait l'honneur de se faire représenter à cette fête.

Une double délégation nous vaut, Messieurs, le plaisir et l'honneur de la présence de M. le docteur Diday. A ce nom, vous vous représentez tout ce que l'esprit a de plus fin et de plus délicat, la science de plus ingénieux, la polémique de plus courtois et de plus pénétrant. Soyez le bien-venu, charmant, spirituel et savant confrère ! Nous sommes heureux et fiers de pouvoir honorer en votre personne les deux grandes institutions lyonnaises qui nous ont fait l'insigne honneur de vous déléguer auprès de nous, la savante et célèbre Société impériale de médecine de Lyon, la puissante Association médicale de prévoyance des médecins du Rhône. Permettez à un vieux journaliste de vous honorer encore sous une troisième espèce, celle de rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*.

Ici, Messieurs, vous ne me pardonneriez pas d'oublier qu'à côté de M. Diday nous espérions voir assis à notre table amie M. le d^r^ Garin, qui l'a précédé dans la direction de ce savant journal, M. le d^r^ Garin, dont il faudra, toutes les fois qu'il s'agira d'Association médicale, emprunter le langage plein de dignité, d'éloquence et de grandeur. Oserais-je dire que des esprits de cette valeur sont seulement nos auxiliaires ? Non assurément, je les proclame nos chefs, et si quelquefois, par un simple hasard de position, l'initiative part d'ici, c'est dans leur riche intelligence que l'idée se développe et grandit. Ainsi, Messieurs, si une telle comparaison locale m'est permise, les sources qui coulent des montagnes du Valais, deviennent à Lyon un fleuve majestueux et rapide. (Approbation.)

Sans transition aucune, je vous conduis, Messieurs, dans la Seine-Inférieure.... Mais non, vous ne ferez pas ce voyage, car, pour honorer l'Association médicale de ce grand département, cette Association a daigné nous honorer nous-mêmes en nous envoyant notre respectable et savant confrère, M. le docteur Vingtrinier, son président, et son zélé secrétaire, M. le docteur Bouteiller, de Rouen. Les esprits qui aiment à se reposer dans une douce mais stérile quiétude, m'ont souvent adressé cette critique facile : L'Association n'est qu'une généreuse utopie. Mes convictions se raniment plus ardentes en voyant à notre table nos honorables confrères de Rouen. L'Association une utopie ! une utopie qui vient de se réaliser avec éclat, avec bonheur, avec succès sur cette terre normande si fertile en esprits positifs et pratiques ! Messieurs, l'Association de la Seine-Inférieure est le plus grand succès de nos idées.

Dans le Loiret, Messieurs, l'Association médicale est ancienne ; elle est représentée parmi nous par son honorable et habile secrétaire général, M. le docteur Lepage fils. Ses occupations, son grand âge, nous ont privés de la présence de son honorable président. En l'invitant à notre fête nous ne pouvions pas oublier que l'Association du Loiret, la première entre toutes, et dès l'aurore des idées nouvelles, a sympathiquement adhéré au projet d'Association générale. Qu'elle reçoive ici notre cordial remercîment.

L'Association médicale de Seine-et-Oise nous a fait aussi l'honneur d'accepter notre invitation, et nous possédons à notre table confraternelle son respectable président, M. le docteur Battaille, et son honorable secrétaire, M. le docteur Remilly.

Dans Seine-et-Marne, les deux Associations de l'arrondissement de Melun et de l'arrondissement de Meaux ont gracieusement accueilli notre sympathique appel. M. le docteur Bancel père, président, et M. le docteur Gillet, secrétaire de l'Association de Melun ; M. le docteur St-Amand, président, et M. le docteur Houzelot, secrétaire de l'Association de Meaux, ont bien voulu s'asseoir parmi nous.

L'Association médicale du département de l'Aube nous a fait l'honneur de se faire représenter à cette fête par M. le docteur Roger, de Troyes, son vice-président.

Enfin, Messieurs, une modeste mais très active Société d'arrondissement, la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, l'une des plus anciennes qui existent, l'une des premières et des plus vivaces émanations du Congrès médical, a voulu également participer à cette fête de l'Association, et nous a fait l'honneur de s'y faire représenter par notre excellent confrère, M. le docteur Laronde.

Messieurs, ce dénombrement n'est pas une vaine satisfaction donnée à nos honorables confrères ici présents, pas plus qu'elle n'est pour nous une exhibition vaniteuse. Vous lui donnerez une signification plus élevée et plus juste, et alors la présence des Associations locales à cette fête vous dira, d'une part, qu'elles ne craignent pas pour leur existence la fondation d'une Association générale, et, d'autre part, que les promoteurs de cette institution n'ont jamais conçu le projet, qui serait plus insensé que coupable, de porter la moindre atteinte à ces œuvres de bienfaisance et de moralisation. Voilà pourquoi, dans cette fête de la conciliation, vous me permettrez de saisir l'occasion solennelle de dire, aussi haut que je puisse le faire, que l'existence des Associations locales est indispensable à l'existence de l'Association générale. Cette profession de foi me paraît assez explicite pour que je vous évite, Messieurs, toute espèce de développement.

Mais je n'ai pas fait le tour de notre table amie. J'y vois encore avec confiance et bonheur les trois éminents avocats, MM. Bethmont, Victor Lefranc et Paul Andral, qui veulent bien nous prêter l'appui de leur talent et de leur science pour nous défendre contre les attaques de ceux qui, il y a peu de jours et dans ce lieu même, se livraient à une distraction peu homœopathique. Buvons cette année à l'espoir du succès de nos défenseurs ; à pareil jour, l'an prochain, nous boirons certainement au succès confirmé. Que voulez-vous que devienne la doctrine contre trois avocats de ce renom ? (Hilarité.)

Nous boirons au savant directeur de nos affaires médicales au ministère de l'agriculture et du commerce, à M. Julien qui, par la spécialité de ses travaux, appartient à notre famille, et dont nous aurons à invoquer la bienveillance quand il s'agira d'obtenir les adhésions des pouvoirs publics pour nos statuts de notre grande œuvre confraternelle.

Buvons aussi, Messieurs, au poète inspiré, à l'écrivain charmant, au critique élégant et judicieux, à l'aimable et spirituel fantaisiste, à M. Théophile Gautier, dont la présence répand sur notre fête comme un parfum de poésie.

Buvons encore, Messieurs, au jeune interne, à M. Durante, le premier nommé dans la dernière promotion, et que, selon nos déjà vieilles traditions, nous avons convié à notre fête, hommage que nous rendons tous les ans à la jeunesse et au travail, à ce qu'il y a de plus charmant et de plus respectable à la fois, trait d'union entre le passé qui regrette et l'avenir qui espère.

Buvons enfin..... Mais ici, Messieurs, une appréhension me saisit. Nous, médecins, qui prescrivons la tempérance et qui célébrons la sobriété, ne craindrons-nous pas, par ces toasts répétés, de faire une trop large infraction aux lois de l'hygiène ? Permettez-moi de veiller à ce que les emportements du cœur n'aillent porter le trouble dans nos têtes. Je vous propose donc, Messieurs, de réunir ces toasts dans ce toast général :

A l'Association confraternelle !

Ce toast est accueilli par des applaudissements répétés.

M. le docteur Jeannel, au nom du Comité de Bordeaux, répond de la manière suivante :

Messieurs,

J'aurais décliné l'honneur de porter la parole au milieu de cette fête, rendue solennelle à un double titre, et par la présence de tant de convives éminents, et par les sympathies attentives du corps médical tout entier, mais l'absence de M. Froin, président du Comité de Bordeaux, qui m'a chargé d'exprimer ici ses regrets, et l'excessive bienveillance du comité de l'Union Médicale, m'imposent le devoir de répondre à M. Amédée Latour.

D'ailleurs, au nom de mes confrères girondins, je vais payer ici des dettes sacrées, j'en saisis l'occasion... Combien de débiteurs voudraient payer leurs dettes le verre à la main, en buvant à la santé de leurs créanciers ! (Très bien !)

Messieurs, la charité et le dévouement, déguisés et comme sécularisés sous le nom d'Association de prévoyance et de secours mutuels, sont les thèmes éternels des discours qui, depuis bien longtemps déjà, et surtout depuis le Congrès médical de 1845, ont nourri des espérances et excité l'enthousiasme du corps médical : le moment est venu, enfin, où les idées qui n'ont reçu, parmi nous, que des applications incomplètes et restreintes vont passer décidément et largement dans le domaine des faits.

Grâce à vous, M. Rayer, à vous qui pouviez vivre satisfait de vos succès glorieux comme des amitiés qui récompensent vos travaux, et qui essayez d'égaler les services que vous avez rendus à la science par des services rendus à la profession. (Applaudissements répétés.)

Grâce à vous, membres éminents de la commission d'organisation, devenus législateurs de la bienfaisance, vous êtes en même temps législateurs de la régénération professionnelle, car il est impossible, le voulût-on absolument, il est impossible de dépouiller les œuvres de charité de leurs conséquences indirectes : le respect de soi-même dans la personne d'autrui et l'amitié réciproque. (Approbation.)

Grâce à vous, M. Am. Latour, à vous qui avez reconnu vos idées et vos aspirations dans les propositions et les plans du Comité bordelais, et qui, pour nous encourager et nous défendre, n'avez eu qu'à continuer la polémique entamée par vous avec tant de succès, il y a onze ans. A vous, que j'oserais saluer inventeur de l'Union et de l'Association, si l'Union et l'Association n'étaient de saintes contrefaçons de la charité chrétienne. (Applaudissements.)

Grâce à vous, M. Cabanellas ; c'est vous qui, le premier, nous avez fait espérer l'application de notre projet. Je ne puis dire ici tout ce que nous devons à votre bonté gracieuse et noble, à vos conseils bienveillants, mais je puis dire qu'un certain jour votre main tenait le boisseau sous lequel pouvait s'éteindre la lueur qui éclate dans la solennité d'aujourd'hui. A vous notre reconnaissance intime ! (Approbation générale.)

Gardons-nous d'oublier notre illustre avocat, M. Ricord, habitué à tous les succès d'orateur et d'écrivain ; il a dû s'étonner, s'adressant à une assemblée de médecins, de n'avoir pas gain de cause ; mais la reconnaissance des absents a dû bien apporter quelque dédommagement à une défaite purement provisoire.

Je voudrais bien aussi remercier tous ceux dont le concours affectueux et dévoué a ranimé notre courage et soutenu notre persévérance dans la lutte : MM. Garin et Diday, de Lyon, M. Saurel de Montpellier, M. Costes, de Bordeaux, M. Gaussail, de Toulouse, MM. Bossu, Martin-Lauzer, Brochin et Salles-Girons, de Paris, qui nous ont appuyés dans les journaux qu'ils rédigent ; je voudrais rappeler aussi les propositions de plusieurs de nos confrères, notamment de MM. Fouques et Salès, de Grenelle, qui ont fait voir que les fonctions médicales gratuites pourraient recevoir leur rémunération dans la caisse de l'Association générale des médecins.

Et quant à ceux de nos confrères dont la prudence n'a pas cru pouvoir favoriser la réalisation de nos vœux, remercions-les du moins de leur bienveillante réserve et gardons l'espérance que nous a laissé concevoir le plus éminent et le plus aimé d'entre eux, en nous disant : « L'avenir n'appartient à personne, et il n'est pas nécessaire d'avoir longtemps vécu pour savoir que les questions résolues aujourd'hui peuvent être reprises, et jugées différemment demain. (1) »

Messieurs, je me résume : Je bois à la santé de tous les amis de l'Association générale !

(Ce discours reçoit les témoignages de la plus vive sympathie.)

M. Diday, de Lyon, prononce le discours suivant :

Messieurs,

Des convives rassemblés pour satisfaire un appétit vulgaire, se croient quittes envers l'amphitrion en échangeant au dernier instant avec lui quelques formules banales sur le plaisir et l'honneur que chacun des deux, selon l'usage, soutient avoir seul reçus. Plus généreux envers vos invités, Messieurs, vous n'acceptez pas notre congé en de pareils termes. Après avoir, par le plus gracieux accueil, comblé, ce semble, tous leurs vœux, votre sollicitude s'applique à en créer de nouveaux. Vous les engagez, vous les provoquez à manifester leurs moindres désirs. « C'est dites-vous, le vrai but de cette fête à laquelle le corps médical tout entier assiste par la pensée. Elle resterait incomplète si le centre, bornant trop matériellement son rôle à celui du *gaster* de la Fable, manquait l'occasion d'établir avec les extrémités ces communications

(1) M. Paul Dubois, président de l'Association des médecins de la Seine. Allocution prononcée dans l'assemblée générale du 31 janvier dernier.

intimes par lesquelles s'entretient la vie morale, si justement appelée, dans notre langage, vie de *relation.* »

Je ne déclinerai pas plus cette seconde invitation que la première.

La semence précieuse dont vous mûrissez en ce moment l'éclosion, Messieurs et chers collègues, ne vous est point parvenue tout entière. De Bordeaux à Paris l'espace était trop grand pour qu'une partie de ce pollen fécondant ne se fût pas détournée jusqu'à nous, poussée par un bon vent d'amicale confraternité. Le terrain était prêt pour la recevoir, car notre Association eut déjà, il y a deux ans, à discuter un projet de fédération, pour répondre aux demandes d'adjonction d'une foule de confrères voisins, attirés par le spectacle de sa prospérité de vieille date. Le cri éloquent de mon ami Jeannel trouva donc à Lyon un écho dans toutes les poitrines. Vous l'auriez pressenti rien qu'au renom d'exemplaire confraternité que notre ville s'honore de posséder; vous n'en avez plus douté en apprenant tout à l'heure que je remplis ici une délégation expresse de la *Société impériale de médecine de Lyon*, et de l'*Association de prévoyance des médecins du Rhône*, jalouses de voir leur sympathique aspiration inscrite au premier rang parmi celles qui viennent saluer l'avénement d'une Association générale.

C'est, en effet, Messieurs,—on commence à s'en apercevoir,—le propre de cette idée, à mesure qu'elle est mieux examinée, de gagner chez les hommes pratiques, le crédit qu'un préjugé trop exploité ne lui présageait qu'auprès des utopistes. Plus on a vu de près fonctionner les Associations locales, plus on demeure convaincu que, en dépit de leurs éminents services, elles ne réalisent qu'une phase transitoire de notre organisation. En dehors même de la question financière, leur infériorité sur le projet en ce moment à l'étude n'a que trop d'occasions de ressortir.

Ainsi, l'Association, bornée à une ville, y rassemble ordinairement, je le reconnais, le plus grand nombre des médecins indigènes. Mais il reste néanmoins, à côté, en face d'elle, une minorité avec laquelle il lui faut compter, qui, par cela même qu'elle est, qu'elle se sent minorité, ne garde pas toujours une attitude simplement indifférente. — Avec l'Association générale, elle se sera vite ralliée, car elle comprendra qu'elle aurait désormais contre elle non plus la majorité de sa ville, mais la majorité de la France entière.

Ainsi encore, chaque Association a son règlement, ses habitudes financières, administratives, son degré particulier de circonspection ou d'initiative dans la conduite qu'elle tient à l'égard des questions professionnelles. Bordeaux, Paris, Lyon, Strasbourg, sur une foule de points, ne sont certes pas, qu'on me permette l'expression, également *avancés*. Or, de ce contraste d'opinions, la lumière peut naître un jour; mais, en attendant, la force pour le bien y perd à coup sûr quelque chose. Avec l'Association générale, plus de dissonnances dans l'ensemble imposant de voix, qui, alors, commanderait à tous confiance et respect. Au lieu de vingt jurisprudences diverses, souvent contraires, nous aurions enfin, nous nous serions fait l'équivalent d'une loi.

Puis, et par-dessus tout, la fondation des caisses de retraite! Réalisable seulement par l'Association générale, cette institution serait à la fois le bienfait plus entier; l'hommage bien dû à l'exquise délicatesse de ceux d'entre nous qui, à aucun prix et sous aucun nom, ne veulent de l'aumône; enfin un levier souverain de propagande générale. En effet, sa création, sans repousser qui que ce soit des sociétaires actuels, déciderait, je le sais positivement, une multitude de très honorables confrères qui n'attendent que ce signal pour venir à nous.

Insisterai-je sur l'augmentation certaine du fonds social, si lucidement démontrée par notre affectionné modèle, M. Am. Latour? Non. Ce point de vue est le plus utile, sans doute, comme il est le plus urgent. Mais, en ce jour, au sein de cette réunion, est-ce le principal qui puisse nous préoccuper? Tant d'hommes de cœur feraient-ils donc converger tant de patients efforts vers une solution purement financière? De la solidarité des intérêts ne naîtra-t-il pas invinciblement une solidarité de sentiments, de principes moraux? Le pansement, même quotidien, même abortif, s'il se peut, de chaque plaie confraternelle, doit-il défendre de songer à organiser un système de moyens préventifs!... Espérons mieux des temps où nous vivons, de l'embrassement universel qu'a produit une seule étincelle, je dirai plus, Messieurs, de la sage maturité, de la rassurante lenteur de vos délibérations. Espérons tout du désintéressement de notre but, de la pureté de nos intentions. Il est permis d'attendre sans découragement lorsqu'on peut à si juste titre s'appliquer ces paroles du livre saint : *Cherchons d'abord à exercer la charité dans sa plénitude; et le reste nous sera donné par surcroît!*

Ce discours excite les applaudissements de l'Assemblée qui, après avoir quitté la table du Banquet, se réunit autour des tables où fume le café, et où le poëte toujours inspiré, le chansonnier toujours charmant de nos fêtes, M. le docteur Toirac, lui prodigue les trésors de sa verve toujours jeune.

Dr Maximin LEGRAND.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une note de M. le docteur Billard, de Corbigny, sur différents points de la fonction de l'hématose.

Une lettre de M. le docteur Niobey, par laquelle il informe MM. les Secrétaires perpétuels qu'il a envoyé, le 29 mars dernier, son histoire du choléra dans la ville de Gy, en 1854, non pour concourir au legs Bréant, mais pour être inscrit parmi les concurrents aux prix de médecine et de chirurgie.

Une lettre de remercîments de Mlle Bailly, de Lyon, à propos des secours accordés à sa mère et à elle par l'Académie. Dans cette lettre, Mlle Bailly expose la situation cruelle où elle était réduite, ainsi que sa mère, et établit ses titres de famille; son grand-père était le frère de l'illustre Sylvain Bailly.

Voilà tout ce qui, dans la correspondance de lundi dernier, nous a semblé de nature à intéresser nos lecteurs.

Les communications verbales, peu nombreuses d'ailleurs, n'ont pour la plupart, présenté que des rapports assez éloignés avec les sciences médicales, et si ce n'était M. Chatin qui a donné lecture d'un mémoire sur l'anatomie des Rhizômes, notre récolte eût été nulle.

M. Coste a pensé que l'Académie accueillerait avec intérêt un fait curieux, bien qu'il ne soit pas nouveau. Il a fait passer sous les yeux de ses collègues un flacon rempli d'eau salée, et renfermant des polypiers campanulaires qui lui ont été envoyés des aquariums de Bruxelles. Ces campanulaires sont en train de se reproduire, et l'on peut parfaitement, à l'aide d'une loupe ordinaire, assister à ce phénomène étrange de la gemmiparité. On voit les larves se détacher, comme des fleurs vivantes, des branches de la campanulaire, et se mettre immédiatement à nager à la façon des méduses. Grâces donc aux perfectionnements des laboratoires, il ne sera plus indispensable de se transporter sur les bords de l'Océan pour suivre certaines études.

M. Leverrier a présenté de nouvelles cartes du ciel dressées par M. Chacornac. Ces cartes sont maintenant au nombre de vingt-quatre, et sont destinées à donner à l'inventaire céleste une précision qui lui manquait jusqu'à présent. « Ce qui m'a surtout frappé en examinant ces cartes, a dit M. Leverrier, c'est le nombre relativement considérable d'étoiles jadis signalées, et qu'on ne retrouve plus. Depuis que M. Chacornac s'occupe de ces cartes, plusieurs étoiles, observées par lui et classées, ont disparu; ce sont des étoiles perdues. »

M. le directeur de l'Observatoire de Paris est, mieux que tout autre, à même de ressentir vivement la douleur de semblables pertes. Qu'il soit persuadé, néanmoins, que ses regrets sont partagés, indépendamment de ses savants confrères des observatoires, par tous les poëtes et par ceux :

Qui, rêveurs, sans en faire, écoutent les récits
Et souhaitent, le soir, devant leurs portes assis,
De s'en aller dans les étoiles!

Après avoir présenté ces cartes, M. Leverrier a ajouté : On s'est étonné de ce que M. Chacornac, ne découvrait plus de petites planètes; la confection de ces cartes, qui lui prend tout son temps, en est la raison. Certaines personnes sont fort exigeantes et voudraient qu'on fît tout à la fois; à la vérité, elles n'ont jamais rien fait elles-mêmes.

Nous ne savons à qui s'adresse le reproche, mais la réflexion est juste:

M. Luther, qui ne fait pas de cartes, vient de découvrir, le 4 de ce mois, la 53e petite planète; elle est de onzième grandeur. Cela résulte d'une lettre adressée par cet astronome à M. Élie de Beaumont qui en a donné lecture.

Puisque nous parlons de l'observation, mentionnons un incident de la séance dernière : il peut avoir son enseignement.

M. Athanase Boblin avait envoyé, le 5 avril, une note ayant pour titre : *Appréciation sur un appareil à levier, substitué au micromètre des instruments de précision dans les observations.*

Cette note avait été renvoyée à M. Leverrier pour qu'il en prît connaissance, et qu'il fît savoir à l'Académie si elle était de nature à devenir l'objet d'un rapport.

M. Athanase Boblin, qui a ses raisons probablement, s'est hâté d'écrire à M. le président pour le prier ou de changer son juge, ou de considérer sa note comme non avenue. — « Mais c'est très facile, a dit M. le Président, on considérera la note comme non avenue. »

Dans la séance précédente, MM. Poiseuille et Lefort ont adressé une note supplémentaire à leur mémoire sur l'existence du glycose dans l'organisme animal.

Après avoir démontré que la *glycogénie intestinale* n'est pas plus admissible que les glycogénies splénique, ganglionnaire, etc., etc., et cela par l'absence de toute formation de sucre dans ces divers points de l'économie, les auteurs se sont placés sur le terrain même des partisans de la glycogénie intestinale, et ils ont examiné les circonstances ou épiphénomènes sur lesquels ceux-ci ont pensé pouvoir l'établir.

Ils ont constaté que la lymphe, chez les animaux en digestion, offre du sucre en quantité plus ou moins considérable, et le glycose qu'elle contient est toujours en quantité supérieure à celle que présente le chyle du même animal; c'est précisément le contraire qui semblerait devoir arriver, si les parois intestinales étaient une source de glycose.

Ils ont vu, en outre, que les quantités de sucre contenues dans le liquide sont loin d'être beaucoup moindres que celle offerte par le chyle d'un vaisseau mésentérique provenant directement de l'intestin, et c'est ce qui devrait avoir lieu si les parois de l'intestin donnaient du sucre.

Mais l'une des expériences relatées dans cette note vient confirmer pleinement la manière de voir des deux auteurs, puisque le sucre de la lymphe, au lieu d'être en plus petite quantité que celui constaté dans le chyle émané directement de l'intestin, est, au contraire, en quantité plus considérable.

Les parois intestinales ne jouissent donc nullement de la propriété de produire du sucre, comme on l'a démontré pour le foie.

Ainsi, pendant la digestion, tout le sucre qui vient du foie ne se trouvant pas entièrement détruit en allant de cet organe aux poumons, une partie passe dans le sang artériel, et alors tous les organes en reçoivent; mais les vaisseaux lymphatiques viennent incessamment en absorber et le reporter, d'une part, dans la veine sous-clavière droite, d'autre part, dans la sous-clavière gauche, par le canal thoracique, pour le mettre en contact avec le sang veineux de la veine cave supérieure, comme le font les veines sus-hépatiques à l'égard du sang de la veine cave inférieure. Ceci est éventuel, temporaire, chez les carnivores dont le sang artériel ne contient pas de sucre dans l'intervalle des digestions; mais c'est un état permanent chez les herbivores, qui, par la nature de leurs aliments, sont toujours, pour ainsi dire, en digestion. Aussi trouve-t-on communément chez eux du glycose dans le sang artériel, et, par conséquent, dans la lymphe.

— M. Marey a, dans la même séance, adressé un deuxième mémoire ayant pour objet l'étude de la contractilité vasculaire et de son application à la pathologie.

Le résultat des expériences rapportées dans ce mémoire a conduit l'auteur à considérer toute rougeur congestive (lorsqu'elle n'est pas due à un obstacle au retour du sang veineux), comme un effet de la débilité des vaisseaux, comme un phénomène *passif*. Il applique à l'inflammation elle-même, dans sa période congestive, cette *doctrine de la passivité* qui lui semble un progrès vers la vérité, en vertu de ce grand principe de logique scientifique, qu'il ne faut pas multiplier sans nécessité les êtres de raison.

Après avoir cherché les preuves de la *passivité* de la congestion phlegmasique dans les phénomènes inflammatoires eux-mêmes, l'auteur examine les avantages de la théorie de la passivité pour l'interprétation de certains faits qui s'expliquaient très mal lorsque l'inflammation était une *activité exagérée* des tissus.

« Lorsque la seule force vitale, dit-il, que possèdent les tissus, la *contractilité* est détruite, les forces physiques agissent en souveraines pour modifier ou diriger l'inflammation. La tendance, mystérieuse autrefois, des inflammations à se porter vers la surface cutanée, n'est plus qu'un effet de la pression extérieure moindre de ce côté. L'étranglement des tissus confinés dans un espace inextensible n'est plus que l'occlusion des veines comprimées par la tension artérielle que la contractilité n'entrave plus. Il n'y a pas jusqu'à la tendance des congestions à la résolution spontanée qui ne s'explique par la loi physiologique de l'*accoutumance*, qui fait acquérir aux vaisseaux une innervation plus puissante lorsqu'ils sont longtemps soumis aux causes de débilitation. »

Cette dernière phrase ne nous offre pas un sens suffisamment clair, même si nous la rapprochons d'une des conclusions contenues dans le mémoire de M. Marey et par laquelle il définit, en quelque sorte, ce qu'il entend par accoutumance.

« Les parties, écrit-il, longtemps soumises à un excitant en sont moins impressionnées par suite de ce que nous appellerons l'*accoutumance.* » Aussi, avons-nous placé entre guillemets cette partie textuelle de la communication et lui en laissons-nous toute la responsabilité.

Dr Maximin LEGRAND.

OBSTÉTRIQUE.

SUR LA RÉTENTION DE PARTIES DE L'ARRIÈRE-FAIX DANS LA MATRICE;

Par le professeur HUTER, de Marbourg.

Cet accoucheur s'est décidé à publier le résultat de ses observations sur ce sujet, dans la crainte de voir les hommes de l'art devenir plus négligents dans l'extraction de ces restes, surtout à la suite de la publication de quelques cas heureux où ce précepte n'avait pas été suivi. Son mémoire est devenu une monographie très instructive, dans laquelle il montre, de nombreuses pièces à l'appui à la main, les dangers que cette conduite fait courir à la mère.

Les causes qui déterminent cette rétention, résident dans l'arrière-faix, dans la matrice ou dans des circonstances extérieures et souvent dans la réunion de quelques-uns de ces états.

1° *Le placenta;* sa mollesse, l'existence de cavités dans son intérieur, ses vices de conformation, tels que son aplatissement et son peu d'épaisseur, l'existence de placentas supplémentaires, sa division en plusieurs parties, son accroissement le long des parois utérines à 2, à 5 centimètres au delà de son implantation au chorion, les dépôts fibrineux que l'on ne trouve pas rarement au bord du placenta. Enfin, il existe sur le chorion des formations du même tissu que le placenta, seulement plus aplatis, n'étant pas en communication vasculaire avec celui-ci, prenant probablement leur origine de la caduque, et que l'on pourrait appeler de faux placentas.

2° *Causes dépendant de la matrice.* — Les contractions peuvent être normales et cependant insuffisantes pour détacher une portion supplémentaire du placenta ou un faux placenta. Les contractions irrégulières déterminent la rupture du placenta de différentes manières. Peut-être les vices de conformation de l'utérus.

3° *Circonstances qui causent un détachement intempestif et incomplet de l'arrière-faix.* — Rupture retardée des membranes; tiraillements exercés par le cordon soit par sa brièveté absolue, soit par son entortillement autour du fœtus. Toutes les manœuvres entreprises pour extraire le placenta.

Diagnostic. — L'examen très attentif de l'arrière-faix ne peut pas donner une certitude absolue de la non-existence de fragments retenus dans la matrice : la présence d'un lobe supplémentaire peut être reconnue, mais parfois difficilement, par les vaisseaux partant du placenta et rompus dans le chorion, tandis que les faux placentas ne peuvent être découverts par cette inspection. Des portions de membranes retenues sont également capables de produire les mêmes accidents que des portions de placenta. L'examen de l'intérieur de la matrice peut seul donner la certitude à ce sujet. Chaque fois donc que les symptômes font soupçonner la possibilité de cet accident, il faut se faire montrer l'arrière-faix et procéder à l'exploration interne.

Celle-ci se fait par l'introduction de un ou de deux doigts dans la matrice, en ayant soin de bien soutenir le fond de cet organe, ou mieux, en l'abaissant doucement pour le porter au devant des doigts et leur permettre ainsi d'arriver dans sa partie la plus élevée. Lorsque le col est très droit et oppose une grande résistance à l'introduction d'un doigt, on fait des injections d'eau tiède ou d'infusion de camomille, additionnée d'huile. Dans les cas de grande sensibilité de la femme, on peut

enduire les doigts d'huile de jusquiame ou de pommade belladonée, administrer un peu d'opium; le chloroforme ne doit être employé que dans les cas où les pertes de sang n'ont pas été considérables, quand l'accouchée n'est, par conséquent, pas anémique et affaiblie.

En détachant les restes de placenta, il faut employer beaucoup de douceur pour ne pas léser la matrice; les ongles ne doivent jamais servir. Quand ces fragments sont trop gros pour franchir le col rétréci à l'aide du doigt, on les retire avec une pince. Les petits fragments peuvent être entraînés au moyen d'une injection d'eau tiède ou fraîche. L'injection doit toujours terminer chaque opération de ce genre; elle sera fraîche quand il y a encore de l'hémorrhagie.

Les symptômes que l'on observe ordinairement lors de la rétention d'une portion d'arrière-faix sont : des douleurs utérines consécutives violentes et persistantes; parfois, et surtout chez les femmes très sensibles, la contraction spasmodique du col de la matrice; plus ordinairement, l'utérus reste mou, flasque; de là des pertes de sang plus ou moins abondantes, se montrant au début surtout, au moindre effort fait par la femme, et devenant continues plus tard. Les hémorrhagies peuvent cesser quand l'anémie est très avancée, mais c'est pour reparaître lorsque le sang s'est reproduit un peu par l'alimentation. Il peut se faire que les suites de couches soient normales et que ces symptômes, surtout l'hémorrhagie, ne se montrent qu'après que la femme a quitté le lit. Outre l'anémie, ces restes de placenta peuvent déterminer d'autres accidents généraux et locaux, provenant de leur décomposition putride dans la matrice.

Il n'y a pas de *pronostic* général à établir; il varie d'après beaucoup de circonstances. Jamais on ne doit regarder l'accident dont il s'agit, comme de peu d'importance et se fier à la nature pour y parer. Il faut toujours tâcher de débarrasser la matrice, à quelque époque que l'on soit appelé et ne s'arrêter que devant une impossibilité matérielle ou devant un état tellement grave et avancé que les manœuvres à faire seraient plus compromettantes que favorables, surtout si elles sont difficiles et pénibles.

M. Hüter ne veut nier la possibilité d'une résorption de restes de placenta, quoiqu'il n'en ait pas observé de cas bien avéré; ces restes, ou bien sont expulsés en masse ou en fragments, ou bien se décomposent, se désagrègent et sont entraînés par l'écoulement utérin.

Le reste du traitement rentre tout à fait dans les règles communes et varie d'après les états à combattre.

Enfin, M. Hüter insiste pour tenir la même conduite quand il s'agit d'un avortement; les mêmes accidents peuvent se déclarer et entraîner les mêmes conséquences. — (*Monatsschr. f. geburtsk*, février, mars, avril 1857.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 5 avril 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Hédouin, médecin à Saint-Sauveur, demande le titre de membre titulaire, et présente un travail intitulé : *Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Mialhe, Moutard-Martin et Durand-Fardel.)

M. le docteur Gouet, ex-médecin principal de la marine, médecin à Cauterets, demande le titre de membre correspondant et adresse une note sur : *L'emploi des eaux sulfureuses dans la phthisie pulmonaire.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Allard, Amussat et Dutrouleau.)

M. le docteur Schneider, médecin aux bains de Gleisweiler (Bavière), demande le titre de membre correspondant.

M. le docteur Chapelain demande à changer son titre de membre titulaire en celui de membre correspondant.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Bad Gleisweiler bei Landau in Rheinbayern, etc. (*Bains de Gleiwesler, près Landau, Bavière rhénane, avec observations pratiques sur les cures de raisin, de petit-lait et par l'eau (hydrothérapie)*, par le docteur Schneider, Landau, 1853. (Renvoyé à l'examen de MM. Demortain, Saurel et Le Bret.)

Zur Balneotherapie chronischer Krankheiten, etc. (*Sur la balnéothérapie appliquée aux maladies chroniques, avec une notice spéciale sur la saison thermale de l'année* 1856 *à Carlsbad)*, par le docteur Fleckles. Leipzig, 1857.

Bains de Luxeuil. Propriétés chimiques et médicinales des eaux minéro-thermales de Luxeuil, avec quelques recherches historiques, par M. le docteur Chapelain. Paris, 1857.

Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille, n° 1, janvier 1858.

COLLECTIONS.

M. Chapelain présente une série d'échantillons de cryptogames recueillis sur les murs de la salle des *Capucins* de l'établissement thermal de Luxeuil (Haute-Saône). (Renvoyé à l'examen de M. Fermond.)

ÉLECTIONS.

M. le docteur Basset est nommé membre titulaire.

M. le docteur Bertherand, à Alger, est nommé membre correspondant.

M. le docteur Grasset, à Montélimar, est nommé membre correspondant.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

M. Hédouin lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *De la dyspepsie et de son traitement par les eaux de St-Sauveur.*

M. Cazin lit, au nom d'une commission, un rapport sur une notice de M. Bertherand, intitulée : *Sur les eaux alcalines-gazeuses de Mouzaïa-es-Mines* (Algérie).

M. Billout lit, au nom d'une commission, un rapport sur *des observations relatives aux eaux minérales de Bondonneau* (Drôme), par M. le docteur Grasset.

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport lu par M. Leconte dans la dernière séance, au nom d'une commission chargée d'étudier la question suivante : *Existe-t-il ou non de l'iode dans les eaux de Vichy?*

M. Réveil réclame contre la portée trop absolue, à son avis, de la dernière conclusion du rapport (1) qui établit, sur des appréciations très minimes, une comparaison entre la quantité d'iode trouvée dans l'eau de Vichy et celle que contient l'eau de la Seine.

M. Leconte répond que si, en opérant sur les résidus de 200 litres d'eau, on est arrivé à ne constater la présence que d'un milligramme d'iode, on est en droit de regarder cette quantité comme insignifiante. Il rappelle d'ailleurs que M. O. Henry fils a trouvé dans l'eau de la Seine dix à douze fois plus d'iode qu'il n'y en a réellement dans l'eau de Vichy. Quant aux procédés qui ont conduit le rapporteur à ses conclusions, l'emploi de liqueurs titrées et les déductions de quantités approximatives, fondées sur des réactions très nettes et hors de doute, suffisent pour les justifier.

M. Réveil reconnaît l'exactitude des opérations exposées dans le rapport de M. Leconte; il regrette seulement l'expression trop rigoureuse de la dernière conclusion.

M. Bouquet : La discussion si passionnée à laquelle a donné lieu, dans cette enceinte et au dehors, la question de la présence de l'iode dans les eaux minérales de Vichy paraît être arrivée à son terme, et les conclusions du remarquable rapport élaboré par M. Leconte semblent, quant à présent du moins, la trancher dans le sens de l'affirmative. Quel que soit l'avenir réservé désormais à cette question, je m'applaudis sincèrement de pouvoir en sortir; ici se termine la part que je désire y prendre, ou du moins je n'y rentrerai que si j'y suis absolument obligé. Toutefois, avant de sortir du débat, je crois devoir donner à la Société quelques explications sommaires établissant mon opinion à ce sujet.

Je désire d'abord rectifier l'opinion erronée que l'on a pu se faire sur ma manière de voir au sujet de la présence de l'iode dans ces eaux; j'ai été présenté comme un négateur obstiné, tandis que, par le fait, je me suis borné à rester dans une réserve prudente, qui m'était commandée tant par mes essais négatifs que par les nombreux insuccès obtenus, à diverses reprises, par les expérimentateurs affirmatifs, insuccès dont votre rapporteur, dans son consciencieux travail, a relevé la liste détaillée. En réalité, j'ai recherché de bonne foi l'iode dans les eaux de Vichy, je ne l'y ai pas pu voir, j'ai dit que je ne l'avais pas vu, je n'ai dit rien de plus. Maintenant, si on considère que des expériences de M. Leconte, il résulte qu'il ne faut pas moins de 2 mètres cubes de ces eaux pour représenter 1 centigramme d'iode, on pourra bien admettre que j'aie pu passer à côté de cet infiniment petit sans le voir.

Ce premier point établi, je me trouve en présence des résultats obtenus par votre rapporteur. Plus heureux que ses devanciers, M. Leconte a signalé son intervention dans ces recherches difficiles par deux découvertes de la plus haute importance pour l'élucidation du sujet qui nous occupe : 1° non seulement il obtient la coloration bleue par l'empois d'amidon, mais, de plus, à l'aide d'une ingénieuse modification du procédé opératoire, il peut la reproduire jusqu'à trois ou quatre fois avec le même résidu

2° Enfin, par l'emploi de l'acide chlorhydrique gazeux et anhydre, M. Leconte fait apparaître l'iode isolé, ce qu'aucun expérimentateur n'avait pu obtenir avant lui.

Ces deux résultats sont considérables; ce sont, à coup sûr, les deux faits les plus décisifs parmi tous ceux qui ont été énoncés dans le cours de cette histoire de la brûlante question de l'iode dans les eaux; ils sont garantis par l'habileté pratique de votre rapporteur, non moins que par sa probité scientifique bien connue; à ce double titre, ils méritent d'être pris en très sérieuse considération. Tout l'honneur de ces découvertes revient incontestablement à M. Leconte; mais aussi, du moins à mon avis, il convient de lui en laisser la responsabilité, et je crois n'être infidèle ni aux opinions que j'ai constamment émises dans le cours de cette discussion, ni à l'estime bien justifiée que j'ai pour le caractère et l'habileté de votre rapporteur en demandant ici à la lui laisser tout entière.

M. Fermond voudrait qu'on déterminât d'une manière sûre les conditions dans lesquelles il faut se placer pour trouver l'iode au milieu d'une eau quelconque. Il ne croit pas qu'il soit si facile de reconnaître la présence de ce corps au milieu de la coloration bleue obtenue par l'amidon, ainsi que l'admettrait le rapport. Les quantités d'acide et d'amidon à mettre en présence sont loin d'être encore déterminées. C'est ainsi que M. Leconte n'emploie que quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et que, néanmoins, étant donné un liquide très concentré, un cinq cent millième d'iode peut être reconnu à l'aide de l'acide azotique, mais ajouté en quantité relativement considérable. M. Fermond entre dans les détails de ce dernier procédé auquel il accorde la préférence.

M. Leconte montre que ces diverses questions de procédés sont examinées dans le cours du rapport; et il insiste sur l'avantage qu'il y a à dessécher le mélange d'iodure et d'empois avant d'ajouter une gouttelette d'acide chlorhydrique. Il n'y a de doute possible que dans la limite des nuances obtenues, non point dans leur nature, et les chances d'erreur sont très restreintes.

M. Fermond n'a pas voulu infirmer les résultats obtenus par M. Leconte; mais il croit qu'un autre procédé, consistant en évaporation au cinquantième et en essais consécutifs, eût fourni des données aussi satisfaisantes.

M. le Président déclare la discussion close, et donne lecture des conclusions suivantes, soumises au vote de la Société :

1° Une petite quantité d'iodure de potassium et d'empois, lorsqu'ils sont humides, peuvent souvent ne pas donner de coloration bleue au contact d'un acide minéral;

2° La présence de l'iode dans les eaux des sources des Célestins, de la Grande-Grille et de l'Hôpital, à Vichy, peut être décelée par la réaction caractéristique de l'amidon;

3° Il est même possible d'en isoler l'iode à l'aide de l'acide chlorhydrique gazeux et anhydre;

4° La quantité d'iode contenu dans ces eaux semble, d'après les réactions obtenues, être approximativement d'un *demi-centième de milligramme par litre*, d'où il résulte qu'il faut 200 litres d'eau de Vichy pour représenter un *milligramme* d'iode, proportion qui les rapproche, à cet égard, de certaines eaux potables, et les classe même un peu audessous de celles de la Seine.

M. Durand-Fardel demande si la Société se croit suffisamment éclairée pour voter cette dernière conclusion et en accepter ainsi la responsabilité.

M. Herpin parle dans le même sens.

M. le Rapporteur affirme l'authenticité, dans l'état actuel de la science, des résultats qu'il a énoncés, et qui ont été reconnus tels par la Société.

Ces conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. Herpin fait une lecture sur la *nomenclature et la classification des eaux minérales.*

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 19 AVRIL 1858.

Élection d'un membre titulaire et de deux membres correspondants.

Lecture de M. Charmasson, sur le *Traitement des maladies de la matrice par les eaux de St-Sauveur.*

Rapport de M. Dutrouleau, sur un travail de M. Gouët, relatif à l'*emploi des eaux de Cauterets dans le traitement de la phthisie pulmonaire.*

Rapport de M. Durand-Fardel, sur un travail de M. Hédouin, intitulé : *De la dyspepsie et de son traitement par les eaux de St-Sauveur.*

Clôture de la session.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

(1) Voir les conclusions à la fin de la discussion.

COURRIER.

L'Academie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg vient d'inscrire au nombre de ses membres correspondants M. le docteur Herpin (de Genève), médecin à Paris.

— On annonce la mort de M. le docteur Burdin, membre de l'Académie impériale de médecine.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, le mardi 20 avril, à 4 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant, Richelot.

Paris, — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 46. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Avril 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 AVRIL 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Adhésions des médecins de l'Hérault.

Les soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Béziers (Hérault), déclarent adhérer au projet d'Association générale de prévoyance et de secours mutuels entre les médecins de France.

Thomas, Lacroix, Sabatier, Vernhes, Martel, Beauclair, Vidal, Guy, Vivarel, Perréal, Bronicki, Théveneau, Rey, Viguier, Cabanes.

Béziers, 8 avril 1858.

Les soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Lodève (Hérault), déclarent adhérer au projet d'Association générale de prévoyance et de secours mutuels entre les médecins de France.

Lapeyre, médecin en chef de l'hospice; Mortin, chirurgien adjoint de l'hospice; Caissa, Kaualers, Grimal.

Lodève, 5 avril 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A la suite de la discussion sur les maladies des vertèbres, soulevée par les observations de M. Gillebert-Dhercourt, M. Broca avait prononcé un long et substantiel discours, que le défaut d'espace nous a empêché de reproduire. Nous croyons intéresser nos lecteurs en mettant sous leurs yeux les points principaux que M. Broca a tenté d'élucider.

Y a-t-il une ou plusieurs espèces de mal vertébral? Les différences si grandes que l'on constate sous le triple point de vue des symptômes, des lésions et de la gravité entre les diverses formes de cette affection, sont-elles des différences de degré ou des différences de nature ?

« L'anatomie pathologique, a dit M. Broca, nous enseigne que le mal vertébral peut être dû à des lésions extrêmement dissemblables. Trois d'entre elles sont aujourd'hui bien connues : ce sont les tubercules, la carie et la nécrose. Une quatrième, moins classique, a été et est encore l'objet de nombreuses contestations; je veux parler de l'arthrite vertébrale, sorte de tumeur blanche des symphyses, admise par les uns comme une lésion primitive des disques fibro-cartilagineux, considérée par les autres comme une une altération consécutive, dont le point de départ est toujours dans le tissu des vertèbres adjacentes. Je dois dire que, pour ma part, j'admets l'arthrite vertébrale idiopathique; elle ne me paraît même pas fort rare. Je veux bien, toutefois, pour simplifier la question, laisser de côté cette forme, et réduire à trois le nombre des altérations dissemblables que l'on peut rencontrer dans le mal vertébral. Je le réduirai même à deux, parce que la nécrose, quoique pouvant être idiopathique, n'est, dans beaucoup de cas, qu'une complication de la carie. Mais, quelque complaisance qu'on y puisse mettre, il reste toujours deux groupes de lésions complétement distincts; d'une part, les tubercules vertébraux, production accidentelle et spéciale, qui, bien certainement, n'est pas le résultat d'un travail inflammatoire; d'une autre part, la carie, la nécrose, et au besoin l'arthrite vertébrale, altérations qui ont entre elles ce caractère commun d'être sous la dépendance de l'inflammation de l'os ou de ses annexes. »

Après avoir fait le parallèle de ces deux groupes, M. Broca aborde la question relative aux abcès : les deux affections que je compare, dit-il, ont ceci de commun qu'elles peuvent, l'une et l'autre, produire des abcès par congestion. Mais tandis que ce résultat est constant dans la carie, il fait assez souvent défaut, dans la maladie tuberculeuse, pour qu'on soit autorisé à le considérer seulement comme une complication. Le premier effet de la carie est la sécrétion du pus; l'abcès froid se forme en même temps que l'érosion de l'os, puis augmente chaque jour, il ne tarde pas à devenir accessible au toucher. Entretenu d'ailleurs par une lésion osseuse qui n'a presque aucune tendance à guérir, il n'est guère susceptible de se résorber; dès lors il s'accroît sans limites, et tôt ou tard, après un trajet plus ou moins long et plus ou moins oblique, il vient faire saillie sous la peau. Ainsi, dans la carie des corps vertébraux, la production de l'abcès migrateur est un accident inévitable, extrêmement grave et toujours très précoce. Le plus souvent, ce phénomène précède tous les autres symptômes physiques, et je crois pouvoir dire, en particulier, qu'il est toujours appréciable avant la gibbosité.

Les abcès symptomatiques des tubercules vertébraux peuvent affecter la même marche, atteindre le même volume, et offrir la même gravité que ceux de la carie; et ce point de ressemblance est certainement la principale cause de l'erreur de mes honorables adversaires. Mais, de ce que deux maladies peuvent, dans quelques cas, présenter le même symptôme, il n'en résulte pas qu'elles soient identiques. Or, il se trouve précisément que l'étude des abcès fournit un des meilleurs arguments que l'on puisse invoquer pour établir la distinction clinique entre la carie et les tubercules vertébraux.

Dans l'affection tuberculeuse, en effet, la suppuration, loin d'être, comme dans la carie, un phénomène initial et inévitable, est, au contraire, un phénomène consécutif accidentel; consécutif, puisqu'il ne se manifeste jamais avant la période de ramollissement; accidentel, puisque, dans certains cas, il fait complétement défaut. Je sais bien que cette dernière proposition a été contestée; on a dit que les tubercules ne pouvaient guérir sans abcès et que les cas nombreux et d'ailleurs bien caractérisés, où la guérison paraît s'effectuer sans suppuration, prouvent simplement la possibilité de la résorption des foyers purulents. Je me garde bien de nier cette résorption. Je la considère même comme fréquente. Je vais plus loin encore, et je dis, avec M. Huguier, que si les abcès tuberculeux se résorbent si souvent tandis que ceux de la carie ne se résorbent jamais ou presque jamais, c'est l'indice d'une différence très remarquable entre les deux grandes formes du mal vertébral. Les abcès tuberculeux, une fois formés, n'existent plus que par eux-mêmes; le pus est fourni par la membrane pyogénique ou par celle qui tapisse la cavité de l'os; mais il n'est pas fourni par l'os lui-même; et la collection, dès lors, se comporte comme pourrait le faire un abcès froid idiopathique.

Les abcès symptomatiques de la carie, au contraire, sont entretenus par la suppuration de l'os; la membrane pyogénique contribue sans doute, dans beaucoup de cas, à la sécrétion du pus; mais la surface cariée fournit en outre une suppuration incessante, qui, dans les cas les plus favorables, rend les efforts de résorption tout à fait insuffisants. La formation de l'abcès dans la carie prouve que la maladie de l'os est en voie d'accroissement; dans l'affection tuberculeuse, au contraire, elle prouve que la lésion du squelette est déjà en voie de guérison, puisque la caverne osseuse est débarrassée de son contenu, et que rien désormais ne l'empêche de se rétrécir, de s'affaisser et de se cicatriser. Ainsi s'explique la différence si grande qui existe entre les abcès de la carie et les abcès d'origine tuberculeuse, sous le rapport de leur marche, de leur terminaison et de leur gravité. Ainsi s'explique la résorption fréquente de ces derniers abcès, et l'impossibilité presque absolue de la résorption des autres, contraste frappant qui aurait dû suffire pour faire cesser toute confusion, et sur lequel il me suffira sans doute d'appeler l'attention de mes honorables adversaires.

Après cela, il importe assez peu qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de suppuration véritable dans le cas où le mal vertébral tuberculeux guérit sans abcès apparent. S'il était démontré que la suppuration est constante, la différence entre cette affection et la carie serait moins radicale peut-être, mais ne serait ni moins évidente pour le clinicien, ni moins réelle pour l'anatomo-pathologiste. Qu'il existe ou non, sur les côtés de la colonne vertébrale, de petites collections plus ou moins purulentes, c'est tout un pour le clinicien; il ne s'inquiète que de ce qui donne lieu à quelque symptôme, à quelque indication, ou à quelque effet appréciable, et il évitera toujours de confondre les cas où les abcès se manifestent à lui comme un accident menaçant, de ceux où la suppuration ne peut être admise qu'au moyen d'un raisonnement plus ou moins subtil. L'anatomo-pathologiste, de son côté, faisant l'autopsie des individus guéris depuis quelque temps du mal vertébral tuberculeux, trouve souvent les vertèbres affaissées et soudées sans aucune trace d'abcès. Il en conclut, ou bien qu'il n'y a pas eu d'abcès, ou bien que l'existence d'une suppuration antérieure est problématique, hypothétique et indémontrable, et que, dans l'un ou l'autre cas, la guérison s'est effectuée par un mécanisme entièrement incompatible avec les caractères bien connus de la carie.

Il est bon, d'ailleurs, de s'entendre sur la signification de ce mot, un peu vague, d'*abcès tuberculeux*.

Dans l'origine, le tubercule cru, formant une masse solide et à peu près sphérique, remplit exactement une cavité creusée dans l'épaisseur du corps vertébral; plus tard il se ramollit graduellement et se change en une matière encore assez dense, semblable, par sa consistance et sa couleur, au mastic des vitriers. Cette collection, encore contenue dans l'os, n'est évidemment pas un abcès. Peut-elle se résorber entièrement sur place, sans s'ouvrir à l'extérieur ? Cela est douteux. Quoi qu'il en soit, le plus souvent, si ce n'est toujours, le tissu osseux se laisse absorber de dedans en dehors, ou cède à une pression mécanique, et la collection arrive sous le périoste; puis le corps vertébral, dont la résistance est diminuée, s'affaisse, et la caverne s'aplatit en expulsant son contenu, qui vient former, sous le périoste, une saillie à large base; mais, en changeant de place, la matière tuberculeuse n'a pas changé de nature, et ce serait faire abus de langage de donner le nom d'abcès à ces collections sessiles, pleines d'une substance caséiforme, qui est du tubercule et non du pus. Si c'est cet état que l'on invoque pour prouver la constance des abcès, c'est à peu près comme si l'on disait qu'il n'y a pas de tubercule sans tubercule, chose qu'assurément je n'ai pas l'intention de nier; mais alors, comme il s'agit avant tout de s'entendre sur les mots, il faut ajouter que ces prétendus abcès diffèrent entièrement, par leur origine et par leur nature, de ceux qu'on observe dans les autres affections vertébrales. Ils en diffèrent surtout par leur évolution ultérieure, et, en particulier, par leur tendance à la ésorption.

PATHOLOGIE.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Sixième Lettre.

Mon cher maître,

J'ai résumé, en terminant la précédente *Lettre*, mes opinions sur la doctrine générale, qui, d'après ce que les faits m'ont appris, doit être acceptée sur la maladie des femmes en couches, désignée sous le nom de *fièvre puerpérale*. Il en résulte que tous les accidents sont subordonnés à la plaie utérine; que de cette plaie naissent des inflammations veineuses, suivies, après un temps plus ou moins long, d'infection purulente. C'est à cette infection (j'ai dit à tort plus haut résorption par une faute de langage très fréquente dans la conversation habituelle), c'est à cette infection, dis-je, que doit être rapporté tout ce qui a été dit de la *fièvre puerpérale*, et le frisson qui, selon les divers auteurs, commence la maladie, est l'indice de sa terminaison par infection, terminaison à peu près toujours, sinon toujours mortelle.

Cette opinion, qui n'est pas nouvelle, a soulevé des objections; et tout d'abord, laissez-moi relever un premier fait. Dans la séance de l'Académie de médecine du 13 avril, mon honorable ami, M. Cazeaux, rappelant l'opinion de mon maître vénéré, M. Cruveilhier, « sur l'importance de la lymphangite parmi les » altérations propres à la *fièvre puerpérale*, » a ajouté : « Or, » cette opinion a été vivement contestée par M. Béhier, qui » affirme, au contraire, avoir trouvé dans les autopsies des » femmes mortes de *fièvre puerpérale* plus fréquemment la phlébite que la lymphite. Cette assertion de M. Béhier m'a causé la » plus grande surprise. J'ai ouvert pour mon compte un bon » nombre de femmes qui avaient succombé à des accidents puerpéraux, et je déclare que j'ai rencontré, comme M. Cruveilhier, » beaucoup plus souvent du pus dans les lymphatiques utérins » que dans les veines. L'erreur de M. Béhier ne tiendrait-elle pas » à une confusion anatomique? Car il est remarquable que, bien » qu'il place le pus dans d'autres vaisseaux que le fait M. Cruveilhier, il le trouve dans les mêmes points de l'utérus ou de » ses annexes, c'est-à-dire dans les portions qui sont particulièrement riches en vaisseaux lymphatiques. »

J'emprunte cette rédaction à la *Gazette hebdomadaire*, parce que c'est le journal dans lequel la remarque m'a paru le plus longuement énoncée. Et la chose est simple, puisque la *Gazette*, publiée bien plus longtemps après la séance académique que les autres journaux, peut compléter à loisir ses comptes-rendus. Je pense que mon excellent ami, M. Cazeaux, accepte cette rédaction comme l'expression rigoureuse de ce qu'il a dit.

Je lui ferai d'abord remarquer que je n'ai pas produit sur les lésions que j'ai observées une simple *assertion*. Je n'ai pas dit j'ai ouvert un *bon nombre* de femmes qui avaient succombé aux accidents puerpéraux, et j'ai trouvé *beaucoup plus souvent* du pus dans les veines que dans les lymphatiques utérins. J'ai été plus précis. J'ai dit 85 femmes ont succombé et 84 avaient du pus dans les veines. C'est là autre chose qu'une *assertion*, c'est un fait. Je ne dirai pas que *l'assertion* contraire de mon excellent confrère *m'a causé la plus grande surprise*; une telle surprise a un air de doute désobligeant, et je serais désolé d'avoir la moindre apparence semblable en présence des paroles de mon ami Cazeaux, même lorsque ce qu'il présente est donné sous forme générale et sans la précision de chiffres rigoureux. Seulement ne va-t-il pas bien vite en besogne quand il dit tout net l'*erreur* de M. Béhier... Il ne m'est pas démontré et il ne m'a pas démontré que j'aie commis une erreur qui tiendrait à une confusion anatomique. Je savais qu'il fallait éviter cette erreur, et je ne crois pas qu'il pense que j'aie pu confondre des veines avec des lymphatiques, quand j'étais prévenu de la valeur que présentait cette détermination du siége anatomique. Je n'ai pas commis cette erreur, je puis le rassurer pleinement à ce sujet, et si j'ai indiqué les points d'insertion des annexes, les bords latéraux de l'utérus et le col utérin comme les siéges les plus habituels de la lésion, il n'y a rien d'étonnant, puisque les veines sont surtout nombreuses à ces différents points. Que ces *portions* soient particulièrement riches en vaisseaux lymphatiques, je le sais et je ne le nie pas; mais cela n'empêche pas que ces points soient aussi très riches en vaisseaux veineux, comme Dance l'a démontré par des injections, dont j'ai lu depuis peu la description; et cela n'empêche pas davantage que j'aie, avec tous ceux qui m'ont assisté dans mes autopsies, constaté sans aucune confusion que les points occupés par le pus étaient bien des veines. Me préserve le ciel de dire et même de penser que mon excellent confrère a pu commettre l'erreur opposée, et que les lymphatiques qu'il a vus étaient des veines! On ne doit jamais, à mon sens, supposer une telle erreur de la part d'un homme qui a étudié sérieusement une question, et qui, selon la vraisemblance la plus élémentaire, est éclairé sur la possibilité et sur la gravité d'une semblable confusion.

J'ai précisé, quant aux lymphatiques, la coïncidence qui m'a paru nécessaire pour la présence du pus dans leur intérieur, coïncidence qui n'est autre que l'infiltration purulente du tissu cellulaire au niveau du col et des vaisseaux. Cet état anatomique, je l'ai noté 14 fois, c'est le chiffre relaté dans mes notes, mais j'ai eu soin d'ajouter qu'il est peut-être un peu faible, car cette altération a pu exister peut-être un peu plus souvent et ne pas être relevée spécialement. Au reste, les lymphatiques bien visiblement purulents ont été observés 7 fois seulement, comme je l'ai déjà dit.

L'examen rigoureux a établi pour moi ces diverses remarques; je regrette qu'elles ne concordent pas avec celles de mon excellent maître, M. Cruveilhier, et avec celles de mon bon ami M. Cazeaux, mais enfin je ne saurais qu'y faire. Ce que j'ai vu, permettez-moi de croire que je l'ai bien vu, car j'ai fait grand effort pour éviter de me tromper, là surtout où je savais qu'il était possible de le faire.

J'ai entendu présenter à la doctrine que je soutiens l'objection suivante : Les altérations purulentes que l'on trouve à l'autopsie chez les femmes mortes à la suite de leurs couches, ne peuvent pas tenir à des phlegmasies, car ces femmes succombent souvent trop promptement après le début de la maladie pour que le pus ait le temps de se former. Il faut un certain temps, ajoutent ces personnes, pour que le pus se produise dans des parties phlegmasiées, et alors vient la description de la congestion inflammatoire, de l'épanchement plastique et de la transformation purulente accomplie encore plus tard. Il faut par conséquent, disent toujours les mêmes auteurs, admettre une maladie générale qui préside à la formation du pus, et dont les lésions utérines locales ne sont que la conséquence.

A cela je dirai tout d'abord que, d'après l'étude des symptômes que j'ai faite plus haut, il est de la dernière évidence que la maladie locale est souvent d'un âge beaucoup plus avancé qu'on ne le croirait, si on s'en rapportait à l'époque de l'apparition des phénomènes généraux graves. Cela répond déjà pour une part à l'objection dont j'examine ici la valeur, puisque cela démontre que, du début de la maladie à la mort, la suppuration a très bien pu se former, puisque le temps a été beaucoup plus long que ne le disent les auteurs, qui prennent la maladie en route, pour ainsi dire, et tout près de son point d'arrivée quand ils font dater son début du frisson.

Mais il y a une autre réponse bien autrement satisfaisante à mon sens, parce qu'elle repose sur une grande loi de pathologie que les personnes auxquelles je réponds me semblent avoir oubliée. C'est la différence capitale qui existe au point de vue de la marche, comme au point de vue de la gravité, entre les maladies primitives et les maladies secondaires et particulièrement entre les phlegmasies de l'une ou de l'autre variété. Deux pathologistes d'un grand talent, dont l'amitié m'honore en même temps qu'elle me réjouit, MM. Barthez et Rillet, ont particulièrement mis ce point en lumière dans leur excellent ouvrage, et c'est même là un des mérites très grands de leur livre, le titre principal qui le recommande à ceux qui étudient la pathologie générale. Il est bien établi maintenant que la marche de ces phlegmasies secondaires est toute différente de celle des inflammations primitives, et que la suppuration est bien plus rapidement développée dans ces formes secondaires. Est-ce chose rare, du reste, en pathologie? Combien de fois n'avez-vous pas vu de vastes pleurésies suppurer en fort peu de temps quand elles se développaient chez des individus déjà malades? Et les pneumonies des sujets affaiblis ne passent-elles pas à la période de suppuration beaucoup plus rapidement que celles qui s'attaquent à des sujets sains?

Si, dans ce dernier exemple, le temps après lequel se produisent les phénomènes de suppuration sur lesquels j'insiste ici est plus long, c'est que les tissus offrent des propriétés différentes à ce point de vue, et que, dans les parenchymes, le pus se produit moins rapidement, toutes choses égales d'ailleurs que dans les séreuses. Mais cette différence n'a pas de valeur dans la question, car elle ne détruit pas ce fait, que si les pneumonies secondaires ne suppurent pas aussi vite que les pleurésies de même ordre, elles arrivent cependant beaucoup plus vite à l'hépatisation grise que les pneumonies primitives. Cela ne saurait être contesté.

Or, la femme en couche est, par le fait même de l'accouchement, dans un état de maladie. C'est une maladie physiologique si l'on veut, mais ce n'en est pas moins une maladie, ou, pour satisfaire toutes les susceptibilités, un état physiologique qui place la femme dans des conditions analogues à celles de beaucoup de malades. C'est encore ce que l'on a appelé une grande opportunité morbide. Quoi de surprenant, dès lors, à voir les phlegmasies qui se développent chez elle se comporter comme des phlegmasies secondaires et suppurer promptement? Pour moi, cela ne prend nullement mon esprit au dépourvu, et la chose me paraît simple parce qu'elle est tout uniment la reproduction de ce que je vois ailleurs, où l'équivoque ne saurait être formulée et où il n'est possible d'accepter l'intervention de quelque influence hypothétique que ce soit. C'est donc à leur caractère de phlegmasies secondaires que les inflammations nées chez la femme en couche doivent la propriété de suppurer très rapidement, et ce fait est d'un ordre bien connu en pathologie. Cette facilité de suppuration se retrouve même dans les cas sporadiques. Je n'ai donc pas besoin, pour interpréter le fait, de m'abriter, comme l'a dit spirituellement le savant rédacteur en chef de ce journal, sous le paletot complaisant du génie épidémique, bien que je reconnaisse avec tout le monde que le fait de l'épidémie active encore cette disposition.

Rien n'est plus simple au point de vue pathologique, comme vous le voyez, mon cher maître, que cette terminaison des phegmasies par suppuration rapide, chez les femmes en couches; et il n'est pas besoin, pour interpréter ce fait, d'avoir recours à l'obligeant appui d'une influence générale, d'un *nescio quid*, d'un *quid divinum*, ou de toute autre hypothèse latine ou française. Là encore la femme en couches rentre sous des lois bien connues en nosologie, non pas par une comparaison, mais par une véritable similitude, ce qui est bien différent, ainsi que le dit Gros-René :

> Nous distinguons nous autres gens d'étude
> Une comparaison d'une similitude.

Autre objection qui a été surtout formulée dans la séance de l'Académie du 23 mars 1858, séance presque tout entière remplie par un orateur des plus brillants et des plus sympathiques, pour lequel je professe une affection sincère.

En parlant de ce qu'il appelle l'organicisme mitigé, cet excellent maître a dit : « Une phlébite se déclare, du pus se forme; une fois » dans les vaisseaux, il infecte toute l'économie, et de là une affec- » tion — on ne dit pas générale — mais généralisée. Déjà les chi- » rurgiens avaient émis cette idée-là. Je parle des chirurgiens » organiciens et localisateurs. Or, il s'agit de savoir, avant tout, si » le pus est absorbable. Des micrographes très pertinents le nient. » Qu'il y ait des éléments absorbables dans le pus, on ne le nie » pas, le pus contenant des éléments séreux; mais c'est du pus » en nature qu'il s'agit. — Au surplus, en admettant cette dernière » absorption, cela n'expliquerait pas les collections énormes que » l'on trouve dans certains cas. Ainsi une plaie du diploé qui ne » fournit par jour que la valeur d'un dé à coudre de pus, peut être » suivie d'infection purulente, et au bout de deux jours on trouve » loin de là, dans les autres organes, des collections contenant » quatre ou cinq litres de pus. L'absorption n'est donc pas la cause » de ces accidents, et il faut les chercher ailleurs. » *(Union méd.*, numéro du 23 mars 1858.)

Et l'orateur admet que cette cause est dans la spécificité de la maladie, la fièvre puerpérale étant pour lui « une maladie spéci- » fique, mais une maladie spécifique qui frappe également les » individus qui ne sont pas dans des conditions de puerpéralité. »

A cela je n'éprouve nul embarras pour répondre. D'abord qu'il me permette de lui faire remarquer que, dans la doctrine de la phlébite que je soutiens, il ne s'agit nullement de la résorption du pus par voie d'absorption, comme on l'admettait autrefois. Il importe donc fort peu, ici, que les micrographes nient ou acceptent cette absorption, il importe fort peu qu'elle soit possible ou non en thèse générale. La doctrine de la phlébite admet le mélange direct du pus avec le sang. C'est même, en quelque sorte, à propos de l'impossibilité et de l'inanité de la doctrine de l'absorption, dans la majeure partie des exemples, que sont nées les recherches qui ont conduit à établir le rôle de la phlébite. Ce mélange direct du pus avec le sang est attesté par des faits nombreux, parmi lesquels on connaît l'exemple cité par M. le professeur Velpeau *(Note sur quelques observations recueillies à la Clinique, — Archives gén. de méd.*, 1827, tome XIV, pag. 502 et suiv.) J'ai rencontré ce mélange dans les autopsies que j'ai faites. La première de ces *Lettres* fait même mention d'une observation dans laquelle la veine cave inférieure contenait une collection de pus liquide du volume d'une forte noix, sans caillot qui l'isolât du sang que renfermait la veine. M. Tarnier a rencontré un fait analogue (thèse, page 37); je crois seulement qu'il a tort de voir là un *abcès métastatique* de la *veine cave*. Je ne m'explique même pas bien l'emploi de cette locution pour désigner une pareille lésion.

Dans les cas de phlébite, qui se terminent par les symptômes graves de l'infection, le pus se mélange donc directement au sang, et il n'est nullement besoin, par conséquent, pour établir l'infection, de démontrer l'absorption de tel ou tel des principes de ce liquide. C'est là un fait notoire, incontestable, peu contesté du reste, et que M. le professeur Bérard a prouvé mieux que personne dans son article si remarquable du *Dictionnaire de médecine* (tome XXVI, pages 473 et suivantes).

Maintenant, est-ce que ceux qui acceptent et soutiennent cette doctrine ont jamais voulu établir (ceux qui sont sérieux, j'entends) que les collections purulentes, souvent si vastes et si rapidement développées qu'on rencontre dans les cas d'infection, étaient formées par le pus émanant de la plaie primitive, et réuni dans un tel point pour constituer les collections que l'on observe? Non. On a soutenu et on soutient encore que le mélange du pus avec le sang infecte l'économie, de telle manière que le pus se forme dans divers points avec une extrême facilité. Le pus, dans ce cas, engendre le pus comme on a dit, et on en retrouve partout. Est-ce qu'alors le pus est « un ferment assimilant toute l'économie à lui- » même? » Oh! pour cela je l'ignore. Cela est possible, cela peut-être même est probable. Mais le mécanisme de l'action du pus sur l'économie est complétement inconnu, comme le sont presque tous les faits qui s'accomplissent au sein des organes. La seule chose que je constate, c'est que, dans ce cas, du moment que le pus se mêle au sang, des phénomènes généraux graves se manifestent, et qu'alors du pus se produit facilement et rapidement dans divers points de l'économie. Je ne vois pas qu'il y ait là à relever d'autre circonstance que le mélange du pus avec le sang. C'est là la seule influence spécifique qui puisse être invoquée pour la production des symptômes qui se manifestent et des collections purulentes qui se développent.

Continuons, car vous êtes assez bon n'est-ce pas, mon cher maître, pour me permettre de défendre mes opinions, même contre l'auteur du discours du 23 mars, qui, du reste, avec le talent qui lui est si ordinaire, a tout abordé, tout traité dans son improvisation, de telle sorte qu'on le trouve toujours, quelque point du sujet que l'on aborde.

« M. Beau, a dit cet éminent orateur, a eu le grand tort, à mes » yeux, de ne pas distinguer les accidents puerpéraux de la fièvre » puerpérale proprement dite et c'est un reproche que je pourrais » adresser à tous ou presque tous les médecins organiciens et » localisateurs. »

Que le reproche puisse être adressé à M. Beau, je le veux bien. Il a admis, en effet, pour une part, la fièvre puerpérale quand il a caractérisé la maladie du nom de pyro-phlegmasie. Mais il est difficile de demander cette distinction à ceux qui, comme moi (j'allais dire comme vous), nient l'existence de la fièvre puerpérale. Les accidents puerpéraux, dans la doctrine que je soutiens, sont le point de départ de la collection de symptômes dont on a fait les signes de la fièvre puerpérale, et dans lesquels je vois les signes de l'infection purulente.

« Dans une petite localité, continue l'orateur, en dehors de toute » influence épidémique, un chirurgien pratique, au sixième mois » de la grossesse, l'opération césarienne; une péritonite épou- » vantable se déclare et la femme succombe. Une manœuvre mal- » habile et brutale déchire, pendant l'accouchement, le col de » l'utérus, ébranle l'organe outre mesure, et contusionne une » grande partie du vagin; de là une métro-péritonite grave ou » une phlébite utérine, des abcès dans les ligaments larges, etc., » qui emportent la nouvelle accouchée. Voilà certainement des » accidents très graves et qui tuent les malades tout aussi bien » que la fièvre puerpérale; mais, bien qu'ils donnent lieu à beau- » coup de phénomènes, semblables, bien qu'ils déterminent des » lésions identiques, dira-t-on qu'ils appartiennent à la même » forme morbide, les fera-t-on dériver de la même genèse patho- » logique, en rattachera-t-on le développement à la même cause? »

Il y a, dans ce paragraphe, bien des choses diverses et qui se lient peu entre elles. D'abord l'influence d'une opération césarienne sur le développement d'une péritonite sur-aiguë ne me paraît pas rentrer dans la présente discussion. C'est une péritonite traumatique que l'on voit se produire dans ce cas, comme celle que l'on peut observer lors de l'opération de la hernie ou dans toute autre circonstance amenant une plaie du péritoine, surtout si cette circonstance, joint au fait de la plaie la nécessité de manœuvres portant sur la séreuse, et l'exposition un peu prolongée au contact de l'air, comme dans l'opération césarienne. C'est donc simplement une péritonite qui se produit dans ce cas par un mécanisme purement phlegmasique. La seule circonstance puerpérale, c'est que la plaie est faite pour extraire le fœtus; mais c'est à une circonstance qui, dans un tel exemple, doit être de toute nécessité rejetée sur les derniers plans, si je puis m'exprimer ainsi, et on ne saurait rattacher à l'influence puerpérale la péritonite épouvantable, laquelle tue à titre de péritonite, et nullement à titre d'accident des couches.

Jamais je n'ai nié les faits de cette nature. Loin de les

nier, j'insisterais plutôt sur eux pour faire remarquer qu'on les a réellement travestis en les faisant rentrer dans la fièvre puerpérale, par cela seul que l'utérus était en jeu à un titre quelconque. Qu'on y prenne bien garde, il n'y a rien là qui puisse faire doute; les symptômes sont uniquement ceux de la péritonite et non pas ceux qui ont été assignés à la prétendue fièvre puerpérale. Ces derniers ne se produiront pas dans des cas semblables si rien n'a lieu du côté de l'utérus à titre de grave complication. Je me suis déjà expliqué sur ce point quand j'ai examiné les deux faits présentés par M. Tarnier et celui qu'a rapporté sommairement M. Depaul. Les auteurs qui ont considéré toute maladie, quelle qu'elle soit, comme une fièvre puerpérale, par cela seul qu'elle se développe chez une femme en couche, ont pu seuls voir des fièvres puerpérales dans ces exemples. Ce sont de simples péritonites, et je ne crois pas possible, en saine pathologie, d'y voir autre chose. Ce qui a pu faire confusion pour plusieurs personnes regardant ces exemples en gros, pour ainsi dire, c'est que les symptômes péritonéaux se manifestent chez un certain nombre de femmes en couche déjà atteintes des phénomènes graves que nous étudions, dans les cas où la phlegmasie péritonéale, d'abord locale, se propage par une sorte d'éclat et qu'il y a alors mélange des symptômes propres à chacun de ces deux groupes pathologiques. Mais une analyse exacte des symptômes ne permet pas une telle confusion et vous avez dû pouvoir, dans ces cas complexes, démêler, comme cela m'est arrivé plusieurs fois, les signes appartenant à la complication lorsqu'elle parlait suffisamment, et ceux qui, appartenant à l'infection, constituent, pour ainsi dire, le fond de la maladie que j'étudie ici.

Dans ce premier exemple, cité par notre auteur, il n'y a donc rien qui se rattache réellement à la question que nous examinons. Il ne s'agit que d'une péritonite traumatique. Vient maintenant la seconde catégorie de faits, une manœuvre malhabile ayant produit des déchirures, des contusions, etc. La métro-péritonite et tous les autres accidents graves mentionnés comme conséquences, tuent, en effet, les malades aussi bien que la prétendue fièvre puerpérale. Toutefois, observez bien qu'il ne s'agit pas seulement de savoir s'ils tuent aussi bien, mais de décider s'ils tuent de la même manière et, permettez-moi la locution, s'ils tuent par le même mécanisme; c'est là, en effet, que gît toute la question, c'est là ce qui décide l'observation. Et, en vérité, je ne sais pas ce qu'on pourrait reprocher à quelqu'un qui, voyant ces plaies et ces contusions, suites de violence, donner lieu à des phénomènes semblables et déterminer des lésions identiques à ce qu'on trouve chez les femmes atteintes de la prétendue fièvre puerpérale, irait conclure qu'il a affaire, dans l'un et dans l'autre cas, à la même maladie. On pourrait lui crier à l'organicien, au localisateur, comme on criait jadis au loup; mais comment lui faire un crime de trouver semblable ce qui est identique. Je n'en aurais pas le courage, pour ma part, dussé-je partager sa disgrâce, et me voir même traiter avec la superbe que le Dalaï-Lama de la médecine étiologique a mise à morigéner mon ami Cazeaux.

Une remarque m'a surtout frappé depuis que j'étudie cette question, et particulièrement depuis que je résume les faits sous vos yeux, c'est que dans tous les écrits, dans toutes les conversations, dans la discussion académique et même dans le discours de l'orateur auquel je m'efforce ici de répondre, on perd beaucoup trop complètement de vue, à mon sens, comme j'avais l'honneur de vous le dire dans une conversation récente, les exemples de l'affection dont il s'agit, développée à l'état sporadique, et il semble que la maladie ne se produise jamais qu'à l'état endémique. M. Cazeaux seul a insisté sur ce point pour faire remarquer très judicieusement qu'on a eu le tort, quand on a cherché à assigner un rang en nosologie à la fièvre puerpérale, de ne l'étudier que sous la forme épidémique, forme toujours plus complexe pour l'esprit de l'observateur. Or, que s'est-il passé dans les cas sporadiques que j'ai pu observer, comme dans ceux auxquels M. Cazeaux a fait allusion? Exactement la même chose que ce que je rencontrais lorsque les cas étaient plus multipliés. J'ai trouvé la même succession de phénomènes : gonflement et douleur sur l'une ou l'autre annexes, quelquefois des deux côtés en même temps, mouvement fébrile, collections de symptômes généraux inflammatoires, et à un moment, frisson violent et développement de l'état typhoïde avec ou sans mélange de phénomènes ataxo-adynamiques. Dans les cas multipliés, dira-t-on, la gravité est plus grande, la manifestation des phénomènes généraux thyphoïde est plus rapide. D'accord. Mais les caractères nosologiques ne sont pas différents pour cela. Cela ne change rien à la délimitation de la maladie; c'est une circonstance *étiologique* qui modifie le pronostic et la marche de l'affection, mais qui ne modifie pas les caractères fondamentaux symptomatologiques ou nécroscopiques, de façon à en faire une *espèce* nosologique à part, différente de la maladie sporadique; tout au plus pourrait-on voir là une *variété* d'une même espèce. Du reste, en est-il autrement dans d'autres circonstances où le doute n'est plus possible. Voyons les faits :

« Un homme se fait pratiquer une saignée de précaution. Cet » homme jouit de toute la plénitude de sa santé; il occupe une » habitation saine; il commet l'imprudence de faire usage de son » bras avant la cicatrisation de la veine; celle-ci s'enflamme, » sécrète du pus que le sang entraîne et qui se mêle avec lui. Cet » homme offre bientôt les symptômes graves de l'affection puru- » lente, suite de la phlébite. » (Bérard, *loc. cit.*)

Voilà un fait simple, facile à étudier, et il éclaire sensiblement sur la valeur et sur l'origine des accidents éprouvés par les opérés et par les blessés réunis dans un hôpital, quand on voit que, dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes, et « qu'à l'ouverture » des cadavres, les lésions seront au fond les mêmes dans les deux » cas. Quel est donc le lien commun entre ces deux affections » survenues dans des conditions hygiéniques si différentes? Ce » lien, c'est la phlébite, c'est elle qui constitue l'identité entre les » deux cas. Comment, d'ailleurs, pourrait-on expliquer autre- » ment l'apparition des symptômes d'infection purulente chez » l'homme qui s'est fait pratiquer une saignée de précaution? » Dira-t-on que, chez cet individu, il s'est développé tout à coup, » au sein de la plus brillante santé, une *fièvre purulente* qui a » causé la phlébite, la suppuration dans la veine et les abcès » métastatiques? Une semblable hypothèse serait une absur- » dité. » (Bérard, *ibid.*)

Or, cette similitude complète des accidents sporadiques et des accidents plus généralisés par l'épidémie, exprimée par M. le professeur Bérard avec toute la netteté de son esprit limpide et rigoureux, s'applique parfaitement aux faits qui nous occupent ici. Comme chez les blessés, chez les femmes en couches devenues malades sporadiquement, et chez celles qui, l'étant en plus grand nombre, révèlent une influence épidémique, les symptômes et les lésions ne varient pas au fond. Il y a bien une influence qui généralise la maladie et qui fait que les veines sont atteintes d'inflammation à un moment donné chez un plus grand nombre de femmes, qui fait que, de même aussi à un moment donné, la terminaison par infection purulente devient plus fréquente. Cela est très réel, personne ne le nie, car les faits sont là pour le prouver; cela est. Nul ne peut refuser de l'accepter, comme nul ne peut refuser de reconnaître qu'à un moment donné près tous les blessés dans les salles de chirurgie sont frappés d'accidents de phlébite terminée très facilement par infection purulente. Mais c'est là une circonstance purement étiologique et cela ne fait rien à la doctrine que l'on doit admettre sur la maladie. Cela ne change pas les caractères qu'elle présente à l'état sporadique, d'une façon assez radicale pour faire des cas épidémiques une affection différente. Maintenant est-il possible de faire de cette influence la maladie spécifique elle-même en quelque sorte? Peut-on admettre et rapporter à la maladie des femmes en couches tout ce qu'a dit l'orateur du 23 mars, sur les virus et sur la spécificité? Vous m'autoriserez, n'est-ce pas, à examiner tous ces points en toute liberté. Seulement, je suis obligé de renvoyer cette partie de la discussion à une autre *Lettre*, car celle-ci est déjà bien longue.

Croyez bien, cher maître, à l'affection sincère et au respect sans bornes de

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

REVUE CRITIQUE.

DE LA TRANSMISSIBILITÉ ET DE L'IMPORTABILITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE (1).

II.

§ V. — LIMITES DE LA FIÈVRE JAUNE SUIVANT L'ALTITUDE.

Si les documents que nous avons sous les yeux étendent les limites géographiques de la fièvre jaune, dans les deux hémisphères, sur l'ancien comme sur le nouveau continent; s'ils font sérieusement craindre que les foyers infectants des navires puissent, sous des conditions favorables, donner à cette maladie, restée jusqu'ici locale et épidémique, des caractères d'endémicité et d'ubiquité, ils s'accordent cependant pour assigner à certains lieux une immunité à peu près incontestée, même dans le voisinage d'un foyer d'infection; ces points privilégiés du globe, ce sont les localités élevées au-dessus du niveau de la mer. Comme la malaria, la fièvre jaune est une affection des contrées basses; elle ne s'est pas encore développée spontanément dans les habitations des montagnes. Le peu d'élévation du sol au-dessus de la mer paraît même être pour le docteur Kirsch (2) une des conditions pathogéniques dont il faille le plus tenir compte. D'ailleurs, Blair, dans la Guyane anglaise (3), et Lallemant, au Brésil, ont tout récemment encore constaté l'exactitude de ce fait. « Quand le sol s'élève rapidement, dit Lallemant, quand un terrain montagneux se présente, la fièvre jaune, suivant une observation générale, se trouve arrêtée comme par une barrière infranchissable; et l'épidémie ne la franchit pas en effet. Des individus isolés, qui ont séjourné au milieu d'un foyer, peuvent bien emporter le germe avec eux, en s'élevant de la plaine à des hauteurs variables, et même à une grande distance du lieu infecté, où ils sont le plus souvent attaqués avec plus de violence qu'ils ne le seraient dans la localité même de l'épidémie; cependant, à ces hauteurs, la *fièvre jaune ne s'étend jamais aux masses*. » Et l'auteur cite des faits nombreux, observés à Rio-Janeiro et dans tout le Brésil, qui viennent à l'appui de cette proposition. La même chose s'est reproduite au Pérou. Smith (4), qui a vécu dans ce pays, a remarqué, pendant la durée de l'épidémie de Lima (de 1852 à 1854), qu'un grand nombre d'habitants des vallées et des versants de la Cordillière des Andes, qui ont contracté la fièvre jaune dans cette capitale, sont morts en route déjà en retournant chez eux, ou bien la maladie ne s'est déclarée que quand ils étaient déjà arrivés dans leur foyer, et cependant l'épidémie n'a jamais été propagée sur la hauteur de ces montagnes. M. Suquet parait avoir également constaté, dans la dernière épidémie de Lisbonne, que la fièvre jaune sévissait surtout dans les quartiers bas et humides de la ville; il a même dressé une échelle indiquant, dans le sens de l'altitude, la diminution progressive du fléau, à mesure qu'on s'élève au-dessus du niveau de la mer. Il n'y a plus aucun doute pour les médecins sanitaires que l'Allemagne et l'Angleterre possèdent dans leurs stations américaines, que des personnes qui ont vécu au milieu d'un foyer épidémique peuvent porter le germe avec eux à des hauteurs plus ou moins considérables, et y mourir même de la fièvre jaune, sans propager pour cela la maladie parmi les populations montagnardes. La limite supérieure à laquelle s'élève la fièvre jaune ne peut encore être précisée; elle varie depuis 500 jusqu'à 3,000 pieds. L'observateur consciencieux La Roche dit que Mexico représente, pour lui, la hauteur extrême à laquelle cette maladie peut s'étendre; et, d'après une note de Tschudi (1), l'épidémie qui a régné à Gayaquil, en 1842, a été transportée de là dans des villages situés à 8 et 9,000 pieds au-dessus du niveau de la mer; elle y aurait même sévi avec la plus grande intensité. Dans l'épidémie des États-Unis, en 1853, des localités élevées, des villages que Drake avait désignés comme des refuges assurés conere le fléau, ont été fort maltraités.

En présence de pareils faits exceptionnels, il est vrai jusqu'ici, il faut évidemment que la condition d'altitude ne soit pas à elle seule une condition d'immunité pour la fièvre jaune; des recherches ultérieures nous apprendront sans doute, que la constitution du sol joue également un rôle très sérieux dans le développement de cette maladie, comme dans toutes les affections miasmatiques. Les autorités les plus respectables, Lallemant, Blair, Smith, etc., notent parmi les causes efficientes de cette épidémie, l'intervention d'effluves putrides provenant de détritus organiques au milieu d'un sol humide imbibé d'eaux stagnantes. C'est précisément en s'appuyant sur ces considérations étiologiques que certains auteurs ont été conduits à placer la fièvre jaune parmi les fièvres à quinquina, et à en former une espèce de fièvre pernicieuse hémorrhagique. Mais, avant de porter un jugement quelconque, il convient d'apprécier tous les éléments de la question; poursuivons.

§ 6. — DES CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES NÉCESSAIRES AU DÉVELOPPEMENT DE LA FIÈVRE JAUNE.

La fièvre jaune est une maladie des pays chauds, mais elle ne se montre pas immédiatement dans toutes les conditions de la température élevée. Il paraît cependant, et les auteurs sont unanimes à cet égard, que cette maladie ne s'est encore jamais rencontrée avec une température inférieure à 21 ou 20° centig. (17-18° R.; 68° F.). Cela explique déjà pourquoi les épidémies de fièvre jaune ne sévissent pas dans les parties élevées d'une localité infectée et pourquoi le degré d'altitude exerce une influence si évidente dans la pathogénie de cette affection.

On a remarqué d'ailleurs que ce n'est qu'après une certaine durée de temps chauds, la température étant restée uniforme entre 26 et 27° R., que la fièvre jaune est apparue dans les localités qu'elle avait déjà visitées auparavant; même dans les États-Unis de l'Amérique ce n'est qu'à la fin des étés brûlants que se montrent ces épidémies, jamais au commencement de la chaleur. Dans la dernière épidémie du Brésil, à Rio-Janeiro, le fléau ne se déclara qu'à la fin de la saison chaude, et il était dans sa plus grande intensité au moment où se montraient déjà quelques fraîcheurs; il y a duré cependant tout le temps de la saison froide et ne s'est éteint complètement qu'avec le retour de la chaleur, en septembre et octobre. Nous faisons des vœux pour que la réapparition de la terrible maladie dans cette même ville n'ait pas la ténacité, ni l'intensité de l'invasion précédente. Toutefois, le vapeur *Tyne*, qui vient d'apporter la triste nouvelle en Europe, n'a pas perdu moins de neuf passagers pendant la traversée.

Dans la Guyane anglaise, où Blair a observé la marche de l'épidémie de 1851-52, il a régné pendant l'été de cette année, une température plus basse que pendant les six années précédentes. Au moment de l'invasion de la maladie, à Georgetown, le 13 janvier, la température a même été inférieure à 20° R. (67.7° F. — 19°.80 cent.); on croyait jusqu'alors, bien à tort certainement, que l'épidémie ne pouvait pas exister à moins d'une température de 70° F. Les mêmes phénomènes avaient été constatés par ce savant médecin anglais à Cayenne, en 1850, et à Surinam, en 1851. Du reste, que de contrées intertropicales où les chaleurs sont plus intenses et plus persistantes, et où cependant il ne s'est encore jamais montré de fièvre jaune! De plus, la température est à peu près la même chaque année, dans les mêmes localités, sans que, pour cela, cette épidémie revienne avec le même retour des chaleurs.

Mais il est incontestable que les brusques changements de température qui se font dans l'atmosphère agissent sur la marche et sur l'intensité de la fièvre jaune. Blair a constaté, pendant l'épidémie de la Guyane, qu'une température froide et sèche diminuait sensiblement la proportion des malades, tandis que le retour d'une chaleur humide l'augmentait aussitôt. Le froid continu, l'hiver a, partout et quelles que fussent d'ailleurs les autres conditions, suspendu les ravages de l'épidémie. Lallemant, le savant médecin sanitaire de la station allemande à Rio-Janeiro, soutient que la fièvre jaune est endémique au Brésil, depuis que le germe de la maladie y a été importé en 1849; que les saisons froides suffisent pour suspendre le fléau pendant une ou plusieurs années; mais que, des conditions favorables de chaleur et d'humidité se développant, de nouvelles invasions apparaissent, comme cela est malheureusement arrivé pendant la dernière période décennale, et comme cela arrive en ce moment même. Le docteur Smith, qui a fait connaître le mode d'apparition de la fièvre jaune au Pérou en 1852, ainsi que nous le rappellerons plus loin, a vu cette maladie s'éteindre complétement pendant la saison froide, pour revenir, à Callao et à Lima avec les chaleurs de l'année 1853, se suspendre de nouveau, au retour du froid, et reparaître en 1854 pendant la saison chaude.

Parmi les autres conditions météorologiques non moins importantes, il faut rappeler l'existence, la direction et la nature des vents. De même que, pour les affections paludéennes, le calme de l'air, tendant à exagérer encore sa température, du moins à rendre celle-ci plus pénible, plus lourde et plus insupportable, devient une circonstance favorable à l'explosion ou à l'aggravation de la fièvre jaune. Au Brésil, l'invasion de 1850 a été précédée, suivant les observations de Lallemant, par la suppression, à peu près complète, des vents du Nord-Ouest et du Sud-Est qui règnent sur les côtes de cet Empire et qui tempèrent la chaleur. Avec l'absence des vents coïncide aussi l'absence des orages, et probablement que l'état électrique de l'atmosphère n'est pas sans exercer une influence sur l'apparition et la disparition des maladies qui s'étendent à des masses plus ou moins grandes de populations. Les médecins sanitaires sont appelés à jeter quelque clarté sur ces questions ainsi que sur celles qui sont liées à la nature et à la direction des vents par rapport aux épidémies.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 avril 1858.

(2) *Zur medicin geographie.* In Sch's Jahrb., t. 96, 1857.

(3) *Report on Yellow-fever epidemic of Brit. Guyana*, 1856.

(4) *Rise and progress of Yellow-fever in Peru*, 1855, et *On the climate of Peru*, 1856.

(1) *Caustt-Heusing Jahresb.*, 1846.

§ VII. — CONDITIONS DU SOL ET DES RACES PAR RAPPORT A LA FIÈVRE JAUNE.

La plus grande preuve qui existe en faveur de la nature miasmatique de la fièvre jaune, c'est le besoin de faire intervenir, parmi les conditions pathogéniques l'influence d'un terrain d'alluvion imprégné de matières organiques, surtout végétales, d'après Mühry, d'un sol qui ne laisse pas aisément filtrer les eaux, et qui repose, par des couches peu épaisses, sur de véritables bassins imperméables de terre glaise. Les épidémies qui désolent si souvent l'île de Cuba, et celles qui naissent sur des navires, prouvent cependant que la présence d'un sol marécageux n'est pas une condition absolument indispensable. Mais l'humidité et la chaleur ne suffisent-elles pas pour amener la décomposition des matières végétales et pour engendrer des effluves putrides? Point d'hypothèses, point de théories; *arrêtons-nous!* Des recherches ultérieures devront, avant tout, faire savoir jusqu'à quel point ce sont là des causes morbifiques.

Quant à la disposition particulière de certaines races, notamment de la race blanche, pour la fièvre jaune, et quant à cette croyance si généralement répandue dans les États de l'Union américaine, que plus la peau est foncée, moins est grande la disposition à la fièvre jaune, nous trouvons l'une de ces opinions aussi peu soutenable que l'autre. Il est singulier, quand on interroge les faits, de rencontrer si peu de logique dans leur appréciation. Que disent les documents authentiques des épidémies qui ont sévi en Europe et dans les localités des Indes-Occidentales? Partout le fléau a frappé indistinctement les habitants noirs et blancs qui vivaient dans les divers foyers; on cite encore les dernières épidémies des pays de l'Amérique du Sud (plus particulièrement celle du Brésil), dans lesquelles les nègres ont succombé en grand nombre; et sur les côtes occidentales de l'Afrique, les invasions subites de la fièvre jaune, dans ces dernières années, ont fait de grands ravages parmi la race nègre. Nous voyons bien aussi, à côté de ces faits, signalés ceux qui se rapportent aux nations européennes, et qui nous montrent celles-ci d'autant plus exposées aux chances de contracter la fièvre jaune, qu'elles sont plus fraîchement immigrées dans une contrée de l'Amérique, où cette maladie règne épidémiquement ou endémiquement.

Tous les auteurs qui ont consigné leurs observations propres disent que les émigrans, qui viennent des contrées chaudes de l'Europe dans les villes infectées du nouveau continent, sont moins exposés, toutes choses égales d'ailleurs, que ceux qui arrivent des contrées septentrionales, dans ces mêmes localités; que ceux qui comptent quelques années de séjour dans une localité où éclate une épidémie de fièvre jaune, sont beaucoup moins exposés que les étrangers qui y passent ou qui n'y sont que depuis peu de temps; tandis que ceux qui y ont passé quatre ou cinq ans ne sont pas plus exposés que les anciens habitants eux-mêmes. Que signifie tout cela, si ce n'est que la fièvre jaune, épidémie des pays chauds, atteint plus particulièrement les immigrants, en raison des difficultés qu'ils rencontrent à leur acclimatation. Il n'y a plus là une question de race, mais bien une question d'individu et de déplacement. Les documents nous apprennent même que le nègre, l'habitant d'un pays infecté par la fièvre jaune, perd son immunité si, après avoir été habiter une contrée plus septentrionale, il retourne dans son lieu natal. De plus, le docteur Blair n'a jamais constaté une immunité en présence d'une diathèse, d'une cachexie ou d'une autre affection quelconque. La jeunesse et l'âge viril y sont plus prédisposés que la vieillesse; le sexe masculin l'est également plus que le sexe féminin; mais ce sont surtout les soldats, les troupes de terre et de mer qui paient le plus large tribut à ce terrible fléau. Le même médecin anglais rappelle que les épidémies de la Guyane ont été signalées également par des épizooties qui ont porté plus particulièrement sur des animaux y arrivant de l'Europe, n'étant par conséquent pas encore acclimatés.

La question des récidives est restée au point où notre vénéré maître, M. Louis, l'a laissée en 1828; M. Griesinger (1) rapporte des chiffres de l'observateur français, qui n'a trouvé que 1 cas de récidive par 9,000 malades, et Mühry se contente d'en admettre la possibilité sans citer de faits.

Telles sont, en résumé, les influences sous lesquelles se développe et se propage la fièvre jaune; voyons maintenant quelle a été leur importance dans les épidémies les plus récentes.

(La suite prochainement.)

Dr B. SCHNEPP.

(1) *Haudb. der pathologie u. therapie*, par le professeur Virchow, t. II, première partie, 1857.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE.

SUR UNE ALTÉRATION DE LA VISION PARTICULIÈREMENT OBSERVÉE SUR DES MARINS; par le docteur H. TAYLOR. — Le docteur H. Taylor, de Liverpool, a eu fréquemment l'occasion d'observer sur des marins cette affection des yeux, qui consiste dans les phénomènes suivants: fatigue des yeux et de la tête, impossibilité de distinguer du bord les feux de terre, photopsie, mouches volantes, affaiblissement de la vision pour les objets distants ou rapprochés. L'auteur rapporte six observations qui offrent la plus grande similitude: ce sont des matelots qui, après un temps de navigation plus ou moins long, surtout dans les régions tropicales, après avoir passé de longues et fréquentes nuits à veiller *au bossoir*, pour éviter de se rencontrer avec d'autres navires, sont arrivés à un affaiblissement de la vision, qui les rend incapables de distinguer les *feux* de terre pendant la nuit, et de lire un caractère ordinaire d'impression sans l'aide de verres convexes. Pour le docteur Taylor, cette affection serait la perte de la faculté d'accommodation de l'œil, à laquelle il faut remédier par l'usage des verres convexes. — *(Liverpool med. chir. journal*, janvier 1858.)

J'ai observé moi-même bien des fois l'affection dont parle le docteur H. Taylor, sur les matelots et officiers des navires sur lesquels j'ai navigué pendant deux ans, sur tout le littoral de la Méditerranée. C'est l'amblyopie presbytique telle que l'a parfaitement décrite mon savant maître, le docteur Sichel. Elle se présente dans les circonstances et avec les caractères suivants: le régime et la nourriture du bord, l'air de la mer, l'usage des alcooliques et du tabac, voilà des causes permanentes d'excitation qui ont pour principal effet d'amener une constipation opiniâtre, de là une tendance à la congestion du sang à la tête: dans le jour, soleil ardent, brûlant, bien qu'il soit tamisé à travers la toile des tentes; chaleur étouffante, surtout sur les bâtiments en fer, en été, dans les parages de Malte, sur les côtes d'Algérie, de Tunis, d'Egypte, de Syrie et de Grèce; voilà encore une grande cause de congestion céphalique: ajoutez à cela le service de nuit, pour l'officier de quart, il a à veiller pendant quatre heures, et, tout ce temps, il est surtout dans un passage difficile, l'archipel grec, par exemple; il a sa lunette devant les yeux pour chercher à découvrir soit les navires, de crainte d'abordage, soit les atterrissages, s'il est un peu près de terre; pour les matelots, ils ont chacun une heure de *bossoir*, où, sans cesser d'un seul instant, ils doivent constamment veiller aux obstacles rapprochés ou distants qui peuvent entraver la marche du navire. Cette contention d'esprit et des yeux a encore pour conséquence la congestion du sang à la tête; dans cet état le malade éprouve des maux de tête souvent continuels, il a de la photopsie, des mouches, la vue est affaiblie aussi bien pour les objets rapprochés que pour les objets distants, souvent même il y a de la douleur intrà et circumorbitaire.

Quel est le traitement? Des lunettes à verres convexes, dit le docteur Taylor. Il est vrai que les matelots à qui il avait donné ce conseil ne l'ont pas suivi; un matelot en lunettes ne pourrait pas rester quinze jours à bord: il serait la risée de ses compagnons, et les officiers, ne pouvant avoir confiance en lui, le feraient bientôt rayer des *rôles* du bord. Voici le traitement que j'employais, d'après les indications données par M. Sichel: combattre la constipation, supprimer le quart de nuit, pendant lequel les yeux sont trop fatigués par des efforts de vision pendant toute une heure sans interruption, et surtout abstention de toutes espèces de lunettes, casquette à large visière au soleil. L'usage de verres convexes soulage momentanément la vision, mais bientôt les efforts d'adaptation de l'œil aux verres employés entretiennent et augmentent l'amblyopie en congestionnant l'œil et le cerveau: donc abstention totale de verres à numéros. — Tel est le traitement que j'ai employé, je m'en suis toujours très bien trouvé.

OPHTHALMIC HOSPITAL REPORTS, n° 1, octobre 1857. — Un journal d'ophthalmologie vient de paraître à Londres; c'est l'organe de l'*Hôpital ophthalmique*, vaste établissement qui reçoit chaque année plus de 12,000 malades; c'est un large champ d'étude, dans lequel on peut puiser de nombreux enseignements, surtout quand on passe en revue les noms des chirurgiens éminents qui apportent chacun leur tribut scientifique au nouveau journal, Bowman, Crischett, Poland, Dixon et autres sont des noms qui promettent beaucoup.

En effet, le premier numéro du journal renferme deux travaux fort intéressants, l'un sur le traitement de l'obstruction des voies lacrymales, et l'autre sur l'exophthalmos.

Après avoir passé en revue les méthodes les plus usitées pour le traitement des obstructions des voies lacrymales, après en avoir montré la fréquente inefficacité, M. BOWMAN expose d'une façon rapide et magistrale sa nouvelle méthode de traitement. « En présence de ces nombreux insuccès, et considérant avec quelle facilité et avec quelle innocuité on divise le point lacrymal inférieur pour remédier au larmoiement causé par la déviation de la paupière, je commençai, en 1851, à traiter *tous* les cas d'obstruction par la division du conduit lacrymal inférieur jusqu'à la caroncule, et, petit à petit, je suis arrivé à ne plus traiter un seul cas d'obstruction des voies lacrymales par l'ouverture du sac à la peau. En effet, j'ai trouvé qu'il est presque toujours possible de traiter ces obstructions mécaniquement à travers les conduits lacrymaux supérieur ou inférieur, en passant des stylets d'une grosseur convenable jusque dans le nez; de cette manière, je puis examiner l'état des voies lacrymales dans toute leur étendue et non plus seulement du canal nasal. Cette méthode a l'avantage d'éviter les inconvénients de l'ouverture de la peau, et de donner un orifice invisible et permanent, par lequel on peut toujours revenir au traitement s'il en est besoin.

» Le passage du stylet par un orifice cutané n'est pas toujours facile; de plus, il arrive fréquemment que l'on rencontre à l'entrée du canal nasal un obstacle difficile à surmonter. Le stylet introduit par ma méthode, entre derrière le tendon de l'orbiculaire et est, par conséquent, bien mieux placé pour atteindre l'orifice inférieur du sac; en outre, les stylets sont légèrement courbés à leur extrémité inférieure, tandis qu'ils sont droits dans le reste de leur étendue, et cylindriques partout. Le stylet droit et le stylet gauche ont une courbure différente pour suivre la direction du canal nasal. »

M. Bowman dit avoir retiré d'excellents effets de cette méthode, qui paraît d'ailleurs fort simple et ingénieuse.

Le second travail est celui de M. POLAND, sur les causes de l'*exophthalmos*. Intéressante communication, dans laquelle l'auteur s'exprime ainsi: « Pour l'observation clinique, on peut prendre les trois variétés suivantes de causes de l'exophthalmos: 1° une tumeur intrà-orbitaire; 2° une phlébite des veines du tissu cellulaire de l'orbite; 3° la congestion veineuse par compression d'un goître sur les gros vaisseaux du cou. »

Enfin, le numéro du journal est terminé par un compte-rendu trimestriel des opérations pratiquées à l'hôpital. Il est curieux de voir que, tandis qu'en France l'opération du strabisme est devenue rare, au seul *Ophthalmic Hospital* on en a pratiqué 98 en trois mois. Elles sont, dit-on, suivies de nombreux succès.

Dr A.-P. DOUMIC.

COURRIER.

Par arrêté, en date du 6 avril 1858, M. Houzé de l'Aulnoit, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie à ladite École, en remplacement de M. Fabre, décédé.

M. le docteur Joire, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Houzé de l'Aulnoit, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur C. Potain, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé chef de clinique de la Faculté, à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Bouillaud).

— Nous apprenons que, dans un sentiment de touchante sollicitude, M. Brachet n'a oublié ni la jeunesse de notre École, qui lui inspira toujours un vif intérêt, ni ses confrères malheureux, dont il fut plus d'une fois le généreux protecteur. Il a légué, à l'École de médecine de Lyon, sa bibliothèque médicale, qui est, comme on sait, d'une valeur considérable, et il a donné à l'Association des médecins du Rhône, sa campagne de Fourvière et une dotation importante, pour fonder une maison de retraite destinée à des médecins pauvres et devenus, par l'âge ou les infirmités, incapables d'exercer leur profession.

Nous n'avons rien à ajouter à ces faits, qui honorent assez d'eux-mêmes la mémoire de notre regretté confrère, et nous laissons à son panégyriste le soin de les apprécier dignement.

— A Bruxelles, la mort vient de nous enlever, à peu de jours de distance, dit la *Presse médicale belge*, M. le docteur Pierrard, médecin de la Chambre, et M. le docteur Dupont, ancien élève des hôpitaux de Bruxelles et praticien fort distingué.

— Le conseil supérieur de santé militaire du Piémont a publié récemment un nouveau programme de concours *sur l'alimentation du soldat*. Les médecins militaires sardes sont seuls admis à concourir.

— Le prince Alexandre Torlonia va, assure-t-on, fonder à ses frais une chaire de médecine mentale à l'Université de Rome. Il demande seulement que le docteur Monti, directeur de l'hospice d'aliénés d'Ancône, en soit le premier titulaire.

— M. Cl. Bernard commencera le semestre d'été de son cours au Collége de France, le mercredi 21, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, le mardi 20 avril, à 4 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 47. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Bouillaud, qui a occupé seul la tribune, a fait bier un des meilleurs discours qu'il ait jamais faits, lui qui est habitué à en prononcer d'excellents. Ce savant professeur a pour nous un grand mérite, celui de la netteté et de la franchise des opinions. C'est aussi un critique redoutable, il l'a bien prouvé hier, et son discours n'a été qu'un long et vif examen, quelquefois éloquent, toujours spirituel, des discours partis du camp des essentialistes. M. Bouillaud s'est hardiment placé sur le terrain des localisateurs où M. Béhier, dans ce journal, a planté son drapeau d'une main si ferme. Cependant, vers la fin de son discours, et comme pour donner raison à nos réflexions de l'autre jour, l'honorable orateur a semblé faire quelques concessions aux essentialistes en reconnaissant : 1° que l'état puerpéral dominait la pathologie de la femme en couches ; 2° que le sang était profondément altéré dans la fièvre puerpérale ; 3° qu'il était rarement possible d'appliquer à temps le traitement antiphlogistique à cette phlegmasie métro-péritonéale. A l'air de satisfaction avec lequel ces concessions ont été accueillies par quelques essentialistes, on a pu voir qu'ils les jugeaient considérables. M. Bouillaud s'apercevra bientôt que la fin de son discours sera la seule partie dont on se souviendra sur certains bancs.

Qu'on nous permette une remarque — et nous nous hâtons de dire qu'elle n'a rien de malveillant dans notre pensée pour qui que ce soit — les essentialistes de la fièvre puerpérale sont presque exclusivement représentés par les médecins et les chirurgiens de la Maternité. Par contre, les localisateurs sont à peu près tous des médecins et des chirurgiens des hôpitaux généraux. Un accoucheur très distingué, le seul qui, jusqu'ici, dans l'Académie, se soit rangé du parti des localisateurs, n'a pas passé, que nous sachions, par la Maternité. Cette remarque est singulière, et nous voudrions bien qu'on nous donnât le pourquoi de ce fait. Nous nous nous bornons à l'indiquer, dans le secret désir de provoquer une réponse.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA VACCINE, DE LA REVACCINATION ET DE L'INOCULATION.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 13 avril.)

S'il arrivait qu'un jour on fût assez heureux pour trouver des prophylactiques de la rougeole et de la scarlatine comme on a trouvé, dans la vaccine, le prophylactique de la variole, il viendrait peut-être des gens qui chercheraient à démontrer, à leur tour, que la scarlatine, que la rougeole étaient des maladies nécessaires, et qu'en les empêchant, on a occasionné le développement de maladies nouvelles. Ces gens là ne seraient pas plus mal fondés que ne le sont ceux qui voient dans la variole une maladie nécessaire.

Conséquents avec eux-mêmes, ceux-ci seraient conduits à conclure que, dans leur manière de voir, plus la variole est grave, plus l'éruption est abondante, plus l'économie se trouve à l'abri des maladies dont la variole doit empêcher le développement, ils arrivent donc à cette singulière conclusion que mieux vaut avoir une variole confluente qu'une variole discrète.

Le procès de la vaccine est donc vidé, avant d'avoir été sérieusement entamé, en faveur du prophylactique de la variole. Et la découverte de Jenner restera l'un des plus grands bienfaits de la médecine.

Le seul défaut qu'on puisse reprocher à la vaccine, c'est d'être, aujourd'hui, un prophylactique assez souvent infidèle, l'immunité qu'elle confère se perdant peu à peu, nous avons insisté sur ce fait, par suite de la dégénérescence du virus, et c'est pour cela que, me rangeant à l'opinion de Gregory, en principe, je préférerais de beaucoup à la vaccine l'INOCULATION VARIOLIQUE dont l'efficacité préservatrice est incontestablement la plus certaine, si cette inoculation pouvait être toujours pratiquée dans des conditions convenables.

Cette INOCULATION VARIOLIQUE, je l'ai plusieurs fois pratiquée, alors que, dans mes salles de l'Hôpital Necker, et dernièrement encore dans celles de l'Hôtel-Dieu, nous manquions de vaccin, et qu'une épidémie de variole pouvait nous faire craindre de voir celle-ci emporter nos jeunes enfants.

Mais, en pratiquant ces inoculations, j'ai toujours eu le soin, ceci est de la plus haute importance, de me placer dans les conditions où se plaçaient eux-mêmes les inoculateurs du dernier siècle ; je m'arrangeais de façon à donner la variole la plus bénigne qu'il fût possible de donner.

Un fait emprunté à la médecine vétérinaire m'avait frappé.

La clavelée du mouton est une maladie identique, dans ses allures, à la variole de l'homme ; quelque indentiques qu'elles soient, ces deux affections ne sont pourtant pas la même maladie, puisqu'en inoculant la variole aux moutons, on ne leur donne pas la clavelée, de même qu'en inoculant la clavelée à l'homme, on ne lui donne pas la variole : mais ces deux maladies ont une assez grande analogie pour qu'on puisse en tirer des conséquences pratiques.

Or, l'inoculation de la clavelée, la clavelisation des bêtes à laine, est une pratique généralement suivie, depuis le siècle dernier, lorsque la maladie commence à sévir, pour empêcher une épizootie ordinairement des plus meurtrières si l'art n'intervient pas. Pour obtenir une clavelisation des plus bénignes, un agriculteur de la Bessarabie, où cette inoculation de la clavelée se fait universellement, imagina le procédé suivant : Il choisit 100 moutons, les mit dans un parc séparé, puis il les inocula. Neuf à dix jours après, la clavelée s'était déclarée. Parmi ces animaux, l'inoculateur prit celui chez lequel la maladie était la plus bénigne, et 100 autres moutons furent inoculés avec le virus pris sur celui-ci ; il répéta pour une troisième série de 100 moutons ce qu'il avait fait pour la seconde, ayant toujours soin de choisir l'animal chez lequel la clavelée était la plus bénigne, et voici ce qu'il observa :

Des animaux de la première série, un assez grand nombre succombe ; le virus claveleux n'ayant encore rien perdu de son énergie, toutefois, la maladie fut moins meurtrière qu'elle ne l'eût été si elle se fût produite naturellement par les voies ordinaires de la contagion. Les animaux de la seconde série eurent une clavelée discrète, et aucun ne périt. Ceux de la troisième série eurent une éruption encore plus discrète et quelques-uns même ne présentèrent que la pustule d'inoculation.

On pensa donc que ce dernier résultat pourrait être obtenu constamment ; en continuant ces expériences, on obtint, en effet, cette clavelée préservatrice, conférant une immunité complète, et dont l'éruption se bornait à la pustule mère. L'inoculation d'une clavelée grave, faite sur des moutons ainsi préservés donna la preuve absolue de l'immunité qu'ils avaient acquise, car cette inoculation resta sans effet.

Ce fait m'avait frappé et je m'étais demandé, s'il n'en serait pas de la variole de l'homme comme il en était de la variole du mouton ; si, par des inoculations successives pratiquées suivant cette méthode, on n'arriverait pas à obtenir aussi une variole modifiée, au point de ne plus produire d'autre éruption que celle de la pustule d'inoculation.

Je tentai l'expérience à l'hôpital Necker, avec M. le docteur Delpech, alors mon interne, aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux et agrégé de la Faculté ; nous obtînmes chez quelques enfants le résultat désiré. La pustule mère, le maître bouton, la pustule d'inoculation se développa seule, entourée des petites pustules dont je vous ai parlé en décrivant celle-ci.

Si l'on pouvait arriver d'une manière constante à un aussi heureux résultat, l'inoculation devrait être la règle, car elle serait évidemment sans péril, et les avantages resteraient seuls, incontestables. Elle serait sans péril pour l'individu chez lequel on la pratiquerait, elle serait sans péril pour les autres. Et, en effet, cette variole sans accidents graves, sans éruption générale, ne serait peut-être pas autrement contagieuse que la vaccine. Malheureusement, il n'en est point ainsi.

Si, dans quelques cas, je suis arrivé à n'avoir que la pustule unique, dans d'autres, avec le même virus, j'ai eu des éruptions générales, et alors j'ai vu la variole se communiquer à des individus qui n'avaient point été inoculés. Dès lors, il ne m'a plus été permis de continuer ces expériences d'une manière générale, et j'ai dû réserver l'inoculation pour ces cas exceptionnels auxquels je faisais plus haut allusion, et dont je reparlerai. J'avais à craindre qu'en inoculant une variole, même bénigne, à un individu, je ne devinsse la cause de la mort de ceux qui, n'ayant été vaccinés ni inoculés, pourraient la prendre grave de celui auquel je l'avais donnée.

Ma conduite serait différente, si nous pouvions isoler les individus que nous inoculons. Aussi, bien qu'en principe, je le répète, l'inoculation variolique me semble de beaucoup préférable à la vaccine, c'est à celle-ci que j'ai recours, sauf dans les circonstances particulières dont je vais maintenant parler.

Cette année même, nous trouvant dépourvus de vaccin au milieu d'une épidémie de variole, ayant même dans nos salles de femmes un certain nombre de varioleux, j'inoculai la variole à plusieurs enfants pour les mettre à l'abri de la contagion dont il m'eût été impossible de mesurer les effets comme je pouvais mesurer ceux de l'inoculation.

Chez un enfant de 24 jours, allaité par sa mère, j'inoculai, par une piqûre au bras droit, le pus d'une pustule variolique pris au onzième jour de la maladie, chez une femme affectée de *varioloïde* assez discrète. Une première inoculation, pratiquée chez le même enfant, avec le pus d'une pustule de varioloïde excessivement discrète, n'avait produit, au troisième jour, aucun effet. Notre seconde tentative eut pour résultat de déterminer l'apparition au quatrième jour, d'une petite pustule ombiliquée qui suivit une marche régulière, et laissait à sa place, vingt-et-un jours après son éruption, une escarre assez profonde. Au onzième jour de l'inoculation, au septième de l'apparition de la pustule mère, l'enfant présenta une variole discrète, sans symptômes généraux graves, et dont l'éruption se dessécha, se corna au septième jour, troisième en date des premiers accidents prodromiques, tels que vomissements, diarrhée, qui s'étaient montrés au neuvième jour de l'inoculation. Le vingt-et-unième jour à dater de celle-ci, le petit malade était complètement rétabli, désormais à l'abri de la variole, et réfractaire même à la vaccine. Au dix-huitième jour, en effet, nous essayâmes en vain de lui inoculer celle-ci, et vingt-cinq jours plus tard, nous pûmes sans danger lui inoculer le pus d'une variole confluente, qui ne donna même pas lieu au développement d'une pustule d'inoculation.

Quelque heureux que fût le succès de cette tentative, je dus ne pas continuer l'expérience. Nous avions pu nous procurer du vaccin dans l'intervalle, et mon devoir était de renoncer à l'inoculation variolique.

Nous pûmes observer ici la marche suivie par l'inoculation, telle que nous en ont laissé le tableau les inoculateurs du siècle dernier.

Quant aux raisons qui m'avaient déterminé à agir, c'était celles que je vous ai données, c'est qu'en temps d'épidémie, on peut, à mon avis, pratiquer les inoculations pour sauvegarder les individus, car on n'a plus à craindre de propager une maladie dont le danger est partout.

S'il est des individus, en petit nombre à la vérité, ainsi prédisposés que, s'exposant mille fois à la contagion, ils n'en soient jamais touchés, s'il en est même auxquels la variole ne saurait être inoculée, il est plus général d'en voir d'autres, plus ou moins réfractaires à l'action du virus, chez lesquels la maladie reste plus ou moins longtemps silencieuse avant de se manifester.

Prenant toujours l'exemple que nous avons cité plus haut, en l'empruntant à la pathologie comparée, il arrive que, dans une bergerie de 500 moutons, la clavelée, après s'être déclarée chez l'un d'eux, met quelquefois plusieurs semaines, plusieurs mois avant de se produire chez tous ; c'est que, parmi ces animaux, il en était qui, dès le premier contact, et en vertu d'une disposition toute spéciale, avaient été infectés, tandis que, chez d'autres, il avait été besoin d'un contact plusieurs fois répété. De même pour la variole.

Lorsqu'elle régnait autrefois sous forme de grandes épidémies, frappant tous les individus d'une localité, d'un hospice, d'une caserne, d'une prison, on la voyait se manifester successivement, à des périodes différentes, chez les individus qui, cependant, avaient été soumis tous ensemble au premier contact. C'est qu'en effet, pour que la maladie se produise, non seulement il est besoin de la cause du germe morbifique, mais il est besoin encore que la constitution, que le terrain soit préparé à le recevoir, il est besoin d'une aptitude particulière de l'économie. Or, l'inoculation, en introduisant forcément le virus dans l'organisme, trouve l'individu dans des conditions favorables, en ce sens que le terrain n'est pas suffisamment préparé pour que le germe lève avec la même vigueur. De plus, avec l'inoculation, il nous est possible de choisir ce germe, et de prendre le virus dans les conditions les plus favorables de bénignité, car en le prenant sur un sujet atteint de va-

rioloïde discrète, nous avons les plus grandes chances de communiquer une variole des plus discrètes aussi, comme, dans ses expériences, l'agriculteur de Bessarabie était arrivé à donner à ses moutons une clavelée des plus légères.

En dernière analyse, l'inoculation, faite en temps d'épidémie, a pour résultats de préserver les individus de la variole grave; elle a pour résultat d'éteindre l'épidémie sur place. Si, dans quelques circonstances, l'inoculation d'une variole discrète a déterminé le développement d'une variole confluente, le fait est exceptionnel. Plus commun aux premiers temps de l'inoculation, il est devenu plus rare lorsque les inoculateurs ont eu la précaution de prendre le virus dans les conditions que j'ai indiquées. Et lorsqu'on lit les écrits, on reste convaincu que l'inoculation devenait presque aussi inoffensive que la vaccine. Celle-là, comme celle-ci, pouvait amener la mort, mais non par le fait de l'introduction d'un virus, non par le fait de la gravité des symptômes propres à la maladie qu'il déterminait, mais par des accidents intercurrents, tels qu'un érysipèle qui se dévcloppait autour de la plaie d'inoculation variolique et vaccinale, comme à l'occasion de toute autre plaie, amenait la mort en envahissant progressivement toute la surface du corps.

Les procédés à l'aide desquels on inoculait autrefois consistaient à insérer dans une petite plaie faite au bras, le pus variolique, dont on imprégnait un fil que l'on plaçait dans la petite incision. Kirckpatrick, dans son *Traité d'inoculation*, disait qu'il suffit de frotter la petite plaie avec un linge souillé de pus variolique pour arriver aux mêmes résultats. Il disait encore que ces fils imprégnés du virus, renfermés dans des boîtes bien closes, peuvent conserver leur vertu pendant plusieurs mois. Les Chinois, dit-on, gardaient ainsi, dans des boîtes de porcelaine bien bouchées avec de la cire, les croûtes de pustules varioliques à l'aide desquelles ils inoculaient en les introduisant dans les narines des individus.

Le procédé des inoculateurs de la fin du siècle dernier était beaucoup plus simple, plus expéditif et plus sûr. C'était celui que nous employons, et qui consiste à soulever l'épiderme avec la pointe de la lancette pour y porter le pus dont on l'a chargée.

Une piqûre est suffisante, et voici les symptômes locaux que l'on observe. Quelques jours après l'inoculation, on voit à la place où elle a été faite, un petit bouton rouge semblable à celui de la vaccine. Vers le 5me jour, ce bouton est devenu une vésicule acuminée, gardant quelquefois à son centre la trace de la piqûre, qui semble affaissée de manière à former une sorte d'ombilication. Le septième jour cette vésicule, devenue pustule, s'entoure d'une aréole légèrement rouge, elle s'aplatit, prend une teinte bleuâtre. Le lendemain, cette aréole inflammatoire augmente; elle augmente encore le neuvième et le dixième jour. Cependant la pustule s'élargit toujours, en se creusant davantage et prenant une teinte de plus en plus bleuâtre; ses bords sont inégaux, comme froncés; puis on voit apparaître sur l'aréole inflammatoire un nombre variable de petites pustules, quelquefois dix, quinze, vingt satellites de la pustules mère, et contenant d'abord de la sérosité limpide, et enfin du séro-pus. Alors aussi, les ganglions lymphatiques ont commencé à s'engorger, et le neuvième jour leur engorgement est à son apogée; il décroît, pour disparaître vers le quatorzième ou le quinzième jour. Ordinairement, vers le treizième et le quatorzième jour, la pustule d'inoculation est sèche, mais quelquefois au-dessous il s'est formé une escarre profonde, qui tombe après vingt, vingt-quatre, vingt-six et même trente jours, laissant après elle une cicatrice plus ou moins difforme. Le plus souvent il n'y a pas d'escarre, la croûte tombe, se reproduit, pour tomber de nouveau, se reproduit encore et donne lieu définitivement à une cicatrice plus large que celle laissée par la vaccine.

Au neuvième jour de l'inoculation, l'individu est pris de troubles généraux, mal de tête, douleurs lombaires, vomissements, tous les symptômes initiaux, en un mot, de la variole, puis apparaît, vers le onzième, le douzième ou le treizième jour, l'éruption variolique, ordinairement très peu confluente, marchant avec les allures de la variole, quelquefois avec celles de la varioloïde, les pustules se cornant vers le huitième, le dixième jour des accidents prodromiques; le neuvième jour, ainsi que nous l'avons observé chez l'enfant dont je vous ai rappelé l'histoire. En tous cas, l'individu jouit dès lors d'une immunité aussi complète que peut le conférer une première variole.

Dr L. BLONDEAU,
Chef de clinique.

REVUE CRITIQUE.

DE LA TRANSMISSIBILITÉ ET DE L'IMPORTABILITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE (1).

III.

§ VIII. — APPARITION DE LA FIÈVRE JAUNE DANS L'AMÉRIQUE MÉRIDIONALE.

Les médecins qui ont suivi l'évolution et la marche des épidémies de fièvre jaune, comme Lallemant au Brésil, pensent que l'apparition de ce fléau ne dépend pas seulement des conditions climatériques, météorologiques et telluriques que nous venons d'énumérer, mais encore d'une certaine disposition générale qui fait que telle ou telle contrée devient apte à s'imprégner d'un principe morbifique, ce qui se traduit, le plus souvent, par l'extension extraordinaire que prennent quelques-unes des maladies prédominantes; ainsi la *fièvre-Dandy, febris insolatoria* qui a précédé au Brésil l'invasion de la fièvre jaune de 1848, et au Pérou l'épidémie de 1852; ainsi également l'*influenza* qui, en 1851, a annoncé l'arrivée d'une pareille épidémie dans la Guyane. Il n'est pas jusqu'aux dispositions morales des populations qui ne soient à considérer dans les circonstances prédisposant au développement spontané de la fièvre jaune; et, sous ce rapport, la noble assurance que le jeune roi de Portugal a montrée pendant le cours de la dernière épidémie qui a sévi à Lisbonne, a contribué certes puissamment à restreindre le foyer du mal et à préserver un grand nombre de ses sujets.

C'est sous l'influence de toutes ces conditions que se montrent les épidémies de fièvre jaune, et que cette maladie se propage dans la limite que nos connaissances actuelles nous permettent de lui trouver. Les renseignements que le docteur Hirsch (1) a rassemblés sur les récentes invasions de la fièvre jaune dans la Guyane, au Brésil et au Pérou, de même que les détails que M. Dutrouleau (2), contagioniste et tant soit peu alarmiste, a communiqués à M. Boudin, sur la fièvre jaune des Antilles, concordent bien évidemment avec les causes pathogéniques que nous venons d'énumérer.

Jusqu'en l'année 1842, on n'avait pas constaté, d'une manière bien authentique, de cas de fièvre jaune dans l'Amérique méridionale, quoique cette maladie fût depuis longtemps reconnue endémique dans les Antilles et le golfe du Mexique. Le docteur Smith raconte ainsi l'apparition et l'extension de cette maladie sur la côte occidentale du nouveau continent : « Dans l'été de l'année 1842, deux étrangers arrivent de la Nouvelle-Orléans, où régnait alors la fièvre jaune, franchissent le détroit de Panama et s'embarquent sur le vaisseau la *Reine-Victoria*, en partance pour Guayaquil; ils sont pris d'une *fièvre pernicieuse* le jour de leur embarquement, et, huit jours après, ils sont morts. Plusieurs passagers succombent *à la même maladie*, pendant la traversée, d'autres arrivent malades dans le port de Guayaquil (en août), où la santé générale est bonne. Le bâtiment ayant besoin de *réparations*, on y fait venir des ouvriers de la ville. Peu après, ceux-ci tombent *malades* à leur tour et propagent par la ville *la maladie dont ils sont atteints*, et qui, disparaissant *pendant les saisons froides*, revient tous les ans, jusqu'en 1845, pendant les fortes chaleurs. » L'auteur de ce résumé ne s'aperçoit pas qu'il part d'une pétition de principe en faisant communiquer la fièvre jaune à l'équipage de la *Reine-Victoria* par deux étrangers, parce qu'ils venaient d'un foyer où, dit-il, régnait cette maladie. Il aurait fallu déterminer d'abord le genre de maladie dont étaient atteints ces deux passagers; ils sont morts d'une *fièvre pernicieuse*, dit-on; mais n'ont-ils pas contracté cette fièvre sur le vaisseau même qui était dans de bien fâcheuses conditions d'insalubrité, puisqu'il a fallu le réparer dès son entrée dans le port de Guayaquil. C'est donc ce vieux bâtiment qui, naviguant dans la zone équatoriale et pendant les plus fortes chaleurs de l'été, est devenu un foyer d'infection d'où les effluves putrides ont été propagées à la ville de Guayaquil; ici les émanations miasmatiques ont donné lieu à une véritable épidémie, qui a duré trois ans, pendant les saisons favorables seulement à la production de ces effluves. La fièvre jaune s'est évidemment développée sur le navire; est-ce sous l'influence d'un ferment? On ne le sait. Ce qu'il y a de certain, c'est que les conditions de climat, de saison, et de milieu suffisent parfaitement pour expliquer la formation de miasmes putrides sur le bâtiment. Il reste à savoir comment ces miasmes ont transmis ou propagé la cause d'infection dans le port de Guayaquil; quelles étaient les prédispositions locales et les circonstances extérieures concourant à l'importation d'un fléau inconnu jusqu'alors dans cette partie de l'Amérique.

Le docteur Lallemant qui, de Rio-Janeiro, assiste à l'invasion de la fièvre jaune dans les ports du Brésil, nous apprend, de son côté, que le 30 septembre 1849, le brick américain *Brazil*, venant de la Nouvelle-Orléans, en touchant à la Havane, entre dans le port de Bahia; que ce bâtiment a perdu en route deux hommes de son équipage, mais que, cachant ce fait, il n'est pas soumis à la quarantaine. Le 3 novembre, un médecin de la ville est appelé chez un Brésilien, garçon de boutique, qui meurt peu de jours après de fièvre jaune. Le capitaine du *Brazil avait été quelquefois dans cette boutique*, et quatre personnes qui avaient des relations avec ce capitaine, sont également mortes de la même fièvre. Le 18 novembre, les navires voisins du *Brazil* sont envahis par cette maladie, *puis la ville* et les environs mêmes; l'épidémie frappe, jusqu'à la fin de février, 223 personnes dont 72 succombent. Pendant que l'épidémie sévit à Bahia, un vaisseau français quitte ce port et se rend à Pernambuco, où il est reçu sans quarantaine, quoiqu'il ait aussi perdu deux hommes de son équipage dans le trajet. Les malades du navire sont portés à l'hôpital, où plusieurs autres personnes sont frappées de la même maladie; dans le port et dans la ville, le fléau fait de nombreuses victimes. Le conseil sanitaire de Bahia avait annoncé, à cette époque, à Pernambuco et à Rio-Janeiro, que la maladie qui y sévissait n'était qu'une fièvre ordinaire des pays tropicaux, *ayant une origine purement locale et n'étant nullement contagieuse*. Aussi des navires partis de Bahia sont reçus à Rio sans quarantaine à partir du 13 décembre de la même année. Dès le 28 de ce mois, le docteur Lallemant reçoit à la station de la *Santa-Caza de misericordia* deux marins atteints de fièvre jaune, *selon toute apparence*. Mais, en janvier, il observe quelques cas qui ne laissent plus de doute; et le 17 janvier, plusieurs navires du port et des quartiers de la ville envoient à l'hôpital des malades qui présentent les symptômes de la fièvre jaune. L'auteur décrit les phases que cette épidémie a parcourues dans tous les autres ports et jusque dans l'intérieur du Brésil, faisant remarquer une exception qui le préoccupe beaucoup, c'est l'innocuité de la ville de S. Luiz de Maranhao, située sur une île, et préservée, dit-il, rigoureusement par un cordon sanitaire. Le fléau, qui a emporté cette première fois plus de 4,000 personnes, a cessé de sévir pendant la saison froide; mais il a reparu depuis lors à deux reprises, et sans que cet observateur consciencieux *ait pu constater une importation quelconque*; ce qui lui a fait dire que la fièvre jaune est endémique au Brésil, et qu'elle s'y montre sous l'influence des conditions climatériques, météorologiques et antihygiéniques qui développent à mesure le principe infectieux.

Mais voyons cependant ce que signifient tous ces faits : le capitaine du *Brazil* aurait importé de la Nouvelle-Orléans à Bahia la fièvre jaune; on oublie de dire si cette fièvre régnait dans la première ville en ce moment et l'on ne parle pas *du tout de la maladie du capitaine*; du reste, on a observé des malades à Bahia que cinq semaines après l'arrivée du *Brazil* dans ce port. Il n'y a rien là qui puisse faire croire à une contagion ou infection d'individu à individu; d'ailleurs le conseil sanitaire de la localité le reconnaît et le déclare lui-même. Toutefois, avec l'arrivée de certains navires dans les ports du Brésil, semble coïncider l'apparition d'une fièvre jaune dans ces mêmes ports; et, précisément, une ville située dans la même latitude (différant peut-être des villes de la côte sous bien d'autres rapports), mais garantie par un cordon sanitaire reste indemne. Tout cela plaiderait en faveur d'une importation, si nous savions quelles ont été les conditions hygiéniques particulières à ce port et l'état des navires eux-mêmes qui ont le plus souffert.

Mais continuons cette analyse de faits et voyons comment le docteur Smith s'est maintenu sur les traces de cette épidémie dans son extension au Pérou et au Chili. On attribuait, à tort suivant cet auteur, l'invasion de la fièvre jaune au Pérou, dans l'été (janvier) de 1852, à une pauvre embarcation de Chinois malades dont l'arrivée à Callao coïncidait avec l'apparition de cette maladie; mais Smith a suivi les pérégrinations d'émigrants allemands qui ont quitté Rio-Janeiro, au moment où la fièvre jaune y sévissait, et qui, en route, ont perdu quelques-uns de leurs malades. A mesure que ces voyageurs gagnaient des zones plus froides, la maladie diminuait d'intensité, et, en arrivant au cap Horn, elle s'éteignit complétement; mais en longeant la côte occidentale de l'Amérique du Sud, en se portant vers l'équateur, le navire rentre dans des zones de plus en plus chaudes, et, dès lors, la fièvre jaune reparaît de nouveau parmi ses passagers. La mortalité est assez sensible au moment où le bâtiment arrive à Callao. Les émigrants sont transportés à Lima, où ils continuent à endurer la fièvre jaune; parmi *eux seuls se recrutent les victimes qui tombent sous ce fléau, pendant toute cette première année* 1852; *le reste de la population souffrait seulement d'un état général de malaise, d'indispositions particulières, mais ne comptait aucun cas de fièvre jaune*. Dès l'arrivée de la saison froide (fin juillet) l'épidémie s'éteint, et la ville jouit de nouveau d'un état sanitaire satisfaisant; en mars 1853 la fièvre reparaît, et cette fois-ci, parmi les habitants, comme parmi les étrangers; elle cesse encore d'exercer des ravages pendant la saison froide et reparaît de nouveau en 1854, avec le retour des chaleurs, sévissant non seulement à Lima et à Callao, mais s'étendant même à tous les ports du Pérou. Les ravages de cette terrible épidémie deviennent tellement considérables en 1855 et en 1856, que le pouvoir législatif, siégeant à Lima, est obligé de changer de résidence et de s'établir à Chorillo (on ne dit pas ce qui en advint dans cette ville); dans cette même année, l'épidémie s'étend à Valparaiso et même à Santiago (Chili).

Les contagionistes triomphent, rien ne semble plus favorable à leur cause que l'histoire de cette invasion de la fièvre jaune au Pérou et dans les ports de la côte occidentale de l'Amérique du Sud. Cependant, cette relation, en l'admettant comme parfaitement exacte et impartiale, n'est pas de nature à donner une conviction profonde à ceux qui, jusque-là, n'en avaient pas encore. Les émigrants allemands qui ont fait renoncer aux Chinois, ont été si peu contagieux à leur arrivée au Pérou, que leur présence à Callao et à Lima n'a produit parmi les habitants de ces villes aucun cas de fièvre jaune, pendant toute une année, quoiqu'ils perdissent des leurs dans une proportion sensible, sans doute en raison aussi de leur non-acclimatation. Nous citerons même volontiers ce fait très probant à l'appui de la non-contagion de la fièvre jaune d'un individu à un autre. De plus, l'épidémie qui avait éclaté sur le navire et qui s'est éteinte dans les mers australes, peut-elle être rapportée à une contagion quand elle reparaît sur le même navire, sans que ce bâtiment ait eu de rapports avec le continent ou un autre bâtiment? Il faut bien admettre, d'ailleurs, que toute cette côte de l'Amérique méridionale se trouvait dans les conditions les plus favorables à l'explosion d'une épidémie, puisque la fièvre janne se montre successivement dans tous les ports. Le docteur Smith nous laisse complétement ignorer par suite de quelles relations tout cela s'opéra. D'un autre côté, l'apparition du fléau sous certaines conditions de latitude, de température et d'hygiène, ce que malheureusement l'auteur passe sous silence, comme aussi sa disparition sous certaines autres conditions, tout cela ne suffit-il pas pour faire admettre une génération spontanée de miasmes putrides qui ont été la cause efficiente de ces invasions de la fièvre jaune, comme les effluves marécageux sont la cause des affections paludéennes?

Les faits observés par M. Dutroulau à la Martinique et à la Guadeloupe, où l'endémicité de la fièvre jaune n'est plus mise en doute par personne, ne peuvent rien nous apprendre sur le mode de propagation de cette maladie; l'auteur oublie trop l'influence des conditions locales, climatériques, etc., pour ne signaler qu'une seule circonstance : l'explosion de l'épidémie coïncidant avec la navigation libre entre ces îles. M. Pellarin, autre chirurgien de marine, déclare lui-même, dans son mémoire sur la fièvre jaune, qui s'est développée à bord de l'*Iphigénie*, en 1855, que « les *conditions au milieu desquelles l'épidémie a pris naissance ne lui sont pas assez particulièrement connues pour pouvoir les décrire avec exactitude* (1). » Il est de fait qu'au lieu de nous donner des documents, l'auteur cherche à établir des dogmes. Toutefois, dans une note additionnelle à ce mémoire (2), le docteur Pellarin finit par *admettre la propriété contagieuse de la fièvre jaune*, par ce fait qu'une des sœurs de l'hôpital du camp Jacob (Guadeloupe), situé à 545 mètres au-dessus du niveau de la mer, a été atteinte par la fièvre jaune, après avoir donné des soins à trois militaires qui ont successivement succombé à cette maladie. Mais cette sœur, nouvellement arrivée dans la colonie, n'était pas acclimatée, puis elle était descendue à la Basse-Terre, où régnait l'épidémie; enfin, le degré d'altitude auquel correspond le camp Jacob n'est pas une garantie absolue d'immunité, comme nous l'avons vu plus haut. Ce sont là bien évidemment les principales causes d'infection; elles permettent de comprendre également comment, parmi les malades et autres personnes qui entouraient ces trains militaires, il ne s'est pas produit d'autre fait *de contagion!* Donc conséquence forcée, si jamais il en fut, la *fièvre jaune n'est pas contagieuse*.

§ IX. — ÉTAT PRÉSENT ET AVENIR DE LA QUESTION.

Si les documents que le *College of Physicians* de Londres et le *Army medical Board* avaient à leur disposition, en 1852, ont permis à ces réunions de savants médecins de répondre à l'autorité supérieure qui les

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 8 et 20 avril 1858.

(1) *Sch's Jahrb.* T. 96, 1857.

(2) Voyez : *Traité de géographie et de statistique médicales*, par Boudin, t. II, page 499.

(1) *Gazette médicale*, n° 13, 1858.

(2) *Ibidem*, n° 14.

interrogeait à cet égard, que la fièvre jaune est une maladie *non contagieuse*, les faits postérieurs, et les plus récents, que nous avons tâché de rassembler et d'analyser sommairement, nous autorisent à déclarer qu'il n'existe aujourd'hui, dans les annales de la science, aucun cas de contagion d'individu à individu. Est-il nécessaire de rappeler que les courageuses expériences, faites autrefois par Chervin, Firth et autres, qui n'ont pas craint de boire du sang vomi par des malades atteints de fièvre jaune, n'ont donné lieu, dans aucun cas, à des phénomènes de contagion? D'un autre côté, cependant, la nature infectieuse de cette maladie ne fait pas l'objet d'un doute, et les conditions dans lesquelles sévissent les épidémies de fièvre jaune portent naturellement à faire quelque rapprochement entre elles et les fièvres paludéennes; mais, sans vouloir établir un diagnostic différentiel, nous dirons que celles-ci ne respectent aucune acclimatation, se montrent plutôt à l'intérieur des pays que sur les côtes, attaquent la rate le plus communément; tandis que la fièvre jaune envahit le foie, comme M. Louis l'a constaté, qu'elle se développe spontanément dans les ports de mer et sur les navires, sous l'influence de miasmes putrides, sans aucun doute, dont la nature intime est encore méconnue, et qui se propagent par les vents, de même que par les navires quand leur régénération est entretenue par des conditions favorables. C'est ce qui a permis aux commissions anglaises, rappelées plus haut, d'exprimer unanimement au gouvernement qui les consultait cette opinion que *la fièvre jaune est infectieuse et importable*, opinion que partagent aujourd'hui les plus grandes autorités scientifiques, et que justifient pleinement les faits précédemment rapportés.

Les trois employés du port de Brest qui, en 1856, ont contracté la fièvre jaune pendant leur séjour sur la corvette de marine la *Fortune*, mise en quarantaine parce qu'elle était infectée de cette maladie, ne l'ont communiquée à aucune personne de la ville, pas même à celles qui les entouraient ou qui les soignaient; eux-mêmes ne l'ont contractée qu'en travaillant sur le navire, foyer d'infection, tout comme ils auraient gagné une affection paludéenne au milieu d'effluves marécageux; et, à leur tour, ils n'ont pas été plus contagieux que s'ils avaient succombé à une forme pernicieuse de la malaria. Rien ne prouve mieux que ces faits l'existence de miasmes transmissibles dans un milieu favorable, mais indépendants des malades atteints de fièvre jaune; c'est ainsi que les fièvres intermittentes ne se gagnent pas au contact des individus qui en souffrent, mais bien dans le voisinage des émanations paludéennes.

Les conditions de transmissibilité et d'importabilité de la fièvre jaune, quoique signalées, ont besoin d'être précisées encore, en profitant des données que nous avons indiquées ci-dessus; elles montrent déjà cependant combien il est nécessaire de surveiller les relations commerciales, de préserver par des mesures quarantenaires les localités qui sont d'ailleurs aptes à être infectées, bienheureux si cette cruelle épidémie peut être écartée ainsi des ports de mer de l'Europe où elle a déjà fait des apparitions tristement célèbres. Mais, d'un autre côté, il est très consolant de penser qu'en maintenant hors d'une sphère d'action nuisible le bâtiment suspect, il est toujours possible de recueillir l'équipage, même les passagers atteints de fièvre jaune, sans exposer les habitants de la localité, sans engendrer parmi eux une épidémie. C'est là, sans contredit, le résultat le plus admirable que nous voyions découler de la constatation de la *non-contagion* de cette maladie (1). C'est un progrès réel qui en promet d'autres; pourvu, toutefois, que les observateurs qui sont placés dans les stations sanitaires, et qui ont la mission importante de recueillir des documents précis et circonstanciés sur les phénomènes qui précèdent, suivent et accompagnent les maladies épidémiques et endémiques, veuillent aussi, dorénavant, interroger le baromètre, le thermomètre et l'hygromètre, noter les influences climatériques, telluriques et hygiéniques, et, enfin, renoncer aux théories et aux idées préconçues pour n'enregistrer que des faits positifs et scientifiques. A ces conditions seules est lié le progrès.

Dr B. SCHNEPP.

(1) Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien, en face d'une maladie non contagieuse, l'inoculation d'un prétendu poison de vipère, comme moyen prophylactique de la fièvre jaune, était une véritable mystification, imaginée par un aventurier allemand qui a osé prendre le nom de de Humboldt.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur CHABANON, de l'arrondissement d'Uzès, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lacapelle-Masmolène, en 1857.

2° Le rapport de M. le docteur PEIRIAT, sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Champagne (Ardèche), en avril 1857.

3° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont sévi, en 1857, dans les départements des Deux-Sèvres, des Hautes-Alpes et du Gard. (Comm. des épidémies.)

4° Un mémoire descriptif et la recette d'un nouvel oreiller hygiénique de l'invention du sieur AUBERT, demeurant à Barbière (Drôme). — (Comm. MM. Lévy et Poiseuille.)

5° La description et le modèle d'un bandage herniaire de l'invention du sieur MULLER. (Comm. M. Bégin.)

6° Les rapports sur le service médical des eaux minérales dont les noms suivent : de Sail-sous-Couzan (Loire), par M. le docteur CHANTELOT ; — de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur MARBOTIN ; — des bains de mer de Boulogne et de Calais, par MM. les docteurs JARDON et CHÉLY ; — de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur CHAPELAIN ; — d'Euzet (Gard), par M. le docteur AUPHAN. — (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur REYSSIÉ, de Romanèche (Saône-et-Loire), qui signale l'emploi du suc de racines fraîches de sureau comme purgatif. (Com. M. Guibourt.)

2° Une lettre de M. le docteur BILLOD, médecin de l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, qui fournit de nouveaux renseignements sur les lésions de la moelle chez les pellagreux. (Com. MM. Ferrus, Baillarger et Gibert.)

3° M. L. MATHIEU soumet à l'examen de l'Académie un trachéotome qu'il a exécuté d'après les indications de M. Marc Sée, prosecteur de la Faculté de médecine. Cet instrument représente une sorte de lithotome caché, coudé à son extrémité D, terminée en pointe, et dont la gaîne est formée de deux branches D F mobiles l'une sur l'autre par le moyen d'un levier E, une vis B sert à fixer d'avance l'étendue dans laquelle la lame C doit inciser la trachée. Celle-ci étant mise à nu et fixée entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, le chirurgien ponctionne ce canal près du sternum. Le manche de l'instrument, tourné du côté de la poitrine, est ensuite relevé perpendiculairement au cou. Ce mouvement fait pénétrer la partie coudée du trachéotome dans la trachée, qui par là se trouve solidement accrochée. La main gauche de l'opérateur saisit alors l'instrument au niveau des articulations des deux leviers, tandis que le pouce de la main droite fait basculer successivement le levier A pour inciser la trachée, et, sur le levier E, pour opérer l'écartement des deux lèvres de l'incision.

4° La description et le modèle de nouveaux pessaires en bolet (agaric du chêne), construits par M. POUILLIEN, sur les indications de feu M. le docteur J.-Z. AMUSSAT. (Com. M. Cloquet.)

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur PUTEGNAT, membre correspondant, à Lunéville. Ce dépôt est accepté.

M. VELPEAU fait hommage à l'Académie, au nom des auteurs, 1° d'un mémoire *sur les pieds-bots*, et surtout le pied-bot interne, par M. le docteur MICHAUX, professeur à l'Université de Louvain; 2° d'un mémoire sur le *traitement des anévrysmes par la compression digitale*.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie a fait une nouvelle perte en la personne de M. Burdin.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, sur l'invitation du Président, monte à la tribune et donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de cet honorable collègue.

Voici comment s'est exprimé M. F. DUBOIS :

Messieurs,

Quatre jours se sont à peine écoulés depuis la perte si regrettable de M. Chomel et déjà la mort nous ramène auprès d'une tombe! Elle poursuit sa fatale moisson ; nous voici de nouveau appelés à rendre le tribut d'un dernier et douloureux adieu à la mémoire d'un autre de nos collègues, du sage, du modeste, du consciencieux M. Burdin.

Ces pertes si cruelles et si rapprochées me laissent à peine le temps de reprendre la liberté de mes idées, et, dans ce trouble de mon âme, dans ce tumulte de mes sentiments, je cherche en vain des paroles qui puissent répondre à vos regrets et exprimer ma douleur.

M. Burdin est mort plein de jours, il s'est éteint doucement dans les bras de ses parents et de ses amis ; homme simple, un peu timide, il était éloigné de tout faste et de tout éclat ; mais c'est un devoir d'autant plus sacré pour moi d'élever la voix, au milieu de cette sainte et funèbre cérémonie, que dans cette perte si imprévue, j'ai à déplorer une calamité qui m'est en quelque sorte personnelle. Malgré une différence d'âge assez marquée, M. Burdin avait toujours eu, pour moi et pour les miens, la plus tendre et la plus inaltérable amitié ; c'était une fête pour cet excellent homme de me recevoir dans sa famille, où je ne trouvais, d'ailleurs, que des cœurs bienveillants et des visages amis ; je répondais à ces prévenances, Messieurs, par un respectueux dévouement et un attachement profond ; qui pouvait, d'ailleurs, le connaître sans l'aimer et l'estimer ? Qui pouvait ne pas admirer l'égalité et la douceur de son caractère, la finesse et la solidité de son esprit ? Sa vie tout entière, Messieurs, a été une leçon de sagesse, de discrétion, de désintéressement, de modération et de bonté.

Né à Lyon en 1777, Claude Burdin avait fait ses premières études à Chambéry, sous la direction d'un oncle ecclésiastique ; il dut ensuite revenir à Lyon pour y commencer ses études médicales ; il les avait poussées assez loin, lorsque la tourmente révolutionnaire l'obligea, comme tant d'autres, à se réfugier dans nos armées. Il n'avait pas même 20 ans, lorsqu'il se fit attacher à l'armée d'Italie en qualité de chirurgien de 3e classe; en décembre 1797, ce que temps, Messieurs, sont déjà loin de nous ! il faisait partie du corps d'armée qui, sous les ordres du général Berthier, dut marcher sur Rome.

Quel spectacle pour un jeune homme qui venait à peine de terminer ses études, que cette ancienne capitale du monde, cette antique cité que nos troupes allaient visiter pour la première fois!

Attaché ensuite à la 55e demi-brigade, M. Burdin assista à la bataille de la Trébia, il y fut fait prisonnier par les Russes. Il passa plus tard à l'armée de Nice et se trouvait dans ses rangs lors du blocus de Gênes. C'est là que, par suite de fatigues excessives, de nuits passées au bivouac au milieu des montagnes, sa santé fut tellement altérée qu'il dut solliciter un congé de convalescence.

La 55e demi-brigade ayant ensuite fait partie de l'armée dite de Batavie, ce n'est qu'à Flessingue, en l'an IX, que M. Burdin put enfin obtenir un repos qui lui était si nécessaire.

Vers le commencement de ce siècle, M. Burdin reprit ses études médicales à Paris; il y soutint sa thèse pour le doctorat en juillet 1803 : il avait retrouvé, dans l'École de santé de Paris, un frère plus âgé que lui, Jean Burdin, dont la vive amitié et les sages conseils lui furent très utiles.

A partir de 1807, M. Burdin fit constamment partie des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, d'abord dans le 8me arrondissement, puis dans le 7me ; il fut ainsi médecin des indigents pendant plus de quarante ans !

Les deux frères Burdin rivalisaient de zèle et de dévouement dans ce service si pénible et si méritant, sans négliger pour cela de cultiver la science dans ce qu'elle a de plus élevé ; aussi l'Académie de médecine, en 1823, s'empressa de les accueillir tous les deux dans son sein, l'aîné en qualité de *membre honoraire*, le jeune en qualité d'*adjoint résidant*.

M. Burdin se fit surtout remarquer au milieu de nous, par l'aménité de son caractère, la sûreté de son jugement, et la rectitude de son esprit ; exempt de tout préjugé, fort de son indépendance, il était l'ennemi né de toute espèce de charlatanisme. En 1837, fatigué d'entendre préconiser, jusque sur nos banquettes, les prétendues facultés merveilleuses des somnambules magnétisées, d'entendre sans cesse parler de transpositions de sens de vue à distance, ou à travers des corps opaques, il déposa une somme considérable chez un notaire pour être donnée en prix à celui qui, devant une commission académique, prouverait expérimentalement la réalité d'un fait de cette nature ; on sait que ce concours demeura ouvert pendant trois ans, que bien des tentatives furent faites et qu'elles tournèrent toutes à la confusion des magnétiseurs.

Quelques années après, M. Burdin composa, de concert avec votre Secrétaire perpétuel, une *Histoire académique du magnétisme animal ;* la part qu'il prit à cette collaboration fut considérable ; c'est lui surtout qui insista pour que ce livre fût le développement de cette pensée, empruntée à Cabanis, et prise pour épigraphe : *Que le sublime de la philosophie est de nous ramener au bon sens.*

Mais, Messieurs, en ce triste et solennel moment, ce que nous devons le plus admirer et regretter dans M. Burdin, ce n'est ni le lettré, ni le savant, ni le zélé académicien, c'est avant tout et uniquement l'homme de bien, l'homme de cœur ; le praticien infatigable, ou, si vous le voulez, le simple médecin qui avait consacré toutes les forces de son âme et de son corps au soulagement des malheureux, qui, à chaque nouveau genre de misère aurait voulu opposer un nouveau genre de bienfaisance, qui ne pouvait enfin se trouver en face d'une infortune sans éprouver le besoin de lui porter secours.

Puisse, Messieurs, le faible tribut que nous venons payer à la mémoire de M. Burdin, verser quelques consolations dans le sein de sa famille, et adoucir vos unanimes regrets !

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. BOUILLAUD.

Messieurs, notre collègue, M. Guérard, en proposant à l'Académie d'ouvrir une discussion sur la fièvre puerpérale ne pouvait ignorer que c'était là un sujet fertile en disputes. Si l'on réfléchit, en effet, par combien de points de contact la fièvre puerpérale se relie à une foule d'autres affections, et quelles questions de doctrines elle soulève, on comprend bien vite qu'une semblable discussion est une vraie pomme de discorde lancée au milieu de nous. Aussi les orateurs qui m'ont précédé ont-ils prononcé les grands mots d'essentialité, d'entité, de spécificité, etc., tous mots sur lesquels les médecins disputent encore, et à propos desquels ils sont loin de s'entendre... Le champ du débat est donc immense. Or, la première condition que doivent remplir ceux qui se présentent dans l'arène est de se servir de mots régulièrement définis et d'éviter tous ceux qui peuvent donner lieu à une double entente.

Je tâcherai de me conformer à ce programme.

Avant d'entrer en matière, je ne puis me dispenser de vous faire part d'une appréhension légitime qui me saisit : c'est que, dans une question de cette nature, la parole devrait être laissée aux hommes spéciaux, et qu'en me mêlant à cette discussion, je ne suis pas logique et ne me conforme point à ce principe que je répète sans cesse : *clinica clinice tractanda et demonstranda.* Je dois donc m'expliquer. Paris, Messieurs, est très fécond. Après une bataille, dans laquelle les Français avaient perdu beaucoup de monde, le général se consola en disant : c'est l'affaire d'une nuit de Paris. Cela prouve, Messieurs, que les femmes en couches sont nombreuses, et que, par conséquent, tous les services d'hôpitaux en reçoivent. Je crois donc, bien que ce ne soit pas ma spécialité, avoir pu suffisamment étudier le sujet pour en parler. Les orateurs qui ont abordé cette tribune avant moi, MM. Cazeaux, Depaul, Dubois, Danyau, n'avaient besoin que de se nommer, comme Coriolan : — Je suis Coriolan — pour établir leur compétence. Je devais, moi, rassurer ceux qui auraient pu me croire tout à fait étranger au sujet que je vais traiter.

Sans essayer de tenir la curiosité de mes auditeurs en haleine, en ménageant mes transitions et en ne démasquant mes conclusions qu'à la fin, je dirai, dès le principe, quelle est la cause que je vais défendre. Ce serait ici le lieu de rappeler le plus fameux des monologues de la scène dramatique et de répéter, avec le héros de Shakespeare : *to be or not to be.* — La fièvre puerpérale est-elle ou n'est-elle pas ? Eh bien ! Messieurs, pour moi, elle n'est pas. Cette parole a déjà été prononcée ici et a soulevé beaucoup de surprise. Il s'agit donc d'examiner, non si les femmes en couches ont de la fièvre, cela n'est pas en cause, mais si la fièvre puerpérale, telle que l'entendent et la décrivent nos antagonistes, existe. J'espère vous prouver qu'elle n'existe pas, et que ce que l'on a décrit sous ce nom n'est qu'un être, je ne veux pas dire d'imagination, mais un être de raison.

Voyons ce qu'en pensaient nos devanciers. Je ne remonterai, Messieurs, qu'à l'année 1804. Il y a cinquante-quatre ans, la tendance à dessentialiser cette maladie — permettez-moi l'expression — était déjà manifeste. J'en trouve la preuve dans une thèse soutenue devant la Faculté de Paris, à cette époque, par M. Mercier. L'auteur, après s'être demandé si la fièvre puerpérale existe, conclut négativement. Passons à une époque célèbre, à l'année 1818. — Mais, Messieurs, laissez-moi vous communiquer une réflexion qui m'arrive, c'est que l'année 1804 devrait aussi être rangée parmi les dates célèbres, car c'est cette année là que parut le livre de Prost : *Histoire des maladies éclairée par l'ouverture des corps*, livre qui a dessentialisé les fièvres plus vigoureusement que ne l'a fait Broussais lui-même, plus vigoureusement par les faits, je ne parle pas de la vigueur du talent. — Je reviens, Messieurs, à l'année 1818 ; c'est alors que fut publiée la dernière édition de la nosographie philosophique. Dans l'appendice se trouve une discussion sur le classement de la fièvre puerpérale. Est-elle essentielle ou non ? se demande Pinel. Il se demande en même temps si la fièvre entéro-mésentérique est essentielle, et il conclut, relativement à cette dernière, qu'elle n'est qu'une violente inflammation de l'intestin grêle ; quant à la fièvre puerpérale, il dit qu'elle est reconnue par tous les médecins pour une inflammation du péritoine, il mentionne favorablement la thèse de M. Mercier et se rallie complétement à ses conclusions négatives.

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, nous avons un peu rétrogradé depuis les années 1804 et 1818. A cette époque, l'épanchement péritonéal était assimilé à celui qui se fait dans les plèvres, consécutivement à l'inflammation de ces membranes séreuses. On connaissait la métrite ; on connaissait aussi la gangrène, et ces connaissances suffisaient pour que déjà l'on ne voulût plus de l'essentialité de la fièvre puerpérale. — Main-

tenant nous connaissons mieux ces lésions, nous en connaissons d'autres et nous voulons revenir à l'idée d'essentialité !

Sans doute, Messieurs, les troubles locaux ne jouent jamais le principal rôle, — à moins toutefois qu'ils n'affectent les organes dont le jeu est immédiatement nécessaire à la vie, — ce sont toujours les troubles généraux qu'il faut prendre en première considération, et dans la maladie qui nous occupe plus encore peut-être que dans d'autres.

L'état des femmes en couches est un état intermédiaire entre la santé et la maladie. La similitude entre les femmes en couches et les opérés a frappé tout le monde. L'état puerpéral constitue donc une condition morbide indéniable. C'est, comme l'a dit M. Cruveilhier, l'état traumatique des nouvelles accouchées; état qui peut ne pas se manifester, ainsi que cela arrive ordinairement à la campagne; il manque de même quelquefois aussi, chez les blessés. Cet état, Messieurs, porte principalement sur le sang et sur le système nerveux, c'est-à-dire sur l'ensemble même de l'organisme, et imprime un caractère tout particulier aux maladies qui surviennent chez les sujets placés dans ces conditions. On a donc eu raison de donner le nom de puerpérales aux maladies qui se développent alors.

Nous allons maintenant, Messieurs, examiner rapidement les discours de ceux qui tentent de faire admettre l'essentialité de la fièvre puerpérale.

Commençons par M. P. Dubois — *ab Jove principium* — j'ai presque honte, Messieurs, d'être d'un avis autre que le sien. Heureusement pour moi que M. Dubois, comme l'a remarqué M. Cazeaux, ne professe pas de ces convictions entières, ardentes, qui, si elles ne font pas naître la conviction chez les autres, entraînent du moins la persuasion et la foi. Je n'aurai donc pas à le combattre directement. M. Dubois dit bien que la fièvre puerpérale reconnaît des causes inconnues; des altérations du sang, certaines conditions atmosphériques, etc., tout cela est bien vague. Il parle d'altérations du sang et il ne dit pas lesquelles, je le regrette, parce que c'était là un terrain solide sur lequel nous eussions aimé à le suivre.

Et, Messieurs, pour le dire en passant, on a reproché, en quelque sorte, aux médecins actuels, de ne pas assez étudier les altérations du sang. En vérité, j'ai cru rêver en entendant formuler ce grief. Mais jamais on ne les a tant et si bien étudiées : il suffit maintenant à un élève de suivre pendant deux mois un service de clinique, pour reconnaître, à ne pas s'y tromper, un sang typhoïde et un sang inflammatoire. Encore une fois, si M. Dubois avait spécifié les altérations dont il a parlé, nous aurions pu le prendre corps à corps; c'était une chose capitale, — il ne l'a pas fait.

Je passe à un autre orateur, Messieurs, dont la parole a été très retentissante, et à qui, d'ailleurs, je rends hommage. Mais il me semble que M. Trousseau joue dans tout ceci un double rôle, et je me demande s'il est, malgré ses premières déclarations, un allié bien fidèle. Il a débuté par rappeler, à propos de la fièvre puerpérale, l'histoire de la dent d'or, et pour nier quelque peu la fièvre puerpérale. Mais, dans la séance suivante, on a pu croire qu'il avait défait, comme Pénélope, l'ouvrage de la veille.

Il a montré la fièvre puerpérale chez le fœtus et chez l'homme, et loin d'en conclure, conformément à ses prémisses, que la fièvre puerpérale n'existait pas comme entité morbide, il a voulu voir, au contraire, dans ce fait, l'existence de plusieurs entités : il avait détruit d'abord pour édifier davantage ensuite.

Je devrais ici rappeler cette anecdote dont on s'est tant égayé, je veux dire le diagnostic « fièvre puerpérale » inscrit sur la pancarte d'un soldat malade. Mais qu'y a-t-il de si étrange dans ce fait, Messieurs? Puisque la fièvre puerpérale est le traumatisme des nouvelles accouchées, selon M. Cruveilhier, pourquoi le traumatisme ne serait-il pas la fièvre puerpérale des blessés?

En somme, je ne puis évidemment pas considérer M. Trousseau comme un allié. Il n'a pas voulu, cela est vrai, être essentialiste; mais, avant toutes choses, il ne veut pas être organicien. Il passe à droite, il abandonne M. Velpeau pour aller chez les Volsques — c'est Coriolan — que gaguera-t-il à cette défection ? Le camp des vitalistes où il va est le camp des disputes perpétuelles; s'il doit y ramener la paix, tant mieux; mais j'en doute. Il faudrait être un saint, il faudrait être un ange, et encore ! Le chef de ce camp n'est-il pas l'ange de l'École, le grand saint Thomas? Vous voyez donc que ces deux qualités n'empêchent pas les dissensions d'aller leur train.

Qu'est-ce, Messieurs, que les organiciens? On confond les organiciens et les localisateurs sous la même réprobation, et l'on entend, dans le camp des vitalistes, par localisateurs ceux qui ne verraient les maladies que dans les organes affectés. C'est là une confusion faite à plaisir ou une déplorable erreur. Les organiciens cherchent les maladies partout, et ils savent tenir compte des forces qui animent les organes malades; ils admettent une pathologie générale, de la même façon que Bichat a décrit une anatomie générale, et ils ne laissent en dehors de leurs investigations aucun des grands systèmes généraux de l'économie, les fluides pas plus que les autres éléments de l'organisation.

Quand Morgagni a publié son livre *De sedibus et causis morborum*, il a fait de la localisation comme nous l'entendons. *De sedibus*, voilà ce qu'il faut chercher, et c'est là qu'est la localisation. Autrement, où va-t-on?

Les maladies qu'on a appelées *totius substantiæ* résident-elles donc en dehors de l'organisme, et, même dans ces maladies, toute la substance est-elle malade? Eh non, Messieurs, les os, les poils, etc., restent indemnes. M. Trousseau, dans un autre temps, a publié un mémoire remarquable dans les *Archives*, pour revendiquer, en faveur de son maître, M. Bretonneau, la gloire d'avoir localisé la dothiénentérie. Il voit que je lis ses œuvres et que j'en garde bonne mémoire.

M. Trousseau dit : J'admets tout cela avec vous, mais je tiens compte de la spécificité. Quoi ! les organiciens ne l'admettent-ils donc pas, la spécificité? Mais cela, Messieurs, qu'il me soit permis de le dire, ressemble à une mauvaise plaisanterie. Les médecins organiciens ne reconnaîtraient pas les espèces ! Je défie M. Trousseau de trouver un seul livre d'organicien dans lequel la spécificité ne soit pas proclamée. Les ophthalmies ne sont-elles pas traitées d'après la cause spécifique qui les a provoquées? Pour les ulcères syphilitiques, pour les chancres, la spécificité est-elle niée?

Le procès peut donc, entre nous, se poser en ces termes : Existe-t-il une entité nouvelle, inconnue en pathologie? Si elle existe, il faut la démontrer, en lui assignant un siége nouveau, une cause nouvelle, des symptômes nouveaux, une marche, une évolution, une terminaison nouvelles, et, enfin, un traitement nouveau. Le pouvez-vous?

Ainsi, relativement au siége, est-ce nouveau que de le placer dans le sang? Voyons, j'attends, et personne ne répond.

M. Depaul : Si M. Bouillaud veut me le permettre, je lui ferai remarquer qu'il s'agit de savoir si l'altération du sang est primitive ou secondaire, ce dont il n'a pas l'air de se préoccuper....

M. Bouillaud : Je remercie M. Depaul de m'avoir interrompu, car je l'avais jusqu'ici ménagé, et c'est à cause de lui que je me suis excusé de prendre, moi clinicien non spécialiste, la parole dans ce débat. Je lui réponds, pour le moment, que je ne parle que des choses nouvelles; l'altération du sang est-elle une chose nouvelle dans les causes ou le siége assignés à la fièvre puerpérale?

M. Depaul : Eh non, Monsieur, il y a cent ans que cela a été dit....

M. Bouillaud : *Habemus confitentem reum.* Je poursuis. Les causes qu'on a invoquées ne sont pas nouvelles non plus. La contagion dont M. Danyau a si franchement abordé l'histoire n'est pas nouvelle; l'encombrement, pas davantage. Sous l'influence de cette dernière cause, n'avons-nous pas vu, en 1814, se développer le typhus traumatique chez les blessés des armées alliées et chez les nôtres? Et, pour le dire ici, la question est de savoir si les grandes épidémies de fièvre puerpérale sont autre chose qu'un typhus.

Le traitement n'offre, à son tour, rien de nouveau. Quant à la nature de la maladie, il faudrait, pour nous la faire accepter comme nouvelle, nous montrer ce que l'on entend, au juste, par la spécificité.

Il resterait la question de la nomenclature; mais M. Trousseau a reculé devant l'obligation de discuter ce point et n'a point osé se mesurer avec le grand maître de la nomenclature. Il l'a enveloppé d'une auréole, et, se croyant dispensé désormais de le regarder comme un simple mortel, il a esquivé le débat. J'admire sa prudence.

Je voulais dire, à ce sujet, que, quand on crée une maladie nouvelle, il faut lui donner un nom nouveau. Or, le mot fièvre n'est pas nouveau, et le mot puerpérale ne l'est pas plus. Cette appellation, dont vous vous servez, a cependant un inconvénient. Le mot puerpéral se rattache à l'idée bien déterminée de femmes en couches, et vous voulez précisément étendre démesurément cette idée. En résumé, vous ne pouvez pas faire inscrire votre entité nouvelle sur les registres de l'état civil; elle n'a pas de nom.

Je dois dire ici que nous avons un jeune auxiliaire — et je me fais un devoir de le citer, parce qu'il a été l'élève d'un homme qui ne professait, pour mes travaux et ma personne, qu'une très médiocre sympathie, — c'est M. Gallard. Dernièrement, après avoir examiné et clairement résumé les travaux modernes sur la fièvre puerpérale, travaux qu'on a si souvent invoqués dans cette discussion, M. Gallard arrive aux mêmes conclusions que Mercier, à savoir que la fièvre puerpérale n'existe pas, comme fièvre essentielle, bien entendu.

Je dois encore répondre à une objection plusieurs fois produite, et qui consiste à répéter que, dans les cas de mort par la fièvre puerpérale, on ne trouve pas de lésions qui expliquent les symptômes observés et qui aient quelque rapport avec l'état général. Eh bien, Messieurs, voici ma réponse : pendant vingt-six ans, j'ai examiné tous les jours le sang de mes malades, et je porte le défi à qui que ce soit de montrer du sang d'une femme ayant eu l'infection puerpérale typhique, et elle revêt fatalement ce caractère au bout de quelques jours, quelquefois très rapidement, je porte, dis-je, le défi de me montrer ce sang avec les caractères du sang inflammatoire.

MM. Depaul et Dubois : Mais, alors, vous êtes de notre avis !

M. Bouillaud : J'en suis enchanté. On a dit encore qu'on ne trouvait pas, dans la fièvre puerpérale, de caractères anatomiques. Mais les altérations du sang sont caractéristiques. Ne sont-elles donc pas anatomiques? Le sang n'est-il pas un organe, et le plus important de tous?

Tenez, Messieurs, permettez-moi un exemple. Un jeune homme, dans la force de l'âge, bien portant jusque-là, à la suite d'une circonstance que je ne vous dis pas, est pris de frisson, puis de malaise, la stupeur survient, et il meurt au bout de quelques jours. On l'ouvre, on ne trouve rien, mais, en examinant l'extérieur du cadavre, on s'aperçoit qu'il porte une cicatrice à l'un des doigts : c'est une piqûre anatomique. Direz-vous qu'il n'y a pas de lésions organiques ayant causé une mort si prompte?

Un mot seulement, Messieurs, à propos du traitement. Lorsqu'il y a encore des symptômes phlegmasiques, il faut employer les antiphlogistiques; lorsque la forme typhique s'est déclarée, il n'y a plus rien à faire, pas plus que contre le choléra algide, pas plus que contre un coup de foudre. En un mot, n'ayant pas une entité nouvelle, ni même déterminée spécialement, vous ne pouvez pas avoir de traitement à lui opposer.

A propos de la prophylaxie, on a dit à M. Danyau, s'opposant à la suppression des maisons d'accouchement : vous êtes orfèvre, M. Josse. Moi, qui n'encours pas le même reproche, j'appuie de toutes mes forces sa motion. Je considérerais comme une véritable calamité la suppression des hospices d'accouchements, qui aurait, quand on y réfléchit, plus d'inconvénients que d'avantages. Mais il faut les assainir, limiter le nombre des femmes qui y sont reçues et en fermer les portes en temps d'épidémie, comme l'a fait M. Dubois.

Je termine par cette proposition, Messieurs : qu'il soit institué un prix pour l'auteur du mémoire qui démontrera l'entité, l'essentialité de la fièvre puerpérale; que les frais de ce mémoire et du prix à décerner soient supportés par les orateurs qui auront, dans cette discussion, combattu cette entité et que le prix ne soit pas moindre que la somme de 1,500 fr.

M. Desportes lit une note sur des recherches scientifiques à entreprendre relativement à la maladie purpérale. Ces recherches devraient porter :

1° Sur les lochies et sur les moyens de neutraliser leurs qualités nuisibles;

2° Sur les vésicules lactifères des femmes mortes du mal puerpéral;

3° Sur les changements de l'irritabilité des tissus fibreux et moteurs, et sur les causes de la diminution de l'irritabilité chez les femmes saisies du mal vertébral;

4° Il faudrait enfin examiner chimiquement les exhalations pulmonaires, cutanées et génitales.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Nous avons annoncé dans le temps qu'un projet de loi se préparait en Espagne sur l'enseignement public. La sous-commission chargée d'examiner la partie médicale du projet avait, par l'organe du premier médecin de la reine, fait l'honneur au secrétaire de la Faculté de Paris de le consulter sur le projet espagnol et de lui demander son avis développé sur les améliorations qu'il jugerait utile d'apporter à ce projet.

L'auteur du *Code médical* s'est acquitté, à la satisfaction de la Commission espagnole, comme cela devait être, de la mission honorable qui lui avait été confiée. Après avoir pris connaissance de son travail, la Commission a demandé pour M. Amette la croix d'Isabelle-la-Catholique, qui lui a été décernée, nous écrit-on, avec empressement. Cette distinction ne touche pas seulement, il nous semble, M. Amette, elle nous paraît aussi très honorable pour la Faculté de Paris.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE EN PIÉMONT. — L'Assemblée générale de la Société de secours mutuels a eu lieu dernièrement à Turin. Le compte-rendu constate qu'une somme de 1,775 livres a été distribuée en secours pendant l'année 1857. Le fonds social s'élève actuellement à 38,100 livres; sur cette somme 13,000 livres résultent des dons faits par les docteurs Bertini et Gallo, et par le président, M. Tarella.

Voilà, à coup sûr, une situation prospère, car elle témoigne autant de la bienfaisance que de la prévoyance des souscripteurs. Le journaliste auquel nous empruntons ces détails fait cependant un pressant appel aux retardataires. « Si nos collègues, dit-il, réfléchissaient aux tristes éventualités qui, au milieu de notre société égoïste et ingrate, peuvent atteindre, à bien peu d'exceptions près, tous les médecins, nous sommes sûrs qu'un fort petit nombre d'entre eux refuserait le minime tribut annuel de dix livres, afin de constituer un fonds plus considérable d'assurances mutuelles. »

Ce sont là de généreuses et prudentes paroles. Et personne, assurément, dans les circonstances où nous nous trouvons, ne les jugera moins opportunes à faire entendre, à méditer, de ce côté des Alpes que de l'autre. — (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — La Société anatomique tiendra sa séance annuelle le jeudi 29 avril courant, à trois heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à sept heures, dans les salons de l'hôtel du Louvre.

On s'inscrit jusqu'au 27 avril, chez MM.

Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université;
Bercioux, à l'Hôtel-Dieu;
Féréol, à la Pitié;
Siredey, à l'hôpital Lariboisière;
Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 48. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 24 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Flourens a présenté, au nom de M. Auzoux, bien connu de l'Académie, a dit M. le Secrétaire perpétuel, par ses travaux d'anatomie clastique, un volume intitulé : *Leçons élémentaires d'anatomie et de physiologie comparées.* Ce volume est destiné au concours des prix de médecine et de chirurgie. C'est, a dit encore M. Flourens, un livre utile qui a rendu l'immense service de vulgariser certains côtés de la science et de les rendre compréhensibles à ceux qui n'ont pas fait de ces matières, une étude spéciale. Les médecins eux-mêmes pourront tirer grand profit de sa lecture; le mécanisme physiologique de l'audition, dont, en général, on ne se rend pas bien compte, y est déclaré d'une merveilleuse façon. Ce livre contient d'ailleurs quelques recherches véritablement nouvelles.

— M. Jolly, professeur de zoologie à la Faculté de Toulouse, rappelle, dans une lettre adressée à l'Académie, qu'il s'est occupé, depuis longtemps, des métamorphoses des crustacés. Bien avant que M. Coste et M. Valenciennes s'occupassent de ce sujet, il avait montré, prenant pour exemple une petite salicoque d'eau douce, que tous les crustacés décapodes subissent des métamorphoses. Ces faits sont consignés dans un mémoire publié par M. Jolly en 1848.

A propos de cette lettre, M. Duméril cite un mémoire publié en 1820, et dans lequel déjà il est question de ces métamorphoses.

— L'Académie avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de disposer, en faveur de jeunes savants, des reliquats laissés par les fonds destinés aux prix. Cette autorisation est accordée par M. le ministre.

— M. Gaudin adresse une note sur la disposition géométrique des groupes stellaires.

— M. Owen a étudié les membranes fœtales et les placentas, l'œuf, en un mot, de l'éléphant, et il envoie une note à l'Académie sur ce sujet peu connu jusqu'à présent. M. Owen montre que la disposition des membranes fœtales, dont il donne une très bonne description, range les éléphants entre les rongeurs et les pachydermes. M. Milne-Edwards est prié d'examiner ce travail.

— M. Jobard, de Bruxelles, a écrit une lettre en réponse à la demande d'éclaircissements qui lui avait été adressée à propos de la découverte de M. de Changy concernant la divisibilité de la lumière électrique. M. Jobard maintient la réalité de l'invention faite par M. de Changy; mais le peu de garantie dont jouit la propriété qu'on pourrait appeler intellectuelle, lui défend de divulguer les procédés de l'auteur, tant que celui-ci n'aura pas pris toutes ses sûretés. M. Jobart voudrait que l'insertion aux comptes-rendus de l'Académie des sciences tînt lieu de brevet provisoire. Il en était ainsi à l'Exposition universelle, où l'inscription garantissait la propriété et la priorité.

Au sujet de cette lettre, M. le Président dit qu'il persiste plus que jamais dans son opinion, à savoir que l'Académie n'avait pas et n'a jamais à se préoccuper de communications aussi incomplètes, et que la demande de renseignements n'a pas dû être adressée au nom de l'Académie à M. Jobard, mais par un de ses membres, en son nom particulier; — ce à quoi M. Flourens répond que personne ne songe à être d'un avis contraire à celui de M. Despretz, et que les choses se sont passées comme il le dit.

M. Guillon adresse, avec une lettre, un exemplaire de sa brochure sur la stricturotomie intra-urétrale.

— La correspondance étant dépouillée, M. Passy fait hommage à l'Académie d'un volume contenant les tableaux comparatifs des divers recensements de la ville de New-York. La population qui était, à l'époque du premier recensement fait il y a un peu plus d'un siècle, de 18,000 habitants, dépassait, à l'époque du dernier, en 1855, trois millions. Le nombre des esclaves a constamment suivi une progression inverse; de telle sorte qu'il était beaucoup plus considérable pour les 18,000 habitants primitivement recensés qu'il ne l'était en 1855 et qu'il ne l'est aujourd'hui.

— M. Bonnafont, médecin principal à l'École d'état-major, a donné lecture d'un mémoire intitulé : *Réflexions médico-psychologiques sur certaines conditions des sens, de l'ouïe et de la vue.* Nous nous réservons de donner à nos lecteurs un extrait de ce travail intéressant dans notre prochain *Bulletin.*

— Dans la séance précédente, ainsi que nous l'avons mentionné, M. Sédillot, de Strasbourg, a envoyé une note sur six observations nouvelles d'évidements osseux, offrant des différences sous le rapport du siége, de la nature et de la gravité des lésions, mais se ressemblant toutes par la simplicité et l'innocuité des résultats.

« La forme des lambeaux a été modifiée dans quelques cas, dit l'auteur, mais nous n'avons cessé de poursuivre le même but, si heureusement signalé par M. Flourens : « la régénération de l'os par le périoste conservé. »

Deux résections, l'une coxo-fémorale, l'autre huméro-cubitale, figurent parmi les faits dont nous rapportons l'histoire. Les autres ont porté : deux fois sur le fémur, dont les condyles ont dû être excavés sur une jeune fille, et deux fois sur l'extrémité inférieure du tibia. Ces opérations n'ont entraîné aucun accident et permettent d'espérer la guérison des malades, puisque la dernière compte déjà plus de trois semaines de date.

« Nous avions, dans notre première communication sur l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions, fait remarquer le peu de danger des plaies souvent très étendues, que nous pratiquions, et nous en avions attribué la cause à l'intégrité des nerfs et des vaisseaux principaux, à l'absence de tout étranglement et à la libre issue fournie aux liquides, dont la rétention et la décomposition étaient prévenues. L'expérience a confirmé cette appréciation et a montré de nouveau qu'on n'avait pas à redouter d'hémorrhagies primitives ni consécutives. Nous avons pu, dans nos six dernières opérations, nous abstenir de toute ligature et nous borner à des compressions momentanées dont le succès a été complet, même sur les artérioles nombreuses et très développées que l'on rencontre dans la plupart des lésions chroniques, et qui existaient chez nos malades, particulièrement dans le périoste ou à la surface de cette membrane. La grande facilité que l'on éprouve à se rendre maître des hémorrhagies, dépend du relâchement des tissus par la dissection et le refoulement des parties molles. Les artérioles se rétractent, s'affaissent, se plissent et cessent bientôt de donner du sang. Aussi la ligature peut-elle être considérée, dans les évidements osseux, comme un procédé d'une application exceptionnelle. La pression des doigts ou l'emploi de larges plaques d'agaric sur les surfaces traumatiques, préviennent suffisamment les hémorrhagies artérielles, veineuses ou capillaires, pendant les manœuvres opératoires, dont la durée est parfois assez prolongée.

Une de nos opérations, la résection du coude, diffère peu, au premier aspect, de la pratique habituelle. Les différences se fondent dans une transition régulière, et la nouvelle méthode s'applaudit des moindres perfectionnements qu'elle est en mesure d'imprimer à des opérations déjà reconnues excellentes et d'une incontestable efficacité.

Feuilleton.

DE LA DIÈTE ET D'AUTRES CHOSES.

Si vous observez — en courant et comme il convient à un homme accablé de malades — si vous étudiez un peu les mœurs publiques à Paris, vous remarquerez bientôt un fait considérable : c'est que le dîner du Parisien se compose désormais de trois éléments essentiels. Je vais les énumérer : 1° l'absinthe, 2° le dîner proprement dit, 3° le café, le pousse-café ou le grog. — L'absinthe propose, le dîner dispose, et le café décide. Mais, dans la vie civilisée, les phénomènes les moins simples sont plus compliqués qu'ils ne le paraissent à la première vue. Les trois actes ci-dessus qui composent le vaudeville ou le drame du repas quotidien ont en conséquence un prologue et un épilogue obligés : le cigare ou la pipe. Peu d'hommes, en effet, sont aujourd'hui capables de prendre leur nourriture, avant d'avoir fumé; la plupart sont incapables de digérer, sans fumer. Ne disséquant plus depuis longtemps, j'ignore si l'estomac humain s'est modifié à la suite de ces nouvelles habitudes; je sais seulement que ces habitudes font désormais partie intégrante de l'homme. Sans doute, je ne parlais, en commençant, que de Paris et du Parisien, mais cette ville a des succursales dans le monde entier; et ses mœurs déteignent sur l'univers.

Aussi la diète est-elle devenue généralement comme un ancien supplice du moyen-âge : comme la *Géhenne*, par exemple. A quoi bon, la Géhenne? J'écoutais naguère un malade discuter avec son médecin, et, fermant les yeux pour ne laisser que les oreilles ouvertes, il me sembla entendre un maître de maison réglant l'ordinaire avec un maître d'hôtel. Le bon docteur faisait, bien entendu, l'office de maître d'hôtel. L'humanité est donc aujourd'hui *sur sa bouche*, selon une expression vulgaire mais qui dit bien ce qu'elle veut dire. Aussi, comme tout est cher! — Au prochain dîner de l'UNION MÉDICALE, je demanderai quelques explications à un honorable homonyme, M. B. de Ch..., et je tâcherai de savoir de lui si l'abstinence est aujourd'hui en religion comme en médecine, devenue plus difficile à obtenir que par le passé. Je n'en serais nullement étonné pour mon compte; le civilisé du XIXe siècle est de force à exiger le confortable jusque dans la pénitence. Des préjugés beaucoup moins grossiers sont remplacés par celui de la viande et du tabac. Il y a progrès néanmoins.

Quand je me rappelle ces diètes vigoureuses de Broussais, je me demande si ce grand praticien n'avait pas affaire à d'autres natures, à des tempéraments géants, et si les créatures de cette époque ne se trouvent point remplacées par des poulets.

Tenez, mon cher rédacteur en chef, prenez-moi comme je suis, avec mon humeur du moment et laissez-moi dire même des choses fausses, injustes, etc., etc. Elles n'induiront aucun de vos savants abonnés en erreur, aucun de vos honorables lecteurs en iniquité, et ce quelles contiennent de vrai, comme toute chose hasardée, de juste, comme toute chose vague, portera sans doute quelques personnes à réfléchir. Les autres protesteront, et la protestation ne s'exprimât-elle que par un haussement d'épaules — est pour les esprits ce que le flux et le reflux sont pour les liquides — sans elle, l'intelligence croupit ou s'évapore. — Cherchez, en effet, là où il n'y a pas d'antagonisme, et vous ne trouverez rien — car, les plus belles choses non contestées en chemin restent frappées d'un caractère de monotonie moins imposant qu'ennuyeux, et le monde passe devant elles sans les regarder. Tout ce qui ne rappelle point une lutte intéresse peu, ou peu longtemps. Le jour où Dieu a dit à l'homme : Tu mangeras ton pain à la sueur de ton front, il a sans doute ajouté plus bas, mais de façon à être parfaitement entendu : Tu n'approuveras jamais qu'à ton corps défendant.

Eh bien, il me semble que, de nos jours, ces paroles de Magendie : « *Vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire?* »

Il me semble, disais-je, que ces paroles tendraient à s'infiltrer goutte à goutte, lettre à lettre, dans une certaine pratique. Il m'a paru, du haut de ma paresse peut-être, que certaine médecine avait, de nos jours, avec le scepticisme, des accommodements ruineux pour l'avenir du travail et de la science.

Vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire?

Quelle ironie de tout effort! quel dédain de toute activité! Il y a jusque dans la forme interrogative de cette phrase quelque chose d'insolent et de terrible. Je ne connais pas de défi plus douloureux jeté au travail par un immense travailleur.

Un collègue, avec lequel je causais l'autre jour dans ce sens, me fit une réponse très spécieuse et que beaucoup de personnes accepteront pour très sensée : « Mon cher, me dit-il, en lançant vers le ciel la fumée d'un cigare de 50 centimes, on croit ou l'on ne croit pas, mais on agit à peu près tout de même. Voyez les fatalistes, les musulmans, cela ne les empêche pas de prier. Montesquieu a remarqué même que la religion fataliste orientale est la religion dans laquelle on prie le plus souvent. — Les hommes, grâce à Dieu, manquent de logique. »

C'est égal, repris-je, je suis fâché que toute dispute ait cessé. J'ai beau écouter de toutes mes forces, coller mon oreille aux portes, je n'entends plus ni de doctrines, ni de systèmes, ni de méthodes. Je ne me fais sans doute aucune illusion sur l'importance finale des doctrines, des systèmes, des méthodes. Ils ne sont pas l'infaillibilité, mais ils sont du moins les signes et symptômes de la recherche passionnée, militante de la vérité parmi les hommes. Que la femme de César ne fasse point parler d'elle : bien pour César et pour sa femme. Mais pour la science, mais pour l'art; le silence c'est la mort. Dans le silence, le métier peut sans doute continuer en gagnant gros, si l'on veut; l'art est fini.

J'en reviens à mon point de départ, attendu que je suis classique et tiens pour une certaine unité, même dans le feuilleton; et j'émets cette petite opinion après ce grand début dans l'état allangui et ruiné de tout ce qui n'est pas rapport de créancier à débiteur, de marchand à chaland, dans ce triste état que nous déplorons tous :

Peu de médecins ont sur leur malade une autorité assez forte pour tenir leur malade à la diète.

Est-ce qu'on mange plus? — Tout naturellement!

Est-ce que l'absinthe a ouvert à l'estomac des perspectives et des facultés nouvelles?

Est-ce que l'homme, après tant de dignités abandonnées, voudrait se distinguer de l'animal en mangeant, même à faux et contre l'instinct?

Pour moi, je crois qu'il mange trop, qu'il sacrifie au ventre; mais finalement, je ne me charge de résoudre aucune de ces questions; on

L'étude des maladies organiques du système osseux trouvera, sans aucun doute, d'utiles renseignements dans les opérations d'évidements, et nous aurons l'honneur d'en communiquer à l'Académie les résultats définitifs pour chacun de nos malades, afin d'en mieux faire apprécier les indications, les ressources et la valeur.

Nous nous bornons à ces indications sommaires que nous empruntons textuellement à la note de M. Sédillot. Nous ne transcrivons pas les observations elles-mêmes, malgré les détails très curieux qu'elles renferment, parce que M. Sédillot, bien que tous ses malades soient actuellement en bonne voie de guérison, ne nous fait pas et ne pouvait nous faire connaître encore le résultat définitif de ces opérations.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES ;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

I

L'Académie de médecine est divisée en deux camps au sujet de la fièvre puerpérale, le camp des *généralisateurs* et le camp des *localisateurs*, des *ontologistes* et des *anatomistes*. Les uns et les autres ne représentent qu'un côté des faits, qu'une face de la question : ils tiennent une moitié de la vérité, mais la croyant tenir toute, ils n'ont chacun qu'une erreur. Pourtant, les deux ordres de faits sur lesquels s'appuient les localisateurs et les généralisateurs ne sont pas incompatibles ; ils ne s'excluent que dans l'éclectisme, parce que, manquant d'un principe supérieur pour les unir, l'éclectisme prétend allier, non les faits dont se prévaut chaque parti, mais ses principes. Cependant ceux-ci se repoussent absolument, et en les unissant, on n'obtient qu'une troisième erreur.

II

Les généralisateurs veulent que les maladies puerpérales, dans lesquelles l'économie tout entière est affectée, soient primitivement générales, et que les lésions locales qu'on rencontre dans l'appareil utérin, ne soient que secondaires, comme dans cette classe de maladies qu'on appelle les fièvres. Les localisateurs soutiennent que la maladie commence par l'appareil utérin ; que là est son point de départ, et qu'elle ne se généralise que par voie de sympathie, ou plutôt que par la dissémination de matières infectieuses puisées dans ce foyer, et transportées par les vaisseaux à tout l'organisme ; ils veulent, par conséquent, que l'état morbide ne soit que secondaire, comme dans cette classe de maladies qu'on désigne sous le nom de phlegmasies.

Le système des anatomistes est positif, mais étroit ; celui des ontologistes est moins borné et peut-être moins faux ; mais il est vague et indéterminé. Tous deux, à des degrés différents, soulèvent des répugnances légitimes. Les ontologistes n'ont pas autant qu'ils le pensent, le droit d'admettre des maladies puerpérales, car ils excluent de ces maladies les organes puerpéraux. Les localisateurs n'ont ce droit en aucune manière, car ils ne nous montrent dans les lésions de l'appareil utérin que des affections communes, inflammations, suppurations, dépôts de matières septiques, comme on les peut rencontrer accidentellement chez toutes les femmes, dans toutes les circonstances de la vie, et sans rien qui ressemble à la fièvre puerpérale.

III

Avant d'arriver aux faits cliniques, il importe de répandre autour d'eux la lumière de la physiologie.

On sait les changements qui surviennent chez la jeune fille à la puberté. Ils sont de deux ordres, les uns locaux, les autres généraux. Je demande si les uns sont secondaires par rapport aux autres, et si, par exemple, c'est l'évolution fonctionnelle des organes génitaux, qui produit l'évolution des caractères généraux du sexe féminin ; ou bien si c'est le développement de ces attributs généraux et de cette constitution féminine marquée partout, dont chaque cellule des tissus et chaque globule du sang sont, si je peux ainsi dire, imprégnés, je demande si c'est cet état général nouveau de l'économie, qui produit secondairement l'évolution de l'appareil utérin ; et je refuse de répondre, parce que, à des questions mal posées, il n'y a pas de solution possible. Ces questions sont captieuses, en effet, car elles promettent une vérité qu'elles ne contiennent pas. Je m'explique.

Les propriétés et les aptitudes générales de la nature féminine ne peuvent pas plus naître de toutes pièces de l'excitation utérine au moyen des sympathies ou de la dissémination d'une matière puisée par la circulation dans ce foyer de vie, que les propriétés nouvelles de l'appareil utérin, ne peuvent être le terme et le produit des propriétés vitales nouvellement développées dans toute l'organisation de la jeune fille. L'utérus n'est donc pas la cause des changements généraux qui, à dater de la puberté, caractérisent la femme, IL EN EST LE CENTRE ; il n'est pas davantage le terme ou l'effet des changements opérés dans l'ensemble, IL EN EST L'ORGANE REPRÉSENTATIF ET LA PLUS HAUTE EXPRESSION ; il est le pouvoir exécutif des fonctions de reproduction auxquelles coopère solidairement avec lui toute l'économie de la femme.

IV

Il résulte de là, que l'appareil de la reproduction chez la femme, se compose, non seulement de l'utérus, des ovaires, et des mamelles, mais encore de tous les éléments organiques et de toutes les propriétés vitales qui, fondus dans le sang et les tissus du corps de la femme depuis la puberté jusqu'à l'âge critique, se rapportent aux fonctions reproductrices, et sympathisent plus particulièrement avec les organes centraux de ces fonctions. Ces éléments caractéristiques partout présents, et ces organes centraux bien localisés forment, je le répète, l'appareil de la reproduction. On n'en peut rien distraire, c'est un organisme complet. Il a son unité et ses parties hiérarchiquement liées et réciproquement nécessaires. Au point de vue de l'anatomie mécanique ou descriptive, cette manière de concevoir un appareil organique ne se justifie pas ; on ne la comprend qu'en se plaçant au point de vue de l'anatomie vivante ou d'évolution, base de la physiologie et seule médicale. L'anatomie descriptive, même générale, est mortelle à la médecine. Les éléments généraux n'ont aucun moyen d'agir sans leur centralisation utérine ; celle-ci, séparée des propriétés générales qu'elle représente, ne répond à rien dans l'économie de la femme, elle y est vraiment un appareil inutile, un organe qui n'a pas sa raison dans l'ensemble, et qui par conséquent ne saurait entrer en action. Je défie qu'on les conçoive mieux l'un sans l'autre, que le centre sans la circonférence.

Mais c'est lorsque cet organisme de la reproduction fonctionne et domine dans la femme, c'est surtout lorsqu'il est malade comme tel, que les rapports et l'unité que je viens de déterminer, se prononcent et accusent la fausseté des systèmes qui sont en présence à l'Académie au sujet des maladies puerpérales.

V

Que voit-on dans la grossesse ? Toute l'économie de la femme modifiée puerpéralement sous l'influence de l'imprégnation utérine, et par là, toute son organisation sympathiquement fécondée, *consentientia omnia*. Dans la formation de la puberté, les trois centres organiques de la reproduction, l'utérus, les ovaires et les mamelles, et avec eux, tous les éléments généraux et toutes les propriétés vitales de reproduction disséminées dans l'organisme de la femme, ont évolué simultanément et en vertu d'une sympathie réciproque. Dans la grossesse, l'impulsion est partie, il est vrai, du centre utérin de l'appareil de reproduction ; et les éléments simples et disséminés de cet appareil, n'ont été excités que secondairement à se développer ; mais ils n'en ont pas moins évolué en vertu de propriétés spéciales, de propriétés de reproduction préexistantes dans chaque point de l'économie. Cette fois, la vie nouvelle de la femme a paru partir du centre principal de son unité ; mais aussitôt, et peut-être dans un instant indivisible, tous les éléments généraux de l'appareil on été émus et sont entrés en exercice pour fermer le cercle de cette fonction. Chaque partie a reçu simultanément, et selon son degré d'importance et de vie, l'ébranlement initial de la conception. Toute l'économie a conçu par l'utérus et avec lui. Cette action et cette réaction réciproquement infinies, ont constitué la gestation ; et arrivée au terme de cet état, la femme est véritablement toute utérine. C'est bien alors qu'on peut dire d'elle avec Van Helmont : PROPTER UTERUM SOLUM, *tota fœmina est id quod est*. La constitution entière est modifiée au point de vue embryogénique, et vers la fin de la gestation surtout, le sang qui renferme les éléments de toutes les sécrétions, est singulièrement préparé pour une application des matériaux nourriciers du fœtus, à la formation du liquide qui va alimenter son développement lorsqu'il ne communiquera plus avec sa mère par les vaisseaux ombilicaux. Alors, le centre de l'appareil reproducteur sera changé, et toute la femme formera du lait par les mamelles.

VI

Je suppose connues les modifications que le sang et les tissus ont subies dans leur composition et leur plasticité à ce moment intéressant pour nous, où tout est prêt pour la naissance des maladies puerpérales ; et je demande aux ontologistes et aux anatomistes de vouloir bien reconnaître ici leur position respective, et de déclarer, si comme physiologistes, ils la maintiennent.

L'état puerpéral physiologique dont toute l'économie est imprégnée, dans la grossesse, procède-t-il mécaniquement de l'utérus, comme l'en font sortir les anatomistes dans l'ordre pathologique ?

Cet état précède-t-il, au contraire, et domine-t-il le développement que prend l'appareil utérin pendant la grossesse ; et celui-ci lui est-il subordonné comme un effet à sa cause, ainsi que le fait supposer la théorie des ontologistes sur les rapports des lésions utérines avec l'affection générale désignée par eux sous le nom de fièvre puerpérale ?

J'espère que la réponse des uns et des autres n'est pas douteuse. Il y a donc, peut-être, une troisième manière de comprendre les rapports des lésions utérines, avec l'état morbide de toute l'économie, dans cette maladie sur la nature et les grands rapports de laquelle l'Académie ne présente pourtant que deux solutions possibles, celle des anatomistes, et celle de ces vitalistes vagues qui ont mérité justement le nom d'ontologistes.

Poursuivons notre étude, et en suivant pas à pas la nature dans sa transition de l'état sain à l'état morbide, nous verrons que si, dans ces deux états, les faits sont changés, les lois auxquelles

---

résout si peu de questions, d'ailleurs. On les pose, et c'est déjà beaucoup pour le repos de celui qui le fait. Quant à les résoudre, c'est l'entreprise de Pénélope. Si une seule question était véritablement résolue dans le monde, le monde aurait trouvé le fameux levier que demandait Archimède.

Grâce à Dieu, le monde ne le trouvera pas, car l'immobilité commencerait avec la certitude.

Aussi le scepticisme ne devient-il dangereux et stupide que lorsqu'il s'affirme pertinemment ; son rôle est d'empêcher l'intolérance et de crier : Cherchons encore ; cherchons toujours.

Quand on y réfléchit bien, on reste émerveillé de l'ampleur, de la variété des convictions que cette incertitude même crée au genre humain. Scientifiquement, je ne suis pas même forcé de croire à la nécessité de la mort. M. Flourens, dans une pensée courageuse à travers les fouilles des opinions reçues, a déjà essayé de prouver aux hommes qu'ils n'étaient pas forcés de mourir entre 70 et 80 ans, selon l'usage consacré aux mairies. Eh bien, on peut dire plus encore sur le même sujet. Quoi donc ? — Ce sera l'objet d'un autre article.

Admirez combien il n'est pas inutile de jeter çà et là, en avant, de hardies propositions. Depuis que M. Flourens a parlé, les centenaires abondent dans les journaux. Or, les journaux ne donnent pas aujourd'hui de fausses nouvelles. Hier encore, 10 avril 1858, je lisais dans ma feuille, qui ne m'a jamais trompé :

« A Rhodes (Turquie), vient de mourir une femme turque, à l'âge de 128 ans. Elle avait conservé jusqu'à la fin toutes ses facultés physiques et intellectuelles. »

M. Flourens a donc fait pour les centenaires ce que M. Honoré de Balzac avait fait jadis pour les femmes de 30 ans ; il ne les a point créés, sans doute ; mais il les a découverts. Nous ne demandons plus qu'à les perfectionner. Voyez déjà : 128 ans, c'est un bel âge.

S'il existait des médecins commissaires de la vie, comme il existe des médecins commissaires des morts, ces fonctionnaires pourraient se livrer à une enquête sur le régime habituel des personnes qui dépassent ainsi les limites de l'existence routinière, et nous éclaircir sur les bienfaits du régime.

Pour moi, observateur mal perché pour voir sainement, j'en conviens, observateur quelque peu morose aujourd'hui, je l'avoue encore ; l'homme vieillit et meurt de ce qu'il mange.

C'est pendant le Carême que j'aurais dû prouver cela, je le sens bien. Mais je me suis avisé trop tard de quelques vingt-quatre heures. Qu'importe, au fond, pour une vérité éternelle ? J'y reviendrai, après le dîner de l'UNION MÉDICALE, avec lequel cet article sur la diète et le régime n'a d'ailleurs aucune espèce de rapport direct ni indirect. Dans ces grandes solennités, le dîner est le plus souvent un accessoire. La cordialité trop souvent — et ici je pense aux festins politiques — en fait tous les frais, et la cordialité n'est jamais indigeste. Il n'y a rien de moins matériel que ce qu'on appelle improprement les repas de corps. Un homme devenu simple et heureux restaurateur, d'homme de lettres qu'il était d'abord, avait, aux environs de 1848, fait disposer une salle de banquet, et au-dessus du buste d'Anacréon, les convives — gens d'élite pour l'ordinaire et partant pauvres — lisaient cet aphorisme en lettres d'or :

On mange beaucoup ; on vit de peu.

C'était une explication délicate du menu et une compensation philosophique au désappointement de l'organe.........

Ainsi finira cet article qui doit l'exemple de la sobriété.

Pierre BERNARD.

NÉCROLOGIE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et honoré confrère,

Je m'empare des paroles de M. le professeur Grisolle, et je dis avec lui à M. Chomel :

« Adieu, maître vénéré, vous qui, depuis vingt-trois ans, n'avez cessé de m'honorer d'une bienveillance toute paternelle, vous qui avez été pour moi un protecteur constant, un guide sûr, un ami dévoué, et qui serez toujours mon modèle ; que votre nom soit à jamais béni, et qu'il me soit permis, en ce moment solennel, de vous payer ce dernier tribut d'affection, de gratitude et de respect. »

Il y a deux ans, à cette époque même, cher confrère, qu'une de mes clientes, atteinte d'une affection grave, désira — après les avis excellents de MM. les professeurs Andral et Bouillaud — avoir aussi les conseils de M. Chomel. Pressés par les accidents qui nous menaçaient, nous ne pûmes cependant obtenir la consultation qu'entre onze heures et minuit. Lorsque j'entendis s'arrêter la voiture du maître, je descendis au devant de M. Chomel, qui, las, épuisé de fatigue, prit mon bras pour s'aider à franchir les degrés. Alors je le remerciai de venir à mon secours à une heure aussi avancée. Avec vivacité, retirant son bras du mien, il me dit ces paroles accentuées d'une manière indicible : « *Mais,* MON AMI, *vous vous intéressez trop à vos malades pour que je ne m'associe pas à vos inquiétudes, à votre dévouement.....* » Exclamation dont le sens, la valeur n'échapperont à personne, dont la délicatesse ne sortira jamais de ma mémoire !

Si vous le voulez bien, Monsieur et cher confrère, consignez ce fait dans votre journal, pour faire apprécier l'homme, le médecin, le maître que nous avons perdu.

Mes remercîmens.

Dr FLEURY,
Membre des Sociétés médicales des 6e et 7e arrondissements.

Ce 14 avril 1858.

Par décret du 27 mars, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A un emploi de médecin principal de 1re classe. — M. Godelier, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Larrey, promu médecin inspecteur.

A un emploi de médecin principal de 2e classe. — M. Grellois, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Thionville, en remplacement de M. Macquin, retraité.

— On nous prie d'annoncer que M. Adde-Margras (de Nancy), qui a conçu l'idée d'ériger un monument à Jenner, vient de donner sa démission de président et de membre de la commission de l'érection de cette statue.

ils obéissent sont les mêmes, et que ce qui est vrai de l'un de ces deux ordres, l'est également de l'autre, selon cette pensée simple et juste d'Hippocrate : *Quæ faciunt in sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas.*

VII

La femme est à terme, elle accouche. Certes, toute l'économie est entrée en action; mais l'utérus a été le centre de l'effort et l'instrument de la délivrance. Il a accompli une fonction; une fonction violente, périlleuse, et qui ne s'est pas accomplie sans emprunter à l'ordre pathologique plusieurs de ses caractères. Aussi, l'état de l'organisme, après ce travail, est-il une disposition imminente à la maladie, et participe-t-il autant de l'ordre pathologique que de l'ordre normal. Et, en effet, après deux jours environ, cet état conclut à une pyrexie particulière qu'on nomme la *fièvre de lait*.

Qu'est-ce que la fièvre de lait? Les centres organiques de la vie de reproduction, l'utérus et les mamelles en sont-ils le point de départ? Est-elle symptomatique, comme on dit, d'une excitation primitive de ces centres de vie? ou bien s'élève-t-elle primitivement de tous les points de l'économie pour se terminer aux mamelles avec la sécrétion du lait, et comme par l'élimination d'un corps étranger déposé dans un lieu quelconque? Nous retrouvons encore ici les deux seules opinions des pathologistes en présence aujourd'hui à l'Académie. Supposez un instant, que la fluxion et la sécrétion laiteuse soient une fluxion inflammatoire et une sécrétion purulente; et les deux systèmes, qui n'osent pas s'avouer en physiologie, s'étaleront à la tribune académique. Le bon sens des anatomistes et des ontologistes peut se révolter : je ne m'attaque qu'à leurs théories, et je prétends qu'elles sont du plus grossier humorisme, et que sous ce rapport, notre science, plus riche et plus exacte dans le détail que celle de nos devanciers, n'a rien gagné en force et en profondeur. Nous en sommes à Boerhaave. L'humorisme ne peut pas plus se passer de l'anatomie morte ou descriptive que la médecine mécanique. Il est condamné à y prendre toutes ses explications.

VIII

Le sang et toute l'économie imprégnés d'éléments propres à la formation du lait; deux glandes où ces propriétés galoctogénésiques sont ramassées à la plus haute puissance, comme la force hématosique au cœur, et les propriétés sensibles au cerveau : tel est l'appareil de la sécrétion du lait. A un moment donné, cet appareil particulier, — *animal in animali* — s'ébranle simultanément dans ses organes exécutifs comme dans ses parties simples et élémentaires, et une formation nouvelle s'accomplit.

Les mamelles n'en sont ni le point de départ ni le terme; elles en sont le centre hiérarchique, c'est-à-dire le centre, comme dans tout système vivant et organisé. En dehors de cette idée, prise de l'anatomie d'évolution, tout n'est qu'humorisme et explications mécaniques prises de l'anatomie du cadavre.

Mais il arrive que l'organisme, ainsi imprégné pour la sécrétion laiteuse, est altéré par une cause interne et des conditions externes quelconques, et notre fièvre puerpérale, au lieu d'être physiologique et de conclure à la formation du lait, va être purulente et conclure à une phlegmasie péritonéale, utérine, péri-utérine, et à la suppuration de ces parties, puis, peut-être, à un entraînement purulent de toute la masse, à une tendance du sang à se transformer en pus, etc. La théorie de ces deux fièvres, de ces deux fluxions et de ces deux sécrétions sera-t-elle différente pour cela? Non. Comme tout à l'heure, l'appareil utérin ne sera ni le point de départ, ni le point de dépôt de la fièvre et de l'infection purulente, il en formera le CENTRE, il représentera l'affection puerpérale à sa plus haute puissance, il en sera la tête; idée aussi éloignée de celle des généralisateurs ontologistes et des localisateurs anatomistes, que l'idée de vie, c'est-à-dire d'organisation ou d'association sympathique d'éléments qui vivent tous d'une vie propre et commune, mais qui sont représentés à divers degrés de puissance dans des centres hiérarchisés, est différente de l'idée d'un mécanisme fait de main d'homme. Il y a entre ces deux points de vue, la distance de l'intussusception à la justà-position, ou de l'embryologie à l'anatomie morte et extérieure qu'on étudie à l'amphithéâtre.

IX

J'ai exposé dans ce journal (mai 1855) les mêmes idées, mais appliquées à la sécrétion urinaire et à la maladie de Bright. J'ai démontré, que ni les altérations générales de l'économie ne précédaient et ne causaient dans cette maladie les altérations caractéristiques du rein; ni celles-ci ne précédaient et ne causaient l'anasarque et les déviations spéciales de l'hématose et de la nutrition, mais que ces deux ordres de dégénérations, et locales et générales, étaient indivisibles et simultanées comme la sécrétion urinaire elle-même. Celle-ci, en effet, s'accomplit élémentairement partout, et éminemment au rein où se trouve centralisée sa plus haute puissance. C'est une loi générale donnée par l'embryogénie; c'est la nature prise sur le fait; c'est le principe même de la physiologie. Il est applicable à toutes les sécrétions. En médecine, il peut seul fournir les bases d'une bonne pyrétologie, comme je le prouverai plus tard. En attendant, il résout la difficulté qui s'élève entre les localisateurs et les généralisateurs au sujet de la fièvre puerpérale. Il les met d'accord en les condamnant les uns et les autres, et en unissant dans une théorie supérieure, les faits dont chaque système se prévaut exclusivement.

Les altérations que présente l'appareil utérin dans cette maladie, ne sont pas plus la cause et l'origine de la fièvre et des altérations générales, que celles-ci ne sont l'origine et la cause des lésions utérines. C'est un cercle, comme d'ailleurs toutes les fonctions et toutes les maladies. Il y a là une affection simultanément générale et locale avec des degrés divers de concentration. Son appareil se compose, non seulement de l'utérus et de ses annexes, mais des éléments disséminés et des propriétés simples de tout l'organisme qui sont spécialement afférents à la fonction puerpérale.

Comme l'organisme forme partout les éléments de l'urine, et que l'urination parfaite s'accomplit aux reins, centre de la fonction, ainsi dans la fièvre puerpérale purulente, tout l'organisme de la femme forme les éléments du pus, mais la suppuration s'opère dans l'utérus et ses annexes, etc., centres de l'affection puerpérale. Toute l'histoire de la puberté, de la gestation, de l'accouchement et de ses suites, prouve que l'économie entière est liée à l'utérus pour former l'état puerpéral physiologique. Dans cet état, toutes les parties de l'organisme tournées vers la fonction de reproduction font la même chose; elles sont imprégnées des mêmes propriétés fondues partout avec le sang et les tissus, mais centralisées dans l'appareil utérin.

Maintenant, que l'état puerpéral passe au type pathologique; et dans ce désordre, dans cet état autre *(alter)*, ou dans cette *altération*, les mêmes rapports et la même unité organisée subsisteront. Tous les éléments puerpéraux disséminés, toutes les propriétés vitales de cette espèce, dont l'économie entière est imprégnée, seront viciés; et l'appareil utérin, centre de cet état morbide, ramassera et représentera cette altération générale au plus haut degré. C'est en lui que les désordres seront le plus marqués; c'est en lui, que ce qui est partout élémentaire et séminal, sera composé et mûr. Il n'en est donc, comme je l'ai dit, ni l'origine, ni le terme, ni le point de départ, ni le point de dépôt : il en est le centre vivant. Cette idée est essentiellement différente de celle des localisateurs et des généralisateurs, et, à plus forte raison, de la fusion éclectique de ces deux systèmes. Elle enlève à ces systèmes toute raison d'être; elle ne leur laisse même plus rien de spécieux; car elle s'assimile par la force d'un principe supérieur, les faits incontestables sur lesquels ils s'appuient tous deux, et ne leur laisse que leurs erreurs.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

DU CANCER ÉPITHÉLIAL ET DE SA CURABILITÉ.

Très honoré et cher rédacteur,

Je vous adresse, pour votre excellent journal, quelques faits de médecine et de chirurgie qui m'ont paru intéressants. Si vous les jugez tels, vous les offrirez à vos nombreux lecteurs.

Je commence par les faits chirurgicaux. Le compte-rendu de la Société de chirurgie du 29 décembre dernier m'y engage. Depuis longtemps déjà j'avais l'intention de vous les communiquer, mais je voulais un à propos.

D'après quelques-uns des savants membres de cette Société, il n'y aurait vraiment pas de différences à établir entre le cancer encéphaloïde et le cancer épithélial ou épithélioma, tant sous le rapport de l'aptitude à la récidive après les opérations, que sous celui de la généralisation.

Certains d'entre eux pensent que l'épithélioma se généralise plus fréquemment, et est, par conséquent, plus sujet à la récidive.

Il semblerait, d'après les faits que j'ai eu occasion d'observer, que cette manière d'envisager les choses (en ce qui concerne la peau du moins) ne serait pas rigoureusement l'expression de la vérité.

Ces faits m'avaient déjà, à l'époque où je concourais pour le chef-internat à Bordeaux (juillet 1841), fait établir une distinction entre les cancers d'origine cutanée et ceux qui avaient pris naissance sous la peau.

Je disais à cette époque, où il était peu question de *cellule*, de *fibro-plastique*, *d'épithélial*, et où l'on disait seulement squirrhe, etc., etc., je disais qu'il ne fallait pas confondre sous le rapport de la gravité, soit qu'ils fussent abandonnés aux seules ressources de la nature, soit qu'ils fussent opérés, le cancer de la peau et celui qui s'était développé sous cette membrane. Je disais que ce que l'on était convenu d'appeler *noli me tangere*, était principalement celui qu'il fallait opérer, que lui seul offrait de véritables chances de succès, et qu'il en offrait à peu près toujours, tandis que les autres n'en offraient presque jamais, ou même jamais.

Cette opinion, qui était hardie pour l'époque où elle était émise et aussi par rapport à celui qui l'émettait, était cependant basée sur un certain nombre de faits soigneusement observés. J'avais, en effet, été frappé de ceci, à savoir, que tous ceux que j'avais vu opérer pour des cancers qui ne s'étaient pas développés au *soleil*, avaient été victimes de récidives plus ou moins promptes. J'avais même cru remarquer que l'opération abrégeait plus ou moins leur existence, mais enfin qu'elle l'abrégeait; tandis que j'avais observé, au contraire, que les individus opérés pour des cancers cutanés, et surtout pour des cancers de la face ou *noli me tangere*, carcinomes, etc., même quand ils portaient sur les ouvertures naturelles, malgré le procédé défectueux que l'on employait alors (épingles d'or très grosses en fer de lance), guérissaient tous, ou à peu près tous.

Je ne sais quel compte on me tint de cette opinion; mais je sais que, depuis, loin de s'affaiblir par les faits que j'ai observés, elle n'a fait que se fortifier de plus en plus.

Voici quelques-uns de ces faits, choisis parmi de plus nombreux.

Je demande la permission de commencer par un fait qui ne m'est personnel qu'à demi, mais qui me semble avoir une grande valeur à cause de son ancienneté.

PREMIER FAIT. — Le nommé Baudou, du village de Bignat, commune de Chamadelle, près Coutras, fut opéré, en 1839, par feu le professeur Moulinié, d'illustre mémoire, d'un cancer de la lèvre inférieure, qui envahissait une grande étendue de cet organe, et principalement sa moitié gauche.

L'opération fut faite avec toute la dextérité et le soin désirables, mais on se servit, pour réunir, d'épingles d'or en fer de lance. Il survint du gonflement, et les épingles ne tardèrent pas à couper la lèvre qui, par conséquent, ne se réunit pas par première intention. Il en résulta une plaie très large et d'assez mauvais aspect. Je fus chargé des soins à donner à Baudou; et, un mois environ après, ma peine fut couronnée d'un succès complet : il restait seulement une cicatrice luisante qui faisait un peu grimacer la bouche, pendant les mouvements nécessités par l'acte de la parole.

Aujourd'hui, Baudou jouit d'une excellente santé, et aucune récidive n'a eu lieu. Je vois souvent cet homme.

DEUXIÈME FAIT. — A peu près à la même époque où Baudou était opéré à la salle 18 de l'hôpital Saint-André, j'opérais à la salle de garde, avec le concours de M. Hérigoyen, alors mon adjoint, et qui depuis est devenu chirurgien de cette maison, un homme de 25 ans environ, qui avait une maladie en tout semblable à celle de Baudou. Je prolongeai mon incision très bas, de manière à avoir un V allongé, et je me servis, pour réunir, d'épingles ordinaires. J'eus une magnifique réunion immédiate, et le malade était guéri au troisième jour. J'ai revu cet homme plus de deux ans après l'opération : il n'y avait pas eu de récidive.

TROISIÈME FAIT. — Le 6 janvier 1846, j'enlevai au nommé Ardoin, âgé de plus de 60 ans, demeurant au village des Michons, commune de Saint-Martin-de-Toux, un énorme carcinome de la lèvre inférieure, siégeant presque à son milieu. Je fus obligé, pour pouvoir réussir, de prolonger ma double incision jusqu'au voisinage du cartilage thyroïde. J'obtins, au moyen d'épingles ordinaires, une réunion immédiate et franche qui me donna une guérison au troisième jour. Cet homme est mort il y a peu de temps, sans avoir vu son mal récidiver.

QUATRIÈME FAIT. — A la même époque, j'enlevai au nommé Auduberteau, demeurant à Tizac, un carcinome ulcéré de la joue gauche. Réunion immédiate au troisième jour. Point de récidive depuis lors.

CINQUIÈME FAIT. — Au mois d'août 1847, je pratiquai au nommé Arnaudin, du village de Villiers (Cercoux), l'ablation d'une tumeur carcinomateuse de la lèvre inférieure, du volume d'une petite noix. Réunion immédiate et guérison au bout de quarante-huit heures. Cet homme, qui a 70 ans, jouit d'une bonne santé.

SIXIÈME FAIT. — Le 21 mars 1843, j'enlevai à la veuve Blanc, du village de Mirambeau (Cercoux), une tumeur cancroïde ulcérée ayant son siége à l'une des joues. La réunion immédiate n'est point obtenue, et cependant guérison prompte qui ne s'est point démentie jusqu'à la mort de la malade, arrivée six ans plus tard.

SEPTIÈME FAIT. — Bouton cancroïde enlevé sur le nez à la femme Nau, du bourg de Bédenac, il y a plus de trois ans; réunion au moyen des serres-fines. Point de récidive jusqu'à ce jour.

HUITIÈME ET NEUVIÈME FAITS. — Deux femmes de mon voisinage, opérées presque en même temps d'ulcères cancroïdes de la face, dont l'un avoisinant la paupière inférieure, et ayant été excités par toutes sortes de mauvais procédés, guéries toutes les deux, sans réunion immédiate depuis plus de deux ans.

DIXIÈME FAIT. — Le nommé Boutoule, âgé de 60 ans, demeurant à la Germinerie, commune de La Clotte, porte sur le front une tumeur d'aspect verruqueux, du volume d'une noix, un peu aplatie et ulcérée. Cette tumeur, qui est irritée depuis longtemps par toutes sortes de drogues, siége sur une ancienne cicatrice, suite de brûlure.

Elle me paraît adhérer au péri-crâne. Je la traite par le chlorure de brôme qui semble en avoir raison : elle se cicatrise. Mais, six mois plus tard, elle s'ulcère de nouveau. Elle me paraît alors plus mobile et adhérer moins au périoste frontal. Je me décide à l'enlever. Je procède à son ablation dans la première semaine de mai 1856. Je la circonscris par deux incisions semi-elliptiques que je prolonge jusqu'à la racine du nez, La guérison a eu lieu dans l'espace d'un mois environ. Depuis lors, Boutoule jouit d'une bonne santé et son mal ne semble pas devoir reparaître.

ONZIÈME FAIT. — Au mois de juillet dernier, j'ai opéré, par le procédé en plat-à-barbe, le nommé Galmand, vieillard de plus de 80 ans, demeurant au bourg de Saint-Martin-de-Toux, d'une horrible dégérescence de presque toute la lèvre inférieure.

Ce vieillard, qui était épuisé par son horrible mal, et qui semblait toucher au terme de sa carrière déjà si longue, a guéri en fort peu de temps. Sa santé s'est raffermie, et il semble devoir parcourir encore de *longs jours*.

DOUZIÈME FAIT. — Pour ne pas allonger outre mesure cette note, je terminerai par le fait bien curieux, à mon avis, que m'a offert le nommé Gauthier.

Cet homme, qui habite un pauvre village de nos Landes, porte, à la région canine gauche, un vaste ulcère malin, qui a commencé, il y a plus de dix ans, par un bouton. Plusieurs fois j'avais proposé à Gauthier de le débarrasser de son mal si dégoûtant; il avait fait la sourde oreille.

Voyant enfin sa position s'aggraver sans cesse, et devenant un objet de dégoût et presque d'horreur pour ceux qui l'entouraient, il se décida, au printemps de 1854, à aller à l'hôpital de Bordeaux, d'où les habiles chirurgiens de cette maison le renvoyèrent sans avoir rien tenté pour lui.

Gauthier vint alors me voir.

Voici à peu près l'état dans lequel il était à cette époque :

Une vaste ulcération ayant dévoré la moitié gauche de la lèvre supérieure, l'aile du nez du même côté et la cloison, une partie de la joue, arrivant presque jusqu'à la base de l'orbite, défigure singulièrement cet homme, qui souffre d'atroces douleurs. Une suppuration ichoreuse et fétide le rend tout à fait repoussant. Les os et les racines des dents sont

à nu. Le mal fait chaque jour de nouveaux progrès. Loin d'exagérer, nous amoindrissons le triste tableau offert par la figure mutilée de Gauthier.

On pourrait croire qu'il ne restait à ce malheureux qu'à faire le sacrifice de la moitié de sa face, en supportant l'une des plus hardies opérations dont puisse se vanter la chirurgie moderne, ou bien à se résigner à une mort affreuse et plus ou moins prompte.

Il n'en a pas été ainsi cependant.

Convaincu que presque toujours, sinon toujours, le cancer d'origine cutanée est local (il l'était ici), je crus pouvoir tenter quelque chose dans l'intérêt de Gauthier.

Je le soumis aux cautérisations par le chlorure de brome, qui furent répétées une dizaine de fois. Ces cautérisations sont excessivement douloureuses et n'agissent que très superficiellement. Cependant, il me semble qu'il serait injuste de leur refuser une certaine efficacité. Il est bien sûr qu'elles sont d'un emploi difficile et délicat. Mais il me paraît certain aussi qu'elles modifient d'une manière bien favorable les surfaces des plaies cancéreuses, tout en améliorant singulièrement l'état général des sujets. Trois fois seulement j'ai fait usage du chlorure de brome en application sur des surfaces cancéreuses, et trois fois j'ai vu ces surfaces promptement et avantageusement modifiées, tendant visiblement à la cicatrisation. Mais l'état général aussi a toujours été sensiblement modifié en bien : les sujets retrouvaient de l'appétit et du sommeil; leur physionomie s'éclaircissait; ils reprenaient de la mine. Mais il est évident que ce moyen ne convient qu'aux plaies cancéreuses et est tout à fait inapplicable aux tumeurs..... Mais revenons à Gauthier. Aux cautérisations au chlorure de brôme ont succédé celles au chlorure de zinc. Je me suis servi de la gutta-percha au chlorure de zinc, que je taillai sous toutes les formes, et que j'adaptai aux différentes anfractuosités du mal de Gauthier. Enfin, j'ai eu recours, en dernier ressort, à une pâte faite en mélangeant le chlorure de zinc à celui d'antimoine. Au moyen de ces différentes pratiques, j'ai eu la douce satisfaction d'arrêter le mal si envahissant de Gauthier. Ce mal, si incurable en apparence, n'a pour ainsi dire pas marché depuis mes premières tentatives.

Aujourd'hui, Gauthier n'offre qu'une vaste échancrure de la peau, qui constitue, il est vrai, une bien grande mutilation, mais qui ne tend plus à la destruction de l'individu par des progrès incessants.

Il y aurait à tenter, pour Gauthier, une bien belle opération autoplastique, qui, infailliblement, réussirait. Je l'aurais déjà tentée, si la position si précaire de mon malheureux malade me l'eût permis.

La misère, quand elle est portée à un grand degré, est peut-être plus déprimante encore que la plus triste de toutes les maladies. Mais il n'est pas ici le lieu de nous apitoyer sur de semblables sujets, pour lesquels, à notre grand regret, nous ne pouvons rien, si ce n'est gémir.

Voyons bien plutôt quelles conséquences découlent de tout ce qui précède. A notre avis, deux conséquences peuvent et doivent être tirées de notre travail.

Si ces conséquences, et nous n'en doutons point, venaient à se confirmer en se généralisant, elles constitueraient un bienfait envers la pauvre humanité.

1° Le cancer cutané se généralise rarement; presque toujours il est local. Il est donc essentiellement curable soit, et surtout, par le bistouri, soit par les caustiques, quand celui-ci n'est pas applicable ou l'est difficilement. Il est donc exclusivement du ressort de la chirurgie.

2° Le cancer d'une autre origine (ceci est moins rigoureux) se généralise le plus ordinairement; par conséquent, il n'est généralement accessible ni au bistouri, ni aux caustiques; donc, il n'appartient pas légitimement à la chirurgie, et est esssentiellement du ressort de la médecine.

Que l'on y réfléchisse.

Dr BERTET, de Cercoux.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE.

DÉPLACEMENT DU CRISTALLIN OPAQUE; par le docteur BROWNE. — Le malade, âgé de 55 ans, a reçu dans son enfance un coup de canif dans l'œil droit, dont la vision est perdue depuis cette époque. Il y a dix-huit mois, la vue de l'œil gauche a commencé à baisser graduellement, finalement elle a été réduite à la distinction du jour et de la nuit. Le cristallin est opaque, et en dilatant la pupille on voit qu'il est déplacé et porté vers l'angle interne de l'œil, de manière à laisser en dehors un très petit espace libre à travers lequel le malade voit passablement. Évidemment le cristallin n'est plus fixé dans la fossette hyaloïdienne, par suite peut-être de la désorganisation de l'humeur vitrée et d'une destruction partielle des procès ciliaires. La cataracte est tremblotante; il est donc à présumer que le cristallin, libre de ses attaches aux procès ciliaires en dehors, n'est plus retenu que par quelques filaments du côté interne. M. Browne regarde cette affection comme le résultat d'une maladie de l'hyaloïde et de la désorganisation du corps vitré; le traitement qu'il propose consiste à ponctionner la capsule, et, plus tard, à extraire le noyau lorsque les couches corticales auront été absorbées. — (*Dublin hospital Gazette,* janvier 1858.)

OCCLUSION DE LA PUPILLE PAR L'ADHÉRENCE DE L'IRIS A UNE CAPSULE OPAQUE; INCISION DE L'IRIS; EXTRACTION DE LA CAPSULE; GUÉRISON; par le docteur H. WALTON. — Femme de 45 ans, faible, maigre. L'œil a été désorganisé par de fréquentes inflammations; l'œil gauche présente l'état suivant : la cornée est opaque dans toute son étendue, sauf au centre; la sclérotique est vascularisée; l'iris, décoloré, est bombé en avant; la pupille, très contractée, est adhérente à la cristalloïde opaque.

Toute inflammation ayant disparu, et la sensibilité de la rétine étant démontrée par la perception des ombres, M. Walton se décida à tenter l'opération. La cornée étant ponctionnée latéralement dans une étendue suffisante pour permettre la sortie du cristallin qui doit être opaque, l'iris est incisé sur la pupille, on excise une portion de l'iris, puis, avec des pinces, on enlève la capsule opaque dont les adhérences étaient faibles. Il n'y avait pas de cristallin, il avait été résorbé. La pupille artificielle se trouvait juste en face de la portion saine de la cornée; la vision était bonne. — (*British med. Journ.*, décembre 1857.)

PTOSIS ET LAGOPHTHALMOS (PARALYSIE DE L'ORBICULAIRE) CHEZ LE MÊME SUJET; par le docteur H. WALTON. — Ce fait, très intéressant, est un curieux exemple des différents effets produits par la paralysie de nerfs différents sur les deux côtés de la face. Le malade, âgé de 50 ans, est beaucoup plus vieux que son âge; il est pâle, maigre, anémique; c'est un grand buveur et un grand fumeur. Il présente à gauche un léger ptosis de la paupière supérieure, et à droite une paralysie de l'orbiculaire des paupières, ce qui le met dans l'impossibilité de fermer complétement ses yeux. La vue est bonne, le ptosis dépendant simplement d'une paralysie de l'élévateur de la paupière, et le lagophthalmos tenant seulement à une paralysie faciale limitée aux filets de l'orbiculaire. Il n'y a pas de douleur sur le trajet du nerf, ni à la base de l'oreille. Le traitement a cousisté dans l'administration de toniques, fer, quinquina, et la diminution du tabac et du vin. L'amélioration a été prompte. — (*British medical Journal*, décembre 1857.) — D.

RÉCLAMATION.

A M. le docteur BÉHIER, *auteur des*

LETTRES SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Ne recevant pas directement l'estimable journal dans lequel vous écrivez, je n'ai lu qu'aujourd'hui la lettre par laquelle vous vous demandez si c'est bien de vous que j'ai voulu parler dans mon petit travail sur la fièvre puerpérale. Si vous étiez dans le doute, il me semble que vous m'auriez répondu avec un peu moins de vivacité. Comme vous vous proposez de revenir sur l'ensemble de mon travail, j'attendrai votre jugement pour avouer mes torts, si vous me faites l'honneur de me les démontrer. Vous me laisserez, bien entendu, le droit de défense et au besoin le droit de représailles.

Vous paraissez être blessé de ce que j'ai dit que vous avez déserté les idées de votre maître. Un élève écrit à son maître pour tâcher de lui persuader que la fièvre puerpérale est une simple inflammation, tandis que, pour ce dernier, les inflammations dans cette maladie sont aussi secondaires que nombreuses et variées (la fièvre puerpérale est pour M. Trousseau une maladie essentielle, spécifique), et cet élève ne déserte pas les idées de son maître!!... Je laisse nos lecteurs juges du différend.

Le verbe déserter ne vous convient pas non plus *parce qu'on l'emploie peu avec un régime direct.* Il m'aurait fallu dire alors crûment que vous étiez un déserteur ou que vous aviez déserté; ce qui n'était pas dire *vous avez déserté les idées de votre maître.* Le verbe déserter, comme je l'ai employé, rend, par conséquent, ma pensée avec plus de justesse, et comme il est français c'est tout ce qu'il me faut. Ce n'est pas au mot, du reste, que je m'arrête, et, si vous le voulez bien, nous dirons que, quoiqu'élève de M. Trousseau, vous professez sur la fièvre puerpérale des idées tout opposées aux siennes; à moins, toutefois, que vous ne vous tourniez de son côté à la fin de votre travail, car je vois que vous commençez déjà à mettre en jeu l'état typhoïde. D'après cela, je ne désespère même pas de nous trouver un jour à côté l'un de l'autre, et vous savez désormais quelle est ma manière de voir sur ce sujet.

J'arrive aux noms dont vous m'accusez d'avoir altéré l'orthographe. Quant à celui de M. Jacquemier, ce n'est pas la première fois que je l'écris, et l'erreur vient de l'imprimeur. Si vous voulez vous donner la peine d'examiner minutieusement les articles que j'ai publiés, vous verrez qu'il y a bien des lettres à redresser, à ajouter et à retrancher. L'imprimerie du *Moniteur des hôpitaux* n'est pas encore bien familiarisée avec les noms propres dont nous nous servons en médecine. Si le tirage à part que je fais faire avait déjà paru, vous y auriez lu en toutes lettres le nom de M. Jacquemier et d'autres médecins qui y sont incorrectement indiqués. Pour ce qui concerne votre nom propre, j'avoue ma méprise. L'écrivant pour la première fois et n'ayant pas votre signature sous les yeux, je l'ai écrit tel qu'on le prononce et tel qu'on écrit les mots qui lui ressemblent le plus. Je n'ai pas eu, je l'avoue, assez de présence d'esprit pour me dire que votre nom prononcé d'une manière pouvait être très ambigu pour la manière de l'écrire. Dans tous les cas, il n'y a pas erreur dans la personne, et, par conséquent, il n'y a pas de nullité dans l'acte. Je vous dirai seulement que, si je devais être aussi sensible que vous le paraissez toutes les fois qu'on prononce mal mon nom ou qu'on l'écrit incorrectement, j'aurais trop à faire et je risquerais de renier souvent l'identité de ma personne. Mon nom ne renferme pas cependant des lettres muettes.

J'avais déjà rectifié aussi cette erreur dans le tirage à part, avant même que vous eussiez publié votre cinquième *Lettre*, mais, à moins de faire inscrire l'orthographe de votre nom dans le Dictionnaire de l'Académie française, il doit vous arriver de le lire plus d'une fois avec quelque lettre de plus ou de moins, comme cela a lieu dans les rapports usuels pour tous les noms qui n'ont pas une étymologie bien connue.

Je suis surpris de vous voir disposé à vous guider sur les faits dont je parle, d'après quelques fautes d'impression ou d'après une lettre que j'ai mise de moins à votre nom. Vous savez comme moi combien la nature est bon imprimeur, et ses résultats ne sont pas ambigus comme les noms que les hommes peuvent se donner; ces résultats n'ont pas un *h* muet; soyez-donc assez bon pour ne pas suivre un pareil système dans l'interprétation des faits.

Quant à ma manière d'écrire, que vous paraissez désapprouver, je vous dirai que je n'ai jamais eu la prétention d'être un littérateur. J'ai assez de motifs pour ne pas ambitionner ce titre, et les idées me préoccupent toujours beaucoup plus que la rondeur de la phrase. Le médecin qui veut plaire, surtout par son style, à moins qu'il n'ait la facilité d'écrire de Voltaire, a beaucoup de temps à perdre, ou il est comme les petits marchands de Paris, qui, n'ayant pas beaucoup de fonds, mettent tout ce qu'ils ont en étalage. Lorsque Dupuytren, qui a été le plus grand chirurgien de la France, a écrit plus d'une fois dans un style négligé, lorsque Napoléon Ier, qui est le plus grand génie de notre siècle, a fait plus d'une fois des fautes d'orthographe, je puis, comme le commun des mortels, ne pas m'arrêter à écrire pour charmer mes lecteurs.

Lorsque vous examinerez le travail, dont j'aurai l'honneur de vous adresser la copie, je vous prierai donc d'aller au fond des choses. Vous arrêter à la forme, cela ne me paraît être sérieux ni pour vous, ni pour moi, ni pour nos lecteurs. Quant à la libre discussion des idées scientifiques, je suis franchement avec vous; il y a longtemps, du reste, que je professe et pratique ce principe. M. Dubois, s'il veut, peut m'appeler un déserteur, sans que pour cela je me fâche, et même sans que je cesse de l'aimer et de le vénérer comme vous pouvez le faire, et comme nous le faisons tous pour M. Trousseau.

En attendant l'occasion de nous mettre tout à fait dans de bons rapports scientifiques, j'ai l'honneur d'être, etc.

A. MATTEI, d.-m. p.

Paris, le 17 avril 1858.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 49. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 27 Avril 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An........... 32 Fr.
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
à PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, membre correspondant, a lu un mémoire sur la *restauration des cicatrices vicieuses*.

L'auteur insiste particulièrement sur deux procédés dont il est l'auteur : l'un, qu'il désigne sous le nom de *sections ondulées ou en zigzag*, applicable au traitement des cicatrices trop courtes, l'autre, qui est applicable au traitement des adhérences vicieuses, et qui consiste à utiliser le tissu cicatriciel, pour en faire un lambeau que l'on couche et que l'on fixe au fond d'une incision, de manière à constituer une commissure. Ce dernier procédé a été appliqué avec succès par l'auteur dans plusieurs cas de syndactylie et de symblépharon. On avait déjà eu recours à l'autoplastie pour former des commissures et pour empêcher la récidive des adhérences, mais on se servait de lambeaux pris dans la peau saine des parties adjacentes ; M. Decès, au contraire, forme ce lambeau avec la cicatrice même.

M. Deguise pense que ce procédé n'est pas toujours applicable au traitement de la syndactylie, parce que la cicatrice est souvent trop étroite pour pouvoir fournir les éléments d'un lambeau. Dans un cas qu'il a présenté à la Société, et où deux doigts étaient ainsi soudés dans toute leur longueur, M. Deguise a eu recours au procédé de M. Didot, de Liége, avec un succès à peu près complet. La palmature s'est en partie reproduite, mais elle n'occupe que la moitié de la première phalange. L'union des doigts était si intime dans ce cas, que le procédé de M. Decès eût été presque impraticable.

Quant à l'opération de M. Decès pour le symblépharon, M. Deguise avance qu'elle est déjà décrite dans la thèse inaugurale de M. Vautrin.

M. Verneuil dit que l'application de ce procédé au symblépharon appartient à M. Decès. Le cas de M. Laugier, rapporté par M. Vautrin, est, en effet, postérieur à celui de M. Decès. Mais un procédé tout à fait semblable, attribué à tort à Dieffenbach, avait déjà été employé, en 1827, par Werneck, pour la restauration de la bouche. Si on cherche dans les applications particulières l'origine de la méthode générale, qui consiste à faire une commissure artificielle au moyen de l'autoplastie, on est obligé de remonter jusqu'à Zeller, en 1810. Mais M. Decès est le premier qui ait généralisé cette méthode.

Selon M. Decès, le procédé que M. Laugier a mis en usage pour le symblépharon est postérieur au sien, et en diffère d'ailleurs essentiellement. Il avait parlé de son procédé quelques jours auparavant à M. Laugier, qui se proposait d'abord de l'appliquer, mais qui, au moment de l'opération, en appliqua un autre. Il fit de la cicatrice un lambeau, qu'il inclina verticalement, et qui fit paroi avec la paupière. M. Decès, au contraire, déprime ce lambeau et le fixe au fond de la rainure oculo-palpébrale, laissant ensuite le globe de l'œil et la paupière se cicatriser isolément.

Relativement au procédé de Zeller pour la syndactylie, M. Decès ajoute que ce procédé diffère encore essentiellement du sien. Zeller, après avoir fendu la palmature, prenait, sur la peau saine de la main, un lambeau qu'il renversait dans la commissure digitale. M. Decès, au contraire, forme, avec la palmature elle-même, un lambeau rectangulaire étroit et long, qu'il incline à angle droit, de manière à le coucher dans le fond de la commissure, et dont il fixe ensuite le sommet sur le dos ou dans la paume de la main. Il suffit que la palmature ait 2 millimètres de large pour que ce procédé soit applicable.

Le mémoire de M. Decès est renvoyé au comité de publication.

M. Deguise invite M. Decès à suivre ses opérés avec soin, parce qu'à la suite des opérations de ce genre la récidive est fréquente, et qu'elle survient quelquefois au bout d'un temps assez long.

— Dans la même séance, M. Larrey a lu un rapport sur une proposition déposée dernièrement sur le bureau et signée de dix membres, qui demandent, conformément aux nouveaux articles des statuts, que M. Velpeau soit nommé membre honoraire de la Société de chirurgie. M. le rapporteur conclut dans le même sens que les signataires de la proposition.

En conséquence, la Société sera appelée, dans la prochaine séance, à voter sur cette proposition.

Nous extrayons du procès-verbal de la séance suivante ce qui a trait à cette proposition :

« L'ordre du jour appelle le vote sur les conclusions du rapport lu dans la dernière séance par M. Larrey. La commission a proposé de décerner à M. le professeur Velpeau le titre de membre honoraire.

Votants, 27. — Un bulletin blanc a été déposé dans l'urne, M. Velpeau a obtenu tous les autres suffrages.

En conséquence, M. Velpeau est proclamé membre honoraire de la Société de chirurgie. M. le Secrétaire général est chargé de lui faire part de cette nomination. »

— M. Giraldès communique une lettre de M. le docteur Kuhn, de Gaillon, sur le traitement du mal vertébral par des appareils amidonnés. Ce traitement, qu'il a imaginé en 1848, a, depuis lors, été appliqué à un grand nombre de malades et a donné des résultats avantageux. M. Kuhn procède de la manière suivante :

« Je fais mouler, dit-il, le dos du sujet, couché sur le ventre *et dans la position la plus redressée possible*. Le moule comprend les parties postérieure et latérale du tronc, depuis le bas de la région cervicale, jusqu'à environ 2 centimètres au-dessous des crêtes iliaques (plus ou moins haut ou bas, selon les exigences du cas particulier), en ayant soin de bien prendre le dessous des aisselles. Le moule pris je fais sécher le plâtre (au four, chez le premier boulanger venu) et puis j'applique mon appareil amidonné sur le plâtre, en commençant par étendre une peau de chamois ou de basane, légèrement humectée, qui se prête à merveille à toutes les saillies et anfractuosités du moule. Par-dessus cette peau, viennent les bandes amidonnées, de carton mince ou de papier, imbriquées et entrecroisées, en couches d'environ 3 millimètres d'épaisseur, en ayant soin de ne pas laisser trop d'inégalités à la surface extérieure.

» Ces bandes sont recouvertes à leur tour d'une pièce de coutil de bonne qualité. Le tout est ensuite fixé exactement et solidement, au moyen de tours de bande, et abandonné à la dessiccation. L'appareil forme ainsi une espèce de plastron ou de carapace, exactement moulé sur toutes les saillies et anfractuosités du corps, et qui, pour ce motif, est mieux supporté qu'aucun autre. Je le fais compléter antérieurement par un demi-corset élastique fixé aux enveloppes du plastron, lacé sur le devant et garni de baleines longitudinales. Des *épaulettes* mobiles, croisées au-devant de la poitrine, servent à maintenir la partie supérieure du tronc contre le plastron.

» En raison du contact parfait, cet appareil soutient mieux le tronc qu'aucun autre ; il permet au malade de changer à volonté son décubitus, sans danger de dérangement des surfaces malades ; car il maintient ces parties dans une immobilité parfaite, tout en permettant le mouvement des autres parties ; il entretient autour de la gibbosité une chaleur bienfaisante et toujours égale, et la protége efficacement contre toute violence extérieure. Ces conditions réunies contribuent, autant et plus qu'aucune médication, à amener la guérison. On peut faire percer des trous dans

Feuilleton.

NÉCROLOGIE.

FUNÉRAILLES DE M. LE DOCTEUR BÉDOR, DE TROYES.

Les funérailles de M. le docteur Bédor, chevalier de la Légion d'honneur, président de l'Association médicale de l'Aube, membre de la Société académique de ce département et de plusieurs autres Sociétés savantes, décédé à l'âge de 74 ans, ont eu lieu le 7 de ce mois, à Troyes.

Tout le corps médical, la plupart des membres de la Société académique, un détachement d'infanterie de ligne, de nombreux amis l'ont accompagné à sa dernière demeure, voulant rendre hommage au praticien distingué, à l'homme de science et de dévouement. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Carteron-Corthier, Desguerrois et Vauthier, docteurs en médecine, et M. Jules Ray, pharmacien.

M. Viardin s'était chargé d'adresser le dernier adieu à son confrère au nom de l'Association médicale, au nom de tous ; mais un devoir plus impérieux l'a arraché subitement à la cérémonie, et M. le docteur Vauthier a prononcé le discours qu'avait préparé M. Viardin.

Nous nous faisons un devoir de reproduire ici un extrait de ce discours ; il résume parfaitement la vie de M. le docteur Bédor, si accidentée à sa première phase :

« Le docteur Bédor a débuté dans une voie qui double les périls professionnels, en y ajoutant ceux de la vie militaire. Après avoir été reçu élève chirurgien de la marine, il s'embarqua à Brest, le 3 germinal an X (24 mars 1802), sur la corvette le *Poëland*, et arriva à Saint-Domingue, où la fièvre jaune décimait la population. A peine au mouillage, l'équipage paie son tribut au fléau, et le jeune chirurgien ne voit autour de lui que des malades et des mourants. Il se multiplie, il se dévoue, il joue à chaque instant sa vie ; mais le fléau, que rien ne peut arrêter, anéantit la presque totalité de l'équipage.

» Miraculeusement épargné, le jeune chirurgien monte à bord du vaisseau le *Mont-Blanc*, et revoit son pays natal, la ville de Brest, où il passait pour mort.

» Ma tâche n'est pas de détailler les épisodes de la vie militaire si accidentée de notre collègue. Je me borne donc à rappeler qu'il reprit la mer pour retourner aux Antilles, où les mêmes épreuves, et j'ajoute le même bonheur, lui étaient réservés. Aux prises avec les fièvres des colonies, il en brava heureusement les dangers. De Toulon, où il arriva au milieu d'un équipage qui comptait plus de malades que de valides, il se rendit une troisième fois dans les parages américains. Le *Pluton*, son navire, attaqua le fort Diamant occupé par les Anglais, et, après trois jours de bombardement, il eut l'honneur d'arborer sur ses murs ébréchés le drapeau de la France.

» Vous savez tous ce qu'il y a de douloureux épisodes dans la guerre maritime, combien, dans l'espace restreint où s'entassent les marins et les soldats, il s'accomplit de drames terribles. Le chirurgien Bédor, sous la pluie de mitraille qui encombrait son ambulance, ne se comportait pas moins courageusement qu'en face de l'épidémie des Antilles, et il eut bientôt à compter avec les mêmes dangers, le 3 thermidor an XIII, à la bataille navale du cap Finistère. Ce n'est pas tout. Quelques mois plus tard, il se trouvait au terrible combat de Trafalgar, qui est resté dans l'histoire de notre marine comme un des plus éclatants témoignages de la bravoure et du patriotisme. Écrasés plutôt que vaincus, les marins français montrèrent qu'ils étaient dignes de se placer sur la même ligne que l'immortelle armée dont le courage avait soumis l'Europe. Quoique blessé, le chirurgien Bédor resta intrépidement à son poste. Il avait à suppléer tous ses camarades et ses supérieurs, tués ou gravement blessés. Seul avec un autre chirurgien, il fit face aux terribles nécessités de l'ambulance. Enfin, dans un dernier combat naval, au bombardement de Cadix, en 1808, M. Bédor fit de nouveau ses preuves de sang-froid et d'intrépidité.

» Pour beaucoup de natures moins énergiquement trempées, ces six années de service maritime eussent été un obstacle à des études nouvelles, car rien n'éloigne des travaux assidus de l'école comme la pratique, surtout dans des conditions aussi accidentées que celles dont je viens de parler. Et cependant, le jeune chirurgien de marine venait s'asseoir sur les bancs de l'École de médecine de Paris pour y obtenir le grade de docteur. Rappelé à Brest par des devoirs de famille, — son père était devenu infirme, — le nouveau docteur se partagea entre ses affections de fils et ses travaux de médecin. Il gagnait en confiance l'équivalent de ce qu'il avait déjà eu estime, lorsqu'au fond de la Bretagne vint retentir la voix de la patrie en détresse. La coalition européenne s'avançait à marche forcées au cœur de la France. Le jeune docteur n'hésite pas ; il part comme chirurgien de la garde nationale de Brest, se trouve à la bataille de Montereau, qui valut à son régiment l'honneur de l'ordre du jour, et, dans une rencontre, le 9 mars 1814, il est fait prisonnier.

» Conduit à Troyes, que le typhus, la gangrène humide et la dysenterie ravageaient, sans parler des blessés entassés dans les hôpitaux, il est chargé du service chirurgical en remplacement du docteur Debret mort victime de son dévouement.

» Parmi les titres dont s'honorait le plus M. le docteur Bédor, je citerai celui de membre de la Société académique. Il était entré dans cette compagnie dès le 19 avril 1819, et depuis plusieurs années il en était le doyen aimé et respecté. Il ne m'appartient pas d'en dire davantage sur ce côté de sa vie, ni de devancer l'hommage public que ses collègues lui rendront sans doute dans leur prochaine séance solennelle.

» Est-il des droits de cité plus nobles que ceux du docteur Bédor ? Je ne le crois pas ; c'est après l'accomplissement de sa mission qu'il s'établit à Troyes pour ne plus le quitter. De cette époque date le long service hospitalier qui comprend quarante-quatre années de durée, et cette estime publique qui n'a fait que s'accroître. C'est aussi à ces temps que remonte la nomination du docteur Bédor comme membre de la Société d'agriculture.

» Si j'avais à faire une biographie, j'énumérerais les titres qui sont venus successivement signaler le docteur Bédor à la considération de ses concitoyens, mais je ne suis que l'organe des regrets du corps médical ; je ne citerai que celui de membre correspondant de l'Académie de médecine ; j'ajouterai pourtant que ce sont aussi ceux de la cité tout entière...... »

le plastron, à l'aide d'un emporte-pièce, afin de ménager la circulation de l'air.

» L'appareil entier revient à 20 ou 25 francs. »

— M. Demarquay présente une pièce provenant d'une femme morte dans le service de M. Monod. C'est un exemple de l'affection décrite depuis quelques années sous le nom de phlegmon péri-utérin. On sait que le siége de cette affection a été l'objet de contestations récentes. MM. Bernutz et Goupil ont publié, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire pour prouver que ce qu'on nomme phlegmon péri-utérin n'est autre chose qu'un abcès enkysté du cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Un abcès de ce genre existe effectivement sur la pièce de M. Demarquay; mais il existe en outre une inflammation manifeste du tissu cellulaire environnant. La malade, âgée de 37 ans, souffrait depuis trois mois dans cette région; elle avait maigri rapidement et avait tous les jours la fièvre. Le toucher vaginal permit de reconnaître une tumeur indurée qui englobait l'utérus. M. Monod vit la malade et diagnostiqua un phlegmon péri-utérin. Un jour, M. Demarquay crut percevoir de la fluctuation dans cette tumeur. Le lendemain, un abcès s'ouvrit dans le rectum, et la malade succomba peu de temps après. A l'autopsie, on trouva une cavité purulente communiquant avec le rectum et placée entre cet organe et l'utérus, dans une situation qui correspond exactement au cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Le rectum, l'utérus et la partie supérieure du vagin, sont enveloppés d'un tissu cellulaire épais et lardacé. Ainsi, il y a à la fois abcès péritonéal et phlegmon péri-utérin.

M. Morel-Lavallée demande à M. Demarquay quel a été, suivant lui, le point de départ de cette affection, et si l'abcès péritonéal a été primitif ou consécutif.

M. Demarquay répond qu'il l'ignore.

M. Gosselin croit qu'à une période aussi avancée, il est impossible de savoir où le mal a débuté, et même de savoir si l'abcès s'est formé dans la cavité même du péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Pour résoudre ces questions, il faudrait étudier des phlegmons plus récents.

PATHOLOGIE.

LETTRES
SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Septième Lettre.

Mon cher maître,

Je continue, ainsi que vous voulez bien me le permettre, l'examen des opinions émises dans le discours du 23 mars.

Ce qui distingue les accidents puerpéraux de la fièvre puerpérale, c'est la spécificité qui domine la seconde et qui n'existe pas pour les premiers, dit l'auteur. Comment le démontre-t-il?

Aucun moyen d'analyse chimique, dit-il, ne permet de distinguer le pus de la variole du pus de l'ecthyma, le venin de la vipère de l'eau de gomme, le *réactif vivant* seul montrera la différence.

Mais permettez; tout d'abord est-ce que la prétendue *fièvre puerpérale,* même en admettant pour un moment son existence, pourrait être considérée comme une maladie virulente, et les idées pathologiques, que réveillent les mots de venins et de virus, peuvent s'appliquer à la prétendue *fièvre puerpérale?*

Pour les venins et les virus, un grand fait, c'est l'inoculation possible, je ne dis pas nécessaire, puisque là encore l'immunité peut jouer un rôle capital. Seulement cette inoculation, qui a presque toujours lieu par l'introduction dans l'économie d'un produit liquide, a pour effet, quant aux venins, de déterminer des symptômes toujours identiques dans tous les cas de l'inoculation d'un même venin, et quant aux virus, ils font naître dans l'économie qui subit leur action, outre des symptômes particuliers identiques dans les divers cas, la propriété de pouvoir élaborer à son tour un agent tout à fait apte, comme celui qu'elle a subi, à reproduire dans une troisième organisation les symptômes que l'inoculation a développés chez elle. Il y a bien à cette transmissibilité des virus par une reproduction successive, certaines conditions nécessaires; ainsi, jusqu'à présent, l'homme ne paraît pas apte à transmettre le virus rabique après en avoir subi l'influence, mais c'est là un fait de détail qui tient à la différence primordiale qui sépare l'homme d'avec les carnassiers comme ordre zoologique, mais qui n'altère pas les caractères nosologiques fondamentaux des virus. Or, y a-t-il dans la prétendue *fièvre puerpérrale* rien qui ressemble à un venin, rien qui ressemble à un virus, et pourrait-on l'*inoculer*, elle dont la contagion, en dehors de certaines complications, est encore un fait sujet à discussion. L'auteur rappelle bien que les virus peuvent naître spontanément dans l'organisme (ce qui, pour le dire en passant, frise quelque peu l'organicisme, ce péché peu véniel). Ils y naissent spontanément, à coup sûr; le contester me semble impossible, mais ce qui fait leurs caractères de *virus,* c'est qu'ils peuvent se transmettre par inoculation, et la maladie née spontanément chez le loup qui vit isolé dans les bois n'a pu être catégorisée à titre de maladie virulente qu'après qu'on a vu que l'animal qui en était atteint, pouvait communiquer par l'inoculation une affection identique à celle qu'il éprouvait lui-même, laquelle, développée ainsi chez le chien, devient transmissible un certain nombre de fois. Rien de semblable dans la fièvre puerpérale.

Présente-t-elle même la contagion au degré de ces maladies qui, comme la rougeole et comme la scarlatine, se transmettent d'organisme à organisme, bien qu'on ne puisse pas jusqu'ici assigner de siége spécial, comme on le peut pour les maladies virulentes par excellence, à l'agent inconnu qui les rend ainsi contagieuses. Je ne le crois pas, quant à moi, d'après les faits dont j'ai été témoin; je ne le crois nullement non plus d'après les faits cités par M. Depaul, et pas davantage d'après ceux que l'on invoque des divers côtés. Et même, en admettant ces faits, il y aurait toujours assurément grande différence entre le degré de contagion qu'ils représentent et celle qui est propre à la rougeole et à la scarlatine.

Les expressions de *venin* et de *virus* conviennent donc médiocrement à la fièvre puerpérale. Celle de miasme peut lui être appliquée, mais remarquez combien le rapport du miasme à la maladie acceptée comme résultat de cette influence est moins précis, moins clair et plus hypothétique que le rapport du venin et du virus à la maladie que déterminent ces agents.

Mais enfin, abstraction faite de ces désignations qui se rapportent plus exactement à d'autres faits, cet état morbide, tel que le comprend l'auteur, est-il présenté par lui avec ses caractères propres et distinctifs? Indique-t-il surtout à quoi nous pourrions reconnaître cette spécificité qui doit nous servir à faire le départ de ce qui appartient aux accidents puerpéraux et de ce qui est la fièvre puerpérale? Non! Car il avoue lui-même, un peu plus tard, qu'il ne saurait indiquer les différences ou établir les distinctions « qui permettent chez une femme en couche de distin-» guer la péritonite grave simple, de la péritonite spéciale, de la » péritonite qui se rattache à une fièvre puerpérale. »

En cela encore, la comparaison avec les venins et les virus, sur laquelle il s'appuie de nouveau, cloche sensiblement, car venins et virus, contrairement au virus puerpéral qu'il admet, déterminent des ensembles de phénomènes toujours identiques dans les divers cas, et capables, par ce cachet particulier, de faire remonter des symptômes à la cause. Le venin de la vipère produit toujours le même ensemble de phénomènes fondamentaux pour une même espèce de vipère, et le virus rabique, comme le virus variolique et le virus syphilitique déterminent dans l'économie des groupes de symptômes qui leurs sont propres, qui les différentient des autres ensembles pathologiques, et peuvent seuls révéler leur inoculation, puisque, comme l'a fort bien fait remarquer l'orateur, le *réactif vivant* permet seul d'affirmer les caractères distinctifs des virus.

Il ajoute : « Vous qui ne voulez pas de l'espèce nosologique et » qui répugnez à la spécificité morbide, confondrez-vous, malgré » les caractères communs qu'elles présentent, la colite commune » grave avec la colite épidémique, avec la dysenterie contagieuse, » l'entérite simple avec la dothiénentérie, la bronchite simple » avec la coqueluche? Vous vous garderez bien de tomber dans » une aussi étrange et aussi funeste confusion. »

Assurément, je m'en garderai bien; mais, en vérité, je n'aurai pas grand mérite à cela, car, si je ne confonds pas la colite avec la dysenterie, c'est qu'elles offrent des caractères différents que tous les auteurs ont pris soin de noter pour nous apprendre à faire cette distinction, et parmi lesquels le sang émis dans la dysenterie, le ténesme si violent et l'ensemble de phénomènes typhoïdes qu'on y remarque figurent pour une forte part. Si je ne prends pas une entérite simple pour une dothiénentérie, c'est que je sais des écrivains que j'honore et que j'aime qui ont pris grand soin de m'indiquer les symptômes, et même, s'il faut le dire, les lésions qui séparent ces deux affections comme espèces nosologiques. Enfin, entre la bronchite simple et la coqueluche, les signes particuliers et différentiels ont été relevés en assez grand nombre pour que la confusion soit impossible.

Je ne ferai donc pas ces erreurs parce que je trouve à chaque pas des caractères qui les rendent impossibles. En pourrai-je faire autant entre les accidents puerpéraux et la fièvre puerpérale? Pourrai-je, comme le conseille l'orateur auquel je réponds, appliquer à cette distinction ces mêmes principes, cette même prudence? De son propre aveu, je ne le pourrai pas, et, comme j'ai cherché à le démontrer plus haut, ce qu'il dit des venins et des virus ne me sera, à ce sujet, que d'une très médiocre utilité.

Ah! s'il refusait de voir une manifestation de la prétendue fièvre puerpérale dans la péritonite et dans les autres affections si bizarrement amalgamées sous cette appellation commune; s'il réservait cette désignation pour la collection de symptômes graves qui constituent surtout la maladie aux yeux de certains essentialistes, il aurait pu dire la péritonite, la phlébite, etc., sont des accidents puerpéraux, les symptômes généraux graves sont seuls la fièvre puerpérale, il faut distinguer les uns des autres, on l'aurait compris facilement, même en supposant qu'on restât d'opinion différente. Mais point, il accepte, comme pouvant suffire à caractériser la fièvre puerpérale, les lésions diverses qui ont été comprises sous cette appellation, avec MM. Tarnier et Lorain, la péritonite, et avec M. Charrier la pleurésie. Pour moi, j'admets pleinement et sans scrupule les espèces nosologiques, mais quand elles ont des caractères propres qui les établissent clairement à titre d'espèce distincte; bien plus, j'admets tout à fait avec tout un chacun les *variétés* dans une même espèce, mais toujours à la condition qu'on me présente pour justifier cette distinction des caractères qui impriment des différences capables d'isoler une variété du reste de l'espèce. Enfin j'admets, sans plus de difficulté, les affections spécifiques; seulement je demande, pour asseoir l'existence d'une maladie de cette espèce, un ensemble de phénomènes qui la distingue des autres groupes déjà admis comme affections spéciales, et qui rappelle par ses caractères l'application d'une cause toujours identique dans les divers exemples. Est-ce là une indiscrétion bien organicienne? J'estime, du reste, que ces précautions sont plutôt un moyen d'éviter les plus graves erreurs qu'une cause pour les commettre.

La délimitation d'un semblable groupe qui puisse démontrer la spécificité que l'auteur invoque ne ressort pas, il me semble, du discours du 23 mars. Or, comme je le disais dans la première *Lettre* que j'avais l'honneur de vous adresser le 16 mars, il s'agit de savoir s'il existe une affection qui puisse être établie à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle sous le nom de *fièvre puerpérale.* La question portée devant l'Académie est, avant tout, une question de délimitation d'une forme pathologique. M. le professeur Bouillaud a envisagé la situation sous ce même point de vue dans son excellent discours du 20 avril, et l'a posée avec tout le talent qui le distingue et avec toute l'autorité qui lui appartient. Or, cette question de délimitation avait-elle été résolue par l'auteur du discours contre lequel je me défends dans la première partie qui fut prononcée le 16 mars devant l'Académie?

La fièvre puerpérale, suivant lui, ne serait pas propre à la femme, et elle exercerait aussi sa funeste influence sur l'homme. Il accepte, comme je l'ai déjà dit, les faits de MM. Tarnier, Charrier et Lorain, et admet que la fièvre puerpérale est la cause des péritonites des enfants nés à terme et du fœtus avant sa naissance. Selon lui, une autre preuve de l'action de la fièvre puerpérale, ce sont les ophthalmies, les érysipèles, etc., qu'on observe chez les enfants nés à l'hôpital et chez ceux qui viennent du dehors. Les accidents de pourriture, de résorption purulente, les abcès multiples et les phlegmasies viscérales observées chez les blessés ou chez les opérés dans les salles de chirurgie, lui représentent la même influence. Bien plus, il ne serait pas, selon lui, nécessaire qu'une plaie ouvrît pour ainsi dire une porte à la contagion. Ainsi, en 1846, les femmes en couches avaient été enlevées des salles de la clinique de M. le professeur Dubois, à cause d'une épouvantable épidémie de fièvre puerpérale; M. Pidoux, ayant à traiter des malades atteints d'affections communes, lesquels avaient été placés dans les mêmes salles de la Clinique, fut bientôt surpris de voir toutes les affections revêtir promptement une physionomie singulière, s'aggraver en dépit des soins les mieux dirigés, et ne pas tarder à se terminer par la mort. « M. Pidoux, » ajoute l'orateur, reconnaît dans ces particularités l'influence » maligne de la fièvre puerpérale qui avait survécu dans ces salles » au départ des femmes en couches.

» Enfin, de même pour les maladies chirurgicales sans plaie, » les tumeurs par exemple, les chirurgiens peuvent vous dire que » dans les salles voisines d'un service d'accouchement où sévit la » fièvre puerpérale, il n'est pas rare de voir, même sur les ma-» lades qui ne sont ni blessés ni opérés, survenir des indisposi-» tions qui se traduisent par de l'inappétence, de la diarrhée, » puis des symptômes généraux d'une certaine gravité. »

Dans tout cela, permettez-moi de le dire avec franchise, mon cher maître, rien ne ressemble à la délimitation d'une espèce morbide spéciale, ayant ses caractères propres et particuliers qui ne permettent à personne de la confondre avec telle ou telle autre affection analogue et qui déterminent *sa nature naturante,* comme dit Bacon. Je vois une influence étiologique absolument inconnue dans son essence, comme elles le sont souvent, laquelle détermine ici des ophthalmies, là des érysipèles, ailleurs des accidents communs et identiques chez les femmes en couches et chez les blessés, en un mot, beaucoup de formes diverses, mais pas d'effets spéciaux, de groupes distincts, identiques dans les différents cas. Rien qui délimite une individualité morbide.

Quant au fait particulier à mon ami et collègue, M. Pidoux, il est très vaguement exprimé. Il faudrait pouvoir étudier les détails de tous ces malades, pour pouvoir bien démontrer la valeur de cette influence générale et surtout pour relever les traits nosologiques qui la caractérisaient. Il est évident et j'accepte tout à fait que l'influence inconnue, qui avait déterminé une telle épidémie chez les femmes en couches, a pu s'exercer sur les maladies les plus diverses et leur imprimer un caractère de gravité insolite. Mais leur imprimait-elle un caractère commun, propre à faire de chaque exemple une maladie identique à celle du voisin? Voilà ce que je n'accepte pas comme démontré. La constitution régnante dans la salle pouvait bien rapprocher des affections de siéges différents par des épiphénomènes semblables; cela se voit tous les jours, et cela en étiologie a été appelé *constitution médicale,* mais cela ne peut pas permettre de faire des divers exemples, où ces traits communs sont observés, une même affection délimitée à titre d'espèce particulière, distincte, et qui sont identiques dans les divers exemples. J'accepte aussi que, à un moment donné, les malades placés dans des salles de chirurgie et n'offrant aucune plaie, éprouvent des symptômes d'embarras gastrique, de la diarrhée, etc., mais ces symptômes existent ailleurs en même temps, et la ville fournit aussi aux hôpitaux son contingent de faits analogues, nés dans le même moment en dehors de l'influence de l'hôpital, puisque les malades viennent au contraire y chercher des secours contre ces états qui ne peuvent d'ailleurs par leurs caractères rentrer sous un titre commun avec les accidents graves des femmes en couches et des blessés.

Tout cela, vous le voyez, c'est uniquement de l'étiologie, c'est une remarque certainement utile sur la traduction par des traits divers selon les individus et selon leurs conditions différentes, d'une

même constitution médicale; mais rien là ne ressemble à la délimitation d'une forme pathologique spéciale et distincte.

Et enfin, dans la conclusion de l'auteur, voit-on rien qui précise la question dans le sens désirable? « Je crois donc qu'il y a » dans la fièvre puerpérale *quelque chose de* spécial *qui fait le* » *caractère* et le fond même de la maladie; *ce quelque chose* » *appartient à la femme en couches*, qui se trouve incontesta- » blement dans une grande opportunité morbide, dans une remar- » quable aptitude pathologique. »

Ce quelque chose *qui fait le caractère de la maladie* est justement ce dont j'aurais voulu voir préciser les caractères, autrement lorsqu'il reste ainsi à l'état vague, mon esprit a bien de la peine à ne pas le rapprocher de ce qu'on appelle une cause finale. Or, la recherche d'une cause de ce genre ne m'a jamais beaucoup tenté après ce que Bacon m'a appris : « *Nam causarum finalium inquisitio sterilis est, et, tanquam virgo Deo consecrata, nihil parit.* » (*De augm. scient.* lib. 3, cap. 5.) C'est pourquoi dussé-je m'attirer quelques épithètes mal sonnantes, même de la part de gens que j'aime, je n'accepte, dans notre science, que ce qui m'est accessible; je rejette à leur lieu et place, sans leur permettre d'empiéter sur le terrain des choses évidentes, les hypothèses si brillantes qu'elles soient, et, sans faire profession d'être de l'école positiviste, je dis volontiers avec M. Littré : « La philosophie » positive m'a enseigné, que tout ce qui se rattache à l'origine » ou à la finalité est complétement inaccessible à l'esprit humain » et doit être désormais abandonné. » (Littré, *Études d'histoire primitive*, in *Revue des Deux-Mondes*, 1er mars 1858.)

Je ne trouve donc pas démontrée par l'orateur la nature spécifique et essentielle de la maladie qui nous occupe, même en l'étendant, comme il le veut, à un grand nombre de malades divers. Il m'en coûte beaucoup, croyez-le bien, mon cher maître, d'être d'un autre avis qu'un homme à qui je suis sérieusement et sincèrement attaché, pour le caractère et pour l'esprit duquel j'ai la plus haute estime et dont j'ai appris à suivre volontiers les directions, marquées qu'elles sont par les services éminents qu'il a rendus et qu'il rend tous les jours à la science. Mais il me saurait le plus mauvais gré du monde s'il me voyait, sur un sujet que j'ai étudié d'une façon spéciale depuis quatre ans, taire ou fausser mes convictions pour rentrer dans son dire. La franchise est le plus pur hommage qu'on puisse offrir aux âmes élevées et aux natures généreuses. C'est cette conviction qui m'a poussé à discuter franchement cette doctrine de la spécificité et de l'essentialité particulière proposée pour l'interprétation les faits de l'ordre de ceux que j'avais étudiés.

A côté de cette essentialité vient nécessairement se ranger la doctrine qui fait de la fièvre puerpérale une fièvre essentielle non plus applicable à beaucoup de malades de sexes et d'âges différents, mais habituellement limitée aux femmes en couches. C'est la doctrine qu'ont présentée surtout les accoucheurs de l'école de la Maternité de Paris. C'est celle de M. le professeur Dubois, acceptée avec des nuances très accusées par MM. Danyau, Depaul, Charrier, Lorain et Tarnier. Examinons un peu cette doctrine, sa démonstration serait la négation absolue de l'opinion que les faits patiemment étudiés m'ont forcé d'adopter. Voyons ce qu'il en est.

Le discours de mon excellent ami M. Depaul, c'est l'expression la plus ferme de cette doctrine, c'est là surtout que je vous demande la permission de l'examiner. Il a tout d'abord, avec une précision rare, et digne d'un esprit tel que le sien, fixé ce qu'il se proposait de démontrer dans son discours :

« 1° Existe-t-il une affection primitivement générale, à laquelle » il convient de donner le nom de fièvre puerpérale?

» 2° Si cette maladie existe, quels en sont les caractères? Comment la distinguer d'un grand nombre d'autres affections qui » n'ont rien de commun avec elle, ni par le point de départ, ni » par la marche, ni souvent par la gravité, ni enfin par la théra- » peutique qu'elles réclament? »

Voilà qui est net; et ce programme bien rempli amènera la solution positive de la question. M. Depaul la résout par l'affirmative; comment fait-il?

« En répondant par avance d'une manière affirmative, dit-il, je » suis sûr de rencontrer peu de contradicteurs dans cette assem- » blée..... » C'était là un exorde habile du genre *ab insinuando;* mais il a vu au contraire, par la suite de la discussion, que le *consensus* n'était pas aussi général qu'il le croyait. Habitué à traiter la question entre pathologistes spéciaux qui la considéraient comme de leur domaine propre, et exposant l'opinion de leur école, il croyait la chose simple, incontestable. Les pathologistes, livrés à des études moins limitées, habitués à des examens comparatifs plus étendus, ne se sont pas, peut-être par cela même, rangés tous à beaucoup près autour de M. Depaul, même ceux que leur position spéciale met le plus à même de juger la question. Après un exposé historique, il arrive aux preuves sur lesquelles, selon lui, on peut s'appuyer pour admettre l'*essentialité* de la fièvre puerpérale. Ces preuves sont « *la nature épidémique* » qui constitue, selon lui, une forte présomption en faveur de son opinion. « En effet, elle est épidémique comme le typhus et la » fièvre typhoïde. Une hygiène mauvaise, l'encombrement, en » sont les causes habituelles; une fois développée, elle peut sévir » non seulement sur les nouvelles accouchées, mais sur d'autres » femmes, sur des enfants et sur des malades voisins du lieu où » elle exerce ses ravages. Parfois on voit le muguet, les ophthal- » mies en être les avant-coureurs, et des érysipèles se développer » dans les salles de chirurgie concurremment avec la fièvre puer- » pérale dans les salles d'accouchement. Il l'a vue se développer » sur des élèves de la Maternité. Il n'est même pas besoin, pour » que la fièvre puerpérale se déclare, que la femme soit accou- » chée, qu'elle soit même en travail, et j'en ai vu périr, dit-il, vic- » times de cette fièvre à la Clinique, à l'autopsie desquelles je » trouvais toutes les lésions de la fièvre puerpérale.

» A toutes ces preuves..... » dit en terminant M. Depaul.

Mais ne vous semble-t-il pas, mon cher maître, que tout ce qui précède constitue des énoncés de faits et nullement des *preuves?* Tous ces faits sont vrais, mais, pour les élever au degré de *preuves* de l'*essentialité* d'une maladie, ne faudrait-il pas une certaine discussion qui leur assignât, d'une façon péremptoire, une semblable valeur. Votre maladie essentielle se montre à l'état épidémique? C'est-à-dire qu'elle règne à la fois sur un grand nombre d'individus comme le font le typhus et la fièvre typhoïde, mais cette généralisation ne prouve pas sa nature essentielle. Les amygdalites simples règnent souvent, et, en ce moment même, à l'état épidémique; cela constituera-t-il, pour ces affections, une preuve d'essentialité? Une mauvaise hygiène, l'encombrement affirmés à à titre de causes rigoureusement efficaces, ne sont pas non plus une preuve d'essentialité. La mauvaise hygiène prédispose à toute espèce de maladie en diminuant la résistance de l'économie, mais cela ne crée pas une essentialité nécessaire, et l'encombrement peut bien être une donnée sur l'origine miasmatique de la maladie, mais ce n'est pas non plus là un motif prépondérant d'essentialité. Les femmes, les enfants, les malades voisins en sont pris, ditesvous? Cela, même avant d'être admis dans la discussion à titre de preuve à démontrer, devrait être prouvé et une fois la réalité de ce fait établie, ils indiqueraient la généralisation de l'aptitude pour cette maladie et nullement encore son essentialité. Que le muguet et les ophthalmies la précèdent, que les érysipèles dans les salles de chirurgie l'accompagnent, en quoi cela démontre-t-il la nature essentielle de l'affection? Comment la coïncidence ou la préséance d'affections multiples et variées peut-elle *prouver* l'essentialité d'une forme morbide quelle qu'elle soit, quand elles diffèrent avec elle à un tel degré? J'ai sans doute l'esprit bien mal fait, bien étroit, mais je ne vois pas là une *preuve* de cette essentialité.

J'ai déjà parlé plus haut des élèves de la Maternité, atteintes soidisant de fièvre puerpérale en dehors des conditions d'accouchement, et j'ai essayé de démontrer qu'elles étaient mortes de péritonite, et qu'il était impossible d'établir la *nature puerpérale* de ces péritonites.

M. Depaul a vu des femmes, en dehors du travail, périr victimes, selon lui, de la fièvre, à l'autopsie desquelles il trouvait les lésions caractéristiques de la fièvre puerpérale. Y a-t-il là encore des preuves de l'essentialité de la maladie? Et si à l'autopsie, à l'autopsie notez bien, vous avez trouvé des *lésions caractéristiques* de la fièvre puerpérale, cela veut dire qu'il existe dans cette maladie des caractères anatomiques habituels, mais cela ne prouve pas que la maladie soit essentielle; cela est même tout d'abord opposé à l'idée d'essentialité, car en général, dans les maladies, les lésions anatomiques, assez constantes pour être caractéristiques, sont peu subordonnées; elles ont plus habituellement une autre valeur.

C'est cette subordination des lésions anatomiques qu'il s'agit de démontrer pour établir l'essentialité de la maladie. Les auteurs qui défendent cette doctrine l'ont bien senti. Deux arguments sont surtout mis en avant pour arriver à ce but.

Le premier déjà produit par M. Guérard et répété ensuite par M. Depaul, c'est que « dans presque toutes les épidémies de fièvre » puerpérale, on a trouvé des lésions anatomiques, et ces lésions » ont été excessivement variées. Assurément, certains organes » paraissent être le siége de prédilection anatomique de la ma- » ladie..... Ainsi, il y a une péritonite le plus souvent; puis vien- » nent la métrite, la métro-péritonite, la lymphangite utérine, la » méningite...., du pus dans l'œil...., une friabilité particulière » du tissu cellulaire. Enfin, dit M. Depaul, j'indiquerai comme » exemple de l'extrême variabilité des lésions, certaines altérations » de la peau, d'aspect scarlatiniforme, qui sont les indices d'un état » général tellement grave, que le retour à la santé n'a jamais lieu » ce cas. Si l'on joint à cela l'état du système nerveux, le délire, » dans l'anxiété, la gêne de la respiration, qui n'explique pas la dis- » tension de l'abdomen par des gaz, il ne me paraît pas, ajoute » mon excellent collègue M. Depaul, qu'il puisse exister des » doutes sur l'essentialité de la maladie. »

Je ne vois pas, pour le dire en passant, comment la réunion de purs symptômes, tels que l'état du système nerveux, le délire, à l'examen des lésions anatomiques, telles que celles de la péritonite, par exemple, ajoute à l'évidence de l'essentialité de la maladie. Tous les jours, nous voyons dans la péritonite et dans bien d'autres affections un état grave du système nerveux, du délire, et sans que cela imprime à la maladie un cachet d'essentialité. Et maintenant, pour la variabilité prétendue des lésions à l'aide de laquelle on voudrait prouver leur peu d'importance, permettez-moi de m'arrêter un moment.

Depuis que j'étudie de près les faits afférents à cette maladie, j'ai toujours été frappé de l'étrange confusion dans laquelle sont restés les auteurs qui admettent l'existence de la fièvre puerpérale. Tout ce qui survient chez une femme en couches, toutes les lésions qu'ils rencontrent à l'autopsie, leur sont symptômes ou lésions caractéristiques, sans qu'ils paraissent soupçonner que certaines de ces lésions, par exemple, sont de simples coïncidences, et que certaines autres, par leur gravité propre, ont une valeur prépondérante et ne sont nullement à l'état de subordination d'une autre maladie essentielle. C'est, à mon sens, se contenter trop facilement, et plaindre trop sa peine. Il est indispensable, selon moi, de bien étudier et de bien préciser le rôle de ces diverses lésions, si on veut en fixer et en établir la valeur nosologique véritable.

Ainsi, par exemple, je vois citer à chaque pas, à titre de preuves, par les auteurs dont j'examine ici l'opinion, les faits rapportés par M. Charrier dans sa thèse; j'ouvre cette thèse, je la lis avec tout le soin qu'elle mérite, et je vois surtout qu'elle est faite pour démontrer que dans l'épidémie dont l'auteur a été témoin, la fièvre puerpérale a affecté souvent la forme thoracique. Or, par quels faits démontre-t-il cette forme thoracique qui serait à coup sûr curieuse et singulière? En voici un exemple transcrit textuellement (page 94) :

Obs. XLIX. — *Fièvre puerpérale, forme pectorale; guérison.*

Bourb..., primipare, fille, 20 ans, est depuis le 15 septembre dans l'établissement. Le 8 octobre, accouchement naturel. Le 12, elle est passée aux infirmeries n° 23. Elle a de la fièvre depuis deux jours; depuis sa montée de lait, légère dyspnée; le pouls est à 120. Thorax douloureux au-dessous du mamelon droit; face pâle, mais pas très altérée; langue sale. (Ipéca stibié, lim. 2 pots, julep diacodé, 45 gram.) — Soir, mieux; elle a des déjections alvines considérables; le foie est douloureux; matité à droite, égophonie. Vésicatoire au côté droit. Le 13, la face est rosée; pouls à 100; la dyspnée est moins considérable. Purgation; vin de Bordeaux, 125 grammes. Le 14, pouls à 90; la matité diminue; de mieux en mieux. Sort guérie le 21.

En conscience, comment voulez-vous me faire accepter cette observation comme la *preuve* d'une fièvre puerpérale et d'une fièvre puerpérale à forme thoracique? Est-ce que ce n'est pas tout simplement une pleurésie légère survenue chez une femme en couches, chez laquelle même s'est peu révélée l'influence de l'état dit puerpéral, car l'épanchement pleurétique dont elle a été atteinte ne s'est compliqué d'aucune autre affection parmi celles qu'on voit se développer à la suite des couches, et il n'a pas même offert les caractères et la gravité d'une pleurésie secondaire.

Le fait qui suit (page 95), intitulé : *Fièvre puerpérale, forme pectorale; pleurésie double; mort;* est du même genre. Épanchement purulent à gauche, séro-purulent à droite, ecchymoses sous la plèvre; et on présente un tel fait comme un exemple de fièvre puerpérale! Je ne puis pas l'accepter comme tel, je l'avoue, à moins de me courber à l'axiome Jacotot, *tout est dans tout*, axiome pour lequel je ne professe aucune vénération, et dont je ne saurais faire mon guide philosophique.

Ces observations sont cependant présentées maintenant pour avoir cours à titre de faits péremptoires et probants; on les oppose tout net comme raisons démonstratives à qui discute les opinions de la Maternité; nous les avons entendu citer à l'Académie comme des autorités, et l'une d'elles a même été présentée comme un exemple de fièvre puerpérale avant l'accouchement, c'est l'observation LI (page 95). Permettez-moi de la reproduire ici, pour vous vous mettre à même de bien voir les faits qu'on oppose à la doctrine que je soutiens.

Fièvre puerpérale avant l'accouchement; accouchement; pleurésie purulente; thoracentèse. Mort.

Chevill..., primipare, 23 ans, domestique. Elle est depuis dix jours à l'infirmerie des femmes enceintes pour de la diarrhée. Le 10 octobre, la fièvre est intense; dyspnée; douleurs sous-sternales; pouls à 140; la face est très colorée; constipation; matité à droite, égophonie; on entend la respiration très obscurément, et encore au sommet. Vésic. purg. salin. Lim. 2 pots. — Le 11 octobre. Dyspnée; même fréquence du pouls; plus de douleurs dans le ventre; la face est pâle, les battements du cœur du fœtus ne sont pas modifiés. Huile de ricin. — Le 12 oct. Elle accouche naturellement, l'enfant est vivant; le pouls est à 110; douleur soussternale; plus de murmure vésiculaire à droite; rien du côté du ventre; la dyspnée est moins considérable. — Le 13, même état, langue blanche. — Le 14, fièvre de lait; frisson; enduit saburral. Ipéca stibié. *Ut suprà.* Soir, va un peu mieux; le pouls est à 100, même épanchement. — Le 15, même état. Soir, frissons erratiques. — Le 16, on pratique la thoracentèse; quelques gouttes de sérosité purulente visqueuse; matité considérable. On agite le trocart, qui a été introduit entre le septième et le huitième espace intercostal. On pousse une injection très légère pour dégager la canule. Pas de liquide. — Le 17, les symptômes s'aggravent; orthopnée. — Le 18, mort.

Autopsie : Rien dans les intestins; ecchymoses sous-pleurales; cœur mou; épanchement purulent très épais; pseudo-membranes très épaisses; liquide d'une sérosité très considérable; flocons fibrineux.

Voilà une observation à l'aide de laquelle on prétend avoir démontré l'existence d'un exemple *de fièvre puerpérale avant l'accouchement.* Je ne vois rien, je l'avoue, qui démontre cette antériorité dans le fait que je viens de transcrire. Est-ce la diarrhée que la malade avait et qui l'a fait placer à l'infirmerie? On n'entend pas, je suppose, démontrer l'existence d'une fièvre puerpérale par ce seul symptôme. Il faut alors que ce soit l'ensemble d'accidents qui débute, le 10, par de la fièvre, de la dyspnée, des douleurs sous-sternales, etc., mais il y a aussi de la constipation, de la matité à droite, de l'égophonie du même côté. Je vois là tout simplement une pleurésie droite chez une femme enceinte. J'ai beau faire, j'ai beau chercher, je ne vois rien qui établisse que cette pleurésie soit subordonnée à une tout autre affection qui serait, elle, la fièvre puerpérale, je ne vois rien, d'ailleurs, qui ait pu empêcher cette femme, parce qu'elle était enceinte, d'être frappée de pleurésie comme le commun des femmes et même des hommes; je crois qu'en saine pathologie on doit plutôt voir dans l'état de grossesse qui déprime l'économie une prédisposition à subir les influences morbides. La femme accouche, les symptômes pleuraux persistent; rien encore de puerpéral. Sont-ce les fris-

sons notés le 14, qui vont faire le caractère puerpéral de la maladie ? Mais ils accompagnent la fièvre de lait, l'observation nous le dit, malgré son laconisme ordinaire. Ils seraient, d'ailleurs, un phénomène survenu après l'accouchement et ne légitimeraient nullement le titre : « *Fièvre puerpérale avant l'accouchement.* » Sont-ce les frissons erratiques du 15 au soir ? Mais on sait qu'une pleurésie qui suppure détermine de tels frissons, et une pleurésie en suppuration le cinquième jour, n'est pas un fait des plus rares, surtout quand elle est compliquée d'un incident tel qu'un accouchement.

Enfin, dans les lésions relevées à l'autopsie, je ne vois que le cœur mou qui n'appartienne pas à la pleurésie ; mais permettez-moi de ne pas accepter ce détail anatomique comme caractéristique de la fièvre puerpérale et comme pouvant suffire à me démontrer l'existence de cette maladie.

J'ai insisté sur ces exemples et sur leur analyse, parce qu'ils montrent avec quelle facilité, dans l'école dont nous examinons ici les doctrines, on accepte sans discussion des faits qui, par leur étrangeté même, devraient appeler un sévère examen, une précision rigoureuse et des détails, je ne dirai pas méticuleux, mais au moins suffisants. Je pourrais multiplier les citations de ce genre empruntées à la même thèse; et notez bien que ces remarques ne s'appliquent pas à M. Charrier; ce n'est pas à lui qu'il faut demander compte d'une semblable interprétation, il a rapporté ce qu'on lui enseignait.

Ainsi, pour peu qu'on accueille ces faits sans contrôle, voilà la pleurésie qui, par cela seul qu'elle se développe chez une femme en couche ou même chez une femme qui va accoucher, deviendrait une forme de fièvre puerpérale. Non, je ne puis me décider à accepter ces faits avec la signification qu'on leur prête. Il y a là coïncidence d'une pleurésie avec l'accouchement; je ne puis rien voir autre chose, et je ne trouve, dans l'espèce, d'autre solidarité entre la maladie pleurale et la fonction utérine, qu'une coïncidence liée à ceci, que les pleurésies ont été fréquentes en octobre 1854. Mais voir dans la pleurésie la *lésion type*, comme le veut M. Charrier (page 15), de l'épidémie de fièvre puerpérale dont il s'est fait l'historien, je ne saurais courber mon esprit à cette interprétation, et je ne suis assurément pas seul de cet avis, M. Charrier insiste bien sur la nature purulente de l'épanchement pour y voir un caractère d'essentialité. « Tout le monde sait, dit-il, combien la » fièvre purulente est rare. » Mais la pleurésie purulente n'est pas déjà si rare qu'il semble le dire, et ensuite il y a pleurésie et pleurésie, comme il y a...... et j'ai déjà fait remarquer plus haut le caractère secondaire que l'accouchement imprime aux phlegmasies qui peuvent alors survenir chez la femme.

Vous le voyez, cher maître, dès qu'on précise l'examen des faits englobés par l'école de la Maternité sous la désignation de *fièvre puerpérale*, on est obligé d'en faire sortir quelques-uns de ce cadre. Ce que je viens de faire pour la prétendue *forme pectorale*, voyons si on ne doit pas le faire aussi pour d'autres lésions dites également *caractéristiques*.

C'est ce que j'examinerai dans une *Lettre* suivante.

Votre bien affectueusement dévoué,

BÉHIER.

Par un oubli involontaire, la réclamation de M. Mattei, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, et que nous avions communiquée à M. Béhier, n'a pas été suivie de la réponse suivante, que ce dernier nous avait adressée :

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher rédacteur,

Je vous renvoie la lettre de M. Mattei que vous avez bien voulu m'adresser.

Je n'y ferai assurément aucune réponse en règle. Soyez assez bon pour la publier; cela suffira pleinement. Vous m'obligerez tout à fait en le faisant.

M. Mattei ne paraît pas encore s'apercevoir que c'est (abstraction faite de toute personne) manquer à la politesse la plus élémentaire que d'altérer le nom de gens qui signent en toutes lettres ce qu'ils écrivent. Il ne paraît pas non plus saisir ce que je dis sur l'*état typhoïde*, quand il y voit un retour vers les opinions que je combats, etc., etc. Mais que faire à tout cela ?

Dieu me garde, d'ailleurs, de le troubler dans le plaisir qu'ont pu lui causer ses finesses sur *les talents d'imprimeur de la nature, dont les résultats n'ont pas* UN H MUET; sur le *Dictionnaire de l'Académie* et *sur l'habitude des petits marchands de Paris qui mettent en étalage ce qu'ils n'ont pas en fonds*, etc. Vous sentez que de tout cela je ne dirai mot. Je lui en laisse la responsabilité et le succès tout entiers, à lui qui a le bonheur d'avoir *assez de motifs* pour ne *se préoccuper que des idées*.

Vous trouverez, au reste, probablement comme moi, sans prétendre ni l'un ni l'autre à la *facilité d'écri re de Voltaire* et sans que nous ayons *du temps à perdre*, que si Dupuytren ne s'était recommandé que par son style négligé il n'aurait pas été le plus grand chirurgien de la France et que Napoléon I[er] n'est pas le plus grand génie de notre siècle à cause de ses fautes d'orthographe.

De Laplace, Cuvier, M. Biot et tant d'autres auxquels je n'ai pas assurément la prétention de me comparer le moins du monde, n'ont rien gâté à leur autre gloire pour être de bons écrivains.

Nous n'aurions rien à perdre, tous tant que nous sommes, en tâchant de nous rapprocher d'eux, ne fût-ce que par ce petit côté.

A vous de cœur,

BÉHIER.

18 Avril 1858.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE.

SUR L'OPHTHALMIE DIPHTHÉRITIQUE, par le docteur W. MAKCENZIE. — L'auteur veut établir que la conjonctivite diphthérique n'est pas une entité morbide, n'est pas une maladie isolée, mais bien un symptôme de l'ophthalmite. L'inflammation de la totalité des tissus de l'orbite, dit-il, peut être produite par différentes causes :

1° Elle peut survenir, quoique rarement, après une blessure de l'œil.

2° Elle est quelquefois regardée comme idiopathique, parce qu'elle est vraisemblablement déterminée par le froid, comme dans un cas cité par M. Buisson, où la production pseudo-membraneuse de la conjonctive était vraiment remarquable.

3° Une des causes les plus fréquentes est l'infection purulente à la la suite d'un vaste érysipèle, d'un phlegmon diffus ou d'une phlébite traumatique ou utérine.

4° Elle peut succéder à certaines fièvres, comme le typhus, la variole, la rougeole, la scarlatine.

Quand l'ophthalmite tient à l'une de ces causes, le globe de l'œil sort de l'orbite, les paupières sont gonflées, indurées; il y a un chémosis séreux blanchâtre; à la surface de la conjonctive, on voit une couche de lymphe coagulée qui se reforme rapidement à mesure qu'on l'enlève. Enfin la conjonctive, au lieu de déposer de la lymphe, sécrète du pus. Il arrive souvent que cette maladie envahit les deux yeux, que la vision est rapidement abolie, que les chambres oculaires sont le siége d'épanchements sanguins ou lymphatiques, et qu'enfin la cornée ou la sclérotique se rompant, l'œil se vide, ou bien le malade succombe à une méningite.

Dans ces cas, la diphthérite conjonctivale n'est pas une maladie distincte, c'est seulement un symptôme qui, il est vrai, indique la violence et la nature de l'inflammation; mais qui n'a par lui-même aucune importance, et si un médecin se bornait à combattre la maladie de la conjonctive, il aurait le chagrin de voir l'inflammation des membranes internes suivre son cours et amener la perte de l'œil et quelquefois la mort.

Les causes de l'ophthalmite avec exsudation diphthéritique semblent, comme nous l'avons dit, très différentes : blessures, changements de température, maladies du sang; et, cependant, quelle qu'en soit la cause, on n'a pas encore pu jusqu'ici distinguer les symptômes de telle ou telle nature. Quand c'est une phlébite qui a donné naissance à l'ophthalmite, Mackensie n'hésite pas à dire que les globules purulents, amenés par la circulation jusque dans l'œil, y sont retenus par les capillaires de cet organe et y déterminent l'inflammation; de même, il admet que, pour la scarlatine, c'est le virus scarlatineux transporté par le sang qui produit la phlegmasie oculaire. — (*British med. Journal,* janvier 1858.)

COURRIER.

En rendant compte du Banquet de l'UNION MÉDICALE, le *Journal de médecine de Bordeaux* termine son récit de la manière suivante :

« Après une pareille fête, après l'effusion et l'échange de pareils sentiments, nous sommes autorisés à dire : Laissons fonctionner la Commission centrale, laissons-lui mûrir ses plans de statuts; et lorsque nous aurons été consultés, et qu'appel sera fait à notre concours, réunissons-nous en un seul faisceau, et, avant la fin de l'année qui s'écoule, 10,000 médecins conspireront au bonheur général de la famille médicale. »

— Sous une forme spirituelle et légère, mais sérieuse et savante au fond, le feuilleton de la *Gazette médicale de Constantinople* rapporte qu'après le rigoureux hiver qui vient de sévir sur cette ville, on a vu le Bosphore, au moment du dégel, rempli de maquereaux engourdis, flottant demi-morts et se laissant prendre à la main par milliers. Ce fut une pêche véritablement miraculeuse pour les habitants du canal. Ce phénomène a lieu ordinairement après une chute abondante de neige et au moment du dégel. On prétend que la fonte rapide de cette neige refroidit tout à coup les eaux du Bosphore et saisit plus particulièrement les poissons qui, comme le maquereau et la palamide, se tiennent à une faible profondeur. Le fait est que, par des expériences thermométriques et aréométriques faites avec soin, on a constaté l'élévation progressive de la température et de la densité de l'eau, à mesure qu'on plonge plus profondément. D'où l'on a conclu :

1° Que l'eau profonde du Bosphore provient d'une source différente de celle des couches supérieures.

2° Que les marsouins et les poissons possèdent, en hiver, un calorifère gradué où ils peuvent aller se réchauffer en descendant de quelques mètres.

3° Que l'explication donnée par les pêcheurs sur l'évanouissement des maqueraux et des palamides est assez plausible; l'eau de la surface étant à la fois la plus froide et la moins dense, c'est-à-dire moins salée, cela prouve qu'elle provient des fleuves et des torrents, et que la fonte des neiges peut en modifier tout à coup les qualités.

— M. Joseph Pain, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à la Guyane à l'âge de 94 ans. Il était arrivé dans la colonie en 1788, chargé d'une mission du roi Louis XVI. Depuis cette époque, il n'a jamais quitté le pays.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — La Société anatomique tiendra sa séance annuelle le jeudi 29 avril courant, à trois heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à sept heures, dans les salons de l'hôtel du Louvre.

On s'inscrit jusqu'au 27 avril, chez MM.

Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université ;
Bercioux, à l'Hôtel-Dieu ;
Féréol, à la Pitié ;
Siredey, à l'hôpital Lariboisière ;
Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 50. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 29 Avril 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 AVRIL 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sur la discussion actuelle relative à la fièvre puerpérale, l'UNION MÉDICALE publie une série de travaux si complets et si divers quant à la doctrine, que le lecteur nous saura gré de nous mêler directement le moins possible au débat académique. Quand on voit les hommes les plus autorisés et les plus compétents montrer des dissidences aussi profondes, on ne saurait exiger de nous que nous soyons en possession d'une doctrine ou d'une formule capable de concilier ces opinions diverses. Nous déclarons très nettement notre impuissance à cet égard, et comme nous répugnons à dire des banalités, nous nous abstenons.

Avec l'avidité d'un amant de la vérité et de la science, nous cherchons les éléments d'une conviction au milieu de ces opinions qui passent et qui se déroulent sous nos yeux.

Si de ces savantes disquisitions la vérité ne surgit pas, c'est que le sujet d'étude est compliqué de difficultés immenses, et que d'ailleurs tous les chercheurs ne l'envisagent ni du même point de vue, ni avec la même méthode. En avouant notre incompétence sur le sujet intime du débat, nous ne portons pas l'humilité jusqu'au point de ne pas dire notre sentiment sur les principes qui dirigent les divers orateurs, et c'est ce que nous ferons prochainement avec notre liberté ordinaire.

Hier, l'Académie a eu le plaisir d'entendre M. Paul Dubois et M. Piorry.

Dans cette nouvelle oraison, M. P. Dubois a surtout traité la question de la contagion de la fièvre puerpérale et celle de l'épidémicité.

Au grand étonnement, sans doute, de son école, M. Paul Dubois a abandonné les opinions qu'il a longtemps professées sur la contagion de la fièvre puerpérale. Au milieu des réticences et des ménagements de langage familiers à l'orateur, il est ressorti de la discussion, très habile et très nourrie d'ailleurs, à laquelle s'est livré M. Dubois, que les faits invoqués à l'appui de la contagion, et rigoureusement interprétés, ne conduisaient pas nécessairement à adopter la transmissibilité de la maladie, soit médiatement par des effluves, soit immédiatement par le transport d'une matière toxique. L'orateur s'est livré à des considérations très justes sur ce besoin naturel de l'esprit d'admettre une cause aux phénomènes pathologiques et sur la facilité générale avec laquelle on se rejette sur la contagion avant d'épuiser toute la série des recherches étiologiques. Ce que M. Dubois a dit de la fièvre puerpérale, s'applique à merveille à bien d'autres maladies dont la transmissibilité est bien plus hypothétique encore. La croyance à la contagion est bien souvent la ressource des esprits fatigués ou paresseux.

Nous aurons l'occasion de revenir sur le discours de M. P. Dubois, qu'il n'a pas encore terminé, l'orateur ayant réservé pour la fin les opinions qu'il veut émettre sur la question de la prophylaxie.

M. Piorry a combattu avec une énergie nouvelle pour les états organopathiques, pour le grec et pour la nomenclature.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE LA FRÉQUENCE DES DÉCÈS RÉSULTANT DES GROSSESSES ET DES SUITES DE COUCHES, ET DE L'INFLUENCE DES CAUSES GÉNÉRALES SUR CES DÉCÈS.

[Fragment sous presse d'un ouvrage complet de *Statistique mortuaire*, du docteur MARC d'ESPINE, que publie en une série d'articles, l'*Écho médical de Neufchâtel*, rédigé par le docteur Cornat.]

Nous rangeons sous cette dénomination, tous les décès qui reconnaissent pour cause le travail des couches à terme ou avant terme, que la mort ait lieu soit pendant le travail, soit dans les deux mois environ, qui suivent ce travail. Je puis dire qu'il n'y a pas un seul des décès de ce groupe qui ne rentre sous cette définition, sauf peut-être quelques cas qui se seraient plutôt rangés dans le groupe précédent, si des renseignements plus précis avaient été donnés.

Les 132 décès de ce groupe se rapportent à diverses maladies, accidents ou complications, que les couches ont fait naître. Sur ce nombre, j'en compte 91 sur lesquels des renseignements suffisants ont été donnés pour permettre de reconnaître la nature de la maladie ou de l'accident puerpéral. Ce chiffre est assez considérable pour qu'on puisse considérer le résumé que nous allons donner des circonstances relatives à ces 91 décès, comme une fidèle représentation de ce qui s'est passé pour l'ensemble.

48 décès sur 91, c'est-à-dire plus de la moitié des décès, suite de couches, sont attribués à la *métrite*, ou *métro-péritonite*, ou *fièvre puerpérale*. Nous n'examinerons pas si la fièvre puerpérale est, comme le veulent plusieurs auteurs, une métro-péritonite susceptible, en certains cas, de se compliquer de résorption purulente, ou si, comme le pense M. Voillemier, c'est une maladie générale des femmes en couches, quelquefois consécutive à la métrite, d'autres fois se formant de toutes pièces, sans signes locaux de métrite, cette discussion ayant sa place dans un traité de pathologie, et non dans des recherches statistiques sur la fréquence et l'étiologie des maladies mortelles.

L'âge ne paraît pas exercer d'influence prédisposante dans la fièvre puerpérale, car les 48 cas relatifs à cette maladie se répartissent en 23 femmes de 20 à 30 ans ; 20 de 30 à 40 ans ; et 5 de 40 à 50 ans ; répartition fort analogue à celle des 132 décès résultant des suites de couches, qui donne : 1 femme avant 20 ans ; 57 de 20 à 30 ans ; 56 de 30 à 40 ans ; et 18 de 40 à 50 ans.

Les circonstances prédisposantes, mentionnées à propos de la fièvre puerpérale, sont : les hémorrhagies dans les couches ; les fatigues des accouchements laborieux ; certaines manœuvres, telles que la craniotomie, l'arrachement du placenta ; l'avortement naturel ou provoqué ; le refroidissement après les couches ; enfin, la phthisie et l'épilepsie sont mentionnées chacune une fois dans les antécédents de nos 48 fièvres puerpérales. Je regrette qu'il n'ait pas été indiqué, à propos de ces 48 cas, si la femme était ou non primipare, ce qui m'aurait permis de contrôler les opinions émises par M. Lasserre et par M. Bothrel. Ces deux auteurs assurent que les fièvres puerpérales surviennent principalement chez les primipares, et, d'après M. Bothrel, la proportion serait de 9 sur 11.

Le siége des dépôts pyogéniques causés par la fièvre puerpérale, a été indiqué, dans plusieurs cas, sous les termes d'*abcès* du bassin ou des fosses iliaques, des ovaires, *abcès* abdominaux, ou généralement : *diathèse purulente*. Deux fois des régions assez insolites ont été signalées. Une femme a eu des abcès dans les muscles du gras de jambe, une autre dans la gaîne d'une des carotides.

La fièvre puerpérale s'est quelquefois compliquée de phlegmatia alba dolens ; elle s'est terminée 2 fois par pneumonie, 1 fois par pleurésie, 1 fois par symptômes cérébraux. — Dans quelques cas, la durée a été indiquée : 4-6-12-16 et 30 jours.

Après les fièvres puerpérales, ce sont les *hémorrhagies* qui enlèvent le plus les femmes en couches. Nous en comptons 14 cas sur 91 décès. L'époque de la mort est indiquée 4 fois : ou pendant, ou 24 heures, 3 jours, et 8 jours après ; 3 fois sur 14, l'accouchement aurait eu lieu plus ou moins avant terme, un de ces trois cas était un avortement provoqué.

Des symptômes *cérébraux ou méningiens* violents ont causé la mort 9 fois sur 91, dont 5 cas ont été des *éclampsies*, débutées pendant ou après les couches. Si nous ajoutons ici les 6 éclampsies mortelles débutées avant les couches, nous aurons un total de 11 décès par éclampsie, soit environ 1 décès par éclampsie sur 13 décès de femmes grosses ou en

Feuilleton.

NÉCROLOGIE.

M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

(Nous empruntons cette excellente notice à la *Gazette médicale de Paris*.)

Si l'accord universellement reconnu d'un grand talent et d'un beau caractère constitue aux yeux de tout homme raisonnable le titre le plus certain et le plus rare à l'estime des honnêtes gens, personne n'a été plus digne que M. Chomel d'inspirer ce sentiment, qui est la récompense d'une longue vie consacrée au soulagement des misères de l'humanité.

Ce qu'on nomme une vocation médicale se rencontre assez souvent parmi les jeunes gens qui ont le double avantage d'être bien élevés, et de trouver dans leur propre famille les traditions d'une science qui devient ainsi une sorte de patrimoine respecté. Mais, à côté de ces inspirations natives, de ces habitudes studieuses et dévouées, il peut se rencontrer un goût naturel, une aptitude spéciale, un désir ardent, un véritable instinct, et, cédant à ces impulsions puissantes, un esprit, heureusement doué de toutes les qualités les plus propres à garantir le succès, parcourt d'un pas assuré la carrière ouverte à son ambition, arrive au but, et triomphe de tous les obstacles.

Tel a été le médecin illustre dont la mort récente a des droits légitimes aux honneurs d'un deuil public. Jamais science plus solide et plus profonde, jamais caractère plus ferme et plus loyal, jamais dévouement plus absolu à ses devoirs, ne se rencontrèrent dans un homme plus heureusement organisé pour mettre en relief ces dons précieux ; et si l'on ajoute à tout cela l'intelligence active, la grâce suprême, la parole qui persuade, la douceur qui console, le charme d'un regard bienveillant, et enfin, ce qui vaut cent fois mieux encore, l'austère probité de l'homme qui a fait de la pratique de son art un sacerdoce incorruptible, on aura dans ce peu de mots le résumé d'une vie digne de servir de modèle à tous ceux qui embrassent la noble profession de médecin.

Celui qui, pendant près d'un demi-siècle, appliqua sans relâche toutes ses facultés intellectuelles à l'étude des maladies et à leur guérison, qu'aucune pensée n'a pu détourner de ce travail incessant, qui a toujours cherché la vérité avec un cœur pur, une âme indépendante, celui qu'aucune considération n'a jamais fait dévier de la route tracée par une conscience non moins éclairée que scrupuleuse ; ce médecin qui n'a jamais fait à autrui ce qu'il n'aurait pas voulu qu'on lui fît à lui-même, cet homme dont la sincérité n'a jamais été mise en doute, dont la probité n'a jamais été ternie par l'ombre d'un soupçon, M. Chomel, tout le monde le reconnaîtra dans ce portrait, vient de nous être enlevé, laissant dans nos cœurs brisés un vide qu'il sera bien difficile de remplir.

La science est un héritage que les générations se transmettent, grossi par les richesses qu'y ajoutent certains esprits dont la sagacité découvre des faits nouveaux, des rapports méconnus jusque-là ; mais, au milieu de cette abondance, tout n'est pas or, un alliage impur s'y mêle, et les véritables époques de progrès sont celles où l'on se débarrasse de ces superfluités aussi trompeuses que brillantes. Il appartient aux hommes d'une trempe supérieure de séparer la vérité de l'erreur, de remplacer les vaines utopies des faiseurs de systèmes par des faits sagement observés, et de fonder ainsi avec une lenteur prudente les vraies bases de la science future.

M. Chomel a été l'un de ces réformateurs, il a toujours marché dans une voie légitime, parce que le flambeau de l'observation éclairait ses pas, parce que la plus sévère circonspection présidait à l'analyse des phénomènes morbides, parce qu'il savait s'abstenir quand il ne se croyait pas en droit d'affirmer et de conclure. Et que l'on ne croie pas que cette maturité du jugement ait été chez lui le fruit tardif de la maturité de l'âge. Dès ses débuts dans la pratique de la médecine, il s'est fait remarquer par la certitude de ses vues, par la sévérité de ses recherches, par la justesse de ses appréciations.

Nous avons vu toute une génération médicale entraînée à la suite d'un de ces esprits ardents qui, sous prétexte de généraliser la science et de la simplifier l'étendent impitoyablement sur un nouveau lit de Procuste, et la mutilent pour la plus grande gloire d'une idée systématique, et par conséquent fausse. Et lorsque la foule se précipitait sur les pas de ce réformateur enthousiaste ; quelques hommes protestaient avec énergie contre ces entraînements irréfléchis, appelaient les gens sages et de bonne volonté dans le sentier étroit de l'observation attentive, et ramenaient peu à peu les esprits vers les régions moins brillantes, mais plus sereines, où la pensée n'est plus accessible à l'erreur.

M. Chomel, en agissant ainsi, a rendu un immense service à la médecine contemporaine, il a puissamment contribué à rétablir le joug salutaire du jugement et de la raison ; il a reconstitué les vrais fondements de la médecine clinique, et pendant trente années son enseignement a été sans rival. Il déployait une sagacité merveilleuse dans l'analyse patiente des maladies qui se rencontrent partout, qui forment la plus grande partie du contingent de nos misères habituelles. Il s'attachait de préférence à ces formes pathologiques si communes, si fréquentes, et qu'il importe de bien connaître, et de distinguer au milieu des formes variées qu'elles affectent ; il aimait à répéter cet axiome de la sagesse : *rara non sunt artis* ; il savait résister au vain appât de ces exhibitions singulières qui passionnent les amateurs, piquent un instant la curiosité puérile des coureurs de cliniques et ne laissent dans les esprits aucune trace utile. C'était là, en effet, le caractère spécial de son enseignement : il sacrifiait tout à l'utilité ; il voulait que les élèves apprissent à se guider eux-mêmes dans les obscurités du dédale de la pratique ; il éclairait la route à parcourir, il en montrait les écueils, il en signalait les dangers, et l'on peut dire avec justice que l'École de Paris lui doit en grande partie sa renommée de prudence, de sagesse et de fermeté. Personne n'a contribué plus que lui à retenir la jeunesse médicale dans les limites de la raison et du devoir. Prêchant d'exemple, déployant sur un vaste théâtre les vertus qui caractérisent le vrai médecin, attentif à toutes les misères, plein de pitié pour toutes les souffrances, respectant toutes les infortunes, il s'est constamment tenu à la hauteur de ces fonctions, presque providentielles, que la Faculté de médecine et l'assistance publique confient aux hommes qu'elles placent à la tête des hôpitaux.

C'est là qu'il fallait voir M. Chomel ; c'était là qu'il se montrait dans tout l'éclat de son mérite, et que ses nombreux auditeurs apprenaient à le bien connaître. Rien ne pouvait le détourner de l'accomplissement de ses devoirs de professeur ; son exactitude était devenue proverbiale ; les chefs de cliniques peuvent dire avec quel soin scrupuleux il recueillait tous les renseignements capables de le conduire à un bon diagnostic, quel zèle il apportait à la recherche de toutes les causes qui avaient eu quelque influence sur le développement de la maladie, et avec quelle sagacité il appréciait la part de chacune d'elles dans la production du

couches. D'après M. Arneth, on compte au grand hôpital de Vienne, 1 cas d'éclampsie sur 502 couches. Mais c'est une proportion de cas et non de décès, et comme l'éclampsie est un des accidents les plus sérieux des couches, on comprend que leur nombre porte infiniment plus fortement sur le chiffre des décès que sur celui des cas de couches.

Les 20 autres décès résultant des couches se rapportent aux causes morbides suivantes : 5 décès par *anasarque* ou par *phlegmatia alba dolens*, — 3 par *pleuro-pneumonie*, — 2 par *gangrène du vagin*, — 1 par *rupture de l'utérus*, — 1 par *ascite* développée après le travail, — 2 cas de *mort subite* ou inexpliquée, — enfin 6 décès par suite d'*accouchement laborieux, vices de conformation du bassin, position défectueuse, couches prématurées* ; dont les circonstances sont vaguement exprimées.

Voici, d'après le cinquième rapport officiel anglais, qui consacre, page 380, un chapitre spécial aux « Death in childbirth, » la répartition de 141 décès de cet ordre, sur lesquels les médecins de Londres ont donné des renseignements circonstanciés relativement aux causes de mort. Il m'a paru intéressant d'en comparer la série à celle de nos 91 décès.

Fièvre puerpérale, 63 décès ; — hémorrhagie, 27 ; — symptômes cérébraux ou éclampsie, 8 ; — rupture de l'utérus, 6 ; — pneumonie, 4 ; — anasarque ou phlegmatia alba, 4 ; — hydropisies des ovaires après le travail, 1 ; — syncope, morts promptes ou subites, 14. — Les 14 autres décès sont relatifs à des accouchements laborieux à terme ou prématurés, en un mot, à des circonstances analogues à celles qui concernent les 6 derniers décès de notre série genevoise.

On remarquera combien les séries anglaise et genevoise ont de rapport, quant à la fréquence relative des causes. Des deux parts, les décès par fièvre puerpérale forment un peu plus de la moitié des décès par suites de couches ; les hémorrhagies en forment le 1/8 à Genève, le 1/6 en Angleterre.

Je réunis ici les décès par grossesse à ceux par suite de couches, pour en faire l'étude statistique comparée, parce que les documents étrangers que j'ai à ma disposition confondent dans un seul groupe ces deux variétés de décès, et parce qu'au fond elles se touchent d'assez près, pour qu'on soit en droit d'attendre de cette fusion des résultats intéressants.

GROSSESSE ET SUITES AIGUËS DE COUCHES PAR MOIS ET SAISONS.

	PAR MOIS.												SAISONS.				
	Janv.	Févr.	Mars.	Avril	Mai.	Juin	Juill.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Hiv.	Print	Été.	Auto.	Total
Masculins des 13 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Féminins des 13 ans	11	9	10	16	12	14	10	6	14	13	17	16	30	42	30	46	148
Citadins des 13 ans	5	7	7	10	5	8	6	4	10	7	11	11	19	23	20	29	91
Campagnards des 13 ans	6	2	3	6	7	6	4	2	4	6	6	5	11	19	10	17	57
Total des 13 ans	11	9	10	16	12	14	10	6	14	13	17	16	30	42	30	46	148

GROSSESSE ET SUITES AIGUES DE COUCHES PAR AGES.

	0 à 1 an.	1 à 3 ans.	3 à 10 ans.	10 à 20 ans.	20 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	60 à 70 ans.	70 à 80 ans.	80 à 90 ans.	90 à 100 ans.	Total.
Masculins des 13 années	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Féminins des 13 années	0	0	0	1	62	64	21	0	0	0	0	0	148
Citadins des 13 années	0	0	0	1	39	40	11	0	0	0	0	0	91
Campagnards des 13 années	0	0	0	0	23	24	10	0	0	0	0	0	57
Total des 13 années	0	0	0	1	62	64	21	0	0	0	0	0	148

Degré de fréquence. — Les 148 décès de cet ordre, fournis par nos 13 années donnent 8.8 décès pour mille ; — 1.8 décès par an pour 10 mille âmes ; — 17.3 pour mille décès de femmes ; — 3.5 par an pour 10 mille femmes ; — 8.7 pour mille naissances ; — et 8 pour mille couches, à cause des mort-nés qui augmentent le dénominateur.

En Angleterre, les chiffres léthifères ont varié de 1838 à 41 entre 8 et 8.8 pour mille décès, et pendant les années plus récentes de 1847 à 50, entre 5 et 6 pour mille, ce qui indiquerait un abaissement progressif dans la mortalité des femmes grosses ou en couches de l'Angleterre. On compte en moyenne, en Angleterre, 6 décès par grossesse et couche sur mille naissances, et 5 environ sur mille couches.

D'après le relevé belge de 1851 à 55, dans lequel on a confondu avec la grossesse et les suites de couches quelques cas mortels d'hystérie et de polypes utérins, sur mille décès, 9.5 résulteraient de grossesses ou couches, soit 19 pour mille décès féminins ; — 6 sur mille naissances ; — et environ 5 sur mille couches.

En Prusse, 1850 à 52, les chiffres correspondants sont 11 pour mille décès, et 22 pour mille féminins ; — 7 sur mille naissances, et 6 sur mille couches.

Les documents bavarois ne donnent que le décès des femmes qui ont succombé à des couches laborieuses nécessitant l'emploi de moyens chirurgicaux (« Künstliche Entbindungen ») ; quant aux autres nombreuses morts par suite de couches et à celles qui résultent de la grossesse, elles sont sans doute mélangées parmi les décès placées sous les vagues désignations d'*inflammation*, *hémorrhagie*, etc. Le léthifère a varié selon les années en Bavière, pour les décès de cette catégorie, entre 1.4 et 1.9 pour mille décès. Mais on peut se demander quelle est l'utilité de ces chiffres, alors même qu'ils seraient exacts ? Si l'on pouvait au moins comparer ces décès au nombre total des accouchements terminés chirurgicalement, on apprécierait par là le bénéfice ou les risques des opérations usitées dans les couches laborieuses ; mais ce nombre, fort difficile à obtenir dans tout pays, n'est pas, en tout cas, fourni par les tableaux bavarois. Qu'il me soit permis, à cette occasion, de signaler une autre rubrique de la classification bavaroise qui est également défectueuse. Je veux parler des décès par opération chirurgicale, auxquels plusieurs classifications nosologiques réservent, comme celle de la Bavière, une place à part. Une opération ne se pratique qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie, de sorte que les décès placés sous la rubrique des opérations chirurgicales suivies de mort, rendent incomplètes toutes les espèces diverses d'accidents ou de maladies auxquelles on a soustrait ces cas, et il en résulte qu'on ne peut plus apprécier exactement, soit le rang occupé par ces espèces dans la mortalité d'un peuple, soit l'influence qu'exercent sur elles les diverses causes générales. Une bonne nomenclature des causes de décès doit renfermer le catalogue complet des accidents et des maladies mortelles, et ce n'est que lorsqu'on a inscrit tous les décès d'un pays sous ces diverses désignations qui, seules, ont une signification aux yeux du statisticien désireux d'expliquer les lois de mortalité, qu'on peut tenir compte secondairement, et en vue de recherches plus spéciales, des opérations ou des médications qui ont été infructueusement tentées en vue de la guérison.

Si des documents de population nous passons aux statistiques des maisons d'accouchement, nous trouvons des chiffres très différents.

Sur 204,243 femmes enceintes admises depuis 1784 à 1849 dans le plus vaste des hospices de maternité de l'Europe, la Maternité de Vienne, en Autriche, je trouve, d'après le remarquable travail du doctour F. Arneth, 7,873 morts, soit 38 pour mille couches. Mais il s'agit ici de la mortalité moyenne de 66 années, et il est difficile de constater, en examinant de près, année par année, les chiffres du tableau de M. Arneth, deux causes de variation dans la mortalité annuelle. D'abord la mortalité a progressé à mesure que l'établissement s'est accru. Ainsi, la mortalité a varié entre le 8 et le 21 pour mille pendant les six premières années, où l'on a reçu de 284 à 1,546 femmes en couches par an ; tandis qu'elle a oscillé entre un minimum de 21 et un maximum de 115 pour mille, de 1831 à 1849, période pendant laquelle les admissions annuelles ont varié de 3,500 et 7,800 femmes en couches. En second lieu, certaines années se sont signalées par des épidémies considérables de fièvres puerpérales qui ont momentanément accru le chiffre ordinaire de la mortalité, et les plus grandes épidémies, celles qui ont le plus influé sur le chiffre mortuaire, n'ont eu lieu que depuis le moment où les admissions ont atteint et dépassé le chiffre de 3,000 par an (1).

Je trouve dans la statistique médicale officielle des États sardes, publiée pour les dix années 1828 à 37, par mon savant ami le chevalier Bonino, que sur mille femmes grosses ou en couches, il en meurt 21 à la Maternité de Novare et 33 à celle de Turin, la première recevant 33 femmes par an, la seconde 502.

Mais l'hôpital de Rotundo à Dublin, maison d'accouchements qui reçoit 2,000 femmes en couches par an, n'en perd que 12,5 pour mille, c'est-à-dire plus de deux fois moins que la maison de Turin, et trois fois moins que celle de Vienne, circonstance qui s'explique peut-être parce que les hôpitaux anglais réunissent beaucoup moins de malades dans une même chambre que ceux des autres pays ; toutefois, remarquons que ce chiffre mortuaire est encore deux fois supérieur à celui des femmes en couches prises sur les populations entières de pays, comme l'Angleterre, la Belgique, la Prusse ou le canton de Genève, lequel varie entre le 5 et le 8 pour mille (2).

On peut conclure de ce parallèle entre les populations et les hospices de maternité, que si ces derniers sont utiles comme écoles destinées à former des sages-femmes et des accoucheurs, ce sont de funestes institutions au point de vue de la mortalité ; et que plus ils sont considérables, plus, en général, ils sont meurtriers pour les femmes qui y vont faire leurs couches. En un mot, il vaut mieux, pour la conservation des mères, les laisser faire leurs couches à domicile, dussent-elles y manquer quelquefois des secours nécessaires, que de les réunir dans des établissements, où le fait seul de leur réunion est plus nuisible, que tous les secours de l'art qu'on leur prodigue ne leur sont profitables.

Influence des saisons. — Les mois de janvier, février, mars, juillet et août sont notablement moins chargés de décès que les 7 autres mois de l'année, de sorte que, d'après mes documents, l'automne et le printemps seraient les deux saisons meurtrières pour les femmes en couches, et l'hiver et l'été, les deux saisons les plus salubres. — A Londres, sur 8 ans, l'été est la saison de minimum, mais ensuite vient le printemps, puis l'hiver, et l'automne est également la saison de maximum. — Sur 168 femme mortes à la Maternité de Turin, il y en a eu 47 en hiver, 48 au printemps, 32 en été, et 41 en automne. C'est toujours l'été qui

(1) J'ai trouvé dans les recherches sur la mortalité de Paris, publiées dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, par M. Trébuchet, que sur un nombre annuel de 3 à 4 mille femmes en couches, il en est mort à la Maternité de Paris de 18 à 80 p. 1,000 selon l'année, entre 1819 et 1829 ; — de 14 à 77 p. 1,000 entre 1829 et 1839 ; — de 23 à 48 p. 1,000 entre 1839 et 1849 ; — enfin, 36 et 43 p. 1,000 p. en 1849 et 1850.

(2) Voici quelques chiffres de mortalité des Maternités anglaises, que j'ai calculés d'après les recherches du docteur Levy, de Copenhague, traduites par M. Michaelis, de Kiel, et insérées, en 1850, dans le journal d'obstétrique (*Monatschrift f. Geburtskunde*), publié à Berlin, par MM. Busch, Ritgen et Siebold : British lying-in-hospital : 16 p. 1,000. — Queen Charlotte lyin-gin-hospital : 18 p. 1,000 ; — City lying-in-hospital : 16 p. 1000.

---

fait pathologique soumis à son examen. C'est en suivant ces visites faites avec tant de soin, que la plupart des médecins actuels ont appris à se défier des idées préconçues, des illusions qu'entraîne trop souvent une première impression, à résister aux entraînements de ce que l'on nomme le coup d'œil médical. Procédant avec une réserve constante, le professeur n'abandonnait rien au hasard ; il voulait soumettre à une appréciation rigoureuse tous les éléments du problème qu'il avait à résoudre, une méthode parfaitement rationnelle le conduisait à la vérité, et, quand le doute subsistait encore après tant d'efforts pour le détruire, le doute restait maître et le malade n'avait jamais à souffrir de ces retards qu'approuvent à la fois et la conscience de l'homme de bien et la prudence du savant qui cherche la lumière. Jamais on n'a pu reprocher à M. Chomel ces témérités que les impatients appellent heureuses, jamais il n'a rien hasardé dans le traitement des formes morbides qui ne lui paraissaient pas suffisamment claires ; il disait aux élèves : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras,* et jamais il ne s'est cru autorisé à tenter quelque chose de considérable quand il n'avait pour appui qu'une simple hypothèse.

Tel était le caractère de l'enseignement clinique de M. le professeur Chomel. On y retrouvait à la fois son jugement si sain, son incorruptible probité, la religion du devoir, le sentiment élevé de la dignité de sa robe, le respect des grandes traditions de l'école, l'amour du bien et surtout cette tendresse affectueuse pour les malades qui est inhérente à la fibre humaine, cette douce pitié qui console toujours quand la science n'a pu guérir. Admirable organisation de certains hommes qui leur rend faciles les plus tristes fonctions départies au médecin, qui porte avec elle le soulagement dans les plus poignantes douleurs, qui affaiblit l'amertume du sacrifice suprême, et rend supportable le hideux spectacle de la mort !

Ces grandes qualités d'une âme d'élite se retrouvent dans les ouvrages de M. Chomel. Ce qu'il a écrit, il l'a fait, ou plutôt il a formulé en préceptes excellents tous les actes publics de sa longue carrière ; il a voulu transmettre à la famille médicale les résultats de sa longue expérience. Dans son *Traité de pathologie générale,* dont les éditions nombreuses sont entre les mains de tout le monde, il a tracé la voie précise qui conduit à la vérité ; il n'a rien affirmé qui ne fût appuyé sur des preuves certaines ; il a tenu d'une main ferme le flambeau qui doit servir de guide à tout médecin digne de ce nom, et, tout en déployant une science profonde, puisée aux sources les plus abondantes et les plus pures, il a voulu toucher le cœur de ses disciples, de ses confrères, en leur enseignant les devoirs de la profession. On ne peut lire sans attendrissement un chapitre intitulé : *Des moyens propres à soutenir le moral des malades.* Le cœur excellent de M. Chomel s'y montre à chaque ligne ; on sent que l'homme est là tout entier, avec ses nobles élans de tendresse instinctive, et l'on ne sait ce qu'il faut louer le plus du savant qui embrasse d'un coup d'œil assuré le vaste ensemble des maladies, ou du praticien philosophe qui comprend aussi bien les misères de ses semblables. Heureux privilége de certaines natures élevées, âmes précieuses d'où s'exhalent tous les bons sentiments, cœurs passionnés où vibrent toutes les émotions généreuses et qui trouvent, dans l'exercice de la plus utile des professions, une source abondante de joies intimes !

Il semblerait que ceux qui ont reçu du ciel la mission sublime d'adoucir la souffrance, de sécher les larmes, devraient être dispensés de payer ce fatal tribut ; mais, par un de ces desseins providentiels, dont le secret nous échappe, on a vu l'homme à qui tout paraissait sourire, à qui la fortune prodiguait ses dons, qui était entouré de l'estime universelle, que la richesse et les honneurs seraient venus trouver même au sein d'une retraite volontaire, on a vu cet homme, qui possédait tous les éléments du bonheur, courber la tête sous le poids de malheurs accablants. Ce cœur si tendre, ce père si dévoué a vu la mort choisir près de lui ses victimes les plus chères, frapper coup sur coup des enfants qui étaient et l'orgueil et le charme de sa vie. Et quand, dans l'amertume de son chagrin, il reconnaissait l'inutilité de ses soins, quand la science vaincue se retirait à regret de cette lutte où la victime tant pleurée était encore moins à plaindre que ceux qui lui survivaient, nous voyions l'homme plus fort que la douleur quitter la tombe bénie de ces filles charmantes et revenir à sa noble tâche de chaque jour ; il se consolait, si les consolations étaient possibles en pareil cas, en redoublant de sollicitude pour ceux qui se confiaient à lui, cherchant dans un travail utile un adoucissement aux tristesses navrantes dont son âme était pleine. Magnifique spectacle ! modèle accompli d'une vertu surhumaine, et que chercheront à imiter tous ceux qui tendent à la perfection du caractère ! Mais, hélas ! qu'ils sont rares ceux qui peuvent profiter de ces grandes leçons ! Et si nous admirons ces mâles courages qui dominent la faiblesse humaine, combien ne devons-nous pas de pitié à ceux qui succombent sous le faix d'un malheur pour lequel il n'est pas de compensation ici-bas !

Peut-être M. Chomel avait-il puisé dans d'illustres exemples le germe de cette résignation sublime. Appelé par sa haute position scientifique à donner des soins à la famille du feu roi Louis-Philippe, il a vu s'écrouler un trône, et partir pour l'exil les tristes victimes de nos tempêtes politiques ; il a vu la maladie et la mort frapper tour à tour et le vieillard et la jeune femme, et, au milieu de ces nobles débris que le sort accable, une femme, dominant le malheur de toute la majesté de sa grande âme, montrer au monde que la religion peut triompher de tout, que les promesses de la foi soutiennent dans l'adversité, et qu'au milieu de cette vie d'épreuves cruelles, il faut bénir la main qui frappe, courber la tête et adorer les terribles arrêts de la Providence.

M. Chomel assistait à ce lamentable spectacle : il a compris ces agonies ; il a vu la grande leçon que donne aux puissants de la terre cette volonté suprême qui nous mène au but à travers les obstacles du chemin. Humiliant son front sous la main qui châtie, il a redoublé de soins et de tendresses pour les survivants ; ceux qu'il honorait de son amitié ont senti que son cœur, si rudement éprouvé, n'avait rien perdu de sa chaleur ; toujours le même dévouement, toujours la même complaisance, toujours le même empressement à être utile ; l'âge et la souffrance n'avaient pu attiédir cette flamme divine, allumée aux purs rayons de la foi, et il nous a été donné de voir dans le dernier chapitre de cette vie si bien remplie, dans ce combat suprême si vaillamment soutenu, la volonté, l'intelligence, tout ce qui caractérise l'âme dégagée de sa grossière enveloppe, triomphant de ces misères, et prête à s'élancer vers le séjour des célestes récompenses.

La maladie avec ses angoisses perpétuelles, la mort avec son affreux cortége de douleurs implacables, telle est la rude épreuve trop souvent réservée à notre faiblesse, et qui nous entraîne en des défaillances dont on serait tenté de rougir si l'on ne sentait combien elles sont naturelles. Au déclin de la vie, quand les années entassées sur nos têtes ont épuisé l'énergie première, quand le chagrin a brisé nos cœurs et nos forces, le jeu des organes s'affaiblit, et bientôt quelque lésion cachée devient le germe assuré d'un mal que rien ne peut arrêter dans son fatal dévelop-

conserve le minimum. M. Lasserre a trouvé, sur un recensement de 34 mille couches de la Maternité de Paris, que 1 sur 20 était suivie de mort dans les 6 mois froids, et seulement 1 sur 34 dans les 6 mois chauds. Le même auteur a compté 16 épidémies de fièvre puerpérale, sur 27 qui ont régné, en hiver ou en automne. — Il est permis de conclure de cette série de données, que la chaleur est favorable à la bonne issue des couches, et que le froid et l'humidité automnale lui sont préjudiciables.

Variations annuelles. — Ces variations oscillent dans mes documents entre le minimum de 5 et le maximum de 16 par an, ce qui fait à peu près comme 1 : 3. — Le même rapport d'extrêmes est, en Angleterre, sur 8 ans, comme 1 : 2. A la Maternité de Turin, le rapport des décès au nombre des femmes en couches, varie, entre le minimum de 11 et le maximum de 47 pour mille. — A la Maternité de Vienne, si nous prenons seulement les dix dernières années dans la table du docteur Arneth, nous trouvons que la mortalité a oscillé entre 12 et 115 pour mille, sur un mouvement annuel de 5,700 à 7,700 femmes. Ainsi la mortalité des femmes en couches, varie non seulement d'une saison, mais d'une année, à l'autre. Le maximum annuel atteint le double et jusqu'au triple du minimum lorsqu'on considère ce qui se passe dans une population entière, mais il atteint le quadruple et jusqu'au décuple, lorsqu'on compare les années de mortalité des grands établissements de Maternité. Plus l'établissement est considérable, plus le maximum peut être élevé par rapport au minimum. Les épidémies de fièvre puerpérale, qui s'étendent rarement sur un pays entier (surtout lorsque ce pays ne possède pas d'hospice d'accouchements, comme c'est le cas dans le canton de Genève), qui influent peu sur les couches dispersées à domicile, et qui, lorsqu'elles surviennent dans des Maisons d'accouchements, y sévissent d'autant plus que ces Maisons sont plus considérables, et que plus de femmes y sont accumulées dans le même dortoir, sont la cause principale de ces variations.

Habitation. — Pendant nos 13 années, 91 femmes grosses ou en couches sont mortes dans la ville, et 57 dans le reste du canton, ce qui donne 11 et 6.4 sur mille décès, ou 2.4 et 1.4 par an sur 10 mille âmes à la ville et à la campagne. Les chiffres mortuaires anglais pour les 4 années 1838 à 41 étant de 2.2 dans les villes, et 1.4 dans les campagnes pour 10 mille âmes de chaque catégorie, on peut conclure de cette convergence de résultats, que les femmes des campagnes meurent moins des suites de couches que celles des villes. Et cependant les couches sont beaucoup moins habituellement assistées par les secours de l'art dans les campagnes que dans les villes ; en Angleterre et même chez nous, on peut dire qu'il y a plus de femmes qui accouchent sans secours aucun et qui ne se soignent pas après les couches, à la campagne qu'à la ville.

On peut encore supposer qu'un certain nombre de femmes anglaises des campagnes vont faire leurs couches dans les Maisons d'accouchement des villes, mais ce fait n'a pas lieu pour les femmes du canton de Genève, où aucun hospice de maternité n'existe. Quelle est donc la signification de cette différence de mortalité? Selon moi, les femmes des campagnes meurent moins en couches que celles des villes, parce que leur vie plus simple, leur constitution plus robuste, plus aguerrie contre les influences météorologiques, les expose moins aux hémorrhagies et autres accidents des couches, et partant, moins aux fièvres puerpérales ; les femmes des campagnes sont moins sujettes à la leucorrhée et à tous ces symptômes utérins qui rendent les femmes des villes assez délicates, et il en résulte que le nombre des mauvaises couches étant plus considérable dans la ville, la mortalité y est plus grande, malgré la supériorité des secours et des soins. Cette explication, qui est très vraisemblable, pourra être vérifiée par la statistique, lorsque celle-ci donnera la proportion des couches heureuses à la ville et à la campagne, ce qu'elle n'a pas pu faire encore.

Aisance. — Sur les 706 décès de la classe aisée, 6 se rapportent à la grossesse ou aux couches, ce qui donne pour chiffre léthifère de la classe aisée 8.5 décès pour mille, et 7.7 couches mortelles pour mille, tandis que les chiffres correspondants pour l'ensemble de la population sont 8.8 et 8 pour mille décès et couches. On voit que le privilége des femmes aisées dans les couches se réduit à fort peu de chose. Et si l'assistance de l'art et les soins dont on entoure leurs couches diminuent les chances de mort des femmes aisées, lorsqu'elles sont atteintes d'hémorrhagies et d'autres accidents ou maladies graves auxquelles les couches exposent, d'autre part ces accidents et complications se présentent plus facilement dans les couches de femmes dont la vie aisée, la culture de l'esprit et des sentiments, développe la délicatesse du système nerveux, que dans celles de femmes dont la vie est consacrée à des travaux purement matériels.

Les décès par maladie aiguë spéciale n'étant relatifs qu'à des enfants nouveau-nés et à des femmes, l'étude collective que nous en ferions n'offrirait rien d'intéressant, je me dispense donc d'en donner le tableau par âge et par mois et saisons; le seul tableau collectif de décès de cette classe qui soit instructif, est celui des décès par grossesse et suites aiguës de couches qui se trouve plus haut. Je termine donc ici ce que j'ai à dire des décès par maladie aiguë spéciale, en donnant seulement les éléments étiologiques de 185 décès qui se rapportent à cette classe. — *Chiffres léthifères* et *mortuaires,* 11 pour mille décès et 2.1 par an pour 10 mille habitants. — *Chiffre léthifère* de la classe aisée : 10 pour mille décès. — *Sexes :* 22 masculins; — 165 féminins. — *Habitation :* 108 citadins ; — 77 campagnards. — *Saisons :* 44 en hiver; — 54 au printemps ; — 36 en été ; — 51 en automne.

CHIRURGIE.

CORPS ÉTRANGERS DANS LES VOIES AÉRIENNES ; TRACHÉOTOMIE;

Par le docteur Cooper Forster.

Obs. I. — M..., 5 ans, enfant chétif et malingre, est admis le 11 août 1855, dans la salle Saint-Lazare. La mère raconte que l'enfant s'amusait à siffler avec un noyau de prune qu'il avait percé à cet effet, que ce bruit l'ennuyait, et que l'enfant ne voulant pas cesser, elle lui donna un coup sur le dos, à la suite de ce coup, il fit une profonde inspiration et le courant d'air, en se précipitant dans le larynx, entraîna le noyau : immédiatement, l'enfant fut pris de suffocation et de quintes de toux avec un caractère si alarmant qu'elle crut qu'il était mort, et le porta de suite à l'hôpital. Je vis l'enfant quelques minutes après son arrivée, et le trouvai en proie à une dyspnée intense, les quintes de toux étaient très fréquentes et l'on entendait une quantité de râles muqueux intenses ; la face était livide, les extrémités froides et le pouls faible; M... était couché sur le côté droit et ne pouvait bouger sans provoquer immédiatement la toux : quand il était en repos, on n'entendait aucun bruit respiratoire dans ce côté de la poitrine.

Je compris qu'il n'y avait pas de temps à perdre, que tout indiquait clairement la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, probablement dans la bronche droite, et qu'il n'y avait qu'une chance de salut, pratiquer la trachéotomie. Après m'être bien assuré, à l'aide d'une sonde, qu'il n'y avait rien dans la trachée, ni l'œsophage, j'incisai la peau sur la trachée, et sans même chercher un ténaculum pour la fixer, j'en coupai quatre anneaux. Le malade fut pris alors de ces violents mouvements expiratoires que l'on observe toujours au moment où l'on vient d'ouvrir la trachée, et, dans un de ces mouvements, le noyau couvert de mucosités fut expulsé et l'enfant immédiatement soulagé; l'expression de sa physionomie redevint calme, la respiration naturelle ; on coucha l'enfant dans un lit bien chaud, et l'on pansa la plaie du cou avec de la charpie. Il survint un peu de bronchite, mais si légère, qu'elle se dissipa presque sans traitement, et, le 26 août, quinze jours après l'opération, l'enfant quitta l'hôpital, parfaitement guéri; la plaie du cou était complétement cicatrisée.

Obs. II. — T. N..., 9 ans, enfant délicat, mais vif et intelligent, est admis le 9 juillet 1856; les renseignements donnés apprennent que, il y a cinq jours, il s'amusait avec des noyaux de cerise, il en mit un dans sa bouche et, en courant, il l'avala de travers, comme il dit. Il fut pris, sur-le-champ, de suffocation, tomba par terre et fut incapable de marcher jusqu'à la maison de ses parents ; on l'y transporta, et, à peine y fut-il, qu'il se sentit beaucoup soulagé. Dans le cours des cinq jours qui ont précédé son admission, il fut plusieurs fois repris de dyspnée et de suffocation, puis, tout à coup, ces symptômes cessaient et alors il jouait avec plaisir et sans éprouver la moindre gêne : la nuit, il lui était impossible de dormir autrement qu'assis sur son séant, ou bien couché sur le côté droit. Il mangeait et buvait bien, et, à l'exception de ces attaques fréquentes de dyspnée, il était impossible de soupçonner la maladie : on le montra à plusieurs médecins, et le docteur Wallace diagnostiqua la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. Je vis le petit malade peu de temps après son entrée, et le trouvai en proie à une de ses attaques habituelles du soir, il suffoquait et se plaignait que quelque chose lui remontait et lui descendait dans la gorge : il était couché sur le côté droit, et il ne pouvait quitter cette position sans ressentir aussitôt une gêne considérable de la respiration : au bout de quelques minutes, tous ces symptômes disparurent, et l'enfant sembla être assez bien. On entendait le murmure respiratoire dans les deux poumons. L'historique et les symptômes indiquaient clairement la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes ; convaincu qu'il n'y avait aucun avantage à attendre, je me décidai à pratiquer la trachéotomie. Il y eut un peu d'hémorrhagie veineuse, qui ne m'empêcha pas d'ouvrir la trachée dès que je l'eus mise à découvert. Un violent effort d'expiration expulsa le noyau de cerise, et les accidents, immédiatement calmés, ne se reproduisirent pas. L'enfant sortit le 21 juillet, douze jours après l'opération, parfaitement guéri. Le 26, il rentra avec un peu de rougeur érysipélateuse au cou, et un peu de rhume : cela disparut promptement, et l'enfant quitta définitivement l'hôpital le 5 août.

Obs. III. — J. H..., âgé de 10 mois, est admis le 28 février 1857, à huit heures du soir, dans la salle de la Charité. La mère raconte que, dans la soirée, l'enfant jouait sur le parquet avec une petite bille et un morceau de croûte; tout à coup il est pris de suffocation, et la mère étonnée de ne plus voir les objets avec lesquels il jouait, en conclut qu'il les avait mis dans sa bouche, puis avalés; elle lui introduisit un doigt dans la gorge pour le faire vomir, mais rien ne sortit. Les symptômes de suffocation diminuèrent un peu, puis reparurent avec la même intensité. Au moment de son admission, l'enfant était relativement assez bien quand il était dans les bras de sa mère, couché sur le côté droit; mais aussitôt qu'elle le mettait sur le côté gauche pour prendre le sein, la dyspnée revenait, l'enfant faisait des efforts convulsifs pour respirer, sa respiration était striduleuse et croupale, présentant tous les caractères attribués à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et l'on était obligé de le remettre immédiatement sur le côté droit. L'examen des poumons par l'auscultation était impossible à cause des cris de l'enfant. Après m'être assuré, à l'aide d'une sonde, que le pharynx et l'œsophage étaient libres, je pratiquai l'opération de la trachéotomie, dans laquelle, je dois le dire, je rencontrai moins de difficultés que je ne l'aurais cru chez un enfant aussi jeune : le seul obstacle sérieux fut une hémorrhagie veineuse assez abondante; ne pouvant réussir à l'arrêter, je plongeai rapidement le couteau dans la trachée et en divisai plusieurs anneaux de bas en haut. L'hémorrhagie cessa dès que la trachée fut ouverte, mais l'enfant avait perdu beaucoup de sang, il tomba en syncope, ses lèvres pâlirent et la respiration fut suspendue. On pratiqua alors la respiration artificielle par la méthode de Marshall Hall, et l'enfant revint à lui. L'ouverture de la trachée n'amena aucun soulagement, rien ne sortit. J'essayai de sentir avec le bout de mon petit doigt s'il n'y avait pas un corps étranger dans la partie située au-dessus de l'ouverture artificielle ; la trachée était trop petite : je ne plaçai pas de canule, espérant qu'un effort violent d'expiration ou de toux mobilisant un des corps étrangers que l'on supposait exister dans les bronches, ferait rejeter ce corps par l'ouverture béante; l'enfant se plaça sur ses mains et sur ses genoux, puis sur le côté droit, position qui semblait être la moins douloureuse pour lui. On mit l'enfant au lit dans cette position, mais il était tellement épuisé par l'hémorrhagie qu'il mourut quatre heures après.

Autopsie. — Elle fut pratiquée quatorze heures après la mort.

Les poumons étaient sains, ainsi que les bronches, où il n'était pas tombé de sang pendant l'opération ; en enlevant le larynx, la trachée et l'œsophage, on aperçut un morceau d'os qui, couché sur la marge de la glotte, sortait à la partie supérieure du larynx; en ouvrant le larynx, on trouva le fragment d'os fixé dans la lumière de la glotte, s'étendant au-dessus des cordes vocales supérieures et au-dessous des inférieures, solidement fixé par ses pointes irrégulières dans l'épaisseur de la muqueuse, circonstance qui empêche son déplacement soit en haut, soit en bas. En examinant bien ce corps étranger, on reconnut que c'était un fragment d'os de mouton, et le lendemain, la mère raconta qu'avant de poser son enfant pour jouer sur le parquet, elle lui avait donné un peu de bouillon de mouton, mais elle affirme que les symptômes de suffocation ne se sont montrés qu'après un grand quart d'heure que l'enfant jouait. En effet, elle avait retrouvé sur le parquet la bille et le morceau de croûte de pain.

On remarquera que le chloroforme n'a été administré chez aucun des malades : l'emploi de l'anesthésie ne doit pas être restreint seulement aux opérations très douloureuses, et l'on peut en tirer de grands avantages dans le cas de trachéotomie, si l'on a affaire à un enfant dont on ne peut contenir les mouvements souvent dangereux : pourvu qu'on ne pousse pas l'anesthésie trop loin, il n'y a aucune crainte de voir le sang qui a pu tomber dans les voies aériennes y séjourner, il provoquera toujours des efforts de toux qui parviendront à l'expulser. Le docteur Snow affirme s'être

---

pement. La science assiste, témoin inutile, à des désordres qui se succèdent chaque jour et déploient une puissance irrésistible ; le mal envahit sa proie, trop souvent, hélas ! avec une lenteur désespérante ; le terme de la vie et des souffrances, ce terme auquel le patient aspire et qu'implorent les tristes spectateurs de cette agonie, ce terme, qui est la délivrance et la consolation, semble reculer à mesure qu'on s'en approche, et il a fallu à M. Chomel plus d'une année pour vider goutte à goutte ce calice aux amertunes inexprimables. Eh bien, même au milieu de ces souffrances, indice trop certain d'un mal que rien ne pouvait adoucir, M. Chomel a payé un glorieux tribut à sa noble profession; il a voulu offrir au monde médical un dernier gage de sa sollicitude pour ceux qui souffrent. Rassemblant ses forces bientôt épuisées, il a composé un livre qui contient la description la plus complète, la plus savante que l'on ait faite d'une maladie cruelle. La Dyspepsie joue un rôle considérable dans la pratique habituelle de la médecine; elle torture un grand nombre de malades, elle produit ces mélancolies profondes qui empoisonnent les plus belles vies, et par sa résistance aux soins les mieux dirigés, fait le désespoir des patients et les pousse à essayer de tous les remèdes que préconise le charlatanisme, si habile à spéculer sur la faiblesse humaine. M. Chomel a fait un tableau de ces affections si pénibles, et ce portrait, frappant de vérité, est le dernier acte de son enseignement clinique. Il a voulu donner au médecin le moyen de soulager des maux redoutables, au malade un motif d'espérance, et il aura heureusement contribué à faire rentrer dans le vrai domaine de la science honnête les infortunés que le désespoir pousse en aveugles dans les voies périlleuses d'un grossier empirisme.

Grâces lui en soient rendues! Nous l'avons vu sur son lit de douleur, corrigeant les dernières épreuves de ce livre, et accomplissant, un pied dans la tombe, le devoir que lui dictait son amour pour ses semblables. Ajoutons que tout, dans cette œuvre, porte l'empreinte d'un esprit supérieur. En vain le mal fait des progrès, en vain les nuits sont sans sommeil, les jours sans repos, en vain la mort est là qui attend sa proie, la pensée reste intacte au sein de cette nature qui succombe, l'esprit triomphe de la matière, et l'auteur, qui signe son œuvre d'une main défaillante, conserve la plénitude de son jugement, donne à tous des conseils avec une autorité qui ne fut jamais ni plus grande ni plus légitime.

Mais le terme fatal était proche, le moment était venu où il fallait mourir, et cela n'était pas difficile à celui qui avait fait un si long apprentissage de la mort. Il nous a été permis de voir ce maître vénéré peu de jours avant celui où il exhala son dernier soupir. Il avait conservé la sérénité de son âme, il eût dédaigné les banales consolations que l'on prodigue aux mourants, il attendait dans un calme religieux le moment marqué par la volonté du souverain maître, il accomplissait son sacrifice sans faiblesse et sans ostentation ; simple dans la vie, il était simple dans la mort; sa droite raison conservait un empire absolu sur toutes ses pensées; il analysait ses sensations physiques et morales avec une fermeté sans pareille, et cependait il témoignait une crainte, une seule, la crainte de céder à ce qu'il appelait l'égoïsme de la douleur, et de moins aimer son entourage. Hélas! il se calomniait! Les défaillances de la nature aux abois lui semblaient une preuve de l'affaiblissement de ses facultés aimantes, il se reprochait de sentir ses pensées absorbées dans la contemplation de sa propre misère, il craignait de manquer de reconnaissance pour l'ange tutélaire qui ne quittait pas son chevet, et cet aveu d'une illusion douloureuse prouvait quelle admirable surveillance il exerçait sur lui-même, combien il était plein de ces délicatesses charmantes qui sont la fleur immortelle d'une âme aussi tendre que généreuse. Et s'il fallait une preuve de la bonté parfaite qui a présidé à tous les actes de cette longue agonie, celui qui écrit ces lignes pourrait dire qu'au moment de prendre congé de l'illustre malade, le maître dont il a reçu tant de témoignages de haute bienveillance, lui dit : *Adieu; embrassez-moi!* Et comme il voyait dans les yeux de son disciple le deuil que lui causait cette séparation, sans doute éternelle, il ajouta aussitôt : *Pas pour la dernière fois!* Ainsi, toujours M. Chomel, en proie à d'effroyables tortures, s'efforçait de consoler les amis consternés qui venaient un instant s'asseoir auprès de son lit, toujours la victime des rigueurs du sort oubliait ses malheurs pour ménager la sensibilité des témoins de son supplice, et cela sans effort, par une inclination naturelle de sa belle âme, et dans le moment même où, fatigué de souffrir et prêt à succomber sous les dernières étreintes du mal, il aurait eu le droit incontestable de se plaindre et de réclamer pour lui la pitié de quiconque sympathise aux misères des pauvres humains.

Encore un mot, encore une louange, et ce ne serait pas la dernière s'il s'agissait d'épuiser le sujet. M. Chomel, dans l'ardeur de ses convictions et de son amour pour la royauté déchue, avait tout sacrifié à ce qu'il regardait comme l'accomplissement d'un devoir sacré. *Etiam si omnes, ego non!* disait-il à ceux qui ne comprenaient pas l'inflexibilité de sa logique; il ne pouvait accepter aucun moyen terme ; toute transaction lui eût paru un crime, il marchait droit dans la route qu'il s'était tracée, et si quelque sentiment hostile se faisait jour en son cœur à l'occasion d'une conduite opposée à la sienne, si de vieilles amitiés ont paru se refroidir un instant dans des conflits où la juste mesure est si difficile à garder, ces nuages n'ont pas longtemps troublé la sénérité de son âme. Mûri par la douleur et comprenant mieux la tolérance, alors qu'il en avait moins besoin pour lui-même, il en usait plus largement à l'égard de ses anciens collègues de la Faculté, et nous savons que, dans ces derniers temps, ceux que leur position officielle semblait devoir éloigner le plus de lui ont reçu des lettres affectueuses où l'oubli de tout dissentiment était invoqué au nom de la plus cordiale fraternité.

Ainsi s'effaçaient, dans un cœur calmé par la résignation, les aspérités d'une polémique ardente, et quand le moment fatal fut proche, il ne restait plus à M. Chomel qu'une douce et consolante pensée : il pardonnait à tout le monde et demandait à tout le monde qu'on lui pardonnât; il enveloppait dans une commune affection sa famille, ses amis, ses enfants, ses élèves ; il exhortait chacun à la concorde, il priait pour la France, pour sa gloire et pour son bonheur, et quand la dernière heure allait sonner, M. Chomel, en paix avec Dieu, avec lui-même et avec son prochain, ferma les yeux et s'endormit du sommeil éternel.

Le vendredi 9 avril, un peu avant midi, nous avons perdu cet homme, l'honneur du corps médical de France, ce parfait modèle du médecin accompli, celui auquel le plus humble, mais non le moins dévoué de ses condisciples serait heureux de ressembler, et qui lui consacre ces lignes imparfaites, en témoignage de son respect et de sa reconnaissance.

P. Menière.

M. le docteur Richard, médecin des prisons à Colmar, vient de mourir à l'âge de 54 ans.

ERRATA. — Dans le numéro précédent (mardi 27 avril 1858), page 194, ligne 56, *au lieu de :* peuvent s'appliquer à la prétendue fièvre, *lisez :* peuvent-elles s'appliquer. — Page 195, ligne 28, *au lieu de :* la réalité de ce fait, *lisez :* la réalité de ces faits. — Page 196, ligne 41, *au lieu de :* combien la fièvre purulente est rare, *lisez :* combien la pleurésie purulente est rare.

très bien trouvé de l'emploi du chloroforme dans plusieurs opérations de trachéotomie.

Un symptôme intéressant qui s'est présenté dans ces trois cas, est la position que prenaient les malades sur le côté droit. L'explication de ce phénomène est très difficile pour le troisième malade, chez qui le corps étranger n'était pas descendu dans la trachée. Dans les observations I et II, les dimensions, la longueur et la direction de la bronche droite, et aussi ce fait que le point de bifurcation de la trachée est sur un plan situé à gauche de la ligne médiane du corps, suffisent pour expliquer comment, le plus souvent, les corps étrangers, introduits dans les voies aériennes, se dirigent vers la bronche droite. Le malade redoute la moindre pression exercée par le corps étranger sur les vaisseaux qui environnent les bronches, il se couche sur le côté de la bronche dans laquelle est situé le corps étranger.

On recommande généralement de n'ouvrir la trachée que lorsque l'hémorrhagie fournie par la division des téguments a été arrêtée ; la vérité de ce principe, en ce qui a trait à une hémorrhagie artérielle est bien évidente ; mais si c'est un écoulement de sang capillaire, le point capital est certainement de soulager le plus tôt possible la respiration embarrassée, on rétablit ainsi l'action du cœur et l'on facilite la circulation. Je n'hésite donc pas, et je plonge rapidement le bistouri dans la trachée, l'effet immédiat du rétablissement de la respiration est de faciliter le retour du sang veineux au cœur, dont l'action est devenue régulière, et l'hémorrhagie cesse par ce moyen.

La trachée n'a pas été fixée dans aucun de ces trois cas, et cependant, bien que cela n'ait pas été nécessaire ici, je crois qu'il y a avantage à recourir à la fixation lorsque le malade est indocile. D'un autre côté, je crois très avantageuse cette modification de la trachéotomie, dans laquelle un lambeau taillé dans la trachée est soulevé par un ténaculum, jusqu'au moment où le corps étranger a été expulsé ; on laisse alors retomber le lambeau qui se réunit et oblitère complétement l'ouverture artificielle. Ce procédé a parfaitement réussi au docteur Hilton, dans un cas où une petite boule de verre ovoïde avait pénétré dans les voies aériennes : on savait quelle était la nature et la forme du corps étranger, il n'y avait donc pas à songer à le saisir avec des pinces, on ne pouvait espérer que sur son expulsion pendant un effort de toux à travers l'ouverture artificielle béante ; le succès fut complet.

Dans la troisième observation, il y a plusieurs points qui demandent une attention spéciale. L'historique de l'accident et la nature du corps étranger dans les deux premiers cas, étaient si évidents, qu'il ne pouvait pas rester le moindre doute dans le diagnostic : chez le troisième malade, au contraire, la mère ignorait quel était au juste le corps étranger, de sorte que je ne savais quel corps j'avais à extraire, et les doutes de la mère ne faisaient qu'augmenter mon embarras ; il y a la même incertitude quant à savoir le temps qui s'est écoulé entre le moment où l'enfant a pris le bouillon et celui où les accidents se sont manifestés. J'ai peine à croire qu'un fragment d'os se fixe solidement dans la glotte, sans déterminer immédiatement des accidents de suffocation ; je peux seulement admettre que ces symptômes ont passé d'abord inaperçus et que, comme l'enfant n'avait pas pris de nourriture depuis un quart d'heure, on a pu les attribuer à ce qu'il aurait avalé la croûte de pain ou la bille. C'est, du reste, une excellente pratique de porter le doigt aussi profondément que possible dans le larynx et dans le pharynx, lorsqu'on peut supposer l'introduction d'un corps étranger ; mais j'avoue que, dans ce cas, j'aurais beaucoup hésité en raison de l'énorme force que j'aurais dû employer pour extaire ce morceau d'os qui était solidement fixé dans la muqueuse. (1)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 avril 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. PHILBERT, médecin à Bulgnéville, sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Crainvilliers.

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1857, dans les départements de Seine-et-Oise, de la Loire, de la Nièvre et du Calvados.

(Comm. des épidémies.)

3° Un mémoire intitulé : *Observations sur la vaccine*, par M. le docteur TESTEL. (Comm. de vaccine.)

4° Les rapports sur les services médicaux des eaux minérales suivantes : de Bilazais (Deux-Sèvres), par M. le docteur FOUCART ; — des eaux du département de l'Ariége, par MM. les docteurs DEHOY, BORDES-PAGÈS, ALIBERT et VERGER ; — des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur ISARIÉ ; — de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur FABAS ; — de Propiac (Drôme), par M. le docteur LAUBIER ; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur FINAZ. — (Comm. des eaux minérales.)

La correspondanee non officielle comprend :

1° Une observation de fistule vésico-vaginale, compliquée de brides cicatricielles très solides, guérie par l'opération, suivie de la cautérisation pratiquée d'une manière nouvelle, par M. le docteur HERRGOTT, professeur-agrégé à la Faculté de Strasbourg. (Comm. MM. Bégin et Jobert.)

2° Un mémoire sur la constitution humaine, les facultés mentales, la folie et son traitement, par M. PONS, de Vigan. (Comm. M. Baillarger.)

3° Une note ayant pour titre : *De la revaccination dans les lycées*, par M. le docteur REMILLY, de Versailles. (Comm. de vaccine.)

4° Un pli cacheté adressé par M. le docteur A. LEGRAND. — (Est accepté.)

M. Michel LÉVY fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un ouvrage intitulé : *Contributions à la médecine légale, à la toxicologie et à la pharmaco-dynamique*, par M. E. PELIKAN, professeur à la Faculté de Saint-Pétersbourg.

M. CLOQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. BARTHE, de Toulon, intitulé : *Observations médicales météorologiques prises à bord de la frégate la* Sybile *pendant la campagne dans les mers des Indes, de la Chine, du Japon*, etc.

M. VELPEAU fait hommage, au nom de l'auteur, d'un travail de M. MATTEI, ayant pour titre : *Rôle de la précipitation de la fibrine dans la fièvre puerpérale.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le docteur MOURONVAL, membre correspondant à Bapeaume. (Pas-de-Calais.)

M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

M. LONDE, à propos des termes de ces rapports, voudrait que M. le rapporteur remplaçât le mot empiriques par celui de charlatans, les empiriques ayant constitué, à une certaine époque, une secte honorable et fort instruite.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. P. DUBOIS.

L'honorable académicien donne lecture d'un discours qu'il a fait redemander au secrétariat immédiatement après la séance. Nous ne pouvons donc nous aider que de nos seuls souvenirs pour donner la substance de ce qu'il a dit.

L'orateur rappelle qu'en terminant sa première communication, il avait annoncé qu'il exposerait devant l'Académie quel est son sentiment au sujet de la contagion de la fièvre puerpérale.

Bien que cette question de la contagion ait été résolue affirmativement et de la façon la plus positive par MM. Depaul et Danyau, et que cette manière de voir ait été acceptée par les autres orateurs ; bien qu'il ait lui-même professé la même doctrine, il croit cependant prudent de faire quelques réserves à cet égard.

Il n'y a pas, dit-il, dans toute la pathologie, de question plus obscure que cette question de la contagion. L'homme, impatient de la fragilité de sa nature, cherche partout ailleurs qu'en lui-même la cause des maux qui l'affligent, et le médecin est tous les jours le confident de ces efforts d'imagination dans l'exercice de sa profession.

Revenant à la fièvre puerpérale, il expose que deux modes de transmission sont généralement admis pour cette maladie : l'un par des effluves émanés des malades elles-mêmes ; l'autre par des inoculations involontaires et accidentelles de l'élément toxique de cette affection.

Les partisans du premier mode admettent donc l'existence d'effluves invisibles, mais réels, qui peuvent être recueillis par les vêtements des personnes qui ont approché des malades, puis transportés au loin, et, enfin, transmis à des sujets prédisposés. Mais si les choses se passaient ainsi, la fièvre puerpérale devrait être considérée comme la plus contagieuse de toutes les maladies, et il serait impossible qu'une seule accouchée échappât à la contagion. Cependant, dit M. P. Dubois, malgré cette dernière considération, je ne nie pas formellement ce mode de transmission, puisque deux honorables confrères l'acceptent sans réserve ; je veux dire simplement que la question ne me paraît pas complètement jugée.

Quant à la transmission directe, on a invoqué en sa faveur des faits tellement nombreux et qui paraissent si concluants, que ce mode de propagation pourrait remplacer, pour expliquer la diffusion de la maladie, l'influence épidémique elle-même.

On a donc cité, en grand nombre, des exemples de praticiens ayant eu, dans leur clientèle, des séries de faits malheureux à la suite d'un premier cas de fièvre puerpérale. Malgré l'autorité des témoignages invoqués, je pense que la chose est encore à examiner de près, et, pour mon compte, je suis peu disposé à les admettre sans discussion.

Dans ma pratique particulière, avant les épidémies de 1855 et de 1856, les fièvres puerpérales ont été peu nombreuses, isolées, sans liaisons entre elles ; même dans la dernière épidémie, je n'ai eu que très peu de cas graves en ville et cependant je ne prenais d'autres précautions que de changer une partie de mes vêtements.

M. Paul Dubois passe en revue tous les faits soi-disant de transmission directe qui ont été relatés par des praticiens de grand mérite, et publiés dans des recueils périodiques estimés, la plupart étrangers d'ailleurs. Il croit qu'il y a à faire une large part à l'exagération ; de même qu'il y aurait à faire, d'un autre côté, la part de l'exagération, eu égard à ceux qui ne voudraient voir partout et toujours que de simples coïncidences dans le développement simultané des fièvres puerpérales. Afin de montrer, toutefois, quel rôle immense joue la coïncidence dans les cas de transmission, il cite plusieurs faits de femmes confiées par lui à d'autres accoucheurs, loin du foyer épidémique, et qui furent atteintes de la maladie. A coup sûr, s'il les eût accouchées lui-même, où n'eût pas manqué de voir dans l'explosion de la fièvre puerpérale la preuve de la contagion.

On peut encore invoquer, contre les idées trop absolues de contagion, cet argument que des femmes, en temps d'épidémie, restent indemnes dans les salles des établissements hospitaliers, alors qu'elles sont entourées d'autres femmes qui succombent. Et il ne faut pas croire que ce soient là des faits exceptionnels : non, c'est la règle. Dans les épidémies de 1853, de 1856 et dans celle qui a sévi en janvier dernier, observées à l'hôpital des Cliniques, la filiation des cas a été notée avec le soin le plus scrupuleux. Eh bien, les faits de filiation d'un lit à un lit voisin ont été très exceptionnels. L'on sait cependant que ces épidémies, la première et la dernière surtout, ont été très meurtrières, et que l'influence épidémique a plané sur tout l'établissement.

Les faits de contagion sont donc loin d'être aussi évidents qu'on l'a dit.

Les Anglais et les Allemands admettent l'inoculation d'un certain nombre de maladies par les liquides infectieux sécrétés dans le cours de ces maladies, par les liquides du cancer, de l'érysipèle, etc. Les faits analogues dont on a parlé à propos de l'inoculation de la fièvre puerpérale, sont trop peu nombreux pour être pris en sérieuse considération.

En somme, je n'ose pas conclure, dit M. P. Dubois, que la fièvre puerpérale n'est pas contagieuse, mais je dis que ce caractère n'est pas aussi constant, et que cette question n'est pas aussi simple qu'on le croit.

S'il en était autrement, les établissements hospitaliers devraient être considérés comme un fléau, et les médecins, en temps d'épidémie, comme de véritables pestiférés. Or, il y aurait, dans cette manière de voir, des dangers redoutables de plus d'un genre, et il n'est pas bon de répandre de telles croyances parmi le public.

L'orateur rappelle encore qu'en terminant sa première communication, il avait pris l'engagement d'examiner l'opinion de M. Trousseau, touchant l'extension de la maladie aux opérés et aux enfants. Mais, depuis, il a dû convenir, en présence des affirmations de M. Trousseau, qu'il avait mal saisi sa pensée. Il ne dira donc que quelques mots à ce sujet.

L'opinion qui veut faire étendre aux diverses parties d'un hôpital les influences épidémiques qui règnent dans certaines parties de cet hôpital, n'est pas nouvelle.

L'accoucheur Ph. Peu rapporte que Lamoignon voulut savoir d'où provenait la grande mortalité qui sévissait sur les femmes en couches dans les hôpitaux. Plusieurs cadavres ayant été ouverts offrirent des abcès multiples ; on reconnut que les salles des accouchées étaient placées immédiatement au-dessus de foyers d'infection. M. Trousseau a voulu transporter aux blessés ce qui avait été indiqué pour les accouchées.

Quant aux enfants, comme on l'a dit, il est clair qu'en vertu des liaisons intimes et étroites qui les unissent à l'organisme maternel, ils doivent être influencés par les mêmes conditions morbides qui affectent les mères. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'ils succombent comme elles, et même qu'ils périssent avant l'époque de la parturition.

M. Dubois aborde ensuite la question du traitement. Il s'attache à montrer qu'il s'est introduit quelque confusion dans les esprits à ce propos. Selon que l'on entend par fièvre puerpérale le second groupe des symptômes qu'il a exposés dans son premier discours et qui constitueraient la fièvre essentielle, ou bien que l'on considère l'ensemble de tous les symptômes qu'il a énumérés, la réponse est différente à cette question : Y a-t-il un traitement à la fièvre puerpérale ? Non, dans le premier cas ; peut-être, dans le second.

Cette distinction doit être appliquée à tous les moyens vantés contre cette maladie même, ou plutôt surtout à ceux de M. Beau. L'orateur lit ici la lettre par laquelle M. Beau annonçait à l'Académie les succès obtenus par lui, à Cochin, avec le sulfate de quinine, précédé de l'administration d'un émétique.

M. Dubois a consciencieusement essayé toutes les médications proposées. Elles sont toutes inefficaces, peut-on dire d'une manière générale, bien que des succès soient obtenus par chacune d'elles. Du reste, en ce qui concerne M. Beau, la différence des résultats à l'hôpital Cochin et dans les autres hôpitaux s'explique très bien par l'aveu de M. Beau qu'il ne guérit pas la fièvre puerpérale qui s'étend au-dessus de l'ombilic, c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'il ne guérit pas la vraie fièvre puerpérale. Le ralentissement du pouls, signalé par M. Depaul après M. Beau, comme résultant de l'emploi du sulfate de quinine, est un phénomène, curieux peut-être, mais sans portée. La rapidité de la circulation, comme le plus ou moins d'écoulement des liquides utérins, comme d'autres manifestations, ne porte que sur un des éléments de la maladie, et n'a, en définitive, aucune importance. Le sulfate de quinine est donc, en résumé, tout aussi impuissant que les autres médicaments contre la fièvre puerpérale.

M. P. Dubois demande la permission de borner à ces considérations ce qu'il avait à dire aujourd'hui sur la fièvre puerpérale. Il continuera dans une séance prochaine.

La parole est à M. PIORRY. L'honorable académicien donne lecture d'un discours qu'il n'a pas laissé au secrétariat. Nous en donnerons l'analyse dans un prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

(1) *Guy's Hospital Reports*, 3e série, t. III, décembre 1857.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 51. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 1er Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LA VACCINE ET SES DÉTRACTEURS,

A PROPOS DE L'OUVRAGE INTITULÉ :

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE,

Par M. le docteur BERTILLON.

Un volume in-18. — Paris, 1857, Victor Masson, libraire.

Au milieu de cette croyance générale, appuyée sur les travaux des statisticiens de tous les pays, que la durée moyenne de la vie humaine s'était allongée depuis un siècle ; que cet heureux résultat était dû à des causes complexes, parmi lesquelles les progrès politiques et sociaux, l'amélioration de l'hygiène publique et surtout l'introduction et la généralisation de la vaccine devaient avoir la *plus grande influence*, — de la vaccine, préservatif d'une maladie qui figurait pour un douzième ou pour un dixième dans les relevés mortuaires avant son introduction : — au milieu de cette croyance générale, disons-nous, une doctrine étrange et sinistre a été jetée dans le monde, s'y est présentée sous les apparences respectables de l'étude, du travail et de la science, a fait les plus grands efforts pour se répandre, a employé tous les moyens de publicité pour pénétrer dans les régions scientifiques et administratives, n'a pas craint de troubler le médecin dans sa conscience et dans sa pratique, d'inquiéter la mère de famille dans sa tendresse, et la société tout entière dans ses préoccupations les plus vives et les plus chères.

Cette doctrine peut se résumer en ces termes :

La vaccine n'a été qu'un présent funeste; elle n'allége aucunement le tribut que le genre humain paie à la mort; elle ne fait avec elle qu'un échange de victimes ; elle détourne sur la jeunesse et la virilité les coups épargnés à l'enfance ; si les chances de vie se sont accrues pour les enfants, les chances de mort se sont accrues encore plus pour les adultes ; en un mot, la mortalité a doublé en ce siècle pour les âges de 20 à 30 ans.

Et comme à ce résultat, annoncé avec une grande assurance et appuyé sur un appareil de démonstration mathématique très captieux, il fallait une cause, on l'a imaginée dans la pratique de la vaccine, qui, suivant la doctrine, s'oppose à l'épuration naturelle produite par la variole ; l'avortement de cette épuration naturelle dans l'enfance, se traduit dans la jeunesse et l'âge viril par cette maladie complexe et grave, désignée sous le nom de fièvre typhoïde, qui décime cet âge et qui n'est qu'une variole interne.

Comme on le voit, cette doctrine présente deux côtés également dignes d'examen : un côté purement médical, un côté exclusivement basé sur des données statistiques.

C'est ce dernier point de la question que M. le docteur Bertillon a voulu spécialement traiter.

Mais il ne saurait être inutile de rappeler, du moins en quelques mots, que la discussion purement médicale a jeté déjà une grande perturbation dans la doctrine : en prouvant que la variole (maladie relativement récente, du moins en Europe) ne garantit en aucune manière de la fièvre typhoïde; que cette affection, sous des noms divers, a été connue de tout temps, même avant l'apparition de la variole ; que quant à son degré de fréquence à l'époque actuelle comparée aux temps antérieurs, il est impossible de le déterminer absolument, vu l'absence de relevés numériques satisfaisants dans les époques qui ont précédé la nôtre, et la rareté de ces mêmes relevés dans notre temps ; que l'augmentation de cette fréquence que la doctrine fait remonter vers l'année 1816 est une pure hypothèse dont absolument rien ne démontre la légitimité ; que la vaccine, au demeurant, ne supprime pas la variole, mais la remplace et détermine à moindre frais une modification de même nature ; que toutes ces idées de dépuration nécessaire par la variole sont de véritables fictions, car la variole n'est pas *nécessaire* à l'homme, toute l'antiquité semble en avoir été préservée, et cette maladie n'a rien de plus fatal pour l'humanité, considérée dans le temps et dans l'espace, que la lèpre, maladie autrefois si fréquente et si rare aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène publique, que le mal de Naples, dont l'ancien continent paraît avoir été exempt jusqu'à la fin du XVe siècle, que le choléra-morbus, que la fièvre jaune et autres maladies pestilentielles plus ou moins anciennement connues dans l'histoire du monde.

Il serait irrésistiblement prouvé que la vaccine est la cause véritable de l'augmentation prétendue de la mortalité chez les adultes, que, au nom de l'hygiène et de la science médicale, au nom de la morale et de la famille, il n'en faudrait pas moins énergiquement protester contre les conséquences que la doctrine se croit en droit de tirer de ce fait en faveur d'une économie politique froidement cruelle et calculatrice. Le tribut que l'enfance payait à la mort avant la découverte de la vaccine était de 1,205 décès par 10,000 enfants de 0 à 5 ans. Ce tribut est réduit aujourd'hui à 678 décès sur le même nombre d'enfants des mêmes âges. Que deviennent ces enfants ainsi soustraits par la vaccine à cette chance de mort? Sont-ils préservés par cela même de toutes les autres chances de mortalité dans les âges suivants? A-t-on jamais pu espérer que la vaccine conduirait tous ceux qui ont subi son influence jusqu'à l'âge de 80 ans? Non, sans doute, et *à priori* il était possible de prévoir que ces sujets, préservés de la mort dans la première enfance, grossiraient les mortuaires des âges suivants. S'il meurt, d'une manière absolue, plus d'adultes aujourd'hui qu'autrefois, n'est-ce pas qu'aujourd'hui, plus qu'autrefois, un plus grand nombre d'enfants arrive à l'âge adulte? Que les relevés de population indiquent un plus grand nombre aujourd'hui qu'autrefois de jeunes hommes de 20 à 30 ans, cela doit être ; qu'il mourût plus d'hommes de cet âge aujourd'hui qu'autrefois, cela pourrait être sans qu'il fût besoin de recourir à une pathogénie hypothétique. L'économie politique de la doctrine s'afflige de ce fait (qui heureusement d'ailleurs n'existe pas); la science médicale et la science administrative, nous l'espérons, répudient cette philosophie économique qui suppute par doit et avoir les profits et pertes de la société par les décès à tel ou tel âge. Un enfant qui meurt, profit net; un adulte qui meurt, perte sèche. La véritable philosophie sociale, qui est celle de la nature, peut faire à cette étrange doctrine une réponse douloureusement célèbre : J'en appelle à toutes les mères !

Après ces réflexions préliminaires, nous nous empressons d'entrer avec M. Bertillon dans le cœur de la question.

Le premier soin de M. Bertillon a été de se donner une base sûre et solide de discussion. La doctrine qu'il combat émet une proposition à deux termes.

La fièvre typhoïde a augmenté de fréquence dans ce siècle.

La mortalité dans l'âge adulte a doublé dans ce siècle.

Le premier de ces termes est à peu près indiscutable par l'absence de tout relevé nosologique; il est impossible à la doctrine d'établir numériquement le fait sur lequel elle s'appuie, toutes les données historiques et purement médicales rendent extrêmement probable l'erreur de ce premier terme, et, à cette occasion, l'auteur fait la très judicieuse remarque qu'un bon fonctionnement de l'enregistrement de la cause des décès pourra seul fournir à la science future un élément précieux qui manque à la science actuelle.

Quant au second terme, la science est en mesure de pouvoir en faire la vérification complète et très satisfaisante, car le dernier siècle et le siècle actuel fournissent quelques documents d'une grande importance, témoins impartiaux et non prévenus qui vont jouer un grand rôle dans une question dont ils ne pouvaient avoir alors ni prévision ni conscience.

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 23 février. — Le hasard m'a bien servi. Depuis longtemps je nourrissais le projet d'assister à une séance de l'Académie de médecine, et aujourd'hui, me trouvant rue des Saints-Pères, à l'heure où s'assemble le docte aréopage, je suis entré dans le sanctuaire. La salle n'est ni belle, ni digne, ni commode. Rien de solennel, de majestueux, rien qui réponde à l'idée que je me faisais du lieu où se tient hebdomadairement le concile des Pères de notre église médicale. Mais si la mise en scène n'est pas brillante, j'ai été dédommagé par l'intérêt du drame.

M. Guérard a présenté un programme de discussion sur une des maladies que les praticiens qui, comme moi ont exercé dans les campagnes, ne connaissent guère que de nom, à savoir la fièvre puerpérale. Je vois, du reste, par ce programme, que, quoique très fréquente à Paris, la maladie n'en paraît pas beaucoup mieux connue. M. Guérard, en effet, a posé de très belles questions sur l'étiologie, sur l'anatomie pathologique, sur la nature, sur les symptômes, sur le traitement, sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale, c'est-à-dire sur les éléments essentiels, très essentiels de ce qui constitue la connaissance d'une maladie. Or, si tout cela était connu, M. Guérard ne s'amuserait pas probablement à faire un programme de questions. Cet honorable académicien a présenté d'ailleurs son questionnaire avec une grande modestie, avec bon goût, et en homme qui en sait aussi long que les autres sur ce quoi il interroge les autres.

Cependant, voilà la discussion allumée; elle promet d'être instructive ; je m'arrangerai de façon à la suivre, quoi qu'en dise Benoît, qui assure que les discussions académiques n'ont jamais servi qu'à jeter plus de doute, plus d'incertitude et de vague qu'il n'en régnait auparavant sur la question discutée.

— Sais-tu, me disait-il, comment finira cette discussion ? Comme ont fini la plupart de celles qui ont excité la curiosité ; après un débat de deux ou trois mois, l'Académie se trouvera tellement éclairée qu'elle fera appel aux lumières étrangères en proposant la fièvre puerpérale pour sujet de prix. Ainsi a-t-elle fait sur la question des révulsifs, sur celle du microscope, sur celle des injections iodées, pour ne parler que des plus récentes discussions. Chacune de ces questions a valu ou vaudra un billet de mille francs à celui qui la traitera le plus agréablement ; mais vous autres, pauvres praticiens, y verrez-vous plus clair sur l'emploi des vésicatoires ou des cautères, sur le traitement du cancer, sur l'opportunité des injections d'iode et sur la thérapeutique de la fièvre puerpérale ?

Je laisse dire Benoît ; ses décourageantes paroles ne peuvent mener qu'à la paresse de l'esprit et à l'inaction de la main. Je veux agir et j'ai soif de m'instruire auprès de nos grands maîtres sur la fièvre puerpérale.

Le 2 mars. — La discussion a été ouverte par M. Depaul.

J'ai été assez content de cet orateur, quoiqu'il ait eu le tort de ne pas suffisamment préparer son discours, ce qui l'a entraîné dans des longueurs facilement évitables. Sa doctrine est nette et carrée. M. Depaul m'a convaincu que la fièvre puerpérale est une affection primitivement générale, essentielle, une pyrexie qui a des caractères particuliers dont il a fait une exposition savante. Je ne sais pas ce qu'on peut répondre à cette démonstration. Avec M. Depaul, je suis essentialiste ; mais moi, praticien, je l'attendais au traitement. Après une si habile discussion, j'étais tout oreilles. Hélas ! je n'ai entendu que ces pénibles paroles :

« C'est un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement de la fièvre puerpérale est encore à trouver. »

— Tu en entendras bien d'autres, m'a dit ce cruel Benoît.

C'est égal, cette discussion m'intéresse et je la suivrai.

Le 9 mars. — Me voici bien perturbé. Évidemment M. Depaul avait tort ; M. Beau vient de le lui prouver. Pour ce dernier et non moins savant orateur, la fièvre puerpérale n'est qu'une inflammation diathésique. C'est simple comme bonjour. Si la femme qui vient d'accoucher n'avait que la diathèse, ce ne serait rien ou peu de chose, mais elle a, de plus, une inflammation, et voilà le mal. On ne meurt jamais d'une diathèse, mais on meurt des résultats qu'elle produit. Est-ce clair ? Et comment M. Depaul n'a-t-il pas vu cela ? Ici les résultats diathésiques sont une inflammation péritonéale. Tant que cette inflammation ne dépasse pas l'ombilic, tout va bien, et, moyennant 2 grammes 50 de sulfate de quinine, vous enlevez la diathèse et ses produits comme avec la main. Mais la ligne ombilicale, ligne fatale, est-elle dépassée, bonsoir, le sel péruvien n'a pas plus d'action que l'eau de guimauve.

A la bonne heure ! avec M. Beau, on sait à quoi s'en tenir, voilà une doctrine qui conduit à un traitement. C'est notre affaire.

Le 16 mars. — Il me semble que la question s'embrouille. C'est certainement ma faute, car M. Piorry a fait de très grands efforts pour la simplifier. La fièvre puerpérale n'est pas une unité morbide ; les essentialistes n'ont pas le sens commun : c'est une collection d'états pathologiques extrêmement variés. Comptons bien, si je peux m'en souvenir.

C'est :

1° Une entérite grave et de cause septique ;

2° Une phlébite partielle ou générale, modifiée et aggravée par la présence des matières putrides accumulées dans l'utérus ;

3° Une péritonite utérique ;

4° Une septico-péritonite ;

5° Une septicémie ;

6° Une pyémie ;

7° Des pleurites, des arthrites, des ethmoïtes promptement pyogéniques ;

8° Des arrêts de matières fécales et de gaz dans l'intestin simulant des péritonites ;

9° Une hypémie extrême résultant de la déperdition des liquides ;

10° Un refoulement des viscères et du diaphragme résultant des états précédents, et qui a pour conséquence une gêne très grande de la respiration ; une dilatation du cœur, des concrétions pulmonaires hypos-

C'est du choix sévère et motivé de ces documents que M. Bertillon s'occupe d'abord.

« Heureusement, dit-il, que si nos pères ont omis de compter les malades, quelques-uns des plus savants et des plus vertueux d'entre eux ont compté les morts à chaque âge. » Tels sont les travaux de Montyon, de Messance, de Duvillard, de Dupré Saint-Maur et de Necker pour la dernière moitié du dernier siècle, et qu'il peut comparer à la seule mortuaire par âges que nous possédions pour une partie du siècle présent.

M. Bertillon se livre à une étude très approfondie de ces documents appartenant à la dernière moitié du siècle actuel, documents qu'il met sans cesse en comparaison avec la seule mortuaire que nous possédions, la mortuaire de M. Heuschling, qui comprend la période décennale de 1840 à 1849. Il fait observer que cette époque n'est pas heureuse pour la défense de sa cause, car cette période comprend la cherté de 1846, la disette de 1847, la révolution de 1848 et le choléra de 1849. Malgré ces conditions défavorables, cette comparaison conduit à des résultats écrasants pour la doctrine.

Cependant, si l'on s'en rapportait à la simple comparaison des mortuaires du XVe et du XVIIIe siècles, on pourrait arriver, et c'est ce qu'a fait la doctrine, à des résultats erronés. Ainsi, il est bien vrai que les mortuaires du siècle passé, de Montyon ou Duvillard, apprennent que sur 1,000 *décès de tout âge*, il y en avait environ 61 de 20 à 30 ans, tandis que dans la mortuaire de M. Henschling (1840-49), on en trouve 75. Mais, dit M. Bertillon, « en peut-on conclure, d'après une méthode familière aux adversaires de la vaccine, que les adultes succombent en plus grand nombre aujourd'hui qu'autrefois? Non, ce serait commettre une grossière erreur qui pourrait, en principe, relever de deux causes bien distinctes, et qui, en fait, relève de deux causes combinées. En effet, s'il y a aujourd'hui un *plus grand nombre relatif d'adultes* (et nous verrons qu'il en est ainsi), il est tout simple qu'ils fournissent un *plus grand nombre relatif de décès*. Mais même en dehors de cette considération, même en supposant stationnaires les rapports des vivants de chaque âge, on ne serait pas autorisé à conclure que les adultes succombent en plus grand nombre, de cela seul que sur *mille décès de tout âge*, on en trouve aujourd'hui 75 de 20 à 30 ans, au lieu de 61 qu'on avait autrefois. Car si la mortalité des autres âges a diminué (et l'on sait qu'en fait, la mortalité de l'enfance est celle qui s'est le plus notablement atténuée), tandis que celle de 20 à 30 ans est restée à peu près stationnaire, il en résultera de ces conditions que sur un même nombre de décédés, on en trouvera un plus grand nombre de 20 à 30 ans, puisque les décès des autres âges auront diminué. » (Page 65.)

M. Bertillon fait voir qu'il n'y a qu'une manière d'apprécier la mortalité qui pèse sur les âges, c'est de comparer le nombre moyen des décès de chaque âge ou de chaque période d'âge, au nombre moyen des vivants *qui les fournissent*. En d'autres termes, il faut des tables de population qui donnent, pour les mêmes époques que les mortuaires, le nombre des vivants de chaque âge ou de chaque période d'âge correspondante aux périodes des mortuaires; il faut, de plus, que la population de ces tables soit certainement celle qui a fourni les décès annuels indiqués par la mortuaire.

Nous possédons ces deux éléments pour la mortuaire de 1840-1849, car nous pouvons la comparer au recensement par âges de 1851, et ces deux époques sont si voisines l'une de l'autre, que l'on peut admettre que c'est la population recensée en 1851 qui a fourni la mortuaire de 1840-1849.

Quant au siècle passé, les mortuaires de Moheau, de Dupré St-Maur et de Messance n'étant pas accompagnées du recensement de la population qui les a fournies, il n'est pas possible de comparer les documents à ceux dont nous venons de parler. Mais, en interrogeant chacun d'eux par une méthode appropriée à ses qualités, M. Bertillon en obtient des résultats utiles à la solution de la question.

Ainsi, pour les mortuaires du XVIIIe siècle, en rétablissant, d'après la méthode dite de Halley, la population présumée et probable pour les mêmes époques, M. Bertillon trouve que, de 5 à 10 ans, le danger de mort est descendu de 20 et même de 23 à 13; de 10 à 20 ans, le siècle passé comptait, en moyenne, 10 décès, là où nous n'en comptons que 8; de 20 à 30 ans; quand le XVIIIe siècle, compte 15 décès, nous n'en avons que 13 1/2, soit, 27 au lieu de 30; ainsi de suite aux âges suivants, en exceptant pourtant les derniers, de 80 et au delà.

« C'est donc d'une voix unanime, dit M. Bertillon, que Moheau, Dupré St-Maur, Messance, en confrontation d'Heuschling, déclarent la mortalité de chaque âge plus forte de leur temps qu'au nôtre. »

En appliquant la même méthode à la mortuaire et à la table de population de Duvillard, M. Bertillon arrive à ces résultats que, à la fin du XVIIIe siècle, il y avait 120 décès sur 1,000 enfants de 0 à 5 ans, et qu'il n'y en a plus que 68 aujourd'hui. A l'âge le moins exposé, de 10 à 15 ans, il y avait 8 décès; il n'y en a plus que 5 à 6. Enfin, de 20 à 30 ans, l'âge funeste, selon les adversaires de la vaccine, sur 1,000 vivants, Duvillard accuse 13,6 décès, et tous les documents, objets de l'étude de M. Bertillon, d'un accord commun, n'en trouvent que 10 à 12.

Ces résultats généraux si satisfaisants, et que nous pouvons seulement exposer ici, découlent, nous le répétons, d'une démonstration mathématique poussée jusqu'au luxe; car c'est après avoir épuisé tous les procédés de calcul, après les avoir vérifiés les uns par les autres, que M. Bertillon se croit suffisamment autorisé à exposer les formules générales que nous venons de faire connaître. Et cependant, M. Bertillon a voulu leur donner une dernière démonstration, en consacrant le dernier paragraphe de cette seconde partie de son livre à la vérification des résultats annoncés par la détermination du danger de mort au-dessous et au-dessous de 14 ans. Par ce nouveau travail, qui prouve avec quelle sévérité et quelle conscience M. Bertillon a entrepris cette étude, il arrive aux résultats suivants que nous transcrivons :

« Il est donc solidement démontré qu'avant la Révolution, il y avait 55 décès sur 1,000 enfants de 0 à 14 ans, et qu'il n'y en a plus aujourd'hui que 32 à 33. Pour les adultes, il y avait plus de 26 décès sur 1,000, et il n'y en a plus que 20. Devant des résultats si tranchés, si sérieux, si nombreux et si unanimes, quelle place peut rester pour le doute? Quelle place pour une hypothèse contraire? »

(La suite prochainement.) Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

X

J'ai essayé d'unir sans éclectisme les faits sur lesquels s'appuient et les localisateurs et les essentialistes, et de ne laisser aux uns et aux autres que leurs erreurs. Que disent, en effet, les anatomistes?

On trouve toujours dans la fièvre puerpérale une inflammation de l'utérus, ou de ses annexes, ou de ses veines, etc., et toujours du pus dans celles-ci, ou des liquides putréfiés et délétères à la surface de la plaie placentaire; donc, l'affection générale n'est pas primitive; donc les phlegmasies disséminées, donc les abcès multiples, etc., sont des phénomènes consécutifs. Ils ne naissent pas d'une disposition morbide préexistant partout et plus prononcée là où ils se forment. Leur origine n'est qu'une absorption, leur développement qu'une translation, leur maturité qu'un mélange avec le sang préalablement sain, et qu'un dépôt. On s'est trompé : la fièvre puerpérale n'existe pas; ce qu'on a pris pour elle n'est qu'une injection de pus ou de sanie dans les veines de la femme bien portante. La thérapeutique de cette maladie n'est qu'une affaire de petite chirurgie, un simple pansement. Éteignez ce foyer d'inflammation commune avec des sangsues; épongez ce pus; lavez ce cloaque; et la prétendue fièvre puerpérale est tarie dans sa source. Voilà ce que contient rigoureusement le principe des anatomistes. Ces lésions locales font tout naturellement leur triomphe. Il est vrai qu'une seule observation négative peut le ruiner par sa base; et cette possibilité les trouble. Il ne faut pas la leur marchander. Supposons donc qu'on ne puisse pas leur opposer un seul fait contradictoire. Quelle conséquence en tirer? Que l'utérus ou ses annexes, ou ses veines sont toujours frappés d'inflammation et de suppuration dans la fièvre puerpérale? soit; mais on peut les défier d'aller au delà; mais l'interprétation du fait, mais ses rapports avec l'état morbide général, c'est une autre affaire : ils restent tout entiers à expliquer.

XI

L'existence du pus dans les sinus utérins ne prouve pas que l'état morbide puerpéral de toute l'économie ne préexiste ou ne coexiste pas de son côté; et au contraire; car pourquoi cette suppuration? D'où vient-elle? D'où vient, d'abord, l'inflammation antécédente? car il y a là deux choses, inflammation non traumatique, plus suppuration; ce qui suppose deux éléments morbides particuliers et distincts. M. Tessier n'a-t-il pas prouvé, que le premier effet d'une phlébite simple et saine, était la formation d'un caillot obturateur? Si la phlébite n'est pas coagulante ou adhésive, si elle est purulente, c'est déjà en vertu d'une disposition pyogénique du sang, etc... — Mais les déchirures du col, mais la surface placentaire de l'utérus donnent des liquides frappés de fermentation putride; d'autres fois il s'y forme une couche pultacée grisâtre, vraie pourriture d'hôpital; et telle est la matière qui va produire une autre forme de fièvre puerpérale, l'infection putride.

Mais, objectons-nous à notre tour : d'où vient cette matière ichoreuse et putride? En vertu de quoi se forment dans l'utérus, et jusque dans les veines qui en naissent, ces produits semi-plastiques et pseudo-membraneux? Ne traduisent-ils pas une adynamie et une tendance à la dégénération typhoïde partagées par toute l'économie et manifestées à leur plus haute puissance dans les organes centraux des affections puerpérales délabrés par le travail de l'accouchement? Est-ce que la pourriture d'hôpital n'est pas une affection générale localisée dans les plaies? Toutes les femmes en couche ont une plaie placentaire et absorbent par là des liquides excrémentitiels, du sang décomposé et souvent infect. Pourquoi toutes n'ont-elles pas de fièvre putride puerpérale? et comment se fait-il que tous les individus qui portent cautère

---

tasiques, l'accumulation de l'écume dans les bronches, l'hypoémie et la mort.

J'en ai encore la chair de poule. Heureusement que M. Piorry est un homme de ressources, et qu'à tous ces états organopathiques il peut opposer des moyens curatifs, à l'exclusion cependant de l'hypoémie et la mort.

Ainsi :

1° Le repos, les cataplasmes, les soins de propreté sont utiles pour l'utérite;

2° La péritonite, alors qu'il y a assez de sang dans l'organisme, est améliorée par les saignées locales, les fomentations aqueuses et les purgatifs doux;

3° Il est indispensable de nettoyer, au moyen d'injections doucement portées, la cavité utérine du sang et de la sanie putride qu'elle contient;

4° Contre le caractère septicémique et galémique de la péritonite, on ne possède guère aucun moyen;

5° L'aération et les soins de propreté sont, sous le rapport de la préservation et de la curation, d'une extrême importance;

6° Contre la pyémie et la galémie, il n'y a qu'aux purgatifs que l'on peut penser;

7° Contre les phlegmasies pyogéniques, ces mêmes purgatifs, *tout inutiles qu'ils sont*, sont encore les seuls proposables.

Je n'oublie, et des meilleurs, tels que les aliments réparateurs contre l'hypémie, le sulfate de quinine si la rate est volumineuse, l'émétique contre l'accumulation des liquides dans les voies aériennes, etc., etc., etc.

Voilà, certes, un traitement complet, et je ne m'étonne pas que M. Piorry ait pu dire que pendant cinq ans, à la Pitié, il n'a pas perdu une seule fièvre puerpérale.

Je réfléchirai. Le tout est de bien me souvenir de ces dix états organopathiques et des dix moyens par lesquels il faut les combattre.

— De cette course un peu longue que je viens de faire avec M. Piorry dans l'organopathie, besoin j'éprouvais de me reposer sur des points moins compliqués. J'ai été servi à souhait par M. Hervez de Chégoin, qui a eu la bonté de venir au secours de mon esprit fatigué.

M. Hervez est de l'avis de M. Depaul sur un point, la fièvre puerpérale n'est autre chose qu'une infection générale avec altération du sang; mais cette altération du sang, au lieu d'être primitive, comme le veut M. Depaul, n'est que consécutive pour M. Hervez. Consécutive à quoi? à l'accumulation dans la matrice de matières qui s'y putréfient. C'est la forme putride de cette fièvre. Elle présente aussi une forme purulente, conséquence de l'inflammation utérine. D'où, traitement dichotomique. Est-ce la forme putride qui menace? Lavez, injectez les organes, éliminez le poison. Craignez-vous la forme purulente? Traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur.

Voilà du moins qui est simple et qui peut facilement se retenir. Je m'en tiens là pour le moment.

Le 23 mars. — Mon pauvre esprit se trouble de plus en plus. Et par qui, mon Dieu! Par le professeur le plus lucide et le plus pénétrant de l'école de Paris, par le professeur Trousseau. Jugez un peu de ma perturbation. Pour cet éloquent académicien, depuis trois semaines l'Académie discute sur la dent d'or. La fièvre puerpérale n'existe pas; c'est-à-dire que si on l'observe sur les femmes récemment accouchées, on l'observe également sur les femmes non accouchées, sur des fœtus encore dans le sein maternel, ce qui paraîtrait à Tartas bien difficile à constater; aux enfants nouveau-nés, aux opérés, et, enfin, aux individus sans traumatisme. Mais, ce qui achève de me perturber, c'est que malgré cette généralisation de la fièvre puerpérale en dehors de la puerpéralité, cette maladie reste pour M. Trousseau une maladie *spécifique*. Je n'y suis plus, mais du tout. Après avoir entendu cette brillante oraison, je me suis caché de Benoît, pour qu'il n'aperçoive pas mes inquiétudes et mon anxiété.

Le 30 mars. — *Deus, ecce Deus!* M. P. Dubois prend la parole. Déception! il la quitte aussitôt. Le savant professeur a fait une trilogie de son discours, et, en bon ménager de l'attention, il n'en a livré que la première partie aujourd'hui. J'attendrai les deux dernières pour me résumer à moi-même les impressions que j'aurai reçues de ce discours.

Je suis heureux que Benoît ne soit pas là, car que pourrais-je répondre à sa question inévitable :

Qu'as-tu appris jusqu'ici?

Dr SIMPLICE.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

« Afin de faciliter la digestion du lait, aussi bien chez les enfants, dont il est la nourriture habituelle, que chez les adultes, le docteur Guneprestht conseille d'y associer une petite quantité de sel de cuisine, » dit l'*Ami des sciences*. Il y a longtemps que ce fait a été mis en lumière par le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE. La diète au lait chloruré, à laquelle il soumet les phthisiques, est fondée principalement sur cette indication, que le lait ainsi additionné est admirablement supporté par l'estomac. Les malades peuvent en digérer deux litres et plus par jour, ce qu'ils ne feraient pas certainement, pendant plusieurs mois, sans l'addition du chlorure de sodium.

— Le concours pour les deux places de chirurgien au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Bauchet et Foucher.

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Eichinger et Duval ont été nommés internes de l'hôpital civil, et MM. Rustegho, Müller, Filliette, Poncet et Schürr, externes au même hôpital.

— M. le docteur Robert vient de publier à Strasbourg le premier numéro d'une *Revue hydrologique*. « Placé au centre d'un grand nombre d'établissements d'eaux minérales, dit la *Gazette de Strasbourg*, assuré de la collaboration de médecins distingués, M. Robert ne peut manquer d'obtenir pour sa *Revue* un succès digne de ses efforts. »

— En Allemagne, la mort a frappé récemment deux Facultés de médecine : à Breslau, le célèbre botaniste, Nees von Esenbeck, et à Berlin, le professeur Busch, l'un des accoucheurs les plus distingués de l'Allemagne, sont morts à peu de jours de distance.

ou vésicatoire ne soient pas affectés de fièvre purulente et de suppurations viscérales multiples ? Les ontologistes ont bien tort de chicaner leurs adversaires sur une phlébite et une suppuration utérine de plus ou de moins ; car ces faits témoignent bien plus fortement contre la doctrine de la localisation qu'en sa faveur. J'avais donc raison de dire, que la vraie théorie a le droit de reprendre aux anatomistes ces faits complices d'une erreur entre leurs mains vides désormais d'autre chose. Où ont-ils vu que l'existence d'une affection locale était en contradiction avec l'existence d'une affection générale ? Pour moi, je serais si loin de leur contester la constance des lésions utérines, que je suis convaincu que la matrice et ses annexes sont le centre des maladies puerpérales, alors même que l'anatomiste le plus exact serait incapable d'y découvrir la moindre lésion pathologique définie ! Et cet exemple se réalise à mes yeux dans ces typhus puerpéraux épidémiques qui foudroient les femmes en couche dans les hospices spéciaux, sans aucune lésion locale appréciable ni dans l'utérus et ses veines, ni dans le péritoine, ni ailleurs. Ces faits portent le dernier coup aux localisateurs. Les généralisateurs triomphent à leur tour ; mais, je l'ai déjà dit, ils n'ont peut-être pas ce droit autant qu'ils s'en flattent.

XII

Que disent les généralisateurs ? Qu'on rencontre des affections puerpérales sans aucune altération circonscrite des organes du bassin, et sans péritonite ; et ce sont les plus graves, les plus rapidement, les plus inexorablement mortelles ; et ils en concluent que cette maladie est bien une pyrexie, une fièvre, — et ils ont raison, — mais que cette fièvre est une affection primitivement et essentiellement générale, sans rapport avec les organes de la puerpéralité ; une fièvre, enfin, comme pourrait être celle d'un polype, d'un animal homogène, sans organes déterminés et centralisés ; et en cela les ontologistes sont dans l'erreur. Voilà pourtant ce que contient rigoureusement leur principe.

Ce typhus puerpéral qu'on appelle nerveux, parce que l'anatomie pathologique du scalpel n'y trouve aucune lésion grossière à figurer, aucun produit morbide à classer, pas une goutte de pus à recueillir dans une veine utérine ou un vaisseau blanc du bassin, ce typhus sidérant qui ne laisse après lui aucune lésion locale, est-il si indéterminé qu'on le dit ? Parce que l'utérus et ses annexes sont exempts d'inflammation et de pus, faut-il croire que ces organes n'y jouent aucun rôle ? Mais tous les tissus, mais le sang paraissent aussi sans altération : le sont-ils donc réellement ? Les ontologistes ne le nient pas, mais ils ne l'affirment pas davantage. C'est une fièvre essentielle, disent-ils : ce mot mystérieux fait merveille, Il ne dit rien, il immobilise la science ; son mérite principal est, j'en conviens, d'exclure les erreurs positives et de ne pas gêner l'accès de la vérité. C'est une idée libérale et paresseuse : voilà pourquoi elle satisfait.

Mais voyez la preuve que ce grand mot n'est là que pour déguiser une impuissance distinguée. Dès que les essentialistes trouvent dans leur fièvre la moindre lésion locale, ils n'osent plus la qualifier d'essentielle. Pour eux, *essentiel* signifie *sans lésion*. A mes yeux, cela veut dire vague, indéterminé, insaisissable, unité sans nombre, vie sans organisation. Fièvre essentielle n'a pas d'autre sens que fièvre abstraite. En physiologie, ne pas savoir mettre le général dans le particulier, comme font les anatomistes, c'est étroit ; mais ne pas savoir mettre le particulier dans le général, comme font les ontologistes, si c'est plus large, si cela dénote plus d'étendue, cela n'indique pas beaucoup plus de force.

Les ontologistes ont peur de leurs adversaires. Dès qu'ils rencontrent une lésion locale, ils craignent qu'elle se retourne contre eux et démolisse leurs maladies essentielles. C'est qu'ils ne se sentent pas solides chez eux. Ils ne le sont pas, en effet. On n'a le droit de créer des pyrexies ou des affections générales, que quand on peut en concilier l'existence avec celle d'affections locales et de phlegmasies ; comme on n'a le droit d'être vitaliste, que quand on peut concilier l'idée indivisible du vie et d'organogénésie.

XIII

De ce que dans certaines épidémies de typhus puerpéral, on ne rencontre pas de lésions utérines déterminées, on n'est pas en droit d'exclure les organes génitaux de la théorie de cette fièvre : voilà ma thèse. Si on les exclut, c'est, je le répète, qu'on est plus anatomiste qu'il ne paraît, et moins vitaliste de fait que d'intention. Tout le monde convient qu'on peut être malade sans lésion *dissécable*. Cependant, les maladies exemptes de ces lésions n'en sont pas moins soumises aux lois générales de la pathologie. Vous faut-il absolument des lésions grossières à exposer dans un bocal pour vous autoriser à admettre que les organes génitaux prennent une part considérable à la fièvre puerpérale ? Exiger cela, ne serait-ce pas faire supposer que quand des lésions existent, ces lésions sont cause de la fièvre, et saper ainsi par sa base l'existence nosologique des pyrexies ? Ce seul fait que la fièvre puerpérale ne débute qu'après l'accouchement, ne suffit-il pas pour en placer le centre dans les organes génitaux ? Qu'il y ait ou non des altérations cadavériques dans ces organes, qu'importe, puisque ces altérations, quand il en existe, sont déjà des effets, et que loin de produire la maladie, elles la supposent ? Ne parler que d'altération primitive et essentielle du sang, c'est trop facile, et surtout trop vague. Cette altération, personne ne la conteste : la question n'est donc pas là.

Mais qui donne le branle à cette fièvre grave, à cette maladie aiguë *totius substantiae*, expression certaine d'une altération du sang ? N'est-ce pas l'accouchement ? Peut-on nier, dès lors, que l'appareil utérin ne devienne le centre, et comme le foyer vital de la maladie ? Il n'y a, certes, dans cette idée, aucune concession à l'anatomisme. Dans ce système, on regarde l'utérus enflammé ou suppuré comme seul malade primitivement. Ou c'est une irritation condensée à la manière de l'électricité dans la bouteille de Leyde, et qui se décharge sur tout le système par des conducteurs qu'on appelle ici des nerfs ; ou c'est un réservoir inerte, une éponge renfermant du pus dans ses vacuoles, ou à sa surface des liquides putréfiés, et dans laquelle des vaisseaux pompent ces matières pour les transporter partout. J'en demande pardon aux localisateurs ; mais, ou ils ne se comprennent pas bien eux-mêmes, ou leur théorie n'est que cela. Je la dénude, c'est mon droit ; et je lui prouverai, si elle le désire, que tout ce que son bon sens révolté peut vouloir y ajouter, n'est rien que lambeaux empruntés à d'autres théories pour cacher son insuffisance. Oui, si l'utérus n'est pas seul altéré primitivement, la doctrine anatomique n'existe plus. Mais si le sang n'est pas seul altéré primitivement, l'idée de la généralisation primitive et indéterminée des ontologistes, n'existe pas davantage.

XIV

Une femme est placée dans des conditions d'épidémicité ou d'endémicité avant sa couche. Une épidémie de typhus puerpéral règne et sévit ; la victime respire déjà l'air pestilent d'un asile de Maternité : elle est prête ; mais elle restera dans cet état de préparation et d'imminence indéfiniment ou tant que les éléments de la maladie qui va la tuer n'évolueront pas. Que faut-il pour cela ? Qu'elle accouche. Cependant, de quelle manière l'accouchement, la délivrance et l'état nouveau dans lequel se trouve alors la femme, déterminent-ils, dans ces conditions, l'explosion de la fièvre puerpérale ?

On a comparé, on a même assimilé l'accouchement à un traumatisme, et la surface placentaire de l'utérus, et les déchirures presque inévitables du col de cet organe, à de véritables plaies. Les déchirures du col, je l'accorde ; la surface placentaire, c'est moins vrai. L'expression de plaie placentaire ne peut-être qu'une analogie. Quoique l'effet d'un travail physiologique violent et hémorrhagique, la chute du placenta est naturelle. C'est, si je peux ainsi dire, un traumatisme spontané ; et cette condition jette aussitôt une différence considérable entre cet état et celui qui caractérise un traumatisme accidentel et chirurgical. La plaie placentaire est donc une sorte de plaie spontanée. Cela s'éclaircira plus tard. Quoi qu'on en puisse dire, il n'y a pas là de plaie au sens chirurgical. On n'y observe ni bourgeons charnus, ni tissu inodulaire, ni cicatrice ; dès lors, pas de suppuration. La membrane particulière qui tapisse encore l'utérus après la délivrance, et qui est plus épaisse et plus fortement organisée au niveau de la plaie placentaire qu'ailleurs, cette membrane n'est point un produit morbide. Elle tombe aussi par une exfoliation naturelle. Ce sont là autant de phénomènes physiologiques, extraordinaires, il est vrai, intermédiaires entre la santé et la maladie, et qui attestent l'*altérabilité* de notre organisme en général, et particulièrement la disposition morbide toujours imminente de la femme en couche ; mais ce ne sont pas des maladies au sens nosologique. Les lochies proprement dites, les lochies blanches qu'on appelle aussi purulentes ou *laiteuses*, ne sont pas sans rapport avec la sécrétion du lait. Dans tous les cas, les lochies sont les lochies, c'est-à-dire un liquide particulier propre à l'utérus de la femme en couche, très altérable, sans doute, très susceptible de devenir purulent, comme le mucus, parce que l'utérus est alors très susceptible d'inflammation ; mais il est vraiment trop facile de l'assimiler à une suppuration.

XV

Comment justifier cette opinion, quand on voit les lochies contenir des globules dits purulents, c'est-à-dire des leucocythes, dès le premier jour et immédiatement après la chute du placenta ? D'ailleurs, qui a prouvé que les lochies n'étaient fournies que par la surface placentaire et non par toute la surface utérine ? Ces globules ne signifient donc rien par eux-mêmes et n'emportent pas l'idée de pus, car on les trouve identiques dans une foule d'humeurs normales et anormales qui ne sont pas le pus. Ce qui fait réellement la différence des humeurs de l'économie, ce sont moins les parties solides qu'elles tiennent en suspension que le liquide organisé lui-même. C'est lui qui fait le fonds, la source, l'originalité, si je peux ainsi dire, de chaque humeur physiologique ou pathologique, et qui, par exemple, fait la qualité et la nature des poisons morbides inoculables. Les recherches de M. Charles Robin (*Chimie anatomique*, par Robin et Verdeil, 3 vol., 1853), me paraissent avoir mis ce fait hors de doute.

J'ai dit bien souvent, que ce n'est pas aux éléments anatomiques, aux solides terminés et considérés statiquement que le microscope doit demander les secrets de l'organisation, mais aux éléments vivants ou évoluants et en voie d'intussusception. Il doit chercher à surprendre les actions et les transformations sur le fait bien plus que les formes et les quantités. Le processus de celles-ci lui traduit le travail des forces. Sans cela, il n'aboutit qu'à prolonger et à perpétuer l'anatomie mécanique connue sous le nom d'anatomie descriptive.

Assimiler les lochies à une suppuration ce n'est donc pas délier le nœud, c'est le couper ; c'est se sauver par la porte oblique d'une analogie, au lieu de marcher droit au front de la difficulté.

XVI

Non, l'utérus n'est pas le centre traumatique, le foyer accidentel et chirurgical de la fièvre puerpérale, pas plus que les mamelles ne le sont, à ce titre, de la fièvre de lait. Pourtant, et quoique la doctrine des ontologistes implique le contraire, l'utérus est bien le centre pathologique de l'état puerpéral et des maladies générales auxquelles il donne naissance.

D'abord, il a été le siége d'un *travail* grave. Ce *travail* général, mais concentré là, a été suivi d'une détente générale aussi et d'un collapsus plus ou moins profond. Le faible n'est pas le malade, a dit Hippocrate, mais il est le plus près du malade. De plus, le sang, toute l'économie, sont pénétrés de matériaux plastiques extraordinaires, à la formation desquels présidait l'utérus. Ces matériaux sont désormais sans application embryogénique. Cependant, à la faveur d'une catalyse isomérique spontanée, ils doivent s'appliquer encore à la nutrition de l'enfant, mais sous une autre forme. L'organisme entier concourt à cette opération ; mais les mamelles, annexes de l'utérus, et placées comme toujours sous son influence suprême, en sont l'organe central. Or, c'est l'utérus qui est frappé au plus haut degré par la prédisposition typhoïde dont toute l'économie est imprégnée. Ses forces sont altérées plus que celles d'aucun autre organe par cette imprégnation morbide funeste ; et de même que jusqu'à la parturition, il avait gouverné la santé de la femme et avait été le centre vital de la puerpéralité, il va la gouverner encore dans l'état pathologique, et être le centre de la maladie générale. Ce qui le prouve, même en l'absence de toute lésion anatomique déterminée, c'est que si des lésions de ce genre viennent à se développer — et c'est le cas de beaucoup le plus commun — il en est le premier et le plus gravement, quand il n'en est pas le seul atteint ; et c'est à ce point, qu'à ne considérer les choses que par le côté de l'anatomie cadavérique, il est le seul organe responsable. Donc, quand il n'existe en lui aucune lésion appréciable, il est aussi réellement, aussi positivement que quand il en existe, le centre de l'affection générale. Je vais plus loin : je soutiens que si l'utérus n'est pas le centre de la fièvre puerpérale alors même qu'il n'est le siége d'aucune lésion physiquement appréciable, il n'en est pas, il ne peut jamais en être le centre et le foyer, lorsqu'il est atteint par de pareilles lésions. Or, voyez où cela pourrait nous mener.

La preuve se déroulera dans une revue rapide de la pyrétologie puerpérale. Cette pathologie comparée peut seule affranchir la question de l'esprit de système. *Series juncturaque pollet.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, la séance s'est ouverte plus tard que de coutume : à trois heures un quart, MM. les académiciens causaient encore dans la galerie d'attente, groupés autour de la grande figure rouge de l'*écorché bêcheur*, que le public, toujours avide des choses anatomiques, regardait tant à la dernière exposition des Beaux-Arts. On doit se la rappeler, elle était, au jardin du palais des Champs-Élysées, placée dans un des massifs de gauche dont elle ensanglantait l'aspect. Elle a été, dans la dernière séance, l'objet d'une note que nous mentionnerons à son rang.

A quatre heures, l'Académie s'est formée en comité secret.

Parmi les pièces de la correspondance, nous avons remarqué :

Une note de MM. Delafond et Bourguignon, concernant une nouvelle espèce d'acare trouvée par eux sur le lama du Pérou.

— Un travail de M. Bally, intitulé : *Propositions sur le choléra et la fièvre jaune*, destiné au concours du prix Bréant.

— Un mémoire d'un médecin de Sumatra, sur le choléra épidémique, renfermant un appel à des expériences régulièrement instituées sur les causes du fléau indien et sur les remèdes à lui opposer.

— Une note de M. le docteur Hédouin, relative à l'emploi des eaux minérales de Saint-Sauveur dans la dyspepsie.

— M. de Quatrefages a demandé la parole pour communiquer à l'Académie la description d'un compas de son invention, destiné à mesurer l'angle que Prichard appelait l'angle pariétal, et qui est très important dans l'étude des différentes races humaines.

— M. Lamy est venu, pour justifier la présence du Bêcheur écorché, lire des considérations sur l'étude de l'anatomie dans les écoles de beaux-arts.

— M. Maisonneuve a donné lecture d'une note sur une nouvelle méthode d'amputation des membres.

Dans cette méthode, on n'emploie ni le couteau pour faire la section des chairs, ni la scie pour diviser l'os, ni les ligatures permanentes.

Le premier temps de l'opération est constitué par la rupture de l'os au moyen d'un instrument spécial que M. Maisonneuve appelle ostéoclaste ; on embrasse ensuite les parties molles, au-dessous du niveau de la fracture, à l'aide d'un serre-nœud puissant. On le fait agir d'abord jusqu'à ce qu'il ait interrompu toute circulation sanguine et nerveuse. On coupe alors les chairs à quelques centimètres plus bas, ce qui permet d'enlever le fragment osseux inférieur ; on continue ensuite l'action du serre-nœud jusqu'à la division complète des parties comprises dans l'anse de sa chaîne. L'opération ne fait pas perdre aux malades une goutte de sang. Elle a surtout pour but d'éviter l'infection purulente.

— M. Bussy, au nom de M. Marchand, pharmacien à Fécamp, présente à l'Académie de nouvelles recherches de l'iode dans les eaux de l'atmosphère. L'eau de neige, analysée par M. Marchand, a donné un demi-milligramme environ d'iode par litre.

— M. Pelouze, au nom de M. Perraut de St-Gilles, lit une note sur les propriétés oxydantes du permanganate de potasse.

— M. Brunel (?), avant ces deux honorables membres, avait eu la parole pour lire un travail sur l'organisation de la science. Nous avons le regret de n'en avoir pas entendu un mot. Cette lecture a été interrompue à plusieurs reprises par le Président, impatient d'arriver aux conclusions.

« Vous vous occupez de la science, c'est fort bien, a dit M. Despretz au lecteur peu écouté, mais je ne sais si votre communication est de la compétence de l'Académie. L'Académie ne s'occupe que de certaines parties des sciences seulement. Toutefois, si vous avez des conclusions très précises, je vous engage à les lire. »

Il paraît que le travail de M. Brunel n'en avait pas. Mais ne peut-on, contrairement à ce que paraît croire M. Despretz, faire un excellent travail sans conclusions? Nous disons cela en général et sans application possible à une communication dont le premier mot n'est parvenu ni à nous ni à personne.

Nous extrayons du mémoire lu par M. le docteur Bonnafont dans la précédente séance, et intitulé : *Réflexions médico-psychologiques sur certaines modifications des sens de l'ouïe et de la vue*, les remarquables considérations suivantes :

« On se préoccupe souvent de savoir et d'expliquer pourquoi les aveugles paraissent généralement gais, contents, et pourquoi ils recherchent la société, tandis que les sourds, au contraire, malgré le sens de la vue qui leur permet de se suffire bien plus facilement à eux-mêmes, sont tristes et préfèrent la solitude. Cette différence, qui a lieu de surprendre, et qui est en raison inverse de l'importance que nous attachons à l'exercice de ces deux sens, a été diversement expliquée par les philosophes et les psychologues.

Des deux sens qui président l'un à la vue, l'autre à l'audition, quoique tous deux d'une importance majeure, il paraît évident que celui de l'ouïe a une bien plus grande importance sur notre intelligence, et qu'il pénètre plus profondément dans le sens intime de la pensée à laquelle il s'associe infiniment mieux que la vue. N'est-ce pas l'ouïe qui préside à la parole, ce moyen puissant de toutes nos relations et celui qui établit la plus grande distinction entre l'homme et les animaux?

La vue, qui semble, au premier abord, être d'un grand dédommagement pour les sourds, est précisément ce qui augmente la somme de leur désirs. Le sourd ne pourra jamais prendre sur lui de ne pas désirer entendre ce qu'il voit. Son supplice est extrême quand ses yeux lui montrent un spectacle, un événement lointain ou des personnes absorbées par une conversation à laquelle il ne peut prendre aucune part. Ce qui ajoute encore à son tourment, c'est que, ne pouvant rien entendre, il s'imagine que l'on s'occupe de lui et de son infirmité.

L'aveugle, qui entend, au contraire, finit par se faire assez bien et même assez vite à sa malheureuse position, lors même que sa cécité est accidentelle et survenue à un âge déjà avancé. Il nous suffirait de citer quelques aveugles qui ont joui d'une juste célébrité tels que Homère, Dydime, Gomer, Nicaise de Voërden, Ferdinand, Marguerite, François Blaise (fameux mathématicien), Milton, Arago (Jacques) et Augustin Therry, le bénédictin moderne, qui, à une question qui lui fut adressée sur sa malheureuse position, répondit par ces belles paroles : « Si j'avais à recommencer ma route, je prendrais celle qui m'a conduit où je suis; aveugle et souffrant sans espoir et presque sans relâche, je puis rendre ce témoignage qui, de ma part, ne sera pas suspecté : il y a au monde quelque chose qui vaut mieux que les jouissances matérielles, mieux que la fortune, mieux que la santé elle-même, c'est le dévouement à la science. » Eh bien, en lisant la biographie de tous les aveugles qui avaient eu le bonheur de recevoir de l'instruction, on voit que tous se sont adonnés à une spécialité d'étude relative à leur aptitude, et que tous ont trouvé dans cette culture intellectuelle de tels attraits, qu'ils ont fini peu à peu sinon par oublier, du moins par avoir peu de regrets d'avoir perdu un sens qui leur procurait, disent-ils, beaucoup plus de distractions que de vrai savoir.

Tout le monde dit cependant qu'il vaut mieux être sourd qu'aveugle. Cela est vrai parce que celui qui conserve la vue peut plus facilement se suffire et se passer du secours des autres. Mais cela ne détruit en rien la condition morale qui accompagne ces deux infirmités. C'est donc dans cette différence de sensation que nous trouvons l'explication de la gaîté que conservent les aveugles qui entendent, et de la tristesse mélancolique dans laquelle ne tardent pas à tomber les sourds qui ont conservé la faculté d'y voir.

Le sourd, fatigué de ne pouvoir entendre ce qui se fait ou se dit autour de lui, s'éloigne peu à peu de la société et finit par ne trouver quelques jouissances que dans la solitude; tandis que l'aveugle, ne vivant que par les charmes de la conversation et de cette admirable harmonie que la parole répand entre tous les êtres parlants, trouve un bonheur ineffable là où le sourd ne rencontre que de l'ennui. Un fait constant, qui mérite d'être pris en sérieuse considération, c'est que la solitude, cette grande instigatrice du travail, développe l'intelligence et décuple l'aptitude intellectuelle chez l'aveugle qui entend, tandis que l'isolement affaiblit peu à peu, en les abrutissant souvent, les facultés du sourd qui y voit. On peut dire que le sourd qui y voit vit plus par le sens des relations, tandis que l'aveugle qui entend trouve l'aliment vital dans les sensations qui siégent au cœur et qui partent de l'esprit.

N'étant point détourné par les impressions du sens de la vue qui apporte avec lui les distractions les plus vives, les plus nombreuses et les plus continues, son attention se concentrera sur celles que l'ouïe lui permet de recueillir, et cela avec une énergie que nous avons peine à concevoir; d'où il serait peut-être permis de tirer cette conclusion que la vue, malgré les immenses services qu'elle rend à l'intelligence, sert plus spécialement les penchants instinctifs; tandis que l'ouïe, tout en secondant fréquemment les instincts, est plus intimement liée avec les facultés intellectuelles. »

— Dans la même séance, M. Bellat a soumis au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Notice sur l'extrait de viande de cheval préparé spécialement pour produire le bouillon gras.*

L'auteur remarque que, si les avis ont été différents relativement au degré de bonté ou de délicatesse des divers aliments qu'on peut préparer avec la viande de cheval, tous sont d'accord sur un point, c'est que le bouillon de cheval est excellent, « parfois même, dit-il, supérieur au bouillon de bœuf. »

Il présente ensuite les motifs qui l'ont déterminé à proposer l'*extrait de viande* pour la préparation de ce bouillon au lieu de la viande elle-même; enfin, il fait connaître en détail le mode de préparation qui permet d'obtenir cet extrait avec toutes les qualités qui le rendent propre à faire un bon bouillon.

Le mémoire se termine par une remarque sur la chair des chevaux à poils blancs, chair qui, d'après les résulats de différents essais, donne un bouillon incolore (au lieu de la teinte ordinaire jaune ambré), une saveur fade et une odeur qui n'a rien d'agréable; l'extrait a un aspect verdâtre et une odeur déplaisante. « La viande elle-même, examinée avec soin, nous a presque toujours, dit M. Bellat, présenté différentes parcelles d'une substance noirâtre semblable au charbon et répandue assez irrégulièrement dans la masse des muscles. »

D[r] Maximin LEGRAND.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

TRAITEMENT DU PANARIS; par le docteur BREUNING, de Vienne. — Diminuer l'inflammation, la dériver de la profondeur de la phalange, du périoste vers la surface, et en cas de suppuration, favoriser la sortie du pus; telles sont les indications (posées par tout le monde) que le médecin autrichien se propose de remplir. A cet effet, il ne connaît de meilleur moyen que la lessive des blanchisseuses (obtenu par lixiviation des cendres et pas trop concentrée pour ne pas entamer la peau saine). Le malade y trempe toutes les heures, toutes les demi-heures, pendant quinze minutes, ainsi presque continuellement, le doigt enflammé, et fait, dans les intervalles, des fomentations avec le même liquide. La température avec laquelle on l'emploie sera celle qui apportera le plus de soulagement au malade. Ces bains locaux sont continués la nuit. Quand le malade est obligé de sortir, ou quand il peut dormir plus longtemps, il applique sur le doigt un cataplasme de terre des potiers délayée dans de l'eau ou de la pâte de levain des boulangers.

Pour diminuer les douleurs violentes, on enduit le doigt d'une solution d'extrait de belladone, 4,00 dans 12,00 d'huile de jusquiame ou d'une pommade composée du même extrait, 4,00, et de pommade d'althaea ou mercurielle, 12,00. Ce n'est que dans les cas où l'inflammation est très violente d'emblée et siége dans l'os même, que l'on doit appliquer des sangsues d'abord et agir alors de la manière indiquée. On ne peut toujours éviter la suppuration; mais elle est alors plus superficielle et *n'exige jamais l'incision;* tout au plus, peut-on ouvrir légèrement quand la collection soulève l'épiderme sous forme d'ampoule. Le même traitement est toujours continué; mais, pour faciliter la sortie du pus, le malade doit remuer continuellement le doigt dans le bain, ou mieux exprimer le liquide doucement, de manière à empêcher la collection de stagner et de fuser. Les cataplasmes de levain sont suspendus dès que l'inflammation s'est dissipée, mais on continue les bains jusqu'à complète cicatrisation. Lorsque les chairs deviennent fongueuses, on applique dans l'intervalle une pommade de nitrate d'argent 0,40, axonge 12,00, ou bien on cautérise jusque dans la profondeur avec le crayon. C'est alors aussi, quand surtout il existe un gonflement considérable de la phalange, que les bains de lessive sont remplacés par des bains de ciguë ou de belladone et de jusquiame.

Au moyen de ce traitement, M. Breuning n'a jamais été obligé de sacrifier une phalange. Il s'applique aussi bien au panaris de la paume de la main. — (*Aesterr. zeitschr. f. prakt. Heilk*, 1857, n° 6.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CHAIRE VACANTE. — Par décision du 22 avril 1858, Son Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a déclaré vacante la chaire de matière médicale et de pharmacie de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aux termes des statuts et règlements universitaires, une double liste de présentations est demandée à la Faculté et au Conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres au secrétariat de la Faculté de médecine, pour le 25 mai prochain au plus tard.

Les pièces à produire sont :

1° L'acte de naissance dûment légalisé, et constatant que le candidat est âgé de 30 ans au moins;

2° Le diplôme de docteur en médecine.

Les aspirants auront soin de faire connaître :

1° Leurs titres antérieurs;

2° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement;

3° Les ouvrages et mémoires qu'ils auraient publiés.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris, — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 52. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 4 Mai 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 MAI 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La Commission chargée de préparer les statuts d'une Association générale de prévoyance des médecins de France, se réunit tous les vendredis, depuis plusieurs semaines, dans les bureaux de M. le Directeur de l'Assistance publique. Toutes les grandes dispositions du projet sont arrêtées. D'accord sur les principes, la Commission n'a plus qu'à fixer les articles des statuts par une rédaction définitive, et c'est à ce travail qu'elle se livre en ce moment. Tout fait prévoir et espérer qu'après une ou deux séances encore, la Commission aura rempli cette partie importante de la mission qui lui a été confiée.

Le Secrétaire de la Commission,
Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LA VACCINE ET SES DÉTRACTEURS,

A PROPOS DE L'OUVRAGE INTITULÉ :

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE,

Par M. le docteur BERTILLON.

Un volume in-18. — Paris, 1857, Victor Masson, libraire.

II

Cette première partie du travail de M. Bertillon a été consacrée, comme on le voit, à la recherche, à la détermination et à l'appréciation des mortuaires connues du XVIIIe siècle, comparées à la mortuaire de M. Euschling, qui comprend la période décennale de 1840-49. Cette comparaison a prouvé que la mortalité a baissé à tous les âges dans le XIXe siècle. Mais, depuis le commencement de ce siècle jusqu'à la période actuelle, cet abaissement de la mortalité a-t-il été constant, uniforme, présente-t-il, au contraire, des oscillations, des intermittences, un point d'arrêt, surtout aux âges où l'influence vaccinale est accusée par la doctrine? En d'autres termes, meurt-il, au milieu du XIXe siècle, plus de jeunes gens qu'il n'en mourait dans les premières années du même siècle?

Tel est le sujet d'étude abordé par M. Bertillon, dans la seconde partie de son livre. Cette étude est, en effet, d'un grand intérêt pour apprécier l'influence de la vaccine. Cette influence n'a pu guère se faire sentir que vers les années 1816 et 1817; or, si nous possédions une mortuaire de 1800 à 1820, par exemple, période où l'influence vaccinale n'a pu encore se faire sentir, elle pourrait être comparée à la mortuaire de M. Euschling, qui porte sur une période postérieure de 20 à 30 ans, et pendant laquelle cette influence vaccinale est dans toute sa puissance.

Malheureusement cette comparaison n'est pas entièrement possible, et M. Bertillon n'a pu la faire d'une façon complète.

En dehors de la mortuaire de M. Euschling, nous ne possédons, pour la France et pour ce siècle, que la mortuaire célèbre de Demonferrand, qui porte sur la période de 1817-1831. Mais M. Bertillon fait observer que la vaccine, n'ayant commencé à être pratiquée en France qu'à partir de 1800, a rencontré d'abord des résistances qui n'ont été amoindries que peu à peu, et qu'un bon nombre des adultes décédés dans cette période de 1817 à 1831 n'avaient pas subi l'influence du vaccin, mais plutôt celle de la variole; et, de plus, que le nombre des adultes non vaccinés, décédés dans cette première période était beaucoup plus grand que ceux qui se trouvent dans la mortuaire de M. Heuschling. En conséquence, il a pensé qu'en calculant, d'après ces deux mortuaires, le danger de mort qui menace chaque âge à chacune de ces deux périodes, la seconde renfermant plus de vaccinés que la première, surtout aux âges adultes, l'influence du cowpox, pour peu qu'elle soit intense, serait accusée par les chiffres.

« Eh bien, dit M. Bertillon, nous l'annonçons sans hésiter, parce que c'est la vérité que nous cherchons, et non la victoire de telle ou telle opinion, la comparaison de deux époques qui, pour les premiers âges (de 0 à 15 ans), est d'abord favorable à la cause du progrès, cesse de l'être pour les âges suivants... »

Ce fait très grave et qui, si l'on se bornait à son simple énoncé, semblerait donner gain de cause aux détracteurs de la vaccine, M. Bertillon l'a soumis à toutes les méthodes de vérification; pour l'âge de 20 ans notamment, l'âge incriminé, il a comparé le nombre moyen des contingents de recrutement à chacune des deux périodes avec les deux mortuaires indiquées, et toujours il est arrivé au même résultat que nous pouvons résumer par le tableau suivant :

Nombre des décès pour 10,000 vivants de chaque âge.

Ages.	1817-31.	1840-49.
15 à 20.	67.5 . . .	70.5
20 à 25.	108.5 . . .	134.0
25 à 30.	87.5 . . .	108.0

« Il y a donc aujourd'hui, dit M. Bertillon, 134 décès de 20 à 25 ans, lorsque vers le premier quart du siéle, on n'en comptait que 108; et à l'âge suivant (25 à 30 ans), nous perdons 108 virils, alors que vers 1825 on n'en perdait que 87 seulement! Ainsi, il n'est pas possible de douter, la mortalité des jeunes gens a été plus grande dans la période qui vient de s'écouler que sous la Restauration, et les adversaires de la vaccine, qui n'avaient pas su le démontrer, ne manqueront pas, au nom de la logique *post hoc ergo propter hoc* qui leur est familière, d'en accuser l'influence vaccinale. » (Page 95.)

Cette logique serait bien loin d'être raisonnable. Des explications légitimes ne manqueraient pas, M. Bertillon les indique seulement : telle que la comparaison de la période prospère de 1817 à 1831, avec les périodes si perturbées en tous sens de 1840 à 1849; mais il a hâte d'abandonner la spéculation pour retourner à l'examen statistique de la question.

Or, cet examen le conduit à un résultat immense contre les détracteurs de la vaccine, à savoir que cette aggravation de la mortalité dans l'âge adulte et en France est spéciale à un sexe, au sexe masculin, et il démontre d'une manière irréfragable que tandis que la mortalité des adultes mâles s'aggrave, celle des femmes diminue, ou reste à peu près stationnaire.

Des tables dressées avec tout le soin et toute l'exactitude dont M. Bertillon a fait preuve dans tout cet ouvrage, il résulte que, dans la période de 1840 à 1849, comparée à la période de 1817 à 1831, la mortalité de l'enfance a diminué pour les deux sexes; mais, vers 15 ans, déjà cette diminution oscille d'un sexe à l'autre; elle s'arrête, et à l'âge suivant, de 20 à 25 ans, elle rétrograde tout d'un coup; une brusque augmentation de la mortalité se prononce avec une énergie qui ne peut laisser aucun doute. Mais ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que le sexe *masculin* seul participe à cette aggratvaion.

Cette aggravation est considérable. De 20 à 25 ans (période de 1817 à 1831) il y avait 11.7 décès pour 1,000 vivants; il y en a aujourd'hui 13.6; de 25 à 30 ans, la mortalité masculine, de 9.7 pour 1,000 est devenue 11.2; de 30 à 35, elle était de 8.7, elle est devenue de 9.77, ainsi de suite jusqu'à 50 ans.

Feuilleton.

PRINCIPES DE MÉCANIQUE ANIMALE OU ÉTUDE DE LA LOCOMOTION CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX VERTÉBRÉS;

Par F. GIRAUD-TEULON. — In-8°, Paris, 1858, J.-B. Baillière et fils.

A Monsieur Amédée Latour.

Très cher et très honoré confrère,

Vous m'avez prié, au nom du conseil de rédaction de l'UNION MÉDICALE, d'étudier l'important ouvrage de M. le docteur Giraud-Teulon, sur les principes de la mécanique animale, et de vous en donner l'appréciation. Malgré mon insuffisance en pareille matière, j'ai dû accepter une marque de confiance qui m'honore, et je viens remplir ici la tâche que vous m'avez imposée.

J'ai lu et relu le travail de M. Giraud-Teulon, je l'ai étudié et analysé avec un intérêt toujours croissant. C'est vous dire que je tiens ce travail en grande estime et que je le crois destiné à fixer l'attention et à déterminer un grand mouvement de progrès dans une question trop négligée, en ces derniers temps surtout.

Est-ce à dire que M. Giraud-Teulon a accompli ce progrès ou signalé nettement les directions dans lesquelles il doit s'accomplir. Non. Tel n'est pas, à mes yeux du moins, le mérite de l'ouvrage de notre savant confrère.

Son mérite essentiel et véritablement grand, c'est d'avoir exposé dans un ordre logique, les vérités et les théories antérieurement établies, de les avoir discutées, éclairées et concentrées de façon à en faire saisir nettement les qualités et les vices; d'y avoir ajouté des points de vue intéressants et même d'avoir fortifié, en les adoptant, quelques paradoxes qui ne peuvent manquer de provoquer la discussion.

M. Giraud-Teulon, fidèle à sa tradition polytechnique, est loyal et carré dans ses exposés vrais ou erronés. Il rend nettement les idées qu'il combat et les opinions qu'il soutient. Géomètre et mathématicien, sans abus de lignes ni de chiffres, il construit avec le passé, une base solide pour asseoir l'avenir; en un mot, il nous montre où nous en sommes sur la mécanique animale.

Et d'abord il décline toute idée de rechercher le principe générateur du mouvement animal; de le suivre dans ses transmissions, dans ses accidents, ni dans les dispositions nerveuses ou musculaires intimes qui pourraient les expliquer. Il prend la force toute faite, s'exerçant par les muscles tels qu'on les connaît et s'appliquant aux os comme leviers. Il distingue dans les muscles deux états contractiles, le volontaire et le tonique, c'est-à-dire la contractilité active et une tension élastique passive; cette situation est nette.

Ayant ainsi éliminé les véritables difficultés de la mécanique animale, M. Giraud-Teulon peut dire avec raison :

« La connaissance des conditions d'équilibre du levier, l'application » du principe fondamental de la dynamique, à savoir, le principe des » vitesses virtuelles; voilà donc tout ce que réclame l'étude des mou» vements simples d'un os sur l'autre dans la mécanique animale. » Il eût suffi d'ajouter, aux leviers et aux forces virtuelles, la connaissance des réactions des milieux solides, liquides et gazeux obtenues par les mouvements, pour limiter exactement le cadre dans lequel l'auteur a voulu se maintenir et dans lequel il s'est en effet rigoureusement maintenu.

M. Giraud-Teulon a bien fait de laisser à l'avenir le soin d'élucider les causes encore voilées des forces contractiles et des principes vitaux par lesquels elles fonctionnent. Il a bien fait de ne pas rechercher dans la structure intime des muscles ni dans celle des nerfs leurs moyens d'action. Ces problèmes s'étudient par les courants électriques, par les électro-aimants, par les actions thermiques et thermo-électriques et par l'analyse microscopique. Le moment n'est pas éloigné où la lumière commencera à se faire dans ce sens, mais elle n'est point faite, et un esprit positif comme celui de notre savant confrère ne devait point s'engager dans l'obscurité; toutefois, il n'eût pas dû s'étonner qu'Aristote, ainsi que les gens du monde encore aujourd'hui, ne comprennent pas comment un éléphant puisse engendrer des forces suffisantes pour se mouvoir; car ni lui, ni moi, ni d'autres, ne sommes en mesure de l'expliquer clairement.

Tout le monde peut dire qu'un corps qui se meut, qui attire, qui agit en dehors et en plus de nos lois mécaniques vulgaires, crée de la force, ou manifeste une force inexplicable dans son origine : c'était l'opinion d'Ampère, et avec lui celle d'un grand nombre de génies spéculateurs. C'est une simple manière de dire qu'on ne sait pas d'où vient la force manifestée. Le mouvement spontané des astres comme celui des animaux, l'attraction des astres comme les contractions des muscles ne ressortissent point à la mécanique, dont l'inertie et les leviers sont l'alpha et l'oméga.

Sous le bénéfice de ces préliminaires, je suivrai maintenant M. Giraud-Teulon sur son véritable terrain : la station, la marche, le saut et la course; ces quatre divisions principales de la statique et de la dynamique animales sont traitées savamment et d'une manière claire et complète. Quiconque voudrait travailler avec fruit cette matière, aurait dû suivre les intéressantes discussions de M. Giraud-Teulon, qui, sans commander la conviction absolue, éveillent une foule d'idées et provoquent l'objection.

Par exemple, M. Giraud-Teulon donne comme type de la station verticale *au repos* la position du soldat en ligne, position que lui fait prendre le sergent instructeur; et il entend établir qu'elle se garde sans effort et sans fatigue (comme celle de l'oiseau sur la branche par la gravité du corps réagissant d'une certaine façon sur la tension des muscles soléaires et jumeaux). Tandis qu'en réalité, cette situation, qui jette le centre de gravité en avant d'un plan vertical commun, au trou occipital, aux têtes et aux corps des fémurs et des tibias, est très fatigante et résulte d'une tension volontaire des fléchisseurs du corps et des extenseurs du pied. Lorsque le sergent instructeur aperçoit une poitrine rentrant sur la ligne, il vient pousser du doigt celui qui se met ainsi à l'aise et le jette facilement hors d'aplomb en arrière. Cette position est, en effet, une préparation à la résistance ou à la marche en avant. Aussitôt que le sergent commande *en place repos,* le corps se redresse, s'équilibre sur un membre pelvien, agissant comme colonne inflexible, et détend le second membre en légère flexion : voilà la vraie station verticale au repos. M. Giraud-Teulon la reconnaît lui-même en adoptant, quelques pages auparavant, la théorie de MM. Weber à cet égard.

La même opposition d'idées se manifeste encore dans la théorie et la description du saut : M. Giraud-Teulon semble d'abord voir dans l'acte de séparation du corps avec le sol l'intervention d'une force spéciale, d'une vertu élastique, comme celle d'une baguette pliée en arc; il déclare que la démonstration de l'intervention de cette force sera l'objet principal de son travail sur le saut. Puis, après avoir fait passer le lecteur par des considérations très ingénieuses et très importantes, il conclut nettement que cette force élastique, ce *vis percussionis,* n'est autre chose que l'antagonisme des muscles fléchisseurs et des muscles extenseurs : ce qui revient à nier l'existence de toute autre force pour le saut, que celles constatées par tout le monde dans toutes les actions muscu-

Ce fait, mis en lumière et démontré par M. Bertillon, est de la plus haute gravité; il appelle à la fois les méditations du statisticien, de l'administrateur et de l'hygiéniste. Ces causes doivent être complexes. Il importe, avant tout, d'en exonérer l'influence vaccinale; puisque évidemment cette influence devrait agir aussi bien sur les femmes que sur les hommes, ce qui n'a pas lieu, comme on vient de le voir.

Les causes du fait que nous venons de faire connaître ne peuvent être indiquées que d'une manière probable. Elles se rapportent d'ailleurs à celles que les travaux des statisticiens modernes, Quetelet, Villermé, Benoiston, Boudin, ont déjà mises en usage, à savoir : 1° l'habitation des villes; 2° les travaux de l'industrie; 3° la vie des casernes; trois grandes conditions de l'augmentation de la mortalité à la période adulte, la troisième surtout qui paraît agir d'une façon très grave, car, tandis que la mortalité civile seule ne s'élève certainement pas à plus de 10 pour 1000, de 20 à 30 ans, elle est de 18 à 20 dans l'armée intérieure, surtout dans les premières années de la vie du conscrit.

Il est impossible de méconnaître la réalité de ces trois conditions. Certainement, dans la période actuelle, la population des grandes villes s'est accrue dans une proportion bien plus considérable qu'à l'époque où Demontferrand publiait sa mortuaire. L'industrie a pris aussi un essor inconnu à cette époque, et le nombre des ouvriers a considérablement augmenté. Enfin, pendant que, sous la Restauration, le contingent des conscrits ne s'élevait que de 40 à 60,000, depuis 1830 il a été porté à 80,000 et au delà.

« Voilà, dit M. Bertillon, la troisième cause, et la plus intense, de l'aggravation de la mortalité des virils. Les deux premières agissant aussi sur les femmes, quoique avec moins d'énergie, ont suffi pour arrêter les progrès naturels de la civilisation aux âges de travail. Mais les trois causes, et surtout la dernière, exclusive aux hommes, ont déterminé depuis vingt-cinq ans ce funeste mouvement de recul, qui a augmenté leur mortalité de 11 à 13 pour 1,000. »

Toujours est-il, et c'était là le point en discussion, que la vaccine sort indemne de toute accusation, et que ce n'est pas à son influence qu'il faut attribuer ce mouvement de recul observé à notre époque.

Mais le médecin hygiéniste croirait manquer à son premier devoir en n'appelant pas toute l'attention de l'administration sur le fait grave mis courageusement en lumière par M. le docteur Bertillon, et sur lequel elle peut, seule, par tous les moyens dont elle dispose, fixer définitivement l'opinion. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien ce fait de l'augmentation de la mortalité chez les adultes hommes, s'il était irréfragablement démontré, serait gros de conséquences. Mais, pour pouvoir remonter à la cause, il faut qu'il soit solidement établi, et c'est également pour nous un devoir d'exprimer un doute, doute timide, sur la valeur du fait énoncé par M. Bertillon, et dont la démonstration ne repose encore que sur deux mortuaires prises à deux périodes de ce siècle, et dont l'une est relativement assez courte, et porte précisément sur une série d'années (1840-49) traversées par des calamités exceptionnelles. Nous ne pouvons que répéter ici que tous les problèmes de population sont hérissés de difficultés énormes, et que c'est avec une grande réserve et une grande discrétion, lorsqu'on ne peut opérer sur de longues séries, sur des séries comparables et sur des documents nombreux et exacts, c'est, disons-nous, avec une grande prudence qu'il faut tirer des conclusions des résultats fournis par la statistique.

Nous ne quitterons pas ce sujet si digne d'intérêt, sans faire remarquer, et à titre de simple renseignement dont nous ne pouvons tirer aucune conséquence, que, d'après de nombreuses tables qui ont été mises à notre disposition par M. Bertillon, chaque année de cette période fatale de 20 à 30 ans ne subit pas également l'aggravation de mortalité. On l'observe surtout dans la première moitié de cette période, c'est-à-dire de 20 à 25 ans, et dans cette demi-période, il est une année de prédilection, l'âge de 23 ans, auquel on trouve toujours le maximum de mortalité.

Il est évident, par la distinction statistique des décès par sexe, que l'influence vaccinale n'a rien à faire dans l'aggravation de la mortalité masculine. Resterait-il quelques doutes? M. Bertillon les dissipe par l'examen des mouvements de la mortalité à chaque âge dans un pays qui, depuis plus d'un siècle, non seulement recueille, mais publie périodiquement ses mortuaires, et aussi, chose précieuse, des recensements par âges tous les trois ou tous les cinq ans.

Ce pays est la Suède.

(La fin prochainement.) Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

LETTRES SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Huitième Lettre.

Mon cher maître,

Si l'analyse critique à laquelle je me suis livré touchant la prétendue forme thoracique de la maladie dite *fièvre puerpérale* est rigoureuse et fondée, on ne saurait admettre une telle forme à titre de maladie particulière et isolée des autres groupes pathologiques. Il serait donc impossible d'y voir une preuve de l'existence de la fièvre puerpérale à titre de maladie délimitée.

Voyons la péritonite. J'ai déjà abordé ce sujet par un côté dans une des lettres que j'ai eu l'honneur de vous adresser. Permettez-moi de le compléter ici. C'est un des points les plus importants de la question qui nous occupe, à cause de la valeur considérable qu'on a attachée à cette affection, dont la présence a paru suffisante pour caractériser l'existence de la fièvre puerpérale, et aussi à cause de la confusion singulière que l'on a laissé subsister dans l'histoire de cette phlegmasie de la séreuse.

Dans la troisième de ces lettres, j'ai cherché à établir, les faits à la main, que la péritonite, même alors qu'elle devenait l'accident capital et tout à fait prépondérant chez la femme en couches, ne pouvait pas être considérée comme une phlegmasie primitive, qu'elle devait toujours être envisagée comme une affection secondaire et subordonnée aux lésions utérines. Cette interprétation des phénomènes péritonéaux me paraissait résulter, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, de cette remarque, à savoir, que les lésions du péritoine sont très habituellement localisées au voisinage de l'appareil utérin, et j'ai cité le relevé des faits que j'ai observés. Je tiens cette interprétation pour rigoureuse, même en présence des observations dont elle a été l'objet de la part d'un de mes amis, M. le docteur Jacquemier (*Gazette hebdom.*, 1858, n° 17). J'attache trop de prix à l'opinion de cet excellent collègue pour ne pas vous demander la permission de lui répondre quelques mots.

D'abord je lui affirmerai de nouveau, comme je l'ai déjà fait à mon ami M. Cazeaux, que je n'ai jamais pris des lymphatiques pour des veines pleines de pus, et que quand j'ai dit veines, c'est bien veines qu'il faut entendre, *sans erratum*; que les veines désignées comme occupant les côtés de l'utérus étaient dans l'épaisseur du tissu de cet organe et non superficiellement placées. Aucune équivoque, je le répète, ne peut être élevée sur ce point. Et dans les ligaments larges ou dans le reste des annexes utérines, je n'ai pas pris moins de soins pour bien établir et bien constater le résultat de mes recherches.

« M. Béhier, dit M. Jacquemier, est-il bien autorisé, d'après ses propres observations, à considérer d'une manière aussi absolue la péritonite comme une phlegmasie purement secondaire? Nous ne le pensons pas, et il fournit lui-même un assez bel exemple de péritonite générale sans lésion dans l'utérus, ou dans ses annexes, ou ailleurs. De tels cas, pour n'être pas la loi commune, n'en sont pas moins assez fréquents. Les cas observés également par M. Béhier de péritonite assez universellement intense et assez étendue, pour qu'on ne puisse se prononcer sur le point d'origine, sont-ils bien compatibles avec une négation aussi absolue de la péritonite primitive? Or, les faits analogues dans le cours des épidémies sont très communs; et à moins que M. Béhier ne veuille absolument tenir compte que de ses propres observations, il sera forcé de le reconnaître.

L'objection qui se rapporte au fait de péritonite que j'ai eu l'honneur de vous indiquer dans ma première lettre, et dans lequel il n'existait aucune altération dans l'utérus, paraît, au premier abord, la plus triomphante. Mais cela ne m'embarrasse nullement. Est-ce que je n'ai pas indiqué que, même chez cette femme, j'avais rencontré peu après l'accouchement, et à titre de phénomène du début, ce gonflement douloureux des annexes qui constate bien nettement et sans ambages le point de départ utérin, puisqu'il est le premier accident relevé? De plus, n'ai-je pas dit que toute la surface péritonéale de l'utérus était tapissée de fausses-membranes répandues en flocons abondants et épais? Est-ce que ces deux remarques ne démontrent pas que, même dans ce cas en apparence défavorable à la théorie qu'on me reprochait et que je maintiens, il y avait un point de départ qui subordonnait la péritonite à l'utérus? Cette péritonite, en outre, a été fermement exprimée par des signes purement phlegmasiques, et il n'y a rien eu, dans ce cas, qui pût se rapporter au groupe de symptômes, qui seuls doivent représenter la fièvre puerpérale, si jamais on démontre clairement l'existence de cette maladie.

Dans cet exemple, il est tout simplement arrivé que l'inflammation péritonéale a été l'accident prédominant, et qu'elle a tué la malade pour son propre compte, si je puis m'exprimer ainsi. La plaie utérine a trouvé, dans cet exemple, une séreuse particulièrement apte à s'enflammer, et la péritonite s'est manifestée avec des caractères de généralisation et de vivacité tels, qu'elle a tout absorbé à son profit et est restée la seule expression anatomique. Mais le point de départ est mis en évidence par le signe local primitivement constaté.

Ce fait lui-même, et par l'ensemble de sa forme symptomatique et par les signes observés au début, est donc encore un fait de péritonite subordonnée à l'état de l'utérus, et l'objection ne modifie en rien l'origine secondaire que j'ai attribuée à la phlegmasie du péritoine.

Les cas de péritonite assez universellement intense et assez étendue pour qu'on ne puisse se prononcer sont-ils moins com-

---

laires. Cette conclusion est parfaitement vraie. Il n'y a, en effet, dans le saut, ni force élastique, ni *vis percussionis*, ni coup sec, ni même contraction fixe.

Les articulations fléchies, du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le tronc se détendent avec plus ou moins de vitesse, de façon à communiquer un mouvement de translation à la masse du corps. Cette masse se détache du sol en vertu de la vitesse acquise et en proportion de la force vive dont elle est pénétrée. Elle se dirige selon la tangente finale, tangente déterminée par l'inclinaison volontaire du corps et décrit une trajectoire dont la pesanteur, combinée avec la force de projection, déterminerait tous les éléments, si l'animal détaché du sol n'était pas libre de la modifier jusqu'à un certain point, en prenant un point d'appui sur lui-même pour raccourcir ou allonger ses membres pelviens, lancer ses bras en avant ou en arrière, baisser ou renverser la tête, courber son torse en divers sens.

Le saut, ou détachement total du corps de son point d'appui, a lieu par tous les moyens qui peuvent communiquer à la masse du corps une force vive suffisante. On saute par l'articulation du pied sur la jambe seule, par celle du genou, par l'articulation fémoro-pelvienne. On saute sur les tubérosités sciatiques en lançant vivement les bras en l'air. Chacun de nous peut vérifier cette vérité directement. Mais il est plus commode et plus amusant d'observer ces faits sur Auriol, Bothwel et autres clowns. On se convaincra également, en les observant, que les rapports du poids des différentes parties du corps, habilement changés pendant la trajection, modifient singulièrement et volontairement les effets du mouvement initial et dominant.

Le saut peut être aussi petit ou aussi grand que la force des muscles peut le donner; il peut être léger et doux ou puissant et brusque, sans autres conditions que le déploiement volontaire de l'action de l'antagonisme des muscles extenseurs et fléchisseurs. Dans le saut le plus étendu possible, si les pieds ne quittent pas le sol, c'est que la vitesse des leviers qui enlèvent la masse est toujours plus grande que celle de la masse propulsée. Les pieds peuvent donc toujours s'appuyer au sol pour augmenter l'impulsion si le sauteur le désire. S'il désire, au contraire, faire cesser l'impulsion en un moment quelconque de l'effort, il replie ses articulations et tout le système est séparé du sol : dans le saut vulgairement appelé le saut en *petit bonhomme*, le corps est à peine lancé à quelques centimètres du sol, que les pieds s'en détachent volontairement par une flexion rapide.

Si, dans les grands sauts, la terre est violemment frappée, ce n'est point au départ du saut (on peut s'en assurer en faisant le plus grand saut possible à pieds joints), c'est lorsqu'on a voulu augmenter la force vive du corps par un temps de course préalable AU saut, c'est à la fin de ce temps où tout le corps prend un point d'appui définitif sur le sol, pour ajouter l'effort du saut au mouvement déjà acquis, que les pieds frappent le sol en changeant la direction de ce premier mouvement, et l'utilisant ainsi au profit de l'espace à franchir.

On peut affirmer sans crainte que le coup sec, le *vis percussionis*, la contraction fixe, la force élastique spéciale au saut, n'existent pas et ne peuvent figurer comme élément principal dans la mécanique animale. Ils ont lieu parfois comme conséquence et accident, ils ne dominent rien comme cause ou principe.

Chose admirable! M. Giraud-Teulon conduit lui-même et naturellement à cette conclusion; il semble toujours commencer par le paradoxe et mène toujours très nettement à la vérité. Ce que je dis ici à l'occasion du saut se reproduit dans la marche et dans la course, deux sections parfaitement traitées dans l'ouvrage de M. Giraud-Teulon, et sur lesquelles j'exercerais énergiquement ma critique, si je ne craignais de fatiguer les lecteurs.

Je ne puis cependant terminer sans protester contre l'assimilation que M. Giraud-Teulon fait plus loin entre la théorie du saut et celle de la natation et du vol, en insistant sur le coup sec et la contraction fixe comme éléments dominants de ces deux genres de mouvements. Tandis que toutes les observations et toutes les expériences en montrent l'explication dans les frottements, dans des plans inclinés, dans les courants parallèles et obliques, en un mot, dans l'aviron de Borelli, dans le gouvernail, dans le moulin à vent et l'hélice à eau; certes il est difficile de saisir l'analogie immédiate du saut avec le mode d'action des instruments dont je viens de parler.

M. Giraud-Teulon, dans ses premiers chapitres, a proclamé avec raison que les contractions musculaires, appliquées aux leviers osseux, n'employaient pas et ne dépensaient pas des efforts aussi fabuleusement élevés qu'on l'avait d'abord pensé et écrit. Il a dit que partout où la force directe était nécessaire, les contractions musculaires agissaient plus ou moins perpendiculairement au levier, tandis que partout ailleurs, les dispositions les meilleures, tant par les surfaces articulaires que par les insertions parallèles au levier et à son plus petit bras, étaient prises par la nature pour développer la vitesse et offrir des points d'appui et des résistances directrices et absorbantes des impulsions données et des mouvements acquis.

En effet, la pesanteur des diverses parties du corps des animaux, déplaçant sans effort les centres de gravité en se portant en avant, en arrière ou sur les côtés est presque toujours le point de départ et la cause dominante des mouvements de translation : le centre de gravité ainsi dévié et cessant d'être soutenu tend à entrer en mouvement à la manière du pendule, c'est-à-dire à tomber sur la tangente du rayon des membres qui le soutenaient. Un ou deux des membres se portent alors dans le sens de la chute pour soutenir le corps et le relever. Mais à ce moment le corps est pénétré d'une force vive et il dépasse sans effort extraordinaire ces nouveaux points d'appui, d'autres points d'appui viennent prévenir une chute nouvelle, et c'est ainsi que la marche et la course par l'inclinaison du corps en avant et par la force vive que lui impriment la pesanteur et les détentes successives des membres postérieurs acquièrent une grande vitesse et une longue durée, dont le mouvement acquis fait la base principale et les flexions et extensions des membres le simple entretien. Le corps peut ainsi acquérir une telle vitesse que les membres ne puissent plus le suivre pour empêcher sa chute. Il n'est pas de marche, si lente qu'elle soit, qui n'entraîne un choc contre un obstacle immédiat et imprévu : les gymnastes savent parfaitement bien qu'une savante combinaison des ruptures et des rétablissements d'équilibre font beaucoup plus les frais de leurs merveilleux mouvements que la dépense de forces considérables.

Je n'en finirais pas si je voulais exprimer toutes les idées que la lecture de l'ouvrage de M. Giraud-Teulon fait surgir; je me résume en répétant qu'il sera la base et le point de départ de grands progrès dans la question de la mécanique animale, et que tous ceux qui s'intéressent à cette importante section des sciences médicales le liront avec intérêt et avec fruit.

Veuillez, mon cher confrère et ami, agréer l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Jules GUYOT.

patibles, comme le dit M. Jacquemier, avec la négation de la forme primitive? Loin d'infirmer cette opinion, je crois que ces faits, dont j'ai l'observation sous les yeux en ce moment, la confirment pleinement. Que mon ami M. Jacquemier veuille bien considérer d'abord que, dans la mention de ces faits, je n'ai pour ainsi dire présenté qu'un de leurs côtés. Je vous exposais, mon cher maître, les résultats anatomiques de mes recherches et, en vous indiquant la quantité relativement considérable de faits dans lesquels la simple inspection anatomique avait suffi pour établir le point de départ de la péritonite, je vous disais qu'elle avait été tout à fait limitée au voisinage de l'appareil utérin dans 28 observations sur 52, et que 16 fois elle avait été beaucoup plus intense vers les mêmes points, bien qu'elle se fût étendue au reste de l'abdomen. J'ajoutais que sur cinq femmes seulement, elle avait été assez généralisée, quant *à ses expressions anatomiques*, que leur intensité avait été assez égale dans toutes les régions abdominales, pour qu'il fût impossible d'affirmer, *par la seule inspection anatomique*, que la phlegmasie péritonéale avait eu tel ou tel point de départ. C'était, comme vous le voyez, au point de vue anatomique que je parlais, puisque j'étudiais seulement ce côté de la question. J'ai indiqué alors sincèrement ces cas comme ne pouvant compter à titre de preuves. Mais ce que ne disent pas les lésions, les symptômes l'établissent. Chez 4 de ces femmes, c'est au milieu d'accidents déjà évidents et même assez graves, que la péritonite a éclaté avec des symptômes caractéristiques.

Dans l'une de ces observations, la femme, atteinte, huit jours avant la couche, d'attaques d'éclampsie qui furent conjurées, fut accouchée avec le forceps, présenta une douleur avec gonflement local qui augmenta graduellement pendant quatre jours; le quatrième éclatèrent les signes d'une péritonite intense, ballonnement considérable, vomissements incessants, douleur généralisée dans le ventre, de locale qu'elle était d'abord, ce que la pression permit de constater malgré l'obtusion de la sensibilité survenue au milieu de l'état adynamique que présentait la malade. La mort eut lieu le 6me jour après la couche. Outre la péritonite généralisée, existait une gangrène à forme traumatique, étendue à tout le col et à la partie supérieure du vagin, et du pus occupait les *veines* utérines.

Chez deux autres femmes, les signes locaux très notables et sérieux dans leur expression ont été constatés, et, après deux jours chez l'une, trois jours chez l'autre, les signes d'une péritonite intense se sont manifestés. La mort est survenue après deux jours chez la première, et après un jour chez l'autre. Toutes deux, outre leur péritonite généralisée, offraient un exemple de pourriture d'hôpital à la face interne de l'utérus. Les ovaires étaient volumineux, altérés, et on rencontra chez toutes deux du pus dans les veines du tissu utérin.

Des deux autres femmes, l'une prise de douleur locale et de gonflement des annexes le deuxième jour, présenta les signes d'une péritonite le cinquième jour, mais ne succomba que le dixième; une pneumonie développée le huitième jour fit taire une partie des signes de la phlegmasie péritonéale. Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé au deuxième degré. Les ovaires étaient volumineux, et nous trouvâmes du pus crémeux, louable, en quantité assez notable dans un des sinus transversaux de la face postérieure, par un coup de bistouri donné tout en finissant l'examen, et alors que nous allions partir, convaincus que nous avions eu affaire à une observation dans laquelle manquait la phlébite.

Enfin, la cinquième femme, après une couche longue et une délivrance terminée par l'introduction de la main, le 27 août 1857, à midi, fut prise le 28, à huit heures du matin, de tous les signes de la plus violente péritonite, et mourut le 28 au soir, vomissant jusqu'à la fin. Outre la péritonite considérable dans ce cas, nous trouvâmes les ovaires du volume d'un petit œuf, diffluents. Du pus était déjà formé dans le tissu cellulaire, autour du col, dont les veines contenaient du pus, surtout à droite, comme aussi les veines situées au niveau de l'insertion des annexes gauches et l'un des sinus transversaux antérieurs vers la moitié gauche de son parcours.

Dans ces cinq observations, comme vous le voyez, les symptômes établissent bien la subordination de la péritonite, et les lésions concomitantes ne sont guère de nature à ôter à cette affection le caractère secondaire que je lui attribue. Je n'ai nullement la prétention de ne tenir compte que de mes propres observations, mais je crois qu'il ne suffit pas de constater l'existence et la gravité de la péritonite, pour bien apprécier son rôle nosologique dans le cas particulier qui nous occupe, et je crois qu'on n'a pas assez recherché ce que pouvaient donner et l'étude attentive du siége qu'affectent les lésions et celle de la marche des symptômes. Quand je vois les lésions très souvent bornées au voisinage de l'utérus, ou offrant vers ce même point leur plus grande intensité, j'ai déjà grande tendance, je l'avoue, à penser que les faits ont suivi une même filiation dans les exemples beaucoup plus rares, relativement, où les lésions sont plus universellement répandues sur le péritoine. Puis-je rester dans le doute, quand les symptômes me montrent que des désordres locaux évidents précèdent les manifestations des signes de la péritonite? Je ne crois pas que vous me le demandiez, et j'ai droit de penser que les faits analogues aux cinq observations que je viens de compléter (faits qui, pour le dire en passant, ne sont pas très communs dans les épidémies, comme le dit M. Jacquemier), j'ai le droit de penser, dis-je, que ces faits prendraient une même signification s'ils étaient analysés avec soin dans toutes leurs parties, au lieu d'être envisagés en bloc, comme je le vois faire par les observateurs qui les rapportent à titre d'exemples de fièvre puerpérale, surtout quand je vois qu'il en est justement ainsi dans plusieurs de ceux que je puis examiner, comme je l'ai fait pour les exemples de MM. Depaul, Tarnier et Lorain.

M. Jacquemier ajoute : La péritonite, dans les conditions » ordinaires de la vie, est excessivement rare, j'en conviens; » mais aussi l'excessive susceptibilité du péritoine à se prendre » d'inflammation au contact des liquides les moins irritants, ne » porte-t-il pas à penser que, dans l'état puerpéral et sous l'influence de causes le plus souvent générales, la séreuse est aussi » disposée à s'enflammer primitivement que l'utérus et ses annexes? »

Je ne sais pas d'abord quel rôle viennent jouer ici les liquides auxquels M. Jacquemier fait allusion. Aucun liquide, même peu irritant, n'est versé à la face interne du péritoine dans le cas qu'il veut nous faire accepter; mais, en outre, comment la susceptibilité du péritoine à s'enflammer *consécutivement* au contact d'un liquide aide-t-elle à comprendre, et porte-t-elle à admettre que la séreuse soit disposée à s'enflammer *primitivement?* Et aussi comment cette susceptibilité, en présence d'une cause locale comme le contact d'un liquide, peut-elle servir à établir l'action d'une cause générale? Je ne saisis ni la valeur de l'argument, ni le lien qui unit les diverses parties qui le composent.

« N'est-il pas plus rationnel, ajoute M. Jacquemier, d'attri- » buer aussi à une cause générale, dans les maisons d'accouche- » ment encombrées, la péritonite des nouveau-nés et l'inflamma- » tion de l'ombilic elle-même, que de faire dépendre exclusivement » la péritonite de l'état de l'ombilic, comme le veut M. Béhier » dans l'intérêt de la théorie de la péritonite secondaire? N'y a-t-il » pas, enfin, un peu de subtilité à considérer l'inflammation du » péritoine développée sous l'influence des congestions men- » struelles, comme une péritonite secondaire! »

Mais c'est que je ne trouve pas du tout qu'il soit plus rationnel d'admettre pour le développement de la péritonite des nouveau-nés une cause générale, que de faire dépendre cette péritonite de l'état de l'ombilic. Mon motif est assez simple. Je vois ailleurs, dans d'autres circonstances, qui ne constituent pas des exemples d'épidémie, la péritonite sporadique naître consécutivement à l'état de l'ombilic. Je trouve très rationnel de conclure de ce fait isolé, non douteux, aux autres faits qui ne diffèrent du premier que par leur développement sur un plus grand nombre d'enfants à la fois. Cette généralisation de l'inflammation de l'ombilic, je n'ai aucune hésitation à l'attribuer à une cause générale dans les maisons d'accouchement encombrées, parce que des faits analogues se présentent à mon observation dans des salles de chirurgie, même en dehors de tout voisinage d'un service d'accouchement. Ce que je constate sur les plaies d'un grand nombre d'opérés à la fois, dans des conditions d'encombrement et sans que la question soit aussi complexe que pour l'état dit puerpéral, me sert à comprendre et à réduire à sa juste valeur ce que je rencontre dans un service d'accouchement. Les conditions, en réalité, sont les mêmes, puisque l'ombilic des enfants porte une plaie. Mais, pour la péritonite, je ne trouve plus, dans d'autres occasions, des faits semblables à ceux qu'on veut me faire admettre, et rien, en pathologie, ne me conduit à accepter la péritonite comme conséquence directe d'une cause générale agissant sur la séreuse sans intermédiaire, rien non plus ne me conduit à admettre que cette phlegmasie fréquente soit la forme primitive, puisque ailleurs je la rencontre avec ce caractère si rarement, que bon nombre d'auteurs nient l'existence de cette variété primitive.

Les faits, au contraire, me montrent partout la péritonite comme secondaire aux maladies des organes que recouvre la séreuse, et, pour ne pas sortir de l'utérus, est-ce que je ne vois pas la phlegmasie péritonéale constituer une complication fréquente des opérations, même parfois peu sérieuses, que l'on pratique sur cet organe?

Il y a peu de jours encore, on me citait l'exemple d'une péritonite générale, devenue mortelle en quarante-huit heures, et qui s'était développée à propos de l'enlèvement par incision d'un très petit polype de la lèvre antérieure du museau de tanche. Est-ce que la péritonite est rare après diverses opérations sur le corps de l'utérus (extractions de polypes); après celles qu'on pratique sur le vagin? Il y a mieux, c'est que souvent, dans ces divers cas, on rencontre simultanément des phlébites des veines de l'utérus et de celles des ligaments larges.

Quand je vois de tels faits et que je considère la plaie ombilicale pour les nouveau-nés et la plaie utérine pour les nouvelles accouchées, je trouve très rationnel de me tenir pour plus éclairé sur le mécanisme des phénomènes, par ce que j'observe sans conteste ailleurs, que je ne le serais par les hypothèses des causes générales et autres, et je continue de subordonner la péritonite à des circonstances qui sont analogues de tous points à celles que je vois efficaces ailleurs, jusqu'à ce qu'on me démontre, autrement que par des affirmatives plus ou moins problématiques, que je dois retourner la question. Ce n'est donc pas un pauvre intérêt de théorie qui me guide, c'est le besoin de procéder de ce qui est simple et incontestable à ce qui est plus complexe et plus sujet à faire naître l'hésitation.

Quant à considérer l'inflammation du péritoine, développée sous l'influence des congestions menstruelles comme une péritonite secondaire, je ne vois là aucune subtilité. Les faits de ce genre ne sauraient être contestés. Est-ce que chez les femmes ainsi frappées de péritonites au moment des règles vous verriez naître la phlegmasie séreuse si vous supprimiez l'utérus et son influence? D'ailleurs, que se passe-t-il au moment de l'époque? « A la tur- » gescence hyperémique de l'utérus pendant la menstruation, » s'ajoute celle de l'ovaire en travail d'ovulation, travail qui prend » quelquefois des proportions exagérées, et peut amener des épan- » chements sanguins multiples dans l'ovaire et une légère hémor- » rhagie dans le péritoine. »

Est-ce une subtilité de voir dans de telles modifications, dont la description est empruntée à M. Jacquemier lui-même *(Gazette hebdom.*, 26 mars 1858, p. 220, 2e colonne), des circonstances capables de servir de point de départ à la phlegmasie de la séreuse, quand on voit cette phlegmasie naître à propos de l'extraction d'un petit polype.

Si j'ai insisté sur les points qu'avait relevés M. Jacquemier, c'est que d'abord les objections émanées d'un homme comme lui sont de celles qu'on doit avoir à cœur de résoudre; sa valeur personnelle commande un tel soin. Ensuite, je crois que le rôle subordonné que j'assigne ici à la péritonite, en même temps qu'il est exact, est d'une grande valeur pour retirer à cette phlegmasie de la séreuse toute prétention de représenter la maladie dite *fièvre puerpérale*, en tant que lésion caractéristique.

La péritonite, en effet, n'est pas, dans les cas de ce genre, autre chose qu'une phlegmasie née sous l'influence des désordres utérins. Si, dans certains cas, elle existe sans autres lésions concomitantes, cela ne change rien à sa nature, au contraire. Cela veut dire seulement que l'influence utérine a trouvé le péritoine dans un état d'aptitude considérable. C'est un résultat de l'influence de l'individu qui est frappé et non la conséquence de la nature de l'affection qui l'atteint. Les symptômes, par leur marche et leur apparence, confirment pleinement cette interprétation en restant ceux de la phlegmasie péritonéale et en n'offrant rien de l'état typhoïde observé dans d'autres circonstances, tant que les lésions sont bornées à la péritonite. Ces cas sont, relativement, rares, comme est rare aussi l'absence d'autres lésions concomitantes, parce qu'il faut une susceptibilité spéciale du péritoine pour qu'il s'enflamme à propos de la plaie utérine, sans autre intermédiaire pour ainsi dire et sans la présence des phlegmasies des veines ou de celles des annexes, ce dernier mécanisme étant de beaucoup le plus habituel. C'est, je ne cesserai de le répéter, pour n'avoir pas analysé et pesé avec assez de soin les symptômes et la valeur des lésions et pour n'avoir pas pris en considération assez sérieuse ce qui se passe ailleurs, qu'on a fait de la phlegmasie séreuse une lésion caractéristique de la prétendue *fièvre puerpérale.* Vous voyez qu'elle n'a pas et qu'elle ne peut avoir une telle valeur.

Ce sont cependant des cas de ce genre qui sont constamment présentés comme des exemples de fièvre puerpérale sans lésions utérines. Tels sont les faits de M. Tarnier qui, d'après ce que je viens de dire, n'a pas *démontré* l'existence de la fièvre puerpérale sans lésion, mais bien l'existence de la péritonite chez des femmes au moment de la menstruation, coïncidence déjà connue. Tel est le fait de M. Depaul, qui n'est autre qu'une péritonite, comme celle que j'observais, il y a peu de temps, chez une jeune fille vierge, et en dehors de l'état menstruel, et chez laquelle, cependant, il y avait eu un point de départ utérin, la trompe du côté gauche en portant la trace. Tels sont les faits beaucoup plus hypothétiques encore de mon ami M. Lorain. En était-il de même des faits de MM. Dubois et Danyau? J'ai, pour m'éclairer à ce sujet, l'opinion de ces deux honorables confrères, qui affirment des faits de fièvre puerpérale sans rien dire de la forme de ces faits. Selon M. Dubois (discours du 30 mars 1858, in *Gaz. hebdom.*, 2 avril, p. 238), ces faits sont rares, dans lesquels l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste. S'agit-il ici de faits dans lesquels le péritoine même n'était pas atteint, et dans ce cas quels avaient été les symptômes? Ou s'agit-il seulement de faits comme ceux qu'indique plus bas M. le professeur Dubois. « Je ne crois pas à » l'infection purulente, parce que les suppurations étendues et » surtout disséminées me paraissent être déjà un effet et non point » une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de » fièvre puerpérale mortelle, sans aucune trace apparente de sup- » puration, sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opi- » nion que je viens d'exprimer. »

Dans ces dernier exemples, comme dans les premiers, le vague le plus complet persiste. J'ai pleine confiance habituellement dans l'honorable doyen de notre Faculté, mais, sur ce terrain litigieux, je voudrais les faits détaillés pour pouvoir les discuter, comme je l'ai fait de ceux de MM. Depaul, Charrier, Lorrain et Tarnier. La question ne peut être élucidée qu'à ce prix; les affirmations, en semblable matière, ne sauraient avoir cours.

M. Danyau est-ils plus précis, et pourrions-nous soumettre les faits sur lesquels il s'appuie à une analyse qui pourrait en établir la valeur? « Je renonce à déterminer, a-t-il dit à l'Académie, quelle » est la nature du principe délétère de l'agent toxique qui engendre » la fièvre puerpérale; mais, quel qu'il soit, il est désormais hors » de doute qu'il peut tuer avant d'avoir produit une localisation » inflammatoire. Si l'absence de lésions locales primitives range » de droit la fièvre puerpérale dans les pyrexies, la présence de » lésions locales secondaires ne peut lui ravir cette place et lui en » assigner une autre dans le cadre nosologique. »

Voilà tout : sur ces faits sans lésions qui sont le véritable nœud de la question, pas de détails. Y avait-il péritonite? Heureusement, nous avons d'autres points de repère pour apprécier ces faits. M. Depaul, après avoir rapporté à titre d'exemple de fièvre puerpérale, l'observation que j'ai déjà examinée d'une jeune élève de la Maternité atteinte de péritonite, ainsi que le prouve l'analyse

du fait, ajoute : « Je trouve dans l'ouvrage de M. Tarnier deux » observations semblables... Il y en a d'autres encore, MM. Moreau » et Danyau en ont observé. » M. Tarnier, de son côté, (p. 67 de sa thèse) après les observations de deux élèves de la Maternité atteintes de péritonite, qu'il donne comme des fièvres puerpérales, ajoute : MM. Dubois et Danyau ont observé des faits semblables. (Communication orale.) Ces cas de péritonites considérées comme des exemples de fièvre puerpérale, sont-ils les faits qui rangent *de droit*, comme dit M. Danyau, la maladie que nous examinons au rang des pyrexies? Il ne me semble guère. En dehors de ces exemples, je ne trouve que les trois faits cités par M. Tarnier (p. 41 et suiv. de sa thèse) et j'ai déjà montré *les lésions* qui font de ces trois cas, trois exemples de pourriture d'hôpital, en supposant même que l'examen cadavérique ait été rigoureux dans ces cas, et que d'autres lésions n'aient pas échappé.

Quant à « ces exemples de typhus puerpéraux épidémiques qui » foudroient les femmes en couche dans les hospices spéciaux, » sans aucune lésion appréciable ni dans l'utérus et ses veines, ni » dans le péritoine, ni ailleurs, ces faits qui, selon notre bon ami » M. Pidoux, portent le dernier coup aux localisateurs, » je ne les trouve nulle part. M. Pidoux les prend comme monnaie courante, comme chose parfaitement démontrée dans sa note, sur laquelle j'aurai peut-être occasion de revenir quand elle sera terminée. Je suis plus difficile, je voudrais voir ces faits pour les soumettre à une appréciation calme et non systématique. Le temps des affirmations est passé, et les démonstrations ne se font dans notre science que par la discussion des faits; la discussion des opinions, si brillantes ou si obscures qu'elles soient, ne passe qu'après.

Voilà donc purement à quoi se réduit ce que je trouve sur les cas de fièvre puerpérale sans lésions. Ce sont des faits dans lesquels on ne retrouve pas d'altération des veines et des annexes, et dans lesquels les lésions du péritoine forment aux yeux de ceux qui les rapportent, des altérations caractéristiques, et dans lesquels les symptômes observés sont tout simplement ceux d'une péritonite. Ces malades sont mortes d'une pure phlegmasie de la séreuse. Elles n'appartiennent pas à la fièvre puerpérale; chez elle, la péritonite n'a rien présenté dans ses symptômes, dans ses lésions (dans les cas où elles restent bornées au péritoine), qui différât de la péritonite qui suit une opération sur l'utérus ou sur le vagin. C'est une maladie du premier groupe qu'a si justement et si habilement circonscrit M. Dubois pour l'isoler de l'autre, non pas, comme on le lui a reproché très bizarrement dans un journal médical, parce que le second résisterait à tous les moyens de traitement, tandis que le premier guérirait, mais parce que ce groupe de symptômes, auquel il réserve le nom de fièvre puerpérale, diffère de celui qu'il a circonscrit en premier. Ces deux groupes diffèrent autant l'un de l'autre que l'état inflammatoire diffère de l'état typhoïde, et non pas comme le choléra léger diffère du choléra grave. M. Dubois n'a jamais dit une chose analogue à cette objection, qui n'est guère autre chose qu'un château de cartes élevé à plaisir pour se donner la gloire de le renverser triomphalement. Ce n'est pas une question de degré ni de gravité plus ou moins grande qu'a posée M. Dubois en séparant ces groupes, mais c'est une différence complète de caractères qu'il a mise en relief, et cela à juste titre.

La péritonite n'est donc pas un signe de la maladie dite fièvre puerpérale. Si on la trouve souvent chez les individus qui offrent les symptômes graves dont on a fait induement, selon moi, une maladie à part sous ce nom, c'est que la phlegmasie du péritoine se lie fréquemment aux altérations de l'utérus et de ses annexes, avec lesquels elle coexiste, mêlant ses symptômes propres à ceux de l'autre groupe de symptômes, pour peu qu'elle soit étendue. Dans les cas où elle existe seule à titre de lésion, cas qui représentent les observations citées à titre d'exemples de fièvre puerpérale sans altérations utérines, les symptômes observés ne sont nullement ceux de la prétendue fièvre puerpérale, mais purement et simplement ceux de la phlegmasie péritonéale qui tue alors en tant que phlegmasie.

Insisterai-je sur les altérations des annexes pour démontrer qu'on ne peut y voir des lésions caractéristiques de la fièvre puerpérale? Je ne crois pas que cela soit nécessaire; on a généralement peu discuté sur ce point. La péritonite a absorbé toute l'attention. On n'a pas même, selon moi, fait la part assez large aux altérations des ovaires et des trompes. D'une part, est-ce peu de chose que l'inflammation, la suppuration, le ramollissement diffluent de l'ovaire, tels que je les ai exposés dans une lettre précédente, et, d'autre part, a-t-on assez insisté sur la valeur de semblables altérations dans la production de la péritonite. Quoiqu'il en soit, ces diverses lésions sont en rapport direct d'origine avec la plaie utérine sans qu'il y ait besoin d'admettre une cause générale dont l'altération ovarique serait l'effet. D'autant plus que l'ovaire n'est pas un de ces organes qui soit facilement en connivence sympathique avec le reste de l'économie et sur lequel retentissent, comme sur le poumon et sur le foie, les états morbides généralisés. Les rapports sympathiques qu'on peut reconnaître à l'ovaire sont beaucoup plus limités, et, en général, ils procèdent de l'utérus et s'étendent à la séreuse abdominale.

Pas plus que la pleurésie, pas plus que la péritonite, les altérations des annexes ne sont donc caractéristiques de l'affection dite *fièvre puerpérale*. Ce n'est pas par elles que peut naître l'état qui représente ce qu'on a désigné sous ce nom : elles n'en font pas partie nécessaire.

Mais est-ce à dire pour cela que cette variabilité des lésions démontre qu'elles n'ont aucune valeur dans l'ensemble de phénomènes produits, et qu'il faille recourir à un agent particulier pour créer une maladie essentielle? Je ne le crois pas. Ces altérations ne sont qu'une partie de celles qu'on peut rencontrer chez les femmes en couches, et elles constituent un groupe duquel ne peut pas procéder l'ensemble de symptômes graves qui constituent ce dont on a fait la fièvre puerpérale. Elles ne sont que des épiphénomènes, que des complications fréquentes, dont certaines sont même presque habituelles, à cause des liens qui unissent l'utérus à ces divers organes, complications qui même peuvent tuer à elles seules, comme la péritonite. Mais, quelle que soit leur fréquence et leur gravité, cela ne change en rien leur rôle nosologique dans la question; c'est mal interpréter les faits que de leur chercher une autre valeur dans l'étude de la maladie qu'il s'agit d'élucider et de les considérer comme caractéristiques.

A mesure donc qu'on prend corps à corps les divers éléments réunis et amalgamés dans une même dénomination par l'école de la Maternité, la confusion cesse, le terrain se déblaye, le rôle de chacun d'eux se dessine, et la question devient plus lucide. Restent encore à examiner les lésions des lymphatiques, celles des veines, et ce qui a été dit des altérations du sang chez les femmes en couches. De cette étude rigoureuse doit ressortir plus de clarté encore.

Nous trouverons, chemin faisant, des assertions dénuées de preuves, des idées de pathologie générale assez chancelantes et des interprétations un peu arbitraires de faits vrais et rigoureux. Je m'efforcerai de tout examiner et de tout replacer à son rang, non pas dans un intérêt de théorie, comme le dit mon ami Jacquemier, mais dans le pur intérêt de la vérité, convaincu que je suis qu'il n'a manqué à cette question, pour être aussi claire que beaucoup d'autres, qu'une analyse exacte et patiente, faite en dehors de toute conception première et de tout système exclusif.

Croyez, mon cher maître, à toute l'affection sincère de

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

CAS DE DIABÈTE SUCRÉ TRAUMATIQUE; par le docteur ITZIGSOHN. — Un maréchal-ferrant, âgé de 38 ans, robuste, toujours bien portant, reçut, il y a près d'un an, un coup de tranchant d'une hache sur le sommet de la tête, un peu à gauche de la ligne médiane. Il survint de suite des troubles dans la miction, strangurie, urine s'écoulant par gouttes. Ces symptômes disparurent, mais il s'établit peu à peu un diabète. Soif allant souvent à seize litres par jour. Ce n'est que dans ces derniers temps que les premiers symptômes d'une affection du foie se sont montrés par une coloration jaunâtre de la conjonctive; néanmoins, le malade avait souvent ressenti de la pression et du malaise dans la région hépatique. Il n'existe aucun signe d'une affection encéphalique. — (*Archiv. f. path. anat. u. physiol.*, t. XI, n° 4.)

LES HÉMORRHAGIES DANS LE TISSU DES VALVULES CARDIAQUES; par le professeur LUSCHKA, de Tubingue. — Cet anatomiste avait déjà injecté en 1852 des vaisseaux dans les valvules auriculo-ventriculaires et semi-lunaires. Dans un récent article, il signale l'existence d'extravasations sanguines entre les feuillets de ces appendices. Elles sont rares chez l'adulte, beaucoup plus fréquentes chez le nouveau-né. Chez ce dernier, elles affectionnent surtout le voisinage du bord libre de la mitrale et de la tricuspide, sont situées plus à la face interne qu'à l'externe, et font là une légère saillie. Leur forme est ordinairement sphérique, arrondie; leur couleur est tantôt jaune-rouge, tantôt noir-rouge, parfois même noire. Les plus petites n'avaient qu'une largeur de 0,28 mill., les plus grandes, le volume d'un grain de millet; la majorité affectait la grosseur d'une petite semence de pavot. Rarement on ne rencontre qu'un seul foyer; ordinairement il y en a de trois à six. En piquant les plus grosses avec une aiguille à cataracte, on en fait sortir une gouttelette de sang.

Il ne faut pas confondre ces foyers sanguins avec les petites granulations molles signalées par Albini vers le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires chez les nouveau-nés. Elles sont incolores pendant la vie, ainsi qu'on peut s'en assurer sur des animaux fraîchement tués, mais rougissent souvent après la mort par imbibition, et sont alors un phénomène cadavérique.

Le docteur Reuss a examiné 165 cadavres d'enfants et a rencontré cette lésion 41 fois; siégeant 13 fois dans la tricuspide, 8 fois dans la mitrale, 17 fois dans les deux, 2 fois dans la tricuspide, la mitrale et les valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire, 1 fois dans la mitrale et les semi-lunaires de l'artère pulmonaire. Ces 165 cadavres provenaient de 128 enfants nés vivants et 37 mort-nés; les premiers ont fourni 31, les derniers 10 cas.

L'auteur se propose de revenir sur ce sujet dans un autre article et d'y examiner les causes de ces extravasations et leur influence sur la dégénérescence des valvules. — (*Archiv. f. path. anat. u. phys.*, t. XI, n° 2.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Malgré la défaveur qui s'attache aux réclamations, permettez-moi, cher et bienveillant rédacteur, de vous en adresser une au nom d'un absent, au nom d'un de mes frères, le docteur Auguste Pellarin, chirurgien de la marine, qui, éloigné de deux mille lieues, se trouve hors de portée de présenter à temps les observations qu'il aurait à faire sur un article de votre numéro du 22 avril courant, dans lequel il est cité.

L'auteur de cet article intitulé : *De la transmissibilité et de l'importabilité de la fièvre jaune,* M. le docteur Schnepf, fait à mon frère l'honneur de le mentionner, à propos d'un mémoire inséré dans la *Gazette médicale de Paris* (numéros du 27 mars et du 3 avril 1858); mais — sans intention désobligeante, j'aime à le reconnaître — il le mentionne de manière à donner de l'esprit scientifique et de la logique de l'auteur du mémoire une très singulière idée.

Après avoir signalé l'opinion de M. Dutrouleau, ancien médecin en chef à la Guadeloupe, non sans chercher à en atténuer la portée au point de vue de la contagion, M. Schnepf ajoute :

« M. Pellarin (1), autre chirurgien de la marine, déclare lui-même, » dans son mémoire sur la fièvre jaune qui s'est déclarée à bord de » l'*Iphigénie* en 1855, que les conditions au milieu desquelles l'épidé- » mie a pris naisssance, ne lui sont pas assez particulièrement connues » pour pouvoir les décrire avec exactitude. Il est de fait qu'au lieu de » nous donner des documents, l'auteur cherche à établir des dogmes. »

Il est vrai que mon frère, qui a la discrétion de ne se point prononcer sur les choses qu'il n'a pas observées, s'abstient d'émettre une opinion sur l'origine de la fièvre jaune à bord de l'*Iphigénie*. Il n'était point sur cette frégate dont il a eu simplement à traiter les malades à terre, à l'hôpital du camp Jacob. Il dit toutefois, et ce complément valait peut-être la peine d'être cité après le passage tout négatif dont se prévaut M. Schnepf : « Je constaterai seulement que les premiers cas se » sont déclarés en novembre 1855, lorsque la frégate se trouvait sur la » rade de Saint-Pierre (Martinique), où régnait alors une épidémie » de fièvre jaune. »

Quant à la prétention d'établir, dans l'ordre scientifique, des dogmes, c'est-à-dire des vérités de foi, des points de doctrine qui s'imposent d'autorité, elle dénoterait chez celui qui pourrait la concevoir, une fausseté de jugement, un manque de bon sens dont l'auteur du mémoire n'a, heureusement pour lui, donné aucun indice. Absurde de quelque part qu'elle se produisît, une semblable prétention serait particulièrement ridicule de la part d'un homme obscur, de la part d'un humble praticien tel que mon frère. Quiconque aura lu son travail ne saurait qu'être surpris qu'il ait pu donner lieu à la lui prêter.

A un autre point de vue, l'idée de la contagion de la fièvre jaune, contre laquelle s'escrime votre érudit collaborateur, ne se rencontre nulle part dans ce travail; le mot n'en est même pas prononcé. A la suite d'un exposé de faits cliniques et d'une discussion sur les caractères différentiels ou analogiques de la fievre jaune et de certaines autres maladies, l'auteur conclut à une proposition quasi-banale aujourd'hui, quoiqu'on la perde encore assez souvent de vue dans la pratique, à savoir : que la fièvre jaune n'est ni une phlegmasie, ni une pyrexie, mais une maladie pestilentielle.

A la vérité, six mois après les faits sur lesquels s'appuie son mémoire, le docteur A. Pellarin fut témoin d'un cas de transmission qu'il a présenté comme tel dans une note ajoutée à son travail. Or, si le fait s'était produit comme le rapporte M. Schnepf, en omettant les circonstances essentielles qui le caractérisent, il y aurait absence de toute logique à le donner pour un exemple de la propriété contagieuse de la fièvre jaune. En ceci, qu'il me permette de le lui dire, le champion de la doctrine anticontagioniste a trop imité les avocats qui ne prennent que le côté des choses favorable à la cause qu'ils plaident.

Au sujet du fait dont il s'agit, mon frère commence par constater qu'il est d'obsrvation incontestée que la fièvre jaune ne s'est jamais déclarée au camp Jacob, situé à 6 kilomètres du rivage et à 545 mètres au-dessus du niveau de la mer, que sur des individus venus, *depuis trois ou quatre jours au moins,* d'un foyer épidémique. Eh bien, la religieuse qui a été attaquée de la fièvre jaune au camp Jacob, pendant qu'elle soignait des militaires en proie à cette maladie, n'était point descendue à la Basse-Terre, n'avait point communiqué avec le foyer épidémique depuis TROIS SEMAINES, lorsqu'elle ressentit les premières atteintes du mal.

Libre à chacun d'interpréter les faits à sa guise; mais c'est un devoir, si l'on veut être pris au sérieux, de les rapporter fidèlement, avec leurs circonstances caractéristiques.

Pardonnez-moi la longueur nécessaire de cette rectification et veuillez agréer, cher rédacteur en chef, l'hommage de mes sentiments dévoués.

Dr Ch. PELLARIN.

Montrouge, le 27 avril 1858.

(1) M. A. Pellarin, aurait-on bien fait de dire, pour distinguer, car nous sommes trois frères du même nom patronymique, tous docteurs en médecine, l'un qui a été, les deux autres qui sont encore actuellement chirurgiens de la marine.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 53. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 6 Mai 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. P. Dubois a prononcé hier la troisième partie de son discours sur la fièvre puerpérale.

Cette longue trilogie peut se résumer en trois mots.

L'orateur admet :

Une demi-essentialité ;

Une demi-contagion ;

Une demi-prophylaxie.

C'est ce que M. P. Dubois appelle la science rigoureuse et la pratique prudente.

En dehors de ces termes, il n'y a que confusion dans la doctrine, imprudence et témérité dans l'application.

Courtois et poli dans la forme, M. Dubois a été vif et pénétrant au fond; modeste jusqu'à l'humilité dans le langage, l'orateur qui, pour ne rien livrer aux hasards de l'improvisation, a écrit son discours, était évidemment dominé par l'intention magistrale d'un chef d'école.

De quelle école? M. Dubois semble avoir pris à tâche de démolir sa propre école. Sa doctrine d'aujourd'hui n'est plus celle qu'il professait autrefois. Il s'est trouvé en opposition sur plusieurs points importants avec les orateurs qui ont combattu sous son drapeau.

L'un des membres les plus éminents de l'Académie, dont la parole, merveilleusement lucide, éclaire tous les sujets qu'il touche, et dont tout le monde regrette la non-intervention dans le débat actuel, ce membre répondait hier, après avoir entendu M. Dubois, à ceux qui le pressaient de prendre part à la discussian: Que voulez-vous que je fasse? Je ne sais plus ce qu'ils veulent, je ne sais plus ce qu'ils admettent ou ce qu'ils rejettent.

Cette opinion de l'illustre professeur est, hélas! celle du public tout entier.

Mais nous devons laisser aux deux savants collaborateurs qui, à des points de vue très différents, traitent dans ce journal, sous le rapport dogmatique et critique, la grande question actuelle, nous devons, disons-nous, leur laisser le soin d'apprécier le discours de M. le doyen de la Faculté. Nous devons borner notre rôle à nous faire l'écho très affaibli du sentiment général sur le vague des opinions, l'indécision de la doctrine et la timidité de la prophylaxie dans un orateur dont on attendait la parole comme celle d'un maître.

M. Trousseau n'a reparu qu'un instant à la tribune; un inexorable comité secret est venu lui couper la parole lorsque, avec une verve et un entrain incomparables, il saisissait le taureau par les cornes, selon son expression, c'est-à-dire lorsqu'il commençait la critique la plus vive et la plus pénétrante qu'on puisse entendre des quasi-doctrines de M. P. Dubois. Ce brillant début d'un discours trop tôt interrompu promet une belle oraison. Il est certain que la discussion actuelle peut admirablement mettre en évidence les remarquables facultés critiques de M. Trousseau. Moins heureux peut-être quand il dogmatise, cet éloquent orateur, s'il est bien inspiré, restera sur le terrain de l'appréciation, ne touchant que discrètement à cette terrible et périlleuse question de la spécificité qui soulève tout un monde d'idées en pathologie générale.

Amédée LATOUR.

Le comité secret qui a interrompu la discussion avait pour objet la présentation d'une liste de candidats pour une place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

La section a proposé la liste suivante, en faisant remarquer qu'elle avait adopté l'ordre alphabétique pour le placement des candidats en première et en seconde ligne :

En première ligne. . . . MM. Ménière et Robin, *ex æquo*.

En seconde ligne. . . . MM. Barthez et H. Roger, *ex æquo*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie, dans sa séance du 7 avril, de nouveaux succès obtenus par M. Michaux (de Louvain) dans le traitement des anévrysmes au moyen de la compression digitale. En voici le résumé :

Un homme de 57 ans, qui s'était fracturé la jambe gauche à deux reprises différentes et à deux mois d'intervalle, et qui, après la consolidation, avait conservé un peu de difformité, découvrit deux ans après, dans le creux poplité du même côté, une tumeur qui présenta bientôt tous les caractères d'un anévrysme. Trois mois après, il fut admis à l'hôpital de Louvain, dans le service de M. Michaux. L'anévrysme occupait surtout la partie inférieure du jarret; il avait le volume du poing et était entièrement réductible. Une voussure assez considérable de la région précordiale, un double bruit de souffle à ce niveau, un frémissement vibratoire très prononcé, annonçaient une lésion grave du cœur ou de la crosse aortique. Malgré cette dangereuse complication, M. Michaux résolut de traiter l'anévrysme poplité par la compression indirecte. L'appareil de M. Broca pour la compression double et alternative de l'artère fémorale fut appliqué le 23 octobre 1857; mais on ne se servit que de la pelotte inguinale. Le lendemain la tumeur était un peu plus dure, mais son volume n'avait pas diminué.

Le 29, on constata une nouvelle amélioration; la tumeur était plus ferme et battait moins fort. Mais un ganglion s'engorgea dans le pli de l'aine; une escarre se forma bientôt sous la pelote. M. Michaux se décida alors à employer la compression digitale, qui fut appliquée par les élèves du service, et qui fut exercée presque tout le temps sur la partie inférieure de l'artère fémorale.

La compression digitale fut commencée le 4 novembre, à cinq heures du matin, et fut continuée sans interruption jusqu'au 6, à dix heures du soir, c'est-à-dire pendant cinquante-trois heures. Elle fut alors interrompue jusqu'au 8 novembre, à huit heures du matin, et continuée de nouveau pendant douze heures. Le 9, à neuf heures du matin, on reprit la compression digitale, qui fut appliquée pendant toute la journée et toute la nuit; les battements diminuèrent progressivement. Le 10, à cinq heures du matin, ils étaient à peine perceptibles, et la tumeur était fort dure. A six heures du soir, on ne sentait plus de pulsations; mais, une heure après, un léger battement se montra de nouveau, pour disparaître définitivement à neuf heures du soir. La compression digitale fut néanmoins continuée jusqu'au surlendemain matin, 12 novembre 1857, à neuf heures. La guérison depuis lors ne s'est pas démentie. L'affection du cœur et de l'aorte est restée stationnaire.

Le second malade de M. Michaux a été guéri beaucoup plus promptement; mais ce cas était exempt de complications. La tumeur occupait le centre du jarret droit; elle datait de trois ans au moins, et avait 11 centimètres de long sur 12 de large. On eut recours d'emblée à la compression digitale, qui fut commencée le 15 décembre 1857, à trois heures et demie de l'après-midi, et appliquée constamment sur le pli de l'aine. Au bout de douze heures, il y avait déjà dans la poche un peu de sang coagulé. Le 16 décembre, à dix heures, il n'y avait plus d'expansion, et les battements étaient très affaiblis; à une heure, la tumeur était devenue plus solide, surtout du côté interne; à quatre heures, elle était solide, et avait définitivement cessé de battre après vingt-quatre heures et demie de compression digitale. Par précaution, on continua encore la compression jusqu'au lendemain matin. Les jours suivants, des collatérales se développèrent autour du genou, et le 29 décembre, le malade sortit de l'hôpital.

Après avoir communiqué ces deux faits, M. Verneuil fait ressortir les avantages de la compression digitale. Ce moyen lui paraît supérieur à la compression mécanique; il est plus précis, moins douloureux, et vient de donner coup sur coup bon nombre de succès dignes de la plus sérieuse attention.

M. Giraldès fait remarquer que personne ne conteste les avantages de la compression digitale, Il est certain que le doigt est le meilleur des compresseurs, et qu'il peut s'appliquer partout; mais ce moyen exige le concours d'aides nombreux, intelligents et dévoués, et il est difficile, par conséquent, de l'ériger en méthode générale. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'avec de bons appareils, on a obtenu des succès aussi beaux et aussi prompts que ceux de la compression digitale.

M. Broca partage l'opinion de M. Giraldès, et ajoute que certains malades supportent la compression digitale plus difficilement que celle des appareils. Il a eu recours à cette compression avec M. Nélaton sur un malade dont il a publié l'observation dans son *Traité des anévrysmes*, et chez lequel la rétraction du genou ne permettait pas de comprimer exactement l'artère fémorale par les moyens mécaniques. Cette rétraction, comme on le reconnut plus tard à la dissection du membre, était due à la rupture de l'anévrysme, qui était diffus et qui communiquait avec l'articulation du genou; mais on ne diagnostiqua pas cette complication, et on eut recours à la compression digitale, qui fut appliquée sur le pubis pendant trois jours et trois nuits. La tumeur se solidifia; mais le malade était épuisé par la douleur qu'il avait éprouvée; il n'avait pu fermer l'œil, malgré de fortes doses d'opium, pendant toute la durée de la compression digitale. L'anévrysme, au surplus, comme tous les anévrysmes diffus, était oblitéré par des caillots passifs. Une inflammation diffuse éclata promptement autour des caillots; M. Nélaton fut obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse, et le malade succomba. Ce résultat fâcheux, continue M. Broca, ne peut être attribué au mode de compression employé; mais la douleur et les accidents nerveux éprouvés par le malade pendant la durée de la compression, prouvent que la pression du doigt n'est pas toujours aussi inoffensive que pourraient le faire croire les dernières observations communiquées à la Société.

M. Broca pense donc que la compression digitale est un procédé très précieux, mais qu'elle n'est pas exempte d'inconvénients.

M. Larrey approuve les réserves de son collègue; il a eu recours à la compression digitale chez un malade qu'il a montré à la Société, et qui était atteint d'anévrysme artério-veineux du pli du coude. Le cas n'était pas favorable, et le traitement échoua, mais on put s'assurer que la compression digitale était très difficile à supporter. A partir du second jour, le malade éprouva de vives douleurs, et le quatrième, des phénomènes de congestion se montrèrent dans les veines de la tête et du cou. Il fallut renoncer à ce moyen, qui avait été appliqué sans interruption pendant trois nuits et près de quatre jours.

— M. Demarquay présente les organes urinaires d'un jeune homme de 22 ans, mort à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod. Ce jeune homme, très adonné à la masturbation, eut, il y a trois ans, une rétention d'urine accompagnée de vives douleurs dans le bas-ventre. Il appela un médecin, qui essaya de le sonder, mais qui ne put pénétrer dans la vessie. Depuis lors, le malade n'urina plus que par regorgement; une tumeur se développa peu à peu dans la région périnéale. Lorsqu'il entra à la Maison de santé, cette tumeur était plus grosse que le poing, presque hémisphérique, très superficielle et fluctuante. Elle faisait saillie à la fois du côté de la peau et du côté du rectum, où on la sentait fluctuer aussi haut que le doigt pouvait remonter.

M. Demarquay passa dans l'urètre une sonde qui pénétra aisément dans la poche fluctuante, et qui donna aussitôt un petit jet d'urine. Mais il ne put pénétrer dans la vessie. Il pratiqua alors à la partie inférieure de la tumeur une petite incision qui donna issue à un flot d'urine; puis, introduisant une sonde à travers cette ouverture, il l'engagea aisément dans la partie postérieure de l'urètre, et la poussa jusque dans la cavité vésicale, qui lui parut extrêmement petite. La sonde fut laissée à demeure et servit à faire, chaque matin, une injection de liquide. Au bout de quelques jours. il survint de la fièvre et des douleurs abdominales; on suspendit les injections en laissant toujours la sonde en place. Mais les accidents empirèrent, et l'opéré succomba. A l'autopsie, on a trouvé un phlegmon sous-péritonéal suppuré, étendu depuis le bassin jusqu'au diaphragme, sans aucune trace de péritonite. Le point de départ de ce phlegmon n'a pu être découvert, car les tissus situés autour de l'incision périnéale étaient en bon état.

L'appareil excréteur de l'urine est le siége d'une lésion fort remarquable et probablement sans exemple jusqu'ici. Les reins sont sains, ainsi que l'un des uretères; l'autre uretère est dilaté et offre le volume du petit doigt. La vessie, excessivement rétractée et pour ainsi dire réduite à son trigone, n'a guère plus de 2 centimètres de diamètre. La portion protastique de l'urètre est, au contraire dilatée, et pourrait loger une petite pomme. Plus en avant, au niveau du bulbe, l'urètre est le siége d'une énorme dilatation et est transformé en une poche spacieuse, capable de recevoir le poing. Les parois de cette poche sont minces et même transparentes en certains points. Sa surface interne est tapissée d'une muqueuse ou l'on aperçoit quelques érosions, et qui se continue en avant et en arrière avec la muqueuse urétrale. La partie de l'urètre qui est située en avant de la dilatation n'est d'ailleurs le siége d'aucun rétrécissement, d'aucune lésion appréciable, et rien ne permet de comprendre le mécanisme de cette dilatation, qui, au dire du malade, ne s'est formée que depuis trois ans.

M. Jarjavay fait remarquer que, dans la partie de l'urètre située en avant de la dilatation, il n'y a pas la moindre trace de tissu spongieux. Les parois de ce canal sont membraneuses et à demi

transparentes, tandis qu'elles devraient renfermer une couche de tissu spongieux, épaisse d'environ 5 millimètres.

— M. le docteur Biallet présente un petit garçon âgé de 5 jours, qui est atteint d'exstrophie vésicale. Ce cas diffère de l'exstrophie vésicale ordinaire, en ce que la solution de continuité de la paroi abdominale antérieure ne remonte pas jusqu'à l'ombilic, dont elle est séparée par une bande cutanée large d'environ 1 centimètre; l'ombilic est d'ailleurs situé très bas. Les pubis paraissent fort peu écartés. La paroi postérieure de la vessie est repoussée en avant, mais elle fait une saillie beaucoup moins considérable que dans les cas ordinaires. Enfin, la verge est fendue en gouttière dans toute sa largeur.

Plusieurs personnes émettent l'opinion qu'il s'agit d'une exstrophie vésicale incomplète, c'est-à-dire que la division ou l'absence de la paroi antérieure de la vessie ne remonte pas jusqu'au sommet de cet organe.

M. Houël pense, au contraire, que l'exstrophie est complète, que la paroi antérieure de la vessie manque dans toute son étendue, et que l'intervalle de 1 centimètre, qui correspond à la bande cutanée, est occupé par l'ouraque.

M. Cazeaux demande comment s'écoule l'urine?

Le présentateur répond qu'elle s'écoule continuellement, mais que quelquefois on voit en outre un petit jet s'échapper par l'ouverture de l'un des uretères.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LA PNEUMONIE FIBRINEUSE;

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Benè MEDENDI *sapere est et principium et fons.* Ce qui, traduit librement, veut dire : La première condition pour faire de bonne médecine est d'avoir du bon sens. Eh bien! « nous avons changé cela, » et le beau idéel de la science, aujourd'hui, c'est de renier le bon sens et de le conspuer sous le nom de rationalisme; c'est d'afficher l'empirisme pur; de proclamer comme article de foi le *Credo quià absurdum,* et de déclarer du haut de la chaire, que « quiconque prétend faire de la médecine rationnelle, ne fait et ne peut faire que des sottises. » (Textuel.) De là cette avalanche quotidienne de maladies impossibles et de remèdes qui n'existent pas.

Aussi est-ce un plaisir bien vif, j'allais dire une consolation bien douce pour moi, que de voir surgir, de loin en loin, un de ces aperçus calmes, réguliers, rationnels en un mot, qui ravivent notre foi dans les principes traditionnels, qui nous font espérer que la science n'est pas morte, que le bon sens n'a pas abdiqué chez tous et à toujours. Telle est l'impression que me procure une simple communication de M. Gubler à la *Société médicale des hôpitaux* (UNION MÉDICALE du 10 avril 1858). Il est vrai que je suis assez intéressé dans la question, et que le travail de M. Gubler m'apporte une sorte de réhabilitation, car je me suis gravement compromis en proclamant, moi aussi, que *la pneumonie fibrineuse ne diffère pas essentiellement de la pneumonie ordinaire, et que les tractus fibrineux des bronches ne sont que du sang coagulé.*

Je m'empresse de déclarer tout d'abord que ce n'est point une prétention à la priorité que j'élève ici. J'admets sans contestation que ces principes datent pour M. Gubler de 1845, 1852, 1853, 1855; mais on voudra bien m'accorder que n'ayant lu ni la thèse de M. Caneva, ni celle de M. Duroziez, etc., je ne me suis inspiré que de moi-même lorsque, en 1856, j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique,* un travail intitulé : *Des pneumonies anomales et de leur traitement,* travail où se trouve le paragraphe suivant :

« *Pneumonie fibrineuse.* Une anomalie, ou du moins une forme intéressante de la pneumonie, c'est celle dite *fibrineuse,* forme signalée depuis longtemps, mais sur laquelle on est revenu dans ces derniers temps, en Allemagne et en France. On l'a confondue avec la bronchite pseudo-membraneuse, mais je crois que ce sont *deux états distincts.* La pneumonie fibrineuse, outre les trois degrés de la pneumonie normale, est caractérisée par la présence, dans les diverses ramifications bronchiques, de filaments, de cordons fibrineux, semblables, par leur aspect et leur structure, aux caillots fibrineux blancs grisâtres, opaques, qu'on rencontre si souvent dans les gros vaisseaux. *Ils sont évidemment constitués par le sang exhalé dans les bronches.* La pneumonie fibrineuse serait donc une véritable *pneumonie hémorrhagique.* Y a-t-il là simple accident ou spécificité de la maladie? *C'est un accident* comme les crachats de sang pur.

» On a construit *à priori,* par induction, une symptomatologie et une thérapeutique spéciale pour cette maladie. On s'est dit : le sang se coagule dans les bronches, *donc* la masse du sang est plus coagulable et le caillot de la saignée plus couenneux que d'ordinaire. Les cordons fibrineux obstruent les bronches, *donc* il n'y a ni râle crépitant, ni crachats, etc. Cela est rationnel, mais non démontré. Le meilleur des signes positifs, le seul, peut-être, est l'expuition des filaments fibrineux. Quant au traitement, on s'est dit encore : le sang est plastique, coagulé, *donc* recourons aux fondants..... Les meilleurs fondants me paraissent être encore la saignée et les antimoniaux; après quoi viendraient les alcalins. Mais il est fort difficile d'apprécier ici une médication quelconque, par la raison fort simple que le diagnostif positif est à peu près impossible à établir pendant la vie, sauf l'expuition des tractus fibrineux. Les quelques cas de pneumonie fibrineuse que nous avons observés, ne nous ont rien présenté de particulier dans leur symptomatologie. »

Tel est, par exemple, le fait suivant :

Un homme de 52 ans, malade depuis quinze jours, entre à la Clinique le 18 juin 1855 : prostration, bouche fuligineuse, diarrhée, ni toux ni crachats, pouls fréquent et mou. Nous constatons à droite et en arrière souffle tubaire, bronchophonie. (16 ventouses scarifiées, tartre stibié, 20 centig., sinapismes). — Mort dans la nuit.

Autopsie. Pneumonie suppurée de tout le poumon droit, en arrière; dans quelques bronches de troisième et quatrième division, on trouve des tractus fibrineux, simulant les caillots vasculaires. De gros caillots fibrineux, décolorés, obstruent les cavités du cœur et l'entrée des gros vaisseaux.

Ainsi, l'auscultation donnait ici les signes normaux (souffle tubaire, bronchophonie); s'il n'y a pas eu de crachats, c'est qu'il n'y avait pas de toux non plus, vu la torpeur, l'état de prostration.

M. Gubler rappelle un cas de pneumonie ayant débuté par une hémoptysie. Je suis heureux de pouvoir lui offrir, comme pendant, le fait que voici :

Un homme de 26 ans, de bonne constitution, malade depuis trois jours, entre à la Clinique le 4 juin 1855. Il a été saigné la veille. Nous constatons : matité, souffle tubaire mêlé de râles crépitants et bronchophonie des deux côtés, en arrière, dans la moitié inférieure des poumons. Douleur dorsale, dyspnée, toux, crachats rouillés, fièvre forte, urine précipitant par l'acide nitrique (saignée de 300 grammes, potion stibiée à 4 grammes). Vomissements.

Le lendemain, même état (nouvelle saignée).

Le troisième jour, pneumonie persistant, dyspnée intense (deux saignées, tartre stibié, vésicatoire au sternum, sinapismes aux jambes). Le malade ayant eu une syncope à la seconde saignée.

Quatrième jour, même état, plus, *crachats abondants de sang pur, écumeux* (tartre stibié).

Le cinquième jour, amélioration notable, dyspnée moindre, crachats simplement rouillés, peu de fièvre, mais les signes d'auscultation persistent *(ut suprà).*

Le septième jour, vomissements (intolérance). Au tartre stibié on substitue l'oxyde blanc d'antimoine, 4 grammes.

Convalescence le dixième jour, treizième de la maladie. Depuis plusieurs jours, les urines ne sont plus albumineuses.

Ici l'hémoptysie s'est produite au summum de la maladie, après quatre saignées. L'amélioration a suivi l'hémoptysie.

Dans mes *pneumonies anomales,* j'ai constitué une espèce particulière sous la rubrique de pneumonie *hémoptoïque.* « Dans certains cas, dis-je, les crachats plus ou moins abondants sont constitués par du sang pur (hémoptysie). Une difficulté du diagnostic consiste à déterminer si ce sang est un produit direct de la pneumonie ou s'il ne provient pas d'une complication tuberculeuse. La première supposition établie, il n'y a pas trop à se préoccuper de cet accident. Les partisans des crises pourraient même y voir une circonstance favorable (comme dans le cas ci-dessus). Traitez la pneumonie, comme à l'ordinaire. Peut-être serait-ce ici le cas d'insister davantage sur les saignées et de recourir plus tôt à l'emploi des révulsifs. L'hémoptysie ne tardera pas à céder. Que si elle persistait en même temps que la pneumonie, on pourrait risquer quelques astringents (acétate de plomb, élixir acide de Haller, etc.). »

Eh bien, supposez que l'exsudation sanguine soit légère et s'opère lentement, de manière à ce que le sang exhalé séjourne dans les bronches, et voilà la pneumonie fibrineuse tout naturellement constituée.

M. Gubler a étudié avec beaucoup de soin l'anatomie pathologique et la formation des tractus fibrineux, et il arrive à cette conclusion que toutes les pneumonies simples sont vraisemblablement des pneumonies fibrineuses bornées aux cellules et aux bronches capillaires. Lobstein, s'il m'en souvient, avait de la pneumonie, en général, une idée analogue.

Cela ne paraît-il pas plus raisonnable et plus pratique que l'admission d'une entité spéciale, spécifique ou diathésique de pneumonie fibrineuse?

Maintenant, tout s'explique et coule de source : les différences qui caractérisent la pneumonie fibrineuse dérivent purement et simplement de la présence et de la disposition de caillots bronchiques. Il est clair que si la fibrine remplit exactement tous les tuyaux bronchiques de la partie enflammée, il n'y aura ni râles, ni souffle, ni bronchophonie, ni même de crachats; mais il n'en est peut-être jamais ainsi. Les tractus fibrineux sont peu nombreux; ils sont minces et ne remplissent pas exactement les bronches et toutes les bronches. De là, la persistance des symptômes pneumoniques ordinaires dans presque tous les cas.

La plasticité générale du sang n'est pas plus nécessaire ici que dans toute autre phlegmasie hémorrhagique. La dyscrasie sanguine opposée, la diffluence, peut même se produire quelquefois. D'ailleurs, le traitement classique de la pneumonie, avons-nous dit, est le meilleur des antiplastiques. On a prétendu que, dans ces cas, les mercuriaux faisaient merveille. Je crains fort qu'il n'y ait là quelque idée préconçue. Une de mes raisons, c'est que les mercuriaux ne sont pas primitivement antiplastiques; au contraire, ils produisent bel et bien des phlegmasies plastiques, témoin la stomatite mercurielle. Pourquoi, d'ailleurs, ne pas s'adresser aux antiplastiques les plus généralement admis, aux alcalins? Mais, encore une fois, occupez-vous de la pneumonie, c'est ce que vous avez de mieux à faire, car vos fondants, quels qu'ils soient, n'iront pas chercher et dissoudre la fibrine dans les bronches; et si les traits fibrineux paraissaient persister, la meilleure chose, la seule chose rationnelle à tenter, peut-être, ce serait l'expulsion mécanique au moyen des vomitifs, tout comme dans le croup, auquel on a comparé la pneumonie fibrineuse.

Il n'y a dans tout cela rien de bien nouveau, de surprenant, de *progressif;* mais la médecine pratique n'est pas ou ne devrait pas être un roman, et il ne nous est pas permis de bâtir des fictions aux risques et périls de l'humanité.

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA STRICTUROTOMIE INTRA-URÉTRALE, méthode curative des rétrécissements de l'urètre, autrefois réputés incurables, présentée au concours du prix fondé par le baron Barbier; par le docteur G. GUILLON. Ier fascicule. Paris, Hennuyer, 1857. In-8°, 96 pages.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, par le docteur José PRO. Paris, Leclerc. In-4° de 122 pages, avec 4 planches lithographiées.

DEUXIÈME ARTICLE. — (Voir le numéro du 13 avril 1858.)

Le premier de ces deux mémoires est, à proprement parler, une revendication de titres, dirigée un peu contre M. Reybard, beaucoup contre M. Heurteloup et atteignant les limites d'une violence extrême à propos de M. Civiale.

Nous ne voulons ni ne devons, on le comprend, nous faire l'écho de ces récriminations personnelles. Il faudrait être, à cet égard, beaucoup plus édifié que nous ne le sommes, et, encore, quelle que fût notre conviction, nous ne pourrions, ici, entretenir nos lecteurs que de ce qui, dans ces débats, relève de la science pure ou touche aux intérêts généraux de la profession. Ainsi ferons-nous.

Relativement à la dignité professionnelle, nous avons signalé déjà, dans le cours de notre premier article, plusieurs des inconvénients qui résultent des rivalités suscitées par les récompenses que décernent les corps savants; M. Guillon insiste, à son profit, sur l'un de ces dangers, et nous ne saurions mieux faire que de transcrire différentes citations intercalées dans sa brochure, et bien propres à mettre ce point en lumière.

Voici en quels termes un membre de l'Académie de médecine s'exprimait, en 1845, au sujet du prix d'Argenteuil : « S'il est des prix difficiles à décerner, où qui courent risque d'être décernés sans impartialité, le prix d'Argenteuil doit être au rang de ceux-là... oserait-on, par exemple, nommer juge celui des spécialistes qui traita infructueusement le marquis d'Argenteuil? Il y aurait imprudence, car voyez à combien de préventions serait exposé son jugement. — Accorder un prix de 10,000 fr. à un confrère qui a réussi là où nous avions échoué, ce n'est pas seulement encourager un émule, c'est doter un rival et pour ainsi dire se créer un maître. En pareil cas, il est peu d'hommes assez équitables pour résister longtemps à quelque tentation d'injustice. »

A la fin de sa brochure, l'auteur revient sur cette idée, qui l'obsède évidemment, et c'est le rédacteur en chef de ce journal qu'il appelle cette fois comme témoin à charge contre ses juges.

« Supposons, dit M. Amédée Latour, dans les *Causeries hebdomadaires* de l'UNION MÉDICALE (6 mars 1851), supposons, ce qu'il plaise à Dieu, et que je désire de tout mon cœur aux pauvres malades, qu'un de nos confrères trouve, en effet, une méthode de traitement efficace et sûre contre les rétrécissements de l'urètre qui sont le désespoir des malades et du médecin, croyez-vous, voyons, sans fausse pruderie, qu'il soit prudent d'en faire juges les spécialistes et de les forcer à élever sur le pavois un concurrent rival?

» Serait-il plus prudent d'en confier l'examen aux chirurgiens dits *encyclopédistes* qui haïssent les spécialistes, et dont les efforts tendent à les détruire?... »

On conçoit aisément qu'un auteur ainsi prévenu contre les faiblesses de ceux qui ont mission de le juger, et convaincu à ce point de leur partialité, on conçoit, disons-nous, qu'un auteur, dans cette disposition d'esprit, n'accepte pas sans révolte une décision qui le déboute de ses espérances, et que sa protestation prenne involontairement la tournure du pamphlet. Mais laissons cela, et venons à la partie scientifique de la brochure de M. Guillon. En quoi consistent ses procédés, et quelle part lui revient dans l'histoire du traitement des rétrécissements de l'urètre? L'auteur, pour répondre à ces questions, cède la parole à M. Lagneau et reproduit *in extenso* le rapport que cet honorable académicien fit à l'Académie de médecine le 2 octobre 1849. (La commission chargée de faire ce rapport, et composée de MM. Roux, Cullerier, Sanson, Velpeau et Lagneau, rapporteur, avait été nommée en 1839.) Nous empruntons à ce rapport la description des faits qui nous intéressent.

Après avoir rappelé que les premières recherches de M. Guillon remontent à l'année 1827 et qu'elles sont mentionnées dans le procès-verbal de la Société de médecine pratique du 7 avril 1831; « ce qui, dit M. Lagneau, rend évident pour nous que c'est M. Guillon qui a attaqué le premier, de dedans en dehors et d'arrière en avant, avec une grande précision, les rétrécissements situés profondément dans l'urètre; »

Après avoir fait l'historique des travaux de ceux qui ont précédé M. Guillon, M. le rapporteur aborde la partie pratique de la méthode de M. Guillon :

« Ce chirurgien, dit-il, opère la dilatation des rétrécissements les plus graves en se servant de bougies en baleine qu'il prépare lui-même, dont la pointe est très déliée et presque filiforme. C'est avec cet instrument qu'il franchit les obstacles les plus grands. Quelquefois il emploie une autre bougie de même espèce, tout aussi fine, mais dont l'extrémité vésicale se termine par un léger bouton, analogue à celui du plus petit stylet de nos trousses de poche. Enfin, une troisième espèce de bougie présente, à 8 centimètres de la pointe, un renflement fusiforme, à la suite duquel on en voit un ou deux autres moins éloignés, dont le volume est de plus en plus considérable, à mesure qu'ils se rapprochent de la grosse extrémité de l'instrument, qui sert à obtenir une dilatation plus rapide en poussant successivement, lorsque l'obstacle est dépassé par l'extrémité de la baleine, d'abord le premier renflement, puis le deuxième et ainsi de suite. Cette dernière bougie offre l'avantage d'avancer beaucoup et rapidement la dilatation dans une seule séance, et de dispenser d'introduire l'une après l'autre plusieurs bougies de plus en plus volumineuses. »

Ce premier résultat obtenu, l'auteur, toujours au dire de M. Lagneau, passe dans le canal urinaire des sondes en gomme élastique, dont l'extrémité est arrondie en forme d'olive; — puis il explore le canal à l'aide d'un autre instrument en baleine qui lui permet de se rendre compte de la grandeur et de la forme du rétrécissement; — il en prend ensuite l'empreinte avec une sonde élastique, *très extensible,* enduite d'une couche épaisse de cire à mouler, et, enfin, il procède à l'opération principale, à la section des parties indurées du canal.

Les incisions sont pratiquées d'arrière en avant, avec un urétrotome particulier, qui se compose d'une canule droite, en argent, présentant une fissure longitudinale sur presque toute sa longueur et graduée par millimètres, arrondie et fermée en cul-de-sac. Son extrémité offre, sur l'un de ses côtés, deux fentes parallèles qui donnent passage à autant de lames tranchantes en forme de rondaches, d'à peu près 8 millimètres de longueur sur 2 à 5 de largeur, mais dont la saillie est réglée avec précision par un plan incliné, et dont le relief, d'ailleurs, est déterminé par l'opération suivant l'exigence. Cet instrument est facile à manœuvrer. Maintenu et fixé dans le canal par l'index et le médius de la main droite placés entre deux rondelles situées près de son pavillon, on en fait saillir les lames en poussant le mandrin qui les supporte avec le pouce de la même main, dès qu'on a dépassé la coarctation, qui est ensuite incisée d'arrière en avant, en retirant à soi l'instrument, en même temps que la main gauche du chirurgien maintient la verge en direction et à un degré d'extension convenable.

Cette opération peut être réitérée à plusieurs reprises dans une même séance, si le cas l'exige, sans qu'on soit obligé de sortir l'urétrotome du canal, et en lui imprimant seulement un mouvement de rotation, après avoir fait rentrer les lames qu'on fait saillir ensuite pour inciser un autre point du rétrécissement.

Ces incisions sont peu douloureuses.

Afin d'obtenir leur cicatrisation parfaite et d'assurer leur guérison, l'auteur introduit dans le canal des bougies ou sondes pleines, en gomme élastique ou en étain, du plus fort numéro, c'est-à-dire de près d'un centimètre de diamètre. Au lieu de les laisser à demeure, ainsi que le font la plupart des autres praticiens, il se contente de les placer une fois chaque jour, pendant un demi-quart d'heure au moins et vingt minutes au plus. Cela suffit pour empêcher la réunion des petites plaies par première intention, et, par conséquent, pour obtenir leur cicatrisation avec écartement et affaissement de leurs bords.

Nous devons ajouter que les conclusions du rapport, dans lequel nous avons puisé ce qui précède, sont très favorables à l'auteur, et que ce rapport contient plusieurs observations très curieuses de guérisons radicales survenues à la suite de l'emploi de la méthode dont il proclame M. le docteur Guillon l'inventeur.

Il est très souvent question, dans la brochure de ce chirurgien, de rétrécissements infranchissables par tout autre, et qu'il se fait fort de franchir; il porte même, à ce sujet, des défis que nous n'avons nulle envie de relever pour notre propre compte. Cependant, il nous souvient d'avoir trouvé un jour, alors que nous étudiions l'anatomie de l'urètre chez l'homme, une disposition de ce canal, telle qu'elle nous semblait, et qu'elle nous semble encore, sauf démonstration contraire, insurmontable à tout effort de cathétérisme. Cette disposition serait assez bien représentée par un N majuscule, renversé en arrière, placé horizontalement ≍, et dont les jambages, formés de parties molles, seraient en contact les uns avec les autres; le jambage inférieur répondrait à l'ouverture extérieure du canal; le supérieur à la partie de l'urètre venant de la vessie. Si M. Guillon pense que ses tiges minces en baleine auraient pu franchir la seconde courbure éloignée de la première de plus de 2 centimètres, antérieure et tout à fait opposée à la première, puis s'infléchir une deuxième fois, suivant ce sinueux trajet, nous le prions d'agréer nos compliments sincères et l'assurance de notre admiration.

On nous permettra, en terminant, de transcrire la proposition par laquelle M. Guillon appelait, en 1844, M. Civiale en champ clos... pratique, et qu'il reproduit aujourd'hui. En voici la teneur :

« Que M. Civiale m'adresse, jusqu'à concurrence de dix, les malades affectés de ces rétrécissements qu'il qualifie d'infranchissables et où la méthode des incisions est tout à fait impraticable, et, par chaque malade, chez qui je n'aurai pu triompher des impossibilités avouées par M. Civiale, — de ces rétrécissements, qui souvent l'obligent à renoncer à tout espoir d'obtenir une guérison complète, — je m'engage à verser à la caisse de l'Association des médecins de Paris, une somme de 500 francs. — Je n'y mets que cette seule condition : c'est qu'il versera lui-même pareille somme après chaque succès que j'aurais obtenu dans ces circonstances, et nous prendrons pour juge la commission nommée pour le prix d'Argenteuil. »

M. Civiale a refusé ce cartel chirurgical. Il a trouvé probablement ce combat trop singulier.

Contrairement au mémoire de M. le docteur Debeney, auquel nous avons consacré notre premier article, et contrairement au mémoire de M. le docteur Guillon, celui de M. le docteur José Pro, dont il nous reste à parler, se tient en dehors de toute polémique et se développe, d'un bout à l'autre, dans les régions calmes et sereines de la science. Ce mémoire forme comme le complément des deux autres. Tandis que ceux-ci ne se préoccupent guère que des moyens de traitement, celui de M. José Pro, ne touche même pas à la question thérapeutique; il se borne, ainsi que son nom l'indique, à décrire brièvement l'anatomie normale de l'urètre, et, plus longuement, l'anatomie pathologique des rétrécissements d'une part, et, d'autre part, les altérations anatomo-pathologiques suites de rétrécissements. Le travail de M. Pro se termine par la description sommaire, ou, plus exactement, par l'indication, avec leurs numéros d'ordre, des 127 pièces anatomo-pathologiques que les musées de Londres renferment sur les rétrécissements organiques de l'urètre.

L'auteur raconte en ces termes ce qui l'a déterminé à entreprendre ce consciencieux ouvrage :

« Il y a deux ans, dit-il, à son cours de médecine opératoire, M. le professeur Malgaigne, tout en faisant apprécier à ses nombreux auditeurs l'importance de l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, fit remarquer en même temps que ce point de la science était resté des plus obscurs; il ajouta que la richesse des musées de Londres serait d'un grand secours pour les recherches qui tendraient à éclairer la question. Sur le conseil de ce grand maître, nous partîmes, quelque temps après, pour l'Angleterre, où nous avons recueilli *de visu* les nombreuses observations qui sont rapportées à la fin de ce mémoire. »

M. le docteur José Pro nous semble s'être parfaitement acquitté de la tâche qu'il s'était imposée. De plus, la partie de son mémoire qui traite de l'historique des rétrécissemens urétraux a été faite avec soin et discernement. Enfin, les belles planches lithographiées qui ont été ajoutées par l'auteur à son mémoire, lui donnent une valeur incontestable.

Un dernier mot à propos du défi porté par M. Guillon. Parmi les pièces des musées de Londres décrites par M. José Pro, il s'en trouve quelques-unes qui, soumises aux instruments de M. Guillon, auraient bien pu, croyons-nous, lui coûter quelques billets de cinq cents francs. Entre autres, la pièce cotée 2412 ^{60}, représentant la vessie et une partie du pénis. A un peu plus d'un pouce en avant du bulbe, *l'urètre était complétement oblitéré*; le canal était remplacé par une fausse route, de deux pouces de longueur, conséquence de l'oblitération. Le malade succomba à la gangrène qui fut occasionnée par l'infiltration urineuse dans une grande étendue. Et celle cotée 2550 : au point de réunion du bulbe avec la portion membraneuse, se trouve un rétrécissement qui mérite plutôt le nom d'*occlusion*, car dans la longueur d'un quart de pouce, *le canal n'existe plus*. Derrière le rétrécissement, le canal est très dilaté, induré, et couvert de granulations. Ces dernières se retrouvent dans la plus grande partie de la muqueuse vésicale; mais là, aussi bien que dans l'urètre, elles sont ulcérées, probablement parce que, dans les moments de contraction, elles sont, plus que le reste de la muqueuse, exposées aux efforts et au frottement. Immédiatement en avant du rétrécissement, il y a une cavité, semblable à celle d'un abcès, qui a envahi les tissus voisins du bulbe et les corps caverneux, mais qui, cependant, n'a pas la moindre communication avec le canal lui-même.

Il en est d'autres, et nous engageons fort les franchisseurs d'obstacles à méditer ce catalogue des collections anglaises qu'a dressé patiemment M. le docteur José Pro. En le parcourant, nous nous sommes rappelé ce mot de Ch. Nodier, qui avait coutume de dire que : rien n'est moins fatigant à lire, ni plus instructif, que les dictionnaires et les catalogues.

D[r] Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Mai 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Pas de correspondance officielle.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. GUIBOURT sur cette question : *L'École de pharmacie de Paris a-t-elle été fondée par Pierre-J.-B. Chomel?* Cette lettre est adressée à M. Fr. Dubois, à l'occasion du discours prononcé par lui sur la tombe de M. le professeur Chomel.

2° Une nouvelle note sur la présence de l'iode dans les eaux atmosphériques, par M. Eug. MARCHAND, de Fécamp. (Comm. MM. Boullay et Bussy.

3° Des notes de M. le docteur ZANDYCK, de Dunkerque, sur la variole, la varioloïde, la vaccine et la revaccination, relevées pendant l'année 1856. (Com. de vaccine.)

4° Un travail de M. le docteur DEVILLIERS, intitulé : *Quelques faits de contagion de la fièvre puerpérale chez les femmes en couches et chez celles en vacuité.*

5° Le modèle et la description d'un nouvel instrument destiné à ouvrir promptement le rachis, sans exposer la moelle à la moindre compression, par M. le docteur Ludovic HIRSCHFELD. L'instrument a été exécuté par M. MATHIEU.

Ceux qui s'occupent de l'étude anatomique, physiologique et pathologique de la moelle épinière, savent parfaitement combien il est difficile, long et pénible d'ouvrir le rachis d'un homme adulte ou celui de grands animaux, et combien on est exposé à comprimer ou même à écraser la moelle en employant les instruments connus jusqu'à ce jour.

Il est certainement arrivé à plusieurs médecins, reculant devant des difficultés de ce genre, de renoncer à constater une lésion anatomique de la moelle, que des troubles fonctionnels observés pendant la vie avaient cependant fait soupçonner.

Les vivisecteurs qui font des expériences, soit sur la moelle épinière, soit sur les racines des nerfs rachidiens, peuvent également attribuer l'inconstance et la divergence de leurs résultats à la lenteur et aux difficultés de cette opération.

Pour obvier à ces inconvénients, j'ai pensé qu'un instrument qui aurait pour but d'ouvrir promptement le rachis, sans exposer la moelle à la moindre compression, serait d'une utilité incontestable.

C'est à cet effet que j'ai imaginé l'instrument dont la figure est ci-jointe, et dont l'exécution a été confiée à l'habileté bien connue de M. Mathieu : ce sont de longues cisailles à double articulation.

L'une des branches *B* s'introduit dans le canal rachidien par l'espace qui sépare les lames des deux vertèbres lombaires, et s'adapte par sa forme prismatique et triangulaire à l'angle formé par la face postérieure du corps et les lames des vertèbres. Cette branche, entièrement fixée et immobile, sert de point d'appui et ne peut comprimer la moelle. Elle est creusée d'une gouttière destinée à recevoir, pendant l'action de l'instrument, l'autre branche *A* qui reste en dehors du rachis, et qui est au contraire très mobile et très tranchante.

Ces deux branches sont assujetties par une double charnière *C*.

Une échancrure qui existe à la partie antérieure de la branche mobile *DA*, permet à l'instrument d'agir en même temps en pressant et en sciant.

De plus, la lame tranchante étant indépendante du reste de l'instrument, et fixée par une vis de presslou, peut aisément être réparée ou même remplacée lorsqu'elle vient à s'émousser. — (Comm. MM. Beau et Baillarger.)

6° Une note intitulée : *Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie*, par M. le docteur HÉDOUIN, médecin-adjoint de St-Lazare.

M. J. CLOQUET fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, de la seconde partie du mémoire de M. le docteur BARTHE, relatif à la campagne de la frégate la *Sybille* dans les mers de l'Inde et la Chine.

M. VELPEAU dépose sur le bureau un travail de M. M'CORMAC, *sur le traitement, la nature et la prophylaxie de la phthisie pulmonaire, et, incidemment, de la scrofule.* Selon M. M'Cormac, la cause matérielle de la phthisie serait l'accumulation du carbone dans le sang. L'auteur rapporte des expériences faites sur un certain nombre de chiens, dont la moitié fut laissée à l'air libre et dont l'autre fut renfermée dans un air chargé de carbone; ces derniers devinrent tous phthisiques en six simaines. L'ouvrage M. M'Cormac est en anglais et renvoyé à l'examen de MM. Barth et Cloquet.

Nous publierons dans un de nos prochains numéros la lettre que M. Mac Cormac a adressée à l'Académie, en même temps que le travail dont le titre précède.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'à quatre heures et demie l'Académie se formera en comité secret, pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. P. DUBOIS.

Messieurs, j'ai terminé ma dernière communication par cette déclaration peu encourageante que, contre le deuxième groupe des symptômes constituant la fièvre puerpérale, il n'y avait pas de traitement.

Si cette proposition est vraie, il ne reste plus qu'à s'occuper des moyens prophylactiques. Il en est de deux sortes : les uns qui seraient employés pendant la grossesse; les autres qui seraient applicables à la femme pendant et après l'accouchement et qui concerneraient les conditions extérieures au milieu desquelles elle accomplit cet acte important. Les toniques ont été proposés pour remplir la première indication, qui est de fortifier la femme enceinte; le fer et le quinquina ont été préconisés et administrés dans ce but. M. Danyau a rapporté qu'en 1772, le quinquina avait été déjà employé par Leake pour le même objet. M. Danyau a ajouté que le quinquina, associé au fer, ne lui avait donné aucun bon résultat, et je dois dire, à mon tour, que je n'ai pas été plus heureux que mon honorable confrère.

L'insuffisance désormais reconnue d'un traitement interne prophylactique conduit à des mesures plus décisives. Deux propositions ont été faites à ce propos, l'une consiste à supprimer les maisons d'accouchement et à leur substituer l'assistance à domicile; l'autre consiste à introduire, dans les dispositions matérielles et dans les conditions hygiéniques des maisons d'accouchement, des modifications profondes qui devront en assurer la salubrité.

La première de ces deux propositions a été faite, sous forme interrogative, par M. Depaul et appuyée par M. Cruveilhier.

La deuxième appartient à M. Danyau, et je m'y rallie complètement.

M. Depaul se fondait, pour appuyer sa proposition, sur l'inanité des mesures prises en 1856 pour assainir les maisons d'accouchement.

Il y a six ans, M. le docteur Joux proposait, dans sa thèse inaugurale, de substituer aux établissements hospitaliers actuels de Paris des cités hospitalières situées à un myriamètre de la capitale, et sur le trajet d'un chemin de fer. Dans la pensée de M. Joux, ces cités étaient destinées aussi bien aux services de chirurgie qu'à ceux des nouvelles accouchées.

J'espère que l'Académie ne conseillera à l'autorité compétente que des mesures qu'elle n'aura pas à regretter plus tard, c'est-à-dire qu'elle n'adoptera pas les considérations sur lesquelles s'appuyait, à la fin de la session de 1856, la commission départementale de la Seine, relativement aux causes des épidémies puerpérales dans les maisons hospitalières; et qu'elle ne ratifiera pas la déclaration très énergique de M. J. Guérin, touchant la suppression définitive de ces maisons.

Ici se présentent trois propositions :

1° Supprimer les Maternités;

2° Les supprimer dans la capitale et en créer de nouvelles dans la banlieue.

3° Créer de nouveaux établissements selon les indications de la science, ou introduire dans ceux qui existent déjà les améliorations indispensables à leur salubrité.

La suppression radicale des Maternités me paraît inexécutable dans les conditions actuelles de notre société. En effet, cinq mille femmes au moins sont annuellement reçues dans ces établissements; ce seraient donc cinq mille pauvres créatures sans pain, sans linge, sans feu, sans aide, sans abri, que l'assistance publique aurait à secourir en dehors des établissements existant maintenant.

Le principal motif qui fait réclamer cette suppression est d'ailleurs une crainte exagérée de la contagion; or, malgré la déclaration de la commission départementale, je crois pouvoir affirmer que, dans la plupart des cas, l'influence épidémique est primitivement extérieure; l'épidémie de 1856 m'en a offert un exemple frappant.

M. Danyau n'a-t-il pas cité l'épidémie de la petite ville de Brackel, dans laquelle, sur 28 accouchées, 15 seulement eurent des suites de couches naturelles, et, sur ce nombre 12 succombèrent; des enfants de ces 13 femmes, 2 seulement survécurent. Dans cette localité restreinte, il n'était pas possible d'invoquer une influence nosocomiale.

J'espère donc que l'Académie pensera comme moi que ces établissements doivent être maintenus.

En second lieu, si les Maternités sont maintenues, conviendra-t-il de les éloigner de Paris. Je serai très bref sur ce point. La plupart des femmes ne pourraient pas, avant leur délivrance, atteindre ces nouveaux hospices, et les dépenses nécessitées par ces déplacements seraient considérables. La mesure n'aurait donc aucun avantage réel et je conclus qu'au lieu d'innover, il vaut mieux améliorer ce qui est.

L'importance humanitaire de ces améliorations se mesure sur les conséquences regrettables de l'état actuel des choses, en ce qui concerne la mortalité comparée dans les Maternités et dans la ville.

On a cité une statistique dressée par M. Tarnier qui établit une perte de 1 accouchée sur 322 dans le 12[me] arrondissement, et de 1 accouchée sur 19 à l'hôpital des Cliniques et à la Maternité. Mais il est permis d'admettre que quelques-unes de ces femmes, devenues malades et transportées dans un service hospitalier étranger à la circonscription du 12[me] arrondissement, y ont succombé et n'ont pas été comprises dans le nombre des décès imputés à cet arrondissement. L'heureuse proportion indiquée par M. Tarnier me paraît être plus favorable que celle que l'on observe dans les meilleures conditions de salubrité, d'aisance et de fortune dans la pratique privée. D'ailleurs, M. Tarnier lui-même s'est assuré depuis, que ses calculs pouvaient et même devaient être inexacts. Les difficultés sont immenses pour arriver à une statistique sérieuse; j'ai tenté personnellement une enquête de ce genre et j'ai dû y renoncer.

Il n'en est pas moins vrai cependant que la moyenne des décès est notablement plus élevée à la Maternité et à l'hôpital des Cliniques que dans le 12[e] arrondissement. Il faut donc reconnaître la nécessité incontestable et pressante de modifier profondément les Maternités actuelles.

Je vais exposer en peu de mots à l'Académie les modifications, selon moi, essentielles :

Construire des bâtiments capables de recevoir annuellement 800 femmes en couches.

Diviser ces bâtiments en deux corps de logis principaux, d'une capacité égale et reliés par deux galeries latérales.

Chaque corps de logis sera partagé en salles de dix lits, séparés les uns des autres par un espace beaucoup plus grand que celui qui existe entre les lits d'un hôpital ordinaire.

A ces dispositions doivent être ajoutés les meilleurs appareils de ventilation.

La division en salles d'une médiocre capacité permettra de partager en séries de dix, les femmes en travail qui, placées dans la même salle, pourront la quitter à la même époque. Cette disposition donnera la possibilité de laisser cette salle vacante pendant plusieurs jours, de l'aérer, d'en laver les murs avec une solution de chlorure de chaux, de purifier les objets de literie, et de ne la faire occuper par une nouvelle série de femmes qu'après cette indispensable purification.

C'est ainsi que les choses se passent depuis très longtemps dans le grand hôpital des femmes en couches de Dublin.

Ces modifications ne préserveront pas, sans doute, d'une manière absolue, les maisons d'accouchements de nouvelles épidémies, aussi importera-t-il qu'au premier signal le service soit suspendu, et c'est alors que le fonctionnement temporaire de l'assistance à domicile sera institué dans les limites du possible. »

M. Dubois rappelle qu'il a prédit, à l'origine de ces débats, que chaque orateur resterait fidèle à ses opinions. C'est ce qui s'est réalisé et au delà même de ses prévisions. « Espérons, dit en terminant M. Dubois, que cette discussion éclairera l'autorité compétente sur la nécessité des mesures propres à prévenir ultérieurement les désastreux effets de la fièvre puerpérale. »

M. Trousseau : L'Académie pensera peut-être que s'il s'était agi d'exciter l'hilarité, et de lui donner, comme on dit, *la petite pièce*, j'aurais pu prétendre à autant de succès que l'orateur qui a parlé le dernier dans la précédente séance; mais j'ai pensé qu'il était plus digne d'elle et de moi de traiter sérieusement des choses et des hommes sérieux, et je reviens simplement à ce qui fait le fond même de la discussion actuelle.

Donc, M. Guérard, en posant à l'Académie cette question de la fièvre puerpérale, a été quelque peu imprudent; il a troublé bien des quiétudes; celle, entr'autres, de M. Paul Dubois et de son école; il a fait surgir, à propos de la fièvre puerpérale, des idées nombreuses et plus ou moins contradictoires, etc. Pourtant, en analysant ce qui s'est fait ou dit, il me semble que cette discussion n'aura pas été tout à fait stérile. Il en résulte d'abord que la doctrine de l'essentialité est plus faible qu'on ne le croyait; et, pour mon compte, il ne m'a pas paru que les essentialistes aient eu le dessus jusqu'à présent. Les localisateurs sont venus ensuite, c'est-à-dire les partisans de la subordination des troubles généraux aux lésions locales, et cette doctrine a donné lieu, en dehors de cette enceinte, à des travaux importants de la part de M. Béhier, de M. Jacquemier, et de M. Gallard avant eux. Puis, enfin, la doctrine de la spécificité s'est produite; et, il faut bien le dire, je suis, à cet égard, seul de mon avis. M. Bouillaud m'a reproché de me séparer en cette occasion de M. Velpeau, qu'un journal de médecine appelait spirituellement, ces jours derniers, le frère Siamois de l'École de Tours. A coup sûr, l'opinion de M. Velpeau aurait été, pour les idées que je défends, un appoint important; aussi ai-je été ému par l'idée de cette séparation et j'espère encore qu'elle n'aura pas lieu.

Mes confrères, plus heureux que moi, ont été compris; je crois ne pas l'avoir été. Je vais donc commencer par mes conclusions : les conclusions, c'est une thèse; je développerai plus tard chacune d'elles.

1° La fièvre puerpérale ne diffère pas de la fièvre consécutive aux opérations chirurgicales;

2° Dans la presque universalité des cas, le traumatisme est l'occasion de la fièvre puerpérale;

3° Sa cause efficiente est inconnue dans son essence; elle est connue dans ses effets;

4° Enfin il n'est pas impossible que, dans un foyer épidémique, on puisse la contracter en dehors de tout traumatisme.

Examinons maintenant les doctrines qui se sont produites ici, et commençons par la trinité essentialiste, MM. P. Dubois, Danyau et Depaul. C'est une trinité à laquelle l'esprit ne peut manquer.

M. Dubois professe la préexistence. Il y a, selon mon savant collègue, un état général préexistant chez la femme, qui la mène infailliblement à la fièvre puerpérale.

M. Dubois, en ceci, se fonde sur des analogies. C'est un mode de raisonnement assez général en médecine et dont je ne dis rien; nous l'employons tous forcément. M. Dubois se dit, ou du moins doit se dire : un individu inoculé de la variole reste pendant plusieurs jours dans un état de santé absolue; cependant, on peut prévoir l'explosion de la maladie à un moment donné. Il en est de même, en vétérinaire, pour le *sang de rate* : un animal atteint de cette terrible maladie reste pendant trente heures parfaitement bien portant, puis il meurt tout à coup. Donc, disent les essentialistes, avec M. Dubois, il y avait quelque chose de réel préexistant à la maladie, bien que ce quelque chose ne se révélât par rien.

S'il en est ainsi de la fièvre puerpérale, Messieurs, je n'ai qu'à passer condamnation.

Cette doctrine est vraie pour la goutte, pour les hémorrhoïdes, pour les dartres, etc. Les individus atteints de ces différentes diathèses, se portent très bien entre les accès, et cependant, alors même qu'ils ne présentent rien d'anormal, nous les affirmons goutteux, dartreux, etc., pourquoi? Parce que nous savons qu'ils portent en eux la puissance de produire les manifestations de ces maladies. Il en est de même, nous dit-on, pour la fièvre puerpérale; mais sa manifestation n'est pas nécessaire, pas plus que ne le sont celles de la goutte, etc.; les unes et les autres peuvent manquer. Ici, je viens, qu'on veuille bien le remarquer, au secours des essentialistes.

Voyons cependant ce qui se passe dans la fièvre puerpérale.

Les femmes reçues dans les services d'accouchement arrivent fréquemment de la province, exprès pour faire leurs couches. Or, la fièvre puerpérale est inconnue hors de Paris.....

M. Depaul fait un signe de dénégation.

M. Trousseau : Je le démontrerai. Vous confondez les accidents puerpéraux avec la fièvre puerpérale. Soyez tranquille, je n'esquiverai aucune objection, et je prendrai le taureau par les cornes. Je démontrerai ce que je viens de dire. Pour le moment, vous m'accorderez que la plupart des femmes que vous recevez dans vos services arrivent de lieux où ne règne pas la fièvre puerpérale, et ces femmes ne sont pas des femmes affaiblies, étiolées, comme celles dont nous a parlé M. Cazeaux; ce sont des filles vigoureuses, solides, et, permettez-moi un mot qui n'est pas français, parfaitement *rustiquées*. Ces femmes arrivent à Paris, contractent la fièvre puerpérale; mais elle ne préexistait pas chez elles; elles la contractent comme on contracte la rougeole ou les autres fièvres éruptives. Il n'y a donc pas plus ici de prédisposition qu'il n'y en a pour les autres maladies contagieuses. Il y a simplement disposition à contracter, ce qui est fort différent, puisqu'on ne peut pas invoquer la moindre préexistence. Si j'attaque M. Dubois...

M. Dubois : Mais, permettez, je n'ai pas dit un mot de cela.

M. Trousseau : Vous avez parlé de la lésion primitive du sang; vous admettez donc que cette lésion préexistait.

M. Dubois : Vous donnez à mes paroles un sens qu'elles n'ont pas.

M. Trousseau : Vous m'avez cruellement maltraité, avec des formes extrêmement polies d'ailleurs, je le reconnais; mais enfin, vous m'avez prêté des idées qui ne sont pas précisément les miennes, et vous m'avez rappelé cet homme dont parle mon compatriote Rabelais, disant « il avait dedans sa pochette, un petit coustelet avec lequel il se préparait à m'égorgiller tout doulcettement. » Or, je ne suis pas d'humeur à me laisser égorgiller.

M. Dubois : Je ne croyais pas avoir été aussi méchant.

M. Trousseau : Je dis donc que la fièvre puerpérale se contracte et que rien ne démontre un état général préexistant.

J'arrive maintenant aux localisateurs. M. Cruveilhier, que j'avais cru d'abord localisateur, s'est montré ensuite essentialiste, puis il est revenu à la localisation; je ne sais où le classer, et je regrette qu'il ne soit pas là; je lui demanderais s'il est, décidément, ou oiseau, ou souris. Ainsi, dans son discours, je trouve cette phrase, empruntée à son *Traité d'anatomie pathologique générale* : « Je ne vois aucun inconvénient d'appeler du nom générique de *fièvre* toutes les maladies locales accompagnées de réaction fébrile, etc. » C'est être plus royaliste que le roi; M. Cruveilhier est, en s'exprimant de la sorte, plus essentialiste que M. Dubois et beaucoup plus que moi qui le suis cependant un peu... Puis, M. Cruveilhier termine ce même paragraphe par ces mots : « Les phlegmasies locales mesurent, en général, par leur gravité la gravité de la maladie. » Il est impossible d'être plus franchement localisateur.

M. Trousseau renvoie la suite de son discours à la prochaine séance.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

Par décret du 24 avril, M. le docteur Aulanier, médecin principal en retraite, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Par suite du concours ponr l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce, M. Perrin a été désigné à l'approbation du ministre par le jury d'examen, que présidait M. l'inspecteur Bégin.

Le nouvel agrégé est destiné à remplir la chaire des *Opérations et appareils*, laissée vacante par suite de la nomination de M. Legouest aux fonctions de professeur.

— M. le docteur Le Bret, médecin-inspecteur de l'établissement thermal de Balaruc, vient d'être nommé médecin-inspecteur-adjoint des eaux d'Uriage.

— L'*Océan*, de Brest, annonce que le ministre de la marine vient de faire proposer un prix pour l'auteur du meilleur mémoire sur les moyens de combattre efficacement la dysenterie qui désole si fréquemment notre marine.

— Hier matin, dit le *Morning Post* du 1er, la statue du docteur Jenner, qui découvrit la vaccination pour prévenir la variole, a été placée dans Trafalgar square, près de la statue du major général sir Ch. Napier.

— M. le docteur Mazade, d'Anduze (Gard), vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

— M. le docteur Fallot, de Bruxelles, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas, par S. M. l'empereur de toutes les Russies.

— Par arrêté du 26 avril, un congé pendant toute la durée du deuxième semestre de la présente année est accordé à M. Pouzin, professeur de chimie organique et de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

M. Jeanjean, professeur adjoint de physique et de chimie au lycée de la même ville, pharmacien de 1re classe, est chargé, en outre, de suppléer provisoirement M. Pouzin.

ERRATA. — Dans le n° 52 (4 mai), page 207, ligne 59, *au lieu de :* que cette phlegmasie fréquente soit la forme primitive, etc., *lisez :* que cette phlegmasie soit, dans l'espèce, fréquente sous la forme primitive, puisque ailleurs je la rencontre si rarement avec ce caractère, que... — Même page, ligne 85, *au lieu de :* par des affirmatives, *lisez :* par des affirmations.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 54. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 8 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LA VACCINE ET SES DÉTRACTEURS,

A PROPOS DE L'OUVRAGE INTITULÉ :

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE,

Par M. le docteur BERTILLON.

Un volume in-18. — Paris, 1857, Victor Masson, libraire.

III

M. Bertillon a calculé, d'après les documents officiels, le danger de mort pour chaque âge aux trois époques suivantes : 1755-1763, 1815-1825, 1840-1849.

C'est vers 1803 qu'on a commencé à vacciner en Suède, la vaccine y a fait peu à peu des progrès, et, aujourd'hui, sur 100,000 naissances, on vaccine 80 à 90,000 enfants.

De sorte, comme l'indique M. Bertillon, qu'en comparant les trois époques indiquées, on peut apprécier la mortalité à chaque âge :

1° Au siècle passé, avant toute influence vaccinale ;

2° Vers 1820, c'est-à-dire avec l'influence sur l'enfance et non sur les adultes ;

3° Vers 1845, c'est-à-dire avec l'influence répartie à tous les âges, la vieillesse exceptée.

Eh bien, que résulte-t-il de ces tables de comparaison dressées avec le plus grand soin par M. Bertillon et sur ces trois époques ? Laissons-le parler lui-même :

« Ainsi, pour ne mentionner que les âges les plus importants, il y avait (pour 1,000 vivants à chaque groupe d'âge), en Suède, au siècle passé, 289 décès pour la première année de l'existence, 210 vers le premier quart de notre siècle, il y en a seulement 188 aujourd'hui.....

» Si nous considérons les adultes, nous voyons que, de 20 à 30 ans, nous n'avons aujourd'hui que 755 décès (sur 100,000 vivants de cet âge), au lieu de 835 au commencement du siècle et 975 le siècle passé.....

» Ces chiffres sont relatifs à la population mâle.

» Même résultat, et plus frappant encore, pour les femmes, ajoute M. Bertillon ; progrès constant à chaque âge.....

» Nous voyons donc, en Suède comme en France, du XVIIIe au XIXe siècle, la mortalité atténuée à tous les âges, mais d'une manière plus marquée aux premières années de la vie. D'autre part, tandis qu'en France depuis vingt-cinq ans, ce progrès s'est arrêté aux âges de travail et même a rétrogradé pour le sexe masculin, rien de pareil ne s'est passé en Suède ; la mortalité n'a pas cessé d'y décroître aux âges producteurs... Mais, par une coïncidence singulière, *le progrès de la vitalité des deux sexes s'arrête en Suède* pour ceux qui, étant âgés de 65 à 70 ans, sont nés quinze ou vingt ans avant la vaccine. »

Ce fait singulier, s'il était général, serait assurément fort embarrassant pour la doctrine.

La Suède a encore fourni un document remarquable à M. Bertillon. C'est un relevé des causes de décès qui va de 1760 à 1830, communiqué par M. le docteur Berg, et où ce savant statisticien a noté le nombre des décès par la variole et par les fièvres continues.

De ce relevé, il résulte que dans le XVIIIe siècle, il y avait annuellement, pour un million d'habitants, environ 2,000 victimes de la variole, et qu'il y en a moins de 201 depuis la pratique de la vaccine. « Voilà donc d'après la doctrine, dit M. Bertillon, de puissants motifs de voir augmenter le nombre des fièvres typhoïdes.... Il n'en est rien pourtant ; c'est un mouvement contraire qui se remarque. Sur mille décès, il y en avait de 100 à 110 par fièvres continues ; on n'en trouve que 96.... »

Ces faits, ces documents accumulés par M. Bertillon, ne sont pas les seuls que l'on puisse invoquer pour la défense de la vaccine. Depuis la publication du livre dont nous exposons l'analyse, M. le docteur Simon, de Londres, a publié les résultats de sa grande enquête sur la vaccine, et l'on trouve dans cet ouvrage considérable des renseignements précieux, très nombreux, et qui tous viennent à l'appui des opinions défendues par M. Bertillon, opinions qui ont reçu d'ailleurs l'approbation la moins équivoque de la part du statisticien de l'Angleterre.

Pour ne pas allonger cette analyse outre mesure, nous nous bornerons à citer les résultats suivants de deux documents, l'un qui concerne la ville de Genève, l'autre la ville de Londres.

A Genève, dans le XVIIe siècle, 43 individus sur 100 arrivaient de 10 à 40 ans.

Dans le XVIIIe siècle, il y avait 68 p. 100.

Dans le XIXe siècle, en 1833, cette proportion s'élevait à 72 p. 100.

La mortalité sur la jeunesse et l'âge adulte a donc diminué à Genève depuis le XVIIe et le XVIIIe siècle.

A Londres, vers le milieu du XVIIIe siècle, sur 1,000 décès de tout âge, on en comptait 76 de 20 à 30 ans ; dans la période de 1848 à 1855, on n'en compte plus que 63.

M. Simon donne encore quelques relevés comparatifs sur la mortalité causée par les fièvres continues, à Londres, à des périodes différentes.

Ainsi, au milieu du XVIIIe siècle, sur 100,000 vivants, on trouvait 539 décès par les fièvres continues ; en 1855 on n'en compte plus que 385.

Mais ces résultats, basés sur la détermination du caractère et de la nature des maladies, éléments si difficiles à obtenir avec exactitude, ne doivent être acceptés qu'avec une grande réserve.

En présence de toutes ces preuves et de ces démonstrations qui exonèrent la vaccine de toute accusation, on se demande, et M. Bertillon se demande en effet, comment les adversaires de la découverte de Jenner ont pu instituer et propager une doctrine si complétement en opposition avec les faits ? C'est à la recherche de ces causes d'erreur qu'est consacrée la troisième partie du livre de M. Bertillon.

Cette partie de l'œuvre de notre honorable confrère n'est certainement pas la moins intéressante. C'est un travail de démolition acharnée, impitoyable, dans lequel le critique ne laisse debout ni un tableau, ni un chiffre, ni une démonstration, ni un corollaire de ces adversaires.

Il les accuse, et chaque accusation porte sa preuve, d'ignorer les travaux de tout un siècle, de tout un peuple de savants, et d'assimiler la vie confortable des rentiers à la dure existence des travailleurs, et la mortalité ordinaire du peuple à celle qui pèse plus lourdement sur l'armée.

Il les accuse de confondre les tables de survie avec celles de population ; de prendre des nombres qui n'ont d'autres fonctions que d'exprimer des rapports, pour des valeurs absolues.

Il les accuse d'avoir étudié l'influence de la vaccine dans les départements, sur des documents irréguliers, incomplets, de n'avoir institué ni séries, ni moyennes, et, contre toutes les règles de la statistique, d'avoir comparé *un* département à *un* autre.

En étudiant l'armée, il les accuse d'avoir oublié toute règle, de s'être procuré quelques chiffres de mortalité, sans s'enquérir ni de leur qualité, ni de leur provenance, de n'avoir pas tenu compte de ce fait, que les corps d'élite ne meurent point comme les conscrits,

Feuilleton.

CAUSERIES.

GRIEFS ET RÉCLAMATIONS.

« En vérité, frères, je vous le dis : les temps approchent. Tous tant que nous sommes, et plus ou moins, nous conspirons pour en hâter la venue. Quels sont ces temps ? Ceux où le public, ne croyant plus à notre médecine que nous nous complaisons à détruire nous-mêmes, nous tournera le dos pour aller vers ceux qui lui disent : — Nous croyons, nous autres ; et nous avons non seulement la foi, mais la puissance ; nous traitons le malade et nous guérissons la maladie. — Tandis que nous, frères, que disons-nous ? Assistez à nos discussions académiques et surtout à la discussion actuelle, et, dites-le moi, que voulez-vous que pense, que voulez-vous que fasse le public en présence de ces négations affligeantes qui pleuvent de tous côtés ? Nous en sommes arrivés à ce degré que celui-là qui doute le plus, qui nie le plus, qui ridiculise le plus agréablement les croyances des autres, est le vrai sage, le véritable savant, le plus habile médecin. Et remarquez que c'est de la bouche de ceux qu'on appelle les maîtres que sortent les plus tristes paroles de désespérance. Les ardeurs généreuses de la jeunesse, ardeurs nécessaires, sont refroidies et éteintes sous ces douches de scepticisme à jet continu des corps savants et enseignants. Aussi que font-ils nos jeunes gens ? Ils cherchent une fibrille inconnue, une cellule innommée, un milligramme de matière échappée à la savante analyse de leurs devanciers, mais qui, d'entre eux, si ce n'est quelque rare et courageux esprit, ose penser à des recherches de thérapeutique et de matière médicale ?

» Et l'on se plaint que la médecine tombe dans la déconsidération ! Mais c'est la terreur qu'elle inspire cette médecine logomachique et égocratique. M. le docteur Jules Guyot vous l'a dit il y a quelques années, et vous ne l'avez pas compris : vous êtes trop savants et pas assez médecins. Aux yeux du public, il n'existe pas d'auréole de savant ; pour lui, un guérisseur est moins gênant et tout aussi solide. »

J'extrais ces citations de lettres que j'ai reçues de quelques bons amis que j'aime trop pour les désigner autrement, car je ne veux pas les exposer à quelques méchantes querelles.

N'exagérons rien, dirai-je à ces bons amis. Nous vivons à une époque évidemment transitoire. Il n'y a que deux chemins à prendre aujourd'hui dans l'exercice de la médecine : la voie correcte mais lente de la science, la voie plus facile et plus courte de l'industrialisme médical. La science a ses doutes et ses négations ; c'est un malheur, mais il est inévitable. La science travaille pour l'humanité, et l'humanité ne reconnaît ni temps ni espace. Si la science actuelle ne verse pas tous les trésors de bienfaits qu'elle tient en puissance sur l'humanité actuelle, l'humanité à venir en profitera. Ne décourageons ni le travail, ni les recherches, ni l'étude par une accusation injuste et d'ailleurs préconçue de stérilité. L'humanité a besoin de croire, cela est vrai, mais éclairons ses croyances, cela est plus digne que de lui en donner de fausses ou de prématurées. Ses aspirations vers la foi expliquent, excusent même ses tendances vers l'industrialisme médical. On conçoit, après tout, qu'une partie du public soit plus attirée vers l'homme de l'art qui, avec audace, affirme ses guérisons, que vers le savant modeste qui hésite, doute, ou désespère de son art.

J'en étais là de mes réflexions quand j'ai reçu une lettre un peu trop vive, avec envoi de la circulaire que voici, distribuée sur la voie publique, rue Vivienne, en face même d'un journal très spirituel, qui a une tendresse immense pour l'homœopathie et des rigueurs cruelles contre ceux qui la combattent.

MÉDECINE HOMŒOPATIQUE.

CABINET CENTRAL :

Rue de Richelieu, 14, à Paris.

Consultations les Mardi, Jeudi et Samedi, à 2 heures.

LE DISPENSAIRE EST GRATUIT LE JEUDI, DE 10 A 2 HEURES.

TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES PAR LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

Dès son apparition, l'Homœopathie fut accueillie en FRANCE avec acclamation, et généralement mise en usage par les gens du monde.

En créant le cabinet central d'Homœopathie, nous avons eu pour but de populariser une méthode médicale presque ignorée de la majorité des malades. — La médecine homœopathique agit, comme on le sait, sans trouble ni secousse, toujours d'un goût agréable, ne répugnant jamais, pas même les personnes les plus impressionnables et les plus craintives. CE TRAITEMENT EST PRESQUE SANS FRAIS : 1 FR. 50 C. TOUS LES HUIT JOURS POUR LES PERSONNES PEU AISÉES.

Les malades seront admis à nos consultations dans l'ordre suivant :

Le MARDI on traitera spécialement les maladies INTERNES : poitrine, toux, irritations, points de côté, crachements de sang, catarrhes, asthmes, etc. ; affections INTESTINALES : pertes d'appétit, gastrites, digestions difficiles, inflammations de ventre, etc., etc. ; maladies de vessie, rétentions d'urine, rhumatismes, douleurs, névralgies, etc.

Le JEUDI est réservé au traitement particulier des maladies des YEUX : conjonctivites, rougeurs, affaiblissement de la vue, amaurose, taches, etc.

Le SAMEDI sera complétement consacré aux maladies de la PEAU, DARTRES, BOUTONS, GALE, PRURIGO, PLAQUES, DÉMANGEAISONS.

TRAITEMENT HOMOEOPATIQUE

POUR

LES MALADIES CONTAGIEUSES.

Les consultations pour les maladies contagieuses auront lieu les MARDI et SAMEDI, de 10 heures du matin à 2 heures du soir.

La guérison est aussi sûre et aussi rapide que par la médecine ordinaire (ce traitement, au lieu de dégoûter, comme le copahu et autres drogues, est toujours très agréable au goût).

Le traitement Homœopathique peut être suivi par correspondance ; donner le détail des souffrances éprouvées. — Adresser CINQ FRANCS par la poste à l'ordre du Directeur-médecin-homœopathe, et de suite on recevra, *franco*, les GLOBULES nécessaires pour commencer la médication.

Prix de la consultation : 3 francs.

14, rue de Richelieu, à Paris, 14 (AFFRANCHIR).

Puisque nous en sommes sur l'homœopathie, disons que l'arrêt récent et souverain de la Cour de cassation qui déclare la distribution des globules par le médecin une illégalité dans l'exercice de la pharmacie, n'a pas perturbé le médecin d'Angoulême, à qui les pharmaciens de cette ville ont intenté un procès. J'ai sous les yeux une circulaire de ce médecin à ses clients, dans laquelle on lit les passages suivants :

d'être en contradiction formelle avec Benoiston, avec M. Boudin.

Il les accuse d'avoir inventé un procédé pour calculer les mortuaires cholériques que les documents ne donnent pas, d'avoir augmenté de 50 p. 100 le nombre réel des victimes du choléra, et, sans se douter de cette exagération, d'avoir tiré hardiment des conséquences.

Mais c'est surtout à travers les calculs de la doctrine sur la ville de Paris que M. Bertillon poursuit les erreurs, les oublis, les vices de sa méthode, ses suppositions, ses conclusions, et jusqu'à son langage qu'il accuse d'avoir altéré la langue des mathématiciens.

Dans cette énumération rapide, notons deux faits intéressants : contrairement à l'opinion des adversaires de la vaccine, M. Bertillon, se fondant sur les relevés de Benoiston de Châteauneuf, et sur la publication officielle faite par le *Moniteur* en 1848, prouve que, du moins, pour cette dernière époque, la mortalité de l'armée n'a pas augmenté. Elle était de 20 p. 1,000 en 1820; elle était encore de 20 p. 1,000 en 1848.

Quant à la mortalité dans la ville de Paris, et autant qu'on puisse la déterminer sur les documents statistiques imparfaits qui concernent cette ville, à l'encontre de la doctrine, M. Bertillon démontre que, depuis vingt-cinq ans, la mortalité générale paraît à peu près stationnaire aux âges de travail (de 15 à 50 ans), avec une tendance à diminuer avant la quinzième année, à augmenter après la cinquantième; que, d'autre part, quand on tente de séparer les sexes, on arrive pour chacun à des résultats contraires à ceux qu'offre la France dans son ensemble. La mortalité du sexe féminin à Paris, particulièrement de 15 à 25 ans, tend à s'aggraver, celle du masculin à s'atténuer. M. Bertillon recommande lui-même de n'accepter ces résultats qu'avec réserve.

Telle est l'analyse que nous avons cherché à concentrer, autant que possible, de l'ouvrage de M. le docteur Bertillon. Voici la conclusion que M. Bertillon en a tirée lui-même :

« La vaccine assise au banc des accusés, non seulement a été disculpée, parce que les accusations lancées contre elle se sont évanouies devant la discussion, mais encore des témoins irrécusables sont venus constater son innocence et prouver qu'elle ne fait payer ses bienfaits d'aucun retour.....

» Aujourd'hui, on peut *affirmer* que la vaccine, si précieuse à l'enfance, n'est funeste à aucun âge. »

Nous acceptons sans hésiter cette conclusion, qui nous paraît rigoureuse, légitime et duement déduite des faits et des résultats statistiques savamment mis en lumière par M. Bertillon. C'est avec une satisfaction véritable que nous nous sentons autorisé à nous associer à cette œuvre de réparation envers la vaccine; ce serait avec bonheur que nous ferions partager nos convictions à nos lecteurs.

C'est après une étude longue et attentive de cette œuvre et de tous les documents qu'elle a pu se procurer sur ce sujet, que nous osons affirmer que toutes ces accusations portées contre la vaccine sur une prétendue dégénérescence de l'espèce humaine, et notamment en France, ne sont que des déclamations qu'il faudrait livrer au ridicule si elles n'étaient en même temps dangereuses. M. Bertillon dit dans son livre qu'un conseil général d'un département qu'il ne signale pas, a supprimé l'allocation qu'il accordait annuellement aux médecins vaccinateurs. Il a été dit aussi que dans une mairie de Paris on n'exigeait plus le certificat de vaccine pour l'admission des enfants aux écoles primaires. Si ces faits étaient réels, ils devraient appeler toute l'attention de l'administration; en présence de ce déchaînement d'écrits contre la vaccine, on pourrait examiner aussi s'il n'y aurait pas lieu d'émettre le vœu que l'administration profitât des belles démonstrations faites par M. Bertillon, en les popularisant, après les avoir dégagées des formules mathématiques qui ne les rendraient pas accessibles à toutes les intelligences.

Au demeurant, et pour terminer cet ensemble de faits et de documents que nous avons cherché à faire passer sous les yeux du lecteur, il résulte, et ce sont là nos conclusions :

1° Que la mortalité a baissé à tous les âges dans le XIX[e] siècle, comparativement au siècle dernier;

2° Que dans l'âge incriminé par les adversaires de la vaccine, de 20 à 30 ans, il succombait, dans le siècle dernier, 14 jeunes gens, quand nous n'en perdons plus que 11 sur 1,000 vivants du même âge;

3° Que rien ne prouve que la fièvre typhoïde soit plus fréquente de nos jours qu'autrefois; les seuls documents que la science possède à cet égard disent le contraire;

4° Que la transformation, par l'effet de la vaccine, de la variole en fièvre typhoïde, est une pure fiction pathologique;

5° Que si, dans le cours du XIX[e] siècle, surtout à l'époque où nous vivons, une aggravation de mortalité semble se faire sentir sur les âges adultes, ce résultat ne saurait en aucune manière être imputé à la vaccine, car ce résultat est spécial au sexe masculin; il semble particulier à la France, et ne s'observer dans aucun des pays où la vaccine étant en honneur, la mortalité a baissé à tous les âges, progressivement et sans point d'arrêt;

6° Enfin, que les accusations portées contre la vaccine ne reposent que sur des erreurs de fait et de calcul, erreurs démontrées par l'étude sérieuse des documents que la science possède.

Nous ajoutons avec plaisir que l'ouvrage intitulé : *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine,* etc., publié par M. le docteur Bertillon, est un travail d'une haute portée scientifique; c'est un bon livre et une bonne action. Nous serions heureux d'appeler toute l'attention de l'administration sur le livre et toute sa bienveillance sur son auteur, jeune, laborieux et zélé travailleur, qui a fait preuve, dans cet ouvrage, d'un talent véritable et d'une aptitude spéciale et rare aux études et aux recherches statistiques.

Amédée Latour.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur Pidoux,

médecin de l'hôpital Lariboisière.

XVII

Le typhus des hospices d'accouchement n'est pas, Dieu merci, la seule maladie puerpérale. Dans la discussion académique, personne, jusqu'à présent, ne paraît être fortement pénétré de cette idée, que l'état puerpéral renferme dans ses flancs toute une nosologie : nosologie spéciale dans laquelle la disposition morbide commune à toutes les femmes en couche forme l'unité pathologique, et où des déterminations morbides particulières, aussi nombreuses que les parties de l'organisation et que les différentes manières dont elles peuvent être affectées, forment la variété.

A ne considérer ici que les maladies aiguës qui forment, il est vrai, la plus grande part dans ce cadre nosologique spécial, elles ont une échelle de puissances ou de degrés de déterminations pathologiques, qui commence à la fièvre de lait et se termine au typhus puerpéral. Dans cet intervalle immense, se placent des fièvres, des phlegmasies et des fébri-phlegmasies de toutes les formes, de tous les degrés, de toutes les gravités. Si la femme est dans des conditions hygiéniques capables d'exercer une influence délétère sur toute l'économie, comme font la misère, les chagrins et surtout les milieux viciés par des émanations malsaines, les maladies puerpérales prennent plus facilement le caractère de pyrexies d'une gravité variable, avec ou sans suppurations disséminées. Ces pyrexies seront d'autant plus malignes et d'autant plus nerveuses que les conditions préexistantes seront plus délétères.

Que celles-ci, une constitution épidémique s'y ajoutant, acquièrent toute l'intensité possible, et le typhus sera foudroyant. C'est alors, qu'on aura peut-être l'occasion d'observer de ces cas tellement rapides, que la mort surprend avant le développement possible d'aucune lésion ramassée en un point et anatomisable; mais c'est alors aussi que, si la moindre lésion a le temps d'exister, c'est dans l'utérus ou ses annexes qu'on la trouve, quand toutefois cet organe n'est pas frappé d'un ramollissement et d'une tendance à la dissolution, à un commencement de gangrène qu'on nomme putrescence de l'utérus, et que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois.

Retournez ces conditions, et supposez-les saines. C'est une femme bien portante qui accouche en ville ou à la campagne, en dehors de toute épidémicité grave. Si, par des raisons quelconques, elle est affectée de maladie puerpérale, celle-ci prendra bien plus la tournure des phlegmasies que des pyrexies; et plus la femme et les conditions où elle a vécu pendant sa grossesse et vit au moment de sa couche sont salubres, plus les phlegmasies seront saines, franches et circonscrites aux organes pelviens.

Placez-la dans des conditions intermédiaires, comme, par exemple, celle de nos hôpitaux, hors les temps d'épidémie, mais toutefois, avec un certain degré d'encombrement et d'infection nosocomiale, et vous verrez se dérouler sous vos yeux la série des maladies puerpérales les plus communes dans nos Cliniques, les fébri-phlegmasies, affections aiguës qui tiennent le milieu entre les pyrexies décidées et les phlegmasies primitives.

XVIII

Dans ces maladies, il est difficile de dire si c'est par une fièvre suivie de phlgmasies, ou par des phlegmasies suivies de fièvre, que la maladie a commencé. L'affection générale et les affections locales ont débuté à peu près ensemble, de telle sorte qu'on ne sait pas bien si on doit les ranger parmi les phlegmasies ou les fièvres; et qu'elles semblent former, qu'elles forment, en effet, le passage des unes aux autres. Parmi nos maladies ordinaires, l'érysipèle de la face, la plupart des angines, beaucoup d'érythèmes fébriles, un grand nombre de pneumonies appartiennent à ce genre mixte. Il y a bien là de quoi rabattre un peu la vanité scolastique des nosologies. Or, je le répète, l'état puerpéral observé dans les conditions très communes que je viens de noter, est fécond en maladies aiguës où sont réunis et comme fondus les caractères des pyrexies et des phlegmasies. Tels sont les cas qui ont prêté aux anatomistes, aux localisateurs leurs faits et leurs arguments les plus sérieux. Pourtant, il est bien évident qu'au-dessus de ces trois séries de maladies puerpérales, — fièvres primitives plus ou moins graves, avec ou sans phlegmasies consécutives, — phleg-

---

« Messieurs,

« Tout en reconnaissant l'importance du jugement que la Cour de cassation, chambres réunies, vient de prononcer; tout en acceptant son influence sur la décision ultérieure que nous devons attendre d'une nouvelle cour appelée à nous juger, et tout disposé à nous incliner respectueusement devant la sentence de celle-ci, si, tenant compte plutôt du texte de la loi que de la position exceptionnelle du médecin homœopathe, elle vient à se prononcer contre l'homœopathie, nous devons prévenir cette clientèle, qui a grossi en proportion de nombreux et incontestables succès, fruit de nos labeurs, et à laquelle nous nous sommes attaché par les liens les plus étroits d'une vive sympathie, qu'elle aurait tort de s'alarmer en présence des événements.

» Il y a bientôt deux ans que nous nous débattons en soutenant une grande cause, la défense de la réforme en médecine, dont l'initiative appartient au génie d'Hanneman, et entraînant tout à la fois avec elle la cessation de l'abus des remèdes, l'anéantissement des systèmes et la création d'une loi en thérapeutique.

» Les uns vous disent : Le docteur Moreau n'a plus droit d'exercer d'après l'arrêt; d'autres que, s'il conserve son droit d'exercice, il a perdu celui de distribuer les globules; d'autres enfin que, s'il ne peut plus distribuer ceux-ci, à qui pourra-t-il en confier le soin, tous les pharmaciens ayant plaidé contre lui. La confiance réciproque entre le médecin et le pharmacien étant perdue, qui de nous pourrait consentir à prendre les remèdes prescrits par l'un et délivrés par l'autre? A ces préoccupations et à ces craintes, nous répondons :

» 1° Notre diplôme de docteur en médecine nous donne le droit d'exercer toujours et partout, de répondre aux besoins de tout client, et d'étendre dans le département où nous exerçons, et dans les départements voisins, les bienfaits de notre doctrine; aucune puissance humaine ne peut nous barrer la voie que nous frayons au progrès.

» 2° La sentence suprême n'est pas encore prononcée; les globules sont dans nos mains, et nous pouvons encore les distribuer; mais en supposant que l'arrêt de la cour devant laquelle nous allons être appelé ne se fasse pas attendre et soit contraire à nos espérances, n'avons-nous pas lieu de penser que l'honorable M. Laroche-Joubert, pharmacien, dont les sympathies nous sont acquises, se prêtera toujours à favoriser les intérêts de l'homœopathie, et à l'organisation d'une pharmacie spéciale, et que son dévouement pour la classe indigente et la classe malheureuse des ouvriers ne nous fera pas défaut?

» Il faut bien le dire aussi, sa délicatesse à toute épreuve, et la bonne foi dont il nous a donné chaque jour des preuves, feront disparaître, nous l'espérons, les craintes qui pourraient rester encore dans quelques esprits.

» Mais si, contre notre attente, M. Laroche refusait d'ouvrir une pharmacie spéciale homœopathique, rien de plus facile pour nous que de faire venir un pharmacien spécial de Paris. . . . .

» L'arrêt de la Cour suprême, loin de la frapper de mort, aura pour résultat certain de fixer l'attention du génie des temps modernes, et auprès duquel les homœopathes sont déjà en instance pour obtenir, non seulement la protection de la loi, mais encore l'enseignement dans les écoles de la réforme en thérapeutique qu'ils proposent. »

Tout cela est très fort. Cependant, et dût-on accuser de faiblesse ce que je crois n'être qu'un sentiment de justice, je ne voudrais pas plus faire retomber sur l'homœopathie tout entière les excentricités que je viens de citer, que je ne voudrais que l'homœopathie imputât à la profession tout entière la consultation suivante qui m'a été confiée :

CABINET DE CONSULTATIONS

N° du Registre, 1373. d'après l'analyse et l'inspection *Paris, le 20 avril 1858.*

— DES URINES. —

Rue. . . . .

Les Consultations sont gratuites tous les jours de 3 à 5 heures et particulières de 5 à 6, les Dimanches et Fêtes exceptés.

CARACTÈRES DE L'URINE.	NATURE DE LA MALADIE.
0,02	Hypertrophie cardiaque.

REVENIR — Consulter et rapporter de l'urine dans 10 jours. *Madame X...* APPORTER de l'urine du soir et du matin dans des vases séparés un demi-verre de chaque.

« Prendre le matin à jeun, et le soir en se couchant, dans une tasse de tisane de queues de cerises, une cuillerée à bouche de la solution anticardialgique.

» A chaque repas prendre dans du pain azime une cuillerée à café de poudre apéritive.

» Après chaque repas prendre deux pilules minoratives.

X....., D.-M. P. »

La malade à qui cette consultation a été livrée reçut en même temps le nom et l'adresse d'un pharmacien. Mais cette bonne dame avait ses habitudes, et comme elle pensait que tous les pharmaciens devaient préparer les remèdes indiqués par un médecin quelconque, elle présenta cette ordonnance à son pharmacien habituel. Celui-ci, en galant homme, s'adressa au médecin signataire de l'ordonnance pour obtenir la formule des médicaments prescrits. Refus de la part du médecin, ce qui força le pharmacien à écrire ce qui suit au bas de l'ordonnance :

« Les médicaments prescrits sur cette ordonnance n'étant pas inscrits au Codex ni dans aucun formulaire connu, et le signataire ayant refusé de m'en faire connaître la composition, il m'est impossible de les exécuter.

R..., pharmacien. »

26 avril 1858.

Vous avez beau dire et beau faire, indifférents de l'Association, il n'y a que l'Association qui puisse lutter contre ce dévergondage et ce débordement de l'industrialisme médical. Vous verrez cela bientôt, s'il plaît à Dieu.

Il en est de même de la plainte suivante qui m'arrive d'une ville de province :

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens vous demander un conseil. Dans une affaire devant le juge de paix, ce magistrat (qui juge en dernier ressort) a fixé les honoraires du médecin, a diminué le nombre de ses visites, a limité le nombre d'opérations qu'il devait faire (il s'agissait d'examen au spéculum), et tout cela d'une façon tout arbitraire, en prévenant même que, dans le cas où on demanderait des experts, il les refuserait. Que doit et que *peut* faire le médecin dans ce cas? Si la somme dépasse 150 francs, il a droit d'en appeler au tribunal civil de première instance, qui, lui aussi,

masies puerpérales primitives, avec affection du système ou fièvre plus ou moins grave, — fébri-phlegmasies tenant le milieu pour la nature des symptômes, des altérations des tissus et du sang comme pour la gravité, entre les deux ordres précédents ; il est bien évident, dis-je, qu'au-dessus de toutes ces affections déterminées et bien formées, et avant elles, existe un état morbide général. Sans lui, quelle raison d'être auraient ces affections? Mais quel est cet état? Est-ce une diathèse inflammatoire, comme le pense mon honorable ami M. Beau? On voit que non, puisqu'il est des affections puerpérales sans inflammation et sans fièvre inflammatoire, caractérisées, au contraire, par une force de dissolution, une tendance putride et antiplastique, qui sont primitives et des plus marquées. Est-ce une diathèse purulente, comme on l'a dit? Pas davantage et pour les mêmes raisons, quoique incontestablement, les phlegmasies et les suppurations disséminées, soient un des caractères extérieurs les plus communs des maladies puerpérales.

XIX

Et puis — je le dis en passant — il n'y a pas en pathologie de diathèse inflammatoire ; de diathèse purulente non plus. Les maladies aiguës ou maladies des populations n'existent pas en vertu de diathèses. La diathèse n'appartient qu'à la pathologie des maladies chroniques, ou maladies des individus. La diathèse, en effet, est une affection du germe ou du blastème. Elle a pour caractère essentiel de pouvoir se transmettre héréditairement, et, par conséquent, de se traduire par toutes les altérations possibles des fonctions spéciales, sans en constituer aucune. Or, l'inflammation, considérée en elle-même, est une affection particulière des vaisseaux capillaires sanguins, par laquelle se manifeste, il est vrai, très souvent, l'état morbide puerpéral, mais qui n'est pas cet état, puisqu'on voit celui-ci se manifester de plusieurs autres manières. La diathèse réside dans un ordre de fonctions plus profondes, plus primitives que celles des vaisseaux capillaires, et antérieures à eux dans l'évolution embryonnaire. Ces mots, diathèse inflammatoire, sont donc un contre-sens pathologique et doivent être réformés.

Les maladies puerpérales se forment aux dépens d'éléments organiques moins *blastiques*, moins constitutionnels, moins personnels, si je peux ainsi dire, que les maladies chroniques. Ce sont des matériaux aigus qui sont altérés dans les premières, c'est-à-dire des éléments adventices, mobiles, et qui ne font pas partie du fond organique de la constitution. Et, en effet, ces maladies ne sont pas constitutionnelles. Pour qu'elles le devinssent, il faudrait que la fièvre et les phlegmasies prissent le caractère hectique. Cela arrive quelquefois ; mais alors, il s'agit d'un autre ordre d'affections puerpérales, de celles que j'appelle aiguës-chroniques, et dont j'ai observé cette année encore, à l'hôpital Lariboisière, plusieurs cas passés des salles d'accouchement de cet hôpital dans les miennes. Je n'en parlerai pas, afin de simplifier la question déjà assez difficile, et qui doit, ici comme à l'Académie, se renfermer dans le cercle des maladies puerpérales aiguës.

L'état puerpéral pathologique n'est donc pas plus une diathèse que l'état puerpéral physiologique n'est constitutionnel et permanent. L'un n'est que l'*altération* de l'autre à divers degrés ; et tous deux ne forment qu'une modification passagère et plus ou moins superficielle, par conséquent aiguë, de l'économie. C'est une imprégnation, qui *altérée* et devenue pathologique, prend le nom d'infection ou d'empoisonnement morbide spontané. Il y a donc entre l'état puerpéral morbide et une diathèse, la différence de celle-ci à un empoisonnement, à une infection, à une fermentation morbide spontanée. On sait ce que Hunter appelait les poisons morbides : variole, scarlatine, et nous pourrions dire, morve, rage, pustule maligne, sang de rate, etc..., toutes affections profondément distinctes des diathèses. Mais passons.

XX

Les éléments de l'état puerpéral physiologique sont, ai-je dit, superficiels, adventices, transitoires, tout afférents à la nutrition intrà et extrà-utérine du fœtus. Altérés, ces éléments forment donc un état transitoire aussi, et cet état, on l'appelle aigu. Mais, en soi, il n'est pas plus inflammatoire, purulent, putride que névralgique ou bilieux, puisqu'il peut se manifester séparément ou successivement par tous ces modes pathologiques. La syphilis n'est, en soi, ni inflammatoire, ni gangréneuse, ni ulcérative, ni indurative : elle est la syphilis, qui peut emprunter toutes ces formes nosologiques.

Il n'en est pas moins vrai, que de cet état puerpéral et de l'imminence morbide où il place toute l'économie de la femme en couches, naissent avec la plus grande facilité des inflammations multiples, dont les éléments sont primitivement partout, et peuvent, par conséquent, évoluer partout ; mais dont la métrite simple ou compliquée est le centre, c'est-à-dire la représentation la plus puissante. Il est certain aussi, que ces phlegmasies ont plus de tendance à suppurer qu'aucune autre espèce. Ne sait-on pas que le sang de la femme enceinte est plus riche en sérum et en fibrine, plus riche en plasma ou liquide formateur, et moins riche en globules que le sang ordinaire? Or, ce sont là les conditions, ce sont là les matériaux qui subissent spécialement et le plus facilement la transformation présentée par les exsudats inflammatoires, et à un degré morbide plus avancé, par le pus.

XXI

Mais l'état puerpéral ne produit-il que cela? Il produit plus, mais il produit moins. Il produit moins, car, dans l'ordre encore physiologique, la fièvre de lait est une de ses manifestations. Or, cette fièvre est une opération mixte ; son début, son évolution, tous ses mouvements, ont quelque chose de pathologique, et elle se consomme pourtant par la formation d'un produit sain. Mais quelle facile transition elle prête à l'établissement de la maladie! Combien, pendant sa durée, la femme est sujette à contracter des douleurs, des rhumatismes, des fluxions, des phlegmasies, des suppurations! Telle est, en effet, la progression nosologique ascendante des affections auxquelles dispose l'imprégnation laiteuse de l'économie. Et ce sont là encore des affections puerpérales. Sous l'influence des moindres refroidissements, les nourrices sont sujettes à des contractures, à des paralysies partielles, à des douleurs, à des névralgies, véritables névroses puerpérales le plus souvent sporadiques, mais que j'ai vues régner épidémiquement. Elles ont aussi des flux : sueurs avec ou sans éruptions miliaires, diarrhées bilieuses et muqueuses, etc. Croit-on ces affections essentiellement distinctes des phlegmasies et des suppurations auxquelles on paraît vouloir restreindre toute la nosologie puerpérale?

XXII

Au-dessus de ce premier ordre d'affections, apparaissent les phlegmasies puerpérales. C'est une erreur que de les regarder comme toujours suppuratives. Il en est de franchement, de spécialement adhésives. L'état puerpéral a donc ses phlegmasies franches. On sait quel en est le foyer. Ces inflammations adhésives sont voisines des rhumatismes puerpéraux ; et par rhumatismes, je n'entends pas ici les arthrites suppurées si graves, qui ne se développent que dans le groupe suivant. Toutes ces phlegmasies, métrites, péritonites du petit bassin, pleurésies, etc., s'accompagnent d'une fièvre inflammatoire franche et simple, généralement exempte de danger. Le caractère plastique et adhésif des exsudats dans les phlegmasies puerpérales saines, est si peu opposé à la nature de ce second groupe, qu'on peut y placer les coagulations spontanées de sang dans les veines, ou les phlébites coagulantes qui se forment souvent dans les veines des membres inférieurs, et qui donnent lieu à cette maladie propre aux femmes en couches qu'on nomme *phlegmatia alba dolens*.

Je distingue deux variétés de cette affection singulière : la première est celle que je viens de rappeler. La seconde est une lymphite profonde des membres inférieurs. Elle détermine un œdème dur, douloureux, aigu, sans plaques ni traînées roses de la peau, qui ne conserve pas l'impression du doigt, comme le précédent, et qui, beaucoup plus diffus que lui, guérit aussi moins facilement. Il ne faut pas croire que la douleur du membre œdématié qui a fait donner à la première variété le nom de *dolens*, ne soit dû qu'à la phlébite. Cette douleur existe souvent dans tout le membre, loin du trajet de la veine enflammée et oblitérée. Oui, l'œdème lui-même, quoique consécutif, quoique passif et mécanique, suivant l'École, est œdème, a quelque chose d'aigu et de subinflammatoire. C'est que les hydrophlegmasies ne sont pas rares dans les affections puerpérales saines. Nous savons que la composition du sang, chez la femme en couches et la nourrice, rend facile la production de ces phlegmasies à produits séreux, depuis l'œdème actif ou l'hydropisie aiguë, jusqu'à l'inflammation adhésive. Tel est le second groupe des phlegmasies et des fébriphlegmasies puerpérales saines. On les observe surtout hors des conditions nosocomiales, ou bien même dans les hôpitaux, lorsque la constitution médicale est saine.

XXIII

Mais voici une constitution médicale de mauvaise nature, ou des conditions nosocomiales moins heureuses ; et les phlegmasies, et les pyrexies puerpérales passent aussitôt à la troisième puissance. C'est alors le règne des phlegmasies, des fébriphlegmasies disséminées et suppurées, et bientôt des fièvres puerpérales purulentes. Comme je l'ai déjà dit, ce troisième ordre se développe surtout quand les conditions mauvaises qui agissent sur la femme sont plus générales et infectieuses que locales et particulières.

XXIV

C'est le moment de rectifier une grave erreur au sujet de la fièvre qui accompagne les phlegmasies puerpérales, et qu'on dit alors symptomatique de ces phlegmasies. On a l'air de penser, que parce qu'elle est symptomatique, c'est-à-dire secondaire, subordonnée à la phlegmasie, cette fièvre n'est pas puerpérale. Sans doute, elle n'a pas tous les caractères de la fièvre qui, primitive et capable d'exister par elle-même, est l'expression dominante des pyrexies puerpérales ; mais si on est bien pénétré de cette vérité, que la modification de l'organisme qui constitue l'état puerpéral, est tout à la fois et indivisiblement générale et locale ; si on comprend bien, que chaque élément organique liquide ou solide, est imprégné de ces mêmes qualités et de cette même vie puerpérales que l'appareil utérin concentre en lui et représente au plus haut degré, on admettra facilement aussi, que la fièvre générale allumée par une de ces fièvres locales qu'on

---

juge sans appel. Mais quand la somme est inférieure à ce chiffre, le juge reste seul maître de la position. Pourriez-vous nous dire ce que l'on aurait à faire légalement dans ce cas?

Vous comprenez que la question d'argent n'est que peu de chose ; mais la médecine et le médecin sont déconsidérés quand le juge de paix prétend qu'un médecin ne peut pas prendre plus que tel prix pour ses visites, pour des visites en consultation. Croyez-vous qu'on puisse taxer un accouchement? Et un médecin est-il libre de prendre plus cher que ses confrères?

Agréez, etc. X...

Évidemment que voulez-vous que fasse le médecin tout seul, victime de ce jugement? Ce jugement est sans recours et appel, à moins d'aller jusqu'à la Cour de cassation, et ce sont alors des frais qu'un praticien de petite ville ne peut faire. Je n'ai donc qu'un conseil à donner, c'est de s'incliner devant la loi, et si pareille occurrence se présente de nouveau d'agir auprès du juge de paix par la voix collective et morale de l'association. Les juges de paix ne demandent qu'à être éclairés. Une note précise et bien faite, émanée de médecins qu'il connaît presque tous, dont il apprécie individuellement le caractère et le talent, une démarche collective faite à propos et sous forme convenable, agiront plus efficacement sur son esprit que les dires des parties à l'audience toujours passionnées et irritées l'une contre l'autre.

Autre grief, car ils aboutissent tous à l'Union Médicale. Je supprime toujours les noms et les lieux pour ne pas exposer nos correspondants à quelques tracasseries locales. Mais je n'invente rien, et les originaux restent entre mes mains à la disposition de qui voudra les voir :

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous communiquer un épisode de la médecine cantonale, que je vous prie d'offrir au charmant et trop véridique docteur Simplice, comme une fiche de consolation.

Médecin cantonal de plusieurs communes, je fournis aussi à ces communes les médicaments dont les malades ont besoin, à prix excessivement réduit, bien entendu.

Au mois de janvier dernier, j'adresse à M. le préfet mes mémoires de pharmacie de l'année, et je les reçois réglés et vérifiés par lui et par M. le président du Comité, avec recommandation de me faire délivrer des mandats par MM. les maires que ces mémoires concernent. Je ne pus obtenir ces mandats, le maire de X... n'avait voté que 7 fr. pour un personnel de 300 pauvres : il m'est dû 27 fr. — Le maire de Z..., qui est aussi membre du Conseil général, s'il vous plaît, me dit qu'il ne me délivrera pas les 20 fr. qui me sont dus, parce que les *sœurs de sa commune avaient payé un mobilier médical. — Et erudimini, qui medicatis terram.*

Voilà quinze jours que j'ai donné connaissance de ces tracasseries à M. le préfet, et je n'ai pas encore obtenu de réponse. Serai-je payé? Je le demande à l'ami Benoît.

En attendant, agréez, etc. X.....

L'ami Benoît, que j'ai consulté, craint beaucoup que vous en soyez pour vos frais de médicaments, mon cher confrère. Il y a des guimpes et des jupons noirs dans tout cela, et il vous l'a dit l'autre jour :

Per monachos et monachas
Medicus non facit res suas.

Je n'épuise pas hélas! ma correspondance, mais je n'ai plus d'espace, et pour abréger, je vais prendre la formule commode de la boîte aux lettres.

Amédée Latour.

BOITES AUX LETTRES.

A M. R..., à Strasbourg. — J'ai reçu un double exemplaire. Le premier avait fait fausse route.

A Mme T... D..., à Peyrat-le-Château. — J'ai lu avec beaucoup d'attention le mémoire de M. le docteur C.... Je ne crois pas possible d'y rien ajouter. Je fais des vœux pour le succès de votre cause.

A M. X..., à Paris. — Vos conseils sont trop bienveillants ; je ne peux partager votre confiance. Des écrivains autrement célèbres ont fait ce que vous me conseillez, ils ont échoué.

A M. B..., à Cercoux. — Votre commission n'a pas encore été faite ; elle le sera au commencement de la semaine prochaine.

La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses divers comités pour l'année 1858-59. M. Barth a été nommé *président*, et M. Grisolle, *vice-président ;* M. Roger (Henri) a été réélu *secrétaire général ;* M. Labric, *trésorier*, et M. Woillez, *secrétaire particulier*. M. Hervieux remplace M. Moutard-Martin, démissionnaire, comme second *secrétaire particulier*.

Ont été nommés, pour le *Conseil d'administration*, MM. Bernutz, Hervez de Chégoin, Marrotte, Rostan et Sée ; pour le *Conseil de famille*, MM. Blache, Barthez (François), Gillette et Trousseau ; pour le *Comité de publication*, MM. Hardy, Hervieux, Labric, Roger et Woillez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — Jeudi dernier, 29 avril, la Société anatomique a tenu sa séance annuelle dans la salle des thèses de la Faculté de médecine. Après un compte-rendu fort remarquable des travaux de la Société, présenté par M. Vidal, secrétaire, l'assistance a entendu l'éloge historique de deux des membres de la Société, décédés pendant l'année qui vient de s'écouler. M. Barth a présenté l'éloge de Sestier, et M. Laboulbène celui de Legendre.

Le soir, les membres de la Société se sont réunis en un banquet, au grand hôtel du Louvre. Un toast a été porté par M. Ulysse Trélat à M. Cruveilhier, président de la Société, qui a répondu en quelques mots du cœur. D'autres toasts se sont ensuite croisés, mais sous une forme gaie, qui n'entrait pas dans le programme.

La Société a, dans sa séance du 30 avril, procédé aux élections pour le renouvellement du bureau, qui, en conséquence, se trouve composé comme suit :

Président perpétuel, M. le professeur Cruveilhier.
Vice-président, M. Vidal.
Secrétaire, M. Gallard.
Vice-secrétaire, M. Millard.
Trésorier, M. Blain des Cormiers.
Archiviste, M. Poumet.

MM. Axenfeld, Foucher, Broca, Charrier, Bauchet et Dufour ont été nommés membres du comité d'administration et de publication.

(Gazette hebdomadaire.)

— Par décret du 28 avril, M. Le Petit, second médecin en chef de la marine, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

nomme phlegmasie, doit être de même nature, et qu'elle n'en est, pour ainsi dire, qu'une propagation. Cette fièvre ne se développe, en effet, que parce que le sang, le système général des vaisseaux sanguins et le cœur leur organe central, sont imprégnés de propriétés puerpérales qui n'attendaient qu'une cause excitante pour évoluer et entrer en action. Or, rien n'est plus propre qu'une inflammation à produire cet ébranlement morbide de l'appareil circulatoire. Si ces éléments fébriles puerpéraux ne préexistaient pas, l'inflammation la plus vive et la plus étendue ne produirait sur le cœur et les vaisseaux qu'une excitation physiologique. Cependant la fièvre est plus que cela. Elle n'indique pas seulement une circulation et une hématose purement et simplement surstimulées, mais une circulation, une hématose, une nutrition et des sécrétions autrement stimulées, c'est-à-dire altérées, perverties, malades, en un mot; et dans l'espèce, puerpéralement altérées et malades. Et il est si vrai, que cette fièvre est puerpérale, qu'après avoir été engendrée par une phlegmasie, elle engendre ou subordonne des phlegmasies à son tour; et que ces déterminations inflammatoires locales, ont le cachet puerpéral de celles qui naissent disséminées et latentes dans le cours d'une de ces fièvres puerpérales primitives qu'on nomme essentielles.

Ce que je viens de dire de la fièvre symptomatique des phlegmasies puerpérales, il faut le dire à plus forte raison de celle qui marche de front avec les phlegmasies de cette espèce pour former les fébriphlegmasies. Ainsi donc, que la fièvre soit primitive ou secondaire, elle est toujours puerpérale, et ne peut naître que d'une imprégnation morbide généralisée et représentée à sa plus haute puissauce par l'appareil utérin.

XXV

Ceci soit dit pour enlever aux fameuses fièvres essentielles une partie de la nature vague et occulte qu'on leur a prêtée, et corriger un peu leur aberration d'excentricité, en les ramenant au centre des affections puerpérales. Pour cela, on ne doit pas se lasser de répéter, que les pyrexies ne diffèrent des phlegmasies puerpérales que parce que, dans les premières, les conditions morbifiques dont la femme était entourée avant, pendant et après les couches, ont agi spécialement sur toute sa constitution, de manière à donner la prééminence à l'altération générale de l'économie sur ses altérations locales et à rendre ainsi la fièvre primitive et les phlegmasies secondaires; au lieu qu'en dehors de ces causes générales et infectieuses, en temps sporadique, et lorsque n'agissent sur la femme que des causes particulières, le froid, par exemple, etc., ce sont toujours les organes puerpéraux qui ont l'initiative déclarée des symptômes, et qui sont le siége primitif des phlegmasies et de toutes les altérations localisées. Or, de ce que dans les pyrexies, en raison des circonstances extérieures que je viens de signaler, l'altération est primitivement générale, s'en suit-il que l'appareil utérin cesse d'être le centre vital, le foyer dynamique de la maladie? Non, sans doute, et pas plus que lorsque l'affection commence par une métro-péritonite avec fièvre secondaire, le développement consécutif de celle-ci, ne prouve que, antérieurement à la maladie, toute l'économie n'était pas pathologiquement imprégnée. L'apparition des phénomènes morbides centraux ou des phénomènes morbides élémentaires, peut être primitive, secondaire ou simultanée, sans que pour cela ces deux ordres de faits soient moins coexistants, moins inséparables en eux-mêmes, moins nécessaires à la constitution de l'état puerpéral. Les symptômes se montrent primitivement locaux, primitivement généraux, ou primitivement locaux et généraux, suivant les circonstances, et l'affection n'en existe pas moins en germe partout. La priorité d'apparition des symptômes n'y fait rien. Pour qu'une chose s'éveille et paraisse, il faut d'abord qu'elle soit.

XXVI

Les phlegmasies utérines puerpérales ne sont représentées dans toute l'économie par la fièvre; la fièvre ou l'altération générale de l'économie n'est représentée dans le bas-ventre par les phlegmasies, etc., qu'à la condition que je viens d'établir. Encore une fois, les éléments de la maladie, soit disséminés, soit centralisés, existent primitivement partout. L'ordre de maturité et d'apparition est seul successif. Il faut donc toujours en revenir aux lois générales tirées de l'anatomie d'évolution et posées au début de cette étude; parce qu'il faut que les maladies aient une base dans l'organisation, et que cependant il est temps d'abandonner les directions de l'anatomie mécanique ou descriptive. Cette anatomie tout extérieure, ne sert plus qu'à river à des erreurs étroites une foule d'esprits solides et positifs, ennemis du vague et auxquels répugne l'indétermination des ontologistes. Les localisateurs ont donc raison de ne pas abandonner le principe de l'anatomie médicale; mais ils ont tort de le prendre dans l'anatomie morte. D'un autre côté, l'incompétence et le faux palpable de cette anatomie, repoussent justement les essentialistes, et les affermissent dans un système qui, malgré son vague et son indétermination, est plus libéral — cette justice lui est due — et moins systématique que l'anatomisme.

Je ne mentionne ici les typhus, qui manifestent la dernière et plus haute puissance des affections puerpérales, que pour achever le tableau nosologique de ces maladies. J'y reviendrai. C'est ici que, comme je l'ai dit, les ontologistes triomphent. Ils abusent de l'absence de lésions utérines anatomisables, ou tout au moins, de la formation secondaire, de la latence et de la ténuité de ces lésions; et ils croient pouvoir les négliger dans la théorie de leur fièvre essentielle. Cependant, qu'on veuille jeter un regard sur la série dont je viens d'échelonner les degrés, ou comme j'ai dit, les diverses puissances nosologiques; et on verra s'il est possible de refuser aux organes puerpéraux le rôle de centre de toutes les affections puerpérales, depuis leur type physiologique, la fièvre de lait, jusqu'à l'altération morbide la plus grave de ce type, le typhus puerpéral.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. Largeteau, avait fait, dans la précédente séance, la présentation suivante :

En premime ligne, M. Bégin; — en seconde ligne, M. Jaubert; — en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Damour et Walferdin.

Le comité secret avait été consacré à l'audition du rapport de la commission et à la discussion des titres de ces candidats.

Lundi dernier l'Académie a procédé à l'élection.

Sur 62 votants,

Au 1er tour de scrutin	M. Bégin a obtenu	27	suffrages;	
—	M. Jaubert	»	21	—
—	M. Walferdin	»	7	—
—	M. Damour	»	6	—
—	Bulletin blanc		1	—

Au 2me tour, sur 62 votants,

M. Jaubert a obtenu	31	suffrages;	
M. Bégin	»	30	—
Bulletin blanc		1	—

En présence de ce résultat, le premier mouvement de M. le Président fut d'annoncer que le scrutin était nul et qu'on allait procéder à un troisième tour, attendu que, aux termes du règlement, la majorité devant être exprimée par la moitié des votants plus un, aucun des candidats n'avait réuni le nombre de voix voulu. Mais un honorable académicien fit observer que le bulletin blanc réduisait le nombre des votants à 61, et que, par conséquent, M. Jaubert avait obtenu la majorité des suffrages.

A la suite de cette observation, M. Despretz proclama M. Jaubert académicien libre, sauf rectification du pouvoir suprême.

Personne n'ayant réclamé, nous devons croire que cette décision est conforme aux usages de la savante compagnie.

Seulement, puisqu'on a invoqué le texte du règlement, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer, en nous tenant à la lettre stricte, que 31 n'est pas la moitié, plus un, de 61, et à plus forte raison de 62. Ainsi qu'on accepte ou qu'on rejette le bulletin blanc, on ne trouve qu'une majorité relative et non une majorité absolue, telle que le veut la règle. N'y a-t-il pas là une irrégularité grave qui pourrait annuler l'élection?

— M. Netter a envoyé une note sur l'héméralopie. Selon cet observateur, l'héméralopie ne serait pas, comme plusieurs auteurs le croient, une paralysie intermittente, elle ne serait qu'une sorte de cécité se produisant dans l'obscurité quelle qu'elle soit, aussi bien pendant le jour que lorsque le soleil a quitté notre horizon. La guérison de cette affection singulière, dit M. Netter, peut être obtenue en quelques heures. Il suffit, pour cela de conduire les héméralopes dans un endroit obscur, dans une cave, par exemple, pendant le jour et de les engager à promener leurs yeux de tous côtés en s'efforçant de voir. Au bout d'un temps, quelquefois très court, de cet exercice et de ces efforts, la lumière est perçue par eux, et, à partir de ce moment, ils y voient la nuit aussi bien que tout le monde; ils sont guéris.

— M. Tavignot a envoyé une note sur le traitement et la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'excision des conduits lacrymaux.

— M. le docteur Delisle avait précédemment adressé à l'Académie son livre sur le suicide pour le concours du prix Montyon. Il en a, lundi dernier, envoyé une analyse dans laquelle il signale à l'attention de la commission les points les plus importants qui y sont traités. Ainsi le veut l'usage académique.

— M. Chauveau, de Lyon, a envoyé un mémoire sur la théorie des bruits de souffle entendus dans les vaisseaux. La conclusion générale de ce mémoire est que : tout bruit de souffle, tout murmure vasculaire indique le passage du sang dans un vaisseau ou dans une partie de vaisseau absolument ou relativement dilatés.

— M. Houzeau avait envoyé un mémoire sur l'ozone, à propos duquel M. Becquerel a fait un rapport à l'Académie. Aujourd'hui, M. Houzeau demande l'autorisation de reprendre momantanément son mémoire. M. Flourens a fait observer que lorsqu'un rapport a été fait sur une communication quelconque, le manuscrit de cette communication doit rester à l'Académie; mais rien ne s'oppose à ce que M. Houzeau soit autorisé à en prendre copie.

— M. O. Henry, de l'Académie de médecine, et son fils, ont envoyé, pour le concours du prix Montyon, leur *Traité d'analyse des eaux minérales.*

— M. Soyez a fait parvenir à l'Académie, pour le prix Bréant, un supplément à son ouvrage sur le choléra.

— M. Brunet (et non Brunel) qui, dans la dernière séance, avait lu un travail sur l'organisation de la science, a envoyé lundi une note sur les lois générales de la science universelle.

— M. Boyer a écrit à M. Flourens une note relative à la maladie de la vigne. Cet observateur a remarqué que les branches de vigne, abritées par le feuillage d'arbustes voisins, n'étaient pas atteintes par l'oïdium, tandis que d'autres branches de la même vigne, non protégées, étaient envahies par ce champignon.

— M. Lamiaz, de Venise, a envoyé de nouvelles observations relatives à la maladie noire et à sa prétendue subordination aux maladies des capsules surrénales.

A cette occasion, M. Velpeau, prenant la parole, a dit que, passant à Venise l'année dernière, il avait vu les pièces anatomiques sur lesquelles M. Lamiaz établit la non-corrélation de la maladie bronzée avec la maladie des capsules surrénales. Ces pièces ont paru à M. Velpeau tout à fait probantes; les capsules surrénales, provenant d'un individu atteint de la maladie bronzée, étaient absolument saines.

L'Académie avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de prélever sur les reliquats du prix Montyon, une somme de 3,000 francs destinée à payer les frais d'une mission ayant pour but l'étude des maladies des vers à soie. M. le Secrétaire perpétuel a donné lecture, lundi dernier, d'une lettre par laquelle M. Rouland autorise ce prélèvement.

Le reste de la séance a été consacré à entendre un long et très remarquable rapport de M. le baron Ch. Dupin sur les objections présentées à la commission internationale relativement au percement de l'isthme de Suez.

L'Académie, après quelques explications échangées entre divers membres, a voté les conclusions de ce rapport.

— M. de Paravey, dans la séance antérieure, a transmis quelques renseignements qu'il a obtenus d'un missionnaire de Chine, en ce moment à Paris, relativement aux Miao-tse, peuples qui habitent des monts escarpés voisins du Thibet et de la Cochinchine, et au sud-ouest de la Chine.

« On a souvent représenté ces peuples, dit M. de Paravey, comme étant les autochthones de la Chine. Je m'étais déjà prononcé contre cette assertion, et n'avais pu voir dans ces montagnards, dont j'ai copié à La Haye diverses figures, la race grossière et laide des Mogols aux yeux obliques. Le missionnaire dont je viens de parler, consulté par moi à cet égard, m'a déclaré que les Miao-tse, qu'il essaie de convertir, diffèrent complétement de la race chinoise actuelle. »

— M. Savoyen, qui avait présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail intitulé : *Études sur la dégénérescence physique et morale de l'homme*, a envoyé, dans la même séance, un appendice à ce travail.

L'Académie a renvoyé à l'examen de la commission du legs Bréant un mémoire de M. Lewis sur la nature et le traitement du choléra.

Et une analyse en double copie de plusieurs publications sur le choléra-morbus épidémique, dont l'auteur, M. Perkin, annonçait l'envoi, mais dont une seulement est parvenue à l'Académie.

Dr Maximin LEGRAND.

M. le docteur Bremard, suppléant à l'École préparatoire d'Arras, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Leviez, décédé.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 55. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 11 Mai 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

LETTRES SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Neuvième Lettre.

Mon cher maître,

J'insistais encore l'autre jour auprès de vous, et cela pour la seconde fois, sur la différence qui existait entre les observations que j'ai recueillies et celles de M. le professeur Cruveilhier et de M. Cazeaux à propos de la lymphangite, habituelle selon ces deux auteurs, et plus rare d'après les faits que j'ai pu observer, puisque je n'ai constaté cette lésion que 7 fois d'une façon bien nette sur 85 autopsies. Vous savez aussi maintenant que je n'ai pas commis, sur le siége réel de la suppuration, l'erreur qui avait pu être soupçonnée.

A cette différence dans les faits, vous disais-je, je ne puis que faire. Cependant, une dissidence de ce genre avec des gens que je vénère et que j'aime, n'a pas laissé, à la longue, que de me préoccuper un peu. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, dans les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai voulu m'adresser qu'aux faits sans lire ou sans consulter aucun auteur, de peur d'être entraîné par telle ou telle influence vers une opinion préconçue. Mais maintenant que la manière dont j'envisage la question est bien assise dans mon esprit, j'ai voulu voir, en présence d'une dissidence que je regrettais sans pouvoir la faire cesser, si j'étais seul dans l'opinion que je soutenais sur la rareté relative de la lymphangite. J'ai cherché des alliés, voire même des contradicteurs, et tout naturellement en cherchant je me suis d'abord adressé au mémoire de Tonnellé, qui semblait de mes adversaires, et qui a toujours été présenté comme ayant surtout insisté sur les lésions des lymphatiques, peu ou point signalées avant lui. Ce mémoire *(Arch. gen. de méd.*, t. XXII et XXIII), que j'avais lu il y a déjà longues années, je l'ai relu avec grand plaisir. Il est des plus remarquables ; il porte, pour qui a étudié les faits de cet ordre, un cachet de bonne et saine observation qui est des plus frappants. Il me semblait relire mes propres travaux ; et, chose singulière, j'y ai retrouvé une tendance marquée à la majeure partie des idées que je soutiens devant vous, tant la vérité est une et toujours identique à soi-même, sans acception de temps ni de personne. Or, qu'est-ce que j'ai lu dans cet excellent mémoire à propos de la fréquence relative de l'inflammation des lymphatiques et de celle des veines? Que, dans les faits rapportés par Tonnellé, les veines ont présenté de la suppuration 90 fois, dont 8 fois isolément de toute autre lésion, et que les lymphatiques ont contenu du pus 44 fois, dont 20 fois concurremment avec les veines, et 2 fois seulement en dehors de toute autre lésion. Tonnellé était donc comme moi convaincu que la suppuration des veines est plus fréquente que celle des lymphatiques, lui qui avait fixé son attention sur cette dernière d'une façon tout à fait spéciale. Il lui arrive même (tome XXII, p. 45) de formuler, à titre de résumé, la phrase suivante : « Il faut donc » au moins admettre que, dans plus de la moitié des cas, le pus » s'est primitivement formé dans la cavité des veines, et douter » pour le reste. »

Vous voyez que là où je devais craindre de trouver un adversaire redoutable, j'ai rencontré un allié, et que déjà je ne suis plus seul touchant les faits que j'ai rapportés. Et remarquez-bien que Tonnellé, pas plus que moi, ne parle selon ses souvenirs. Il a comme moi, les faits à la main, quand il formule ses résultats. Eh bien, cependant, malgré ces résultats nettement présentés, Tonnellé est considéré d'ordinaire comme ayant soutenu la prédominance des lésions des lypmhatiques ! Quelqu'un ayant autorité l'aura dit un beau jour, et la masse aura continué sa route en répétant : « Tonnellé a prouvé la prédominance des lésions des vais- » seaux lymphatiques dans la fièvre puerpérale. »

C'est ainsi que se font bien des opinions couramment admises ; c'est ainsi, par exemple, qu'il s'est rencontré un bien médiocre auteur du commencement de ce siècle, qui a dit : « Stoll voyait tout en jaune, » et alors les badauds de présenter Stoll comme un auteur qui n'a jamais vu que des affections bilieuses et qui n'a jamais employé que les vomitifs, tandis que la saignée a été le moyen le plus habituel de sa thérapeutique. Mais quelqu'un avait formulé l'opinion avec une excentricité de mauvais goût, et l'histoire de la pleurésie bilieuse commence l'ouvrage, on s'y est arrêté généralement et cela a suffi.

M. Tarnier, du reste, qui a observé à la Maternité, établit aussi très nettement (p. 38) que la lymphangite a été rarement trouvée dans les autopsies qu'il a faites, et qu'elle est beaucoup plus rare que la phlébite. Il a seulement le tort de dire que M. Tonnellé a consacré un mémoire à l'étude de l'angioleucite ; je vous rappelais tout à l'heure ce qui en était.

Je ne suis pas, comme vous voyez, aussi isolé dans cette opinion que je le paraissais d'abord, et je trouve appui même parmi les adeptes de la Maternité. Je pourrais ajouter au besoin, ici, le résultat de faits observés pendant l'année dernière dans un autre hôpital que l'hôpital Beaujon, et dans lesquels la phlébite a été toujours rencontrée, alors que la lymphangite était rare et jamais isolée de la phlébite.

Je ne dirai pas : j'ai peine à croire que les auteurs qui ont trouvé la lymphangite suppurée incomparablement plus fréquente que la phlébite, n'ont pas pris des veines pleines de pus pour des lymphatiques. Je ne procède pas à la discussion avec de semblables formules. Je dis seulement que j'ai trouvé le pus *incomparablement* plus fréquent dans les veines que dans les lymphatiques ; que M. Tonnelé et M. Tarnier ont fait la même remarque.

Quel rôle joue ou peut jouer cette suppuration des vaisseaux lymphatiques, quand elle existe, pour la production du groupe de symptômes graves qui représentent la prétendue fièvre puerpérale?

Nous devons tout d'abord écarter l'opinion qui voudrait voir dans le pus que contiennent les lymphatiques un résultat de la résorption opérée par ces vaisseaux sur des surfaces en suppuration. M. le professeur Bérard (article cité, p. 480) a parfaitement réfuté cette doctrine et a fait remarquer que les lymphatiques des parties en suppuration, comme la jambe, la cuisse, affectées de plaies, ne contenaient presque jamais de pus. Ces remarques faites dans les cas chirurgicaux prêtent encore ici un appui solide à l'étude des accidents observés dans les suites de couches.

C'est seulement à l'inflammation des lymphatiques eux-mêmes que peut être attribuée leur suppuration. Et j'ai eu l'honneur de vous signaler une circonstance anatomique dont la coïncidence m'a frappé, c'est la suppuration du tissu cellulaire dans lequel passent les lymphatiques altérés. Ils partageraient donc la phlegmasie de ce tissu. J'ai retrouvé cette coïncidence dans les autopsies des observations 2, 3, 4 de Tonnellé, qui n'a rien dit, du reste, sur ce rapport des deux lésions.

Quoi qu'il en puisse être de cette coïncidence, il demeure bien établi que le pus contenu dans les lymphatiques est le produit de l'inflammation de ces vaisseaux.

Pour les maîtres et pour les élèves de la Maternité, la suppuration des lymphatiques, comme toutes les autres lésions, est l'effet et non la cause de la maladie. Elle n'a alors aucun rôle particulier.

Pour M. le professeur Cruveilhier et, paraît-il, pour M. Cazeaux, elle a une autre valeur, et il est infiniment probable qu'elle est une des causes de l'intoxication du sang, dans ce qu'ils appellent le typhus puerpéral ; mais cette intoxication ne se manifesterait pas ordinairement par des abcès viscéraux. Cette intoxication, vous le voyez, ne saurait être autre chose que l'infection purulente, car des vaisseaux lymphatiques, charriant du pus, ne peuvent altérer le sang autrement que par le mélange du pus avec ce liquide.

Et cependant la proposition n° 6, qui, dans le discours de M. Cruveilhier suit immédiatement ce qu'il a dit sur l'intoxication infiniment probable du sang par l'inflammation purulente des lymphatiques, est ainsi conçue : « La possibilité de l'infec- » tion purulente du sang par la lymphangite n'est pas décidée » d'une manière positive. »

Mais alors est-ce que l'intoxication produite par les lymphatiques pleins de pus serait autre que l'infection purulente? Pour l'admettre, il faudrait, dans ce cas, attribuer au pus des lymphatiques, une propriété spécifique ; seulement, il faudrait alors montrer aussi que les caractères de cette intoxication sont tout à fait particuliers et qu'ils diffèrent de ceux que présente l'infection purulente, ce qui n'a pas encore été fait.

M. Cruveilhier détruit donc, par sa proposition 6, la valeur de sa proposition 5. C'est probablement parce que mon illustre maître est dominé par cette appellation de *typhus puerpéral* qu'il a donnée à la maladie.

Comme beaucoup d'autres, en effet, comme M. Beau, comme M. Cazeaux, après avoir étudié les lésions locales et leur importance, il retombe dans le vague et admet une pyrexie bâtarde sans caractères franchement dessinés et qu'il est impossible de délimiter.

Quand on y regarde de près, et qu'on étudie avec soin les discours des orateurs qui soutiennent cette doctrine irrésolue et mitigée, on voit qu'ils ont été amenés par deux voies principales à accepter cette désignation de pyro-phlegmasie, désignation dont les deux termes doivent, à coup sûr, être accolés dos à dos, car ils ne sauraient se regarder en face. A moins cependant qu'on ne veuille désigner sous le nom de fièvre toute affection qui s'accompagne de mouvement fébrile. Ce serait là, convenez-en, une affaire de goût, une fantaisie, mais une fantaisie avec laquelle la pathologie gagnerait médiocrement en clarté. J'aime mieux, quant à moi, ne pas renier l'héritage des auteurs qui se sont succédé depuis Morgagni ; et jusqu'à démonstration contraire, je tiens pour un progrès la distinction qui a été établie en nosologie entre ces deux expressions *fièvre* et *mouvement fébrile*, si facilement et si habituellement confondues, bien à tort, dans le langage usuel.

La première idée qui paraît avoir dominé les auteurs dont j'examine ici l'opinion est l'encombrement.

On a généralement attribué une grande valeur à cette influence étiologique, et, dans bon nombre de cas, elle paraît avoir droit à la part qui lui a été faite. Mais, dans l'espèce, ce n'est pas un motif pour admettre si facilement son action comme une cause principale, comme une cause nécessaire. D'abord il n'est pas bien établi, si j'en juge par les faits que j'ai pu observer, que la maladie se manifeste toutes les fois qu'apparaissent des conditions d'encombrement, et qu'elle ne se présente pas sans la présence de cette particularité étiologique. Ainsi, par exemple, si je résume les faits observés pendant les trois années 1855, 1856 et 1857 dans mon service des femmes en couches, je trouve que, sur 340 admissions en 1855, il y a eu 22 décès à la suite des couches, dont 3 de maladies ordinaires, que, sur 338 admissions en 1856, le nombre des décès a été de 10, dont 1 d'une affection étrangère aux suites de couches, et, en 1857, sur 300 femmes admises, 41 ont succombé, dont 2 seulement à des maladies sur lesquelles l'accouchement n'avait pas d'influence directe. C'est donc l'année la moins chargée, quant aux chiffres des admissions, qui a présenté le chiffre des décès le plus élevé et élevé au double de l'un et au quadruple de l'autre des autres chiffres des années précédentes. Vient-on à décomposer les chiffres de chaque année et à les comparer mois par mois, on trouve encore, dans leur examen, relativement à la valeur de l'encombrement, des renseignements qui me semblent tout à fait négatifs. En voici le tableau :

	1855		1856		1857	
Janvier..	35 admis.	1 décès. (de mal. étrang. aux couches.)	24 admis.	1 décès. de mal. étrang.	29 admis.	5 décès.
Février..	26	3	22	1	29	0
Mars....	34	1	22	1	36	2
Avril....	36	4	23	1	33	6 dont 1 mal. ét.
Mai.....	21	2	44	2	25	8
Juin....	23	2	32	2	22	6
Juillet...	23	2 dont 1 mal. étrangère.	27	0	24	3
Août....	18	0	24	0	19	4 dont 1 mal. ét.
Septemb.	39	1 de mal. ét.	26	1	24	2
Octobre..	25	0	34	0	15	3
Novemb..	31	6	28	0	20	1
Décemb..	29	3	32	1	24	1
	340	25 dont 3 ét.	338	10 d. 1 ét.	300	41 dont 2 étran.

Vous voyez que, dans cette année 1857, si meurtrière, le chiffre mensuel de décès le plus chargé, celui du mois de mai (8 décès) correspond à 25 admissions, tandis que le mois de mai 1856, sur 44 admissions, ne comporte que 2 décès, en juin 1857, 22 admissions et 6 décès, tandis qu'en juin 1856, sur 32 admissions, on ne compte que 2 décès, et en juin 1855, 2 décès également sur 23 admissions. De même le mois de novembre, en 1855, a pour chiffre 6 décès sur 31 admissions, tandis que le même mois, en 1856, sur 28 admissions, ne compte pas un seul décès. Il y a peu de temps encore, je faisais remarquer à ceux qui m'entourent à l'hôpital Beaujon, que la salle des femmes en couches était comble et que, cependant, nous ne trouvions aucun accident, même léger, tandis que nous les voyons surgir souvent quand quatre ou cinq lits, sur dix-huit, sont vacants, ce qui parai-

trait créer des conditions plus favorables. Enfin, que devient l'encombrement pour la production des exemples sporadiques, faits qu'on oublie beaucoup trop dans toute la discussion de cette question, et sur lesquels je ne cesserai d'appeler l'attention? Il n'y avait aucune condition d'encombrement autour d'une jeune femme que j'ai vue mourir il y a peu de temps, alors que, pour je dire en passant, je n'avais aucune femme malade à l'hôpital! Est-ce que ces cas sporadiques ont des caractères différents en tant qu'espèces nosologiques des autres exemples? Non, assurément. Car soutenir que les cas non sporadiques diffèrent de ces derniers par le fait même de l'épidémie, c'est répondre à la question par cela même qui fait la question, ou, pour parler clairement, c'est ne pas répondre du tout. Comment alors pouvez-vous aller vous en prendre à l'encombrement pour la création d'une espèce qui existe et se développe tout à fait en dehors de cette circonstance? Le rapport entre ces deux faits n'est pas assez constamment démontré pour que je puisse l'établir si résolument que j'en j'en fasse la raison d'une espèce nosologique particulière.

Il y a souvent, à titre d'influence étiologique, comme le prouvent les faits, autre chose que l'encombrement, autre chose que je ne sais pas, mais que vous ne savez pas non plus. Disons-le franchement, là, comme bien ailleurs, la cause qui multiplie les accidents nous échappe souvent tout à fait, et nous ne pouvons pas plus démontrer que l'encombrement cause toujours la maladie, que nous ne pouvons démontrer que ce soit cette même circonstance qui fasse que, dans un même moment, les femmes sont frappées en grand nombre, et à la Maternité, et à l'Hôtel-Dieu, et à Cochin, et à Lariboisière, et à Beaujon. Or, cette coïncidence est assez fréquente, et elle permet, ainsi que cela m'est arrivé plusieurs fois, comme à tous ceux qui ont un service d'accouchement, de prévoir ce qui se passe dans les autres établissements par ce qu'on observe dans celui où l'on est placé. On n'a donc pas le moins du monde le droit de faire de l'affection que nous étudions ici un typhus, par cela que la maladie serait le résultat de l'encombrement, puisque la validité de cette cause à titre d'influence *capitale,* n'est nullement démontrée, la maladie se produisant avec la forme épidémique en dehors de cette particularité.

Outre cette préoccupation exagérée de l'encombrement, ce qui a encore conduit à faire de l'affection que nous étudions un typhus, c'est la confusion qui existe dans certains esprits entre l'état typhoïde et le typhus ou la fièvre typhoïde. C'est là une confusion qu'on voit faire tous les jours, et qui est très nuisible à la saine interprétation des faits qui nous occupent. L'état typhoïde se rencontre dans bien d'autres cas que dans le typhus et que dans la fièvre typhoïde, et dans des cas qui n'appartiennent par aucun côté à l'une ou à l'autre de ces deux affections. C'est un état général de l'économie qui est tout à fait analogue non pas pour les symptômes, mais pour la valeur nosologique, à l'état adynamique et à l'état ataxique. On le retrouve dans certaines affections de la vessie, dans certaines pneumonies, surtout dans celles qui sont parvenues au troisième degré; enfin, il présente sa plus haute expression dans l'infection purulente chirurgicale. Cet état typhoïde existe aussi à un haut degré dans la maladie qui nous occupe. C'est son adjonction aux autres symptômes qui constitue le groupe que M. le professeur Dubois a délimité, et dont j'admets pleinement l'existence en lui assignant, comme vous le savez, une autre interprétation.

Mais de ce que l'état typhoïde vient se mêler à un moment donné et plus ou moins rapidement, selon les circonstances, aux symptômes des diverses lésions qui existent chez la femme en couches, ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive voir dans la maladie un typhus véritable, surtout si on trouve dans les lésions habituelles une raison suffisante au développement de cet état et si on constate des circonstances qui, ailleurs, coïncident d'une manière éclatante avec son apparition.

L'apparence que le sang présente chez les femmes qui meurent à la suite de leurs couches, après avoir offert cet état typhoïde, a aussi été invoquée pour faire de cette maladie un typhus. Ceci m'amène tout naturellement à examiner ce qui a été dit sur l'altération du sang.

Selon l'école de la Maternité, dont l'homogénéité doctrinale, loin d'être compacte et de se raffermir, semble diminuer depuis peu, le sang serait altéré dans cette maladie. Voyons comment, selon les divers auteurs.

M. le professeur P. Dubois après avoir dit : « Je ne crois pas à » l'infection purulente, parce que les suppurations étendues et sur- » tout disséminées me paraissent être déjà un effet et non pas » une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de » fièvre puerpérale mortelle sans aucune trace apparente de sup- » puration sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opi- » nion que je viens d'exprimer. »

Après avoir dit qu'il croit encore moins à l'infection putride, il ajoute :

« En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du » sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse » me paraît très admissible, et parce qu'après la ruine des autres, » elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. »

Il n'y a là, comme on le voit, aucune preuve, aucune démonstration, aucun énoncé de caractères saisissables; les lésions *paraissent un effet* de l'altération du sang. C'est là une opinion et non une preuve. M. Dubois, du reste, n'a, si l'on s'en tient à son discours, aucune prétention démonstrative, car il ajoute que cette altération primitive du sang est une pure hypothèse. Seulement, *la ruine des autres* n'est peut-être pas aussi complète qu'il l'a avancé, et, en tout cas, il n'a pas grand'chose à se reprocher à ce sujet, car il n'a fourni contre ces hypothèses, qu'il croit ruinées, qu'une affirmation, « je ne crois pas....; cela me paraît..... » et vous avez vu, par l'analyse et l'étude à laquelle je me suis livré dans une lettre précédente, ce qu'on doit penser de ces cas de fièvre mortelle sans suppuration.

Dans son second discours, le même orateur a bien dit : « Dans » un grand service hospitalier, et même dans une pratique privée » un peu étendue, il est impossible de ne pas rencontrer quelque- » fois des preuves évidentes.... de ce fait que les conditions pro- » pres au développement de la fièvre puerpérale sont préexistantes » à l'accouchement.... Il n'y a pas d'épidémie qui n'amène à la » Clinique d'accouchements et à la Maternité des femmes enceintes » ou en travail, et qui éprouvent déjà les symptômes les plus carac- » téristiques et ordinairement les plus graves de la fièvre puerpé- » rale. » Si ces faits sont si fréquents qu'il n'y ait pas d'épidémie qui n'en présente, comment donc se fait-il que M. Charrier, qui a observé à la Maternité, n'ait eu à produire, comme exemple de fièvre puerpérale préexistant à l'accouchement, qu'un fait qui se rapporte, comme vous l'avez vu, à une pleurésie développée avant la couche et sans le moindre lien avec elle? Comment M. Tarnier n'a-t-il pas trouvé un seul fait de ce genre et a-t-il été obligé d'emprunter à deux de ses collègues les faits plus que contestables que je vous ai rappelés.

Des exemples aussi importants pour la doctrine de l'essentialité n'ont pu passer inaperçus sous les yeux de ces deux observateurs, dont l'intelligence m'est bien connue, et comment n'en ont-ils pas trouvé à nous rapporter, s'il n'y a pas d'épidémie qui n'en présente.

Pourrons-nous accepter comme des exemples bien convaincants ce que nous trouvons dans le discours de l'orateur quelques lignes plus bas. « A cette même époque (fin de 1855), je fis une courte » visite à la salle d'accouchements de la Maternité : deux femmes » en travail y étaient admises, elles venaient de la ville. Leur » apparence me frappa : leur figure était profondément altérée, » leur peau chaude et le pouls très fréquent; je les jugeai atteintes » l'une et l'autre de la fièvre puerpérale..... Ma prévision n'était » que trop fondée, ces pauvres femmes étaient, en effet, atteintes » par l'épidémie. Je ne sais si elles y succombèrent. »

Il paraît difficile de reconnaître, dans ces deux faits, des malades présentant le groupe de symptômes graves qui, selon M. Dubois (premier discours), constituent la fièvre puerpérale. Le nombre des femmes qui, pendant le travail, ont la face très altérée, la peau chaude, le pouls fréquent, m'a paru considérable, et je n'oserais pas, quant à moi, diagnostiquer sur ces seuls signes l'existence (notez bien, l'existence) de la maladie dite *fièvre puerpérale.*

J'ai constaté chez des femmes, pendant l'accouchement, le gonflement local et douloureux des annexes; cela est vrai : mais ce gonflement local et douloureux n'est pas encore, même à mes yeux, un signe de l'état grave qu'il s'agit d'interpréter, état qui ne se développera que plus tard, s'il se développe. Ensuite ces femmes étaient en travail, mais depuis quand? Quels obstacles en retardaient la fin? Cela est nécessaire à savoir, car, dans les faits que j'ai recueillis, figurent, comme je vous l'ai dit, des cas de gangrène véritable liés à un travail difficile et long dans lesquels la mort a suivi de très près l'accouchement, et dans lesquels les symptômes adynamiques propres aux gangrènes se sont manifestés dès avant la fin de la couche. Enfin, que sont devenues les femmes dont parle l'orateur. Il ne le sait pas. Autre sujet de doute bien légitime sur la valeur du diagnostic, car nous savons, d'après M. Dubois lui-même, « que de même qu'il y a un groupe » de symptômes qui mérite et un autre qui ne mérite pas le nom » de fièvre puerpérale, il y a un groupe de symptômes patholo- » giques auquel on peut opposer un traitement efficace, et un » autre contre lequel la médecine est presque toujours impuis- » sante. » Il eût donc été bien important de savoir si ces femmes ont succombé; en l'absence de renseignements suffisants, cela eût peut-être ajouté un peu de lumière au diagnostic, dont la clarté doit être évidente quand il s'agit d'établir des faits de cette importance, lesquels, on peut le dire sans porter « un jugement inexact, » constitueraient, même s'ils étaient réellement établis, « une rare exception. »

Je ne pense pas que vous trouviez dans ce qui précède rien qui puisse faire penser que M. le professeur Dubois a démontré l'existence d'une lésion primitive du sang dans la maladie dite *fièvre puerpérale.*

Pour M. Danyau, « la fièvre puerpérale est une maladie d'ori- » gine miasmatique, dont le miasme générateur pénètre dans le » sang, l'empoisonne, et le rend apte à la production le plus sou- » vent très rapide, de localisations inflammatoires très variées, » surtout dans les organes dont la vitalité a été exaltée par la gros- » sesse et l'accouchement. »

Il « renonce à déterminer quelle est la nature du principe délé- » tère de l'agent toxique qui engendre la fièvre puerpérale..... » C'est comme vous le voyez, mon cher maître, la même opinion; seulement, au lieu d'une hypothèse exprimée en termes généraux et discrets, il y a quelques détails de plus, au moins quant à la formule, puisque le miasme générateur nous est montré pénétrant dans le sang et l'empoisonnant. Malheureusement, l'orateur a renoncé à déterminer la nature de cet agent toxique, qu'il affirme cependant être d'origine miasmatique. Tout cela est bel et bon, mais la preuve? Est-ce parce que, selon M. Danyau, cet agent tue avant toute localisation inflammatoire. Eh mon Dieu! que ne nous donne-t-il un ou deux de ces faits sans localisation, avec de beaux et bons détails qui permettent qu'on puisse les analyser; il ferait ainsi beaucoup plus pour son opinion. Mais, en vérité, on ne peut pas prétendre avoir démontré quoi que ce puisse être par l'énoncé de l'hypothèse que je rapporte textuellement plus haut avec ses détails.

M. Danyau énumère encore, à titre d'arguments, un certain nombre de faits qui suivent. Mais l'envahissement de l'Europe et du monde entier par la maladie, son extension aux femelles des animaux, ne prouvent absolument rien en faveur de la théorie miasmatique primitive; non plus que les maladies puerpérales des nouveau-nés, l'invasion soudaine de la maladie, l'immunité de certaines femmes, la présence de l'encombrement et les qualités contagieuses de la maladie, même en les supposant démontrées.

C'est, vous le voyez, la même opinion que celle de M. Dubois, moins sobre de détails dans l'énoncé des hypothèses.

Mon honorable ami M. Depaul s'est donné plus de peine pour préciser l'altération du sang dans la maladie dite fièvre puerpérale.

« Les altérations du sang existent-elles et peut-on les démon- » trer? Je crois que cela est incontestable..... Le sang n'est point » coagulé, il reste fluide et à peine coagulable. La fluidité est » même remarquable; il avait une couleur particulière violacée, » comparée par tous les observateurs à de la gelée de groseille » mal cuite. Enfin, j'ajouterai que je l'ai très souvent trouvé » comme huileux..... Les recherches microscopiques n'ont pas » fait avancer la question à cet égard..... L'acide lactique, selon » Vogel, le carbonate et l'hyposulfate d'ammoniaque existent » dans le sang, dont les globules auraient perdu, selon lui, la » faculté de rougir au contact de l'air. Enfin les globules sont, » en outre, en partie décomposés; ils sont dissous dans le sérum, » auquel ils communiquent une teinte rougeâtre. Toutes ces re- » cherches sont insuffisantes, ajoute M. Depaul, et méritent d'être » continuées; cependant elles en disent assez sur l'existence » d'une fièvre puerpérale. » Pour le dire en passant, c'est montrer une grande facilité de conviction de trouver que des recherches notoirement insuffisantes en disent assez sur l'existence d'une maladie, mais cela n'est pas une preuve. Qu'on soit « d'une nature » calme, sans parti pris..., disposé même à se contenter d'une » partie de vérité, ou qu'on soit d'une « nature fébrile et im- » patiente, » parce qu'elle veut les conséquences logiques d'une » opinion contestée » on ne pourra jamais accepter pour une démonstration des recherches notoirement insuffisantes.

Mais, du reste, cette altération du sang, je l'admets volontiers; c'est un fait positif, tous les jours on la constate. M. le professeur Bouillaud l'a bien établie devant l'Académie, seulement MM. Dubois et Depaul, pour des esprits calmes, se sont trop pressés, ce me semble, en s'écriant : « Vous êtes de notre avis » au moment même où M. le professeur Bouillaud en était aussi peu que possible. Mais, qu'on y prenne bien garde, cette altération du sang n'est nullement primitive et aucune preuve n'a été fournie à ce sujet, ni par M. Dubois, ni par M. Danyau, ni par M. Depaul, ni par les jeunes adeptes de l'École. Aucun fait n'a été produit qui montrât cet état du sang antérieurement aux accidents véritablement caractéristiques, ce qui est le nœud de la question. On affirme qu'il doit être antérieur et qu'il doit produire les accidents locaux, mais, des preuves si peu acceptables que ce soit, des preuves même à l'usage des esprits calmes, auxquels une demi-démonstration peut suffire? Point! Ah! si on venait présenter un état du sang différant par ses caractères de toutes les altérations déjà constatées, même d'une façon insuffisante, dans d'autres cas pathologiques; et si on me montrait, coexistant avec cet état du sang, une série de symptômes tout à fait particuliers à cette altération spéciale, et différents des symptômes observés ailleurs, je pourrais accepter qu'il existe une altération particulière, puisque je verrais une lésion distincte, quoique mal connue, correspondant à un groupe de symptômes distincts. Mais cela n'est nullement le cas. Altération du sang et symptômes, on les retrouve ailleurs avec une similitude complète, et là où ne saurait exister d'équivoque.

Les exemples d'infection purulente, dans des cas chirurgicaux, ont montré l'état de dissolution du sang, l'état poisseux du sang comme un fait habituel. Quant aux symptômes, un de mes élèves, esprit très distingué, très lucide, très ferme, que j'ai eu le plaisir de voir, en présence des faits observés dans le service, accepter et défendre les doctrines que je soutiens, et pour lequel je suis heureux de professer une amitié véritable, M. Gallard, l'a déjà dit dans une revue critique très bien faite (UNION MÉDICALE, nos des 4, 11 et 14 juillet 1857), la similitude est complète; et, à part les nuances qu'entraîne le point de départ utérin, les symptômes sont identiques chez un blessé atteint d'infection purulente et chez une femme affectée de la prétendue fièvre puerpérale.

Ouvrez, en effet, l'article de M. le professeur Bérard, écrit en 1842, et en dehors des besoins de la discussion actuelle. Vous y voyez (page 482) :

« .... L'infection purulente se dénote par des symptômes assez » constamment les mêmes : le premier est un *frisson* violent plus » ou moins prolongé. Le sentiment de froid est très prononcé, et » les malades demandent qu'on les couvre davantage, comme font » les individus atteints de fièvre intermittente. Ce symptôme avait » frappé de bons observateurs, qui avaient reconnu l'état grave » qu'il présageait, avant même qu'on eût soupçonné les consé- » quences de la suppuration dans les veines : « Avez-vous eu » des frissons? » Telle était la première question que Dupuytren

» adressait déjà à ses opérés, lorsque j'étais employé comme ex- » terne dans son service. A ce frisson succèdent la chaleur et une » réaction assez marquée..... Les frissons se renouvellent avant » que les vingt-quatre heures soient expirées, et souvent plusieurs » se succèdent à des intervalles assez rapprochés. Ce n'est guère » que dans les premiers jours de l'infection purulente que les fris- » sons se prennent avec intensité; plus tard ils sont fugaces ou » manquent entièrement.

» Le pouls offre constamment une très grande fréquence... : ses » autres caractères sont variables; à la fin, il devient petit et fili- » forme.

» Les malades délirent souvent pendant la nuit. Pendant le » jour, ils n'ont pas la conscience de la gravité de leur position, » ils souffrent peu, et si on les questionne, ils répondent qu'ils se » trouvent bien.

» Dans une période avancée, la peau prend une teinte jaune, » comme ictérique, mais les autres signes de l'ictère manquent.

» Les urines et les autres excrétions sont fétides; il y a souvent » de la diarrhée.

» Chez quelques sujets, des collections purulentes, précédées » ou non de douleur, se forment dans le tissu cellulaire. Ces col- » lections sont fluctuantes dès le principe; elles apparaissent rapi- » dement et se succèdent pendant quelques jours.

» Chez d'autres sujets, on voit certaines articulations diarthro- » diales se tuméfier un peu; on y perçoit la fluctuation; c'est déjà » du pus qu'elles contiennent.

» D'autres symptômes ou signes, peuvent dénoter la formation » des abcès métastatiques viscéraux, mais ces signes sont difficiles » à saisir. »

Ne semble-t-il pas, mon cher maître, que je viens de résumer les signes généraux observés chez les femmes en couches qui peuvent rentrer dans le groupe délimité par M. le professeur Dubois, comme caractérisant la fièvre puerpérale, depuis ce fameux *frisson du début* jusqu'aux collections des muscles et des articulations.

Une telle identité ne se trouve guère entre des maladies différentes..... Mais permettez-moi de renvoyer la suite de cet examen à la lettre prochaine.

Votre très dévoué de cœur,

BÉHIER.

HYDROLOGIE.

NOTES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES HABITUELLEMENT TRAITÉES A L'ÉTABLISSEMENT HYDRO-MINÉRAL DE POUGUES;

Par le docteur DE CROZANT, médecin-inspecteur.

DU DIABÈTE SUCRÉ.

A plusieurs reprises, j'ai essayé de démontrer aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE que rien, dans l'histoire des affections chroniques et de certaines diathèses en particulier, n'établit l'existence d'une âcreté acide de l'économie constituant un état morbide spécial, et ne justifie, par conséquent, l'utilité de la médication alcaline appropriée à cette altération des humeurs.

Poursuivant cette démonstration, je viens aujourd'hui présenter quelques observations sur une maladie dont, à ce point de vue surtout, on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps : le *diabète sucré.* — La *gravelle urique* et le *diabète sucré* sont, en effet, les deux affections qui prêtent le plus solide appui aux doctrines chimiatriques que nous nous efforçons de combattre.

Nous avons essayé de démontrer que la gravelle urique n'était point, par elle-même, une maladie; qu'elle ne prenait le caractère de symptôme morbide que lorsque, par le fait d'une irritation catharrhale des voies urinaires, il venait à se former dans ces organes un dépôt composé d'abord de mucosités plus ou moins plastiques et ensuite des sels les moins solubles de l'urine et que, dans ce cas, le gravier était une conséquence de l'irritation catarrhale, et non la maladie elle-même, le résultat d'un obstacle matériel, et non le fait d'une diathèse acide de l'économie.

Si, à propos de la gravelle, j'ai eu plusieurs théories chimiques à discuter, au sujet du *diabète*, je n'en trouve qu'une, mais généralement acceptée par les médecins, malgré les vives attaques qu'elle a eu à subir dans ces derniers temps, et formulée par un des représentants les plus habiles de la chimie médicale.

M. Mialhe a accepté nettement les idées des anciens chimistes sur l'âcreté acide et l'âcreté alcaline, comme raison absolue de nos maladies, et les a défendues dans son *Traité de chimie appliquée à la physiologie*, avec toutes les ressources d'un grand savoir et d'un esprit des plus féconds : « Ces idées, tour à tour adoptées et combattues, dit-il, ont tra- » versé les siècles, et il était réservé à notre époque de convertir en » réalité ce qui n'était, dans le principe, que des conceptions de l'es- » prit. » (Page 34.)

Voici comment M. Mialhe applique cette loi générale au cas dont nous avons à nous occuper : La fécule est un aliment respiratoire, c'est-à-dire destiné à être brûlé dans l'économie. Cette fécule est, pendant le travail de la digestion, sous l'influence de la diastase salivaire et d'un milieu alcalin, métamorphosée en une substance soluble, le glycose. Sous cette nouvelle forme, elle est absorbée par les veines, conduite à la veine porte et traverse le foie pour arriver dans la circulation générale, où elle doit être brûlée. La condition indispensable de cette combustion est l'alcalinité du sang dans laquelle le glycose trouve les éléments d'oxydation, et, par conséquent, de destruction sans laquelle, au contraire, le glycose n'étant pas détruit, continue à circuler avec le sang et passe par les urines, ce qui constitue la glycosurie.

L'homme sain, pour M. Mialhe, est celui dont le sang, suffisamment alcalinisé, offre à la matière sucrée les conditions nécessaires à sa combustion; le diabétique est celui dont le sang acide ou insuffisamment alcalin est impropre à la combustion du glycose.

Cette théorie s'appuie donc, d'une part, sur la transformation de la fécule en glycose dans les voies digestives, sous l'influence de la diastase salivaire et pancréatique et d'un milieu alcalin, ensuite de la destruction par oxydation de ce glycose dans le sang. Si grâce aux travaux de MM. Mialhe, Bouchardat, Sandras, etc., la première proposition est généralement regardée comme démontrée par les physiologistes, il n'en est pas de même de la seconde. L'action des alcalins comme agent indispensable de la combustion du glycose dans l'économie est formellement niée par beaucoup d'expérimentateurs, et, d'après M. Cl. Bernard, la destruction du glycose dans l'économie aurait lieu par fermentation et non point par oxydation.

Je n'insiste point sur cette question de chimie physiologique que, du reste, le savant collaborateur de l'UNION MÉDICALE, M. Fauconneau-Dufresne, a déjà traitée dans ce journal. Je citerai seulement deux des expériences sur lesquelles s'appuient les contradicteurs de M. Mialhe.

1° En injectant dans les veines d'un lapin une solution de sucre avec du bicarbonate de soude, on retrouve dans les urines autant de sucre que lorsque l'injection se fait avec une dissolution de sucre seulement. (Bernard, Lehman, Becker, Poggiale.)

2° En nourrissant des animaux avec de la viande et du bicarbonate de soude exclusivement, on retrouve dans le sang la même quantité de sucre que quand on les nourrit avec de la viande sans bicarbonate de soude. (Poggiale, Acad. des sciences, 26 août 1856.) Et, chose remarquable, en injectant, au lieu de carbonate de soude, de l'acide tartrique dans les veines de l'animal, on arrête presque complétement l'excrétion du sucre par les reins. (Poggiale, *idem.*)

Quelle que soit l'importance de ce débat, nous laisserons à d'autres plus compétents le soin de le juger; nous nous contenterons, pour notre part, d'examiner la question au point de vue pathologique et de rechercher si l'histoire de la glycosurie, les causes qui la produisent, les symptômes qui la caractérisent, le traitement qu'on lui applique, sont suffisamment expliqués par l'hypothèse d'une diathèse acide.

M. Mialhe attribue l'âcreté acide à trois causes principales : 1° L'alimentation exclusivement azotée; 2° les boissons acides; 3° la suppression de la transpiration.

1° L'alimentation azotée tend, en effet, à rendre les liquides acides; les carnivores ont toujours la sécrétion urinaire acide, les herbivores l'ont, au contraire, acide; le veau, tant qu'il est allaité et que, par conséquent, il prend une nourriture animale, a l'urine acide; aussitôt qu'il est séparé de la mère, son urine devient alcaline. C'est un fait établi.

Au point de vue de son hypothèse, M. Mialhe a donc raison de regarder le régime azoté comme une des causes du diabète; mais les faits observés sont loin de concorder avec la théorie, et, de tous les auteurs, M. Mialhe est le seul qui signale le régime azoté comme cause du diabète; tous les autres l'attribuent, de préférence, à une alimentation végétale; Nicolas et Gueudeville, entr'autres, se prononçent d'une manière très nette à cet égard. M. Contour, dans l'excellente thèse qu'il a faite sur le diabète, insiste sur l'influence d'une alimentation insuffisante ou exclusivement végétale (p. 76). M. le docteur Girard (UNION MÉDICALE, 7 août 1855) attribue aussi le diabète à une alimentation végétale. Et, en effet, c'est presque toujours chez des individus plus ou moins affaiblis, ou vivant au milieu de circonstances plus ou moins débilitantes, que les auteurs signalent le diabète. Rollo, (*Traité du diabète*, trad. par Aylon, p. 62) Hufeland, l'ont indiqué chez des femmes enceintes, et ce fait a été dernièrement constaté par M. Blot comme à peu près constant, Prout, (*London med. gaz.*, juin 1831) chez des individus âgés et dyspeptiques, Ch. Goldon, chez les enfants, pendant le travail de la dentition.

L'alimentation azotée, pour les chimiâtres, jouerait le même rôle dans la production du diabète sucré que dans celle de la gravelle urique : acidité des humeurs, oxydation incomplète; par conséquent, presque tous les diabétiques devraient être graveleux, et réciproquement. Jamais cela ne se voit, et si MM. Bell, Rayer, Bouchardat ont pu voir quelquefois quelques cristaux d'acide urique dans l'urine d'un diabétique, il n'en est pas moins vrai, suivant l'observation de R. Willis, que cet acide manque presque invariablement. Quant à l'urée, au contraire, qui serait le résultat d'une combustion complète, sa présence est constatée par Mac-Grégor, Kean, MM. Chevreuil, Henry, Barruel, et M. le professeur Bouillaud, en résumant ces différentes analyses, dit : « En sorte que le » caractère chimique du diabète paraîtrait consister plus constamment » dans l'absence de cet acide (urique) que de l'urée. (*Diction. de méd. et de chirurg. pratiques*, p. 250.)

Enfin, si l'alimentation azotée acidifie ainsi nos liquides, et que ce soit un fait expérimentalement reconnu, il serait difficile de comprendre la persistance des médecins, et surtout de ceux de l'école des chimiâtres, à prescrire aux diabétiques un régime azoté exclusif. Ce régime, perpétuant la prétendue cause de leur maladie, l'acidité des liquides, devrait nécessairement perpétuer la maladie elle-même.

2° Abus des boissons acides. L'influence des acides que signale M. Mialhe ne se trouve pas non plus justifiée par les faits; Brera, Copland, Nicolas et Gueudeville traitaient les diabétiques par les acides et citent des guérisons. A l'appui de son opinion, M. Mialhe rapporte une observation qui ne me paraît pas très probante. En effet, M. Mialhe attribue le diabète passager, dont le malade a présenté des traces, aux boissons acides qu'il a bues; mais quand il a commencé l'usage de ces boissons, il ressentait déjà, comme le dit l'observation, une soif ardente, qui est un des symptômes caractéristiques de la maladie. Quelles étaient ces boissons acides? Comme l'observation ne l'indique pas, il est probable que ce sont les boissons habituellement en usage : le sirop de groseilles, la limonade; mais ces boissons ne peuvent pas rendre les liquides de l'économie acides. Les sels acides qui les composent sont, suivant M. Mialhe lui-même, plus utiles que nuisibles. « La plupart des » fruits, et notamment les fruits rouges, contiennent une grande pro- » portion de sels alcalins, susceptibles d'être brûlés dans le sang et » d'être transformés en carbonate de potasse : c'est ainsi que les rai- » sins, pris en grande quantité, peuvent rendre l'urine alcaline. » (*Loc. cit.*, p. 73.)

Il y a quelques années, les médecins chimistes défendaient avec la plus grande sévérité l'usage des fruits dans les maladies qu'ils disent être produites par l'acidité des liquides : le diabète, la gravelle. Bientôt on a su que bon nombre de graveleux allaient se guérir dans les Alpes en mangeant des fraises, ou à Thomery en faisant une saison de raisin. L'ingénieuse explication de M. Mialhe concorde donc avec les faits, mais elle ne permet pas de comprendre comment le sujet de son observation aurait pu devenir diabétique, à son point de vue, en buvant du jus de groseilles, de citron ou d'orange.

Il paraîtrait même, d'après les observations anciennes et modernes, que les acides, même ceux qui ne peuvent être détruits dans l'économie, les acides minéraux, n'augmentent pas le diabète et peuvent le guérir. C'est l'opinion de Brera, Copland, Scott et Gilby, Nicolas et Gueudeville. M. Martin-Solon, dans ces derniers temps, a constaté que l'acide oxalique de l'oseille ne faisait pas augmenter la proportion du sucre dans les urines. (Contour, *loc. cit.*, p. 80.)

3° La suppression de la transpiration est un fait constant chez les diabétiques, mais elle peut aussi bien être considérée comme l'effet que comme la cause de l'abondante sécrétion urinaire. Quant à son influence sur l'acidité des liquides, dans l'espèce, elle est assez difficile à admettre; car si une certaine quantité de liquide acide cesse d'être éliminée par la peau, elle est largement compensée par l'énorme quantité d'urine acide que rend le malade : cinq, six et dix litres par jour.

Outre ces trois causes directes que je viens d'examiner, M. Mialhe admet, avec MM. Bernard, Alvaro-Reynoso, que tout obstacle à l'innervation, à la circulation, à l'hématose, pourra favoriser le développement du diabète; mais il ne l'admet qu'autant que cet obstacle entraînera une oxydation incomplète, et en parle comme de faits exceptionnels.

Cette acidité générale dont nous venons d'examiner l'étiologie, comment se manifeste-t-elle aux yeux de l'observateur? Les liquides présentent-ils tous une réaction acide?

L'urine est acide chez les diabétiques, mais comme elle l'est chez l'individu sain, il est impossible d'en tirer une conclusion favorable à l'hypothèse de l'acidité comme cause du diabète, d'autant qu'il arrive souvent chez des diabétiques, par l'usage des alcalins, que les urines perdent toute réaction acide, sans que la proportion de glycose diminue, ce que nous avons été à même d'observer plusieurs fois, ce qui a été également noté par M. Bouchardat. (*Loc. cit.*, p. 71.) La salive est souvent acide le matin à jeun, mais elle ne l'est pas toujours; dans la journée il est beaucoup plus rare qu'elle le soit, et en résumant nos observations propres, nous la trouvons, chez les diabétiques, aussi souvent alcaline qu'acide.

Les liquides intestinaux seraient acides suivant R. Willis et M. Mialhe; ce dernier recommande même de ne pas donner de magnésie, dans la crainte qu'il n'y ait superpugation par le fait du nouveau sel formé dans les intestins. Rien de semblable n'est arrivé à R. Willis, qui donnait 8 grammes de magnésie par jour à ses malades, à Troller, à Hufeland, à Philips, qui en faisaient également un très grand usage et disent en avoir retiré de très bons effets. Je comprends difficilement, au point de vue même de la théorie de la diathèse acide, que cette acidité puisse coïncider avec la maladie dont elle doit être l'expression. En effet, d'après les savantes études de MM. Mialhe, Bouchardat et Sandras, pour que l'enveloppe du grain de fécule soit brisée et que cette fécule soit changée en glycose, qu'on retrouvera plus tard dans l'urine, il faut, en première ligne, outre le ferment, un milieu alcalin. Si ce milieu, au lieu d'être alcalin, est acide, la transformation n'aura pas lieu, la fécule passera intacte dans les intestins, pour être rendue avec les matières fécales : il n'y aura pas de glycose formé, il ne pourra pas s'en trouver ni dans le sang, ni dans l'urine; en un mot, si l'acidité de l'organisme est la condition *sine quâ non* du diabète, les liquides intestinaux doivent, en effet, être acides, comme le disent les auteurs que nous avons cités; si ces liquides sont acides, la transformation glycosique est impossible, il ne peut pas y avoir de glycose dans l'économie, le diabète est impossible.

Rien ne prouve donc que tous ces liquides du tube digestif aient acquis une acidité anormale; le contraire semblerait même établi par la grande quantité de glycose formé. Mais de tous les liquides de l'économie, celui dont l'alcalinité constante est le mieux établie chez le diabétique comme chez l'homme sain, est précisément celui dont l'acidité serait indispensable pour expliquer la présence du glycose dans les urines : le sang. Ce liquide a toujours présenté une réaction manifestement alcaline à tous ceux qui l'ont examiné (MM. Bouchardat, Poggiale, etc.); M. Mialhe lui-même (*loc. cit.*, p. 75) en convient et explique cela en disant que si le sang reste alcalin chez les diabétiques, c'est qu'il contient des phosphates alcalins, et que pour la combustion du glycose, il faut des carbonates. Cette hypothèse tombe devant les analyses qui ont été faites du sang des diabétiques, entr'autres celles de Muller et de Reis, dont l'une indique 2,75 de carbonates pour 360 de sang, et l'autre 4 de carbonates et chlorures alcalins pour 1000 de sang. D'autre part, très souvent on voit des diabétiques saturés d'alcalis, prenant par jour 8 et 10 grammes de carbonate de soude, et continuer à rendre 5 et 6 p. 100 de glycose dans leurs urines. Enfin, plusieurs ont été traités par le phosphate de soude et s'en sont bien trouvés.

Cette constante alcalinité du sang est une objection grave à la théorie des diathèses acides, mais l'examen du sang des diabétiques en révèle une autre au moins aussi sérieuse, que nous croyons devoir signaler à M. Mialhe. Pour lui, en effet, le diabète est causé par l'existence dans le sang d'une grande quantité de glycose qui, n'y trouvant pas les éléments nécessaires à sa destruction, reste dans le sang à l'état de glycose pour être ensuite éliminé par les urines. Il en résulte, évidemment, que le sang des diabétiques devra contenir d'autant plus de glycose qu'il y en a davantage dans les urines, puisque celui qu'on trouve dans l'urine vient du sang où il n'a pas été brûlé.

L'individu qui, en vingt-quatre heures, rend six litres d'urine, contenant 60 grammes de sucre par litre, c'est-à-dire 360 grammes de sucre, devra présenter dans son sang, à quelque heure du jour qu'on l'examine, une grande quantité de sucre, puisque l'urine, à quelque heure qu'elle soit examinée, en présente une si grande proportion. Les analyses sont loin de confirmer ce résultat.

En effet, si la présence du sucre a été constatée quelquefois dans le sang des diabétiques par quelques observateurs : Ambrosiani, Maitland, Reis, Mac-Grégor, Guibourd, Bouchardat, tous, à l'exception d'un seul, disent en avoir seulement trouvé des traces, et pas toujours. Ainsi, M. Bouchardat n'a jamais pu en extraire du glycose cristallisé; il n'a jamais pu constater, au moyen de l'appareil de M. Biot, le caractère rotatoire, et une fois seulement la fermentation a pu lui donner des traces d'alcool. Ambrosiani seul dit en avoir trouvé une quantité considérable, mais les proportions qu'il indique sont tellement exagérées, que, comme le dit très bien l'honorable professeur de thérapeutique de l'école « son opinion doit paraître favorable à ceux qui concluent » pour la négative. » (Supp. à l'*Annuaire de thérap.*, 1846, p. 179). Au contraire, ceux qui nient l'existence du sucre dans le sang des diabétiques

sont nombreux, et leur opinion est formelle. Ce sont : Nicolas et Gueudeville, Wollaston, Marcet, Prout, Vauquelin, Thénard, Kean, Berzélius, Henry, Martin-Solon. Ce dernier, entr'autres, a pris toutes les précautions indiquées par M. Bouchardat et n'en a pas trouvé, soit qu'il opérât avec M. Henry, soit qu'il opérât avec M. Forteneau. (Contour, thèse, p. 58-59.) Ce résultat nous paraît tout particulièrement digne de remarque, et bien propre à ébranler l'ingénieuse théorie de M. Mialhe. Pour qu'elle fût acceptable, il faudrait démontrer que le sang des diabétiques contient une quantité de glycose proportionnelle à celle qu'on trouve dans les urines ; des traces ne peuvent suffire, d'autant que dans dans ces derniers temps, par des analyses délicates, on serait parvenu à démontrer la présence d'une petite quantité de glycose dans tout le système vasculaire chez des animaux bien portants, même après huit huit jours d'inanition. (M. Chauveau, Académie de médecine, 30 septembre 1856.)

Le traitement de la glycosurie, comme le reste de l'histoire de cette maladie, nous paraît peu favorable à la théorie de la diathèse acide.

Nous avons vu des médecins traiter les diabétiques par des acides sans augmenter le mal, et même l'amender d'une manière notable. (Hufeland, Nicolas et Gueudeville, Martin-Solon.)

Le régime azoté, universellement prescrit aujourd'hui contre le diabète, devrait, d'après cette théorie, augmenter la maladie, puisque le régime azoté a pour résultat de donner aux liquides de l'économie une réaction acide.

(La suite à un prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

SUR L'EMPLOI DES LAVEMENTS PURGATIFS DANS LE TRAITEMENT DU CATARRHE UTÉRIN. — M. Aran, médecin de St-Antoine, après avoir distingué les écoulements par les parties géoitales de la femme en trois genres, selon qu'ils viennent de la vulve ou de la partie inférieure du vagin, ou de la partie supérieure de ce canal et de la muqueuse vaginale du col utérin, ou, enfin, de l'utérus lui-même, annonce que le hasard lui a fait découvrir un moyen destiné, sinon à donner des succès constants, au moins à rendre de grands services dans la thérapeutique des écoulements de cette dernière classe. Ce moyen, c'est l'aloès en lavements répétés chaque jour ou au moins tous les deux jours : ajoutons de suite, avec M. Aran, que cette méthode avait été préconisée par Schœlein, mais seulement contre l'aménorrhée, et que c'est en l'essayant contre cette affection que M. Aran en a obtenu les résultats qui font l'objet de cette note. Ce médecin distingué a posé les indications et les contre-indications de ce mode de traitement.

Il faut que ce soit vraiment à un catarrhe utérin que l'on ait affaire, c'est-à-dire que l'écoulement soit chronique et qu'il vienne de l'utérus. On reconnaît qu'il vient de l'utérus à ses caractères physiques et chimiques, quand on ne peut s'aider du spéculum. Ainsi le mucus du col est fortement visqueux, semblable à du blanc d'œuf, transparent ou opaque, et se distingue nettement de celui du vagin. Le mucus peu consistant, le mucus aqueux, qu'il soit transparent, sanguinolent, trouble, opaque ou même puriforme, est fourni par la cavité du corps de l'utérus ; mais il est difficile de le distinguer par ces caractères de la secrétion vaginale. Ce qui caractérise ces deux espèces de mucus utérins c'est qu'ils sont alcalins, alors que le mucus fourni par le vagin et par le museau de tanche est constamment acide. Lorsque l'écoulement est abondant, on peut être certain que le vagin en fournit au moins la plus grande partie, car l'utérus ne donne jamais qu'une petite quantité de secrétion. Alors les deux espèces d'écoulement, utérin et vaginal, peuvent être dus à une même cause, ou être déterminés l'un par l'autre, le second par le premier, par exemple. On comprend de suite que, dans ce dernier cas, on pourra encore appliquer le traitement du catarrhe utérin indiqué par M. Aran.

Ce traitement ne réussit point, si l'écoulement utérin est entretenu par la persistance d'un travail inflammatoire ou congestif dans l'utérus ; il peut même aggraver les accidents. Mais lorsque l'utérus emprunte son état de congestion ou d'irritation à la présence d'un travail morbide dans son voisinage, les lavements d'aloès ont paru rendre encore de véritables services en diminuant notablement, en réduisant même presque à rien l'écoulement catarrhal : seulement alors les guérisons définitives sont rares.

Enfin, dans le catarrhe utérin lui-même, les lavements d'aloès réussissent dans le plus grand nombre des cas, mais non dans tous.

Le mode d'administration est celui-ci : on fait prendre à la malade, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, suivant l'effet produit par le médicament, et toujours le soir en se couchant, d'abord un lavement simple d'eau tiède pour débarrasser l'intestin, puis un lavement comme suit : aloès et savon médicinal, de chaque 5 ou 10 grammes, eau bouillante 100 grammes. F. s. a. — Ce lavement, malgré la haute dose d'aloès qu'il renferme, est presque toujours facilement gardé jusqu'au lendemain matin et provoque au réveil trois à quatre garderobes sans trop de coliques, sans cuisson ni brûlure. Chez les personnes trop sensibles, un lavement tous les deux jours est suffisant, pendant une huitaine ou une quinzaine de jours ; chez les personnes moins sensibles, on peut donner quatre, six, huit lavements d'aloès de suite, un tous les soirs. Les effets ne tardent pas à se manifester par la diminution de jour en jour plus marquée de l'écoulement, qui peut cesser complétement en quatre ou six jours.

M. Aran s'est assuré, par des expériences comparatives faites avec soin, d'abord que les substances purgatives administrées par la voie rectale ne possèdent pas, en général, la même activité que lorsqu'on les emploie par la bouche, ensuite qu'aucun purgatif, résineux ou salin, si ce n'est peut-être la décoction de rhubarbe, ne peut remplacer l'aloès dans le traitement dont nous venons de parler. — (In *Bulletin de thérap.*, 15 mars 1858.)

COURRIER.

Un décret impérial en date du 23 février 1852 a institué, on le sait, un prix de 50,000 francs en faveur de la plus utile application de la pile de Volta, et a fixé à cinq ans le terme de ce concours.

Un arrêté du 7 février 1857 a réuni une commission chargée d'examiner les travaux qui seraient présentés pour discuter le prix ; elle se composait de MM. Dumas, sénateur, membre de l'Institut, président ; Becquerel, Pelouze, Regnault, Despretz, Rayer, Serres, le baron Ch. Dupin, le baron Séguier, le général Poncelet, le général Morin, membres de l'Institut ; Reynaud, inspecteur général des ponts et chaussées, chef du service des phares ; Sainte-Claire Deville, maître des conférences à l'Ecole normale supérieure, secrétaire.

S. Exc. le ministre le l'instruction publique et des cultes vient d'adresser à Sa Majesté un rapport sur les travaux de cette commission, laquelle, après les investigations les plus consciencieuses, aidées de toute l'expérience, de tout de savoir, qui peuvent assurer l'autorité d'un jugement, n'a pas pensé qu'il y eût lieu à décerner le prix. Elle a constaté, toutefois, d'estimables efforts ; elle espère qu'un ajournement pourra permettre à des résultats plus complets de se produire.

En conséquence, S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes, organe des vœux de la commission, a demandé à l'Empereur d'ouvrir de nouveau le concours pour une période de cinq ans.

Un décret impérial, inséré au *Moniteur* d'hier 9 mai, a approuvé le rapport de Son Excellence, et ouvre de nouveau le concours pour une période de cinq années.

Sa Majesté, sur le rapport de S. Exc. le ministre de l'instruction publiques et des cultes, a, en outre, par décrets impériaux insérés ce matin au *Moniteur*, décerné une médaille d'encouragement commémorative du concours ouvert par décret du 23 février 1852 entre tous auteurs des plus utiles applications de la pile de Volta, à MM. Froment et Duchenne, de Boulogne, et a nommé ce dernier chevalier de la Légion d'honneur.

Le rapport de Son Excellence désigne en outre, en raison de leur nationalité, à son collègue du ministère des affaires étrangères, MM. Ruhmkorff et Mettdelsdorff, dont les travaux ont été spécialement remarqués par la commission, pour les récompenses dont M. le comte Walewski les jugera dignes.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — Le dernier écho du procès intenté par les neuf pharmaciens d'Angoulême contre le docteur Moreau, médecin homœopathe de la même ville, pour délit de vente ou distribution de médicaments homœopathiques, est venu expirer, jeudi dernier 6 mai, devant la Cour de Bourges. (chambre correctionnelle).

La Cour était saisie de cette affaire par suite d'un arrêt de renvoi de la Cour de cassation, jugeant chambres réunies. Ce procès a eu un grand retentissement, parce qu'il soulève des questions du plus haut intérêt, non seulement au point de vue de l'interprétation de la loi du 21 germinal an XI, mais encore au point de vue de la science et des attributions professionnelles des médecins et des pharmaciens.

En effet, après le jugement du tribunal correctionnel d'Angoulême, qui avait accueilli le système de défense de M. le docteur Moreau, les Cours impériales de Bordeaux, et de Poitiers, devant lesquelles l'affaire fut successivement portée, sans admettre pleinement l'opinion des premiers juges, jugèrent cependant en dehors des principes de droit, nettement formulés par la Cour de cassation.

Par suite de remise, l'affaire a été appelée aujourd'hui. M. Roulhac occupait le siége de la présidence, M. le procureur-général de Chenevière tenait le fauteuil du ministère public. Les pharmaciens avaient remis leur défense aux mains d'un de nos plus habiles avocats, Me Guillot, près duquel on voyait M. Mathieu-Sicaud, pharmacien d'Angoulême, délégué par ses confrères. Sur le banc opposé, M. le docteur Moreau, qui n'avait pas cru devoir se faire assister par un avocat, s'en reposant probablement sur l'excellence de sa cause ou mieux peut-être sur son talent.

Après un rapport limpide sur cette affaire et ses diverses phases, par M. le conseiller Hivert de Beauvoir, le docteur Moreau a été interrogé par M. le président.

Me Guillot a ensuite pris la parole et a su tirer tout le parti posssible de sa bonne cause, tout en distribuant à son adversaire de temps à autre les sarcasmes les plus fins. Puis M. le docteur Moreau, doué d'une assurance et d'un aplomb remarquables, pour ne rien dire de plus, a lu son plaidoyer ou mieux sa glorification personnelle et celle de son système.

Enfin, M. le procureur-général, dans un remarquable réquisitoire plein d'éloquence, de logique et d'élévation, a démontré nettement que la question à juger était une question de droit rigoureux ; il a conclu, par application, à la condamnation du sieur Moreau et a admis le bien fondé de la demande en dommages-intérêts de la part des pharmaciens d'Angoulême, s'en remettant à la sagesse de la cour pour la fixation.

La Cour, après un délibéré, a rendu son arrêt sans désemparer, conformément aux principes posés par la cour de cassation et aux conclusions prises par M. le procureur-général.

Par suite de cet arrêt longuement motivé, la Cour casse le jugement du tribunal correctionnel d'Augoulême ;

Condamne le docteur Moreau en 25 fr. d'amende ; en 500 fr. de dommages-intérêt au profit des demandeurs ; en tous les frais et dépens faits à Angoulême, Bordeaux, Poitiers, devant la Cour de cassation, et enfin ceux faits devant la Cour de Bourges ;

Et fixe la durée de la contrainte par corps à un an pour obtenir paiement des sommes indiquées.

Cet arrêt sera un monument de jurisprudence dans une matière si controversée, si diversement interprétée. (Nous publierons dans le prochain numéro le texte même de l'arrêt.)

— La question du crétinisme, pour laquelle M. le docteur Ferrus a institué un prix de 500 francs, a été remise au concours depuis le 29 juin 1857, sous ce titre :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, au » triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'ana- » tomie pathologique. »

Les mémoires devront être déposés, avant le 19 janvier 1859, à l'adresse du secrétaire général de la *Société médico-psychologique,* ou chez M. Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français et accompagnés d'une enveloppe cachetée, reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit, et à l'intérieur le nom de l'auteur. Ils ne seront point reçus s'ils ne remplissent ces deux conditions. Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 12 mai, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire-général ; 2° Des indications des eaux minérales, par M. Durand-Fardel ; 3° De la cataracte et des nombreuses erreurs qui ont cours à son sujet, par M. Coursserant ; 4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* vient de publier la statistique médicale du département du Bas-Rhin. Elle comprend :

165 docteurs en médecine, 53 officiers de santé, 72 pharmaciens, 504 sages-femmes, 4 herboristes.

Les médecins y sont répartis de la manière suivante :

Communes au-dessous de 1,000 habit.,	6 docteurs,	9 offic. de santé.	
— de 1,000 à 2,000	» 18	» 16	»
— de 2,000 à 5,000	» 46	» 18	»
— de 5,000 à 12,000	» 19	» 2	»
Strasbourg 77,656	» 76	» 8	»

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 56. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 13 Mai 1858.**

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Avant et après une élection dans la section d'anatomie pathologique qui a donné la victoire au savant micrographe M. Robin, M. Trousseau a occupé la tribune du commencement à la fin de la séance. Saluons en passant le nouvel élu ; il apporte à l'Académie un élément qui lui manquait. Si l'on cherchait un emblème du travail persévérant, modeste et honnête, c'est la bonne et douce figure de M. Robin qu'il faudrait prendre. Ses compétiteurs ont tous trouvé dans le scrutin des consolations, quoique inégales, il est vrai. M. Ménière croyait peut-être toucher le but de plus près; il l'atteindra probablement bientôt, et ce sera justice. Le nom de M. H. Roger est un nom académique qui, tôt ou tard, lui portera bonheur, et ce sera une juste récompense de travaux très méritants; et quant à M. E. Barthez, lorsqu'on porte avec tant de distinction un nom médical aussi illustre, on peut légitimement aspirer aux honneurs académiques.

Revenons au discours de M. Trousseau.

Nous n'aurons pas la témérité, qui serait presque de l'audace, d'apprécier, dans le court espace de temps qui nous reste, cette longue et belle oraison. Le savant académicien a fait l'excursion la plus hardie dont on ait souvenance, à l'Académie, dans les régions les plus inexplorées, les plus ignorées, hélas! de la philosophie pathologique. Mais cette course vertigineuse et à fond de train nous a un peu troublé, et nous demandons à nous remettre.

Quel brillant esprit! quelle facilité merveilleuse de parole! trop merverveilleuse peut-être, car ce torrent impétueux d'éloquence qui a traversé hier l'Académie, comme tous les torrents, mêlant quelques impuretés à ses limpides eaux, se montrait plus impatient d'entraîner que de rafraîchir et de déraciner que de féconder.

Le discours de M. Trousseau, comme nous l'avions prévu, se divise en deux parties, une partie critique, une partie dogmatique.

Jamais discours n'a été plus accidenté d'interruptions et d'apostrophes. Aucun des orateurs ne voulait se reconnaître dans les opinions que leur prêtait M. Trousseau ; tout autre orateur se fût troublé de ces interpellations successives; mais M. Trousseau les a bravement supportées, et a trouvé réponse à toutes avec à-propos et modération.

Sous la première impression, et sauf réflexion nécessaire, il est probable que l'on fera aussi deux parts dans l'appréciation de ce discours. Si la partie critique doit soulever des objections, la partie dogmatique en soulèvera de plus fortes encore. On a eu peine à bien saisir la doctrine de M. Trousseau sur la spécificité, néologisme à notre sens inutile, et qui ne nous semble établir qu'une chose depuis bien longtemps connue et admise, à savoir la spécialité des phénomènes selon la spécialité de la cause. C'est la doctrine de l'étiologie, aussi ancienne à vrai dire que la médecine, car, de tout temps, on a cherché — efforts trop souvent inutiles — à rattacher le phénomène à la cause et à baser sur elle l'indication thérapeutique. Mais, ces réserves faites, il est impossible de soutenir une doctrine avec une verve plus entraînante, plus d'esprit et plus d'à-propos, de mettre au service de sa cause des ressources plus multiples et des comparaisons plus ingénieuses que ne l'a fait M. Trousseau pendant plus de deux heures, à la grande satisfaction d'une assistance très nombreuse.

Ce discours, en effet, n'est pas seulement un brillant fragment d'une discussion académique, c'est un exposé de doctrines, et par le temps qui court les doctrines sont si rares, et celles-ci émanent d'un homme si éminent et qui a charge d'intelligences, en sa qualité de professeur de clinique, qu'à tous ces points de vue il mérite un examen attentif. Nous nous chargerons très prochainement de ce soin difficile, en laissant à nos savants collaborateurs toute la partie afférente à la fièvre puerpérale.

Annonçons aussi une bonne nouvelle : M. Velpeau a demandé la parole.

Amédée LATOUR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Larrey communique, de la part de M. Larbès (de Damazan), ex-médecin aide-major, au 67e de ligne, une observation détaillée qu'il résume de la manière suivante :

« Une femme âgée de 56 ans, mariée à 23, ayant eu quatre enfants, les a nourris, ainsi que deux autres. Elle est d'une constitution pléthorique, elle a toujours été bien réglée. Elle a eu pour antécédents des douleurs vagues et générales en nourrissant son premier-né, puis des troubles dans la circulation, avec des battements de cœur si prononcés pendant le dernier allaitement, qu'elle fut obligée de sevrer son nourrisson. Une grande frayeur et un refroidissement brusque l'ont rendue plus tard malade pendant longtemps, sans qu'elle ait pu indiquer la nature de cette maladie.

» Cette femme se plaint, en octobre 1857, de douleurs vives à la région précordiale, avec beaucoup de gêne dans la respiration et de violents battements de cœur. L'exploration ne fait reconnaître aucune affection organique de cet organe ; mais de la toux, de la fièvre, nécessitent une médication antiphlogistique. L'amélioration se prononce, semble se maintenir, lorsque quelques jours après, le 20 octobre, des douleurs vives avec engourdissement se font sentir dans les deux jambes. Ces douleurs se fixent ensuite exclusivement dans la jambe droite, qui éprouve successivement une sensation de froid, une diminution de la sensibilité et de la gêne dans les mouvements. De la rougeur apparaît à la malléole externe et vers les orteils, et, en s'étendant aux parties voisines, elle devient bleuâtre; la peau semble se dessécher, les douleurs augmentent, ainsi que les autres symptômes; l'articulation tibio-tarsienne tend à s'immobiliser, les pulsations artérielles deviennent imperceptibles, et le refroidissement du membre est de plus en plus prononcé. Mais peu ou point de réaction générale; rien n'indique non plus l'existence d'une gangrène par le seigle ergoté.

» Tous les moyens applicables d'ailleurs à une gangrène spontanée sont mis en usage sans résultat. La mortification de la peau envahit en peu de jours non seulement la totalité du pied, mais la plus grande partie de la jambe jusqu'à son tiers supérieur, où elle se limite, le 1er novembre, par une ligne transversale ou zone inflammatoire bien marquée. Les orteils sont ardoisés, noirâtres, desséchés, rigides; la même teinte revêt bientôt le pied ainsi que la jambe, qui présente à la face externe de son tiers inférieur un point ramolli, fluctuant, d'où s'écoule, par une incision, un liquide séro-sanguinolent, d'une couleur et d'une odeur gangréneuses. Les tissus restés sains au-dessus du sillon inflammatoire sont d'une sensibilité vive. On a soin de préparer la malade, par un régime analeptique, à supporter les effets d'une élimination naturelle. Celle-ci commence enfin par une séparation plus profonde des parties mortifiées; une suppuration abondante s'établit, et nécessite des pansements fréquents antiseptiques.

» Le 1er décembre, toutes les parties molles divisées laissent à nu le tibia et le péroné en contact avec le pus, qui en favorise l'élimination lente. Celle-ci s'opère enfin spontanément le 20 janvier 1858, trois mois après l'apparition des premiers symptômes de la gangrène. Les deux os cédant à une légère pression exercée au moment d'un pansement, se brisent et se détachent d'eux-mêmes vers le tiers supérieur du membre, presque sans hémorrhagie.

» Des pansements simples légèrement excitants suffisent pour faire développer des bourgeons charnus à la surface du moignon; la cicatrisation s'établit assez régulièrement, et se trouve à peu près complète aujourd'hui. La malade a repris des forces et de la santé; elle n'éprouve plus de troubles du côté du cœur, et elle marche avec des béquilles, en attendant que la cicatrice de son moignon soit assez solide pour lui permettre de faire usage d'un moyen prothétique.

» Quant à la pièce anatomique destinée au musée du Val-de-Grâce, et présentée à la Société, elle offre, ajoute M. Larrey, l'un des exemples les plus remarquables de la momification d'un membre sphacélé. L'ouvrage de François sur les *gangrènes spontanées*, publié en 1832, et relatant une cinquantaine d'observations, n'en présente pas une seule qui, sous ce rapport, et eu égard à la guérison, soit aussi curieuse que l'observation de M. Larbès. »

— M. Armand Després, interne des hôpitaux, présente des pièces et lit une observation recueillie dans le service de M. Marjolin :

Un enfant de 10 ans fit, le 4 avril 1858, une chute sur les pieds; il ne perdit pas l'équilibre, mais il resta étourdi pendant quelques instants, et sentit presque aussitôt une douleur assez vive au pied et à la hanche du côté droit.

Le 9, il éprouva de la céphalalgie et eut un léger frisson, bientôt suivi de fièvre avec délire et agitation. Il se plaignait de souffrir dans la cuisse droite.

Le 12, l'enfant fut porté à l'hôpital Sainte-Eugénie. On reconnut l'existence d'un phlegmon au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite; il y avait, en outre, des symptômes généraux fort graves : 140 pulsations, soubresauts des tendons, dents et lèvres fuligineuses; délire incomplet. Aucune teinte ictérique. M. Marjolin porta aussitôt le pronostic le plus fâcheux, et pensa que l'enfant était atteint soit d'une affection typhoïde à forme cérébrale, soit d'une infection purulente consécutive à l'inflammation de l'articulation du pied.

Le lendemain 13, agitation croissante, mouvements désordonnés, plaintes et cris répétés. Le phlegmon du coude-pied est fluctuant. On l'incise, et on trouve que l'abcès communique avec l'articulation tibio-tarsienne.

Les jours suivants, l'état général reste le même.

Le 17, le pouls est misérable, très fréquent. Sudamina sur le ventre. Quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le soir, le malade tombe dans le coma ; sa respiration devient stertoreuse. Il meurt le 18 au matin, quatorze jours après sa chute.

Il n'y avait eu pendant la vie aucun trouble dans l'émission des urines et des matières fécales, aucune paralysie, aucune déviation des traits ; la pupille avait conservé jusqu'au dernier moment sa contractilité; les membres n'avaient présenté aucune contracture, pas même pendant l'agonie.

A l'autopsie, on a trouvé dans l'intestin grêle quelques follicules isolés plus saillants qu'à l'état normal, et quelques ganglions mésentériques un peu congestionnés. La rate et le foie sont sains. Les deux poumons sont congestionnés; le cœur ne renferme pas de caillots. La lésion du membre inférieur droit se réduit à un simple abcès phlegmoneux communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne. On passe alors à l'examen de la boîte crânienne.

Les téguments du crâne ne sont nulle part ecchymosés ; les os du crâne sont intacts, ainsi que la dure-mère, qui paraît seulement très distendue. La cavité de l'arachnoïde n'est le siége d'aucun épanchement; mais il existe une suffusion sanguine sous l'arachnoïde cérébrale, à la face convexe du lobe postérieur, de l'hémisphère cérébral gauche. En ouvrant les ventricules, on trouve à la partie postérieure de l'étage supérieur du ventricule gauche un caillot sanguin, mou, noirâtre, à peu près sphérique, gros comme un œuf de poule, et présentant en quelques points des traces de décomposition. Ce caillot se prolonge dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant; en haut, il n'est séparé de la surface extérieure du cerveau que par une mince couche de substance cérébrale. Il repose sur la partie postérieure du corps strié et sur la couche optique; les couches les plus superficielles de ces deux organes sont ramollies; la partie correspondante du corps calleux, le pilier postérieur gauche de la voûte sont également ramollis, et de plus on trouve au-dessus du caillot, dans l'épaisseur de l'hémisphère, deux petits foyers purulents de la grosseur d'un pois. Toutes les parties qui entourent le caillot offrent une coloration jaunâtre analogue à celle qui se manifeste autour de certains foyers apoplectiques. En plusieurs points, le caillot adhère fortement à la substance cérébrale, avec laquelle il semble se fusionner. La veine du corps strié est détruite ; les plexus choroïdes sont intacts.

Indépendamment de ce caillot principal, qui paraît s'être produit au moment de l'accident, on trouve dans le même ventricule un autre caillot plus rouge et qui paraît moins ancien. Il ne remplit pas toute la cavité ventriculaire, mais il en occupe toute la longueur, et se continue en avant à travers le trou de Monro avec un autre caillot semblable qui occupe le ventricule moyen, et qui, sans la moindre interruption, se prolonge, d'une part, dans le ventricule droit du cerveau à travers le trou de Monro du côté droit; d'autre part, dans le ventricule cérébelleux à travers l'aqueduc de Sylvius. La paroi postérieure de ce dernier ventricule est distendue par le caillot, qui s'arrête au trou de Magendie.

Au reste, les parois ventriculaires sont parfaitement saines autour du caillot dont on vient de décrire le trajet. On ne trouve dans la substance encéphalique d'autres lésions que celles qui existent autour du gros caillot sphérique du ventricule gauche.

M. Deguise est peu surpris de voir qu'un aussi vaste épanchement n'ait pas déterminé de paralysie ; la physiologie du cerveau n'est pas assez avancée, assez positive, pour qu'on puisse savoir quelles sont les conditions incompatibles avec la conservation de la motilité. M. Bérard aîné a présenté dans le temps à la Société anatomique un fait bien plus singulier encore que celui de M. Marjolin. Un homme qui avait été atteint par l'explosion d'une mine, vécut encore deux jours, malgré l'existence d'une lésion très étendue et très profonde de l'encéphale.

Le cerveau proprement dit était presque entièrement détruit ou broyé; la partie la plus postérieure des lobes postérieurs du cerveau avait seule conservé son intégrité ; et cependant cet homme n'avait pas perdu connaissance, il avait même conservé la mémoire. M. Deguise ajoute qu'il lui est arrivé plusieurs fois de trouver des lésions cérébrales très profondes et très étendues, des foyers hémorrhagiques énormes, chez des aliénés qui avaient succombé sans présenter les symptômes de l'apoplexie.

Selon M. Broca, les symptômes qui ont été observés pendant la vie se rapportent à l'encéphalite. Ce fait est embarrassant pour ceux qui attribuent à la compression pure et simple la paralysie qui accompagne les épanchements cérébraux traumatiques. Mais la doctrine classique de l'Académie de chirurgie sur les plaies de tête est depuis longtemps ébranlée, et des exemples nombreux ont prouvé qu'il n'y a point nécessairement liaison entre la compression cérébrale et les accidents de paralysie qu'on attribue à cette compression.

M. Broca, entre autres exemples, rappelle celui qui a été publié au dix-huitième siècle par Atthalin. Un énorme épanchement de sang bien plus volumineux encore que celui que montre M. Marjolin, ne produisit absolument aucun symptôme pendant cinquante-quatre jours; et ce fut alors seulement que les accidents commencèrent. Pour mettre les faits de ce genre d'accord avec la théorie de la compression cérébrale, on suppose que l'hémorrhagie s'est produite lentement; c'est une pure supposition. On invoque de

plus la physiologie du cerveau, mais des expériences faites d'abord par M. Serres, puis par MM. Gama et Malgaigne, prouvent qu'on peut injecter dans le crâne des animaux des quantités considérables de sang, sans produire les symptômes attribués à la compression.

PATHOLOGIE.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE DANS L'ÉCOLE ALLEMANDE.

Il ne doit être question, dans cette note, des débats ouverts au sein de l'Académie impériale de médecine sur la fièvre puerpérale; nous n'avons pas l'intention de relever des opinions hasardées, ou des doctrines surannées, et nous n'avons pas davantage la prétention d'en remontrer à des académiciens; mais, en présence de ces discussions, moins stériles peut-être que ne le font penser certains discours, il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs de connaître l'opinion professée en Allemagne, par des pathologistes comme Kiwisch, Scanzoni, Virchow, Rokitansky, Engel, Veit, Donders, etc., etc., sur les causes les mieux appréciées et sur la nature de cette grave maladie.

Et d'abord, la fièvre puerpérale est-elle, oui ou non, contagieuse?

« Il existe toujours encore des médecins, dit le professeur Scanzoni (1), qui croient devoir répondre par l'affirmative à cette question; quant à moi, je suis de l'avis le plus diamétralement opposé, parce que mes observations, très nombreuses à cet égard, ne m'ont pas encore fourni un seul cas qui dût et qui pût être rapporté à une origine contagieuse. Les motifs avancés par les partisans de la contagion ne sont basés sur nulle preuve solide, ou bien ils plaident en faveur d'une cause miasmatique ou épidémique; si l'on accepte même qu'une substance délétère, du pus, de la sanie, etc., portés dans un organisme sain, puissent produire une altération morbide du sang, personne n'y voudra voir un véritable contagium. »

Cette dernière opinion a cependant été avancée par Semmelweiss et soutenue par Skoda; elle a été reproduite en France, à plusieurs reprises déjà, et notamment dans la présente discussion devant l'Académie; « ces deux auteurs, ajoute le professeur de Würzbourg, attribuent la mortalité plus grande dans la première Clinique d'accouchement de Vienne à ce que les femmes y sont visitées, touchées et accouchées par des médecins qui fréquentent l'amphithéâtre d'autopsies, et qui, de cette manière, infectent l'organisme des femmes par des matières délétères. J'ai été le premier à suspecter l'exactitude de cette assertion; plus tard Seyfert, Kiwisch, Lumpe et Zipfl ont également partagé mon doute; que cependant, il soit possible qu'il se produise de ces cas isolés d'infection, ceci est à la vérité admissible, tandis qu'il n'est pas permis *de soutenir sérieusement que la fréquence et la gravité des fièvres puerpérales dans les Maternités doivent être rapportées à ce seul genre de cause.* »

« Ce qui prouve le plus contre la contagion de la fièvre puerpérale, dit le professeur Veit (2), c'est qu'on voit, dans la même salle, à côté de malades mortellement atteintes, des femmes nouvellement accouchées qui restent parfaitement saines, tandis qu'on a constaté que d'autres accouchées, placées dans des chambres isolées et éloignées les unes des autres, contractaient la fièvre puerpérale..... Les épidémies qui sévissent dans les Maternités ne pourront jamais élucider ce point litigieux, parce qu'il y est le moins facile de déterminer le mode de propagation de la maladie pour chaque cas isolé. »

La plus grande autorité de la première moitié du XIXe siècle, quant aux maladies des femmes, le professeur F.-A. Kiwisch, accorde la plus sérieuse attention à cette question de contagion; il résume en quelques pages, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* (3), ce que sa longue expérience lui a appris à cet égard: « De tout temps, la contagion de la fièvre puerpérale a eu ses partisans, dit-il, à la page 580 de la première partie de son ouvrage; toutefois, on a toujours été très divisé quand il s'est agi de se faire une opinion sur la nature et la puissance du contagium.... » Passons ces appréciations, et arrêtons-nous seulement à ce qu'il y a de moins hypothétique. — « S'il arrive parfois, dit ce savant pathologiste, qu'un grand nombre de malades se montrent surtout dans la pratique d'un certain médecin ou d'une certaine sage-femme, on en doit souvent trouver l'explication dans ce fait, que ce sont précisément ces mêmes personnes qui ont été le plus occupées et qui ont eu le plus grand nombre de femmes à soigner. Il faut ajouter aussi cette circonstance que la maladie déclarée fièvre puerpérale par un accoucheur mérite une autre dénomination par un autre accoucheur. D'ailleurs, celui qui assiste une femme en couches ne la soigne pas toujours dans les maladies qui surviennent plus tard, et, par conséquent, le médecin traitant n'a pas toujours connaissance de toutes les phases de la maladie. »

Après avoir rappelé l'opinion de Semmelweiss et du professeur Skoda, sur la proportion différente des fièvres puerpérales dans les deux Cliniques d'accouchement de Vienne, après avoir montré que ce mode d'infection ne peut se soutenir, qu'une contagion analogue devrait se faire également chez d'autres individus et qu'on aurait dû observer des épidémies semblables chez les animaux, le professeur Kiwisch continue (4): « Il y a eu évidemment de cruelles épidémies de fièvre puerpérale où une infection de cette espèce ne peut être admise *aucunement, puisqu'on ne faisait pas alors d'autopsie.* Du reste, à en juger par mon expérience personnelle, le transport d'une matière cadavérique sur une femme accouchée ne donne pas lieu fatalement à une fièvre puerpérale. Je me suis trouvé bien des fois dans la nécessité d'intervenir chez une femme en travail, en quittant la table d'autopsie et sans avoir eu le temps de prendre des mesures de précaution; cependant, dans aucun cas je n'ai même pu soupçonner d'avoir contribué à l'explosion d'une fièvre puerpérale. Il faudrait donc que la contagion des substances délétères ne dépendît que de certains cadavres déterminés; c'eût été là, pour le docteur Semmelweiss, la première condition de ses recherches. Mais celles-ci restent encore à faire. D'ailleurs, si l'on croit à l'inoculation de la fièvre puerpérale par une faible quantité de matière septique, il existe toujours, dans les grandes Maternités, des voies nombreuses qui faciliteraient cette inoculation.... En admettant l'existence d'un contagium transmissible comme la cause unique, ou du moins la plus importante dans le développement de la fièvre puerpérale, on ne comprend pas pourquoi, dans la plupart des établissements, cette maladie s'éteint tout à coup, sans que les conditions locales soient changées et qu'elle reparaît de même. Dans de telles circonstances, les contagionistes les plus prononcés sont bien obligés de reconnaître que cette maladie ne se montre, en général, que sous l'influence de certaines conditions atmosphériques et locales. » Le savant professeur n'a jamais vu la fièvre puerpérale se propager de lit en lit; il a constaté maintes fois que de nouvelles accouchées restaient saines à côté de femmes mortellement atteintes, que des formes différentes de fièvre puerpérale se rencontrent à côté les unes des autres, quand elles se sont développées à des époques différentes; et que celles qui ont apparu en même temps sont identiques, quoique étant nées dans des localités différentes et éloignées les unes des autres. Toutes ces conditions plaident peu en faveur de la contagion.

Le professeur Virchow, qu'il est bon de consulter sur toutes les questions de pathologie et dont les entretiens sont toujours profitables, rapporte un grand nombre d'observations de fièvre puerpérale, dans son précieux travail (encore incomplètement connu en France, quoique beaucoup cité) sur les embolies artérielles et veineuses (Thromboses) (1); il a recueilli les documents les plus importants pendant l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné en 1846 et 1847, mais il n'a rencontré aucun cas de contagion. Ce qui, selon cet illustre pathologiste, a suggéré l'idée que cette maladie est contagieuse, c'est évidemment son analogie avec les affections diphthéritiques et croupales. Ceci nous amène naturellement à examiner la nature de la fièvre puerpérale, et nous ne saurions commencer sous de meilleurs auspices.

Les épidémies de fièvre puerpérale sont liées, selon M. Vichow à deux conditions majeures: aux influences atmosphériques et à la constitution sanitaire du moment. « Les rapports entre l'érysipèle des nouveau-nés et la fièvre puerpérale, dit-il, entre celle-ci et les affections diphthéritiques, phlegmoneuses, et pseudo-érysipélateuses ont été prouvés, dans ce dernier temps, par de nouveaux faits (2). » Nous ne citerons que ses propres recherches, pendant l'épidémie de 1846; elles l'ont conduit également à ne pas voir dans la fièvre puerpérale une affection complètement distincte et isolée: « Pendant la durée de cette épidémie, dit-il, les salles d'autopsie ne recevaient ni affections typhoïdes, ni inflammations franches, tandis qu'elles avaient une grande proportion d'exanthèmes aigus (inflammations érysipélateuses, croupales et phlegmoneuses) et particulièrement des affections analogues à la fièvre puerpérale;.... (l'auteur énumère quelques cas particuliers, et continue): plusieurs enfants aussi ont succombé offrant dans les veines et les artères ombilicales des caillots inflammatoires (thrombose inflammatoire).... Dans cette épidémie, ce sont en général les péritonites qui ont prédominé, et il était rare de faire une autopsie où les signes de cette affection aient manqué; mais je rencontrais, en outre, des désordres dans les vaisseaux lymphatiques et veineux, des inflammations articulaires, des inflammations diphtéritiques et croupales de l'utérus, du vagin et du rectum, etc. (3). » Ce pathologiste développe cette idée dans une autre partie de son travail sur l'*Embolie* (4): « Quoiqu'on sache, depuis longtemps, dit-il, que l'érysipèle du cordon ombilical peut s'étendre, chez les nouveau-nés, aux couches profondes de la paroi abdominale, même au péritoine, pour se terminer par une *omphalopéritonite*, on méconnaît cependant encore constamment la nature érysipélateuse de beaucoup de formes de métrites internes, de métrites et de métropéritonites, tout en constatant dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques des désordres analogues à ceux qui caractérisent l'érysipèle. Quand on étudie soigneusement l'état des ovaires, des ligaments et de la surface extrême de l'utérus, dans les fièvres puerpérales, on voit, comme dans l'érysipèle phlegmoneux de la peau et des tissus sous-cutanés, d'abord de l'œdème lymphatique avec gonflement considérable des parties, puis de la coagulation, dans les parties centrales des tissus *des infiltrations puriformes* et diphtéritiques avec de la mortification, plus tard encore, la fonte des tissus. » (L'observation de fièvre puerpérale rapportée avec le plus grand développement, à la page 612, reproduit un grand nombre de ces lésions.) Nos lecteurs ont remarqué que M. Virchow ne parle pas *de pus* mêlé au sang; ce n'est cependant pas que ce savant professeur néglige d'interroger les faits par les moyens les plus précis, mais lui-même va nous en donner la raison: « En examinant, dit-il (page 702), les dépôts d'apparence purulente, on n'y trouve souvent pas la moindre trace de corpuscule de pus, mais seulement des masses amorphes, granuleuses, riches en graisse qui résistent considérablement aux réactifs, et qui sont tout à fait semblables aux dépôts diphtéritiques des surfaces muqueuses. Toutes ces altérations appartiennent, par conséquent, à *une inflammation spécifique*, distincte de l'inflammation simple et ordinaire par l'origine, la marche et la terminaison, et qu'on peut désigner par l'expression générale: *Erysipelas malignum puerperale internum.* Ce qui, dans ces cas, a été incorporé au sang ne peut être autre chose que ce qui, chez l'opéré et le blessé, donne lieu à une plaie qui se couvre de diphtérite ou qui s'entoure d'un érysipèle; il ne s'agit ici ni de pus ni de substance putride..... Je suis parfaitement de l'avis de Rokitansky qui dit que nous ne connaissons pas d'état du sang qui mérite le nom de *Pyœmie*, et comme cette expression donne lieu à une foule de malentendus, je préfère la rejeter et la remplacer par une expression nouvelle. A celle-ci il faudra cependant reconnaître une propriété qu'on accordait déjà à l'ancienne pyœmie, c'est qu'elle est *phlogogène....* » (nos maîtres de l'Allemagne tout en faisant des emprunts bien corrects aux langues anciennes et modernes, oublient trop, et trop généralement, la richesse et la puissance de leur langue propre. La critique et les fables de Lessing sont-elles donc déjà si loin de nous?). Cette disposition du sang à engendrer des foyers métastatiques, inflammatoires, diphthéritiques et érysipélateux, le prof. Virchow propose de l'appeler *Ichorrhœmie* qu'il distingue de la *Septœmie* en ce que le sang, dans le premier cas, n'est pas mélangé avec une substance putride, et en ce qu'il renferme une plus grande proportion de fibrines et de corpuscules incolores, si souvent encore confondus avec des globules de pus. D'ailleurs dans aucune des nombreuses observations qu'il rapporte dans le chapitre de la *Thrombose puerpérale* (oblitérations veineuses dans l'état puerpéral), et qui comprend la *phlegmasia alba dolens* et la *fièvre puerpérale*, le savant professeur n'a pu constater la présence du pus dans le sang.

Que la fièvre puerpérale dépende par sa nature d'une dyscrasie ou altération du sang, là-dessus les auteurs que nous venons de consulter sont parfaitement d'accord; parmi les raisons qu'en donne le professeur Kiwisch (1) se placent surtout « ces faits connus, dit-il, que, pendant les violentes épidémies de fièvre puerpérale, il n'est pas rare de voir les femmes accoucher d'enfants morts ou tellement malades, qu'ils succombent presque aussitôt à des maladies inflammatoires de courte durée, telles que pneumonies, péritonites, érysipèle, etc. Les mères de ces enfants meurent elles-mêmes, si ce n'est toujours, du moins très fréquemment, victimes de la fièvre puerpérale. De là, on peut conclure avec une grande apparence de vérité que la maladie a été préparée déjà pendant la grossesse et qu'elle a eu pour conséquence immédiate un désordre de la crase sanguine, puisque le fœtus, qui ne vit que par le sang de la mère, est devenu malade (2). » Mais c'est précisément cette altération du liquide nourricier qu'il serait important de connaître; Kiwisch a entrepris avec le professeur Scherer, un des chimistes les plus distingués, de nombreuses séries de recherches sur le sang des femmes enceintes et accouchées, malades et bien portantes et, d'après leurs résultats, *l'augmentation absolue de la fibrine, la diminution des globules et des principes solides du sérum, se rencontrent dans les conditions physiologiques de l'état puerpéral comme dans l'imminence morbide.* « Quand on examine, à l'aide des moyens d'investigation que nous possédons, le sang d'une femme accouchée au moment où elle tombe malade, on n'y trouve aucune modification chimique ou microscopique qui distingue ce sang de celui de l'état puerpéral physiologique; les désordres ne deviennent appréciables que dans les phases suivantes de la maladie; ils sont donc consécutifs. Mais encore, ces désordres consécutifs ne peuvent pas d'avantage être déterminés dans la masse du sang par la chimie..... » L'auteur admet que la crase du sang se présente dans l'un des trois états suivants: ce liquide est riche en fibrine et forme des dépôts fibrineux (état que Virchow et Scanzoni appellent *hyperinose*), ou bien le sang, prenant l'aspect faussement dit pyœmique, a une tendance à former des foyers inflammatoires qui frappent de nécrose les parties envahies et qui amènent des abcès avec un détritus puriforme; ou, enfin, le sang entre dans une espèce de dissolution, ses exsudations prennent un caractère septique ou scorbutique, c'est le degré le plus avancé de l'hyperinose.

Mais Kiwisch n'omet pas de signaler l'élément miasmatique de la fièvre puerpérale, élément que le professeur Virchow nous a montré dans les désordres de cette maladie, et de toutes celles qui s'en rapprochent. « Dans la plupart des cas, dit Kiwisch, l'origine miasmatique est méconnaissable...... Toutefois, il en est un certain nombre où il n'y a pas d'autre cause à invoquer. » Personne ne confondra d'ailleurs l'affection miasmatique avec une affection contagieuse.

En cherchant à préciser la nature et l'idée qu'on doit se faire de la fièvre puerpérale, le professeur Scanzoni (3) ne réserve cette dénomination qui, réellement, conviendrait à toute espèce de fièvre survenant pendant l'état puerpéral, qu'aux maladies « *dont le criterium, pendant la vie ou après la mort, est dans un état morbide du sang.* Si l'on ne s'y tient pas, l'idée de fièvre puerpérale n'est plus claire, et, dans un grand nombre de cas, on ne pourra décider si la maladie de la femme en couches est réellement une fièvre puerpérale ou seulement une maladie fébrile de l'état puerpéral..... On nous objectera peut-être que, dans bien des cas, on ne peut déterminer si l'on a affaire à une modification du sang, et que, celle-ci existant réellement, on ne peut pas s'en servir pour diagnostiquer une fièvre puerpérale..... Cependant, nous avons des signes pour distinguer les trois espèces distinctes d'altérations du sang: la crase hyperinotique (fibrineuse), la crase pyœmique (ou ichorrhéique), et l'état de dissolution du sang. » Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne de ces trois degrés d'altération du sang dans la fièvre puerpérale; il en a été question déjà à propos des opinions de Kiwisch; nous rappellerons seulement la proposition par laquelle il conclut: « Il résulte de ce que nous venons de dire que nous n'avons pas posé une hypothèse en soutenant que la nature de la maladie, désignée sous le nom de fièvre puerpérale, est à chercher dans une altération de la masse du sang, que c'est elle seule qui constitue cette affection; mais on commettrait une grosse erreur, au point de vue de la pratique, si on voulait constamment n'y voir qu'un seul genre de désordres sanguins. »

Quant à la conviction que nous avons puisée dans la lecture de tous ces ouvrages, elle peut se résumer en peu de mots: La fièvre puerpérale est une maladie complexe des éléments du sang, miasmatique et non contagieuse.

Dr B. SCHNEPP.

(1) *Lehrbuch d. geburtsh*, Wien, 1853, page 1013.
(2) *Handb. d. speciel. Pathologie und therapie.* Redigirt von R. Virchow, t. VI, 2e partie, page 407, 1855.
(3) *Klinische Vortræge über spec. Pathologie und Therapie d. Krankh. d. weibl. Gescht.* Prague, 1847 et 1854.
(4) *Loc. cit.*, p. 582.

(1) *Gesamult. abhandlg. zur wissensch. medicin*, von R. Virchow, Frankfurt s/M., 1856.
(2) *Loc. cit.*, page 701.
(3) *Loc. cit.*, page 779.
(4) *Loc. cit.*, page 701.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*, page 568.
(3) *Loc. cit.*, page 1002.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Mai 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un mémoire de M. le docteur CHABANES, sur les eaux minérales de Vals (Ardèche). — (Com. des eaux minérales.)

2° Les comptes-rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de l'Aveyron, de Seine-et-Oise, d'Ile-et-Vilaine, et dans l'arrondissement d'Avesnes en 1857.

3° Deux rapports de M. le docteur CONTESSE, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Fourmies, et une épidémie de variole dans la commune de Sobre-le-Château (Nord), en 1857.

4° Un rapport de M. le docteur MANOUVRIER, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Valenciennes, en 1857. — (Comm. des épidémies.)

Correspondance non officielle:

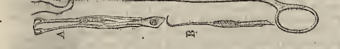
M. Jules CHARRIÈRE présente à l'Académie: 1° un nouveau modèle de trousse renfermant sous un petit volume une variété très grande d'instruments. Il a obtenu ce résultat: 1° en modifiant la fabrication des ciseaux et des pinces dont les branches peuvent être superposées;

2° en permettant, par un nouveau système d'articulation des lames avec les manches, de changer les lames des instruments; 3° en faisant servir de manche à ces instruments; c'est ainsi que le porte-nitrate sert de manche au trocart, que la pince à artères allonge le porte-nitrate et permet de conduire le caustique dans les cavités profondes; que le porte-nitrate, à son tour, allonge la pince à artères et permet de porter très profondément les pièces de pansement; que les branches de la pince à anneaux isolés ou assemblés servent de manche à érignes simples ou doubles, à des pinces de Museux, à des cuvettes porte-caustique, à des pinces œsophagiennes, qu'elles peuvent porter une lame pour faire la trachéotomie, et les deux mors d'une pince dilatatrice.

Les différentes pièces qui doivent constituer ces divers instruments s'articulent à tenon sur les mors de la pince à anneaux.

2° et 3° Les deux autres communications de M. Charrière ne sont que le développement de la première.

L'une est relative à la pince à anneaux, dont les mors sont solidement fermés à l'aide d'un clou situé près des anneaux (la figure 1re



représente cet instrument fermé et servant de porte-aiguilles) et aux divers instruments qui peuvent être fixés sur les mors. *A* représente une pince de Museux; *B* une érigne simple; *C* une pince à phimosis de M. Ricord, ou à pansement des cavités profondes.

L'autre est relative aux bistouris. Il montre l'avantage qui peut résulter de la facilité du montage et du démontage des lames pour les changer et les nettoyer. Il insiste sur ce point, à savoir que les lames ne sont plus fixées par des ressorts ni des coulants, mais bien par un simple clou qui pénètre dans un trou creusé *ad hoc* sur la lame, et qui s'y trouve fixé par la seule élasticité de la châsse. (Voir la figure.) *A*. Lame



d'un bistouri herniotôme. *B*. Le même monté sur une manche portant déjà un bistouri pointu, demi-ouverte. *C*. Bistouri, châsse tournante demi-ouverte.

M. Charrière annonce à l'Académie qu'il publiera prochainement un catalogue raisonné, avec planches photographiées et portées sur pierres lithographiques.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Pointe, de Lyon, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Boullay donne lecture, en son nom et au nom de M. Bussy, d'un rapport sur un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la présence de l'iode dans les eaux atmosphériques*, par M. Eug. Marchand, pharmacien à Fécamp. Voici comment se termine le rapport :

Ce mémoire étant le développement et la conséquence des faits annoncés par M. Marchand dans sa lettre du 22 mars, nous concluons à sa publication dans le *Bulletin de l'Académie*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Trousseau.

Messieurs, il est, en général, facile d'avoir raison quand on prête des absurdités à ses antagonistes, et c'est ce dont paraissait m'accuser, dans la dernière séance, M. Depaul, en donnant des signes d'impatience non équivoques. Il importe donc, avant toutes choses, de bien établir la situation, et c'est ce que je vais m'efforcer de faire. MM. Dubois, Danyau et Depaul, en disant que la fièvre puerpérale est une fièvre essentielle, ont établi la préexistence dont j'ai parlé. Ils l'ont établie en ce sens que l'état général, suivant eux, précède et subordonne les lésions locales, tandis que, suivant les localisateurs, ce sont, au contraire, les lésions locales qui subordonnent les symptômes généraux. Je dois dire aussi que, malgré les observations un peu vives que m'a faites, après la séance, M. Bousquet, les mots : fièvre essentielle et pyrexie sont synonymes. Ils le sont pour tout le monde depuis trente ou quarante ans, bien qu'il soit vrai que les anciens médecins, jusqu'à Borsieri, ne l'entendaient pas tout à fait de la même manière que Broussais. On entend donc par fièvre essentielle, un état général qui domine les lésions locales, *s'il y en a*. Les essentialistes n'ont pas nié les lésions locales, ainsi qu'on le leur fait dire, mais, pour eux, ces lésions ne sont pas nécessaires, et elles ne sont que les effets d'une affection générale. C'est le contraire pour les localisateurs. Est-ce bien là le sens des paroles de MM. Dubois, Danyau et Depaul?

M. Depaul : Je réponds : Oui ! pour mon compte.

M. Trousseau : C'est là ce que je vais attaquer. Je n'admets pas que l'état général préexiste. J'affirme n'avoir pas fait une seule autopsie de fièvre puerpérale sans trouver des lésions capables d'expliquer, *jusqu'à un certain point*, les symptômes observés pendant la vie. Notez que je ne dis pas que la lésion locale soit *la cause* de toute la maladie; je dis seulement qu'il est ordinaire de trouver cette lésion, même au début, et que je l'ai trouvée toutes les fois que je l'ai cherchée. On ne peut donc pas dire, avec raison, que les lésions manquent au début; on doit dire, au contraire, que la fièvre puerpérale débute invariablement par une lésion locale, et que cette lésion locale est l'origine de tout. Nous verrons comment plus tard.

On s'accorde sur un point : c'est sur la fréquence de la phlébite, ou, selon d'autres, de la lymphangite, et sur la place importante qu'on leur donne dans la localisation. On a dit même qu'elle était si fréquente qu'on pouvait la considérer comme la cause. Nous allons voir que la phlébite et la lymphangite sont des affections très communes dans la fièvre puerpérale, mais qu'elles ne sauraient avoir l'importance qu'on leur a voulu donner.

D'abord, la phlébite se retrouve à peu près partout dans les lésions graves, autres que la puerpéralité, aussi bien que dans la puerpéralité. On a dit que l'inflammation des veines amenait la suppuration des vaisseaux, et que des accidents de résorption s'en suivaient; que, par conséquent, il y avait contamination de tout le sang par le pus; on a ajouté que le pus en nature était la cause des dépôts purulents formés dans les organes, mais cette dernière opinion est généralement abandonnée aujourd'hui.

De mon côté, j'établis que, dans tout accouchement, dans toute amputation, dans toute plaie grave, dans tout traumatisme, en un mot, il y a phlébite. Si bien que, chez une femme qui meurt quinze jours après être accouchée, et en dehors de toutes conditions de puerpéralité, si bien, dis-je, qu'à l'autopsie, on trouve, dans les veines, des caillots obturateurs et tous les signes de la phlébite adhésive.

Mais j'établis aussi que la phlébite n'a pas ordinairement de gravité par elle-même, et que lorsqu'elle en a c'est en vertu de causes que nous étudierons tout-à-l'heure. Ainsi, la *phlegmatia alba dolens* est une phlébite, du consentement de tout le monde. On n'en meurt pas cependant. Mais quand on meurt d'autre chose, après avoir eu une *phlegmatia alba dolens*, on trouve dans les membres des traces évidentes de phlébites obturatrices : il y a des dépôts de fibrine qui font adhérer entre elles les parois des vaisseaux, comme dans la pleurésie, la lymphe plastique qui se dépose dans les cavités pleurales amène la soudure des plèvres. Dans la *phlegmatia alba dolens*, jamais on n'observe de suppuration, et, je le repète, une femme en allaitement, un amputé, un cancéreux, etc., peuvent présenter cette maladie à titre de complication et mourir de leur mal primitif. Jamais on ne meurt par la *phlegmatia alba dolens*.

Si la phlébite est exempte de dangers malgré l'étendue considérable qu'elle offre parfois — allant des pieds aux veines iliaques — si elle ne détermine jamais d'accidents vraiment graves, de quel droit veut-on lui accorder une importance si grande chez les femmes récemment accouchées? Si elle est importante, ce n'est pas évidemment parce qu'elle est une phlébite; cela ne saurait être que parce qu'elle porte en elle quelque chose de spécifique.

Quant à la résorption du pus, on a oublié qu'elle n'est pas prouvée. Elle est contestée par tous les micrographes. Le pus en nature n'est pas résorbé; d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, le pus aurait dû traverser le poumon, et, après ce passage, il ne devrait pas être semblable au pus venant directement d'une plaie. Au surplus, les expériences de Magendie et de Gaspard ont montré que des injections de pus phlegmoneux dans les veines d'un chien déterminaient seulement du malaise et de la diarrhée pendant un temps très court, et qu'il en est de même chez l'homme.

M. Velpeau : Je demande la parole.

M. Trousseau : Cependant, si c'est le pus d'un animal morveux qui est ainsi injecté, il se produit des accidents terribles; il est hors de doute, pour moi, que le pus pris chez une femme ayant la fièvre puerpérale, et inoculé à une autre femme, ferait périr la femme soumise à cette coupable expérience. Elle ne mourrait pas par le pus, mais par les qualités particulières de ce pus. Le pus en nature produit la fièvre hectique, la fièvre de colliquation, mais non, encore une fois, la fièvre chirurgicale, pas plus que la fièvre puerpérale, pas plus que l'empoisonnement. Il y a donc là une cause particulière, adventice, spéciale, spécifique, en un mot. Et ce que je dis de la fièvre puerpérale, je dois le dire des maladies charbonneuses, de la morve et de bien d'autres.

L'Académie, interrompant le discours de M. Trousseau, procède à la nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La section avait proposé une liste de candidats composée de :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Ménière et Robin.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. E. Barthez et H. Roger.

Sur 74 votants :

M. Robin a obtenu	40	suffrages.
M. Ménière	20	—
M. H. Roger	10	—
M. E. Barthez	4	—

En conséquence, M. Robin est proclamé membre de l'Académie.

M. Trousseau reprenant : Si l'on compare, Messieurs, la mortalité après les couches, dans les campagnes et dans les villes, et surtout dans les maisons d'accouchement, on constate d'énormes et bien tristes différences. Je sais — et je le dis pour aller au devant des objections — qu'il y a quelques exceptions; que dans la petite ville de Brackel, par exemple, citée par M. Danyau, il y a eu des cas de mort nombreux. — Mais il en est de même pour les fièvres chirurgicales : on les observe aussi quelquefois dans les campagnes. — En somme, les uns et les autres sont rares, tandis qu'ils sont malheureusement trop fréquents dans les grandes villes. Il y a donc, dans celles-ci, et notamment dans les hôpitaux, quelque chose de particulier. Ce quelque chose, c'est la spécificité.

M. Cloquet ne se rappelle peut-être pas qu'à sa Clinique chirurgicale il lui arriva — il y a de cela bien des années — un grand nombre de malheurs coup sur coup. Et certes, on ne pouvait accuser ici ni la science ni l'habileté du chirurgien. M. Mayor, à cette époque, faisait dans ses salles des essais de cathétérisme forcé : un malade, sur l'urètre duquel survint une petite fissure, succomba rapidement avec tous les symptômes de l'infection purulente; M. Cloquet, en même temps, perdit de la même façon un malade qu'il avait opéré de la cataracte, non par extraction, mais par abaissement; une femme à laquelle on fit une légère incision pour retirer une aiguille qu'elle avait dans le bras, mourut, offrant les mêmes phénomènes d'infection putride; enfin, sur un malade opéré en ville par M. Cloquet, d'une fissure à l'anus, avec les instruments de l'hôpital, on vit la mort survenir, escortée du même cortège. Tous ces malades avaient succombé au typhus chirurgical.

M. Cloquet : Un mot seulement. Je me rappelle très bien tout ce dont parle M. Trousseau; mais il n'est pas de chirurgien qui, à une certaine époque de l'année, au printemps, en général, ne soit obligé de suspendre les opérations et d'attendre que le mauvais air, l'influence épidémique, quelque chose enfin de spécifique, comme le dit M. Trousseau, soit dissipé. Ce qui m'est arrivé, je l'ai vu arriver à tous mes maîtres, et, sans doute, cela arrive aussi à mes collègues des hôpitaux.

M. Trousseau : Je remercie M. Cloquet de ce qu'il vient de dire, et je le remercie surtout d'admettre, comme je le fais, un principe spécifique, un principe malfaisant. J'ajoute que, dans le même moment, un grand nombre de femmes étaient atteintes de la fièvre puerpérale dans le même hôpital, dans les salles de M. Dubois. Je ne l'accuse pas d'avoir infecté M. Cloquet, pas plus que je n'accuse M. Cloquet d'avoir infecté M. Dubois; je constate simplement que les malades de l'un et de l'autre offraient les mêmes accidents.

Si maintenant nous consultons les travaux qui paraissent en dehors de l'Académie, à propos de cette discussion, nous voyons d'abord que M. Béhier, qui publie dans l'Union Médicale le plus important de ces travaux, fait jouer le principal rôle à la phlébite. Pour M. Béhier, tout procède de la plaie utérine; quand elle va bien, tout va bien; quand cette plaie suppure sans qu'il y ait résorption, on observe des accidents légers; quand elle suppure avec résorption, c'est la fièvre puerpérale. M. Béhier donne une description très exacte des signes auxquels on peut reconnaître cette phlébite à son début, et il croit qu'en s'en rendant maître, on peut étouffer, dans son germe, la fièvre puerpérale. M. Béhier donne, en outre, les chiffres sur lesquels il fonde son opinion. Il résulte de ces chiffres qu'en quatre ans, à son hôpital, 855 femmes sont accouchées; sur ce nombre, 542 ont offert les signes décrits du côté des annexes de l'utérus, et, qu'enfin, 67 ont succombé; soit donc 1 femme morte sur 12 accouchées.

Voyons, à côté de cette statistique, les chiffres fournis par d'autres relevés : à la Maternité, pendant les mêmes années, 13,946 femmes sont admises; il en meurt 724; soit 1 sur 19; — M. Tarnier indique, pour le 12e arrondissement, 1 morte sur 322 accouchées; — M. Marc d'Espine en indique seulement 5 à 8, non pour 100, mais pour 1,000, soit 1/2 pour 100.

J'avoue, Messieurs, qu'en voyant une mortalité aussi inattendue à l'hôpital Beaujon, dans un service composé de 18 lits de femmes en couches, placé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, et telles que les désire M. Dubois, j'avoue, dis-je, que je suis quelque peu effrayé, et que je me demande à quoi cela peut tenir. Mais si la mortalité relevée par M. Béhier dans son service était proportionnellement égale pour toute la France, savez-vous ce qui arriverait? Sur 900 à 950 mille femmes qui accouchent annuellement, il en mourrait 80,000 par an, et il ne faudrait pas cinquante ans pour que la France ne fût plus qu'un désert.

En regard de ces résultats, considérez, Messieurs, que, dans les campagnes, les femmes en couches sont assistées par des praticiens qui souvent n'ont retenu des bancs de l'école que la poussière qu'ils y ont essuyée, par des matrones dont les chevrons n'indiquent que les nombreux enfants qu'elles ont mis au monde pour leur propre compte; que, d'autre part, les femmes accouchent dans des masures où grouillent, sans air et sans lumière, toutes sortes d'animaux, etc., etc., et cependant les femmes, dans ces conditions déplorables, ne meurent pas. Il faut donc invoquer une cause plus haute que toutes celles-là et cette cause c'est la spécificité.

Ce que je viens de dire tout à l'heure de la phlébite, je le dirai de la lymphangite. Elle n'est pas grave par elle-même, tant qu'elle ne s'accompagne pas de quelque chose de particulier. Rien de plus commun que les lymphangites : les furoncles, les piqûres anatomiques, etc., en déterminent souvent et ne tuent qu'un petit nombre d'individus. L'angioleucite n'est donc grave que par la spécificité.

Écoutons maintenant MM. Bouillaud et Cruveilhier. Pour eux, rien de spécial dans la fièvre puerpérale. Elle n'est que le résultat de l'encombrement ou du groupement. Eh bien! Messieurs, j'ai relevé soigneusement, sur les notes que m'a fournies l'administration des hôpitaux et sur celles de la Maternité, toutes les entrées et tous les décès; j'ai pu faire ainsi le départ des années encombrées et de celles non encombrées, j'ai trouvé que, pour les années 1837, 1838, 1847 et 1848, années encombrées, un total de 14,217 entrées et 312 morts; — pour les années 1852, 1853, 1854 et 1856, un total de 11,482 entrées seulement et 638 morts, c'est-à-dire un chiffre de décès plus considérable pour les années non encombrées que pour les autres.

M. Depaul : Mais on renvoyait les malades dans les années que vous appelez encombrées, ce qui multipliait le chiffre des entrées.

M. Trousseau : Qu'importe! cela n'atténue en rien les chiffres que je cite. La proportion reste la même pour les décès.

Voyons maintenant l'influence des saisons : M. Cruveilhier lui a fait jouer un grand rôle.

M. Tonnelé, en 1829, pendant les six mois d'hiver, perd 104 femmes; il en perd 140 pendant l'été.

M. Cruveilhier,	en 1831, perd	76 malades	en hiver, et	61	en été;
—	en 1832,	171	—	143	—
M. Lorain,	en 1853,	93	—	78	—
M. Charrier,	en 1854,	130	—	122	—
M. Tarnier,	en 1856,	44	—	87	—

On serait en droit de conclure, d'après ces documents, tout autrement qu'on ne l'a fait.

Donc, les saisons et l'encombrement ne signifient rien pour expliquer le développement de la fièvre puerpérale. Je n'en veux pas conclure qu'il faille encombrer les salles, à Dieu ne plaise; mais, évidemment, rien n'autorise mes honorables adversaires, à assimiler la production de la fièvre puerpérale à celle du typhus.

M. Cazeaux n'a voulu voir dans la fièvre puerpérale qu'une maladie à phlegmasies multiples tenant à l'état chloro-anémique dans lequel la grossesse place les femmes.....

M. Cazeaux : Permettez, je n'ai pas dit que les phlegmasies *tenaient* à la chloro-anémie; j'ai dit qu'elles se développaient chez les nouvelles accouchées, indépendamment de la chloro-anémie qui les complique.

M. Trousseau : Quoi qu'il en soit, M. Cazeaux a cherché pourquoi on mourait de la fièvre puerpérale, et il a inventé un génie malfaisant, une influence occulte. Qu'est-ce qu'un génie malfaisant? Je ne serais pas fâché, s'il faut le dire, d'en voir la figure.

M. Cazeaux : La figure de mon génie malfaisant? Mais c'est, si vous le voulez, l'influence épidémique.

M. Trousseau : Ça n'est pas plus clair, et l'influence épidémique est, pour le moins, aussi obscure que mon levain dont on s'est moqué; que ma spécificité que je touche du doigt, après tout, et que je vous ferai toucher.

M. Cazeaux : Je demande la parole.

M. Trousseau : Notre nouveau collègue, M. Robin, vous le démontrera, mon levain sur lequel s'est égayé M. Bouillaud.

M. BOUILLAUD : Il y a trente-deux ans que j'en ai parlé ; il y a trente-deux ans que j'ai écrit le mot levain, et que j'ai indiqué fermentation septique, dans mes livres !

M. TROUSSEAU : Tant mieux ; il me sera plus facile de défendre ce mot alors s'il est vôtre que s'il m'appartenait en propre. Pour revenir à M. Cazeaux, je dis qu'il y a moins loin d'un levain au sang que d'un génie malfaisant au sang. Dans le premier cas, il y a un rapport possible ; on n'en voit pas dans le second. Si l'on met de l'orge dans certaines conditions, il se développe bientôt une abondante végétation cryptogamique. Voilà des organismes vivants, palpables ; vous verrez, Monsieur Cazeaux, qui faites des signes d'incrédulité...

M. CAZEAUX : Mais les effets sont différents, et c'est ce qui tue votre spécificité.

M. TROUSSEAU : On a beaucoup parlé de la contagion, et l'on a essayé, avec la contagion, de battre en brèche de hautes situations professionnelles. Cela m'a rappelé — puisque nous sommes en pleine peste — l'apologue du fabuliste, et M. Depaul m'a semblé s'accuser, avec trop de conscience, de légères peccadilles. C'est, comme un des héros de la fable, avec lequel le savoir profond de M. Depaul, son atticisme et son peu de patience empêcheront qu'on ne le confonde, c'est, dis-je, comme celui qui, dans les *animaux malades de la peste*, s'en va raconter que :

> « La faim, l'occasion, l'herbe tendre, et je pense,
> Quelque diable aussi me poussant,
> Je tondis de ce pré la largeur de ma langue. »

En vérité, les faits de contagion dont nous a entretenus M. Depaul, sont choses trop légères et me remettent en mémoire ces vers d'un autre moraliste :

> « Jusques là qu'il se vint, l'autre jour, accuser
> D'avoir pris une puce en faisant sa prière,
> Et de l'avoir tuée avec trop de colère. »

M. DEPAUL : Je demande la parole.

M. TROUSSEAU : Je cite encore :

> « Un loup, quelque peu clerc, prouva par sa harangue,
> Qu'il fallait dévouer ce maudit animal,
> Ce pelé, ce galeux d'où venait tout leur mal. »

Et les galeux, dans le cas présent, ce sont les Maternités. Or, je déclare, en honneur, avoir vu en ville, plus de fièvres puerpérales parmi la clientèle de gens qui ne mettent jamais les pieds dans les hôpitaux, que parmi celle des autres. J'y crois cependant, Messieurs, à la contagion ; mais dans des limites beaucoup plus circonscrites. Sans ajouter foi à toutes les histoires apocryphes de contagion par les vêtements, etc., je suis disposé à croire qu'on peut conserver et transporter au loin les miasmes dont on a été imprégné. En 1802, les Anglais revenant d'Égypte, importèrent à Gibraltar l'ophthalmie d'Égypte qu'ils y ont conservée depuis ; on n'a jamais pu l'en faire disparaître, malgré tous les soins que le gouvernement anglais prend de ses soldats, et il en prend beaucoup, car ses soldats lui coûtent cher. En 1815, les Anglais apportèrent cette ophthalmie à Bruxelles et elle y est souvent revenue depuis cette époque, de temps en temps, à son heure.

La contagion est pour moi une affection spécifique. M. Bouillaud l'admet, et cela suffit pour le ranger parmi les spécifisateurs, s'il m'est permis d'employer cette expression.

M. BOUILLAUD : J'admets la spécificité, en général, cela ne fait pas de doute. Mais je nie celle que vous inventez, parce que vous ne la démontrez pas : *Quod erat demonstrandum*. Je suis prêt à admettre l'essentialité et tout ce que vous voudrez, si vous me le démontrez. Mais, je tiens à bien me faire comprendre, parce que je voudrais ne pas vous voir battre contre des moulins à vent ; c'est de votre spécificité qu'il s'agit, de la spécificité puerpérale dont vous parlez depuis si longtemps et que vous ne démontrez pas.

M. TROUSSEAU : C'est ce que je vais m'efforcer de faire.

Les écoles dichotomiques, Brown, Pinel, Broussais, et parmi les modernes, MM. Bouillaud...

M. BOUILLAUD : Je proteste. Je ne suis d'aucune école ; je ne suis l'élève de personne ; de Broussais pas plus que d'un autre. Je le lui ai dit à lui-même ; il le sait bien. Je suis de mon école, à moi, de l'école exacte, et de nulle autre.

M. TROUSSEAU : Je disais donc, Messieurs, que l'école dichotomique avait pensé que la vie ne s'entretenait que par la stimulation, par les excitants, ou, comme l'a montré M. Bouillaud, par l'action des modificateurs. Pour Brown, Broussais et les organiciens — je ne citerai que ces deux noms propres — tout est dans l'incitation des organes et c'est la quotité de l'excitation qui mesure la quotité de la maladie. Il ne s'agit que de quantité.

Pour Bretonneau et l'école *spécialiste*, dont il est le plus illustre représentant, la qualité remplace la quantité. On suppose que l'économie est un terrain, et les semences morbifiques qu'on y sème, germent et lèvent à leur façon, et retiennent le souvenir de leur cause, comme une semence végétale. Brown et Broussais admettaient cela pour quelques maladies, la vérole, par exemple, c'était une exception pour eux, c'est la règle pour nous.

Toutes les maladies contagieuses sont spécifiques, soit qu'elles proviennent d'individus, soit qu'elles aient été fabriquées par des réunions d'individus. En dehors des maladies contagieuses, la spécificité occupe presque tout le cadre nosologique. A l'extérieur, les agents caustiques si variés, acides, alcalins, sels minéraux ou autres, ont un mode d'action qui leur est propre, et qui est reconnaissable pour tout le monde ; les chimistes et les médecins ne sauraient s'y tromper. Ici donc, Messieurs, la quantité n'est rien ; la qualité est tout.

Voyons l'économie entière : Un homme se présente à vous, il a une teinte ictérique particulière, une paralysie de certains muscles, un liseré sur les gencives, des douleurs abdominales : c'est un cérusier, vous le savez d'avance. Voici deux autres malades ; l'un a une nécrose superficielle du maxillaire, l'autre une nécrose profonde ; le premier a travaillé les sels de mercure, le second le phosphore ; vous ne vous y trompez pas.

Même chose pour les poisons : vous reconnaissez les accidents produits par les strychnées, de ceux produits par les solanées vireuses, sans qu'il soit nécessaire que vous voyiez la cause qui leur a donné naissance. Vous savez leur origine.

Pour les virus confondrez-vous la vérole, les fièvres éruptives, la morve, la rage, le sang de rate, etc. ? Ici encore on remonte facilement des effets appréciables à la cause.

Si vous voulez descendre à d'autres espèces, vous retrouverez les mêmes lois : les galles de chêne, produites par trois cynips, si voisins que les naturalistes ont peine à les distinguer, ont des caractères cependant très tranchés, — il en est de même des cynips du rosier. Donc, partout et toujours, vous trouvez un action spécifique dépendant de la qualité et non de la quantité de la cause ; tous les moyens possibles ne développeront pas sur les chênes les galles du cynips.

Maintenant, M. Bouillaud me disait : Prouvez-moi que la fièvre puerpérale n'ayant pas de signes univoques est une maladie spécifique. Mais ne savez-vous pas ce qu'on appelle les formes peut varier dans chaque même maladie. N'y a-t-il pas des manifestations très diverses pour la vérole ?

M. CAZEAUX : Il y a une régularité d'évolution.

M. TROUSSEAU : Non. Dans la scarlatine aussi, il y a une évolution habituellement régulière, mais cet ordre peut être troublé, et, par exemple, l'œdème scarlatin qui, d'ordinaire, se montre au déclin de la maladie, peut apparaître au commencement. Il en est de même pour la vérole ; il en est de même pour la fièvre puerpérale. — Comme pour les médailles *frustes*, il n'est pas nécessaire que tous les caractères y soient pour qu'on reconnaisse la fièvre puerpérale. Elle a des phénomènes multiples, mais tous sont caractéristiques.

Je dis donc : que pour la fièvre puerpérale il y aura une métrite infectante, comme il y a une amputation infectante pour la résorption purulente chirurgicale, comme il y a un accident primitif pour la vérole, et je me rapproche des localisateurs en reconnaissant que la lésion locale sera la porte par laquelle entrera la maladie.

Mais il se développera bientôt une pyrexie, une contamination universelle qui, à son tour, entraînera des phénomènes secondaires.

Bien que je me rapproche, — je viens de le dire, — des localisateurs, en ce sens que j'admets une lésion préalable (phlébite, angioleucite), je veux cependant que ces lésions reçoivent un caractère spécial d'une cause particulière, spécifique, et alors j'entre ici carrément dans l'essentialité et je deviens ontologiste, car je ne crois plus à l'influence de la lésion locale par elle-même, pas plus que je ne crois que ce soit l'intensité de l'accident local qui cause la gravité de la vérole, une fois inoculée.

Il y a un traumatisme infectant, à la façon du principe varioleux.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

COURRIER.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — Voici le texte de l'arrêt rendu par la Cour de Bourges à l'occasion du procès intenté par les neuf pharmaciens d'Angoulême contre le docteur Moreau, médecin homœopathe :

La Cour, après en avoir délibéré, a reconnu que la cause présentait à juger les questions suivantes :

1° Les pharmaciens d'Angoulême étaient-ils recevables à poursuivre correctionnellement le sieur Moreau, docteur en médecine, établi dans ladite ville, pour débit et préparations médicamenteuses ?

2° Au foud, ce fait constituait-il un délit, et en était-il résulté pour les pharmaciens un dommage appréciable ?

Sur la première question,

Considérant que, dans l'intérêt de la santé et de la sûreté publiques, le débit de préparations pharmaceutiques et médicamenteuses est entouré de précautions sévères et minutieuses, et confié exclusivement à des pharmaciens reçus après un long stage et un examen constatant de leur part les connaissances spéciales et nécessaires, que même, quelques garanties que semblassent présenter à cet égard les docteurs en médecine, la loi a voulu que l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie restassent séparés, et n'a autorisé qu'exceptionnellemeut les médecins à débiter ou à fournir eux-mêmes les médicaments par eux prescrits.

Considérant que, de là il suit que la loi a conféré un privilége pour le débit desdits médicaments, sinon à un nombre limité de personnes présentant les garanties prescrites, au moins à tous ceux ayant fait preuve, dans la forme prescrite, de l'aptitude convenable, et que, dès lors, ceux-ci, c'est-à-dire les pharmaciens, ont le droit incontestable, aux termes de l'article 1er du Code d'instruction criminelle, de poursuivre, même correctionnellement, la réparation du dommage résultant pour eux du débit fait par les tiers de préparations médicamenteuses, au mépris dudit privilége, lequel, en définitive, n'était que la juste compensation des longues études et des examens sévères auxquels leur profession était astreinte.

Que, dès lors, le tribunal d'Angoulême, en jugeant le contraire, a fait une fausse application des dispositions de la loi,

Sur la seconde question,

Considérant que, par l'arrêt de la Cour de cassation, chambres réunies, du 4 mars 1858, il est souverainement jugé dans la cause et entre les parties que quelle que soit la méthode médicale adoptée, le médecin établi dans une ville où il existe des officines de pharmaciens, empiète sur les attributions de ceux-ci, commet le délit prévu et puni par les articles 25, 33 et 37 de la loi du 21 germinal an XI et par la loi du 29 pluviôse an XIII, lorsqu'il s'approvisionne de médicaments pour la plupart des cas qui se présentent, et qu'il en fournit habituellement aux personnes près desquelles il est appelé.

Considérant qu'il résulte des dépositions des témoins qu'en 1855 et 1856, le docteur Moreau a fourni habituellement à ses malades les remèdes par lui prescrits, et que, devant les diverses juridictions, et même à cette audience, ledit sieur Moreau a reconnu qu'il était toujours pourvu d'une boîte contenant un assortiment de globules, c'est-à-dire de préparations éminemment médicamenteuses et curatives qu'il administrait suivant les cas, qu'ainsi, au mépris des dispositions de la loi, le docteur Moreau a cumulé l'exercice de la pharmacie et de la médecine.

Qu'il n'est point constaté qu'antérieurement aux poursuites, les pharmaciens d'Angoulême aient refusé d'exécuter les ordonnances de ce médecin.

Qu'enfin, la législation n'ayant point fait d'exception à leur égard, les médecins se disant homœopathes ne peuvent se placer dans une situation particulière et doivent renvoyer dans les pharmacies ouvertes pour la préparation et l'achat des remèdes officinaux ou magistraux et par eux prescrits.

Qu'en faisant le contraire, le docteur Moreau a commis la contravention qualificative et punie par les articles 25, 33 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, et par celle du 29 pluviose an XIII, dont M. le président a donné lecture et qui sont ainsi conçus :

A l'égard des dommages-intérêts :

Considérant que l'action est intentée par neuf pharmaciens d'Angoulême sur onze établis dans cette ville, que dès lors le débit illicite de médicaments fait par le sieur Moreau à des malades dont le nombre, suivant ses écrits, aurait été très considérable, a porté aux premiers un préjudice certain, et que la Cour croit pouvoir évaluer à 500 fr. en tout pour les neuf plaignants.

Dit mal jugé, bien appelé, infirme le jugement dont est appel, émendant et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire.

Déclare le docteur Moreau convaincu d'avoir, en 1855 et 1856, à Angoulême, ville dans laquelle il existe des pharmacies ouvertes, débité des remèdes et préparations pharmaceutiques, contravention définie et punie par les lois ci-dessus inscrites.

Le condamne par application desdites lois à 25 fr. d'amende, fixe à 500 fr. les dommages-intérêts dus aux plaignants, condamne en conséquence le docteur Moreau à payer ladite somme auxdits plaignants, le condamne en outre à tous les frais du procès, soit envers le trésor, soit envers les plaignants, y compris ceux faits devant les Cours de Bordeaux et de Poitiers, et devant la Cour de cassation.

Fixe à un an la durée de la contrainte par corps.

— La Cour de cassation (chambres réunies) a prononcé, le 30 avril dernier, son arrêt dans l'affaire d'exercice illégal de la médecine.

Sur les conclusions conformes de M. le procureur général Dupin, elle a confirmé l'arrêt déjà rendu par la chambre criminelle, qui décide que l'exercice illégal de la médecine, même en récidive, mais sans usurpation de titre, n'est point un délit, mais une simple contravention.

En conséquence, ceux qui s'en rendent coupables ne peuvent être condamnés qu'à une amende de 15 francs et à un emprisonnement d'un à cinq jours.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 57. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 15 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, M. Élie de Beaumont, après avoir dépouillé la correspondance, a donné lecture de l'ampliation du décret qui ratifie l'élection de M. le comte Jaubert à la place d'académicien libre, qui était vacante par suite du décès de M. Largeteau.

Sur l'invitation de M. le Président, le nouvel académicien qui s'était, en attendant cette parole, modestement assis au banc des journalistes, s'est levé, et, après avoir remercié le bureau par de profonds saluts, est allé prendre place parmi ses collègues.

Nous croyons être l'interprète du sentiment général en exprimant l'espoir que l'Académie ne fera pas attendre longtemps à M. Bégin un dédommagement de cette défaite — défaite qui n'a tenu qu'à une demi-voix — et qu'elle lui conférera bientôt un titre qui sera la récompense légitime de sa longue carrière scientifique.

Qu'on nous permette, avant de rendre compte de la séance, de compléter notre dernier *Bulletin*.

Il s'est glissé une faute que nous tenons à réparer. Ce n'est pas le docteur Delisle qui a envoyé, pour le concours Montyon, son livre sur le suicide, mais bien M. le docteur Lisle. Nous avons, au mois de mai de l'année dernière, rendu compte de cet ouvrage remarquable dans ce journal.

Dans la précédente séance, M. Cloquet a présenté, au nom de M. Baud, sous le titre qui précède, la note suivante :

Le phosphore organique, découvert par Vauquelin dans la pulpe nerveuse, successivement retrouvé depuis dans diverses substances vitales, prend aux mouvements de la santé et de la maladie une part plus importante qu'on ne l'avait encore soupçonné.

Selon M. Mège-Mouriès, il serait, dans le grain des céréales aussi bien que dans l'œuf des animaux, l'initiateur dynamique et le premier aliment, la gangue vitale, en un mot, de l'embryon naissant. Suivant lui encore, le groupe spécial de corps gras auquel ce phosphore est combiné moléculairement jouerait, dans l'alimentation normale le rôle élevé de nutriment spécial des appareils nerveux ; d'où l'élucidation imprévue de certains phénomènes connus de l'alimentation insuffisante : d'où l'importance nosologique du fait directement constaté par lui et par d'autres encore de l'abaissement du phosphore intégrant dans les organismes soumis à certaines conditions de débilité hygique ou morbide. Pour ces raisons, je me suis cru suffisamment fondé à tenter au moyen des matières grasses phosphorées extraites de la moelle allongée des animaux, de l'autothérapie, comme on en a fait au moyen du fer dans les chloro-anémies, comme on en a fait au moyen du phosphate de chaux dans les ostéo-malacies, comme il est à souhaiter et à espérer qu'on en puisse faire dans toutes les cachexies. Cette réhabilitation nervoleptique a été expérimentée par moi et par plusieurs de mes confrères dans les affections chroniques des organes respiratoires, dans les maladies scrofuleuses, dans les diverses débilités organiques et nerveuses, dans la chloro-anémie, dans l'adynamie et l'ataxie fébriles. Les résultats remarquables que nous avons obtenus paraissent de nature à mériter une enquête plus générale.

Nous réservons pour plus tard l'extrait d'une lettre adressée par M. Van Beneden à M. Milne-Edwards, au sujet de la pénétration des spermatozoïdes dans l'œuf ; et nous arrivons à la séance de lundi.

Nous avons noté, parmi les pièces de la correspondance :

Une lettre de M. le docteur Bally. Il a vu dans les comptes-rendus de la séance du 26 avril, que les quelques propositions aphoristiques sur le choléra et sur la fièvre jaune, extraites de ses publications et adressées par lui à l'Académie, avaient été renvoyées à l'examen de la commission du prix Bréant. M. le docteur Bally réclame contre cette destination. Les moyens thérapeutiques qu'il propose n'ont pas reçu l'épreuve de l'expérience, bien qu'il ait, en 1832, appliqué l'acupuncture à quelques cas de choléra. Il demande que l'Académie veuille bien désigner un rapporteur pour lui rendre compte de ce travail.

— L'envoi, par M. Jamin, du premier volume de son *Traité de physique* à l'usage de l'École polytechnique.

— Un volume de M. Maumené, de Reims, sur le travail des vins mousseux, volume que M. le Président renvoie à l'examen de la commission des arts insalubres, ce qui provoque des chuchotements assez gais et d'unanimes sourires.

— Une brochure sur la capacité vitale du poumon, que son auteur, M. le docteur Schnepp, adresse pour le concours du prix de physiologie expérimentale.

— M. Spakowski, professeur de physique à St-Pétersbourg, envoie, par les soins de M. le colonel Komaroff, une note sur une nouvelle manière, très ingénieuse et très simple, de multiplier les liqueurs titrées.

— M. Flourens fait hommage à l'Académie de la troisième édition de son étude sur G. Cuvier.

La parole a été donnée ensuite à M. Duméril qui, d'une voix capable de dominer tous les tumultes, a donné lecture d'un mémoire relatif aux organes des sens chez les poissons. C'est vraiment merveille de voir quelle animation juvénile, quelle chaleur extraordinaire, le vénérable professeur apporte au travail. A regarder M. Duméril assis et immobile, on le prendrait pour un vieillard ; vient-il à parler, on reconnait bien vite aux inflexions accentuées de sa parole, à la vivacité de son geste, à la flamme de ses yeux qui pétillent comme à travers un masque, que ces cheveux blancs et ces rides ne sont qu'un déguisement. Ces signes extérieurs de « l'âge pénible » cachent, à la façon d'un étui, un tout jeune homme et, de plus, un amant passionné de la science, la seule maitresse qui ne vieillisse jamais.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, l'illustre collègue du précédent orateur au Muséum, a fait deux communications du plus haut intérêt.

L'une est relative à la naissance d'un hippopotame au Jardin-des-Plantes. C'est la première fois que cet événement a lieu en Europe. Sous les empereurs romains, plusieurs hippopotames furent importés d'Égypte et parurent dans les jeux du cirque ; ils ne se reproduisirent pas. A cette époque, ces animaux étaient plus nombreux qu'à présent, et ils descendaient plus bas sur le Nil, ce qui rendait leur capture plus facile. Dans les temps modernes, on ne vit que bien rarement des hippopotames de ce côté-ci de la Méditerranée.

C'est seulement depuis que l'Égypte est civilisée que deux couples de ces animaux furent envoyés par le vice-roi de ce pays, l'un à Londres, l'autre à Paris. Le naturel intraitable du mâle qui est actuellement à Londres, n'a pas permis qu'on pût le laisser avec sa femelle ; le naturel, moins farouche de celui de Paris, a rendu la cohabitation possible.... « et, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, ce matin, à 6 heures 1/4, au grand étonnement des gardiens, la femelle a procréé le jeune animal dont je mets la figure, de grandeur naturelle, sous les yeux de l'Académie. » Ce disant, l'honorable académicien déploie une feuille d'un mètre de long, remplie presque en entier par le portrait au fusain, du petit hippopotame. « Aussitôt après sa naissance, ajoute M. Geoffroy St-Hilaire, il s'est précipité dans le bassin au bord duquel il venait de voir le jour, et s'est mis à nager. Les parents ne paraissent point animés d'une

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 14 mai. — Je viens de recevoir de Benoît la lettre suivante :

Mon cher Simplice,

L'homme propose et le chemin de fer dispose. Je croyais ne faire qu'un voyage de quelques heures, de Paris à Orléans, ou à Blois tout au plus, et me voici à Tartas. C'est si commode et si entrainant qu'un railway ! Tartas !.... J'entends d'ici le gros soupir que tu pousses en lisant le doux nom de ton pays natal, et comme, selon ta patriarchale habitude, tu lis cette lettre le soir, assis près de ton feu et devant Françoise qui te tricote des chaussettes, en profitant de la chaleur de ton foyer et de la lumière de ta lampe, je vois cette grosse et bonne fille essuyer ses yeux du coin de son tablier en t'entendant prononcer le nom de son clocher. — Avouez-le donc, chers et imprudents amis, l'un et l'autre, l'un autant que l'autre, mais Françoise avec plus de franchise que toi, mon vieux camarade, vous regrettez Tartas, sa vie si douce, si uniforme et si tranquille. Vous vous effrayez tous les jours de plus en plus des conditions différentes dans lesquelles vous vous êtes placés, et qui ne t'ont conduit, mon cher Simplice, qu'à des désillusions et à des déceptions. Je te l'avais bien dit qu'un jour.....

Mais cette lettre n'a pas pour but de te répéter ce refrain de Bonnard dans l'*École des Vieillards*. Il s'agit de bien autre chose. Tiens-toi ferme sur ton fauteuil, car tu pourrais tomber à la renverse ; et vous, bonne Françoise, serrez bien vos aiguilles si vous ne voulez lâcher quelques mailles. Écoutez donc !

Vous êtes l'un et l'autre, à cette heure, quelque chose comme des personnages célèbres parmi les médecins de l'Empire français, et moi, indigne, je partage une petite partie de votre popularité.

Qu'est-ce à dire ? Tu vas le savoir.

J'arrive donc à Orléans, où précisément j'avais une lettre à remettre à un médecin de cette ville. Juge de mon étonnement quand, après avoir lu cette lettre, le docteur me dit, en me regardant d'une façon singulière :

— Ah ! vous êtes M. Benoît.

— Mais oui, Monsieur.

— L'ami de notre bon docteur Simplice ?

— Vous connaissez donc ce cher ami ? Vous avez été, sans doute, son condisciple ?

— Pas du tout, mais qui ne connait aujourd'hui, le docteur Simplice, sa bonhomie, et Françoise, et leur ami Benoît !

Je tombais des nues.

— Vous jouez très bien l'étonnement, reprit le docteur, mais permettez-moi de vous féliciter de vos excellents conseils à votre ami Simplice, ils sont quelquefois un peu rudes, mais ils n'en portent que mieux.

Je t'avoue que je crus ce docteur un peu toqué, et je le quittai plus vite que je n'eusse fait sans doute.

Deux heures après j'étais à Blois. — Une dispute s'élève entre deux hommes dans l'embarcadère même. Coups, horions, blessures. Les gendarmes arrivent, puis la police, puis un médecin. Témoin de la lutte, on m'interpelle, je donne mon nom : Benoît, de Tartas. Aussitôt, le médecin fend la foule et m'apostrophe :

— Vous êtes le Benoît du docteur Simplice ?

— J'ai l'honneur d'être l'ami de M. le docteur Simplice, Monsieur.

— Il vit donc, il existe, ce n'est pas un être de raison, et son journal est donc réel ?

— Le docteur Simplice n'est pas journaliste, c'est un praticien de Paris....

— Je le sais bien, faites-lui mes compliments sincères, Monsieur, agréez-les aussi pour vous qui nous faites connaître de bien bonnes vérités. C'est charmant ! C'est charmant !

J'allais demander quelques explications, mais ce pétulant docteur était déjà bien loin, et je ne compris absolument rien à cette singulière apostrophe.

J'arrive à Poitiers tout frissonnant, mal à l'aise, courbaturé. L'hôtesse du *Lion-d'Or*, excellente femme que je connais depuis longtemps, me fait bassiner un lit, et, sans m'en prévenir, envoie chercher son médecin. Il arrive quelques instants après, et j'entends ce colloque sur le seuil de ma porte :

— Vous êtes bien sûre que c'est M. Benoît, de Tartas ?

— Certainement.

— C'est singulier !

Je te demande un peu ce qu'il y a de singulier à ce que je sois de Tartas.

Il entre enfin ce docteur, et de l'air d'un homme qui se tient en garde contre toute surprise, il me dit :

— Voyons, Monsieur, franchement, le docteur Simplice n'est pas un mythe, et vous êtes bien le Benoît qu'il appelle son confident et son conseil ?

— Je vous avoue que je ne comprends pas en quoi ces choses peuvent vous intéresser.

— Elles nous intéressent beaucoup, Monsieur, et vous pouvez vous vanter de faire à vous deux un journal très instructif, car vous êtes évidemment le collaborateur de Simplice.

— Journal !... Collaborateur !... Mais ni Simplice, ni moi n'avons écrit une panse d'a dans un journal quelconque.

Voilà, mon cher ami, le docteur qui se tourne vers l'hôtesse, et qui, à voix basse, lui parle de fièvre, de délire, de saignée.

A ce dernier mot, je me mets sur mon séant, et d'une façon énergique je refuse toute saignée.

— Voyez-vous l'éclat des yeux et l'animation du facies.... Ne faisons pas violence au malade, je reviendrai tantôt. Donnez, en attendant, un bain de pied sinapisé et de l'infusion de tilleul.

tendresse assez attentive pour leur produit, et leurs violences ne permettront point de le leur confier. On sera donc obligé de le soumettre à l'allaitement artificiel, et il n'est pas probable qu'on puisse le conserver. En attendant, le placenta et ses annexes ont été envoyés à l'amphithéâtre d'anatomie comparée, pour être examinés par M. Serres et par M. Milne-Edwards. Ce dernier, qui fonde une classification des mammifères d'après leurs œufs, y trouvera sans doute une confirmation de ses belles recherches. »

L'attention de l'Académie, fortement excitée par cette première communication de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, a augmenté encore pour entendre la seconde : il s'agissait de trouvailles fossiles propres à jeter quelque lumière sur le problème, si obscur encore, de l'époque où l'homme fit son apparition sur ce globe.

L'année dernière, M. Fontan, frère du célèbre médecin des Pyrénées, fit à l'Académie une communication relative à la découverte d'un singe fossile plus voisin de l'homme que toutes les espèces connues. Son fils, M. Alfred Fontan, receveur de l'enregistrement, en parla à M. Lartet qui l'engagea à entreprendre des explorations nouvelles. M. Fontan envoie aujourd'hui le résultat de ses recherches. Voici, dit M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, d'abord la vue et le plan de deux cavernes superposées que M. Fontan a trouvées dans le département de l'Ariége; voici, ensuite, les nombreux témoignage de la présence de l'homme qu'il y a recueillis. Dans la caverne supérieure, était un grand nombre d'os de mammifères, en désordre, pêle-mêle, tourmentés de toutes les façons et indiquant ainsi qu'ils avaient été longtemps agités par les eaux. Parmi ces os, M. Fontan a trouvé deux dents molaires humaines que je présente à l'Académie.

Dans la caverne inférieure, était un amas considérable d'ossements, remués aussi et arrondis par l'action des eaux : aucun os humain n'a été découvert là, mais, en revanche, on en a extrait de nombreux produits de l'industrie humaine. Ce sont des instruments en os d'animaux et ils paraissent avoir été fabriqués à l'aide de silex taillés, pareils à ceux dont M. Boucher, de Perth, qui, pendant dix ans, a fait faire des fouilles importantes en Normandie et en Picardie, a signalé l'existence et dont il conserve de si précieux échantillons. — « Je crois devoir, a dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, saisir cette occasion de féliciter publiquement M. Boucher de ses constants efforts et de ses immenses travaux. Je ne crois pas commettre une indiscrétion en ajoutant que M. Boucher, de Perth, a l'intention de couronner dignement sa carrière scientifique en léguant à la France ses magnifiques et inappréciables collections. »

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a fait passer sous les yeux de ses collègues les boites contenant les objets trouvés par M. Alfred Fontan : ce sont, pour la plupart, des flèches cannelées, comme celles que fabriquent encore certaines peuplades sauvages. On pourrait croire, d'après la forme des cannelures et leur position près de la pointe qu'elles étaient alors comme elles le sont de nos jours, destinées à recevoir des poisons; mais les mêmes cannelures qu'on retrouve sur des hameçons éloignent cette idée et la rendent improbable. On y voit encore plusieurs vertèbres de poissons façonnées comme si elles avaient servi de colliers.

Depuis que nous avons l'honneur d'assister aux séances de l'illustre compagnie, nous n'avons pas souvenir d'avoir entendu communication faite au milieu d'un silence pareil. Plusieurs des académiciens s'étaient levés et contemplaient debout, saisis d'une respectueuse terreur, ces témoins des races disparues, ces marques indéniables d'une antiquité qui brise les traditions désormais trop étroites... M. Geoffroy St-Hilaire a rappelé que M. Agassiz, à l'aide de calculs incontestés, assignait un âge de cent mille années aux ossements humains enfouis dans les cavernes.

M. Leverrier, sachant avec quelle joie on retrouve l'astre du jour au sortir des souterrains, a pris immédiatement la parole après cette exhibition géologique fossile, et a entretenu l'assemblée de la théorie du soleil; faisant ainsi passer ses collègues, sans transition, des sombres profondeurs de la terre aux éblouissantes clartés de la source de toute lumière.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

XXVII.

Je me suis tenu éloigné de tous les systèmes, non par système, mais parce que je reste convaincu que les principes posés dans l'École pour expliquer les fièvres puerpérales, s'excluent formellement; et que, cependant, je ne trouve pas de contradiction entre les faits que s'opposent les généralisateurs et les localisateurs exclusifs de ces fièvres. Cela m'a donné la confiance que je voyais ces faits comme ils sont, et dans leurs vrais rapports. J'ai observé, dans la clinique puerpérale, des phlegmasies; à côté d'elles, des pyrexies; entr'elles, et comme trait d'union, des affections qui participent du caractère de ces deux types de toutes les maladies aiguës; je n'ai pas trouvé ces dernières affections contradictoires, et je les ai nommées des fébri-phlegmasies. Telle est la nature : il faut en prendre son parti, et s'arranger de ces faits; il faut savoir les grouper autour du traumatisme spontané et naturel qu'on nomme l'accouchement et ses suites.

Je prouverai plus tard, si l'attention de mon lecteur le permet, que, pour n'être pas exactement comparables aux fièvres dites essentielles de nos nosologies, les fièvres puerpérales n'en sont pas moins des pyrexies dans leur ordre, c'est-à-dire dans la nosologie des femmes en couches et pourvu qu'on se borne à les comparer aux autres maladies aiguës de cette nosologie.

On verra aussi que, quelqu'analogie qu'elle présente en beaucoup de points particuliers avec la fièvre des opérés, la fièvre puerpérale ne doit point être confondue avec elle, parce que le traumatisme spontané et naturel de la femme en couche, diffère considérablement du traumatisme accidentel de l'opéré; et que, dans tous les cas, il n'est peut-être pas de maladies moins spécifiques que les fièvres puerpérales, quoiqu'il soit vrai de dire, qu'élevées à une certaine puissance et régnant dans de certaines conditions, elles puissent, en leur qualité de maladies aiguës ou impersonnelles, devenir épidémiques et transmissibles tout à la fois.

Mais avant d'aborder la question nosologique, il faut s'y préparer en achevant de traiter la question de pathologie, et en répondant aux théories par lesquelles les localisateurs cherchent à atténuer les faits énormes qui les débordent.

XXVIII

Rappelons-nous quelle est la constitution de l'appareil puerpéral d'après les données de l'anatomie d'évolution : d'une part l'utérus et ses annexes, centre organique de la fonction; de l'autre, toute l'économie de la femme modifiée dans sa composition la plus intime par la gestation, et renfermant tous les éléments qui sont représentés à leur plus haute puissance dans le centre de cette fonction. N'oublions pas que ces deux divisions de l'appareil reproducteur, unis dans une communauté d'action, forment dans l'organisme général, un système complet dont toutes les parties sont solidaires.

Or, qu'avons-nous vu dans l'échelle des maladies puerpérales? L'appareil utérin, centre des suites de couche normales, continuer à garder cette attribution dans les suites de couche morbides; celles-ci, formées par une série ascendante d'affections de plus en plus graves constituant une nosologie spéciale; et la fièvre qui accompagne ces maladies, la fièvre qui leur est propre et qui, alors même qu'elle est secondaire, se distingue par des caractères particuliers, cette fièvre se montrer tout à fait inexplicable sans l'altération sympathique des éléments généraux de l'état ou de l'appareil puerpéral.

Ce que nous avons vu encore, c'est que plus les suites de couche morbides sont saines et se déclarent hors des influences qui engendrent les maladies aiguës graves, plus alors les lésions sont franches et localisées dans l'appareil puerpéral sous la forme de phlegmasies; et qu'au contraire, plus règnent autour de la femme des influences malsaines et débilitantes capables d'agir sur la santé générale, sur la crase du sang, etc..., plus aussi l'état morbide puerpéral dominant dans les éléments généraux de la fonction, tend à prendre par degrés le caractère de pyrexies plus ou moins graves.

La discussion académique se condamne donc volontairement à l'erreur, quand elle renferme la question dans le typhus puerpéral. Ne prendre qu'un terme d'une série, c'est se résigner d'avance à un système. La plus haute puissance des fièvres puerpérales est l'expression de causes exceptionnelles, nosocomiales ou épidémiques; elle n'empêche donc pas l'existence d'une fièvre puerpérale simple et sporadique. Or, dans celle-ci, l'utérus et ses annexes sont toujours visiblement affectés. Mais, au fond, le typhus puerpéral ne diffère pas plus de la fièvre ou des phlegmasies puerpérales simples, que la variole discrète ne diffère d'une confluente, ou la dothiénenterie simple et imputride, de celle qui est putride et ataxique; donc, alors même qu'il n'est pas le siége de lésions ou de symptômes locaux capables d'en imposer pour le point de départ des fièvres puerpérales, l'appareil utérin est le centre de ces fièvres.

XXIX

Est-il bien certain, d'ailleurs, qu'il y ait des fièvres puerpérales où l'utérus et ses annexes cessent d'être ou de paraître le centre de la maladie générale? J'en doute. On peut affirmer sans erreur que même dans ces cas, où, suivant M. Voillemier, il est impossible de constater aucune lésion dans la matrice, ni trace de phlébite ou de lymphite, on le trouve toujours douloureux à la pression, si ce n'est dans tout le cours de l'affection, au moins à son début. Voici une autre observation bien propre à révéler le rôle puissant qu'il joue dans la détermination du typhus puerpéral où son anatomie pathologique est pourtant si peu riche : c'est que l'invasion de la fièvre grave est beaucoup plus rapide, ses phases plus précipitées, sa terminaison plus foudroyante, lorsque les difficultés de l'accouchement ont exigé des manœuvres chirurgicales et l'emploi des instruments! Il n'y a pas de fièvre des opérés qui se déclare aussi promptement que le typhus puerpéral le fait alors; qui marche et tue aussi brutalement. Du pus, il n'y en a encore nulle part..... Il se forme peut-être, mais il n'est pas toujours formé. Et puis, n'y eût-il pas de douleur à la pression du bas-ventre, qu'est-ce que cela prouverait?

XXX

J'avais, il y a huit jours, à Lariboisière, une femme venue du service évacué de mon très honoré collègue, M. Moissenet, dans

---

Franchement, je crus un instant que, depuis Orléans, j'étais la proie de quelque hallucination fébricitante. Cependant, je pris coup sur coup deux bonnes tasses de tilleul, et peu à peu je m'endormis. Une bonne diaphorèse, comme vous dites, survint, et le lendemain j'étais à Bordeaux.

Je connais un grand nombre de médecins dans cette ville, et je ne faisais pas un pas sans en rencontrer quelqu'un. Celui-ci me saluait en souriant d'une façon singulière. Celui-là me touchait la main en me disant : Continuez, cher Benoît, vous avez une bonne veine. Cet autre m'arrêtait : Vous avez un homonyme à Paris qui fait des siennes, Monsieur Benoît. Un quatrième m'apostrophait en me criant : Mes compliments au docteur Simplice. Et le cinquième : Ne m'oubliez pas auprès de Françoise.

Confondu, étourdi, abasourdi, je me sauve à Mont-de-Marsan. C'est là, mon cher Simplice, que je devais découvrir le pot aux roses, et d'une façon peu aimable pour toi et pour moi.

Selon une vieille habitude de trente ans, je descends chez notre vieil ami de trente ans, notre excellent docteur X...

Notre ami était en tournée de clientèle; seule, sa femme était au logis, et elle, autrefois si prévenante et si affectueuse, me reçut froidement et presque avec contrainte.

— Eh bien, Nicol — abréviation amicale de notre bon Nicolas — n'est donc pas là?

— Non, Monsieur Benoît, et je crains qu'il ne rentre bien tard aujourd'hui.

— Dans ce cas, je l'attendrai.

— Comme vous voudrez, vous connaissez votre chambre.

Il y a quelque chose là-dessous, me disais-je, et l'attente me parut bien longue. Enfin, Nicol arrive. A sa mine embarrassée, je m'aperçus vite qu'une cause quelconque de refroidissement s'était interposée entre notre vieille affection. Tu sais que j'aime à aller vite en besogne, et brusquement j'entamai l'attaque.

— Il y a quelque chose de nouveau ici et je tiens à le savoir, dis-je à Nicol.

— Le nouveau, tu le connais aussi bien que moi, et je m'étonne que tu le demandes. Tu sais bien que depuis douze ans je reçois l'UNION MÉDICALE.

— Quel rapport....

— Comment? N'est-ce pas dans cette feuille que toi et Simplice, vous deux, mes plus anciens amis, et sans m'en prévenir.... Je ne me serais jamais attendu à un pareil oubli de votre cœur....

— Foi de vieil ami, je ne comprends pas un mot à tes reproches. Depuis Orléans, je suis assommé d'un éternel refrain sur Simplice et sur moi.... C'est donc un mot d'ordre et une mystification par voie télégraphique.

— Il faut donc te mettre le corps du délit sous les yeux,

Et ce disant, Nicol me présente une série de numéros de l'UNION MÉDICALE, dont le feuilleton porte ce titre : *Journal du docteur Simplice, praticien de Paris.*

Tu comprends mon ébahissement en lisant ce titre, mais comprends-le plus encore quand je t'aurai dit que ce journal est bien le tien, la copie exacte, daguerrienne de tes pensées et des miennes, de nos conversations intimes, de tes naïvetés, de mes boutades.

— C'est le diable, m'écriai-je! et je t'assure, mon cher Nicol, que ni Simplice, ni moi, n'avons participé à cette publication.

— Alors, il faut accuser Françoise de dérober les manuscrits de son maître.

J'ai pris votre défense avec chaleur, bonne Françoise, et j'espère avoir convaincu Nicol de votre parfaite innocence.

Mais enfin il y a larcin, mon cher Simplice, et larcin continu, si bien que je ne suis pas sûr que ma présente lettre ne se trouve demain tout au long couchée dans l'UNION MÉDICALE, ce qui serait bien désagréable au point de vue de mon amour-propre.

Donc, ce bon Nicol était furieux et contre toi et contre moi qu'il accusait de lui avoir caché notre projet, d'avoir cherché la gloire et la célébrité sans lui en faire part; car il assure, et j'ai peine à le croire, que la publication de ton journal obtient un grand succès, et il veut bien ajouter que mes réflexions n'y nuisent pas.

Il faut t'ingénier de toute façon, mon cher Simplice, afin de trouver le voleur. Cela est de la dernière importance. Nous disons entre nous certaines choses qu'il serait très malheureux de voir publier. Malheureux pour toi, s'entend; tout contact avec le corps médical parisien te serait impossible, et tes naïvetés qui sont réelles et le produit de ton âme candide, se transformeraient en malice et en méchancetés.

Je ne veux pas finir sans te dire que notre bon ami Nicol, après toutes mes explications, est revenu de ses fâcheuses impressions, et qu'il est encore aujourd'hui ce qu'il a toujours été, notre plus affectueux camarade.

Réponds-moi le plus tôt que tu pourras, et crois-moi toujours,

Ton ami dévoué,

BENOIT.

Tartas, le 12 mai 1858.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

M. le docteur Mouronval, maire de la ville de Bapaume, membre correspondant de l'Académie de médecine et de plusieurs Académies médicales et savantes, est mort récemment à Bapaume, à l'âge de 61 ans.

— M. le docteur Tallard, ancien médecin en chef de l'hospice de Moulins, ancien médecin du bureau de charité et du conseil de salubrité du 9e arrondissement de Paris, est mort à Moulins, le 2 mai, à l'âge de 64 ans.

— La mort continue à frapper dans les rangs de la médecine étrangère, les têtes les plus élevées semblent le but préféré de ses coups. A Berlin, Müller, le célèbre physiologiste, vient de s'éteindre pendant son sommeil; deux heures auparavant, il était en parfaite santé. A Venise, le professeur Mauthner, directeur de l'hôpital des Enfants-de-Saint-Anne, a succombé à une méningite. Enfin, les professeurs Plattner, à Fribourg, Harrisson, à Dublin, et Mareska, à Gherits, ferment la liste déjà si longue des pertes que le corps médical vient de faire.

le mien. Accouchée depuis quinze jours, elle descendait chez moi avec une fièvre puerpérale surchargée de phlegmasies disséminées : c'étaient une double pneumonie lobulaire ; un double épanchement dans les plèvres ; un phlegmon énorme du dos du pied disséquant les muscles de cette région sans douleur, sans rougeur, sans élongation de la peau au sommet du phlegmon ; phlegmon, je me trompe, dépôt de matière, comme aurait dit Hunter, formé à l'insu de la malade et inaperçu de nous. Un tel groupe de phlegmasies primitives n'aurait pas existé huit jours à ce degré sans donner la mort. Mais secondaires, dominées et subordonnées par une pyrexie, ou coexistant avec elle comme dans les fébri-phlegmasies, on les conçoit. L'observation des pyrexies nous fournit tous les jours de ces exemples ; celle des phlegmasies, jamais. Malgré ces graves affections locales, je trouvai donc la fièvre aussi essentielle que les phlegmasies, je veux dire à forme primitive. La peau était largement plaquée de rougeurs plates ou sans turgescence, rougeurs funestes comme on en observe dans la période chaude et fébrile des choléras graves ; et la malade était toujours baignée de ces sueurs profuses et non critiques qui abondent dans les fièvres purulentes. D'ailleurs, escarres au sacrum ; persistance de la fièvre grave et de la colliquation, malgré l'amendement des phlegmasies pulmonaires ; ventre empâté, sans fluctuation, *mais partout indolent à la plus forte pression ;* conservation parfaite des facultés cérébrales. Eh bien, malgré cette insensibilité complète du ventre, je disais tous les jours aux élèves : — Il y a du pus dans le bassin de cette malade. Vous voyez ces phlegmasies multiples probablement purulentes : leur caractère le plus remarquable est la latence. Elles ont leurs signes physiques, mais pas de symptômes. Pourquoi ? Parce qu'elles sont dominées et reliées par une fièvre qui est avec elles l'effet d'une même cause générale ; et que c'est le cachet des phlegmasies secondaires de pulluler partout sans douleur et sans trouble fonctionnel local. Vous remarquerez, que tout ce que je fais contre ces phlegmasies ne les modifie pas ; ou tout au moins, que quand je parviens à atténuer les plus mal placées, celles de la poitrine, par des ventouses, des vésicatoires, des vomitifs, je ne gagne presque rien sur l'état général, autre caractère des phlegmasies secondaires dans les fièvres graves. L'autopsie vous prouvera que, quoique indolent, le bassin est le centre de cette fébri-phlegmasie, etc... — Quelques jours après, nous trouvions toutes les lésions du poumon et des plèvres annoncées pendant la vie, et le péritoine et le petit bassin pleins de pus. L'utérus, ses ligaments, les ovaires en étaient infiltrés. Il y avait une énorme péritonite suppurée, sans rougeur inflammatoire de la membrane séreuse.

Un fait avait servi, autant que mes notions générales sur l'ordre et la marche des lésions dans la fièvre puerpérale, à me convaincre de l'existence du pus dans le bassin : c'était la diarrhée, une diarrhée incoercible. C'est un fait qui a été signalé par M. Béhier mieux que par personne. Il y a longtemps que je fais grand cas de ce signe : il ne m'a jamais trompé. Une diarrhée involontaire peut permettre d'affirmer la suppuration dans quelque point du petit bassin.

Ce n'est pas la première fois que j'observe l'indolence du bas-ventre dans les phlegmasies puerpérales suppurées des organes de cette cavité. Mais je ne classerai jamais ces cas dans les phlegmasies simples et primitives. C'est un singulier traumatisme que celui-là ! Avant qu'elle n'existe, la plaie — plaie spontanée — est dominée par un état morbide général...

XXXI

Hunter disait que le virus scrofuleux a des propriétés sédatives : manière de dire que les abcès strumeux sont indolores. Je crois que la véritable raison de l'indolence des suppurations dans la scrofule, où elles se forment souvent très rapidement, comme dans les fièvres pyogéniques, n'est pas ailleurs que dans la transformation purulente très facile du sang. D'ailleurs, c'est là un pus informe, non élaboré par l'inflammation. Dans ces divers cas, en effet, il n'y a presque pas de travail inflammatoire dans les tissus, très peu de turgescence, jamais de ces pulsations douloureuses de l'artère nourricière du foyer, représentant par son exaltation vitale le cœur d'un petit organisme vasculaire accidentellement développé au sein des tissus ; jamais d'étranglement de ceux-ci, ni par conséquent de débridements nécessaires. Qu'est-ce, en effet, qu'un étranglement de ce genre ? L'attribuerait-on, comme l'École, à une distension extrême, mais passive et mécanique des tissus arrivés à leur maximum d'élongation ? Mais alors, pourquoi pas d'étranglement et de nécessité de débrider dans les abcès multiples des fièvres purulentes, quelquefois pourtant si abondants ? Cela vient certainement, de ce que le travail inflammatoire est presque nul, quand il existe, dans ces abcès ou dépôts, tandis qu'il est intense dans le phlegmon primitif, au point d'y produire un spasme tonique des tissus, qui est la véritable cause de l'étranglement.

Dans les abcès secondaires, les foyers ne sont pas limités par de la lymphe plastique. Hunter les appelait abcès *dans une partie* pour les distinguer des phlegmons. Ceux-ci étaient des abcès d'*une partie*. Toutes ces considérations sont précieuses pour la distinction des fièvres et des phlegmasies puerpérales. Comment a-t-on pu croire que les uns excluaient les autres ? L'esprit de système a fait cela.

L'indolence des suppurations, l'insensibilité plus ou moins grande du ventre, en particulier, dans les affections puerpérales aiguës, ne sont donc pas une raison de contester les phlegmasies qui s'y forment. Elles prouvent, de plus, que ces phlegmasies ne sont qu'un élément de la maladie, qu'une de ses nombreuses manifestations ; que la fièvre puerpérale purulente les domine, et que c'est elle qui fait leur haute gravité. Dans les phlegmasies puerpérales primitives et plus franches, la douleur est aussi beaucoup plus vive ; mais alors, personne ne nie la concentration des lésions vers l'utérus ; tandis que j'ai à combattre ici les essentialistes, dont les théories semblent exclure cet organe de la détermination des fièvres puerpérales graves, parce que, dans ces fièvres, il est quelquefois, suivant eux, ou indolent pendant la vie, ou exempt de lésions après la mort.

XXXII

Mais, on ne saurait le répéter assez : si les essentialistes n'ont pas à se prévaloir de l'indolence de l'utérus pour décentraliser la fièvre puerpérale, ce caractère est encore plus funeste au système des localisateurs, car il est un cachet de la *secondaireté* de ces phlegmasies, il les relègue sur le second plan, ou, tout au moins, leur enlève tout droit de prétendre au premier. Ces suppurations ont donc les propriétés de celles qu'Hunter appelait constitutionnelles. J'ai déjà signalé plusieurs de ces traits. En voici un dernier. Le contact de l'air avec les foyers purulents secondaires et multiples des fièvres puerpérales, y détermine une inflammation putride ; et des accidents d'infection générale s'en suivent, comme dans tous les abcès non primitifs. Au contraire, l'ouverture des phlegmons ou des abcès formés dans une partie à la suite d'un travail inflammatoire primitif, sont ouverts avec avantage, et la pénétration de l'air n'y cause aucune altération.

Les localisateurs disent donc vrai : oui, l'utérus et ses annexes sont le siége central des maladies qu'on désigne à tort ou à raison — nous saurons bientôt lequel des deux — sous le nom de fièvre puerpérale. Seulement, ils entendent mal ce fait, tellement mal, qu'ils sont condamnés à des contradictions incroyables et auxquelles ils semblent se résigner comme on se résigne à des difficultés insolubles. Mais si des difficultés insolubles peuvent, dans l'état donné d'une science, former des *desiderata*, elles ne doivent jamais engendrer des contradictions. Voyez pourtant M. Cazeaux, un esprit droit : il est décidément localisateur ; mais il ne peut pas se passer d'un état défini du sang pour expliquer les symptômes généraux et les lésions disséminées des fièvres puerpérales. M. Beau, médecin physiologiste, talent original, opposé par nature d'esprit aux ontologistes — et je l'en félicite — se range aussi parmi les localisateurs, à condition, toutefois, qu'on lui accorde une diathèse inflammatoire.

Dans ses recherches si consciencieuses, M. Béhier se pose franchement sur le terrain de la phlébite, de la métrite ou de la métro-péritonite primitives. Il veut énergiquement repousser toute idée d'une affection puerpérale primitivement générale ; mais il ne le peut. Impossible à lui de se dispenser d'un état d'imminence morbide de toute la constitution, propre aux femmes en couche. En quoi donc différé-je de ces honorables collègues ? Comme eux, j'admets un état local ; comme moi ils admettent une disposition générale. Mais chez eux, ces deux états sont sans lien. Ils forment deux choses complètes, chacune de son côté, sans rapport organique et vital entre elles.

Ils forment, pour moi, un seul et même système, ou sans quoi, le point de départ de deux erreurs contraires. Unissez-les dans la nature : ils le seront dans la théorie, et la nosologie puerpérale ne paraîtra pas vous offrir des phlegmasies incompatibles avec ses pyrexies, et réciproquement. Les localisateurs sont donc généralisateurs malgré eux. Ils ont les deux termes, mais ils n'ont pas le rapport.

L'idée de l'une de ces choses exclut pourtant si peu l'idée de l'autre, qu'elles ne pourraient subsister à part, ni dans l'ordre physiologique, ni dans l'ordre pathologique. A l'Académie, elles sont si peu solidaires que, dans l'application, elles engendrent chacune un système opposé dont le principe et les conséquences s'entre-détruisent.

XXXIII

Les ontologistes ont l'air d'admettre chez la femme en couche une modification puerpérale de toute l'économie sans appareil central ou sans rapport nécessaire avec cet appareil. Les localisateurs, au contraire, semblent ne voir que lui. L'état général qu'ils sont forcés d'accorder par-dessus, se trouve là je ne sais pourquoi, accidentellement sans doute, sans lien nécessaire avec l'affection des organes centraux. C'est au moins ce qui résulte de la manière dont ils comprennent les rapports de l'affection et des lésions utérines avec l'affection et les lésions générales dans les maladies des femmes en couches. Ils complètent leur théorie avec une idée empruntée au principe de leurs adversaires, et ils anéantissent par là leur propre principe. Cela prouve plus de bonne intention que de force dans la doctrine. C'est de l'éclectisme, ou autrement, de la contradiction ; il ne faut pas trop s'en vanter. Cet état particulier du sang, cette cachexie laiteuse des anciens, caractérisée pour nous par l'excès du sérum et de la fibrine, la diminution des globules, et peut-être, une certaine proportion de caséine, cette modification si considérable de toute l'économie de la femme par la grossesse, si favorable à la pyogénie, est aussi inconcevable sans la gestation que celle-ci sans elle. Pourquoi les séparez-vous ? L'utérus n'en est pas le point de départ mécanique, il en est le centre organique et vital, c'est-à-dire qu'il concentre et représente à leur plus haute puissance les propriétés puerpérales, les éléments reproducteurs disséminés et fondus dans tout l'organisme.

Ces deux pôles de l'appareil, permettez-moi cette expression, naissent, se développent et se résolvent simultanément. Que la fonction évidente ou la maladie visible commencent par l'un ou par l'autre, ils sont solidaires et inséparables dans la santé comme dans la maladie. Qu'ils soient frappés avec une intensité inégale ; que le désordre morbide intéresse plus particulièrement les éléments généraux que le centre, ou celui-ci que les éléments généraux, de manière à donner plutôt à la maladie la physionomie d'une maladie générale ou d'une fièvre, que celle d'une maladie locale ou d'une phlegmasie ; ou que ces deux expressions communes de toutes les maladies aiguës que les anciens ramassaient avec un vague mais sûr instinct du vrai dans leurs pyrétologies, naissent et se développent de front, comme il arrive à Paris dans le plus grand nombre des cas, qu'importe ? Que fait à l'ordre intérieur et vivant des choses, l'ordre de leur apparition et de leurs symptômes ? L'essentiel est qu'en face de la fièvre indéterminée et non organisée des ontologistes ; de l'inflammation primitivement locale, sans raison d'être et sans unité des anatomistes, vienne se poser l'existence d'un état morbide primitivement et essentiellement général et local en soi, quoiqu'il puisse, quelquefois, dans l'ordre d'apparition de ses symptômes, sembler primitivement local ou primitivement général.

Je le répète : il suffit que ces deux états coexistent, pour que, suivant les circonstances, l'altération de l'un l'emportant sur celle de l'autre et fournissant les premières et les plus importantes manifestations morbides, il en résulte tour à tour soit des phlegmasies, soit des fébri-phlegmasies, soit des fièvres, ces trois types de la pyrétologie. Voilà, en effet, ce que donne la clinique. Les faits ne se rétréciront pas : c'est aux théories à s'élargir.

(La suite à un prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

PROPRIÉTÉS TOXIQUES DES POUDRES DITES INSECTICIDES, ET PARTICULIÈREMENT EMPLOYÉES POUR LA DESTRUCTION DES PUNAISES, ETC.

On fait un grand usage en ce moment de poudres dites *insecticides*, destinées à la destruction des punaises et autres insectes qui sont parfois un tourment pour l'espèce humaine.

Ces poudres sont connues dans le commerce sous des noms différents : poudre Vicat, poudre de Désille, poudre d'Apoil, etc., noms tirés de ceux de leurs inventeurs ; la plupart se vendent en boîte, et s'emploient au moyen d'un petit soufflet, muni d'un appareil à entonnoir, par lequel on introduit la précieuse poudre. Quelques-unes, la poudre d'Apoil est du nombre, sont assez ingénieusement renfermées dans des boîtes, qui ont tout à la fois la forme et l'usage du soufflet. On souffle la poudre sur le sommier du lit, sur le traversin, et l'on peut dormir tranquille.

Quelle est la nature de cette poudre ? Une lettre de M. Nicklès, publiée dans l'*Ami des sciences* du 21 mars, nous l'apprend :

Connue en Allemagne depuis dix ans, sous le nom de *poudre persique* contre les insectes, elle fut mise en vogue par un Viennois, qui, ayant su longtemps en cacher l'origine et la composition, put la vendre fort cher. Le secret a enfin percé, et l'on sait aujourd'hui que la poudre insecticide consiste en plantes du genre *Pyrethrum*, réduites en poudre. On fait particulièrement usage des Pyrèthres de la Perse et du Caucase.

« L'insecticide Vicat, dit M. Nicklès, me fait l'effet de n'être autre chose que cette poudre persique d'Allemagne habillée à la française. » Je partage complètement son opinion ; ces poudres, quelque nom qu'elles portent, me paraissent toutes provenir de la même source, c'est aussi l'avis de M. le docteur Mialhe qui a bien voulu les examiner avec soin.

« Cette poudre, ajoute M. Nicklès, est d'une incontestable utilité, et malgré son efficacité contre toutes ces méchantes petites bêtes, elle est parfaitement inoffensive à l'égard de l'homme. »

Telle est aussi l'opinion généralement répandue dans le public.

Le fait suivant semble montrer cependant, qu'à l'égard de l'homme la poudre insecticide pourrait bien n'être pas aussi innocente qu'on l'a pensé jusqu'à ce jour.

Mme D..., âgée de 50 ans, d'un tempérament pléthorique et d'une bonne santé habituelle, me fait appeler en toute hâte, le 24 avril au matin. Je constate l'état suivant :

Pesanteur de tête, pâleur du visage, bourdonnements et tintements d'oreilles, douleurs vives, accompagnées de chaleur à la région épigastrique, envies de vomir, coliques abdominales, le pouls est petit (80 pulsations), la malade ne peut se mettre sur son séant, elle éprouve des sueurs et tombe en syncope.

Avant même d'interroger la malade, Mlle D... m'apprend que, la veille au soir, sa mère a soufflé de la poudre insecticide, dite d'Apoil, sur l'oreiller et le traversin de son lit.

Il devenait probable pour moi, que la poudre n'était pas étrangère à la production des phénomènes observés.

Un éméto-cathartique, des sinapismes et des cataplasmes émollients firent promptement justice des principaux accidents. La pesanteur de tête et une propension irrésistible au sommeil ayant persisté le lendemain, je me décidai, vu l'état pléthorique de la malade, à une application de sangsues, qui acheva la guérison.

Je ne donnerai pas à ce fait plus de portée qu'il n'en mérite ; nombre de personnes se sont servies et se servent journellement de ces poudres sans en être incommodées. Néanmoins, l'accident qui précède, et deux accidents analogues observés par des confrères, m'ont paru devoir attirer l'attention sur ce sujet.

La Pyrèthre est, du reste, une variété de camomille, genre Anthemis, de la famille des Synanthérées ; et Giacomini, le seul qui donne quelques détails sur l'action de cette plante chez l'homme en santé, s'exprime de manière à ne laisser aucun doute sur les propriétés toxiques qu'elle présente :

« A dose élevée, dit cet habile observateur, elle occasionne de la pesanteur et de l'embarras vers l'estomac, produit des vertiges, de la confusion dans les idées, de la céphalalgie, la dilatation de la pupille, l'obscurcissement de la vue, la somnolence, le ralentissement du pouls, des nausées et des vomissements ; viennent ensuite de la diarrhée, des

sueurs générales, des lassitudes, de l'engourdissement, de l'abattement, du froid aux extrémités, des défaillances. Hahneman a observé des symptômes analogues et les a minutieusement décrits. »

D[r] Jules Boucard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 4 mai 1858. — Présidence de M. Laugier.

Aux membres de l'Académie de médecine.

Belfast, 1[er] mai 1858.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter un *Traité sur la phthisie pulmonaire et la scrofule* qui, depuis très longtemps, ont été pour moi le sujet des études les plus sérieuses, et sur lesquelles j'ai fait une longue série d'observations et d'expériences.

Je viens donc, Messieurs, vous prier de vouloir bien confier mon travail à une commission qui appréciera la nature de mes idées sur ce sujet.

Mon but principal a été d'établir les vraies causes des tubercules, les moyens de les guérir dans certains cas, mais surtout de les prévenir quand ils n'existent pas encore. Ainsi, on remplirait une grande lacune dans notre connaissance des maladies et on établirait une loi naturelle qui pourrait égaler, par son caractère et par l'étendue de ses conséquences, toute autre loi pathogénique.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, de vous offrir un court résumé de ce qui se trouve plus détaillé dans mon ouvrage. Nous savons, Messieurs que dans l'air, qui a déjà été respiré, il y a de l'acide carbonique en grande proportion, de 4 à 4,5 p. 100. Valentin estime la quantité d'acide carbonique exhalé pendant les vingt-quatre heures par les poumons et par la peau à 33 onces 16 centièmes, ou à peu près 9 onces de carbone solide, dont la peau n'exhale que 1/50[e] ou 1/60[e].

Il a été souvent démontré que, dans l'air déjà respiré, les poumons ne fonctionnent plus parfaitement, car, selon Allen et Pepys, l'air le plus vicié par des respirations successives, et même arrivé à ne pouvoir plus entretenir la vie ne contiendrait au plus que 10 p. 100 d'acide carbonique. Ces expériences, et d'autres que je relate dans mon ouvrage, prouvent qu'une partie notable d'acide carbonique n'est pas excrétée par l'organe respiratoire et s'y accumule.

Que devient donc le trop plein dont les poumons ne peuvent se débarrasser, et pour l'expulsion duquel les autres organes excréteurs sont insuffisants ?

D'abord, le tubercule a une composition chimique essentiellement carbonée, et il lui manque entièrement la structure organique, d'autre part, j'ai trouvé, par des observations suivies avec rigueur pendant plusieurs années, que, tous les cas de phthisie ou de scrofule ont toujours eu pour antécédent la respiration longtemps continuée d'un air impur, c'est-à-dire un air déjà respiré; tandis que tout ce qui a été jusqu'ici avancé comme cause de ces affections ne s'applique pas à tous les cas. Et nous voyons tous les jours combien la phthisie se développe plus fréquemment chez les hommes ou les animaux exposés à une atmosphère insuffisamment renouvelée, quelles que soient, d'ailleurs, les autres conditions qu'ils subissent.

Tous les auteurs, mais surtout Baudelocque, ont plus ou moins insisté sur l'influence qu'une atmosphère, qui n'est pas assez souvent renouvelée, exerce sur la production du tubercule; mais personne n'a encore démontré, ce que je crois avoir fait, la manière d'agir de cette cause, et tous, jusqu'ici, ne lui ont donné qu'une importance secondaire. Je résume donc mon opinion dans la proposition suivante : A la suite de l'action imparfaite de la fonction respiratoire, causée par l'inhalation prolongée d'une atmosphère trop rarement renouvelée, l'excrétion des matières carbonées étant incomplète, celles-ci s'accumulent dans le sang, et peu à peu transformées en substance tuberculeuse, se déposent dans les différentes parties du corps.

Je ne nie point, Messieurs, l'action d'autres causes prédisposantes dans la production du tubercule; mais, pour moi, ils agissent seulement conjointement avec la cause prochaine et principale, la respiration d'un air impur; sans cela, je ne puis pas concevoir la possibilité du tubercule. Par des expériences déjà faites, et d'autres en voie d'exécution qui ne sont pas encore publiées, j'ai constaté les faits suivants : plusieurs animaux sauvages et domestiques ont été exposés à la respiration d'un air rarement renouvelé, tout en leur donnant une bonne nourriture, de la lumière, de la chaleur et les soins, du reste, convenables; ils ont tous été atteints de tubercules dans un espace de temps qui varie d'un mois à six semaines, comme les autopsies et l'examen microscopique l'ont démontré; tandis que d'autres animaux de même espèce, vivant en plein air, restaient sains.

Je ne vais pas au devant, dans ce court résumé, de toutes les objections qu'on pourrait avancer, je les aborde dant le courant de mon ouvrage. J'exprimerai seulement ma conviction intime que la respiration continuée d'un air chargé d'excrétions humaines, tel que l'air fréquemment respiré, produit graduellement une altération morbide sur le sang. Cette cause agit, non seulement en empêchant une excrétion suffisante par les poumons, mais aussi directement d'une manière toxique sur le sang. Ainsi, en effet, la matière retenue devient morphologiquement transformée en matière tuberculeuse, et comme dans tous les cas de substances étrangères, s'accumulent dans l'organisme. Cette matière, devenue tuberculeuse, se dépose dans les différentes parties du système, ne trouvant pas d'autre issue.

Si cette doctrine est vraie, il est facile de prévoir l'immense révolution qui en résultera dans le traitement d'une maladie qui, jusqu'à présent, a été regardée comme presque toujours fatale. Il en résulterait aussi que, dans tous les cas, on pourrait prévenir les tubercules en exigeant la respiration constante d'un air pur, et même quelquefois les guérir, comme je suis prêt à le démontrer par des observations recueillies dans ma propre clientèle.

J'espère que l'Académie m'accordera sa bienveillante attention, et qu'elle voudra bien examiner mes droits à la découverte de la vraie cause du tubercule, et du seul traitement rationnel de la maladie, c'est-à-dire un traitement basé sur la connaissance et la suppression de la cause.

Agréez, Messieurs, le respectueux hommage de la haute estime de l'auteur pour votre compagnie, dont il attend avec confiance le jugement impartial.

Henry M'Cormac, m. d.

PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

CHLORATE DE POTASSE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE. — Le chlorate de potasse fera le tour du cadran pathologique. Il en est toujours ainsi; dès qu'un médicament acquiert une certaine valeur dans le traitement d'une maladie, on est porté à en étendre l'application et à l'employer dans des cas qui n'offrent réellement aucune analogie avec ceux dans lesquels il a primitivement rendu des services. Quelle analogie, par exemple, trouver entre les diverses formes de la stomatite et la fièvre typhoïde? Cependant le chlorate de potasse a été déjà employé par plusieurs praticiens, dans cette dernière maladie, et il a fait merveille, assure-t-on. Aussi M. Bellantani, médecin à Ouarville (Eure-et-Loir), a employé pendant six mois le chlorate de potasse à l'extérieur et à l'intérieur contre toutes les formes de la fièvre typhoïde. Tous les malades ont guéri dans un temps très bref; ils sont entrés en convalescence du quinzième au trentième jour; pas un n'a dépassé cette dernière époque. Voici sa formule :

Eau gommée	60	grammes.
Sirop de limon	40	—
Chlorate de potasse.	2	—

Tous les deux jours on augmente le sel de potasse de 1 gramme; M. Bellentani n'a jamais dépassé la dose de 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Pour boisson, des tisanes fraîches; le plus souvent de l'eau fraîche en abondance; chaque jour un lavement à l'eau fraîche; des applications sur l'abdomen de compresses fraîches trempées dans la solution suivante :

Eau.	1000	grammes.
Chlorate de potasse.	30	—
Acide chlorhydrique	10	—

La potion est donnée chaque jour et continuée jusqu'à amendement des symptômes; quand la convalescence est entrevue, imminente, on cesse toute médication, et l'on nourrit le malade.

M. Morison, dans un article inséré dans le *Pacifique medical and surgical Journal*, déclare qu'il a vu M. Chew employer le chlorate de potasse dans la fièvre typhoïde, à Baltimore, avec un succès surprenant. En 1847, il n'eut qu'une mortalité de 2 sur 72. Il faisait prendre, jusqu'au moment de la convalescence, une cuillerée à bouche de la préparation suivante toutes les deux heures :

Chlorate de potasse.	4	grammes.
Bicarbonate de soude. . } *ââ.*	8	—
Gomme d'acacia . . . . }		
Eau.	250	—

Voilà, certes, des succès merveilleux. Comme après tout cette médication ne peut pas être nuisible, il serait utile de la soumettre à une sérieuse expérimentation. (In *Gaz. hebdom.*, n° 19, 1858.)

RHUMATISME DU DIAPHRAGME; par M. le docteur Chenevrier. — Voici trois faits curieux de cette affection :

Obs. I. — M. L..., lieutenant d'artillerie, âgé de 33 ans, sujet à des douleurs rhumatismales, est pris, à la suite d'un refroidissement, d'une pleurodynie sous le sein droit. Le lendemain, accès subit d'étouffement, pendant lequel la respiration, très courte, ne se faisait que par la partie supérieure de la poitrine; la figure était inquiète, la parole saccadée. Il montrait une barre qui, disait-il l'étouffait, et correspondait aux attaches du diaphragme. Il avait en même temps quelques secousses de hoquet. Le pouls était à 70. Le ventre était souple et libre; l'auscultation n'indiquait rien d'anormal, non plus que la percussion. Une potion calmante fut ordonnée, et un sinapisme en ceinture fut appliqué. Au bout d'une heure, grande amélioration, et deux heures après le début le malade était tout à fait remis.

Obs. II. — R..., horloger, âgé de 30 ans, sujet à des douleurs rhumatismales. Pendant la convalescence d'un lumbago, il est pris tout à coup en se promenant, d'un accès d'étouffement. En même temps, sensation d'une barre qui lui serrait la base de la poitrine, comme dans un étau. Respiration courte et pénible ne se faisant que par la partie supérieure de la poitrine. Rien à la percussion ni à l'auscultation, ni du côté du ventre. Pouls normal; pas de toux ni de hoquet. Frictions avec le baume tranquille et le laudanum pour tout traitement. Tout disparut au bout de quelques heures. Deux fois auparavant, ce malade avait déjà éprouvé un accident semblable.

Obs. III. — Ce fait a été observé par M. Roche sur lui-même. Voici les symptômes tels que les décrit ce médecin : « Le 22 avril 1855, ayant » quitté ma flanelle d'hiver, je fus pris à trois heures du soir, au milieu » d'une santé parfaite, de douleur à la base du thorax. Cette douleur, » sous forme de demi-ceinture antérieure, gênait les aspirations profon- » des. Cette gêne alla en augmentant jusqu'à dix heures du soir; à partir » de ce moment, toute la base de la poitrine fut serrée comme dans un » étau. Les inspirations devinrent courtes; la respiration diaphragma- » tique et costo-inférieure ne se faisait plus sentir, la costo-supérieure » étant seule possible. L'action de me toucher exaspérait ma douleur. » La pression sur les points dou'oureux que je reconnaissais être aux » attaches du diaphragme, n'augmentait en rien la souffrance. Je ne » toussais pas, je n'avais ni frissons, ni nausées; le ventre ne présentait » pas de traces de météorisme, le pouls était normal. Je ne me connais- » sais aucune affection organique. »

L'éther et un vaste sinapisme en ceinture furent impuissants. Une potion antispasmodique et un lavement à l'assa fœtida furent administrés. Vers deux heures du matin les symptômes allèrent en s'amendant, et à quatre heures tout était fini.

D'après ces faits, M. le docteur Chenevrier pense que le traitement du rhumatisme du diaphragme, dont l'accès peut durer d'une à huit heures et se terminer sans laisser de traces, consiste dans l'emploi des ventouses, sinapismes, liniments, et potions calmantes ordinaires ou en chloroforme, pour guérir l'accès, et qu'il est utile, pour le prévenir, d'avoir recours à la flanelle, aux bains de vapeur, au massage, à l'hydpothérapie, à une habitation convenable. — (In *Abeille médicale*, 19 avril 1858.)

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 58. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 18 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

LETTRES
SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Dixième Lettre.

Mon cher maître,

J'ai déjà cherché à établir, dans la lettre qui précède, que l'altération du sang, invoquée par mon honorable ami, M. Depaul, et mentionnée par tous les auteurs, était identiquement la même que celle qu'on rencontrait dans les cas chirurgicaux d'infection purulente ; et en rapportant le tableau des phénomènes consécutifs à cette infection, emprunté à l'article de M. le professeur Bérard, j'ai insisté sur la similitude complète qui existe entre ce groupe de phénomènes à forme typhoïde et celui qui constituerait la prétendue fièvre puerpérale. Mêmes altérations du sang, mêmes symptômes ! Quelle plus complète identité peut-on vouloir?

Mais cette altération du sang dans les cas chirurgicaux est consécutive à l'état local observé, à la plaie quelle qu'elle soit, tout le monde le reconnaît et l'accepte. Dans la maladie que l'école de la Maternité a cherché à établir, cette altération du sang, au dire de cette école, serait au contraire primitive à la manifestation morbide. Là serait le nœud véritable de la question ; M. Depaul, serré si vivement et de si près par M. le professeur Bouillaud, l'a bien reconnu. Seulement il ne manque plus absolument, pour trancher la question en faveur de M. Depaul et de ses coreligionnaires, que de démontrer cette antériorité de l'altération du sang. Nul des partisans de cette doctrine, je le répète, n'a fait cette démonstration. La plus grande partie, sinon la totalité d'entre eux, n'ont parlé de l'altération du sang que d'après ce qu'ils ont observé sur le cadavre ; et ce qu'ils ont observé dans cette condition n'a aucune valeur pour démontrer cette antériorité de la lésion du sang. Vous trouvez sur le cadavre le sang diffluent et poisseux ? D'accord ! nous le savons bien ; nous affirmons que cette altération est consécutive au mélange du pus avec le sang. Comment allez-vous nous démontrer que nous nous trompons ? Cela nous montrerait peut-être que vous avez raison ? Quels arguments allez-vous employer ? En avez-vous formulé un seul ? Non, vous avez dit : Nous croyons que l'altération du sang (que vous observez sur le cadavre) est primitive aux lésions locales, et puis voilà tout. Rien de plus. Nous sommes mieux fondés, je suppose, dans notre dire, car nous nous appuyons sur des faits incontestables et incontestés qui montrent ailleurs des altérations du sang et des symptômes identiques à ceux que l'on observe chez les femmes en couches, alors que sont constatées des conditions anatomo-pathologiques semblables.

Que devient, par exemple, le sang quand, expérimentalement, on le mélange au pus ? Interrogez les expériences diverses, vous les voyez vous démontrer que, par son mélange avec le pus, le sang perd la propriété de se coaguler ; que sa fibrine reste divisée en grumeaux, en filaments, au lieu de se prendre en une masse élastique et résistante, et que le sang prend alors l'aspect poisseux tout à fait, comme celui que nous rencontrons dans la maladie que nous étudions.

Cette altération du sang, vous la trouvez aussi avec ses mêmes caractères et consécutivement à une altération locale, chez les individus qui, en dehors de toute épidémie, sont pris d'une phlébite à la suite d'une saignée du bras, et succombent par le fait du mélange du pus avec le sang. Vous l'observez également chez les blessés qui, à un moment donné, meurent en grand nombre dans les salles de chirurgie, et qui avec des symptômes identiques par le fond à ceux des femmes en couches qui succombent, présentent tous pour lésion concomitante du pus dans les veines.

Voilà donc des circonstances dans lesquelles se rencontre une altération du sang identique à celle que nous trouvons chez les femmes en couches, et on ne saurait nier que, dans ces circonstances, elle soit tout à fait consécutive, car chez les blessés, les phénomènes anatomiques de la phlébite sont assurément une conséquence de la plaie sans laquelle ils ne sauraient être produits.

De ce que je trouve un état du sang tout à fait semblable dans l'un et dans l'autre cas, c'est déjà une présomption que, dans l'un comme dans l'autre exemple, il est consécutif ; au moins il y a là un élément de démonstration bien supérieur à votre affirmation pure et simple. Et la similitude devient plus éclatante quand je trouve, dans l'un et dans l'autre cas, des circonstances anatomiques identiques, soient une plaie accompagnée de la division d'un grand nombre de veines et la présence du pus dans plusieurs de ces vaisseaux.

Enfin, quand, ne m'en tenant plus à la comparaison de l'altération du sang, je rapproche les symptômes observés dans l'un et dans l'autre exemple, loin de trouver la moindre dissemblance je rencontre au contraire la similitude la plus complète. Seulement, et c'est là un point fort important qu'on a toujours négligé jusqu'ici, quand on veut comparer les symptômes observés chez les blessés et ceux que l'on rencontre chez les femmes en couche, il ne faut pas s'en tenir au tableau écourté que donnent les partisans de la prétendue fièvre puerpérale, qui suppriment toute une période de la maladie lorsqu'ils font commencer cette dernière au frisson, sur lequel ils ont tant insisté.

En effet, il faut bien faire attention que les deux groupes de symptômes que M. le professeur Dubois a si bien délimités, ne sont pas aussi isolés l'un de l'autre qu'il a voulu l'établir. L'observation attentive démontre que le groupe inflammatoire qu'il a décrit comme n'appartenant pas à la fièvre puerpérale qu'il admet, est très fréquemment observé avant le second groupe, le groupe qui constitue la maladie essentielle dont il affirme l'existence. J'ai, par l'observation, établi chez les femmes en couche la présence constante d'un signe local du début, sur lequel j'ai assez insisté pour n'y plus revenir ; l'observation m'a démontré également que, même dans les faits dont la conclusion fatale est le plus rapide, lorsqu'on veut examiner avec soin, on trouve toujours une période qui représente les phénomènes inflammatoires, et qui est antérieure au frisson sur lequel on a tant insisté.

Ces phénomènes inflammatoires sont tout à fait ceux qu'on rencontre dans les cas de phlébite chirurgicale avant que le mélange du pus avec le sang ait produit ce qu'on a appelé l'infection purulente. Si on veut observer désormais les femmes en couches d'une façon complète, et ne plus attendre, pour croire à leur état de maladie, la présence du frisson dit initial, on trouvera que cette période inflammatoire, qui commence au signe local que j'ai indiqué, et qui finit au frisson, est habituellement très nettement dessinée, quelle que soit la durée de cette période. Cette durée est très variable assurément, je suis loin de le nier, mais c'est là un fait qu'il faut examiner à part, et si courte qu'elle soit, dès l'instant qu'elle existe, elle suffit à établir la filiation et la succession des phénomènes.

C'est pour avoir méconnu le lien pathologique qui unit la période inflammatoire à la période typhoïde, et pour avoir fait commencer la maladie au moment où se manifeste le frisson violent, que les partisans de l'existence de la prétendue fièvre puerpérale ont été conduits à la considérer comme une maladie à part. Les circonstances dans lesquelles ils sont placés, me dit-on, ont probablement aidé à leur faire commettre cette omission. Ils reçoivent, en effet, dans l'infirmerie, à titre de malades, les femmes en couches que l'on y fait passer à un moment donné, et le frisson est le signal habituel de ce passage aux yeux des sages-femmes chargées du soin des nouvelles accouchées. Cela a pu permettre que la filiation des phénomènes leur échappât.

En outre, il faut bien remarquer que, en dehors du cas d'une péritonite un peu étendue, les symptômes observés sont souvent peu intenses, un peu de fièvre, un peu de malaise, peu de douleur spontanée dans la région utérine, qui n'est sensible qu'à la pression directement exercée sur les points spéciaux que j'ai indiqués. Voilà les seuls traits que l'on observe souvent. Du reste, ordinairement il n'y a pas plus de phénomènes chez un individu atteint d'une phlébite des veines du bras au début. Tant qu'elle reste adhésive, l'inflammation des veines, surtout quand elle est peu étendue, retentit modérément sur le reste de l'économie, et quand on n'observe pas les phénomènes locaux de rougeur et de gonflement, et quand, ainsi que cela est chez les femmes en couches, les organes occupés par la phlegmasie veineuse n'ont à accomplir aucun acte capable d'éveiller la douleur, la maladie peut passer inaperçue si l'attention n'est pas éveillée sur son existence. Cela a pu avoir lieu ainsi à la Maternité, si j'en juge par les exemples que j'ai observés. Plusieurs femmes, en effet, sont venues à Beaujon sortant de la Maternité et de la Clinique, après deux ou trois jours, ou même après dix jours de séjour dans les services spéciaux. Parfois on les avait renvoyées après l'accouchement pour les soustraire aux dangers de l'épidémie qui régnait dans l'établissement. A cela rien à dire. Mais d'autres fois on les avait renvoyées comme guéries. Elles entraient ensuite à Beaujon dans un état de maladie véritable. Presque toutes nous racontaient, quand nous les interrogions, qu'elles avaient éprouvé des douleurs obtuses et peu intenses dans l'abdomen pendant leur séjour à la Maternité ou à la Clinique, mais comme elles n'avaient pas encore présenté le fameux frisson du début, elles n'avaient pas été considérées comme atteintes de fièvre puerpérale ou comme offrant un état de maladie. Cependant elles étaient venues réclamer leur admission à cause du malaise plus grand qu'elles ressentaient ; nous constations chez elles, avec les gonflements locaux et douloureux que j'ai indiqués, des phénomènes fébriles assez intenses et des symptômes représentant le premier groupe de M. le professeur Dubois, symptômes qui n'étaient pas autre chose que l'exagération d'un état local antérieur, passé inaperçu à cause de l'absence du frisson.

Plusieurs de ces femmes, sous l'influence d'un traitement approprié, guérirent ; chez quelques autres, le frisson se produisit et elles succombèrent après le développement du groupe de symptômes typhoïdes auxquels on a plus spécialement donné, dans l'école de la Maternité, le nom de fièvre puerpérale.

La disposition même du service dans ces hôpitaux et la préoccupation de la valeur qui doit être accordée au frisson comme signe du début de la maladie sont donc des circonstances qui ont fait isoler, à grand tort, l'état qui suit ce frisson de tous les autres phénomènes qui peuvent être observés avant son apparition.

Deux circonstances paraissent encore avoir détourné les auteurs dont je combats ici l'opinion, de l'étude des phénomènes locaux et de leur valeur dans l'explication des symptômes que présentent les femmes en couches. La première, c'est le peu de temps qui, dans certains exemples, s'écoule entre l'accouchement et la manifestation du frisson qui commence la période typhoïde. Ne trouvant aucun phénomène morbide entre ces deux circonstances, l'accouchement et le frisson, et les voyant séparées l'une de l'autre par un intervalle de quelques heures seulement, ils ont été conduits à considérer ce frisson comme le premier phénomène morbide. Le gonflement douloureux des annexes que j'ai constaté dans tous les faits comme phénomène antérieur au frisson, ôte certainement à celui-ci sa qualité de symptôme initial de la prétendue maladie, et prouve que, localement, existent toujours des signes, méconnus jusqu'ici, mais dont j'affirme avec confiance et la constante réalité et l'importance nosologique. Je rappellerai en outre que j'ai trouvé ce gonflement douloureux même avant la terminaison de l'accouchement, surtout lorsque le travail durait depuis quelque temps, et quand je l'ai rencontré ainsi avant l'expulsion de l'enfant, il a persisté après la couche avec tous ses caractères.

Cette constatation du signe local fait donc remonter le début de la maladie à une époque antérieure à l'apparition du frisson, même dans ces cas si rapides, et pour ce qui est de la formation si prompte du pus, je rappellerai ce que j'ai dit plus haut sur les remarques faites en pathologie à propos des phlegmasies secondaires et de la rapidité avec laquelle se forme le pus dans les cas de ce genre.

Je vous demanderai seulement ici, mon cher maître, la permission de m'arrêter un moment non pas sur ce point même de la question, mais sur une interprétation inexacte qui a été faite de ce que j'ai dit touchant ces phlegmasies secondaires dans la sixième lettre. Je disais que les phlegmasies qui se développent secondairement chez des sujets déjà malades, chez des sujets affaiblis, suppuraient avec grande facilité et avec grande rapidité. J'ajoutais que la femme en couche est, par le fait même de l'accouchement, dans un état de maladie, maladie physiologique si l'on veut, ou, pour satisfaire toutes les susceptibilités, état physiologique qui place la femme dans des conditions analogues à celles de beaucoup de malades. C'est, ai-je dit encore : « Ce que l'on » a appelé une grande opportunité morbide. Quoi de surprenant, » dès lors, à voir les phlegmasies qui se développent chez elle se » comporter comme des phlegmasies secondaires et suppurer » promptement. » Je croyais cela clair, et je croyais exprimer par là un fait qui, loin de créer, à mon estime, une situation particulière à la femme en couches, la confond au contraire avec les individus déjà malades et avec les sujets affaiblis. Il faut bien admettre cependant que ce qui me paraissait clair ne l'est pas complétement, et que je me suis mal expliqué, car je lis ce qui suit dans le paragraphe XXXII de la note que publie sur la fièvre

puerpérale notre ami M. Pidoux (UNION MÉDICALE, n° 57, 15 mai 1858, p. 227, 2e colonne).... « M. Béhier se pose franchement sur » le terrain de la phlébite, de la métrite ou de la métro-péritonite » primitives. Il veut énergiquement repousser toute idée d'une » affection puerpérale primitivement générale; mais il ne le peut. » Impossible à lui de se dispenser d'un état d'imminence morbide » de toute la constitution, propre aux femmes en couche. »

Je ne veux pas examiner ici les opinions de mon excellent collègue M. Pidoux. Son travail n'est pas terminé, et si, pour la défense de la doctrine que je soutiens, je suis conduit à lui répondre sur l'ensemble de ses idées, ce qui me paraîtrait sans grande difficulté dans l'état actuel, j'attendrai pour le faire que son travail soit complet. On ne peut juger les opinions d'un homme qu'alors qu'il a fini de les exposer. Je ne relèverai ici que le passage que je viens de citer pour rectifier l'interprétation qu'il a faite de mes paroles, et pour repousser la portée qu'il leur a donnée.

D'abord je prendrai la liberté de lui faire remarquer, en passant, que je n'ai nullement parlé de la métrite, car je n'ai jamais rien constaté qui puisse porter ce nom chez les femmes que j'ai pu observer, et cette dénomination m'a paru toujours trop peu régulière pour que j'aie jamais voulu l'employer. J'ai décrit comme ayant été rencontrées dans mes autopsies la gangrène traumatique et la pourriture d'hôpital à forme diphtéritique; mais je ne vois pas là, que le ciel m'en préserve, des métrites, comme on le lit dans certains auteurs. Je n'admets donc pas la métrite, et pour ce qui est de la péritonite, je lui rappellerai que j'ai pris grand'peine à chercher à démontrer que c'était là toujours une affection consécutive liée à titre subordonné aux lésions de l'utérus et de ses annexes. On me l'a vivement reproché, j'y persiste; mais la remarque de mon ami M. Pidoux me placerait ainsi entre deux feux, position désagréable quand elle n'est pas dangereuse.

Quant au fond même de son reproche, rien dans ce que j'ai dit ne prouve que je ne puisse pas repousser énergiquement toute idée d'une affection puerpérale primitivement générale. Je la repousse au contraire, et de plus en plus énergiquement. Et il m'est si peu impossible de me dispenser d'un état d'imminence morbide de toute la constitution, propre aux femmes en couche, que je continue à m'en dispenser pleinement. Encore une fois, M. Pidoux s'est mépris sur mes paroles. Je repousse si bien l'existence d'un état d'imminence morbide propre à la femme en couche, que, dans le passage qui a causé l'erreur de M. Pidoux, je fais effort pour établir que la femme en couche est, par le fait même de son accouchement, dans un état que je cherche à confondre, au point de vue qui m'occupe, avec celui d'un individu affaibli ou malade, bien loin de vouloir lui assigner des caractères distincts et propres à la femme dans cette condition.

Dans ce passage, j'ai voulu seulement faire ressortir que les conditions de la femme en couches étaient des conditions de dépression, et expliquaient la terminaison rapide par suppuration d'une phlegmasie intercurrente, comme l'expliquent ailleurs les conditions dans lesquelles est un homme affaibli, un individu épuisé par une longue marche ou par une maladie antérieure. En un mot, j'ai voulu montrer que chez elle comme chez les autres, la lutte contre l'état morbide offrait des conditions moins favorables à cause du degré moindre de résistance de l'économie, toute abstraction faite de la cause de cet affaiblissement. Les faits ne m'ont jamais dit autre chose, je n'ai jamais rien saisi de particulier, ni rien qui pût permettre la constatation d'un état propre à la femme en couche que je pusse délimiter avec netteté. Ce que j'ai dit là, d'ailleurs, je l'appliquais à ce seul fait spécial, la facilité de la suppuration, et je n'en faisais nullement un argument de doctrine générale. Sur ce point, je suis au contraire à l'autre bout de la corde. Je repousse donc le sens que mon ami, M. Pidoux, a prêté à ce que j'ai écrit, et je continue à me dispenser, dans l'interprétation des faits, d'accepter l'existence d'une affection puerpérale primitivement générale et celle d'un état d'imminence morbide de toute la constitution, propre aux femmes en couche. J'ai pour mon collègue une amitié véritable, et je professe une estime profonde pour son caractère comme pour son talent, c'est ce qui m'a fait répondre tout de suite à l'erreur qu'il a commise, sans doute à cause de mon peu de clarté.

Cet incident vidé, revenons à notre sujet. Il existe donc, comme je l'ai dit plus haut, un signe local saisissable, même dans les cas les plus rapides, et ce signe local promptement accompagné d'un mouvement fébrile précède toujours le frisson qui marque le début de la période typhoïde, de la période d'infection. Là, encore, existe donc quelque chose qui retrace le groupe inflammatoire, groupe dont l'expression symptomatique est si nette dans d'autres exemples.

La seconde circonstance qui a fait repousser l'importance des désordres locaux par les partisans de la prétendue fièvre puerpérale essentielle, c'est la forme symptomatique elle-même dans la période à laquelle ils ont limité leur observation. En effet, les phénomènes qu'ils ont constatés comme tout le monde à cette période, sont de l'ordre de ceux qu'on a appelés symptômes généraux; et, en outre, ils sont aussi loin que possible de la forme inflammatoire. Ces auteurs ont alors, à cause de cette forme des symptômes, repoussé et toute idée d'inflammation et toute idée de localisation, d'autant plus que la réaction contre les idées de Broussais était alors la pente que suivaient ces esprits. Comme toute réaction, celle-ci a dépassé le but. Les symptômes sont généraux, ils n'ont rien d'inflammatoire dans leur aspect; oh! j'en demeure d'accord, cela est positif. Seulement, les faits démontrent, quand on ne tronque pas l'observation, que cet état doit être rattaché à la période précédente, période constante dans son existence, qui explique parfaitement sans hypothèse gratuite, sans déduction forcée, la valeur des phénomènes généraux non inflammatoires, et qui leur assigne le rang d'une pure terminaison de l'état morbide au lieu de celui de maladie complète et essentielle qui lui a été assigné par les partisans de la prétendue fièvre puerpérale. Ils ont pris la maladie déjà en route depuis longtemps, en quelque sorte, comme si elle était seulement à son point de départ, sans lui demander si le chemin qu'elle avait déjà fait ne serait pas la cause du changement de ses traits.

Ainsi donc, le groupe de phénomènes généraux à forme typhoïde, qui constitue exclusivement, aux yeux de l'école de la Maternité, la prétendue fièvre puerpérale, doit être rattaché aux phénomènes d'autre nature qui le précède, comme la terminaison se rattache à la période d'état, bien loin que ces deux groupes doivent être constitués à titre de maladies distinctes l'une de l'autre.

La doctrine de la phlébite avec infection purulente rend donc un compte très net de l'ensemble des phénomènes observés; elle constitue le lien simple, facile et solide entre les deux ordres de phénomènes que tous les observateurs ont notés, et de tous les accidents relevés chez les femmes en couches, l'inflammation suppurative des veines est le seul qui puisse expliquer la production de l'état général à forme typhoïde, lequel n'est autre chose que la conséquence de l'infection purulente. Les faits là se passent comme dans les cas chirurgicaux, les symptômes, les lésions sont identiques, et, comme dans ces dernières, chez la femme en couches on trouve toujours une période qui précède l'infection purulente.

Du reste, l'école de la Maternité a si bien senti la similitude, qu'elle a cherché à établir des différences entre la maladie essentielle qu'elle admettait et l'infection purulente. Voyons ce qu'elle a dit à ce sujet. C'est encore au discours de M. Depaul que j'emprunterai ce point, car il ne s'est pas borné à une affirmation de six lignes, il a tenté d'établir le diagnostic différentiel. Comment a-t-il réussi?

« Le diagnostic différentiel de *l'infection purulente* et de la » fièvre puerpérale, dit-il (*Moniteur des hôpitaux*, 1858, n° 27, » p. 214), est facile à établir. Ainsi la première ne débute jamais » avant le huitième ou le dixième jour qui suit l'accouchement; » ce qui est l'inverse pour la fièvre puerpérale. Les frissons se » répètent pendant un temps plus long et sont suivis de rémissions » plus complètes. De telle sorte que si l'on voyait la malade dans » l'intervalle des accès et que l'éveil ne fût pas donné, on pour» rait ne point reconnaître l'infection purulente. On n'observe pas » non plus d'ictère au début de cette dernière maladie, bien qu'il » y ait parfois une certaine coloration jaune de la peau. Enfin, » je ne ferai que mentionner les abcès multiples et les lésions si » connues des poumons et du foie. »

J'en demande tout d'abord bien des fois pardon à mon honorable ami, M. Depaul, mais en prenant les termes mêmes de son discours, je ne trouve pas le diagnostic différentiel aussi facile à faire qu'il l'annonce. Il est bien heureux de se contenter à ce prix. Mon ami M. Hardy et moi nous serions bien charmés si les diagnostics que nous avons à présenter pouvaient être aussi lestement enlevés, la besogne serait bien abrégée.

L'infection purulente commence beaucoup plus tard que la fièvre puerpérale, dit-il, mais je pourrais lui citer :

L'observation d'une femme qui, présentant de la douleur locale à droite le premier jour, un frisson violent le cinquième avec tous les signes de la prétendue fièvre puerpérale, du pus dans les articulations le sixième, mourait le dixième. Elle n'offrait ni péritonite, ni autre altération secondaire, ne portait pour lésion que du pus dans les veines de l'utérus, surtout dans les veines ovariques, et un gros noyau de pus phlegmoneux dans la veine cave inférieure, sans fausses-membranes qui vinssent circonscrire le pus et l'isoler du sang avec lequel cependant il n'était pas mélé intimement, conservant sa couleur et son apparence propre.

L'observation d'une femme chez laquelle on constata le signe local le deuxième jour, le frisson le troisième, et qui mourut le huitième, sans autre lésion non plus qu'une phlébite suppurée des veines utérines et de celles du ligament large.

L'observation d'une femme qui, prise le deuxième jour par le signe local, mourait le neuvième jour, ayant aussi pour toute lésion du pus dans les veines du corps de l'utérus, dans celles du col et dans les veines ovariques.

Ces faits, que je pourrais multiplier, offrent des exemples dans lesquels la lésion veineuse a été la seule altération constatée sans péritonite ni gangrène, et les phénomènes ont été si bien ceux de l'infection purulente, que si on avait proposé à qui que soit, de poser le diagnostic, en supprimant l'histoire des antécédents, et qu'on eût borné l'examen de la malade aux seuls symptômes généraux, il eût été impossible de distinguer ces femmes de femmes blessées, atteintes d'infection purulente, comme il était impossible de ne pas reconnaître en elles le tableau de la prétendue fièvre puerpérale. Et cependant toutes étaient non pas seulement malades, mais malheureusement mortes avant le moment que M. Depaul assigne pour époque du début à l'infection purulente.

Les frissons, dit-il encore, se répètent pendant un temps plus long, et sont suivis de rémissions plus complètes. Je pourrais multiplier encore ici les observations de ces rémissions trompeuses auxquelles on est toujours tenté de se laisser prendre, même après une expérience déjà longue, et que j'ai constatées chez des malades frappées le deuxième ou le troisième jour, et qui mouraient le dixième jour.

Quant à ce qu'il dit de la coloration de la face, ce n'est pas sérieusement qu'il la désigne sous le nom d'ictère, car je ne crois pas qu'il ait souvent constaté l'ictère véritable dans la prétendue fièvre puerpérale. Il a trouvé une coloration jaunâtre, terreuse de la face, sorte d'exagération de ce qu'on a appelé le masque des femmes en couches; mais de là à l'ictère véritable, étendu à tout le corps, la distance est longue et le chemin bien différent. J'ai, du reste, trouvé chez bien des femmes cette coloration très marquée dès le second jour, alors que le troisième et le quatrième se manifestait le grand frisson dit initial; et chez ces femmes mortes du huitième au quatorzième jour, on trouvait des veines suppurées.

Enfin, il ne fait, dit-il, que mentionner les abcès multiples et les lésions si connues des poumons et du foie. Il ne fait que les mentionner, probablement parce qu'il lui paraît démontré que ces sortes d'accidents n'ont pas lieu dans la prétendue fièvre puerpérale, et appartiennent à l'infection purulente, infection qui, selon lui, ne débute *jamais* avant le huitième ou le dixième jour. Or, j'ai sous les yeux, entr'autres observations, les suivantes, dont voici le résumé très succinct :

Femme de 17 ans, accouchée le 21 avril 1857. Signe local le 22. Phénomènes fébriles le 23. Mort le 22. Abcès métastatiques des poumons, pus dans les veines utérines.

Femme de 36 ans, accouchée le 12 avril 1857 au matin. Signe local et phénomènes fébriles graves le 12 à la visite. Mort le 18 avril. Plaques jaunâtres et décolorées dans le foie, noyaux volumineux, noirâtres, denses, ramollis dans le poumon gauche; injection purulente des lymphatiques du poumon droit, lobe inférieur et partie inférieure du lobe moyen. Pus dans les veines utérines. Rien dans les lymphatiques de l'abdomen.

Femme de 32 ans, accouchée le 5 mai 1856, à six heures du soir. Gonflement local et douloureux le 6, à dix heures du matin; phénomènes fébriles le 6 au soir; frisson le 9. Mort le 16. Abcès métastatiques très nombreux dans les deux poumons.

Femme de 43 ans, accouchée le 7 février 1855, à onze heures du soir. Fièvre et frisson le 9. Mort le 26. Abcès métastatiques des poumons et du foie; pus dans les veines de l'utérus.

Femme de 38 ans, accouchée le 5 février 1855 à huit heures du matin. Douleur locale le même jour à dix heures du matin. Frisson assez marqué vers la fin du même jour. Phlébite suppurée des veines des deux jambes et des deux cuisses, dont les phénomènes commencent le 7; érysipèle du bras droit le 11; terminé par gangrène le 14. Mort ce même jour. Pus dans les veines de l'utérus, dans celles des cuisses, avec suppuration du tissu cellulaire dans la cuisse gauche.

Femme de 29 ans, accouchée le 3 janvier 1857. Gonflement et douleur à l'annexe droite le 3 au matin. Frissons violents le 8. Douleurs vives des deux poignets le 10; dans l'articulation tibio-tarsienne droite et dans le mollet du même côté le 12. Mort le 13. Pus dans les articulations des poignets, surtout à gauche; pus dans l'articulation tibio-tarsienne droite; pus dans les veines utérines.

Voilà des faits qui démontrent, comme les précédents, que la ligne de démarcation que M. Depaul a voulu établir, à l'aide de l'époque du début, entre la prétendue fièvre puerpérale et l'infection purulente, est purement fictive, puisque des abcès métastatiques et des suppurations des membres, attributs de l'infection purulente même, à son estime, existaient chez des malades frappées dès le deuxième ou dès le troisième jour (ce qui ne serait *jamais*, selon lui, le fait de l'infection purulente) d'un état de maladie terminé par la mort le sixième, le neuvième, le onzième et le dixneuvième jour, et semblable dans tous ses traits à la prétendue fièvre puerpérale.

Ce que j'ai pu observer ne confirme donc nullement les données sur lesquelles M. Depaul a cru pouvoir asseoir le diagnostic si facile à établir, selon lui, entre l'infection purulente et la prétendue fièvre puerpérale. Cela, au reste, ne m'étonne guère; il tentait, à mons sens, l'impossible, et les deux maladies n'en font qu'une.

Il est très réel, d'autre part, que la femme en couches peut offrir, dans l'état qu'elle présente, des variétés de formes différentes au premier abord de celles qu'on rencontre chez les blessés atteints d'infection purulente, que la mort survient plus rapidement chez elle que chez ces derniers; mais ce sont là de simples apparences qui ne changent rien au fond de l'état morbide, et qui tiennent à la coexistence de lésions importantes et variées dont j'ai cherché à démêler le rôle et la valeur. Ces formes sont intéressantes à étudier. On a fait de leur existence un argument contre l'identité que je soutiens. Je vous demande la permission d'examiner ce point dans la prochaine lettre que j'aurai l'honneur de vous adresser.

J'aurais voulu aussi pouvoir revenir dès à présent sur ce qu'a dit des faits que j'ai observés, l'orateur qui, à l'Académie, a occupé si brillamment la dernière séance. Il y a, dans ce qu'il a dit, quelques points qu'il me sera facile de rectifier. Je vous demanderai la permission de le faire; mais l'espace me manque aujourd'hui; à bientôt donc.

Votre bien sincèrement et bien affectueusement dévoué,

BÉHIER.

HYDROLOGIE.

NOTES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES HABITUELLEMENT TRAITÉES A L'ÉTABLISSEMENT HYDRO-MINÉRAL DE POUGUES;

Par le docteur DE CROZANT, médecin-inspecteur.

DU DIABÈTE SUCRÉ (1).

Les alcalins ont-ils une action spéciale sur la glycosurie? Nous ne le pensons pas, et nous ne pourrions, à cet égard, que répéter les excellentes raisons qui ont été énumérées et savamment exposées par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. Nous ajouterons seulement que le mode

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mai.

d'action des eaux minérales, plus ou moins alcalines, n'indique en rien qu'elles agissent en neutralisant un principe acide. Cette action est lente et ne se manifeste quelquefois qu'après que le malade a cessé l'usage des alcalins; quelquefois elle est nulle, et des malades saturés de carbonates alcalins, dont toutes les sécrétions bleuissent le papier de tournesol rougi par un acide, continuent à rendre par les urines autant de glycose. A mesure que le malade prend des alcalins, il devrait, en rendant ses humeurs de plus en plus alcalines, voir diminuer de plus en plus le sucre des urines; il n'en est rien. Au bout de quinze à vingt jours la maladie reste stationnaire, souvent même la quantité de sucre augmente, et, chose remarquable, si dans ce moment vous cessez les eaux minérales, pour recourir à une autre médication, l'opium, les purgations et même les acides, le sucre diminue de nouveau. La même observation a été faite, pour le régime, par M. le professeur Andral, qui a vu la quantité de sucre diminuer chaque fois qu'on changeait de régime: aussi bien en passant du régime azoté au régime végétal, qu'en suivant la marche opposée. Nous ne voulons pas pour cela mettre en doute l'action curative des alcalins, et surtout des eaux minérales; elle est incontestable; mais nous ne pouvons voir là qu'une neutralisation chimique. Nous préférons nous ranger à l'avis de ceux qui les regardent comme un puissant modificateur de l'économie; et plus loin nous verrons sur quels organes ils agissent plus spécialement. Nous devons, pour cela, dire quelques mots de la nouvelle voie dans laquelle est entrée l'étude de la glycosurie, et que nous pouvons appeler la voie physiologique.

La nouvelle école attribue la présence du glycose dans les urines à un désordre des organes de la digestion; elle est représentée par M. Bouchardat et M. C. Bernard. Pour le premier, le trouble fonctionnel existe dans l'estomac qui produirait et absorberait une plus grande quantité de glycose qu'il n'en peut être assimilé, et de là, pour la nature, la nécessité d'éliminer, par les voies urinaires, cet excès de matière sucrée. Pour le second, le foie est l'organe préparateur de la matière sucrée, destiné à être détruite dans l'économie; le diabète serait un état maladif de cet organe, sous l'influence duquel il sécréterait plus de sucre qu'il n'en doit fournir.

Le diabétique, pour M. le professeur Bouchardat, est un individu dont l'estomac malade présente les conditions qu'il a démontrées nécessaires à la transformation de la fécule en glycose, et qui ne se rencontrent normalement, selon ce savant, que dans les intestins: 1° température de 40°; 2° alcalinité légère des liquides ambiants; 3° présence d'un principe qui agit à la manière de la diastase. La fécule est donc immédiatement transformée, et comme le diabétique boit beaucoup, il en résulte une abondante solution de glycose: « Cette dissolution, immédiatement absorbée » par les nombreux rameaux veineux dont les orifices capillaires viennent aboutir à l'estomac, est directement transmise à la rate par les » *vasa breviora* et, de là, versée dans le torrent de la circulation. Cette » solution rapide, cette absorption immédiate, ce transport sans intermédiaire dans la grande circulation ont plusieurs conséquences forcées » que voici: la masse du sang contient une proportion de glycose de » beaucoup supérieure à 5 grammes; ce principe ne pouvant être détruit » dans le sang est alors éliminé par les reins. »

La première objection qui se présente à l'esprit contre cette théorie, est tirée de l'examen du sang des diabétiques, qui, d'après elle, devrait contenir une grande quantité de sucre et que nous avons dit en contenir à peine des traces. En outre, cette abondante solution de glycose qu'absorbent les *vasa breviora* est par eux déversée dans la veine splénique et de là dans la veine porte où elle se trouve dans les mêmes conditions que celle qui aurait été absorbée dans les intestins et conduite par les veines mésaraïques.

Nos observations pathologiques concordent davantage avec l'opinion du célèbre professeur du Collége de France qui rattache la glycosurie à une maladie du foie; mais elles ne nous permettent pas de l'attribuer constamment à une sécrétion exagérée du foie, comme organe producteur du sucre.

Tout le monde connaît les résultats aussi remarquables qu'inattendus des curieuses expériences de M. Bernard sur la propriété glycogénique du foie. Ces travaux ont été contrôlés souvent depuis, et sauf quelques rares exceptions, ils ont été acceptés comme l'expression de la vérité. Plusieurs savants les ont appuyées par de nouvelles expériences pleines d'intérêt: MM. Lehman, Moleschot, Poggiale, Chauveau, etc., etc. De ces différents travaux il paraît résulter que le sucre qui se trouve dans l'économie à l'état normal provient de deux sources: 1° des aliments amylacés qui sont transformés, comme l'ont démontré les travaux de MM. Bouchardat et Mialhe, en glycose; dans l'intérieur du tube digestif, absorbés sous cette nouvelle forme par les veines, conduits par la veine porte vers le foie, qui les élabore et les verse dans la circulation générale, suivant les besoins de l'économie; 2° du foie qui devient un organe producteur du sucre, aidant ainsi à l'alimentation amylacée, la remplaçant lorsque accidentellement ou habituellement, comme chez les carnivores, elle vient à faire défaut; cette production du sucre par le foie se ferait, suivant M. Lehman, aux dépens de la fibrine qu'il a trouvée en quantité abondante dans la veine porte, surtout chez les carnivores, et presque nulle dans les veines sus-hépatiques (Acad. des sciences, 12 mars 1855); suivant M. Poggiale, aux dépens des corps azotés et des corps gras (Acad. des sciences, 17 avril 1855). Ces démonstrations physiologiques permettent de comprendre le diabète d'une manière plus en harmonie avec ce que nous apprend l'observation clinique. Il en résulte, en effet, que le foie joue un rôle immense dans la présence du sucre, qu'on le considère comme producteur de cette substance, élaborée au moyen de la fibrine ou de la graisse, qu'on le considère comme distributeur de celui qui provient des matières amylacées digérées dans le tube digestif, et qu'il est chargé de livrer peu à peu à la circulation générale, suivant les besoins de l'organisme. Il en résulte que le sucre ne pourra augmenter ou diminuer, dans nos liquides, sans une altération pathologique, ou au moins un désordre fonctionnel de l'organe chargé de le produire et de le distribuer.

Ce rôle important du foie dans la glycosurie, que la physiologie expérimentale nous permet aujourd'hui de proclamer, a été de tout temps entrevu par les pathologistes. La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet signalent le diabète comme le résultat fréquent d'une maladie du foie, depuis Arétée jusqu'à M. Bouchardat, qui admet qu'il peut souvent en être ainsi. Quelques-uns d'entre eux, Mead entr'autres, regardent les maladies du foie comme la cause absolue du diabète. Le docteur Contour ne manque pas, dans sa thèse (p. 66), de signaler les affections du foie qui ont été constatées dans cette affection.

Dans ces derniers temps, sous l'influence des beaux travaux de M. Cl. Bernard, cette opinion a pris une plus sérieuse importance, surtout depuis que M. le professeur Andral a publiquement reconnu cette étiologie du diabète dans une note lue à l'Académie des sciences le 23 juillet 1855, opinion qui a bientôt été acceptée et défendue par plusieurs praticiens distingués, et entr'autres M. Fauconneau-Dufresne. Jusqu'à présent, tous les pathologistes qui ont reconnu l'existence d'une affection hépatique comme étiologie du diabète, ont adopté d'une manière absolue l'explication qui paraissait être la conséquence logique de la découverte faite par M. Bernard de la propriété glycogénique du foie; ils ont admis que la glycosurie était le résultat d'un travail exagéré du foie, d'une hypersécrétion du sucre.

Cette explication peut être vraie, mais loin d'être applicable à tous les cas, je crois qu'elle n'est qu'exceptionnellement admissible. Elle ne peut être vraie que dans les cas où le sucre est trouvé en excès dans le sang, et nous avons vu que c'était l'exception.

D'après les nombreuses observations que j'ai pu faire à Pougues, j'ai été porté à admettre que la glycosurie peut se produire de deux manières, ou sous l'influence de deux états morbides du foie différents. Dans le premier cas, le foie, sous l'influence d'une irritation quelconque, produit plus de sucre qu'il n'en produit ordinairement, de même que, par le fait d'un agent irritant, nous le voyons pousser dans l'intestin une quantité inaccoutumée de bile. Dans le second cas, qui, pour nous, est de beaucoup le plus commun, sous l'influence d'une congestion, d'une obstruction, le foie ne livre plus passage au glycose que lui présente la veine porte et qui provient de l'alimentation amylacée. Il se produit là ce que nous voyons chaque jour arriver, en sens inverse, dans un ictère, pour la bile, qui est refluée vers la circulation générale, ne pouvant plus passer à travers un tissu hépatisé, congestionné ou désorganisé, pour arriver à son but, qui est l'intestin. Dans la glycosurie, il se produirait un phénomène du même genre, quoique en sens contraire; le sucre ne passerait pas de la veine porte à la circulation générale, qui est sa destination, comme l'intestin est celle de la bile. Cette abondante solution de glycose absorbée par les veines intestinales ne pouvant pas franchir la veine porte, n'a plus d'autre issue que ces nombreuses anastomoses qui relient le système de la veine porte avec le système général, notamment avec les veines hypogastriques et les rénales, et auxquelles M. Cl. Bernard a donné le nom de circulation abdominale supplémentaire.

Ce passage direct des liquides de la veine porte aux reins, où nous constatons exclusivement la présence du glycose, est peut-être, au point de vue physiologique, une hypothèse, mais qui a, au point de vue pathologique, tous les caractères d'un fait; et ce n'est que par le passage direct du glycose de la veine porte aux reins, chez les individus atteints de diabète, qu'on peut expliquer pourquoi on ne trouve pas de sucre dans le sang quand il y en a une si grande quantité dans les urines. Ce qui, dans ce cas pathologique se voit pour le glycose, a été observé à l'état sain, à l'égard de plusieurs substances pour lesquelles le foie semble être une barrière infranchissable, et qu'on retrouve dans l'urine quelques instants après qu'elles ont été ingérées dans l'estomac, sans qu'on en retrouve jamais de trace dans le sang: le sel de nitre, le prussiate de potasse. Ces substances ne sont évidemment pas les seules; j'ai souvent remarqué que les individus atteints de fluxion hépatique de nature quelconque, et qui viennent boire nos eaux chargées de carbonates calcaires et magnésiens, en présentent une grande quantité dans leur urine qui devient quelquefois blanche comme du lait de chaux. Cette année, j'ai remarqué ce fait chez deux malades atteints de colique du foie, avec engorgement de cet organe. Chez l'un d'eux, M. C..., qui m'avait été adressé par M. le professeur Trousseau, le phénomène a subsisté pendant tout le temps que le malade a pris les eaux de Pougues, pour disparaître lorsqu'il en cessait l'usage. Les urines, examinées avec soin et presque tous les jours, n'étaient point alcalines et ne présentaient aucune trace de catarrhe vésical. Le deuxième, M. R..., de Nevers, présenta les mêmes accidents que je fis cesser, à plusieurs reprises, en remplaçant l'eau de Pougues par celle d'une fontaine à peine minéralisée.

Les travaux de M. Bouchardat démontrent assez clairement cette intervention du foie comme cause de la présence du sucre dans les urines. Il montre, en effet, par ses expériences, que le glycose arrivé au foie et qui ne passe pas, est excrété avec la bile dans l'intestin, absorbé de nouveau et décrivant ainsi un cercle continu pendant lequel il disparaît peu à peu par la circulation abdominale supplémentaire. Quand l'obstacle existant au foie sera peu considérable et qu'une partie du glycose pourra suivre son cours naturel, il est évident qu'une faible portion seulement prendra la voie supplémentaire, mais à mesure que l'obstacle deviendra plus complet, il en passera une plus grande quantité par les reins d'abord, puis par tout le système circulatoire qui se trouvera contenir une substance qu'il ne doit pas contenir normalement, c'est-à-dire une substance sucrée qui n'a pas éprouvé dans le foie le degré d'élaboration qu'il doit y subir, car le sucre qui sort du foie par les veines sus-hépatiques pour servir comme aliment respiratoire, n'a pas tout à fait les mêmes propriétés que le glycose qui y arrive par la veine porte; c'est alors qu'on a pu, comme dans l'hypothèse d'une hypersécrétion de sucre par le foie, observer ces cas rares où le sucre se retrouvait dans toutes les sécrétions du malade: dans le sang (Ambrosiani), dans la salive (Rollo, Mac-Grégor, Martin-Solon, M. Sumnola (Académie des sciences, 11 septembre 1855).

Cette manière de concevoir le diabète nous paraît plus en harmonie avec les faits; elle répond à toutes les objections tirées de l'histoire pathologique que la chimiatrie ne saurait résoudre; elle explique comment le sucre ne se trouve qu'exceptionnellement dans le sang des diabétiques; elle permet de comprendre comment une éruption, un vésicatoire, une diarrhée peuvent, en déplaçant la fluxion hépatique, faire cesser le diabète pour deux ou trois jours. Si elle explique la présence du sucre dans les urines, elle explique aussi, ce que ne font pas les autres théories, l'abondance des urines, et, par suite, la sécheresse de la peau et des muqueuses, ainsi que la soif continuelle, qui en sont une conséquence toute naturelle. Elle explique l'amaigrissement en montrant que l'économie, loin d'être trop riche en matières carbonées pour les besoins de la combustion, en est presque complétement privée, et qu'elle est obligée de fournir, aux dépens de la graisse et de la fibrine, les aliments respiratoires. Elle explique la phthisie, chez les hommes les plus forts, par le travail excessif auquel sont condamnés les poumons, par le fait du manque d'aliments respiratoires et par la suppression du travail de la peau. Elle laisse comprendre cette appétence si extraordinaire du malade pour les matières sucrées, dont l'économie est privée, et qu'elle réclame avec une énergie qui ne permet pas de se faire illusion. Elle donne la clef du succès momentané du régime gras et azoté dont une grande partie, absorbée par les chilifères, vient réparer les pertes de l'organisme et fournir des matériaux qui peuvent, d'après les travaux de MM. Lehmann et Poggiale, se changer en sucre; elle montre aussi que M. le professeur Piorry a pu donner à ses malades du sucre, et en obtenir un bon résultat.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LETTRE SUR L'INCUBATION ET LA CONTAGION DU TYPHUS.

A Monsieur le docteur Thibaut, *chirurgien de 1re classe de la marine impériale.*

Monsieur et honoré confrère,

Je prends la liberté de vous soumettre quelques observations sur le mémoire que vous avez publié dans l'Union Médicale, intitulé: *Considérations sur le typhus qui a régné sur quelques bâtiments de l'escadre de la mer Noire en 1856.* (Numéros des 9, 11, 18 et 27 février 1858).

Rappelons d'abord les circonstances dans lesquelles le fléau a sévi parmi les marins des vaisseaux de guerre. C'était pendant la mauvaise saison. Les bâtiments quittaient la Crimée avec de forts chargements de malades; quatre jours après on arrivait à Constantinople; là on opérait le débarquement, puis on repartait presque aussitôt chercher de nouveaux malades, et ainsi de suite. Chaque fois, dites-vous, que les bâtiments étaient débarrassés à Constantinople de leur chargement, ils étaient soumis à une série de mesures hygiéniques, ayant pour but de les assainir et de purifier les objets de couchage et d'habillement qui avaient servi aux malades et aux marins. D'après vous, l'exécution de ces mesures aurait toujours été parfaite, et dans les bâtiments qui revenaient vers la Crimée, locaux et objets se seraient trouvés sans la moindre souillure. Permettez-moi, Monsieur et honoré confrère, de douter de cette excellence de salubrité, au milieu des conditions dans lesquelles on s'est trouvé, de ces voyages faits coup sur coup, et de ce va et vient de vaisseaux. Une affirmation sur ce point ne me paraît pas pouvoir suffire, quand surtout on considère la nature des habitations maritimes, leurs étages qui sont comme des caves de plus en plus profondes, l'obscurité des faux-ponts et l'étroitesse des sabords. Et puis, dans les voyages de retour de Constantinople en Crimée, ne transportait-on pas des passagers, et ces passagers n'étaient-ce pas des militaires fraîchement sortis des hôpitaux et rejoignant leurs corps? Il me semble, sans que je puisse l'affirmer, qu'il en a été ainsi, et dès lors des foyers infectieux ont pu exister aussi dans les hardes de ces individus.

Arrivons à l'incubation. Il résulte de votre mémoire que l'explosion du typhus parmi les marins a chaque fois eu lieu longtemps après le débarquement des malades transportés, douze, quatorze et dix-neuf jours après, et alors que l'on n'avait rien eu à signaler jusque là dans l'état sanitaire des équipages; je me sers de vos propres expressions. De ce fait, et eu égard à la prétendue salubrité des navires, vous concluez à une contagion antérieure, et conséquemment à une incubation qui aurait varié entre douze, quatorze et dix-neuf jours. Or, si d'après d'autres faits, je parvenais à prouver que dans le typhus il n'y a pas d'incubation du tout, il serait démontré du même coup que les navires n'avaient pas été aussi bien purifiés que vous le dites, et en même temps que le miasme y aurait couvé, non dans *les organismes*, mais bien dans les locaux et les hardes. Voici cette preuve, chose singulière, c'est vous qui la fournissez dans votre mémoire, en relatant la manière dont vos épidémies se sont terminées. Je cite: « Parmi les marins, semblable à une incendie, le mal allait s'accroissant en intensité et en étendue, à mesure qu'il trouvait de nouveaux éléments d'alimentation.... Quelques jours encore dans cette situation et on avait la fatale certitude que tout le monde à bord devait être atteint. Enfin, grâce à la proximité des localités et aux mesures ordonnées par le Commandant en chef de l'escadre, les malades étaient bientôt évacués sur les hôpitaux de Kalki, ou de Thérapia, ou déposés à Kamiesch, comme on le fit pour ceux du *Magellan* et du *Lucifer*, dans des ambulances établies à terre, ou sous des tentes dressées sur le pont des bâtiments.

» Dès que les typhiques étaient isolés, disséminés, mis pour ainsi dire à l'air, l'épidémie s'arrêtait *brusquement* sur le navire envahi.

» On n'avait plus, et seulement pendant *peu de jours*, que quelques cas *légers* parmi les hommes épargnés jusqu'alors.

» Ces cas se terminaient *toujours heureusement et promptement.* »

Voilà, Monsieur et honoré confrère, une cessation d'épidémie bien brusque. Et les marins restés à bord? Qu'est devenu chez eux le miasme qui, d'après vous, couve douze, quatorze et dix-neuf jours dans l'organisme? Ils étaient encore nombreux puisque sur 2,457 marins, chiffre total des équipages, 525 seulement ont été atteints de typhus. L'incendie qui tout à l'heure allait s'accroissant en intensité et en étendue, le voilà brusquement éteint, et 1,932 individus se trouvent épargnés d'un jour à l'autre. (Union Médicale 9 février).

Singulière immunité qui se répète sur chacun des navires. Vous le voyez bien, le miasme ne couve pas dans les hommes, mais bien dans les choses. Quand il a disparu brusquement des navires, c'est alors que le nettoiement a été parfait; les ravages du fléau ont frappé les esprits de terreur, et tout le monde a couru à l'incendie pour l'éteindre. Triste mais consolante expérience, puisqu'elle démontre jusqu'à l'évidence l'heureuse intervention de l'hygiène.

Faut-il d'autres preuves contre ces incubations de douze, quatorze et dix-neuf jours? On les trouve dans la brièveté et dans la rapidité de vos épidémies. Elles ont duré vingt-cinq, sept et quatre jours seulement, et la marche a toujours été rapide; c'est vous qui parlez ainsi. Dans votre système elles auraient dû autrement se prolonger.

Si j'ai insisté autant sur cette question de l'incubation, c'est parce que cette question me paraît avoir une importance capitale, non seulement sous le rapport de la prophylaxie, mais encore au point de vue de l'ensemble de l'étiologie du typhus. Je m'explique: quand relativement à cette maladie on recherche dans nos livres classiques les preuves de ce que l'on appelait autrefois *contagion médiate*, c'est à dire des faits positifs

de la propagation par locaux ou hardes contaminés, on s'étonne de n'en trouver que deux, celui de Pringle, si souvent cité, et un autre de Pinel, qui dit avoir vu succomber par le typhus tous les infirmiers employés aux vêtements.

Comment s'expliquer la rareté de ces observations, si le fait est véritablement commun ? L'explication me paraît bien simple. Je suppose une épidémie de typhus sévissant dans une armée. Voici un hôpital, resté pendant quelque temps épargné, mais qui devient à son tour la proie du fléau. Les médecins de l'établissement recherchent l'origine du mal que généralement on est enclin à rattacher à des communications d'individu à individu ; aussi à défaut de contagion *actuelle* ils scrutent le passé et finissent par conclure à une contagion *antérieure*, partant à une *incubation*. Or, si cette dernière hypothèse est fausse, tous les faits sur lesquels on l'appuie, et ils sont nombreux, deviennent autant de preuves de contamination, de sorte que les observations de Pringle et de Pinel ne sont exceptionnelles qu'en apparence. Dès lors une nouvelle question surgit. Quand dans une salle de typhiques la maladie gagne les médecins, les sœurs et les infirmiers, la source du miasme est-elle bien dans ces typhiques ? Ne doit-on pas se demander si, dans ce cas, comme dans l'autre, ce ne sont pas les locaux et les hardes qui le fournissent. J'ai apporté à la Société de médecine de Constantinople deux faits qui, à mon avis, témoignent en faveur de la dernière origine.

Voici dans quels termes M. le d[r] Fauvel, notre médecin sanitaire à Constantinople, les a appréciés : « Les deux exemples rapportés par M. Netter, et relatifs à l'immunité de l'infirmerie de Saint-Benoît et de l'hôpital civil où les typhiques traités *n'ont pas communiqué* la maladie aux autres malades, sont très importants. » (Discussion sur le typhus, Société médicale de Constantinople.)

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

D[r] A. NETTER,
Médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Strasbourg, 10 avril 1858.

PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DE LA REVACCINATION DANS LES LYCÉES. — En 1838, le ministre de l'instruction publique soumit à l'Académie de médecine la question suivante : Est-il nécessaire de soumettre à une seconde vaccination les élèves des lycées? La réponse de l'Académie fut négative.

Le document que publie aujourd'hui M. le docteur Remilly, médecin suppléant du lycée de Versailles, est de nature à modifier l'opinion de l'Académie.

Vers le milieu de janvier dernier, un commencement d'épidémie de variole se faisait sentir dans le lycée de Versailles. M. Remilly proposa au proviseur la revaccination générale des élèves qui, les parents consultés, fut pratiquée sur 248 élèves. Le résultat de sept de ces revaccinations étant resté inconnu, il reste 241 revaccinations dont les résultats ont pu être suivis et connus. Tous ces élèves avaient été vaccinés, et quelques-uns même revaccinés. Or, il y a eu 63 vraies vaccines et 78 fausses vaccines. Le quart environ de ces élèves, antérieurement vaccinés, n'était donc plus préservé de la variole.

Quelques-uns de ces élèves avaient été déjà antérieurement revaccinés il y a cinq ans dans le même lycée. Mais par un oubli regrettable, M. Remilly ne dit pas quel avait été le résultat de cette première revaccination. Vingt-sept élèves forment ce second groupe de bi-revaccination ; ils ont fourni 3 bonnes vaccines et 24 fausses.

Quant à l'âge, il a varié de 8 à 20 ans. Il y a eu une bonne vaccine sur un enfant de 8 ans, une autre sur un enfant de 9 ans, 5 à 10 ans, 10 à 11 ans, etc. Ce qui semble indiquer que la vertu préservatrice du vaccin se perd beaucoup plus tôt qu'on ne l'avait cru jusqu'ici sur certains individus.

Ces faits sont véritablement trop dignes d'intérêt. La revaccination a eu quelque peine à s'introduire en France. Il importe de rendre à la mémoire d'un honorable médecin l'hommage qui lui est dû. C'est M. le docteur Fiard, en France, qui jeta le premier cri d'alarme contre la vertu préservatrice temporaire du vaccin. Ce fait très contesté alors, est aujourd'hui à peu près généralement accepté en France, après avoir reçu une large consécration de l'expérience à l'étranger par les revaccinations opérées en masse sur les populations et surtout sur l'armée. Grâce aux efforts du Conseil de santé des armées, un ordre récent du ministre de la guerre soumet toute l'armée française à la revaccination. Nous saurons prochainement sans doute les résultats de cette vaste expérimentation. Mais les faits observés par M. le docteur Remilly sont très importants en ce qu'ils tendent à abréger encore la durée de préservation de la vaccine. Des enfants de 8, de 9, de 10 ans ont pu être revaccinés avec succès. Ce fait est gros de conséquences. (In *Monit. des Hopit.*, n° 57, 1858.)

HYGROMA DE LA BOURSE SÉREUSE ANTIROTULIENNE GUÉRI PAR DES BADIGEONNAGES A LA TEINTURE D'IODE; par M. le docteur BAUDISSON. —M[lle] N..., âgée de 31 ans, douée d'une bonne constitution, porte au genou droit une tumeur de la grosseur d'une petite orange, arrondie, indolente, sans changement de coloration à la peau. Cette tumeur est fluctuante, et n'a été remarquée que depuis vingt-quatre heures. M. Baudisson diagnostiqua un hygroma, et fit faire trois badigeonnages par jour avec la teinture d'iode pure sur toute la surface de la tumeur. Au bout de quatre ou cinq jours seulement cette application fut suivie d'un peu de cuisson pendant environ dix minutes. Quinze jours après le commencement du traitement, la tumeur avait beaucoup diminué, les badigeonnages furent continués, mais deux fois seulement par jour, pendant une semaine au bout de laquelle la tumeur avait complétement disparu. — (In *Abeille médicale*, 19 avril 1858.)

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

OBSERVATIONS DE PARALYSIE PARTIELLE DES EXTRÉMITÉS, PAR L'USAGE PROLONGÉ DE TABAC A PRISER RENFERMANT DU PLOMB; par le docteur M. MEYER, de Berlin. — Les cas ne sont pas rares où le médecin trouve chez son malade tous les signes d'une intoxication saturnine, et reste parfois longtemps avant d'en découvrir l'origine, tellement le poison vient d'une source peu ordinaire. On possède, à ce titre, d'assez nombreux exemples des maladies de ce genre, déterminées par le tabac à priser ; cependant, il nous paraît opportun d'appeler l'attention sur ce sujet, peu connu ou oublié de beaucoup de praticiens. Ces cas sont rares chez nous, en France, depuis que l'administration a banni l'emploi du plomb dans l'emballage de la précieuse poudre ; néanmoins, il est encore des personnes qui, aimant les mélanges, s'en préparent une grande provision, conservée dans des boîtes de plomb.

Le docteur Meyer a observé 4 cas de paralysie saturnine frappant surtout les extrémités supérieures. Il y avait toujours intégrité des supinateurs, avec paralysie plus ou moins avancée des extenseurs ; saillie des métacarpiens ; teint jaune pâle des malades ; 3 fois des accès de coliques répétées avaient précédé l'invasion de la paralysie ; 3 fois, c'était surtout l'extenseur commun des doigts, et 1 fois le deltoïde qui avaient été le plus intéressés. Il n'a, d'ailleurs, manqué aucun des signes de l'intoxication saturnine chronique. Le traitement toujours couronné de succès, consistait surtout en bains sulfureux et en la galvanisation.

L'analyse des principaux tabacs prisés à Berlin a fait voir que tous ceux qui étaient renfermés dans du plomb, en contenaient plus ou moins (de 1,91 à 0,84 p. 100 d'oxide), même quand le plomb avait été garni d'une feuille de papier ; les autres tabacs n'en renfermaient qu'exceptionnellement, de sorte que, dans ces cas, il est probable que le plomb avait été introduit dans la sauce ayant servi à la préparation du tabac. — (*Archiv f. path. anat. u. phys.*, n° 3.)

COURRIER.

FALSIFICATIONS ALIMENTAIRES. — On écrit des bords de l'Yton (Eure) à l'un de nos honorables confrères, le fait suivant, qu'il veut bien nous communiquer et nous garantir :

« ..... Voici une bonne histoire et qui vous amusera. Vous connaissez » nos voisins les corbeaux du bois de Brosville (1). Dans ce moment, » on y trouve des milliers de petits, gras et dodus, qu'on vient chercher » pour les expédier par centaines à Paris, tout plumés et la tête coupée, » pour les y faire manger sous le nom de pigeonneaux. Ce que je vous » dis est positif, car j'ai assisté à l'une de ces razzias, et j'ai même » acheté un petit corbeau vivant. Ces hommes les vendent aux mar- » chands expéditeurs deux ou trois sous la pièce. Avertissez toutes les » cuisinières de vos amis et connaissances. »

Avis surtout aux nombreux consommateurs de certains restaurants.

— Par arrêté du 5 mai 1858, M. Socquet, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de Lyon, est nommé professeur titulaire de matière médicale et de thérapeutique à la même École, en remplacement de M. Brachet, décédé.

M. le docteur Delore est nommé professeur suppléant de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, en remplacement de M. Socquet.

— Par arrêté du 6 mai 1858, M. Pégot, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Toulouse, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à la même École, en remplacement de M. Rolland, décédé.

M. Noguès, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Pégot.

M. le docteur Resseguet est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie en chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Noguès.

— M. le docteur Crouzet, (de Montpellier) vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Balaruc.

— Par suite d'un récent arrêté ministériel, l'asile d'aliénés de Maréville, jusqu'alors pourvu d'un directeur et d'un médecin en chef, vient d'être divisé en deux quartiers, auxquels sont attachés deux médecins. Par contre, l'asile de Fains, qui avait eu jusqu'à présent, un directeur et un médecin en chef, n'aura plus désormais qu'un médecin en chef directeur.

M. Mérier, médecin en chef de Maréville, passe médecin en chef directeur à Fains.

M. Auzouy, médecin en chef de Fains, est chargé à Maréville du quartier des hommes.

M. Teilleux, directeur à Saint-Venant, est chargé à Maréville du quartier des femmes.

— M. le docteur Cazenave commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, mercredi 19 mai, et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

La visite des salles à 8 heures.

— M. le docteur Tavignot ouvrira son cours public des maladies des yeux, le madi 25 mai, à 3 heures, au dispensaire Saint-Côme, n° 8, rue Grégoire-de-Tours, près l'École de médecine.

(1) Ce bois est situé dans la commune du même nom, sur un plateau élevé, près des bords de l'Yton et non loin d'Évreux. Il est connu dans tout le pays comme le repaire des corbeaux de toute la contrée.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 59. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 20 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le régisseur d'un théâtre, après les trois saluts, venant annoncer au public entassé que l'acteur principal de la pièce étant indisposé, cette pièce ne peut pas être jouée, ne produit pas un désappointement égal à celui qu'a produit hier M. le Président de l'Académie annonçant à la nombreuse assistance, pressée sur les gradins, que la discussion sur la fièvre puerpérale ne pouvait être continuée. Pourquoi ce relâche imprévu? M. le Président l'a expliqué avec franchise : Le second orateur inscrit comptait sur le premier, le troisième sur le second, et ainsi de suite; or, le premier s'étant trouvé indisposé, toute la série a fait défaut; ainsi dans ce jeu que les enfants exécutent avec des cartes, la première qui tombe entraîne la chute de toutes les autres.

Donc l'Académie, après quelques petits rapports de maigre importance, a été obligée de se livrer aux douceurs d'un comité secret. Laissons donc reposer aussi la question académique, véritable toile de Pénélope, où jusqu'ici l'orateur du jour a défait l'œuvre de l'orateur de la veille; singulière discussion où l'on ne trouve pas deux doctrines identiques!

Amédée LATOUR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Marjolin montre le cervelet d'un enfant tuberculeux qui n'a présenté pendant la vie aucun accident cérébral. Deux tubercules crus, gros, l'un comme un pois, l'autre comme un haricot, existent au sein de la substance cérébelleuse.

M. Deguise fils fait remarquer que l'absence de symptômes est la règle la plus ordinaire dans les cas de tubercules du cervelet.

— M. Broca présente le fémur d'une jeune fille morte à l'hôpital Lariboisière à la suite d'une blessure reçue le 14 janvier.

Cette fille, âgée de 15 ans, fut atteinte à la face externe de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou, par un projectile qui resta engagé dans l'épaisseur du membre et ne put être ni extrait ni senti. Le fémur était, en outre, le siége d'une fracture située beaucoup plus haut, au-dessus de la partie moyenne de cet os. Admise dès le soir même à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier, la jeune fille alla assez bien pendant les premiers jours; mais, vers la fin de janvier, des accidents graves se manifestèrent; il survint un gonflement considérable, et M. Voillemier fut sur le point de pratiquer l'amputation. Mais l'état des parties s'était notablement amélioré; on conçut de nouveau l'espoir de conserver le membre. Cette amélioration persista pendant une douzaine de jours, puis, le 20 février, le gonflement s'accrut de nouveau, et la malade fut prise d'un dévoiement qu'aucun moyen ne put arrêter.

Le 26 février, lorsque M. Broca prit le service à la place de M. Voillemier, il ne restait d'autre ressource que l'amputation. Mais des fusées purulentes remontaient déjà jusqu'au voisinage des trochanters; il aurait fallu pratiquer la désarticulation coxo-fémorale, ou, au moins, l'amputation sous les trochanters, et l'état général de la malade rendait fort douteuse l'issue de ces opérations. L'amputation fut néanmoins proposée aux personnes qui représentaient la famille de la jeune fille, et qui ne voulurent pas y consentir.

Le 8 mars, il fallut pratiquer une incision sur un abcès profond et volumineux qui s'était formé à la partie externe de la cuisse, au niveau de la fracture. Les fragments étaient à nu dans le foyer de ces abcès. Quelques jours après, un érysipèle se développa autour de cette incision, gagna rapidement toute la cuisse, et envahit la paroi abdominale.

La mort survint dans la nuit du 17 au 18 mars.

A l'autopsie, on n'a pu examiner que le membre blessé. De vastes foyers purulents, situés entre les muscles et le périoste, occupaient toute l'étendue de la cuisse, depuis le genou jusqu'à 3 centimètres au-dessous des trochanters. Le fémur a été extrait, et M. Broca le met sous les yeux de la Société. Cet os est le siége de deux lésions distinctes, et tout à fait indépendantes l'une de l'autre. A 7 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, au niveau de la partie la plus inférieure du canal médullaire, la face externe du fémur présente un trou irrégulier, large de 7 ou 8 millimètres, qui pénètre jusque dans le canal de la moelle, où le projectile s'est arrêté. La paroi opposée de ce canal est entière, mais elle est dépouillée de son périoste dans une étendue circulaire de 1 centimètre 1/2, et le tissu, compact à ce niveau, est manifestement nécrosé. Des productions osseuses persistantes forment un anneau autour de ce séquestre, dont l'élimination ne paraît pas encore commencée. Un trait de scie vertical a permis de retrouver dans la partie la plus inférieure du canal médullaire le projectile qui a produit ces lésions; c'est un fragment de bombe anguleux, irrégulier, cunéiforme, long de 10 à 12 millimètres, large de 6, épais de 4 millimètres seulement, et présentant sur ses angles l'empreinte des vis qui donnaient passage aux capsules fulminantes.

Une autre lésion, qui n'a aucune connexion avec la précédente, existe sur le tiers supérieur du corps du fémur; c'est une fracture très oblique qui présente exactement tous les caractères des *fractures spiroïdes* décrites par Gerdy. La fracture commence à 4 centimètres au-dessous du petit trochanter, et se termine à 8 centimètres plus bas. Les deux fragments sont donc terminés en pointe très longue et très aiguë. Ces deux fragments étaient en chevauchement et ne se touchaient en aucun point; des masses musculaires interposées les séparaient entièrement. Il n'y avait donc aucune tendance à la consolidation. Néanmoins, on observe sur chaque fragment, au niveau de la coupe oblique du canal médullaire, des productions osseuses volumineuses, arrondies, formées d'un tissu spongieux très dur et excessivement fin, n'ayant aucun rapport avec le périoste ni avec le tissu compacte qui est dénudé, et provenant manifestement d'une sécrétion dont les vaisseaux de la moelle ont fait tous les frais. La moelle elle-même est ossifiée dans une étendue de 2 ou 3 centimètres sur chaque fragment.

M. Broca pense que la fracture du fémur n'est pas le résultat de l'action du projectile, et qu'elle s'est produite dans la chute qui a immédiatement suivi la blessure. Il signale l'ossification qui existe dans le canal médullaire au niveau de la fracture, dans un point où le périoste est décollé et détruit, où le tissu compacte lui-même semble nécrosé. C'est une nouvelle preuve que la propriété de sécréter le tissu osseux accidentel n'est pas exclusivemant dévolue au périoste.

— M. Marjolin présente une petite fille âgée de 11 ans, dont la voûte palatine est le siége d'une perforation centrale, large comme une pièce de 20 centimes. Cet accident est survenu, il y a environ deux mois, à la suite de l'ouverture spontanée d'une petite tumeur purulente développée sous la membrane palatine. On n'a pu découvrir, soit chez elle, soit chez ses parents, aucun antécédent syphilitique. L'articulation des sons et la déglutition présentent les modifications ordinaires en pareil cas. Toutefois, il se forme de temps en temps dans l'ouverture une accumulation de mucus nasal épaissi, qui joue le rôle d'un obturateur, et l'enfant parle alors sans le moindre nasonnement. M. Marjolin considère cette perforation comme un résultat de la scrofule et non de la syphilis; M. Cullerier, à qui il en a parlé, partage son opinion, mais considère ce fait comme très rare.

M. Guersant a remarqué à l'hôpital des Enfants que les caries et les nécroses de la voûte palatine, des mâchoires, des os du nez, et en général de tous les os de la face, se montrent souvent chez les scrofuleux, sans aucune intervention appréciable de la syphilis.

— M. Robert présente un garçon de 15 ans, d'une constitution scrofuleuse, qui, par suite d'une entorse du genou droit, a été atteint d'une arthrite subaiguë de cette articulation. La jambe ne tarda pas à se rétracter, et au bout de trois semaines la rétraction était telle, que le talon était en contact avec l'ischion. Cet état s'accompagnait de douleurs excessives. M. Robert fut alors appelé, et jugea qu'il était indispensable de ramener promptement le membre à une bonne position. Séance tenante, il chloroformisa le malade jusqu'au relâchement des muscles, et il redressa la jambe par la seule action des mains. Il ne procéda pas brusquement; l'extension fut faite d'une manière graduelle et ne fut achevée qu'au bout d'environ deux minutes. Autant qu'on en put juger, cette action mécanique ne produisit aucune rupture de ligament. Le membre fut fixé dans l'extension. Les douleurs furent immédiatement abolies. Le jour suivant, il survint un peu de gonflement qui céda à l'application de vésicatoires volants. La résolution s'effectua rapidement pendant les premiers temps, mais elle s'arrêta bientôt, et l'articulation resta tuméfiée. Elle l'est encore aujourd'hui et cet état est stationnaire depuis plusieurs mois. Le genou est ankylosé en ligne droite.

De nouveaux accidents se sont montrés depuis lors sur d'autres points du squelette. La malléole externe du côté gauche est devenue le siége d'une carie qui a produit un abcès froid. De plus il est survenu, il y a trois mois, sur le fémur droit, une arthrite accompagnée d'un gonflement douloureux. Des vésicatoires, appliqués sur la cuisse, ont amélioré l'état de cet os, mais le corps du fémur est encore notablement tuméfié, comme s'il existait une nécrose profonde.

M. Robert rappelle qu'il y a deux ans la question du redressement des articulations a été discutée dans le sein de la Société. Des doutes ont été émis alors sur l'efficacité et sur l'innocuité de ce moyen. C'est ce qui a décidé M. Robert à présenter son malade, chez lequel le redressement a eu l'avantage d'éteindre complétement et immédiatement la douleur.

M. Richet cite un fait qui diffère notablement de celui de M. Robert, mais qui est relatif aussi au traitement des affections articulaires par la méthode du redressement. Un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'une tumeur blanche du genou, avait conservé une ankylose angulaire avec subluxation du tibia en arrière. M. Marchesseaux et M. Richet, après avoir endormi le malade, pratiquèrent le redressement forcé, remirent le tibia en place et fixèrent le membre dans l'extension. Il ne survint aucun accident; le genou s'ankylosa en ligne droite, et la guérison fut si prompte que quinze jours après l'opération le malade put marcher.

M. Marjolin avoue que le redressement est un excellent moyen de faire cesser les douleurs. Ce moyen a en outre l'avantage de substituer une meilleure position à une position gênante, et d'atténuer l'infirmité qui pourrait résulter ultérieurement de l'ankylose. Mais il n'est pas convaincu que la position ait autant d'influence qu'on l'a dit sur la guérison des maladies articulaires. Le malade de M. Robert est amélioré sans aucun doute, il a une ankylose rectiligne très préférable à une ankylose angulaire, mais il est loin d'être guéri; l'articulation est encore engorgée, et le fémur est le siége d'un gonflement fort inquiétant. M. Verneuil, lorsqu'il était chargé du service de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie, a redressé le genou d'un enfant atteint de tumeur blanche avec rétraction de la jambe; l'enfant est encore aujourd'hui dans les salles de M. Marjolin; il va mieux, il est probable qu'il guérira, mais il n'est pas encore guéri. Si la position avait l'influence curative qu'on lui attribue, on devrait placer les articulations semblables dans une position semblable, et c'est précisément ce qu'on ne fait pas; car, si on redresse le genou lorsqu'il est fléchi, on fléchit au contraire le coude lorsqu'il est étendu. On n'a donc d'autre but que de substituer à une position gênante une position moins désavantageuse, dans la prévision de l'ankylose.

SYPHILIOGRAPHIE.

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LA SYPHILIS;

Mémoire lu à la séance de la Société des médecins de Kieff, le 8/20 février 1858,

Par le professeur C. DE HUEBBENET.

Partant de la doctrine de l'unicité du virus syphilitique — doctrine qui a trouvé dans M. Ricord un partisan si chaleureux — ce syphiliographe ingénieux est parvenu à adopter un double virus chancreux, c'est-à-dire, en d'autres termes, il admet deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la vérole et développant le chancre simple; donc selon lui, le chancre simple, *mou (chancroïde* d'après M. Clerc, *ulcère vénérien* d'après M. de Huebbenet) est un phénomène tout à fait étranger à la syphilis, tandis qu'au contraire le chancre induré *(ulcère syphilitique* d'après M. de Huebbenet) est la source fatale, obligée de la syphilis.

Voici le résumé de ses recherches :

1. Le chancre simple, non infectant, est un chancre à base molle.
2. Il est généralement multiple.
3. Son pus possède au plus haut degré les caractères propres à la contagion; c'est le pus inoculable par excellence.
4. C'est un chancre à tendance envahissante et destructive.

1. Le chancre infectant, au contraire, a une base indurée.
2. Il est généralement solitaire, rarement multiple.
3. Son pus perd rapidement toute spécificité virulente.

4. Il présente peu de tendance à s'agrandir.

A côté il ajoute les détails suivants :

Le chancre simple est une espèce très commune. Le chancre infectant est relativement plus rare.

Le *chancre simple*, et ceci est capital (de Huebb.), *paraît exclu de la région céphalique*. Le chancre infectant se produit partout.

Le premier peut être reproduit presque à perpétuité, sur le même individu ; le second paraît ne pouvoir se développer qu'une seule fois dans sa forme.

Avec le chancre simple, le retentissement ganglionnaire n'est pas obligé. L'adénopathie est fatale avec le chancre infectant. Le bubon symptomatique du chancre simple est un bubon aigu, monoganglionnaire, arrivant le plus souvent à suppuration. Le pus qu'il sécrète peut être un pus virulent.

Le bubon du chancre induré se développe à froid, sans douleur et sans réaction ; c'est un bubon essentiellement indolent, multiple, reproduisant dans les ganglions l'induration particulière au chancre ; ne suppurant jamais sous la seule influence de la diathèse et ne sécrétant jamais le pus spécifique dans les cas très rares où une cause étrangère en détermine la suppuration.

Parvenu à la question d'origine, il la résout ainsi :

Le chancre simple naît du chancre simple et se reproduit dans son espèce.

Le chancre infectant reconnaît comme origine un chancre infectant et se transmet également dans sa forme.

Quant à ces deux dernières propositions, il y a des exceptions apparentes. Comme d'après le système de M. Ricord et d'après la plupart des observateurs, le chancre induré ne se produit qu'une seule fois sur le même individu, donc le chancre simple devrait se transmettre sur un individu vérolé comme chancre simple, ulcère vénérien ; cet ulcère vénérien paraît en attendant, d'après certaines observations, se transmettre comme ulcère syphilitique, chancre induré. On peut résumer toutes ces observations dans les propositions suivantes :

1. L'ulcère vénérien des individus non infectés se transmet dans son espèce.

2. L'ulcère syphilitique se transmet dans son espèce sur des individus non infectés.

3. L'ulcère syphilitique se transmet comme ulcère vénérien, sur des individus vérolés.

4. L'ulcère vénérien des individus vérolés se transmet comme ulcère vénérien ou syphilitique.

La différence qui existe entre l'ulcère vénérien et l'ulcère syphilitique est exposée par M. Ricord en vrai maître, et trouve bien souvent dans la pratique une confirmation brillante. L'acquisition la plus importante qui en résulte pour la science, c'est la dualité du virus chancreux, ou, en d'autres termes, la séparation parfaite de l'ulcère vénérien de la syphilis.

Examinant toutes ces opinions du point de vue physiologique, nous sommes frappés par l'observation de M. Ricord que le chancre céphalique apparaît toujours comme ulcère syphilitique. Cette circonstance paraît, selon moi, beaucoup plutôt indiquer l'influence des conditions anatomiques sur l'induration, qu'une transmission du chancre dans son espèce, et paraît révéler une contradiction avec toute la doctrine du savant syphiliographe. M. Ricord parle à peu près de centaines de chancres qu'il a observés sur la région céphalique et qui ont été tous indurés, et ajoute qu'il ne connaît pas un seul cas authentique de l'ulcère vénérien à la région céphalique.

Nos contrées sont peu favorables aux observations des chancres aux endroits insolites. J'ai observé la plupart des chancres sur les lèvres et la langue pendant mon court séjour à Paris, et je puis ajouter peu de chose de mon expérience clinique. Pourtant, en examinant bien les faits observés et publiés par M. Ricord de la non-existence de l'ulcère vénérien à la région céphalique, on peut se faire certaines questions qui n'ont pas été encore touchées par M. Ricord.

Dès que le fait que le chancre céphalique est toujours un ulcère syphilitique est juste, il en résulte des deux choses une :

1. Ou que l'ulcère syphilitique peut se produire deux ou plusieurs fois sur le même individu (ce que M. Ricord n'admet pas) dès que l'inoculation physiologique (contagion) ou artificielle (expérimentation) a lieu à la région céphalique chez un individu vérolé (ce que M. Ricord n'admet pas non plus).

2. Ou que l'ulcère vénérien ne doit pas se transmettre à la région céphalique dans son espèce comme ulcère vénérien, mais comme ulcère syphilique (ce qui s'oppose aussi à la doctrine de M. Ricord) ; ou bien que l'ulcère vénérien, fatalement inoculable, ne doit point du tout s'inoculer à la région céphalique.

Il y a encore une possibilité à admettre dans ces réflexions, c'est que l'observation de M. Ricord, de l'ulcère syphilitique à la région céphalique n'a pas de valeur pour tous les cas, et que, dans tous les cas observés par ce savant syphiliographe, et décrits dans la littérature de la syphilis, il y a eu un hasard singulier et tout à fait inexpliquable, à savoir : *a*. Que dans aucun de ces cas l'individu n'a été syphilique ; et *b*. que dans tous ces cas la contagion provenait de l'ulcère syphilitique relativement rare. Cette possibilité est bien peu probable, mais enfin elle est admissible.

Nous essaierons de contribuer, autant que possible, à la solution de ces questions par l'observation et l'expérience.

Parmi mes observations cliniques, je ne possède qu'un seul cas qui date de l'année 1853, de la clinique syphilitique de Vidal (de Cassis), à l'hôpital du Midi :

Un jeune homme qui, après avoir eu un chancre, avait souffert de la syphilis constitutionnelle, et lors de mon séjour à Paris en portait encore des traces, avait contracté par une nouvelle contagion un chancre de la lèvre inférieure. Ce chancre présentait une certaine induration, et était montré devant moi, à plusieurs visiteurs de l'hôpital, comme un exemple que l'ulcère syphilitique, contre l'opinion de M. Ricord, peut apparaître deux fois sur le même individu. Quant à l'induration de ce chancre, je dois revendiquer qu'elle existait incontestablement, mais qu'elle ne présentait pas cette résistance particulière, cartilagineuse, élastique, qui est si bien caractérisée aux parties génitales, et qui se distingue essentiellement de l'inflammation du tissu cellulaire. L'induration que j'ai constatée par le toucher paraissait plutôt une inflammation circonscrite, et aurait laissé mon diagnostic au moins douteux, si je l'avais trouvée aux parties génitales.

Mais admettons que, dans ce cas, d'après le diagnostic de Vidal (qui paraît être le plus probable), le chancre était réellement induré, ce qui s'accorderait avec l'opinion de M. Ricord, qui prétend avoir toujours observé le chancre induré à la région céphalique. Ce cas confirmerait donc l'observation de M. Ricord, que le chancre à la région céphalique est toujours induré, et s'opposerait cependant à sa doctrine de l'apparition unique de l'ulcère syphilitique, et lui ferait, par conséquent, une brèche capitale.

Pour élucider la question autant que possible, j'ai tenté les deux expériences suivantes :

I. — K. B..., soldat du régiment d'infanterie de Nijni-Nowgorod, âgé de 34 ans, d'un tempérament lymphatique, entre le 24 novembre 1857, à l'hôpital militaire de Kieff, où il est inscrit sous le n° 7, avec des végétations *condylamata acuminata* des Allemands sur le prépuce, et, à l'exception de ce symptôme, il ne présente aucune autre affection. Le malade n'a jamais eu la syphilis. L'excision et la cautérisation furent employées et dans l'espace de trois semaines, les végétations disparurent complétement.

Le 22 novembre de la même année, M. Milliot, externe de l'hôpital et assistant à ma clinique, fit sous mes yeux au malade une inoculation sur la face, immédiatement sous l'arcade zygomatique gauche (à peu près à 1 centimètre et à 1 centimètre 1/2 à peu près de la commissure labiale gauche) avec le pus d'un ulcère vénérien d'un malade S..., dont la virulence avait été constatée d'avance par une autre inoculation. L'endroit inoculé a été mis sous un verre de montre. Le jour suivant apparut une petite papule rouge qui se développa et se transforma en une pustule et qui, à son tour, au bout de dix jours (le 1er janvier 1858) mit à nu *un ulcère à fond lardacé, et sans la moindre induration.* Cet ulcère a passé sous les doigts de la plus grande partie de mes élèves (à peu près 150) et l'absence totale de toute trace d'induration a été parfaitement constatée ; au comble du fait, le 2 janvier, une glande lymphatique de la région parotidienne s'enflamma et passa bientôt à la suppuration, de sorte que nous eûmes un petit bubon qui fut ouvert le 9 janvier 1858 par une incision, et présenta l'aspect d'*un chancre ganglionnaire.* Le chancre et le bubon ouvert ont été traités de la manière la plus simple : on toucha les deux ulcères avec le nitrate d'argent, puis on fit un pansement avec l'infusion de camomille. A la suite de ce traitement, le chancre se cicatrise le 22, et le bubon, le 29 du même mois.

Ce cas présente une preuve évidente de la possibilité de l'existence d'un ulcère vénérien à la région céphalique ; et si un cas semblable n'a pas été constaté ni par M. Ricord, ni par les autres syphiliographes, celui-ci est digne d'attention, et je réclame pour moi la priorité :

II. — J. K..., soldat du 5e régiment d'artillerie, âgé de 32 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, n'ayant jamais eu d'antécédent vénérien, entra à l'hôpital le 25 octobre 1857, avec un bubon inflammatoire de l'aine gauche, et fut inscrit sous le n° 103. Le 1er janvier 1858, M. Milliot lui fit une inoculation à la face, sous l'arcade zygomatique gauche, au même endroit que dans le cas précédent, avec le pus d'un ulcère syphilitique (chancre induré). Sans entrer dans des détails, je dirai tout court que l'inoculation réussit et qu'il en résulta *un ulcère profond à base indurée.* Quant à cette induration, je dois faire remarquer qu'elle ne présentait pas, de même que dans le cas de Vidal, cette induration cartilagineuse caractéristique, et ressemblait plutôt à une infiltration inflammatoire. 29 mars (10 avril), l'individu inoculé ne présente pas un symptôme de syphilis constitutionnelle.

Ce second cas ne présente aucun intérêt particulier, et prouve seulement, comme le premier, la transmission du chancre dans son espèce. De plus, il prouve que l'induration du chancre à la face diffère de l'induration particulière caractéristique, pas inflammatoire aux parties génitales.

D'après ces expériences, je me crois parfaitement en droit de rejeter l'apparition constante (du chancre induré) de l'ulcère syphilitique à la région céphalique, fait qui, de lui-même, détruirait la doctrine du dualisme du virus chancreux.

Partant de ces faits, je me demande si le chancre céphalique se soumet aux mêmes lois que celui de toutes les autres régions du corps, et si la doctrine du virus chancreux est suffisamment fondée ?

Mes observations et mes expériences me conduisent à soutenir l'opinion que l'induration, qui constitue à mes yeux un symptôme incontestable de la syphilis constitutionnelle, ne représente pas une espèce particulière du chancre, mais qu'elle dépend plutôt des conditions individuelles, anatomiques et même peut-être héréditaires. Selon moi, l'ulcère vénérien, chancre mou, peut se reproduire, sous certaines conditions, sur un individu non infecté, une fois comme plaie vénérienne, chancre simple, une autre comme ulcère syphilitique, chancre induré. De même l'ulcère syphilitique peut s'inoculer, et produire une fois un ulcère vénérien, une autre un ulcère syphilitique.

Comme preuve de ces opinions, je citerai l'observation suivante :

Dans le courant d'une semaine se présentent à ma consultation deux étudiants P... et K..., qui ont eu, le même jour, des rapports avec une fille publique bien connue dans notre ville. Tous les deux n'ont jamais été affectés de la vérole, et n'ont jamais eu un mal vénérien quelconque. Lors de la consultation tous les deux avaient des ulcères aux parties génitales. P. se présente le cinquième jours après le coït, et porte plusieurs ulcères superficiels sur la membrane interne du prépuce, et a une balanite coïncidente ; les ulcères sont lardacés, mais ne présentent aucune induration. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Pansement simple. Dans l'espace de trois semaines cicatrisation des ulcères ; absence d'engorgements ganglionnaires et de phénomène quelconque qui indique une affection constitutionnelle. Quatre mois sont passés et le malade se porte bien. — K. se présente le septième jour après le coït, et ne porte qu'un seul ulcère dans la rainure glando-préputiale, ulcère qui siége pourtant principalement sur la membrane interne du prépuce. La base de l'ulcère est molle. L'ulcère a été cautérisé avec la pierre à cautère ; le malade répète ses visites tous les trois jours, et j'explore chaque fois par le toucher l'état de l'ulcère. Au bout d'une semaine je remarque une induration commençante ; le malade se console pourtant, et croit que l'induration provient de la cautérisation ; après trois jours l'induration devient plus prononcée, et en même temps on peut constater l'engorgement des ganglions des aines ; au bout de huit jours l'ulcère est presque cicatrisé, et je constate une induration parfaite, typique, cartilagineuse. Le diagnostic ne permet plus de doute. Néanmoins, avec le consentement du malade, je n'ordonne aucun traitement général jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires. Cinq semaines à peu près, se passent après la contagion, le malade se présente de nouveau chez moi, et je constate, outre l'induration cartilagineuse et l'engorgement des glandes lymphatiques des aines qui continuent d'exister, l'engorgement des glandes cervicales, une roséole sur la poitrine et le ventre, une syphilide papuleuse du visage et du cuir chevelu, une angine érythémateuse avec exsudation sur les amygdales, et des douleurs préarticulaires. Ce ne fut qu'alors seulement que le malade se soumit au traitement général.

D'après toutes mes observations je ne puis envisager les deux espèces de chancres comme deux phénomènes parfaitement différents et presque opposés. Sans doute pour la solution de cette question il faut encore beaucoup d'expériences exactes ; mais il me paraît cependant probable que, outre la réceptivité individuelle, le siége anatomique du chancre doit exercer aussi une grande influence sur l'induration. Les régions du corps principalement favorables à l'induration, sont, selon moi, celles où le tissu cellulaire est très lâche, comme, par exemple, entre les deux lamelles du prépuce, endroit où apparaît le plus souvent l'ulcère syphilitique, chancre induré. Et c'est à cette cause, ainsi qu'à une plus grande richesse, peut-être, de vaisseaux lymphatiques qu'on pourrait attribuer l'induration habituelle du chancre céphalique.

Voici les données statistiques, recueillies depuis le 28 juillet jusqu'au 1er mars 1853, à la Clinique syphilitique de l'hôpital militaire, sur les ulcères vénériens (chancres mous) et syphilitiques (indurés), avec indication de leur siége.

SIÉGE DES ULCÈRES (CHANCRES).	NOMBRE DES ULCÈRES (CHAN.) ulcères vén. (ch. mous).	ulc. syph. (ch. ind.)
1. Dans la rainure glando-préputiale et sur la membrane interne du prépuce.	75	22
2. Près du méat du canal de l'urètre	7	»
3. Près du frein de la verge.	27	1
4. Dans la rainure glando-préputiale	10	»
5. Sur le gland	21	3
6. Sur le fourreau de la verge.	28	3
7. Sur les exrémités inférieures.	1	»
8. Sur le pubis	4	»
9. Chancres aux parties génitales dont le siége n'a pas été décrit.	19	8
Total. . . .	192	37

Ce qui veut dire 192 ulcérations vénériennes (chancres mous) et 37 ulcérations syphilitiques (chancres indurés, ce qui fait 229 ulcères (chancres). Donc sur 5 ulcérations vénériennes (chancres mous) nous avons eu 1 ulcération syphilitique (chancre induré). Sur ce nombre nous n'avons eu, en effet, depuis le 28 juillet 1856 jusqu'au 1er mars 1858, que 191 ulcères (chancres), bien constatés par moi et inscrits dans un livre à part de clinique, à savoir, 154 ulcérations vénériennes (chancres mous) et 37 ulcérations syphilitiques (chancres indurés), ce qui voudrait dire à peu près 4 ulcérations vénériennes sur 1 ulcération syphilitique, et si, dans le tableau statistique, le nombre des ulcères vénériens est plus grand (192), c'est que plusieurs ulcères vénériens, appartenant à un même individu, y sont montrés dans de différents siéges.

B. MILLIOT,
Médecin assistant du professeur de clinique de Huebbenet.

Kieff, le 29 mars (10 avril) 1858.

Quoique ce travail, écrit en français, mais par un médecin à qui la langue française n'est pas familière, laisse à désirer sous le rapport de la clarté, nous n'avons pas cru devoir en modifier la forme par crainte d'altérer la pensée de l'auteur. Les deux expériences d'inoculation sont fort curieuses, la première surtout ; elles ne seront certainement pas répétées en France ; elles resteront probablement uniques dans l'histoire de la syphiliographie, et, à ce titre, elles présentent un haut degré d'intérêt. — Faisons remarquer en outre, que M. Ricord ne nie pas la possibilité absolue du chancre simple céphalique, mais qu'il se borne à déclarer que, dans sa longue pratique, il n'en a pas encore rencontré un seul cas. *(Note du rédacteur en chef.)*

ANOMALIES.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE CHEZ UNE PETITE FILLE.

Blois, 6 mai 1858.

Monsieur et cher confrère,

Votre numéro d'aujourd'hui, 6 mai, mentionne, dans le compte-rendu de la séance du 7 avril de la Société de chirurgie, la présentation d'un petit garçon de cinq jours, atteint d'exstrophie vésicale.

A propos de ce vice de conformation, si bien décrit par Vidal, et presque spécial au sexe masculin, permettez-moi de vous parler d'une petite fille de 5 ans qui m'a été amenée il y a peu de temps et que j'ai fait voir cette semaine à mes confrères Egret et Yvonneau.

Chez cette enfant, l'exstrophie est complète. La tumeur formée par la paroi postérieure de la vessie poussée par les intestins, a environ 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle a pris dans sa partie supérieure une apparence cutanée ; dans les deux tiers inférieurs, la muqueuse a conservé son aspect normal; tout à fait au bas se trouvent quelques fongosités, saignant au frottement des vêtements. C'est au milieu de ces sortes de bourgeons charnus que l'on voit s'ouvrir les uretères, d'où l'urine s'écoule goutte à goutte et incessamment.

Cette tumeur, qui s'aplatit un peu lorsque l'enfant est dans la supination horizontale, est soudée à sa circonférence avec la paroi abdominale par une espèce de tissu cicatriciel, blanchâtre, fibreux, appartenant sans doute à la ligne blanche, et très apparent, surtout à l'ombilic, où l'on voit se perdre l'ouraque.

Quant aux anomalies anatomiques secondaires qui accompagnent la principale, les voici :

Écartement des pubis d'environ 2 centimètres ; la manière dont l'enfant marche l'indique à l'avance.

Absence de clitoris et des petites lèvres, qui sont simulées par deux petits tubercules latéraux, au-dessous de l'intervalle desquels se voit l'orifice circulaire du vagin.

La santé de cette petite fille est excellente. Sa pauvre mère espérait qu'une opération chirurgicale pourrait la débarrasser de cette désolante infirmité. Nous n'avons rien trouvé de mieux à lui conseiller que l'usage d'un sac imperméable contenant une éponge, pour empêcher l'écoulement de l'urine le long des membres inférieurs.

Que faire de plus?

Agréez, etc. Dr DUFAY.

BIBLIOTHÈQUE.

DU PRONOSTIC DE L'ÉPILEPSIE ET DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR LE VALÉRIANATE D'ATROPINE. Fragment d'un mémoire lu devant l'Académie de médecine, par le docteur MICHÉA. Brochure in-8° de 43 pages, Paris, 1858, Labé, libraire.

Les médecins de toutes les époques ont porté sur l'épilepsie un pronostic désespéré, et il suffit de rappeler les anciennes dénominations sous lesquelles était connue cette névrose terrible, pour être convaincu que la science déclinait toute compétence à son égard. Que faire, en présence d'un *mal sacré*, et comment empêcher Hercule d'être puni par les dieux ? Esquirol et Georget professaient l'impuissance absolue de notre art contre le mal caduc, et ce pessimisme est encore partagé par tous les médecins chargés du service des épileptiques dans les hospices du département de la Seine ; MM. Lélut, Moreau (de Tours), Delasiauve, etc.

« Le jugement de ces hommes si honorables, et placés d'ailleurs dans de si bonnes conditions pour observer, doit-il, se demande M. Michéa, être envisagé comme sans appel ? Les chances de guérison définitive de l'épilepsie sont-elles aussi restreintes, aussi insignifiantes, aussi équivoques qu'ils le prétendent? C'est une question que M. Herpin (de Genève) a agitée naguère, et que je crois utile de poser de nouveau. »

La brochure de M. Michéa est une protestation contre l'abandon auquel seraient voués les malheureux épileptiques si la croyance à l'inutilité absolue de la thérapeutique prévalait. M. Michéa montre d'abord que les conditions dans lesquelles se trouvent les médecins des établissements publics, et celles surtout où sont placés les malades reçus et traités dans ces établissements, ont dû avoir sur l'opinion des hommes dont les noms précèdent, une influence fâcheuse. Les conclusions de ces observateurs, très légitimes eu égard à ce qu'ils avaient sous les yeux, n'auraient pas dû être généralisées comme elles l'ont été. Il y a de très importantes différences à établir, sous le rapport du pronostic, non seulement entre les diverses formes de l'épilepsie (déjà Boërhave avait dit que l'épilepsie sympathique ou réflexe, cède plus facilement que l'épilepsie organique), mais encore entre les divers degrés de cette affection; il faut tenir compte du nombre des accès qui ont eu lieu antérieurement, de l'époque plus ou moins éloignée à laquelle remonte son début, etc.

Après avoir rapidement discuté tous ces points, M. Michéa leur oppose un argument qui, à lui seul, vaut tous les autres : l'expérience. Il rapporte sept observations d'épileptiques de tout âge guéris par l'emploi du valérianate d'atropine. Chez tous ces malades la guérison date de plusieurs années.

Voici ce que dit l'auteur sur la manière la plus convenable, selon lui, d'administrer ce médicament :

« Sous forme liquide, en sirop ou en potion, le valérianate d'atropine est très difficile à employer en raison de son odeur fétide.

» Par la méthode endermique, il a l'inconvénient de produire sur la plaie des pseudo-membranes qui s'opposent à son absorption. Outre que la forme pilulaire est la plus commode pour l'exactitude du dosage, elle est aussi la plus avantageuse en ce qu'elle prolonge plus longtemps l'absorption dans le tube digestif.

» J'ai pour règle de donner le valérianate d'atropine à doses très fractionnées, afin d'éviter des effets trop violents, et, d'une autre part, assez souvent répétées pour tenir le malade sous l'influence continuelle de ce remède. Dans ce but, j'ai l'habitude de prescrire des granules argentés qui ne contiennent chacun qu'un demi-milligramme de valérianate d'atropine. En se bornant à l'administration d'un ou deux granules par jour, le praticien le plus timoré n'a rien à craindre de l'usage de ce remède, même chez les très jeunes sujets. J'augmente successivement les doses en me guidant sur la nature et l'intensité des phénomènes physiologiques produits. Chez certains sujets je suis arrivé progressivement à faire prendre jusqu'à un centigramme, et même plus, de valérianate d'atropine par jour.

» En général, on doit suspendre l'emploi de ce moyen dès que les phénomènes physiologiques, la dilatation des pupilles, la céphalalgie, la sécheresse de la bouche, etc., se manifestent avec une intensité notable. D'un autre côté, il est bon, même quand le malade pourrait supporter le médicament à assez haute dose, de ne pas trop en prolonger l'usage, afin que le pouvoir de l'habitude n'en affaiblisse pas l'action sur l'économie. De là le soin qu'il faut avoir de quitter et de reprendre alternativement l'usage du valérianate d'atropine à des intervalles variables, en se guidant autant que possible sur la capacité de saturation individuelle pour le médicament. Ajoutons que, pour être efficace, le traitement ne doit pas se borner à quelques semaines de durée, mais bien se prolonger pendant des mois, et souvent des années. »

Suivent les moyens accessoires et les précautions hygiéniques qui, bien observées, peuvent aider la médication et contribuer à son succès.

« En résumé, dit l'auteur, chercher à neutraliser, à l'aide du valérianate d'atropine, la surexcitation de la moelle allongée, et de l'autre, éloigner autant que possible toutes les causes de cette surexcitation ; telles sont les bases de ma méthode dans le traitement de l'épilepsie. »

Le lecteur trouvera, en outre, dans les notes de cette brochure, des aperçus très intéressants sur les effets physiologiques du valérianate d'atropine et l'histoire de la découverte et de la préparation de cette substance dont la matière médicale est redevable à M. Michéa.

A la brochure est annexé un extrait du rapport fait à l'Académie de médecine, sur ce sujet, par M. Jolly ; rapport dans lequel sont abordées les plus hautes questions relatives aux affections convulsives. Nous y renvoyons le lecteur et nous espérons qu'il saura gré, comme nous, à M. Michéa d'appeler de la condamnation absolue qui pèse sur les infortunés épileptiques. La probité scientifique et l'honorabilité parfaite de M. Michéa donnent à son appel une valeur que personne ne contestera.

D.r Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Mai 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur MASSON, de Beaune (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellenot, pendant l'année 1857. (Com. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur CISSEVILLE, sur le service des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), pendant l'année 1856.

3° Deux rapports de MM. les docteurs VERDIER et BLOUQUIER, sur le service médical des eaux minérales de Cauvalat et de Fonsanches (Gard), pendant l'année 1856. (Com. des eaux minérales.)

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département de l'Ariége. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. DILLARD, sur un procédé nouveau de conservation du virus vaccin. (Com. de vaccine.)

2° Un travail de M. Jacques BLECHMANN, ancien médecin des hôpitaux militaires de Crimée, intitulé : *Diathèse purulente, sa nature et son traitement rationnel.* (Com. MM. Malgaigne et Huguier.)

3° Un paquet cacheté déposé par M. Eug. CAVENTOU, et renfermant l'indication des principales propriétés d'un corps qu'il étudie en ce moment.

4° Un autre paquet cacheté renfermant la description sommaire des signes caractéristiques de l'un des accidents les plus graves du travail de l'accouchement, par M. le docteur DEVILLIERS, ancien chef de clinique de la Faculté.

Le dépôt de ces deux paquets est accepté.

M. TROUSSEAU, en son nom et au nom de M. PIDOUX, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la 6me édition de leur *Traité de thérapeutique.*

Il dépose en outre sur le bureau, au nom de M. Horace GREEN, professeur à l'Académie de New-York, cinq volumes dont les noms suivent :

1° *Traité des maladies des voies aériennes ;*

2° *Observations sur la pathologie du croup et sur son traitement topique ;*

3° *Traitement chirurgical des polypes du larynx et de l'œdème de la glotte ;*

4° *Injections bronchiques pratiquées dans* 106 *cas de maladies pulmonaires ;*

5° *Injections bronchiques dans les cavités tuberculeuses du poumon.*

Après cette présentation, M. Trousseau demande la permission de lire quelques passages de la lettre de M. Green qui accompagne l'envoi de ces volumes. L'auteur américain rappelle que dans un rapport lu devant l'Académie par M. Trousseau, en son nom et au nom de M. Blache, à propos du mémoire de M. Loiseau, de Montmartre, ces messieurs attribuaient à Dieffenbach la première idée d'avoir porté des médicaments dans le larynx au moyen du doigt. Or, Ch. Bell, en 1816, a porté dans le larynx un tampon de charpie imprégné d'une solution caustique, en prenant pour guide l'index gauche introduit jusqu'à l'épiglotte, et abaissant la langue. En 1839, M. Horace Green donna lecture à l'Académie de New-York d'un cathétérisme du larynx pratiqué par lui à l'aide d'une baleine flexible, et en se servant aussi du doigt pour abaisser la langue. Il croit donc pouvoir revendiquer pour lui la priorité du procédé décrit par M. Loiseau, tout en reconnaissant que Ch. Bell avait antérieurement fait la même opération. Mais il employait un autre mode opératoire.

M. VELPEAU fait remarquer que le procédé de cautérisation de M. Loiseau, et même son anneau protecteur, se trouvent indiqués dans un article publié, en 1825 ou 26, par M. Girouard, de Chartres, dans le *Journal général de médecine.*

M. TROUSSEAU répond qu'il ignorait ce fait. Il s'est trouvé souvent avec M. Girouard qui ne lui en a jamais parlé, bien qu'il ait été souvent question entre eux du cathétérisme du larynx.

M. PATISSIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur l'eau d'une nouvelle source découverte à Cransac (Aveyron).

L'eau de cette nouvelle source, dite source *Galtier,* est depuis longtemps employée dans le pays aux mêmes usages que l'eau de la source *Basse-Richard.* Comme celle-ci, elle est minéralisée par des sulfates de soude, de chaux, de magnésie, d'alumine, d'ammoniaque et même de potasse; on y trouve aussi des espèces d'aluns particuliers, ferrugineux et magnésiens.

En conséquence, la commission propose de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Un rapport sur l'eau minérale de la fontaine *Marina,* près de St-Dizier (Haute-Marne).

Il résulte de l'analyse faite dans le laboratoire de l'Académie, que cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses carbonatées ; elle contient de si faibles proportions de gaz sulfhydrique, que la commission ne pense pas que cette eau doive une partie de son efficacité à ce gaz, comme le croit M. le docteur Legripp. La commission propose d'accorder l'autorisation d'exploiter.

Ces conclusions sont adoptées.

M. LAGNEAU lit un rapport sur plusieurs échantillons de suspensoirs qui ont été adressés à l'Académie par l'intermédiaire de M. le ministre des travaux publics, sur la demande de Mme Prod'homme. M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que les suspensoirs présentés à l'appréciation de l'Académie par Mme Prod'homme, bien que pouvant être considérés comme réunissant tous les avantages des meilleurs suspensoirs en tricot connus jusqu'à ce jour, n'offrent pourtant pas, même dans leur ensemble, un perfectionnement assez considérable, surtout assez original, pour que l'Académie juge convenable de lui accorder une approbation spéciale.

L'Académie adopte ces conclusions.

M. LE PRÉSIDENT appelle successivement à la tribune plusieurs médecins inscrits pour des lectures; mais aucun d'eux ne se trouve présent à la séance. M. le Président annonce que la discussion sur la fièvre puerpérale est renvoyée à mardi prochain, aucun des orateurs inscrits n'étant prêt à prendre la parole.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures moins un quart, pour entendre le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats au titre d'associé libre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 février 1858. — Présidence de M. LEGROUX.

Sommaire. — Deux observations de *rhumatisme ataxique*, par M. Vigla. Discussion : M. Gubler, qui fait une communication sur *l'antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine.* Discussion : M. Guérard. — Observations d'*hématocèles rétro-utérines*, par M. Oulmont.

M. VIGLA dépose les deux observations qu'il a communiquées à la dernière séance. Ce sont deux nouveaux exemples de rhumatisme compliqué de symptômes cérébraux et qu'il appelle ataxique. Ils font partie d'environ 80 faits analogues, à l'aide desquels il se propose de publier un mémoire sur la matière.

M. GUBLER félicite M. Vigla d'avoir porté devant la Société les nouveaux faits de rhumatisme cérébral qui ont été l'objet d'une discussion intéressante dans la dernière séance. Ces faits sont importants parce qu'ils démontrent la réalité des complications cérébrales dans le cours du rhumatisme, indépendamment de toute intervention thérapeutique. En ce qui concerne particulièrement le sulfate de quinine ils font voir combien les attaques dirigées contre ce médicament étaient mal fondées. M. Gubler se propose aujourd'hui de présenter quelques considérations à l'appui de cette justification, mais il désire auparavant faire quelques remarques sur certaines propositions émises dans la séance précédente.

A l'occasion du pronostic presque fatal qui ressort pour M. Vigla de l'invasion du délire dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, M. Sée rappelait déjà qu'un médecin de Mulhouse, M. le docteur Statter, avait obtenu un plein succès dans un cas de ce genre à l'aide des ablutions froides. M. Gubler signale un fait analogue dans un *Traité de la goutte et du rhumatisme* traduit en français au commencement de ce siècle. L'auteur, Giannini, combinait l'eau froide avec l'usage du quinquina à haute dose ; il donnait jusqu'à deux onces de poudre de quinquina jaune, quantité équivalente aux fortes doses de sulfate de quinine employées actuellement. En rapprochant le fait de Giannini de celui du docteur Statter, on pourrait être encouragé à conseiller l'eau froide contre le rhumatisme cérébral ; cependant il faudrait procéder avec prudence dans cette voie.

Dans la dernière discussion on s'est demandé pourquoi les accidents cérébraux du rhumatisme, si rares dans les hôpitaux ordinaires, paraissent tant se multiplier à la Maison municipale de santé. L'espèce de clientèle qui appartient à ce dernier établissement a paru expliquer suffisamment cette prédominance. M. Gubler pense aussi que c'est-là qu'il faut chercher la cause de la fréquence des phénomènes cérébraux du rhumatisme ; il rappelle qu'en général dans les hôpitaux ordinaires les phénomènes dits ataxiques se montrent de préférence chez certaines catégories de malades, chez ceux qui ont éprouvé de violentes commotions morales ou des chagrins prolongés, et chez les sujets dont l'intelligence est le plus cultivée. Les charbonniers, les portefaix, les maçons ou les terrassiers y sont moins exposés que les ouvriers mécaniciens, les typographes ou les employés de bureaux. Or, ces derniers se rapprochent sous beaucoup de rapports de la population de la Maison de santé composée en grande partie de commis, d'employés, de domestiques au service de riches familles. Souvent ce sont des personnes déchues de leur ancienne position ; en outre elles ont une double inquiétude en entrant comme pensionnaires à la Maison de santé, d'abord l'appréhension de l'issue de la maladie, ensuite la crainte d'avoir épuisé leurs économies avant la guérison.

M. Gubler voit dans ces circonstances et d'autres semblables une prédisposition au délire. C'est ce qu'il a déjà fait ressortir à l'occasion d'un

des faits consignés dans son mémoire, où il s'agit d'une Anglaise, mère de famille, maltraitée, puis abandonnée par son mari, laquelle était venue à Paris chercher les moyens de subvenir à son existence et à celle de ses enfants.

Relativement à la nature des phénomènes cérébraux qui se montrent dans le cours du rhumatisme et à la dénomination qu'il convient de leur appliquer, M. Gubler ne saurait partager la manière de voir de M. Vigla ni surtout celle de M. Sée. Le premier englobe tous ces phénomènes sous le titre d'*ataxie*. Si cette expression un peu vague n'est préférée par M. Vigla que parce qu'étant plus compréhensive elle convient à tous les cas si divers qu'ils puissent être, il n'y a pas d'inconvénient sérieux à en faire usage. Mais si l'on veut faire entendre par là que les troubles fonctionnels de l'encéphale sont purement nerveux et n'ont jamais leur raison d'être dans une lésion de la substance cérébrale ou de ses enveloppes, c'est une erreur contre laquelle déposent les faits les mieux observés.

M. Gubler n'accorde pas à l'absence de lésions constatées sur le cadavre la valeur que lui attribuent MM. Sée et Vigla, dans les cas où la mort est survenue quelques heures après le début des accidents. Quelles traces peut laisser à sa suite une fluxion plus qu'éphémère? L'hypérémie peut manquer sur le cadavre quoiqu'elle ait existé pendant la vie. D'ailleurs cette hyperémie a été plus d'une fois retrouvée avec les formes caractéristiques de la congestion inflammatoire. Je sais, dit M. Gubler, que cela ne suffit plus aux yeux de quelques personnes pour établir la réalité de l'inflammation; à ce compte il faut rayer d'un trait de plume la plupart des méningites vulgaires et supprimer de même le premier degré de toutes les phlegmasies.

Mais les cas ne sont pas rares où des lésions plus accentuées ont été rencontrées à l'autopsie. Dans l'un de mes faits non seulement l'arachnoïde et la pie-mère présentaient une vive injection résistant au lavage, mais la substance corticale du cerveau offrait une teinte rosée et un aspect velouté sous un filet d'eau; dans les ventricules latéraux la sérosité était rougeâtre, sanguinolente. Quel autre travail qu'une phlogose intense pourrait produire de pareils désordres?

A ceux qui veulent à toute force des exsudats plastiques ou purulents pour reconnaître l'inflammation, je me contenterai de citer un exemple emprunté à la thèse de M. le docteur Bienfait (Paris, 1847), parce qu'il ne laisse pas la moindre prise au doute. A l'autopsie on trouva la pie-mère très épaisse, colorée en rouge dans quelques points, et doublée dans d'autres par un épanchement de lymphe plastique; partout adhérente à la pulpe cérébrale dont la surface ramollie, se déchire quand on veut les séparer. La substance du cerveau était fortement injectée. Voilà donc un cas de méningite rhumatismale indubitable, et les plus exigeants doivent se tenir pour satisfaits.

En définitive les accidents cérébraux du rhumatisme peuvent se rattacher à un travail de congestion ou de phlogose plus ou moins avancée et c'est à tort qu'on voudrait leur refuser systématiquement le caractère inflammatoire. Sans doute il peut exister quelquefois un délire simplement nerveux, mais si cette forme de délire est possible ou même probable, sa réalité n'est pas encore rigoureusement établie.

M. Vigla invoque l'analogie avec le délire qui survient dans le cours de la pneumonie, de la variole, de la scarlatine et de quelques autres maladies graves; mais rien ne prouve que ce phénomène soit indépendant de toute congestion cérébrale; il y a même quelques raisons pour admettre le contraire. J'ai moi-même donné une explication plausible du délire dans la pneumonie en admettant une congestion des meninges analogue à celle qui s'observe sur la joue du côté affecté. (*Mémoire sur la rougeur des pommettes comme signe d'inflammation pulmonaire*, UNION MÉDICALE, 1857). L'expérience de M. Guérard fournit encore un appui solide à l'opinion que je défends. Notre savant collègue, en effet, vous a dit que loin de craindre le sulfate de quinine dans les formes ataxiques des maladies que j'énumérais tout à l'heure, il ne manque jamais d'y avoir recours pour calmer le délire, et que le moyen lui réussit habituellement. Mais la portée de cet argument ne pourra être saisie que quand j'aurai fait comprendre le mode d'action du sulfate de quinine. Ce sera l'objet d'une communication que je vais avoir l'honneur de faire à la Société :

De l'antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine.

Une première remarque faite sur moi-même pendant une maladie dont j'ai été récemment atteint a été le point de départ des idées que je vais exposer. Ayant eu l'occasion de prendre du sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes seulement, je m'aperçus que les bourdonnements n'existaient que dans mon oreille gauche quoique j'aie naturellement l'ouïe également bonne des deux côtés. Cette action exclusive du sulfate de quinine sur un seul organe auditif se reproduisit trois jours de suite, et comme je souffrais en même temps d'une céphalagie beaucoup plus intense à droite, où j'ai toujours ma migraine, je pensai que la différence des phénomènes acoustiques tenait à cette cause. Je crus même comprendre que la congestion évidente dont ce côté de la tête était le siége neutralisait l'influence du sel quinique dont l'action semblait être par conséquent d'anémier l'encéphale. J'en étais là quand je repris mon service le 1er novembre dernier (1857); je trouvai alors un homme affecté de rhumatisme articulaire aigu, à qui notre collègue, M. Vulpian, donnait sans succès depuis plusieurs jours des doses considérables d'opium et de sulfate de quinine. Le premier jour je maintins simplement la prescription de la veille, c'est-à-dire 0,25 centigr. d'extrait gommeux thébaïque et 1 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine. Le lendemain voyant que les phénomènes physiologiques de ce dernier agent étaient absolument nuls et que ceux de l'opium manquaient aussi, je me demandai si ces deux principes médicamenteux administrés simultanément ne se neutralisaient pas l'un l'autre, et j'élevai la dose du sulfate de quinine en même temps que j'abaissai celle de l'opium. Il n'y eut encore rien de notable.

Enfin, je pris le parti de supprimer le narcotique en donnant seulement 1 gr. 50 de sulfate de quinine, et cette fois l'action propre de ce dernier se fit sentir avec une grande intensité. C'est à partir de là que le rhumatisme s'amenda d'une manière évidente. Le fait confirmait donc pleinement mes prévisions. J'en ai vu d'autres depuis et je me crois autorisé dès à présent à considérer l'opium comme l'antagoniste, ou, si l'on veut, l'antidote du sulfate de quinine. Etant connu le mode d'action de l'un on peut donc arriver à comprendre celui de l'autre. Or, pour résoudre la question de l'influence du sulfate de quinine dans la production des accidents cérébraux chez les rhumatismants, il importe de connaître dans leur nature intime les effets du sel quinique. Je pense donc que la Société me permettra de développer un peu ma pensée sur ce point.

Les effets de l'opium sont plus faciles à apprécier; ils me serviront de terme de comparaison. En voici le résumé succint :

Porté dans la circulation, l'opium détermine une excitation particulière, donne de la plénitude au pouls, élève la température, augmente l'injection des téguments et pousse à la diaphorèse. Le visage s'enlumine; les yeux deviennent brillants et comme humides, les pupilles punctiformes, la peau s'humecte ou se couvre même d'une abondante sueur. Puis le sommeil s'empare du sujet, ou, suivant la dose, le délire survient, un délire souvent furieux. Chose digne de remarque, la pupille conserve son étroitesse tout le temps que dure le narcotisme.

Tous ces phénomènes sont des signes de congestion, et l'opium semble produire dans tout l'organisme ce que produit dans le côté correspondant de la face la section du cordon cervical du grand-sympathique. La contraction de la pupille elle-même doit être considérée comme un phénomène congestif depuis que les recherches modernes ont démontré que l'iris est un véritable appareil érectile.

En partant de cette donnée on peut établir que l'opium, qui amène la turgescence sanguine dans toute l'économie, produit le sommeil par le même mécanisme, car le sommeil a pour condition anatomique prochaine une congestion sanguine cérébrale, dont je vais énumérer les preuves.

Je citerai d'abord le rétrécissement de la pupille dans le sommeil spontané comme dans le narcotisme thébaïque : phénomène trop peu connu des médecins et d'après lequel on peut s'assurer si un individu est réellement endormi. En même temps les conjonctives sont injectées ainsi que les vaisseaux radiés du pourtour de la cornée. Il en est ainsi des oreilles et des joues. Tout le monde a été frappé de l'aspect particulier que présente une personne au moment du réveil.

Remarquons en outre que les conditions favorables à la turgescence vasculaire en général le sont également à la production du sommeil, et que les circonstances inverses produisent des effets opposés. Ainsi le travail de la digestion, une température élevée, prédisposent au sommeil, tandis que le froid le contrarie directement. Voilà pour les conditions physiologiques; voici maintenant les faits pathologiques propres à étayer mon interprétation.

La congestion sanguine du sommeil se fait très vivement sentir sur les maladies inflammatoires des yeux, toujours plus intenses au réveil. Certaines névralgies dentaires reparaissent chaque soir dès que le sujet repose sur un oreiller et se laisse gagner par le sommeil. C'est la nuit qu'ont souvent lieu les attaques épileptiques, les accès d'asthme, l'incontinence d'urine, les pollutions involontaires, phénomènes dus probablement, comme le priapisme matinier, à la congestion des centres nerveux encéphalo-rachidiens. Les hémorrhagies médicales ou chirurgicales sont aussi très fréquentes la nuit.

De tous ces rapprochements je conclus que l'état congestif de l'encéphale est la condition anatomique prochaine du sommeil et que l'opium agit en déterminant cette congestion. S'il en est ainsi la science moderne n'en sera plus réduite à dire que « *l'opium fait dormir parce qu'il a la vertu dormitive.* »

En définitive, l'action de l'opium aboutit partout à une hyperémie, dès lors il devient probable que son antagoniste le sulfate de quinine anémie, décongestionne, si l'on peut ainsi parler.

En effet, les phénomènes de l'intoxication quinique, attribués jusqu'ici à la congestion cérébrale, reconnaissent vraisemblablement une tout autre cause. Les vertiges, la titubation, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, la surdité ne sont-ils pas les symptômes ordinaires de l'anémie cérébrale? Tout porte à croire que telle est leur cause prochaine dans l'ivresse due au quinquina. Ce qui le prouve, à part l'action antagonistique de l'opium, c'est que les sujets qui prennent des doses élevées de sulfate de quinine, sont particulièrement exposés aux syncopes, que ce sel enlève le sommeil comme je viens de le voir chez la femme d'un de nos confrères les plus éminents dans la littérature médicale, et que les animaux empoisonnés par ce sel ont souvent une énorme dilatation des pupilles. Ce qui le prouve encore ce sont les bons résultats obtenus de l'emploi de ce médicament contre des méningites ou des accidents cérébraux de nature congestive, soit idiopathiques, soit symptomatiques, par un grand nombre de médecins distingués, à la liste desquels il faut ajouter le nom de notre honorable et savant collègue M. Guérard.

Je disais tout à l'heure que l'action de l'opium peut se comparer aux effets de la section du trisplanchnique au cou, je me demande actuellement si les effets du sulfate de quinine ne pourraient pas être rapprochés de ceux de la galvanisation sur certains nerfs, par exemple sur ceux qui animent le cœur. En tout cas, le sel quinique arrête pareillement les mouvements du centre circulatoire, et toutes les observations physiologiques ou thérapeutiques nous le montrent d'ailleurs comme un agent qui tempère, réfrène ou suspend l'émission de cette influence nerveuse qui préside aux phénomènes de la congestion active. En d'autres termes l'opium excite à la dépense de force sous forme d'influx nerveux ou de chaleur mise en liberté; la quinine au contraire fait économiser tout cela, elle accumule et condense les forces dans le système nerveux. C'est là le secret de son action tonique, ou antiphlogistique, selon les cas.

Si l'on tient compte de cette différence capitale entre les deux agents dont je trace le parallèle, on en fera un usage plus rationnel dans les affections diverses qui semblent en réclamer l'emploi. S'agit-il, par exemple, de délire, et en général d'accidents cérébraux? On doit administrer l'opium quand ce sont de simples troubles nerveux et du sulfate de quinine quand ces phénomènes sont symptomatiques d'une congestion active ou d'un travail inflammatoire local, ou bien s'accompagnent de l'éréthisme vasculaire lié à la fièvre. Un exemple entre autres fera bien sentir la nécessité de cette distinction. Ainsi que me le rappelait encore dernièrement notre distingué collègue, M. Moreau (de Tours), l'opium ne triomphe facilement du délire alcoolique que lorsque celui-ci se passe à froid, pour ainsi dire; il échoue ou même il aggrave la situation, quand le *delirium tremens* est compliqué d'une fièvre intense. Ce serait, dans ce cas, le sulfate de quinine qu'il faudrait préférer.

Je borne ici ces considérations pour ne pas abuser des moments de la Société, et je me résume dans les propositions suivantes :

1° A l'inverse de l'opium qui exalte les actions organiques (congestion sanguine et caloricité), le sulfate de quinine agit sur le système nerveux en y condensant les forces, de telle sorte qu'il enchaîne les actions organiques, sources de dépenses, et réduit autant que possible l'appel fluxionnaire sanguin dans les parties phlogosées.

2° Ce mode d'action étant admis, on s'explique parfaitement l'innocuité du sulfate de quinine dans les accidents cérébraux du rhumatisme, accidents dont les récentes observations tendent déjà à l'exonérer.

3° Bien plus, l'emploi du sel quinique est indiqué dans toutes les formes inflammatoires du rhumatisme cérébral; l'opium ne convenant que dans les troubles purement nerveux, exempts même de complication fébrile.

4° Le sulfate de quinine et l'opium, ayant une action antagonistique, ne doivent pas être administrés simultanément.

5° Ces deux agents peuvent servir d'antidote, l'un par rapport à l'autre.

M. GUÉRARD : M. Gubler pense que le sulfate de quinine doit décongestionner le cerveau, et il a rappelé, à l'appui de son opinion, la syncope imminente qui peut résulter de l'emploi de ce médicament. J'ai communiqué à M. Briquet un fait qui me concerne et qui semble indiquer l'action signalée par M. Gubler. J'ai pris, il y a quelques années, pour une affection intermittente, une grande quantité de sulfate de quinine, parfois pendant un mois de suite, et en une seule dose chaque jour. Dans la position couchée, je n'éprouvais rien, tandis que, étant assis, la syncope était imminente. J'ai observé un second fait analogue.

Je diffère d'opinion avec M. Gubler relativement à l'injection de la conjonctive pendant le sommeil. Cette injection me paraît pouvoir tenir à ce que la substance cérébrale est vidée de sang tout aussi bien qu'à l'hyperémie. Il ne faut pas conclure, en effet, de la congestion de la face à celle du cerveau, car, dans la congestion cérébrale, il y a quelquefois pâleur.

Quant au fait d'antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine, je suis d'autant plus disposé à l'admettre que, dans ma thèse de concours pour la chaire de thérapeutique, j'ai établi que des effets de médicaments isolés peuvent se neutraliser en se combinant; j'ai rappelé que M. Caventou avait administré la strychnine associée à la morphine, l'une et l'autre à hautes doses, et que les effets avaient été très atténués. Des substances qui sont toxiques isolément, cessent de l'être étant réunies. Le fait de M. Gubler est donc du plus haut intérêt.

— M. OULMONT présente deux pièces anatomiques d'hématocèles rétro-utérines. (Les deux observations seront publiées prochainement dans l'UNION MÉDICALE.)

La discussion relative à cette présentation est renvoyée à la prochaine réunion.

Le secrétaire, Dr WOILLEZ.

COURRIER.

Par un décret impérial, du 16 mai 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État au département de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite du concours ouvert le 1er avril dans les ports :

Au grade de chirurgien de 1re classe : Les chirurgiens de 2me classe : Lucas, Marc, Bel, Gourbeil.

Au grade de chirurgien de 2me classe : Les chirurgiens de 3me classe : Touchevier, Martin, Doré, Mahé, Cunéo, Léon, Vidal, Monin, Galle, Paul, Thérond, Maréchal, Dubois, Pidou, Foucaut, Guillemart, Gaultier de la Ferrière, Loupy, Mondière, Le Duigou.

Au grade de chirurgien de 3me classe : Les étudiants : Charbonnié, De Fornel, Viaud, Delmas, Coural, Kérambrun, Rivière, Rochas, Moinet, Berthomme, Michel, Barnier, Pouget, Rimbaud, Nony, Serez, Jubelin, Duteuil, Guyot, Sémanne, Léonard dit Champagne, Berger, Lignières, Dudon.

Au grade de pharmacien de 2me classe : M. Pernet, pharmacien de 3me classe.

Au grade de pharmacien de 3me classe : M. Lefroid, étudiant.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 60. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 22 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Les séances, comme les jours, se suivent et ne se ressemblent pas; autant celle du 10 mai avait été animée, intéressante et bien remplie, autant celle de lundi a été tranquille et dépourvue d'imprévu; de plus, elle n'a pas duré longtemps. A quatre heures et demie, MM. les académiciens se sont formés en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats à la place vacante dans la section de minéralogie.

Au commencement, M. Flourens, dépouillant la correspondance, a déposé sur le bureau, au nom de M. le ministre de la guerre, le 8e volume des *Annales d'hygiène militaire*.

Il a mentionné, en outre, les pièces suivantes :

Une lettre de M. le baron Heurteloup et une de M. Charrière, toutes deux relatives au brise-pierres percuteur et à la revendication de priorité qu'a soulevée à ce propos M. Leroy d'Étiolles, en faveur de M. Weiss, de Londres, fabricant d'instruments de chirurgie. C'est un procès qui dure déjà depuis longtemps et à propos duquel les pièces contradictoires s'entassent plus peut-être que de raison. Une commission est nommée qui prononcera; il est probable — la ténacité des parties étant connue — que ce ne sera pas en dernier ressort.

— M. Chauveau, de Lyon, qui, dans une des précédentes séances, avait envoyé une note sur la théorie des murmures vasculaires, en envoie une seconde dans laquelle il donne la relation des expériences entreprises sur les animaux à l'état physiologique, afin de vérifier les théories annoncées antérieurement. Les veines jugulaires, sous-clavières et thyroïdiennes, explorées, ont offert la confirmation de ce qu'avait prévu M. Chauveau; il en a été de même de l'artère aorte ascendante, des carotides, et, enfin, du cœur lui-même. M. Chauveau explique ce dernier fait par cette remarque que les vaisseaux aortique et pulmonaire ont un calibre plus large que les orifices cardiaques auxquels ils correspondent.

— M. Roche fils, de Bagnols, écrit à la commission chargée de faire une enquête sur la maladie des vers à soie : il croit que ce ne sont pas les vers qui sont malades, mais bien la feuille du mûrier. Selon M. Roche, elle est recouverte d'une couche de poussière noire qui empoisonne les vers; le remède à cet état serait le souffrage des mûriers.

— M. Puech envoie une seconde note sur les hémorrhagies des trompes de Fallope, qu'il divise en deux catégories : les hémorrhagies physiologies et les hémorrhagies morbides. La note de M. Puech est surtout relative à la détermination des caractères de ces deux catégories.

— M. Matteucci, membre correspondant, envoie à l'Académie un exemplaire de ses *Leçons sur l'électro-physiologie*.

— M. Gallot, qui avait envoyé, depuis quelque temps déjà, un livre intitulé : *Introduction à la mécanique et à la philosophie*, demande aujourd'hui quel parti a été pris à ce propos, et si son livre ne pourrait être admis au concours pour un des prix de l'Académie. M. Flourens fait observer qu'il n'y a point de prix proposés pour les sujets que ce livre traite.

— M. Battori avait annoncé à l'Académie qu'il avait découvert une panacée universelle végétale, et demandé qu'il fût nommé une commission pour l'examiner. Les règlements s'opposant à ce que des commissions soient nommées à propos de communications dont l'objet reste un secret, il fut répondu dans ce sens à l'inventeur de cette panacée, qui envoie son ultimatum aujourd'hui : il ne livrera son secret qu'après la nomination de la commission.

Voici la lettre que M. Van Beneden a adressée à M. Milne-Edwards, relativement à la pénétration des spermatozoïdes dans l'œuf; nous avons, dans notre dernier *Bulletin*, promis à nos lecteurs de la leur transcrire :

« J'étais, dit M. Van Beneden, à étudier un distome vivant. Le ver était parfaitement placé, et je pouvais distinguer les plus petits détails. — Un œuf venait de se former; c'était le dernier : il montrait au milieu une vésicule transparente, couverte de granulations et autour, un peu plus abondamment d'un côté que de l'autre, de petites sphères transparentes, irrégulièrement entassées et sans granulations. La vésicule transparente est la vésicule germinative et les sphères correspondent au vitellus. Une coque très mince et transparente entoure le tout et laisse un certain espace entre elle et la masse vitelline. Quelle n'est pas ma surprise en voyant tout à coup un grand filament spermatique se mouvoir dans cet espace et encadrer presque la masse du vitellus. De temps en temps les mouvements du spermatozoïde cessent, et, à cause de son extrême ténuité, il est impossible alors de le distinguer dans l'œuf. J'oublie de vous dire que chaque fois que les ondulations du filament spermatique recommencent, la vésicule germinative se met en branle et le mouvement oscillatoire cesse aussitôt que celui-ci entre en repos. — J'ai tenu cet œuf en vue pendant une heure à peu près, et au bout de ce temps les mouvements qui avaient diminué insensiblement, avaient complètement cessé. — Il n'était survenu aucun changement notable ni dans la vésicule germinative, ni dans le vitellus. Il est inutile de faire remarquer que c'était bien dans l'œuf que se trouvait le spermatozoïde et que celui-ci se mêle avec les autres parties de l'œuf avant la formation de la coque, de manière qu'il ne peut être question de mycropyle. Il n'y a aucune apparence de membrane vitelline à cette époque. »

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 15 mai. — Je me suis empressé de répondre à Benoît par la lettre suivante, dont je prends copie sur mon journal :

Très cher ami,

Ta lettre m'a jeté dans une stupeur profonde. Quoi! depuis trois mois, nous vivions l'un et l'autre à Paris, sans nous douter qu'un journal de Paris publiait presque une fois par semaine ce que j'écrivais dans le secret de ma conscience, ce que tu me disais dans l'intimité de notre vieille affection, ce qui se passait dans mon humble foyer domestique!... Pardonne-le moi, vieil ami, mais à la première lecture de ta lettre, j'ai cru à quelque nouvelle plaisanterie de ta part. Tu t'es montré si souvent généreux envers moi, à cet égard, que, je te l'avoue, je suis un peu sur mes gardes. Cependant, j'ai voulu en avoir le cœur net, et le jour même, je suis allé en personne prendre un abonnement à l'UNION MÉDICALE. Figure-toi que j'ai presque reçu une ovation dans les bureaux de ce journal. Aussitôt que j'ai dit mon nom : Docteur Simplice, le caissier s'est arrêté tout net dans ses écritures, il m'a adressé au gérant, lequel m'a conduit dans le cabinet du rédacteur en chef, lequel m'a comblé de compliments et de politesses. Chose étrange, mon cher ami! ces messieurs n'ont pas voulu de mon argent, ils m'ont assuré que, depuis le 1er janvier dernier, le journal m'était adressé à titre de collaborateur, et qu'ils continueraient à me l'envoyer indéfiniment. Je leur ai déclaré que je n'en avais pas reçu un seul numéro, ce qui les a beaucoup intrigués. Tu comprends que l'occasion était trop belle pour ne pas leur demander des explications sur la publication de mon journal. Ces explications ont été fort simples : ils reçoivent toutes les semaines une lettre par la poste, avec un timbre de Paris. La dernière que j'ai vue est bien la copie exacte de mon journal, mais d'une écriture que je ne connais pas, écriture correcte et belle, ce qui te dit tout de suite que ce n'est pas celle de Françoise, dont l'orthographe, surtout sur le mot *cauttelaites*, t'a si souvent fait pouffer de rire. La bonne foi de ces messieurs est indiscutable, et je t'assure qu'après les avoir vus et entendus, il ne me reste aucun doute sur la parfaite innocence de leurs intentions.

Comme tu le dis, cher Benoît, c'est le diable qui nous joue ce mauvais tour. Mais, après tout, est-ce un mauvais tour? Je n'ai injurié personne, je n'ai même nommé et par conséquent pu blesser personne; moi seul peux avoir à souffrir de cette publication, qui ne me laisse que le renom d'un homme très naïf et plus enclin à croire le bien que le mal. Je ne vois à cela aucun grave inconvénient, et si quelque esprit malin trouve son compte à publier mes modestes et simples réflexions, eh bien, je suis parfaitement décidé à le laisser faire, tout en déclarant que cette publication n'est pas de mon fait, que je ne lui donne aucun consentement, et que je ne prétends en assumer aucune espèce de responsabilité. C'est en ce sens que j'ai écrit à l'UNION MÉDICALE, qui m'a accusé réception de ma lettre, qu'elle considère comme une autorisation de publier ce qui pourra lui parvenir de mon journal.

Te sachant très friand de nouvelles médicales, je veux bien te tenir au courant de ce qui s'est passé depuis ton absence, et je relève à ton intention quelques notes insérées à mon journal.

Académie des sciences, nomination d'un associé libre. — M. le comte Jaubert, en compétition avec M. le docteur Bégin. Nouvelle arithmétique. La moitié de 61 plus 1 est 31. Notre maître d'école de Tartas nous eût donné la férule pour avoir ainsi compté. Il paraît qu'à l'Institut cette règle a été trouvée bonne.

Académie de médecine. Nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. Élection de M. Robin, savant micrographe. Choix généralement approuvé. Si le microscope de M. Robin a le pouvoir de grossir et d'amplifier le mérite de certains orateurs, tout le monde y gagnera. Mais c'est moins un appareil grossissant qu'il faudrait à l'Académie, dans ce moment, qu'un instrument de réduction. La discussion sur la fièvre puerpérale prend des proportions colossales. M. Cruveilhier avait fait un discours en deux parties, c'était raisonnable; M. P. Dubois, piqué au vif, a voulu une partie de plus, et nous avons eu sa trilogie. Le doyen de la Faculté ne pouvait moins faire, et de même que sa toque est ornée d'un double galon d'or, il était nécessaire que son discours eût une longueur double. Mais voilà que M. Trousseau a distancé tout le monde, et tout le monde, à cette heure, veut avoir comme lui son discours de deux heures. On parle d'une dizaine d'orateurs inscrits, ce qui peut bien nous donner dix séances encore de fièvre puerpérale. Et dire que, malgré semblable concours oratoire, ce sphinx pathologique n'a pas encore trouvé son Œdipe.

La presse a-t-elle été plus heureuse? Il ne m'appartient pas de le dire. J'ai lu et je lis les savants articles de M. Jacquemier dans la *Gazette hebdomadaire*, de M. Mattei dans le *Moniteur des hôpitaux*, de MM. Béhier et Pidoux dans l'UNION MÉDICALE, et, faut-il en convenir, tout saturé que je suis de fièvre puerpérale, je cherche encore dans le firmament de la science, le point lumineux qui doit me conduire vers la vérité. Si j'avais l'honneur d'être de l'Académie, je proposerais à mes collègues de laisser reposer quelque temps cette question douloureuse. Tout ce qui pouvait être dit l'a été. A l'exception de M. Velpeau, que tout le monde espère voir introduire un élément nouveau dans la discussion, de M. Guérin, peut-être, qui y paraîtra avec ses tendances philosophiques, tous les orateurs ont à peu près vidé leur sac. Ils n'ont plus qu'à se justifier les uns les autres des attaques qu'ils se sont portées les uns les autres, et quand une discussion académique arrive à cette période, elle se rétrécit, de générale elle devient personnelle, c'est la période du pansement des blessures.

Si j'avais l'honneur d'être directeur d'un journal, je dirais à mes savants collaborateurs : Modérez-vous, abrégez, coupez, retranchez si vous voulez être lu jusqu'au bout. Ayez ce courage, et vous vous en trouverez bien; le lecteur vous en saura gré et le journal plus encore.

Il paraît d'ailleurs, mon cher Benoît, que tout n'est pas roses dans le métier de journaliste. Le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, qui a une passion pour les roses et qui m'a invité à aller voir les siennes, me faisait part l'autre jour des embarras que lui suscite la discussion actuelle. Il y a pléthore dans les cartons, pléthore à l'imprimerie, et de tous côtés ce sont des réclamations qu'il ne peut satisfaire. Il m'a prié d'en dire quelques mots dans mon journal, afin de faire prendre patience aux plus pressés.

Sans compter les soucis qui lui viennent d'autre part. Les tribunaux vont retentir, ont retenti dès hier peut-être, d'une grosse affaire que douze médecins dits homœopathes ont intentée au gérant, au rédacteur en chef et à M. le docteur Gallard, collaborateur de l'UNION MÉDICALE. Procès au civil, s'il te plaît, et non pas au correctionnel où la loi défend la publicité des débats; procès pour lequel l'homœopathie réclame cinquante mille francs de dommages et intérêts, non pas à l'état de globule et de dilution, mais en bonnes espèces sonnantes et ayant cours, et cela parce que le docteur Gallard a traité beaucoup moins sévèrement que ne l'ont fait tous nos maîtres la prétendue doctrine d'Hannemann et ceux qui la mettent en pratique. Un mémoire très bien fait de M. Gallard a été déjà distribué aux juges. Je te tiendrai au courant de cette affaire, si ton séjour à Tartas vient à se prolonger.

Tartas! tu as raison, mon vieil ami, le doux nom de mon pays natal a fait battre mon cœur. J'ai eu tort de le quitter. La vie médicale est rude à la campagne, cela est vrai; mais quelle est triste et énervante à Paris! Cependant, au point où j'en suis arrivé, j'aurais plus grand tort de le quitter. *Alea jacta est;* j'y suis, j'y reste; arrivera ce que pourra.

Ancien médecin de campagne, je dois t'annoncer la mort regrettable et prématurée d'un médecin qui a été longtemps la providence des médecins de campagne, de l'honorable docteur Lucas-Championnière, le fondateur et le rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, de ce journal qui, dans sa sphère modeste, a fait beaucoup de bien aux médecins en leur donnant le goût de la littérature médicale périodique. Longtemps ce journal a suffi aux praticiens de campagne; plus tard, une concurrence sérieuse lui fut faite par la fondation de l'*Abeille médicale*. Aujourd'hui, les médecins, comme toutes les autres professions, veulent vivre vite. Un journal mensuel ne leur suffit plus. Lucas-Championnière, avec son bon esprit pratique, eût incessamment compris la nécessité de dédoubler au moins son journal. Il est mort avant d'avoir réalisé ce projet; il est mort dans sa gloire; il est mort riche et riche par le journalisme. Ce fait exceptionnel mérite d'être conservé.

A toi de cœur,

Dr SIMPLICE.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

— Dans la même séance, M. A. Brierre de Boismont, en adressant pour le concours aux prix Montyon un ouvrage intitulé : *Du suicide et de la folie suicide*, y a joint, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

La correspondance étant terminée, M. Biot fait hommage à la bibliothèque de l'Institut, au nom des héritiers de Mme de Corancey, héritière elle-même de M. de Prony, de dix-huit volumes in-folio, manuscrits, contenant les tables de Logarithmes calculées pour le cadastre à la fin du dernier siècle. M. de Prony attachait un grand prix à la conservation de cet exemplaire. Les volumes ont été déposés entre les mains de M. Landresse, bibliothécaire.

— M. Delaunay annonce qu'il vient de terminer son grand ouvrage sur les mouvements de la lune. L'achèvement de cet ouvrage, commencé en 1846, sous les auspices de M. Liouville, a été poursuivi pendant onze années de labeur incessant. M. Delauney espère que l'Académie ne trouvera pas trop indigne d'elle un travail auquel elle a, par avance, décerné la récompense la plus élevée que l'auteur pouvait ambitionner.

— M. Combes présente un mémoire de M. Dupuis sur les inondations, dans lequel, entr'autres points traités, l'auteur prend la défense des levées longitudinales injustement attaquées, selon lui.

— M. Regnault dépose sur le bureau une note relative à la description d'un nouveau baromètre de voyage; — et un mémoire concernant l'influence du magnétisme sur les décharges électriques par M. de Larive qui, à l'aide d'ingénieux appareils, est parvenu à reproduire dans le laboratoire tous les phénomènes, si variés, des aurores boréales.

— M. Velpeau, qui avait demandé une minute pour faire une présentation, et qui s'est tenu dans les limites convenues, a déposé sur le bureau un nouveau mémoire de M. Delenda, dans lequel, continuant d'étudier le climat de la Grèce, l'auteur montre quelles sont les modifications apportées par les influences atmosphériques sur la convalescence.

— M. de Sénarmont dépose une note de MM. Mary et Davy, relative aux quantités de chaleur produites par les combinaisons du chlore avec les métaux.

— M. Séguier, un peu pressé par l'heure du comité secret, a mis sous les yeux de ses collègues, une nouvelle couveuse artificielle dont il se promet les plus heureux résultats. L'appareil se compose de deux parties; l'une est le pyrostat de M. Saurel, au moyen duquel on obtient de l'eau à une température constante, l'instrument se réglant lui-même; l'autre, qui appartient à M. Séguier, est une poche en caoutchouc assez large pour recouvrir 24 œufs non superposés, et dans laquelle l'eau à 39° centigrades arrive incessamment par des tuyaux également en caoutchouc et partant du pyrostat. L'appareil marche seul pendant 18 heures, c'est-à-dire que de 18 en 18 heures seulement, on est obligé de renouveler sa provision de charbon. Le pyrostat présente huit tubulures à sa circonférence pouvant alimenter autant de poches en caoutchouc, et nous avons vu que chaque poche recouvre 24 œufs, soit donc 192 œufs que la couveuse de M. Séguier peut faire éclore. Nous disons peut faire éclore, parce que jusqu'ici elle n'en a fait éclore aucun. M. Séguier, dans le ravissement de *sa poule,* comme il l'appelle, n'a pas eu la patience d'attendre qu'elle eût été mère, et a voulu la produire dans toute sa virginité devant l'illustre compagnie.

Aussi, M. Velpeau a-t-il dit en souriant à M. Séguier, fier comme un coq : « Il faudra nous apporter des petits poulets dans dix-huit jours. »

Saisissant au vol une observation de M. Cloquet, M. Séguier a découvert, séance tenante, que sa poche en caoutchouc, sa poule, pourrait être utilisée par la thérapeutique toutes les fois que l'on voudrait maintenir une partie quelconque du corps à une température uniforme. Et voilà comme quoi, sans magie, les gallinacés peuvent être changés en cataplasmes : c'est le propre mot dont s'est servi M. Séguier.

— M. Leverrier a clos la séance publique en présentant une note de M. Kaëmtz sur la relation des vents avec la température de ces derniers jours. Les calculs de M. Kaëmtz ont été établis d'après les bulletins météorologiques que publie régulièrement l'Observatoire de Paris. La plupart des capitales et des villes importantes de l'Europe, transmettent, par la voie du télégraphe électrique, leurs observations météorologiques quotidiennes, et c'est un service qui, tous les jours, se complète et se régularise davantage.

De son côté, l'Observatoire communique le tableau de ces observations chaque jour aux grands journaux, et chaque semaine à l'Institut. Voilà bien des fois que nous entendons M. Leverrier revenir et insister sur ce sujet; mais voilà bien des fois aussi que nous demandons à M. Mallet-Bachelier, imprimeur de l'Observatoire, le tableau météorologique de l'année 1857, dont nous avons besoin, et qu'il nous répond imperturbablement que M. Leverrier n'a pas encore livré les observations de décembre 1857. Nous signalons le fait à l'illustre astronome, et nous demandons, comme un service à nos confrères de la grande presse, dont la voix est plus retentissante que la nôtre, de le lui signaler.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

XXXIV

Les localisateurs, partisans des phlegmasies primitives dans les affections puerpérales, sont fort embarrassés des cas où les nécropsies sont négatives et ne leur apportent aucune base d'explication. Pour s'en tirer, ils ont recours à un de ces moyens désespérés qui font chavirer tout d'un coup un système, et l'engloutissent dans les eaux ennemies. Ils prétendent que, dans ces cas, l'inflammation est foudroyante, et que, comme le feu du ciel, elle tue avant d'avoir produit ses effets anatomiques; puis, ils trouvent facilement à citer des exemples de péritonite où l'atteinte a été si générale et si forte, que les sujets ont succombé avant la formation de désordres inflammatoires dissécables. Le malheur pour eux, c'est qu'ils soient obligés de choisir ces exemples dans des accidents à cause extérieure mécanique ou chimique, et chez des individus non malades. Il est certain qu'un homme assommé d'un coup de marteau sur la tête, aurait pu, survivant à la commotion, avoir un contusion et une inflammation cérébrales; mais on ne peut pas dire qu'il soit mort d'une cérébrite en herbe : il est mort d'une commotion du cerveau.

Ainsi, une femme qui, trente-six heures après sa couche, succombe à une affection puerpérale typhoïde et foudroyante, n'est enlevée ni par une péritonite, ni par quelqu'autre inflammation que ce soit, mais par la commotion d'une cause morbifique à l'état naissant. Une métro-péritonite se serait développée, je n'en doute pas, qui aurait donné la mort quelques jours plus tard si le premier coup de l'affection eût épargné la vie; mais on n'a pas le droit de faire honneur de ce résultat présent à une inflammation future. D'ailleurs, où est ici la cause externe? le coup de massue? la brûlure? la perforation, qui se sont laissé invoquer par M. Cazeaux pour éclairer la théorie des fièvres puerpérales foudroyantes à autopsies blanches? Si cette cause n'est pas externe et mécanique, elle est donc interne, vitale, spontanée? C'est, en effet, un poison morbide formé des éléments puerpéraux de la femme en couches, et qui a acquis d'emblée la plus haute puissance de septicité. Prenez un poison et injectez-le à des doses ou à des puissances de concentration différentes à plusieurs animaux. Vous aurez chez l'un quelques troubles passagers de la santé; chez un second, de la fièvre et des fluxions plus ou moins graves; chez le troisième une fièvre et des congestions typhoïdes, des phlegmasies gangréneuses; chez le dernier, une maladie maligne, une sidération nerveuse qui le tuera en quelques heures, et sans laisser de traces anatomiques de son action. Celui-ci aura-t-il donc succombé à une inflammation manquée, à une inflammation sans inflammation? Non, mais aux effets toxiques immédiats. Il y a quelque chose dans l'organisme avant les vaisseaux capillaires, siége de l'inflammation : il y a ce que Hunter appelait *materia vitæ diffusa*, les éléments partout présents à l'infini des appareils nerveux. On peut être foudroyé par une scarlatine maligne sans angine et avant toute inflammation exanthématique. Par quoi alors? Ce n'est pas sans doute par l'inflammation; c'est par le poison scarlatineux à sa plus haute puissance et à l'état naissant.

XXXV

En nosologie, il n'y a pas d'inflammation. L'inflammation pure et simple, n'est qu'une création de l'esprit, une abstraction. Je ne connais l'inflammation qu'en pathologie générale. En nosologie et en clinique, je n'ai jamais vu que des inflammations, ce qu'on appelle *des phlegmasies*. Ainsi de la fièvre et des fièvres. Voilà ce qui fait qu'il y a des pyrexies sans fièvre. La fièvre, en effet, n'est pas à elle-même sa cause. Cette cause se traduit quelquefois par d'autres symptômes que par le mouvement fébrile. Lorsqu'on meurt de ces pyrexies sans fièvre, ce n'est pas celle-ci qui tue, mais sa cause. Dans une fièvre pernicieuse, ce n'est pas la fièvre qui est pernicieuse, mais l'empoisonnement paludéen. De même, il y a des phlegmasies sans inflammation. La vie du tissu est suffoquée avant qu'il ne s'enflamme, ou plutôt, c'est parce que le principe de la phlegmasie a sidéré et asphyxié ce tissu, qu'il ne s'enflammera pas. Certaines angines sont dans ce cas. A côté d'elles, dans la même épidémie, il y a des angines avec inflammation gangréneuse; puis des angines avec inflammation sans gangrène; d'autres, enfin, avec gangrène primitive sans inflammation.

Voilà le coup de marteau de tout à l'heure, la brûlure de M. Cazeaux, sa péritonite qui tue avant d'exister. Évidemment, elle ne tue pas comme inflammation du péritoine, et bien au contraire. Cet argument malheureux a trahi le système. Si l'orateur a voulu dire qu'une inflammation tue par elle-même et comme inflammation, avant d'exister, sa proposition n'a pas de sens; il y a contradiction dans les termes. Si, au contraire, il a entendu que la cause ordinaire et présumée de telle ou telle espèce d'inflammation, pouvait tuer et tuait quelquefois avant toute évolution inflammatoire, il a eu raison, mais cette raison ruine tout son système. Il a laissé entrer l'ennemi dans la place, c'est-à-dire le principe victorieux des essentialistes dans le système défait des localisateurs. Ici, en effet, la cause est primitivement générale. Engendrée en nous et vivante, elle n'est ni mécanique ni chimique. C'est un principe formé par intussusception ou tiré de nous-même.

Dans l'état puerpéral, ce principe naît et existe partout simultanément : voilà l'idée vraie des essentialistes. Seulement, ce poison agit avec une énergie concentrée dans les organes puerpéraux; et voilà ce que les essentialistes ont tort de ne pas voir dans les faits obstinés des anatomistes. Ce ne serait rien concéder au principe de leurs adversaires; et pourtant, ce serait les désarmer.

Si dans ces cas rapides, la mort a été si prompte, que des lésions anatomiques n'aient pas pu ou n'aient pas eu le temps de se développer d'une manière complète, le plan de la pyrexie reste incontestablement accusé pour les yeux qui savent prendre dans les faits de l'anatomie pathologique, non la lettre, mais l'esprit.

Nous allons voir ce plan d'abord vigoureusement tracé, s'effacer graduellement dans toutes les formes de la fièvre puerpérale, sans que le dessin fondamental de la nature puisse être perdu de vue un seul instant.

XXXVI

Dans la forme inflammatoire de la maladie, la fièvre qui représente l'action morbide propre des éléments généraux de l'état puerpéral, la fièvre est inflammatoire, et le centre de cet état, l'utérus et ses annexes, sont le siége de phlegmasies franches et intenses, métrites et métropéritonites. Quelquefois même d'autres phlegmasies franches disséminées, se développent surtout dans les diverses membranes séreuses.

Dans la forme purulente, s'il y a du pus dans plusieurs points de l'économie—ce qu'on nomme dans la pathologie grossière de l'humorisme, des abcès métastatiques—c'est toujours l'utérus, ses veines, ses lymphatiques qui présentent cette pyogénie au plus haut degré. On peut dire dans ce cas, ce que M. Louis a dit avec vérité des tubercules pulmonaires dans leurs rapports comparés avec les tubercules des autres organes. Quand dans la fièvre puerpérale purulente il y a du pus ailleurs que dans l'utérus et ses annexes, il y en a toujours dans ces parties centrales de la pyogénie puerpérale; et elles en renferment encore, alors même qu'on n'en trouve pas ailleurs. Pourtant, il est des cas où la mort est si rapide, qu'on peut croire qu'il n'y en a nulle part. Regardez bien toutefois, et vous verrez toujours, soit dans le tissu sous-péritonéal du petit bassin, sur les côtés, soit vers les annexes utérines, etc., transparaître quelques infiltrations rougeâtres, quelques traînées de lymphe plastique lactescente, en voie plus ou moins avancée de transformation purulente : linéaments précieux, première intention de la nature, comme aurait dit Hunter, véritables ébauches de l'organisation de la fièvre puerpérale qui condamnent et les ontologistes et les anatomistes : les premiers parce que dans ces cas, la centralisation des lésions utérines est prise sur le fait de son accomplissement, et que leur *secondaireté* ne peut pas se soutenir; les anatomistes, parce que ce même fait leur démontre avec des preuves de leur goût, que l'affection est primitivement, et tout à la fois, locale et générale, puisqu'on surprend à l'autopsie des lésions rudimentaires, des esquisses de phlegmasies naissantes qui ne sont ni causes ni effets de la fièvre. Causes, comment le seraient-elles? elles ne sont pas nées. Effets? Où avez-vous jamais vu la fièvre produire par elle-même des phlegmasies? Elle peut les précéder et les modifier, mais elle ne les produit pas. Les phlegmasies aussi peuvent précéder la fièvre; mais la produire, c'est une autre affaire, comme nous le verrons plus tard.

La fièvre et les phlegmasies sont des effets multiples, simultanés ou successifs d'une même cause plus profonde. Seulement, quand l'inflammation précède la fièvre, celle-ci prend, au début, des caractères particuliers qui ne sont pas ceux des pyrexies; et réciproquement, lorsque la fièvre précède les phlegmasies, celles-ci ont des propriétés spéciales qui les distinguent des inflammations primitives. Ces caractères ont été exposés, il y a bien longtemps, dans le *Traité de thérapeutique*, au chapitre de la MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE. Un des plus remarquables de ces caractères serait, a-t-on dit, que les phlegmasies qui se développent dans le cours des pyrexies, suppurent avec une beaucoup plus grande facilité que les phlegmasies primitives. Je le nie d'une manière générale; et dans l'espèce, je distingue. Quand la fièvre est purulente, oui, les phlegmasies secondaires suppurent avec une incomparable rapidité; quelquefois même, certains matériaux solides du pus se déposent dans les tissus sans inflammation préalable. Quand la pyrexie n'est pas purulente, c'est au contraire, une particularité des phlegmasies secondaires d'être bâtardes, congestives, catarrhales, fausses comme on disait au siècle dernier, mais de conclure difficilement à la suppuration.

XXXVII

J'ai dit que la fièvre symptomatique d'une phlegmasie primitive présente à son début des caractères par lesquels on la distingue de la fièvre qui signale l'invasion d'une pyrexie, et je veux le répéter, parce que ce fait importe beaucoup ici. Lorsqu'une phlegmasie dure et s'aggrave, on voit, en effet, la fièvre symptomatique prendre peu à peu les caractères de la fièvre des pyrexies; et si, à ce moment, on place un clinicien habile en face d'une telle phlegmasie, il lui est difficile de décider si le cas appartient à la classe des fièvres ou à celle des inflammations. Cela est si vrai, qu'une des particularités qui distinguent le plus positivement les fièvres des phlegmasies, l'excès de fibrine dans celles-ci et sa diminution dans les pyrexies, s'efface; et qu'à cette période grave où j'ai dit que la fièvre des phlegmasies prend les caractères de celle des pyrexies, le chiffre de la fibrine diminue dans le sang des sujets atteints de phlegmasies, et descend au chiffre de ceux qui sont atteints de fièvres. Mais revenons.

Je voudrais connaître un argument plus digne d'être offert aux deux partis pour les réconcilier honorablement, que ces lignes partielles du plan anatomique de la maladie, légèrement ébauchées sur le cadavre de la femme puerpérale. La maladie s'organisait quand la mort arrêtant le travail formateur, permet à l'observateur d'en surprendre le procédé. Ainsi, l'embryologie dévoile les méthodes de la génération, et vivifie les données mortes de l'anatomie descriptive. Elle nous apprend que l'organisme adulte agit et fonctionne en suivant l'ordre et les lois qui ont présidé au développement de son embryon; et ainsi, elle identifie dans un seul fait et dans une seule science, l'anatomie et la physiologie.

XXXVIII

Expliquer par un même principe la formation primitive des organes, et leurs fonctions une fois que formés ils jouissent de l'existence, tel est le programme de la physiologie; tel doit être aussi celui de la pathologie pour toutes les affections du cadre nosologique, à en juger par celles qui s'organisent anatomiquement au sein de l'économie, et qui sont du domaine de l'anatomie pathologique morte. Je m'adresse, en conséquence, aux anatomistes dans la question de la fièvre puerpérale; j'admets tous les faits sur lesquels ils croient pouvoir fonder leur système; je n'en récuse aucun; je vais plus loin: j'accorde que les cas de fièvre puerpérale grave avec autopsies complétement négatives allégués par leurs adversaires, sont à réviser, et que désormais un examen plus attentif circonscrira toujours dans l'utérus ou ses annexes une lésion qu'on puisse invoquer comme le point de départ des symptômes généraux; et appliquant à ces faits la loi fondamentale que je viens d'établir, je dis sans crainte d'être démenti par qui que ce soit dans le présent et dans l'avenir: vous voulez savoir comment cette inflammation une fois formée agit et fonctionne dans la maladie; quelle place elle y occupe; quel rôle elle y joue? Tâchez de savoir d'abord dans quel ordre et suivant quels rapports elle y est apparue et s'y est développée; car vous pouvez être assurés, qu'une fois la maladie bien formée, et que dans tout son cours, l'inflammation, parvenue à sa plus haute intensité, agira et fonctionnera, si je peux ainsi dire, dans le même rapport, dans la même mesure et dans le même ordre que ceux qui ont présidé à sa naissance et à son évolution. Voici encore le cadavre de la femme morte de fièvre puerpérale en deux jours. Pouvez-vous dire qu'elle a succombé à une inflammation de l'utérus, ou du péritoine, etc.? Évidemment non, car la cause doit être proportionnée à l'effet; or, ici, l'effet est au comble, et la cause naissante. Mais si la mort n'arrivant qu'une semaine plus tard, l'inflammation a eu le temps de développer tous ses phénomènes dans une grande étendue, vous n'hésitez pas à lui tout rapporter, fièvre, désordres sympathiques graves, altérations générales profondes, et la mort, comme des effets à leur cause. C'est une erreur.

L'inflammation qui, vue à cette période de la maladie générale ou de la fièvre, vous paraît la produire et la gouverner tout entière, n'y joue pas un rôle essentiellement différent que dans le premier instant, où à la mort de la malade elle ne faisait encore qu'apparaître. Accomplie ou naissante, rudimentaire ou consommée, elle n'est toujours que la plus haute expression d'une force qui, générale et partout en action comme l'imprégnation morbide puerpérale, tend pourtant à se centraliser vers l'organe principal de la fonction. Si vous en doutez lorsque les désordres locaux tout à fait consommés absorbent votre attention et vous aveuglent, vous ne le pouvez, au moins, quand la femme meurt avant qu'ils ne soient formés. C'est à l'anatomie vivante, à l'anatomie d'évolution, à l'embryologie de la fièvre puerpérale, si je peux m'exprimer ainsi, qu'il faut demander la théorie de cette affection, et non à son anatomie morte, car celle-ci ne peut vous dire que ce qui est fait, et non ce qui se fait. Hé bien, qu'est-ce qui s'est fait chez cette femme morte en trente-six heure? A la place du frisson de la fièvre de lait, vous avez eu un frisson immédiatement suivi de prostration profonde et de décomposition des traits. Au lieu d'observer la turgescence et l'injection générales de la peau et des vaisseaux, on a vu les vaisseaux revenir sur eux-mêmes comme vidés par des évacuations excessives, la peau se flétrir, le pouls se prendre d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes; puis, une respiration haute, costale, anxieuse, se précipiter avec le pouls comme dans les effrois profonds de la nature. En même temps, le ventre s'est promptement ballonné; quoique distendu, il est sans rénitence, pâteux comme celui d'un cadavre. La pression réveille pourtant des douleurs dans l'hypogastre ou dans la région des ligaments utérins; le vagin est sec ou baigné de vidanges infectes; une diarrhée involontaire vient souvent hâter la dissolution générale; l'agonie a commencé rapide comme la maladie..... A l'autopsie l'utérus se présente ramolli, et il faut se contenter pour toute altération visible, de l'esquisse du travail inflammatoire sous-péritonéal que j'ai signalé d'abord. Devant ce fait, les essentialistes et les anatomistes sont convaincus d'insuffisance et d'erreur. Pour les localisateurs, cela saute aux yeux. Mais j'ose croire que le système des essentialistes ne se tient guère mieux, car il leur faut avouer que dès le début, l'utérus forme le nœud vivant de la maladie, et que quelle que soit la prédominance apparente des accidents généraux où ils placent toute la maladie, ces accidents se rapportent à l'utérus comme à leur centre. On a vu, en effet, dans le cas que j'ai pris pour exemple, cette concentration morbide s'ébaucher anatomiquement vers les organes du bassin, non pas avant, non pas après l'ébranlement général, mais simultanément et dans un effort commun dont l'utérus représentait la plus haute énergie.

XXXIX

J'ai été amené à étendre ces développements par la nécessité de prouver contre les ontologistes, que, fût-ce en l'absence de toute lésion microscopique appréciable, l'utérus est le centre de la fièvre puerpérale. Cette proposition a paru hardie. Encore quelques lignes, et elle sera simple comme la vérité.

Des cas où cette centralisation est incontestable, on peut amener l'esprit par des transitions insensibles, à ceux où l'absence de preuve anatomique, loin d'infirmer le fait, le corrobore, au contraire, et fournit une raison de plus pour l'affirmer.

Les preuves sont faites pour la forme inflammatoire et pour la forme purulente. Restent une forme putride et une forme nerveuse, où se retranchent les ontologistes, et où ils forcent leurs adversaires à des concessions ruineuses. Pourtant, dans la forme putride, l'état de l'utérus répond parfaitement au caractère de l'affection générale ou de la fièvre. On le trouve noirâtre, flasque, frappé d'une sorte de putrescence ou de gangrène décidée. Quand il n'est pas perforé, les doigts s'y enfoncent et le déchirent avec la plus grande facilité; la surface placentaire est noirâtre et sanieuse, le tissu utérin gorgé de liquides putréfiés; le col ressemble à une plaie envahie par la pourriture d'hôpital; en un mot, les organes du petit bassin représentent bien à son plus haut degré l'état putride que je ne décris pas et qu'accusent tous les symptômes de la fièvre. Si la femme meurt rapidement, on ne trouve à l'autopsie que les altérations locales que je viens de rappeler. Si la maladie peut s'établir et enchaîner ses périodes comme une pyrexie, on voit des phlegmasies disséminées apparaître dans divers organes; et puis, le météorisme et la diarrhée, les catarrhes et les pneumonies lobulaires comme dans nos fièvres continues graves, le délire, la fuliginosité de la langue et des dents, les escarres au sacrum, etc., viennent achever le tableau.... Or, dans cette forme qui simule la fièvre entéro-mésentérique typhoïde, les phlegmasies secondaires ne suppurent pas; elles ont un autre cachet, le ramollissement, la gangrénescence et l'ulcération, comme dans toutes les fièvres putrides. On y observe le sphacèle primitif des parties molles. Mon honorable ami et collègue de l'hôpital Lariboisière, M. Bourdon, a donné de ces faits importants une bonne description qui restera.

XL

J'ai eu occasion d'observer, il y a dix ans, une épidémie de fièvres puerpérales à l'hôpital Necker, où je suppléais M. Trousseau. Des fièvres typhoïdes régnaient en même temps. Je me rappelle combien le parallèle de ces deux pyrexies m'intéressa; combien surtout, en l'absence de renseignements sur le point de départ et les causes; en l'absence des taches lenticulaires, et des caractères nécropsiques, et si on ne commençait à observer que vers la fin de la première semaine, combien, dis-je, il était difficile de distinguer les deux maladies. Je sais de quelle manière les localisateurs expliquent cette forme putride de la fièvre puerpérale, et où réside pour eux la source des symptômes généraux. Je compléterai tout à l'heure la démonstration de ma théorie du rôle des organes utérins dans les fièvres puerpérales, en réfutant cette opinion ainsi que celle de la phlébite et de la lymphangite considérées comme causes de la forme purulente de ces fièvres. En attendant, je prends acte de l'état de l'utérus et de ses annexes dans la forme typhoïde, et je soutiens que cet état n'est ni cause ni effet des altérations du même ordre que présente la fièvre et qui marquent tous les symptômes généraux du cachet de l'infection putride, mais qu'il en est le centre et la plus haute expression; qu'il ne leur est ni antérieur, ni postérieur; mais qu'en sa qualité de foyer principal de l'affection générale, il en accuse plus fortement qu'eux la nature et les effets. Il joue donc encore dans cette profonde altération de la fonction puerpérale, le rôle qu'il jouait dans la fonction à l'état sain.

XLI

Quant à la forme sidérante et nerveuse où les nécropsies sont muettes, où le scalpel le plus habile ne trouve à disséquer aucune lésion, à recueillir aucun produit morbide dans l'utérus, ses annexes et ses vaisseaux de tout ordre, l'action pathologique éminente et principale de l'utérus n'est pas plus contestable que dans les formes précédentes. La fièvre puerpérale y est centralisée tout aussi positivement que lorsqu'après la mort, l'organe en garde les traces anatomiques.

En effet, qu'est-ce qui distingue cette forme maligne et foudroyante?

On s'en fait une idée en ajoutant une puissance morbide de plus aux formes précédentes, la purulente grave, ou la putride. La vie générale et élémentaire, comme la vie des centres organiques, est suffoquée par le poison morbide concentré et à l'état naissant. Dans cette variété, il n'y a ni réaction générale, ni réaction locale, parce qu'il n'y a plus d'énergies saines dans l'économie, pas un point où subsiste le *vita sana supertes* des anciens. On voit peu de temps après la délivrance, le ventre se bouffir sans rénitence. L'utérus indolent, frappé d'une sorte d'asphyxie, est certainement de tous les organes le plus sidéré. Le travail de l'accouchement terminé, une stupeur morbide funeste, le typhus s'empare de lui. Comme dans la forme inflammatoire il était le centre de la réaction phlogistique; comme dans la forme purulente, nous l'avons vu être le centre de l'action pyogénique générale, et dans la fièvre putride puerpérale le foyer principal des lésions à caractère septique et gangréneux; ainsi, dans le typhus nerveux et foudroyant des femmes en couches, nous le voyons, centre de la stupeur, représenter à son plus haut degré un état semblable de toute l'économie, en décider l'explosion, l'accroître de l'influence puissante de la sienne propre, commander enfin à l'adynamie, et par son inertie, sa flaccidité, l'absence de formations morbides quelconques dans son tissu et ses annexes, accuser l'asphyxie et la sidération profondes dont il est frappé. Voilà comment, dans cette forme la plus grave des fièvres puerpérales, l'absence de toute réaction et de toute production morbides dans l'utérus, prouve de la manière la plus appropriée, que cet organe est bien le centre de la maladie.

Quelle que soit la forme d'une fièvre puerpérale, on est donc sûr de voir concentrée dans l'utérus et à sa plus haute puissance l'espèce d'altération dont les éléments coexistent solidairement dans toute l'économie.

Les ontologistes renonceront à voir dans le typhus des femmes en couches une affection vague et indéterminée, une fièvre essentielle, au sens des pathologistes antérieurs à la révolution de Broussais. Les anatomistes abandonneront moins facilement leur principe, parce qu'ils croient posséder dans la phlébite et la lymphangite utérines, dans l'absorption des liquides putréfiés qui croupissent à la surface de la plaie placentaire, tous les éléments de la généralisation secondaire d'une affection qui est, suivant eux, primitivement et chirurgicalement locale. Il importe donc de donner à ces faits spécieux leur valeur véritable.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

LEÇONS SUR LES EFFETS DE LA MÉDICATION MERCURIELLE;

Par le docteur HEADLAND.

Après un court exposé de l'action physiologique du mercure, le professeur arrive à l'action thérapeutique, qu'il expose de la manière suivante:

1° Le mercure agit comme antiphlogistique en décomposant la fibrine du sang;

2° Il agit dans la syphilis et plusieurs autres maladies en éliminant de l'économie le principe morbifique;

3° Dans certaines maladies, le mercure agit en augmentant les sécrétions naturelles.

PROPOSITION I. — Le mercure agit comme antiphlogistique en décomposant les éléments plastiques du sang. MM. Becquerel et Rodier ont démontré expérimentalement que, dans les inflammations aiguës, la proportion de la fibrine du sang augmente, en moyenne, jusqu'à 5 ou 6 millièmes, c'est-à-dire le double de la quantité de fibrine à l'état normal. Le mercure est un antiphlogistique par excellence, il agit directement contre l'inflammation en diminuant la quantité de la fibrine. En appauvrissant la masse du sang, il diminue l'action du cœur, il a donc à la fois la propriété de réprimer la tendance aux hémorrhagies et celle d'activer la résorption. Il agit plus lentement que la saignée ou l'antimoine, mais ses effets sont plus durables; aussi, dans les affections qui, par un brusque début, réclament une médication énergique et prompte, le mercure n'est pas indiqué; mais, par contre, il trouve son application dans les cas où un épanchement s'est déjà produit sous l'influence du travail inflammatoire. Enfin, le mercure diminue la proportion des globules et de l'albumine du sang comme celle de la fibrine; mais c'est une épée à deux tranchants dont il ne faut pas se servir en aveugle, par cela même qu'il guérit l'inflammation par son action hyposthénisante, le mercure laisse souvent après son usage immodéré un état d'affaiblissement dangereux. C'est assez dire qu'il est contre-indiqué dans les maladies où la fibrine du sang est diminuée au lieu d'être augmentée, par exemple, dans le choléra et les fièvres éruptives, etc.

PROPOSITION II. — Le mercure agit dans la syphilis et certaines autres maladies en éliminant de l'économie le principe morbifique. C'est une opinion universellement adoptée que, dans un grand nombre de cas de syphilis, le mercure seul suffit pour amener la guérison, que la guérison est le résultat de l'administration du mercure beaucoup plus souvent et plus certainement que de celle d'un autre médicament, enfin que le mercure est d'autant plus efficace que rarement son usage est suivi d'accidents secondaires ou ultérieurs.

Pour mieux étudier les effets de la médication mercurielle dans la syphilis, divisons en trois classes les accidents que peut déterminer cette maladie sur un sujet dont la constitution n'a pas été entièrement entachée de syphilis.

Des accidents primitifs sont le résultat de l'infection vénérienne. Pendant les quatre ou cinq premiers jours, le virus inoculé doit agir sur les tissus environnant la surface malade, avant d'être capable d'infecter l'économie par son transport dans le sang. Si, pendant ces quatre ou cinq premiers jours, la partie malade se gangrène, le virus est éteint sur place par le fait même de cette gangrène, avant qu'il ait eu le temps d'envahir l'économie. On doit atteindre le même but si l'on produit artificiellement par les caustiques, employés en temps opportun, la gangrène des tissus affectés. Dans ce cas, il est inutile d'administrer le mercure.

Dans la seconde classe d'accidents syphilitiques, il y a ulcération; les bords de l'ulcère sont déchiquetés et durs; il n'y a pas eu de gangrène, et le virus, faisant irruption, a passé par les vaisseaux lymphatiques qui l'ont transporté dans les ganglions de l'aine; ceux-ci se gonflent et suppurent, avec le pus qui s'en échappe, le virus est éliminé; il ne peut plus désormais infecter

l'économie. Dans ce cas encore, l'administration du mercure est inutile.

Dans le troisième cas, l'inflammation qui envahit l'ulcère est de nature adhésive, les bords en sont élevés, ils ont la dureté de la corne, il y a peu d'irritation; c'est le chancre de Hunter et de Carmichaël. Le virus alors a infecté la masse du sang, et ne se borne plus aux ganglions qu'il enflamme, il envahit toute l'économie. Quand on détruit un chancre de cette espèce par l'acide nitrique ou tout autre caustique, il peut parfaitement se guérir; mais, dans ce cas, il faut administrer le mercure, comme le seul médicament dont nous connaissions bien l'action dans cette maladie.

La syphilis, avec les éruptions, les ulcérations, les nécroses et la cachexie, qui sont le résultat de l'infection générale, constitue un empoisonnement qui décompose et appauvrit le sang, et le professeur ne croit pas déraisonnable d'admettre que le mercure s'empare d'abord des éléments du sang qui ont été attaqués par le virus syphilitique; puisque, s'adressant à ce virus lui-même, il le décompose, puis l'élimine en même temps qu'il s'élimine lui-même par le système résorbant. Pour détruire les parties du sang envahies par la syphilis, le mercure pousse cette destruction quelquefois un peu trop loin, et son emploi peut en quelque sorte être comparé à la nécessité où l'on est dans un incendie de renverser un certain nombre de maisons autour du foyer, afin de sauver le reste de la ville.

C'est lorsque l'infection syphilitique est encore relativement récente, qu'on doit administrer le mercure pour en obtenir les meilleurs effets. Dans les formes ultérieures de la maladie, les accidents secondaires et tertiaires, l'économie est profondément touchée; ce n'est plus le mercure, c'est l'iodure de potassium qu'il faut administrer, à moins que le malade n'ait jamais fait aucun traitement, et encore faut-il surveiller bien attentivement, dans ce cas, les effets de la médication mercurielle. En thèse générale, quel que soit le mode d'administration du mercure, soit en onctions ou en fumigations, soit à l'intérieur sous forme de calomel ou de protoiodure, il faut suspendre l'usage du médicament dès que la salivation commence à s'établir, car c'est le meilleur signe indiquant que l'économie a pris autant de mercure qu'elle en peut supporter.

Dans ces cas de syphilis que l'on trouve si fréquemment chez les soldats et les *habitués* des hôpitaux, il est rare que l'on trouve l'indication du traitement mercuriel. En effet, le chancre vrai est excessivement rare chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle, et comme leur santé est déjà profondément altérée par la cachexie syphilitique, il est peut-être plus prudent de ne pas recourir à un agent aussi débilitant que le mercure; c'est dans ces cas principalement que l'iodure de potassium rend les plus grands services, sans qu'on ait rien à redouter de son emploi. De même, dans les affections scrofuleuses, le mercure trouve très rarement son indication à cause des dangers auxquels il expose, et les préparations d'iode, au contraire, donnent souvent les plus beaux résultats.

Dans un certain nombre de maladies autres que la syphilis, on peut admettre que le traitement mercuriel agit de la même manière en éliminant le principe morbifique. Ainsi, dans les affections calculeuses, goutteuses, rhumatismales, dyspeptiques, un cathartique mercuriel peut quelquefois entraîner avec lui les éléments morbides décomposés; c'est cette action du mercure à laquelle on a donné le nom d'*altérante*.

PROPOSITION III. — Le mercure est utile dans certaines maladies en augmentant les sécrétions naturelles. Il active toutes les sécrétions du corps, en première ligne celles de l'intestin, puis celles de la peau, et en troisième ordre celles des reins. Dans la plupart des cas où l'une de ces sécrétions est suspendue ou diminuée, et où l'élimination générale est désirable, l'administration du mercure peut donner de bons résultats. Il est beaucoup employé comme cathartique, mais il affaiblit l'économie, et, donné inconsidérément, il peut produire de fâcheux effets. D'une grande utilité dans l'hydropisie dépendant d'une affection du foie, il est de nul effet, et peut même être dangereux dans la maladie granuleuse des reins.

C'est principalement sur le foie que porte l'action du mercure; et dans les cas d'inflammation ou de suppuration de cet organe, il est très rare qu'il produise la salivation. Dans un cas d'empoisonnement chronique par les vapeurs mercurielles, où le sujet mourut après s'être soustrait depuis onze mois à cette cause d'empoisonnement, on retrouva du mercure seulement dans le foie, tandis qu'il n'y en avait pas trace dans aucun autre organe. Le mercure active la sécrétion biliaire; cela est un fait d'observation vulgaire que Bucheim et beaucoup d'autres ont démontré expérimentalement. Le mercure active aussi l'élimination générale, c'est un médicament catalytique; mais il a encore un autre mode d'action sur lequel le professeur insiste davantage. Le mercure, donné à petites doses, réussit plus ou moins bien dans les maladies que le quinquina soulage ou guérit. Cette action s'explique aisément, en supposant que le mercure active la sécrétion de la bile, dont une partie, qui ne sert pas à l'excrétion, est reprise par le sang et dépensée au profit de l'économie générale, ainsi que l'a démontré Liébig. Dans les fièvres intermittentes, rémittentes et bilieuses, dans la goutte, le rhumatisme, etc., maladies où la sécrétion du foie est diminuée et que la quinine guérit, l'administration du mercure à petites doses est suivie d'excellents résultats. Dans ces différentes maladies, il faut se garder d'associer l'opium au mercure. Cette combinaison, que l'on doit réserver pour les cas d'inflammation locale, masque l'effet du mercure et empêche l'élimination désirée (1).

BIBLIOTHÈQUE.

MANUEL DE BONS SECOURS,

GUIDE DES FAMILLES DANS LES SOINS A DONNER AUX MALADES EN L'ABSENCE DU MÉDECIN;

Par le docteur JOSAT, lauréat de l'Institut, etc. (2).

Les livres de médecine populaire ne manquent pas. Tous ont la prétention de tenir lieu du médecin. Dans ce but, ils décrivent les maladies, multiplient les remèdes et deviennent, je ne crains pas de le dire, le fléau des malades et le tourment des familles. Chacun croit se reconnaître dans le mal décrit et s'applique la recette.

Hâtons-nous de dire que le but du *Manuel de bons secours* est tout différent. Dans aucun cas il n'entend tenir lieu du médecin. Il n'a d'autre prétention que de remplir l'intervalle entre le début du mal et l'arrivée de l'homme de l'art. Or, sur ce terrain ainsi limité, notre honorable confrère, M. Josat, a trouvé le moyen de semer beaucoup de choses bonnes et utiles, sans rien aventurer, sans rien compromettre.

Les plus graves affections ne débutent pas autrement que les cas les plus simples, et ceux-ci le plus souvent ne doivent leur aggravation qu'à des soins mal entendus. Il en résulte que le médecin ne saurait jamais être appelé avec trop de promptitude. Mais quelque empressée que soit son intervention, il y a nécessairement entre elle et le début du mal un intervalle à combler.

C'est ce laps de temps que le *Manuel* se propose de remplir. — Je vais laisser la parole à notre confrère :

« Les maladies se déclarent ou éclatent. Les premières offrent à leur début des symptômes qui les annoncent; tandis que les secondes frappent sans préludes. — Or, s'il faut toujours être en mesure contre les affections qui s'annoncent, à bien plus forte raison, devons-nous n'être jamais désarmés en face des accidents qui éclatent. — Les unes, comme l'ennemi qui se déclare avant d'attaquer, donnent au malade ou à ceux qui les assistent le temps et les moyens de résister; tandis que les autres, telles que la foudre qui terrasse, enlèvent le patient à lui-même, et laissent à peine à ceux qui l'entourent le calme nécessaire au choix et à l'application des secours. — C'est alors qu'on est heureux de trouver toujours sous sa main un guide familier, qui vous trace avec sûreté et précision des moyens efficaces quelquefois, utiles toujours. »

Mais ce qui distingue surtout le *Manuel de bons secours*, ce sont les travaux de l'auteur sur l'*État de vie latente* :

« Semblable au soleil dont les premiers et les derniers rayons ne sont encore ni le jour ni la nuit, la vie s'établit et s'éteint sans manifester avec évidence le point de départ et le terme précis de sa course. La mort en se substituant à la vie, procède en certains cas avec une lenteur et une sorte de déguisement qui ont plus d'une fois fait délaisser comme décédées des personnes qui ne l'étaient pas encore. »

C'est là l'*état de vie latente*. — La facilité avec laquelle on le méconnaît, et la négligence qu'on apporte généralement dans les soins qu'il réclame, rendent précieux les moyens indiqués par notre confrère pour le distinguer de la mort consommée.

L'auteur fait connaître avec clarté et précision les soins que réclame l'état de vie latente; et enfin il expose les devoirs à rendre à ceux que la vie vient d'abandonner réellement. — En un mot, on peut dire que le *Manuel de bons secours* prend soin de l'homme dans le plus simple dérangement de sa santé comme dans les situations maladives les plus désespérées, et qu'il le protège même après sa mort.

D'après le peu que nous venons de dire, on peut juger du mérite de l'œuvre honnête qui nous occupe. On voit que l'auteur, loin d'entrer dans l'ornière déjà battue, a su avec bonheur, ainsi qu'on devait l'attendre d'un homme de sa valeur, s'engager dans une voie honorable et utile. Aussi comprend-on sans peine que M. le préfet de la Seine ait favorisé la publication d'un pareil livre, auquel nous aimons à prédire un véritable succès.

G. RICHELOT.

COURRIER.

Nous apprenons par la *Gazette de Moscou* que notre regrettable confrère, M. le docteur Gros, dont nous avons récemment annoncé la mort, a affecté, sur un très petit capital qu'il a laissé à ses héritiers, une rente annuelle de cent francs, destinée à l'un des meilleurs élèves de l'École de médecine de Paris, natif de la ville de Montbéliard, lieu de sa naissance.

— L'Académie médico-chirurgicale de Naples propose un prix de 100 ducats sur la question suivante : « Déterminer, par des faits cliniques, et des expériences chimiques, les indications et les effets thérapeutiques de l'iode, de ses préparations et des substances qui en contiennent. »

L'Académie désire : Que les observations cliniques soient instituées expressément dans le but spécial du concours; que le concurrent tienne compte de tous les travaux récemment publiés sur ce sujet; qu'il précise non seulement l'action physiologique du métalloïde, mais son action thérapeutique, ses indications bien déterminées, les meilleures formules pour l'administrer, enfin, ses contre-indications générales, ainsi que celles de chacune de ses préparations; qu'il s'attache, par l'analyse chimique, à reconnaître le mode d'absorption de l'iode, les changements qu'il subit dans l'organisme et ses voies d'élimination; qu'il s'efforce aussi d'assigner le rang thérapeutique des diverses substances naturelles iodifères, eaux minérales, huile de foie de morue, algues, éponges.

Le prix sera décerné en janvier 1860.

Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront être remis, dans les formes académiques ordinaires, avant le 1er novembre 1859, à M. Pietro Magliari, rue Saint-Sébastien, à Naples.

Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la Syphilis, la Dartre et l'Arthritis, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital St-Louis. Un vol. in-8°. — Prix : 4 fr. 50 c. Librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

(1) Extrait de *The Lancet*, mars 1858.

(2) Paris, librairie de E. Dentu, galerie d'Orléans, n° 13 (Palais-Royal); 1858.

Mémoire sur la lithotritie, réponse à M. le docteur Heurteloup, lue à la Société médicale du Panthéon, par le docteur Aug. MERCIER. Brochure in-8°, Paris, librairie Lenormant, rue de Seine, 10.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 61. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 25 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 MAI 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La commission d'organisation de l'Association générale de prévoyance des médecins de France, dans sa séance de vendredi dernier, a terminé son travail de rédaction définitive du projet des statuts. Ce projet a été immédiatement livré à l'imprimerie ; il sera incessamment adressé au corps médical. Un court exposé des motifs en expliquera les dispositions principales. Tout fait espérer que la fondation et la constitution de l'Association générale de prévoyance des médecins de France pourront dater de cette année même 1858.

Le secrétaire de la Commission,
Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nous allons résumer, d'après les procès-verbaux de la Société, la discussion sur le siége de la hernie congéniale qui a occupé en partie deux séances de la Société de chirurgie, à un mois de distance.

Séance du 7 avril : M. Morel-Lavallée annonce que pendant la durée de son exercice à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il a disséqué une trentaine de hernies congéniales, qu'il conserve pour la plupart dans sa collection, et n'a trouvé que deux fois le testicule dans le sac. Ainsi, il y a deux variétés : l'une très commune, dans laquelle le sac est indépendant de la tunique vaginale (14 fois sur 15) ; l'autre, beaucoup plus rare, qui correspond seule aux descriptions classiques.

M. Cloquet a depuis longtemps reconnu l'existence de ces deux variétés ; mais il pense que le plus habituellement le sac herniaire communique avec la tunique vaginale. L'intestin est alors appliqué sur le testicule, et souvent même il lui est adhérent. Cela a lieu chez les enfants qui ont déjà leur hernie au moment de la naissance. Lorsque, au contraire, la hernie ne se manifeste que quelques semaines ou quelques mois après la naissance, elle se produit dans un sac qui ne communique pas avec la tunique vaginale, mais qui est emprunté néanmoins au diverticulum testiculaire du péritoine. Les choses se passent alors de la manière suivante :

Le conduit long et étroit qui s'étend de la tunique vaginale au péritoine s'oblitère de bas en haut. Au moment de la naissance et dans les premiers mois qui suivent, il reste donc quelquefois une dépression péritonéale qui descend dans le canal inguinal, une sorte d'infundibulum dont le sommet donne implantation à un cordon plein, inséré d'autre part à la partie supérieure de la tunique vaginale. Ce cordon représente la partie du conduit séreux qui s'est déjà oblitérée. C'est dans l'infundibulum péritonéal qu'on vient de décrire que se font ordinairement les hernies congéniales postérieures à la naissance.

Lorsque le testicule descend après la naissance, entraînant après lui un cul-de-sac péritonéal, il est le plus souvent suivi d'une anse intestinale qui se trouve en contact avec lui. Le sac se confond encore avec la tunique vaginale comme dans la première variété.

Somme toute, les deux espèces de hernie congéniale se font dans le diverticulum testiculaire du péritoine. Seulement, suivant que le testicule descend plus tôt ou plus tard, la partie du diverticulum qui constitue le sac communique ou ne communique pas avec la tunique vaginale.

M. Morel-Lavallée accepte volontiers l'ingénieuse explication que vient de donner M. Cloquet, mais il ne peut admettre que la hernie vaginale testiculaire soit plus commune que la hernie congéniale contenue dans un sac distinct. Tous ceux qui y regarderont de près trouveront que les cas où la hernie est en contact direct avec le testicule sont relativement très exceptionnels. L'erreur qu'on a commise jusqu'ici en émettant une opinion diamétralement opposée, vient de la difficulté qu'on éprouve lorsqu'on cherche si le testicule est ou n'est pas contenu dans le sac. Au premier abord, cette constatation semble devoir être bien facile ; il n'en est rien cependant, elle exige une grande attention. Souvent, en effet, le testicule n'est séparé du sac herniaire que par une mince cloison formée par l'adossement des deux séreuses. Cette membrane transparente est exactement appliquée sur le testicule qui s'en coiffe et fait saillie dans la cavité du sac ; de sorte que lorsqu'on incise celui-ci, on croit que le testicule y est contenu, tandis qu'en réalité il est contenu dans une cavité séreuse indépendante. L'erreur est quelquefois difficile à éviter dans les autopsies, et à plus forte raison dans les opérations pratiquées sur le vivant. M. Morel rappelle à ce propos que la face externe de la tunique vaginale a été plus d'une fois prise pour celle de la tunique albuginée, et cite l'exemple d'une pièce anatomique qui fut présentée à une société savante pour démontrer qu'une hydrocèle traitée par l'injection iodée avait guéri par oblitération de la tunique vaginale. La pièce parut concluante à beaucoup de personnes ; mais lorsqu'on voulut y regarder de plus près, on trouva que la cavité séreuse n'était nullement oblitérée.

On cite habituellement une opération de Zimmermann, dans laquelle on crut que la hernie était dans la tunique vaginale, parce qu'une adhérence en forme de cordon unissait le testicule à la hernie. Cette adhérence avait empêché la réduction parce qu'on ne pouvait faire rentrer la masse herniée sans attirer le testicule en haut. Or, dans un cas de hernie congéniale à sac indépendant, M. Morel-Lavallée a trouvé l'intestin attaché au fond du sac par un cordon long de plusieurs travers de doigt ; et comme le sac, par sa face externe, adhérait à la tunique vaginale, qui elle-même adhérait au testicule, celui-ci remontait dans le canal inguinal toutes les fois qu'on voulait faire rentrer la hernie dans le ventre. Si dans un cas de ce genre on eût été appelé à pratiquer une opération, il eût été bien difficile, impossible peut-être, de ne pas prendre le sac pour une tunique vaginale. Quoi qu'il en soit, l'adhérence de l'intestin au testicule ne suffit pas pour prouver qu'une hernie est située dans la tunique vaginale.

Séance du 5 mai : M. Morel-Lavallée présente plusieurs pièces sèches qu'il a préparées il y a sept ans. Ce sont des hernies congéniales dont le sac ne communique pas avec la tunique vaginale, celle-ci formant une cavité parfaitement isolée. Sur quelques-unes de ces pièces, on voit un cordon plein, long de plusieurs centimètres, qui unit la face externe du sac à la face externe de la tunique vaginale. Par suite de cette adhérence médiate, la hernie, avant la dissection, paraissait confondue avec le testicule, car, lorsqu'on voulait la réduire, on voyait le testicule remonter avec elle.

M. Cloquet reconnaît que les pièces de M. Morel tendent à prouver que la hernie congéniale est le plus souvent indépendante de la tunique vaginale ; mais la différence entre les deux formes de la hernie congéniale est moins radicale peut-être qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Il arrive fréquemment que l'intestin s'engage dans le tube vaginal non encore oblitéré, et que plus tard ce tube se rétrécit et s'oblitère entre le testicule qui est en bas et l'intestin qui est en haut. Le sac et la tunique vaginale deviennent ainsi indépendants l'un de l'autre, quoique provenant du même diverticulum péritonéal. La communauté d'origine est indiquée, après la séparation, par la persistance d'un cordon fibreux qui unit la tunique vaginale à la face externe du sac ; ce cordon se retrouve sur plusieurs des pièces de M. Morel-Lavallée.

M. Cloquet ajoute toutefois que dans les opérations de hernies qu'il a pratiquées chez l'adulte, il a trouvé au moins trois ou quatre fois l'intestin ou l'épiploon dans la tunique vaginale proprement dite, et adhérant même au testicule. Sur d'autres malades qui n'avaient pas d'étranglement et qui n'ont pas été opérés, M. Cloquet a cru reconnaître une disposition analogue ; le testicule adhérait si intimement à la hernie qu'on ne pouvait réduire celle-ci sans faire remonter celui-là dans le canal inguinal, ce qui rendait l'application méthodique des bandages fort difficile, et quelquefois même impossible.

M. Giraldès fait remarquer que les hernies véritablement congéniales sont excessivement rares. Les hernies qu'on désigne sous ce nom inexact surviennent presque toujours quelque temps seulement après la naissance. Sur 5 à 6,000 enfants qui passent tous les ans à l'hôpital des Enfants-Trouvés, M. Giraldès n'a vu qu'un très petit nombre de hernies manifestées dès le commencement de la naissance. Il a même remarqué que la hernie congéniale de la trompe chez les petites filles nouveau-nées est moins rare que la hernie congéniale chez les petits garçons.

M. Morel-Lavallée fait remarquer que le mot hernie congéniale ne veut pas dire que la hernie existe au moment de la naissance, mais qu'elle survient quelque temps après, à la faveur d'une disposition que les enfants apportent en naissant. Il répond à M. Cloquet qu'il est très difficile de comprendre la production d'un travail de cloisonnement survenant après la formation de la hernie, et séparant le diverticulum péritonéal en deux parties, l'une inférieure qui est la tunique vaginale, l'autre supérieure qui est le sac herniaire. Il rappelle enfin que les observations relatives à l'application des bandages ne sont nullement concluantes. De ce qu'une hernie, en rentrant dans le ventre, attire avec elle le testicule, il n'en résulte pas qu'elle soit dans la tunique vaginale.

M. Cloquet reconnaît, avec M. Giraldès, que les hernies vraiment congéniales, c'est-à-dire existant au moment de la naissance, sont très rares. Il ajoute que les hernies dites congéniales peuvent se former à toutes les époques de la vie. M. Cloquet aimerait mieux les appeler *hernies consécutives à la descente du testicule*. On observe quelquefois une variété de ces hernies chez les individus monorchides ou cryptorchides. Quoique chez eux le testicule reste dans le ventre, le gubernaculum testis attire en bas dans le canal inguinal la queue de l'épididyme, et un diverticulum péritonéal où les hernies peuvent s'engager ; quelquefois même cette traction sépare presque entièrement l'épididyme du testicule.

M. Morel-Lavallée dit qu'il est très facile de prendre la face externe de la tunique vaginale pour la face externe du testicule. Il faut même une certaine attention pour ne pas commettre cette erreur lorsqu'on dissèque une pièce anatomique. Aux exemples qu'il a invoqués dans la précédente discussion (séance du 7 avril 1858), il en ajoute aujourd'hui un autre plus récent et plus catégorique encore. M. Huguier, en opérant dernièrement une hernie étranglée, crut constater de la manière la plus manifeste que le testicule était contenu dans le sac. L'opéré étant mort, les internes firent l'autopsie, disséquèrent la région, et continuèrent à croire que la hernie était dans la tunique vaginale ; la pièce fut enlevée pour être présentée à la Société de chirurgie ; mais M. Huguier, poussant plus loin la dissection, reconnut que la cavité de la tunique vaginale était indépendante de celle du sac.

PATHOLOGIE.

LETTRES SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Onzième Lettre.

Mon cher maître,

Chez les femmes en couches, ainsi que j'avais l'honneur de vous le dire, les accidents observés présentent des variétés de formes, différentes au premier abord de celles qu'on rencontre chez les blessés frappés d'infection purulente, tout en offrant, au fond, le même état général d'apparence typhoïde. Cette variation dans l'apparence extérieure tient à ce que les états anatomiques divers, auxquels j'ai cherché à faire leurs parts respectives, viennent ajouter les symptômes qui leur sont propres à l'ensemble des signes de l'infection purulente. Il peut même arriver que, pour certains exemples, les épiphénomènes deviennent tout à fait prépondérants.

Si j'examine avec soin les observations que j'ai recueillies, je suis conduit à les ranger, en tenant compte non plus seulement des lésions, mais bien aussi des symptômes, sous quatre chefs principaux constituant quatre formes distinctes de la maladie des femmes en couches.

La première, la plus simple, qui est loin d'être la plus fréquente à cet état de pureté, est celle dans laquelle la phlébite utérine avec infection purulente se manifeste sans aucune complication. Les malades, après avoir offert du premier au troisième jour un gonflement douloureux des annexes de l'un ou de l'autre côté, et quelquefois même de tous les deux, éprouvent, soit dès le moment où ce gonflement est perçu, soit le lendemain ou deux jours après, un mouvement fébrile, avec douleur spontanée dans l'abdomen et phénomènes d'apparence inflammatoire, au milieu desquels se produit le frisson violent dont nous avons déjà parlé tant de fois, et alors les phénomènes graves d'infection que j'ai indiqués et qui constituent la prétendue fièvre puerpérale, se manifestent. La mort survient du troisième au dixième ou au seizième jour. Dans le cas où cette funeste terminaison a eu lieu le troisième jour, des mouvements convulsifs, sans lésion cérébrale constatée à l'au-

topsie, et sans albuminurie, semblèrent hâter la mort, qui, partout ailleurs, est venue un peu plus tard.

Cette première forme a rarement été plus franchement dessinée que chez une femme de 23 ans qui vient de succomber il y a peu de jours dans mon service.

Accouchée le 27 avril 1858, à sept heures du soir, elle offrait, le 28, un gonflement et une douleur marqués de l'annexe droite, le pouls était à 72 pulsations, la peau fraîche, la malade calme et paisible. (10 sangsues au côté droit, deux bouillons, deux potages.) — Les jours suivants, la douleur fut moindre, ainsi que le gonflement; le pouls restait peu élevé, mais la peau était chaude. Une sorte d'intermittence apparente fit supposer à la personne qui me remplaça pendant deux jours, qu'on avait affaire à une fièvre intermittente; et le 2 mai, après un frisson violent, suivi de chaleur et de sueur, on administre à la malade 75 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain, je ne trouvai pas une intermittence bien évidente; la face était jaunâtre; pas de diarrhée, pas de ballonnement du ventre; 96 pulsations sans résistance du pouls. Le sulfate de quinine fut porté à 1 gramme. Une portion. — Le 4, le sulfate de quinine avait été vomi la veille, au moins la première prise; le frisson est revenu sans apparence régulière; même état du pouls; bourdonnements des oreilles; lochies régulières assez abondantes. — Le 5, frissons répétés depuis la veille; encore un vomissement. Pendant la nuit, a commencé un délire violent qui persiste. Elle croit que ceux qui l'approchent veulent la tuer, et elle les frappe si elle peut les atteindre. L'infirmière seule peut la calmer. Ses forces sont cependant très diminuées; elle exécute ses divers mouvements en tremblotant. La face est plus jaunâtre que les jours précédents, altérée, sans être grippée; plaintes incessantes, avec somnolence interrompue par des moments d'agitation. La pression sur le ventre paraît pénible; mais il est difficile de se faire une opinion bien arrêtée à ce sujet, la malade repoussant violemment tout examen. Pas de diarrhée. Suspendre le sulfate de quinine. — 0,05 opium; frictions mercurielles; deux bouillons, deux potages.

Cet état persiste jusqu'au septième jour, où les frissons ne se représentent plus, et le délire diminue; la langue est sèche, couverte d'un enduit noirâtre et dur; pas de selles; ventre indolent, un peu ballonné. La diarrhée commence le 9; la faiblesse est extrême; la face de plus en plus jaune; le pouls, très petit, à 108. La peau sans grande chaleur; pas de sommeil. Aux onctions mercurielles, à l'opium, on ajoute le laudanum en lavements; une potion avec 0,50 de perchlorure de fer; 100 grammes de vin de Bordeaux.

Les phénomènes vont en s'aggravant; la malade est étendue dans son lit, affaissée, sans forces, la face de plus en plus altérée et comme terreuse, sans être grippée; la langue toujours sèche, noirâtre, tremblotante, la parole faible, lente, sans délire, la respiration très fréquente, sans réel ballonnement du ventre, la soif vive; pouls à 108, petit, peau chaude, sèche; pas de sommeil; la diarrhée reste très répétée, involontaire, les matières rendues sont d'une fétidité excessive, et la malade succombe le 15 mai, dans un état qu'il eût été tout à fait impossible de distinguer, quant aux symptômes généraux, de celui que présente un amputé atteint d'infection purulente.

Le 16, à l'autopsie, nous avons constaté qu'il n'existait aucun épanchement abdominal, aucune fausse membrane. L'utérus, déjà revenu sur lui-même, n'offrait, non plus que les ovaires, d'ailleurs peu volumineux, aucune trace de pus dans ses vaisseaux veineux, pas plus aux parties latérales que dans l'épaisseur du col. Pas de gangrène, pas de plaques diphthéritiques à la face interne de cet organe, que recouvre un mucus légèrement grisâtre et un peu sanguinolent par plaques.

Le plexus pampiniforme du côté droit est entouré d'un tissu cellulaire un peu épaissi; dans une des grosses veines qui le composent, on en trouve une qui est remplie d'un pus épais, crèmeux, jaunâtre. Cette veine est bien du volume d'une grosse plume de corbeau. Ses parois sont épaissies, nullement transparentes, et injectées de petits vaisseaux rouges très nombreux et très apparents. Elle ne saurait être prise pour un vaisseau lymphatique. Aucun de ces derniers n'est perceptible dans tout le bassin.

Le foie est pâle, plus décoloré par plaques, sans offrir rien qui ressemble à du pus.

Les poumons sont on ne peut plus sains et n'offrent pas même de congestion passive et ultime à leur partie postérieure.

Tout le rectum, le colon ascendant et une partie du colon transverse offrent une altération profonde de la muqueuse, laquelle paraît, comme dans certaines formes de dysenterie, remplacée par une couche épaisse de fausses membranes d'un gris verdâtre, inégales, profondément échiquetées sur certains points, exhalant partout une odeur des plus fétides, comme gangreneuse.

Les ganglions du mésentère, dans les points correspondants, sont développés depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une petite noisette, et offrent tous, ou à peu près, une couleur noire.

Le cerveau, de consistance excellente, ne porte aucune trace d'altération, non plus que les méninges parfaitement saines.

Nous allions en rester là de l'autopsie, lorsque ouvrant la vessie, dont la surface interne était d'un rouge piqueté très intense, marbré même çà et là de petits épanchements sanguins sous-muqueux, et rencontrant à l'intérieur de ce réservoir une urine puriforme, l'idée me vint d'examiner les reins. Je les trouvai tous deux d'un rouge foncé, tirant sur le violet, d'un volume un peu au-dessus du volume normal. Leur surface extérieure présente sur plusieurs points, tant pour le rein droit que pour le rein gauche, de larges boursoufflures d'une teinte plus louche, circonscrites par des lignes plus jaunâtres. Lorsqu'on incise les reins et qu'on tente d'enlever leur capsule fibreuse, on reconnait que leur tissu est généralement ramolli, que la substance corticale est plus épaisse, plus développée, enfin que les soulèvements, visibles par l'examen extérieur, correspondent à de vastes foyers circonscrits par une couche pseudo-membraneuse, d'aspect purulent, non régulièrement continue dans toute l'étendue du foyer, et renfermant dans son intérieur une pulpe, une sorte de magma d'un rouge sombre, louche, mêlé de tons jaunâtres, véritable pus coloré par un peu de sang. Ces collections ne siégent pas seulement à la périphérie des reins; elles existent inégalement répandues dans toute l'épaisseur de ces organes. Plusieurs commencées dans la substance corticale, ne se portent pas à l'extérieur, de manière à venir à la surface, elles se plongent au contraire dans le sens des cônes de substance tubuleuse, dont elles semblent écarter les conduits par un prolongement qui donne à l'ensemble de cet abcès une forme trilobée comme les feuilles de certains végétaux, à l'exception que ce qui représente la foliole centrale dans l'abcès, est très prolongé en pointe. Plusieurs de ces abcès occupent le centre des cônes et sont généralement plus petits; enfin on en trouve quelques-uns au sommet des cônes eux-mêmes. Ces collections sont beaucoup plus nombreuses dans le rein gauche, et présentent partout l'apparence que j'ai décrite tout à l'heure.

Ce fait n'est pas de ceux qui figurent dans mon relevé général, puisqu'il a été observé en mai 1858, et que le relevé s'arrête à la fin de février; mais je l'ai cité avec un peu plus de détails parce qu'il offre un type véritable des accidents de l'infection purulente, et aussi parce que les abcès métastatiques occupent assez rarement le siége que nous avons constaté dans cette observation.

Pour compléter le tableau de cette forme, il convient d'ajouter aux traits que présente cette observation, la mention des abcès métastatiques constatés dans le poumon et dans le foie, sans qu'on puisse habituellement, sur le vivant, relever au milieu des divers symptômes ceux qui appartiennent à ces sortes de collections. Celle des collections purulentes observées entre les muscles ou à la surface des membres, des épanchements de pus dans les articulations, et enfin l'indication des érysipèles promptement terminés par gangrène, dont j'ai observé un exemple à une période de la maladie bien moins avancée qu'on n'a coutume de le dire.

La seconde forme est celle dans laquelle les symptômes péritonéaux dominent, mais ne sont pas absolument seuls, comme ils l'étaient dans l'observation que j'ai déjà citée et dans laquelle, après un gonflement très douloureux et très marqué des deux annexes, se sont développés les symptômes d'une péritonite franche et qui a enlevé la malade en quatre jours. Dans les cas que je veux signaler ici, les phénomènes locaux se manifestent, les symptômes inflammatoires plus généraux se développent, le frisson peut même se produire, puis tout à coup dans cet état éclatent les symptômes violents de la péritonite, qui deviennent prédominants et emportent la malade avec plus de rapidité. Le fait suivant, observé aussi il y a peu de jours, peut servir d'exemple de cette forme:

Femme de 22 ans, blanchisseuse, primipare, née à Chartres, où elle a été réglée à 15 ans, sans éprouver la moindre indisposition pour l'établissement de ses règles, qui ont toujours été régulières depuis, durent de deux à trois jours et sont peu abondantes. L'arrivée à Paris, il y a un an, n'a exercé aucun effet sur les règles. Première approche il y a neuf mois, ayant déterminé la grossesse immédiate. Le début est marqué par quelques vomissements qui cessent vers le troisième mois et laissent un dégoût marqué pour les aliments gras et une appétence sensible pour les acides. Œdème peu considérable des deux jambes pendant le dernier mois seulement; pas de varices. Les seins, depuis plusieurs mois, ont un volume marqué, et laissent échapper un liquide qui tache le linge.

Accouchée le 1er mai, à quatre heures du matin d'une fille à terme (premier enfant), l'accouchement n'a présenté aucune circonstance extraordinaire, perd peu de sang. Frisson un peu avant l'expulsion de l'enfant, et aussi un peu après, dix minutes environ.

A la visite le même jour, 72 pulsations, peau fraîche, langue un peu blanche, sans grand enduit; pas de nausées, pas de vomissements; utérus indolent (18 centimètres de hauteur sur 12 de largeur); point de volume des annexes, point de douleur des mêmes points; l'utérus est dur et semble contenir des caillots qui sont, en effet, expulsés peu après. (Deux bouillons, deux potages, cataplasme sur le ventre.) Dans la journée du 3, elle est prise, à midi, de frisson, suivi de chaleur et d'une longue période de sueur. Le 4, à la visite, à laquelle je n'assistais pas, on constate qu'elle est sans fièvre, sans douleur abdominale. (Cataplasme, une portion.) — Le 6, pouls à 96, peau chaude; se dit bien; bon sommeil; les annexes des deux côtés sont volumineuses et dures; elle prétend ne pas y éprouver de douleur à la pression, pas de nausées, un peu d'appétit, lochies peu abondantes (20 sangsues de chaque côté au niveau des annexes; cat.; une portion). — Le 6. Les sangsues appliquées la veille ont beaucoup saigné, bon sommeil, peau fraîche. Mais le pouls est à 108, petit. Les annexes sont toujours volumineuses, la malade y perçoit un peu de douleur profonde lors de l'exploration; elle en souffrait plus hier, mais elle l'avait dissimulé de peur des sangsues. Langue toujours un peu blanche, pas de nausées, pas de frissons nouveaux, lochies toujours marquées (10 sangsues de chaque côté, frictions avec l'onguent napolitain; deux bouillons, deux portions). — Le 7. État bien meilleur en apparence; aucune douleur des annexes, qui sont moins volumineuses; pas d'altération de la face, qui est cependant un peu pâle; pas de nausées, pas de vomissements, mais le pouls reste à 108: il est assez petit, la peau est chaude. (Continuer de larges frictions mercurielles; deux bouillons, deux potages.) Le 8, la malade dit être bien, et cependant la peau est chaude, le pouls à 108, petit; la douleur des deux annexes est un peu revenue; la faiblesse est plus grande; depuis hier existe une diarrhée peu abondante, mais répétée; pas de nausées, pas d'appétit. (Vésicatoire sur l'hypogastre, frictions mercurielles sur le reste du ventre, sur les cuisses, sous les aisselles; quatre quarts de lavements avec 12 gouttes de laudanum dans chacun; quatre bouillons.) — Le 9, la diarrhée est diminuée, mais persiste, ainsi que la douleur abdominale, qui est même plus vive et moins limitée, nausées et regurgitations, bouche pâteuse, langue blanchâtre, face grippée, yeux excavés, faiblesse très grande, ventre ballonné, pouls petit, toujours à 108, peau moite, sans grande chaleur aux mains et aux bras, plus chaude sur le reste du corps. — Le 10, hoquets incessants, vomissements verts, porracés, très fréquents, langue cependant humide, diarrhée un peu moins abondante, ventre très volumineux, douloureux au toucher, respiration très accélérée, sommeil interrompu par des réveils en sursaut. Pouls toujours à 108 ou 112, très faible, face profondément altérée et grippée, yeux excavés, nez effilé, coloration rosée des pommettes, le reste de la face étant jaunâtre. (Eau de Seltz glacée, quatre quarts de lavement avec laudanum, gout. xij, frictions mercurielles, deux vins, quatre bouillons.) — Le 11, pas de hoquets, encore quelques vomissements et de fréquentes nausées, les yeux sont profondément excavés, la face plus effilée, plus pâle, couverte d'une sueur froide; 132 pulsations, pouls très petit, refroidissement des extrémités, ventre toujours très ballonné, toujours un peu douloureux à la pression, respiration très courte et très accélérée. (Même prescription.) — Elle meurt le 11, à cinq heures du soir.

A l'autopsie, le 13, à dix heures du matin, nous trouvons que l'épanchement, en tant que liquide, est médiocrement abondant et qu'il occupe surtout le petit bassin. Il est puriforme, jaunâtre, et des fausses membranes épaisses se remarquent au niveau de l'utérus et de ses annexes. Mais si l'épanchement est peu considérable, la totalité des anses intestinales est réunie par une couche pseudo-membraneuse épaisse et de formation récente, occupant surtout les raînures qui forment par leur accolement les anses intestinales distendues. Ces fausses membranes, qui réunissent les circonvolutions entre elles, se trouvent dans toutes les régions de l'abdomen. On en trouve d'analogues sur la face inférieure du foie et sur la rate. Les ovaires et les trompes, sur lesquels siégent des couches pseudo-membraneuses épaisses, n'offrent cependant aucune altération bien manifeste de leurs tissus. L'utérus est volumineux (12 cent. sur 12 cent. environ). Les annexes sont volumineuses au niveau de leur insertion. Des deux côtés, à ce même point, on trouve dans la veine ovarique, dans la portion du sinus transversal antérieur et supérieur qui se joint à elle, comme aussi dans toute la partie supérieure des sinus latéraux qui viennent se réunir à cette même veine ovarique une quantité considérable de pus crèmeux, épais, presque concret, distendant tout le vaisseau, et non mélangé de sang. La lésion est on ne peut mieux exprimée. Le tissu utérin lui-même est sain. Nulle part ailleurs dans l'épaisseur de ses parois, même au niveau du col, on ne retrouve de veine chargée de pus. La surface interne de l'utérus est couleur de chair marbrée de rouge et tapissée de mucus sanguinolent, sans trace de gangrène ou de plaques diphthéritiques. Rien à noter dans le tissu sous-péritonéal; rien dans les grosses veines du bassin ou dans celles des membres; les lymphatiques ne sont altérés ni au voisinage de l'utérus, ni dans le reste de l'abdomen. Le foie est pâle; les grains jaunâtres sont très développés; aucune trace de pus dans cet organe. Les poumons sont complétement sains.

La forme ici, comme vous pouvez voir, mon cher maître, est assez profondément modifiée par la prédominance, à un moment donné, des symptômes de la péritonite généralisée. C'est cette coïncidence des phénomènes généraux graves avec ceux de la phlegmasie séreuse qui a fait prendre le change aux auteurs qui ont décrit cette dernière comme une lésion caractéristique de leur fièvre puerpérale. Vous voyez, par l'analyse un peu attentive des symptômes, qu'on peut éviter cette erreur et ne pas réunir sous cette dénomination collective et confuse de fièvre puerpérale tout ce qui se manifeste chez une femme en couches.

Dans l'exemple que je viens de citer, comme dans tous les faits qui lui ressemblent, et ils sont fréquents, la péritonite emprunte à l'infection purulente une prostration plus prompte, une certaine atténuation de la douleur et de l'âcreté du mouvement fébrile, ce qui dépend de l'altération qu'a déjà subie l'économie par le fait même de l'infection purulente; mais, d'un autre côté, la phlegmasie péritonéale dénature les manifestations symptomatiques de l'infection purulente, en y ajoutant les douleurs vives, les nausées, les vomissements, et une altération de la face qui diffère de tous points avec l'apparence jaunâtre que l'on signale, à bon droit, comme un des phénomènes qui concordent avec l'altération du sang dans l'infection. Enfin, la péritonite ajoute un élément de gravité considérable, et elle provoque une terminaison funeste beaucoup plus rapide, comme on le lui voit faire, au reste, dans tous les cas où elle se présente à titre de complication, quels que soient le siége et la nature de la maladie primitive.

Les deux autres formes que j'ai pu distinguer se rapportent toutes deux aux faits dans lesquels j'ai trouvé les deux variétés de gangrène que j'ai décrites, l'une ordinaire, l'autre sous l'apparence de la pourriture d'hôpital (forme diphthéritique).

Afin de ménager tout à la fois votre patience et l'espace dont je puis disposer ici, je ne vous rapporterai pas ici en détail quelques-uns des nombreux exemples de ces formes que j'ai relevés. Dans la gangrène ordinaire, l'accouchement a d'habitude été très long ou a nécessité des manœuvres violentes, de là, l'attrition des parties. Les phénomènes généraux commencent de très bonne heure et offrent une forme adynamique beaucoup plus marquée que dans la simple infection purulente. La prostration est complète, la face pâle, altérée, sans être grippée comme dans la variété à prédominance péritonéale; la langue sort en tremblotant, est plus sèche, souvent encroûtée très promptement comme les dents et les lèvres, de fuliginosités variables en abondance et en épaisseur. La peau est chaude et quelquefois couverte d'une sueur visqueuse, le pouls très fréquent et filiforme. La voix est éteinte et saccadée, les mouvements sont tremblotants et incertains, la mort survient très promptement. C'est à cette variété que doivent être rapportés ces morts si rapides que citent les auteurs. Mais il faut bien remarquer que l'expulsion du fœtus ne doit pas être considérée comme l'époque du début de cet état; que souvent la maladie a commencé deux ou trois jours avant, alors que le travail avait déjà duré beaucoup et que le mouvement fébrile existait et correspondait à la mortification des tissus non encore putréfiés ou pouvant même l'être déjà, comme je l'ai vu chez une femme qui, après quatre jours d'un travail infructueux, fut accouchée à l'aide du forceps et succomba six heures après cette délivrance artificielle. La prostration profonde, la fièvre vive, l'altération considérable des traits, qui avaient été observées avant l'emploi du forceps, comme aussi l'odeur fétide constatée à ce moment, correspondaient bien à la gangrène avec décomposition des tissus qui fut trouvée sur le cadavre.

Sans avoir toujours une conclusion fatale aussi rapide, la forme

gangréneuse hâte notablement la mort qui survient alors souvent le second, le troisième, ou dans quelques exemples seulement le quatrième jour, selon la force, la résistance de l'économie, et selon aussi le degré d'étendue de l'altération et les complications qui peuvent survenir; car dans ces cas encore même alors que la maladie n'a duré qu'un jour, on rencontre du pus dans les veines utérines, du pus dans le tissu du col utérin, dans le tissu cellulaire qui entoure l'utérus, au niveau de sa réunion avec le vagin, des traînées de lymphatiques purulents, des gangrènes de la vulve et la suppuration des ovaires. Ce sont là, en effet, des circonstances qui doivent peser d'un certain poids pour la marche de l'ensemble auquel elles se rattachent et qui existaient à peu près toutes à titre de complications chez plusieurs de nos femmes.

Je trouve, en dépouillant mes observations, que la forme avec pourriture d'hôpital diphthéritique est généralement moins rapide que la forme gangréneuse simple. C'est d'ordinaire au milieu des phénomènes inflammatoires de la première période, ou même dans le cours de l'infection purulente qu'elle se manifeste. Elle ajoute alors beaucoup à la prostration, sans sidérer les forces aussi profondément que l'autre gangrène. La face est plus altérée que dans l'infection simple, on observe plus des rêvasseries, je ne dirai pas un tremblement vrai, un tremblotement dans les mouvements et dans la langue, une fétidité extrême des lochies, constituées souvent par de la sanie d'un noir verdâtre. J'ai observé quelques femmes (trois ou quatre) chez lesquelles cette pourriture a semblé ne se développer que vers le quinze ou seizième jour, alors qu'on croyait les malades guéries de la période inflammatoire qu'elles avaient présentée. Dans ces exemples d'infection coexistaient des abcès des ligaments larges et du pus dans les veines, mais les symptômes d'infection ne se dessinaient avec frisson violent que vers l'époque que je viens d'indiquer, l'affaissement devenait promptement très considérable, la face s'altérait profondément, en un mot, l'ensemble adynamique se prononçait, et l'écoulement lochial de jaunâtre devenait d'un vert noirâtre et très fétide. L'altération rencontrée à l'autopsie nous expliquait les phénomènes confondus, surtout les premières fois, alors que mes études étaient plus incomplètes, avec ceux de la simple infection purulente auxquels nous trouvions cependant une gravité insolite.

Ces deux dernières formes, vous le voyez, mon cher maître, correspondent à ce qu'a dit de l'infection putride M. Hervez de Chégoin. Mais j'ai toujours constaté l'une des deux variétés d'altérations que j'ai signalées, et dont la signification me paraît très précise.

Ainsi donc chez la femme dont les suites de couches ne marchent pas régulièrement, les symptômes, pour résumer ce qui précède, se présentent de la manière suivante :

Un gonflement douloureux est perçu du côté des annexes, même alors qu'il n'existe aucune douleur spontanée de l'abdomen, aucun mouvement fébrile. Peu après la douleur est perçue par la femme dans le bas-ventre lors des mouvements, lors de la toux, la fièvre s'allume, l'appétit est nul, la langue est blanchâtre, la soif vive. Puis, après que cette période a duré plus ou moins longtemps — et elle est quelquefois très courte et faiblement esquissée — un frisson violent éclate, et les phénomènes à forme typhoïde que j'ai indiqués avec tous les auteurs viennent établir la présence de l'infection purulente démontrée surabondamment plus tard par les abcès des membres ou des articulations et par les abcès métastatiques survenus vers les divers organes, abcès qui déterminent cependant très rarement des symptômes propres à déceler leur présence.

Que si une péritonite généralisée éclate à un moment quelconque de cette affection, même près de son début, les symptômes propres à la phlegmasie péritonéale se greffent sur ceux de l'état général que détermine l'infection purulente, et la situation sensiblement aggravée par cette redoutable complication, conduit beaucoup plus vite à une issue mortelle.

Lorsque la longueur du travail ou les manœuvres violentes mises en œuvre pour le terminer ont produit l'attrition des parties, de graves phénomènes adynamiques ou ataxo-adynamiques couvrent plus ou moins complétement la totalité des symptômes et dénotent une gangrène traumatique très promptement mortelle, laquelle, il faut bien le remarquer, peut avoir commencé depuis plusieurs jours avant l'expulsion du fœtus, comme on le voit dans les cas très rapidement funestes.

Dans d'autres exemples, enfin, les phénomènes sont d'abord ceux de la première forme, puis ils prennent pendant leur cours une apparence adynamique moins profonde, moins aiguë, moins rapide dans son issue que dans la gangrène simple. C'est là le fait du développement de la pourriture d'hôpital sur la plaie utérine et sur différents points des parties génitales qu'elle couvre de plaques diphthéritiques.

Voilà ce que les faits observés avec soin et interprétés non plus à l'aide de données pathologiques restreintes et par trop spécialisées, mais à l'aide de la comparaison avec le reste des affections que la clinique fait passer sous nos yeux chaque jour, voilà, dis-je, ce que les faits m'ont démontré.

Comme vous le voyez, ce n'est pas autre chose que le développement de cette formule : la femme en couches est un blessé; tout procède de la plaie utérine qui est nécessaire à la production des accidents, lesquels sont identiques à ceux que l'on rencontre chez les blessés, car, encore une fois, la complication péritonéale est déterminée par le siége de la blessure, et cette complication n'est pas rare dans les opérations chirurgicales pratiquées sur l'utérus.

Je n'ai pas mêlé à ce tableau les complications tout à fait secondaires qui dépendent de la constitution médicale régnante, telles que l'embarras gastrique que j'ai observé chez nos femmes en couches, alors que je le retrouvais chez nos autres malades, et qu'il constituait même la seule cause de leur entrée à l'hôpital. Cette complication, dont on a eu l'étrange idée de faire une forme de la prétendue fièvre puerpérale, facilement guéric alors par un vomitif (ce qui ne m'étonne nullement et ne vous étonnera pas non plus), ne mérite pas un tel honneur et ne pouvait prendre une telle importance que dans les hôpitaux tout à fait spéciaux, dans lesquels ne se trouvaient pas simultanément d'autres malades capables d'éclairer sur la valeur du groupe de symptômes surajoutés à ce que pouvait produire le traumatisme utérin.

Dans les quatre formes symptomatiques que les faits m'ont conduit à établir, la première est celle qui correspond à la prétendue fièvre puerpérale pure, mais seulement par la seconde période (laquelle, je le répète, ne peut être séparée de la première sans un arbitraire tout à fait inacceptable). Elle n'est autre chose que la traduction de l'infection purulente consécutive à la phlébite utérine, dont les premiers symptômes sont méconnus ou mal étudiés.

Permettez-moi maintenant, mon cher maître, de rectifier, comme je vous disais dans ma dernière lettre, quelques points du discours qui a occupé la séance du 11 mai 1858 à l'Académie de médecine. Je suis profondément reconnaissant à l'orateur d'avoir bien voulu me traiter avec la bienveillance qu'il m'a montrée, un témoignage d'estime donné publiquement par un tel homme m'a récompensé dignement, je vous assure, de quatre années de labeur opiniâtre que j'ai consacrées à l'étude clinique de la question qui nous occupe. Toutefois il y a eu, dans ce qu'il a dit, une confusion que je regrette, et dont je suis la cause : le chiffre de 853 femmes qu'il a présenté comme le chiffre total des accouchements dans mon service de 1854 à 1858, est non pas le chiffre total des accouchements, mais seulement le chiffre indiquant le nombre des femmes qui ont accouché depuis le milieu de l'année 1855, c'est-à-dire depuis que j'ai appris à rechercher la présence du gonflement douloureux des annexes, et chez lesquelles j'ai vérifié l'absence ou la présence de ce signe et ses rapports avec l'état ultérieur de maladie. Cette confusion modifie sensiblement le résultat. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire en commençant ces lettres, du mois d'octobre 1854 au mois de février 1858 il est accouché dans mon service 1,327 femmes et non 855; sur ces 1,327 femmes, 72 ont succombé aux suites de leurs couches, ce qui change, comme vous voyez, la proportion, et ne me rend pas plus actif à dépeupler la France que tel autre de mes collègues. Je pourrais ajouter que, sur ce nombre, 39 femmes, figurent pour la seule année 1857, et que peut-être la malhabileté, dont l'orateur a pris soin de m'exonérer, a joué un rôle assez considérable dans la production d'un tel résultat; car je vois que le forceps a été appliqué 6 fois, que 3 autres fois on a eu recours à des manœuvres actives, que même 1 fois on a débridé le col utérin, toutes actions qui d'ordinaire sont plus rares dans notre hôpital, et qui ne sont pas de mon fait personnel.

Je pourrais encore dire, pour expliquer le chiffre très élevé des décès dans cette année 1857, que j'ai compté par délicatesse comme mortes dans le service, des femmes qui, sorties en bon état, sont venues mourir trois ou quatre semaines après dans un service voisin, sans que les autopsies aient été faites, et que si je dépouille les observations des femmes mortes en cette année 1857, j'en trouve 13 seulement dans lesquelles la malhabileté ou le peu d'assiduité de certains aides n'a pas joué de rôle actif, et dans lesquelles ne sont pas survenues des complications graves, qui, telles que l'éclampsie, rendent souvent toute tentative infructueuse, et placent la femme en dehors des données habituelles. Mais je ne veux nullement présenter toutes ces petites récriminations. J'ai voulu seulement rétablir les chiffres. Je vous demanderai seulement encore la permission d'ajouter que les chiffres, fussent-ils ce qu'une confusion dont je suis l'auteur les avait fait croire à l'orateur, auquel je prends la liberté de répondre, cela ne prouverait absolument rien contre la doctrine que je soutiens. Cela voudrait seulement dire que j'aurais été en présence de ces faits ou maladroit ou malheureux, voilà tout. Mais cela n'est pas un argument contre la doctrine de l'infection purulente, suite de phlébite; cela ne prouve pas que le signe local n'a pas de valeur nosologique et qu'il n'indique pas le point de départ local et utérin. Autre chose est un résultat thérapeutique ou une interprétation nosologique.

Voilà tout ce que je voulais dire sur le discours dont j'ai pris la liberté de rectifier un point purement arithmétique. Laissez-moi ajouter, en toute franchise, que, tout en circonscrivant plus nettement la spécificité qu'il admet, l'orateur ne me paraît pas encore l'avoir assise d'une façon à en faire un dogme pathologique.

Recevez, cher maître, avec tous mes remercîments, l'expression de mon dévouement bien affectueux,

BÉHIER.

HYDROLOGIE.

NOTES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES HABITUELLEMENT TRAITÉES A L'ÉTABLISSEMENT HYDRO-MINÉRAL DE POUGUES;

Par le docteur DE CROZANT, médecin-inspecteur.

DU DIABÈTE SUCRÉ [1].

La démonstration de la manière de concevoir le diabète se tire, à notre avis, de l'histoire de cette maladie. Les lieux où les maladies du foie sont communes, sont également signalés par Rollo, Willis, Nicolas et Gueudeville comme propres à développer le diabète : l'Angleterre, la Hollande, le Bengale, Saint-Domingue. Cette influence des climats humides a été précisée, d'une manière toute spéciale par P. Frank. Il cite un malade qui ne devenait diabétique qu'à l'automne et au printemps. C'est un fait qu'il est commun de vérifier, en ce sens du moins que la maladie s'aggrave bien sensiblement à ces deux époques de froid humide. Dans la quatrième observation que je rapporterai on en trouvera un exemple.

Les auteurs signalent aussi, outre l'humidité, les émotions tristes, la misère, etc. C'est ainsi que Pinel a vu guérir en quelques mois un diabétique qui était devenu malade à la suite de chagrins, et qu'il envoya vivre à la campagne où il eut des distractions, prit de l'exercice, et ne suivit aucun régime. Il est probable que cet homme était atteint d'une de ces fluxions hépathiques si communes à la suite des émotions pénibles.

L'anatomie pathologique nous semble apporter un appui sérieux à cette doctrine. En effet : à part une hypertrophie des reins, qu'explique du reste parfaitement le travail exagéré de ces organes, le foie est le seul organe dans lequel on ait trouvé des altérations dignes d'intérêt ; et M. Andral, avec la haute autorité qui s'attache à ses observations, non seulement a remarqué l'état de congestion dont nous avons parlé, mais encore a précisé l'élément anatomique du foie, qui paraîtrait être le siége habituel de l'hyperémie quand le sucre se manifeste dans l'urine. M. Andral regarde cette altération comme la cause d'une sécrétion plus abondante de sucre par le foie, mais outre les raisons que nous avons émises pour penser qu'il y a là plutôt un obstacle au passage du sucre qu'un excès de production, il arrive que cet obstacle peut se trouver avant le foie, dans la veine porte, par exemple, et produire le même résultat. Dans la séance du 1er septembre 1856, M. Andral a cité à l'Académie des sciences le cas d'un diabétique chez lequel on avait trouvé une oblitération complète de la veine porte qui avait été soupçonnée pendant la vie du malade. Dans ce cas, le cours ordinaire de la matière sucrée était évidemment interrompu, et sa présence dans les urines était nécessairement le fait de cette interruption.

Les variétés de temps, d'énergie des congestions peuvent seules faire comprendre les variations signalées par les auteurs et entre autres ces suspensions complètes de la maladie par un accès de fièvre ou toute autre cause. Ces guérisons obtenues en quelques jours dont on trouve des exemples dans Nicolas et Gueudeville, dans Pinel, Petit (*Du mode d'action des eaux de Vichy*), dans une observation citée par M. Girard professeur à l'École de Marseille (UNION MÉDICALE, 7 août 1855), dans laquelle le malade fut guéri en quelques jours par des affusions froides et enfin dans celle que M. le docteur Hillairet a présentée à la Société d'émulation de Paris (3 août 1856). Il s'agit d'un officier de marine, revenant de Sang-Haï, ayant une maladie de foie bien caractérisée : les urines sont examinées, elles contiennent une grande quantité de sucre. Le malade est traité par les alcalis et guéri au bout de quelques jours de son diabète. Il est évident pour nous que, comme le pense M. Hillairet, le diabète dépendait d'une congestion du foie.

La présence d'une affection hépatique est-elle constante dans le diabète ? La réponse à cette question ne peut être faite actuellement, parce que les auteurs qui se sont occupés du diabète depuis que ce symptôme est mieux connu, l'ont étudié au point de vue de leur doctrine et n'ont pas signalé les désordres qu'ils ne pensaient pas être de quelque importance ; c'est ainsi que dans leurs observations l'état du foie n'est jamais indiqué, et cependant s'il n'est pas malade toujours il l'est bien souvent, du moins d'après les observations qui nous sont personnelles.

Chez neuf diabétiques dont nous avons recueilli l'observation cette année, sept avaient le foie manifestement malade ; le huitième, enfant de douze ans, était devenu diabétique à la suite d'une irritation d'entrailles. Le neuvième était à la dernière période de la phthisie. Les années précédentes, chez trente-deux diabétiques nous avons constaté vingt-cinq fois une affection du foie, et sur ces vingt-cinq cas il y avait dix-huit fois augmentation de cet organe.

L'usage des eaux de Pougues a eu un remarquable effet sur ces malades, dont je n'ai point modifié le régime. En moyenne, au bout de cinq à six jours les symptômes les plus pénibles de cette affection avaient disparu : la soif, la sécheresse des muqueuses ; et à mesure que le malade boit plus, il est le premier à s'étonner de moins uriner. C'est que, sous l'influence du médicament, le tissu hépatique se modifie, devient plus perméable et transmet à la circulation générale les liquides qui passaient directement par les reins et ne pouvaient satisfaire les besoins de l'organisme. Avec les eaux de Pougues carbonatées, calcaires et magnésiennes, le sucre disparaît moins rapidement des urines que par l'usage des eaux plus alcalines, mais l'amélioration est plus solide et plus réelle. Le malade commence à sentir ses forces renaître, l'appétit se règle peu à peu, au bout de quinze à vingt jours, le sucre disparaît. Si la congestion du foie est peu considérable, si les urines ne contiennent que 15 à 40 grammes de sucre par litre, le succès peut être complet ; mais il n'en est pas de même si la maladie est ancienne. On sait combien sont difficiles à déraciner ces obstructions du foie si tenaces, qui persistent, même en changeant de nature, après que la glycosurie a disparu. L'observation n° I offre un exemple de ce genre. Dans ces cas, il est probable que le siége de l'hyperémie change pour se porter tantôt sur les granulations spécialement affectées à la sécrétion biliaire, tantôt sur celles affectées à la glycogénie. Les congestions du foie sont fréquemment périodiques. Il m'a souvent été permis de suivre ces intermittences par la quantité de glycose observée dans les urines. J'en offre un exemple remarquable dans l'observation n° III.

Enfin j'ai eu à traiter des personnes qui m'étaient envoyées comme diabétiques, qui avaient en effet du sucre dans les urines (20 à 30 grammes), mais qui ne présentaient aucun symptôme de la cachexie diabétique. C'étaient en général des individus dyspeptiques, chez lesquels le glycose disparaissait rapidement des urines à mesure que l'estomac s'affermissait. Ces malades étaient presque tous atteints de cette forme de dyspepsie plus habituellement liée à un désordre fonctionnel du foie, caractérisée par la bouche mauvaise, de l'inappétence, un dégoût absolu pour la viande, des digestions lentes quelquefois suivies de pyrosis, un abattement moral et physique extrême, la peau sèche, le sommeil agité. L'observation n° V en est un exemple.

Le pronostic du diabète est donc subordonné, selon nous, à celui de

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 18 mai.

l'affection du foie qui en est presque toujours la cause, et je dirai toujours dans tous les cas graves, là où la cachexie glycosurique est très prononcée.

Quand le diabète est le résultat d'un simple trouble fonctionnel du foie, produisant les symptômes que nous avons désignés ailleurs sous le nom de dyspepsie hépatique, les eaux de Pougues font merveille et presque tous les malades guérissent comme Mme R... (obs. V) a été guérie.

Dans la deuxième catégorie (obs. nos II et VI), le diabète est lié à une congestion du foie qui peut disparaître rapidement, mais qui présente de nombreuses chances de récidive. J'ai, dans ces cas, obtenu de très remarquables effets des eaux de Pougues prises en boisson, et des douches froides en pluie et en jet sur la région de l'organe malade, comme le conseille M. le docteur Fleury.

Enfin, lorsque la maladie du foie est de vieille date, comme dans l'observation n° IV, on ne doit espérer et rechercher qu'une amélioration et un soulagement à un mal qui peut du reste laisser vivre longtemps le malade, si l'on ne demande point à une médication exagérée, à un régime exclusif, ce qu'ils ne peuvent donner. Les diabétiques de cette classe que depuis longtemps je dirige, se trouvent très bien du régime suivant :

Porter de la flanelle ; activer les fonctions de la peau par des frictions répétées chaque jour avec un gant plus ou moins dur et une solution ammoniacale plus ou moins forte.

Rien d'exclusif dans l'alimentation : se borner à préférer les légumes aqueux aux légumes féculents ; boire des vins très dépouillés, coupés habituellement avec de l'eau ordinaire et pendant une huitaine tous les mois avec de l'eau minérale.

Dès que le malade sent qu'il perd ses forces, que la bouche devient sèche et que la sécrétion urinaire augmente, il doit se purger, et de préférence avec un mélange de rhubarbe et de calomel, prendre tous les jours, pendant une semaine, de grands bains auxquels on ajoute un sel de soude ou de potasse pour activer les fonctions de la peau. Pendant cette semaine, le malade boit le matin à jeun deux ou trois verres d'eau minérale qu'il remplace la semaine suivante par une décoction de racines de Colombo, traitement qui doit être fait régulièrement chaque année, au printemps et à l'automne, époques auxquelles la maladie tend constamment à éprouver de la recrudescence.

Mais de tous les traitements, celui qui réussit le mieux chez les diabétiques, est incontestablement la cure hydro-minérale ; et, d'après ce que nous en avons dit, la raison en est fort simple, c'est que, de tous les traitements appliqués aux affections du foie, c'est toujours celui qui a présenté les résultats les plus satisfaisants. Il faut donc, avec MM. Mialhe et Bouchardat, ordonner les eaux minérales, mais pas dans le but d'obtenir une transformation chimique qu'il n'est pas sans danger de chercher.

Sans nier que cette oxydation, et, par suite, la disparition d'une certaine quantité de sucre puisse être obtenue, nous regardons cette transformation sans utilité ; elle établit la diminution d'un symptôme sans porter aucun soulagement à la maladie elle-même, à la cause essentielle de dépérissement. Souvent, au contraire, on voit après la diminution et la disparition du sucre le malade s'affaiblir davantage et mourir. Ce n'est point en effet avec la potasse ou l'eau de chaux qu'il faut s'enquérir de l'amélioration de la maladie, mais en interrogeant les forces du malade, en constatant la diminution de la soif et de la quantité d'urine, le travail de la peau, etc., etc.

Ce qu'il faut voir dans les eaux minérales, c'est, ainsi que le dit M. Fauconneau-Dufresne, un modificateur puissant de l'organisme, et spécialement du foie. D'après cette manière plus sage et plus en harmonie avec la pathologie, de comprendre la thérapeutique hydro-minérale, il est facile de voir pourquoi certaines eaux minérales ne produisent pas les mêmes effets chez tous les diabétiques, et pourquoi chez le même elles sont si peu conformes dans leurs effets : c'est que les maladies du foie sont excessivement variables dans leur manière d'être et exigent une thérapeutique aussi variée. Il est rare qu'au début les congestions du foie n'exigent pas un traitement débilitant, et, pour ne parler que des eaux minérales, c'est alors que les eaux fortement alcalines, comme les eaux de Vichy, font merveille. Dans les maladies du foie, au contraire, dans lesquelles cet organe semble être au-dessous de la tonicité normale, les eaux alcalines ne doivent pas être continuées, surtout à haute dose ; il faut les remplacer par des eaux plus excitantes, comme celles de Pougues ; puis enfin lorsque des excitants plus puissants encore peuvent être employés sans crainte, les douches froides, les bains de mer offrent de précieuses ressources. C'est le traitement que M. le professeur Trousseau avait conseillé à Mme R..., dont elle s'est parfaitement trouvée. (Obs. V.)

Tout ce que nous avons exposé sur la manière dont nous comprenions le diabète et le traitement qui devait lui être appliqué, suffit pour indiquer que nous ne tenons pas à un régime spécial et surtout au régime exclusivement azoté que nous ne croyons que très accidentellement utile : quand il y a une grande débilité, que les forces doivent être relevées ; mais, appliqué d'une manière absolue, nous le regardons comme plus nuisible qu'utile ; il augmente la viscosité du sang, si remarquable chez les diabétiques, favorise les congestions dont on les voit mourir si souvent depuis quelque temps, et surtout celle du foie, par un travail exagéré de cet organe, car les *albuminoïdes* sont absorbés par les veines intestinales et passent par le foie. La graisse, qui est absorbée par les chylifères, semblerait être l'aliment le plus convenable pour les diabétiques, et, en effet, c'est celui qui leur réussit le mieux lorsqu'il peut être digéré ; malheureusement, chez beaucoup de ces malades, la bile qui doit, avec le concours du fluide pancréatique, saponifier cette substance, est sécrétée en très petite quantité. L'émulsion ne se fait pas et la digestion en est très pénible.

Le régime azoté exclusif doit être repoussé non seulement parce qu'il est antiphysiologique, mais aussi parce que le diabétique, loin d'être trop riche en matières carbonées, n'en a pas assez, puisqu'il est obligé de brûler sa propre graisse, comme l'indique l'extrême maigreur de ces malades. Il ne faut donc pas leur retirer les matières amylacées et les sucres, mais tâcher de les faire digérer et absorber convenablement, et c'est d'après ces idées que nous trouvons tout naturel que le malade, dont M. le professeur Piorry a entretenu l'Académie des sciences, ne se soit pas mal trouvé de manger du sucre, qu'il lui administrait chaque jour.

Des nombreuses observations de glycosurie que j'ai recueillies, j'en rapporterai cinq seulement présentant chacune un intérêt particulier au point de vue des doctrines que nous avons émises.

La première est une affection du foie présentant tantôt la forme glycosique, tantôt la forme ictérique.

La deuxième est une affection du foie présentant d'abord la forme ictérique, puis ensuite du sucre dans les urines et se terminant sous l'influence du régime azoté exclusif par un épanchement au cerveau.

Le troisième offre l'exemple d'une congestion périodique du foie liée à une diathèse rhumatismale, et d'une glycosurie suivant les phases de la congestion hépatique et intermittente comme elle.

Je cite la quatrième comme la forme que j'ai le plus habituellement observée dans la glycosurie et liée à une ancienne obstruction du foie.

La cinquième est un exemple de glycosurie dépendant d'un simple trouble fonctionnel du foie et disparaissant rapidement sous l'influence du traitement approprié.

(La suite à un prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Quarterly journal of practical medicine and surgery,
Octobre 1857.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE ; par le docteur Breslau. — N. F..., âgée de 28 ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans ; elle a été réglée à 16 ans et l'a toujours bien été depuis. A 20 ans, elle eut un jour une très forte émotion à la suite de laquelle survinrent des convulsions avec disposition aux crampes dans les mains surtout aux époques menstruelles : la malade eut aussi de fréquentes hallucinations du goût et de l'odorat. Elle eut son premier enfant à 24 ans, l'accouchement fut naturel ; les symptômes nerveux persistèrent, ils duraient trois ou quatre jours chaque fois et revenaient régulièrement toutes les trois ou quatre semaines. Vers la fin de 1856 la malade éprouva des douleurs vagues dans le dos, mais la santé générale resta bonne jusqu'au 21 février 1857, époque où il survint une diarrhée abondante ; cette diarrhée fut bientôt guérie, mais les douleurs revinrent dans les régions hypogastrique et sacrée : la santé générale s'en ressentit et l'on reconnut un peu à gauche et au-dessus de la symphyse une tumeur du volume d'un œuf de poule ; la région rétro-utérine était occupée par un gonflement élastique. A quelques jours de là les règles vinrent, le gonflement rétro-utérin augmenta, il s'y joignit de la douleur dans la défécation et la miction. Deux jours après une douleur très vive se fit brusquement sentir dans le bassin et s'irradia à tout l'abdomen ; à partir de ce moment le gonflement utérin disparut complétement, il était évident que le sac contenant l'hématocèle rétro-utérine s'était ouvert dans la cavité péritonéale. La malade se rétablit graduellement.

LUXATION DU COCCYX ; par le docteur Roeser. — Une grande et grosse femme âgée de 36 ans, descendant brusquement d'une table sur laquelle elle était montée, tomba à cheval sur le dos d'une chaise en bois. Elle ressentit immédiatement dans la région coccygienne une violente douleur qui s'augmentait beaucoup quand elle s'asseyait : finalement cette douleur devint tellement vive que la femme fut obligée de se mettre au lit et de s'y tenir immobile. Elle passa toute la nuit dans cette position, et le lendemain ses traits étaient si changés et l'impossibilité dans laquelle elle se trouvait de faire le moindre mouvement faisaient craindre un tétanos prochain. Outre cette douleur coccygienne, elle se plaignait encore d'une douloureuse sensation de tiraillement tout le long de la colonne vertébrale, suivant les deux bras et s'étendants jusqu'aux doigts qui étaient contractés. Le moindre mouvement du corps ou de la tête de quelque côté que ce fût était impossible à moins d'horribles douleurs. L'intelligence était même un peu troublée. La sensibilité était parfaite dans les membres inférieurs, la miction et la défécation se faisaient naturellement. L'examen des parties fit découvrir à gauche de la fente des fesses un petit gonflement dur, qui n'était autre chose que le coccyx arraché de ses attaches avec le sacrum et porté vers la branche descendante de l'ischion gauche. On sentait facilement l'extrémité du sacrum ; mais on reconnaissait encore bien mieux la nature de la lésion en introduisant un doigt dans le rectum : en pressant solidement en bas et à droite sur l'os déplacé, il rentra subitement dans sa position normale. La malade déclara qu'elle avait été immédiatement soulagée, le trouble de la douleur et la douleur qui remontait le long de la colonne vertébrale jusqu'aux bras et aux mains, tout cela disparut aussitôt. Au bout de cinq jours il ne restait de cet accident qu'un peu de chaleur dans la partie. — D.

Qu'est-ce que la fièvre puerpérale ? Études sur les maladies des femmes en couche ; par le docteur T. Gallard, ancien interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. Paris, 1857. — Prix : 1 fr. 50 c. — Labé, libraire.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 62. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 27 Mai 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Que M. Velpeau nous le pardonne, mais avant de saluer son discours, nous présenterons nos civilités au nouvel élu dans la section des associés libres, à M. Trébuchet, le zélé secrétaire du Conseil de salubrité de la Seine, le savant auteur de la *Jurisprudence médicale*, et d'un grand nombre de travaux remarquables dont il a enrichi les *Annales d'hygiène publique*. Cette élection s'est faite presque à l'unanimité, 63 suffrages sur 70, tant la compagnie s'est montrée empressée de s'associer et de récompenser ce savant et honorable travailleur.

M. Velpeau a eu aussi son discours de deux heures. Chose rare dans les annales de notre science si mobile, M. Velpeau a pu reprendre hier, sans les modifier, les doctrines qu'il professait sur la fièvre puerpérale il y a près de quarante ans. Durant cette longue période, il a vu naître les doctrines de l'école dite de la Maternité, et il n'a pu les accepter. Hier, l'honorable professeur a vaillamment combattu contre l'essentialité, contre la préexistence et même contre la contagion de la fièvre puerpérale. Pour lui, cette affection est une maladie locale, de cause *spéciale*, ce qui se rapproche beaucoup de la cause spécifique de M. Trousseau; et parmi les troubles anatomiques qu'elle suscite, c'est l'inflammation péritonéale qui est incontestablement la plus fréquente, ce qui détermine le savant professeur à désigner cette affection sous le nom de péritonite puerpérale et non pas de fièvre puerpérale. Sur ce canevas, M. Velpeau a brodé un très substantiel discours, dans lequel il s'est élevé aux plus hautes considérations de pathologie générale. Il est quelquefois arrivé à M. Velpeau de faire des discours plus éclatants, nous ne croyons pas qu'il en ait jamais prononcé de plus solide.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu. — Service de M. le professeur LAUGIER.

KYSTES HYDATIQUES DU DOS; — INCISION ET INJECTION IODÉE; — GUÉRISON; — PRÉSENCE D'UN TÆNIA CHEZ LA MÊME FEMME.

Grimard (Jeanne), âgée de 62 ans, couchée au n° 14 de la salle Saint-Charles, est entrée dans le service le 5 février 1858, pour des tumeurs qu'elle porte au dos depuis environ deux ans, et qui, dit-elle, la gênent beaucoup.

Interrogée sur les antécédents, elle nous apprend ce qui suit :

Dès son enfance, elle a toujours été sujette aux affections vermineuses. A l'âge de 40 ans, une tumeur grosse comme une noisette apparut sur le dos, un peu au-dessous de l'angle du scapulum droit qui, grandissant toujours de plus en plus, a fini par acquérir, au bout de vingt ans, le volume des deux poings réunis. La malade se trouvait à cette époque (il y a de cela deux ans) dans le service de M. Gubler, où elle était entrée pour une tout autre affection. M. Huguier a été appelé auprès d'elle, et, après un examen attentif, il fit une ponction, puis une incision très large, qui donna issue, nous dit la malade, à des vers.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, elle s'est trouvée débarrassée de sa tumeur, et aujourd'hui nous constatons à la place où elle a existé, une cicatrice linéaire blanchâtre et lisse, offrant près de 4 centimètres de long. La malade nous dit en outre, et à cela nous attachons une grande importance, qu'à la même époque, un tænifuge lui ayant été administré par M. Gubler, elle a rendu des *anneaux de tænia*. Mais, comme c'est là une particularité sur l'importance de laquelle nous désirons insister plus loin, nous ne faisons que la mentionner ici.

Sortie de l'hôpital Beaujon, la malade se croyait déjà délivrée de toute espèce de tumeur, quand elle vit apparaître au dos, et successivement, une première, puis une seconde, et une troisième tumeur, situées à droite et comme étagées les unes au-dessus des autres, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la dernière côte, conséquemment, près de la tumeur anciennement existante, bien qu'à une certaine distance d'elle.

Depuis deux ans que ces nouvelles tumeurs ont apparu, elles ont constamment grossi, et malgré cela la malade a toujours continué de se bien porter, sauf tout à fait dans ces derniers temps qu'elle a été prise d'une pneumonie dont elle s'est parfaitement rétablie depuis, grâce aux soins qui lui ont été prodigués dans le service de M. le professeur Rostan, d'où elle ne fait que sortir.

Voici maintenant ce qu'un examen direct nous permet de constater :

Les trois tumeurs n'ont pas toutes le même volume : celle qui est située le plus bas, et qui est en même temps la plus ancienne et la plus grosse, offre le volume du poing ou à peu près; la plus élevée, et qui est la seconde en âge, égale le volume d'un œuf de poule; enfin la plus petite, située dans un point intermédiaire et un peu en dehors des précédentes, n'est pas plus grosse qu'une petite noix.

Toutes offrent une fluctuation évidente, bien que profonde. De quelque manière qu'on s'y soit pris, on n'a pu constater nulle part de la transparence ni le moindre frémissement vibratoire ou hydatique, bien que M. le professeur Laugier ait recherché ce signe avec le plus grand soin. Par la palpation, on sent facilement la grande épaisseur des parois de ces kystes qui offrent çà et là des noyaux durs qui pourraient donner le change, si l'on n'était pas suffisamment averti sur la véritable nature de la tumeur à laquelle on a affaire.

Toutes sont arrondies, lisses à la surface, peu saillantes, et semblent fixes aux parties profondes sur lesquelles elles s'appuient par une base très large nullement pédiculée.

Les téguments vis-à-vis chaque tumeur sont sains, épais, sans changement de coloration, et glissent parfaitement sur elles.

Ajoutons enfin qu'il n'y a point de douleur, ni spontanément ni à la pression; que la constitution de la malade est en bon état, et que ni le poumon ni le foie ne présente chez elle rien de particulier.

Avec ces signes, à quoi il faut ajouter la marche relativement longue de la maladie, M. le professeur Laugier n'a pas hésité un instant de déclarer qu'on avait affaire à des kystes hydatiques sous-aponévrotiques, situés très probablement dans l'épaisseur des muscles sacro-lombaire et long dorsal, et que dès lors l'incision des kystes était ce qu'il y avait de mieux à faire dans ce cas particulier; mais avant, M. Laugier a commencé par établir qu'il serait plus prudent de ne s'attacher à ouvrir qu'un seul kyste à la fois, afin d'éviter plus sûrement une inflammation par trop étendue.

Le 11 février, M. Laugier fit à la plus grosse des tumeurs une large incision, par laquelle on vit immédiatement des hydatides parfaitement intactes faire irruption.

Celles-ci, au nombre d'une quarantaine environ, variables pour le volume entre un petit pois et une noix, étaient transparentes pour la plupart; à peine y en avait-il cinq ou six des plus grosses qui avaient des parois blanchâtres et chagrinées, ressemblant à du verre dépoli; ajoutons que toutes ces poches, contiguës les unes aux autres, n'étaient séparées par aucun liquide dans lequel elle nageaient, comme cela s'observe parfois.

M. Laugier ayant introduit en ce moment le doigt dans la poche, il est parvenu à la vider complétement de tous les acéphalocystes qu'elle contenait, en même temps qu'il a pu explorer avec exactitude tout l'intérieur du kyste, et se convaincre que celui-ci envoyait une foule de prolongements en cœcum, qui n'étaient autres que des loges secondaires de poches acéphalocystiques, s'ouvrant dans la grande cavité centrale, à la manière des acini des glandes en grappe les plus simples.

Le même mode d'exploration a permis d'établir, en plus, que tous ces prolongements, ainsi que le corps du kyste lui-même, avaient comme siége le tissu musculaire, ce qui est venu confirmer l'opinion émise à cet égard par M. Laugier avant l'opération.

La poche une fois vidée, dans le but de déterminer une inflammation franche dans son intérieur, et en vue de tuer en même temps le dernier entozoaire qui pouvait échapper et reproduire peut-être le mal

Feuilleton.

UNE OPÉRATION DE RHINOPLASTIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DEVANT LA REINE DES HOVAS SUR SON PREMIER MINISTRE.

Notre excellent confrère, M. le baron H. Larrey, veut bien nous communiquer deux lettres qu'il a reçues de M. le docteur Milhet-Fontarabie, et relatives à une excursion médico-chirurgicale faite par ce médecin à Madagascar, dans le pays des Hovas. C'est dans ces lettres que nous allons puiser le récit intéressant et dramatique d'une opération de rhinoplastie pratiquée avec succès par M. Milhet-Fontarabie sur un des ministres de Ranavalona, reine des Hovas et d'une grande partie des peuplades de la grande île de Madagascar, opération faite en présence de cette reine et de toute sa cour.

M. le docteur Milhet-Fontarabie dit avec raison que la médecine sera dans ce pays, comme elle l'est en Algérie, un des premiers éléments de civilisation. Il a pénétré dans le pays des Hovas accompagné de deux missionnaires français, qui passaient pour ses aides. Pendant son voyage de la côte à la capitale, voyage qui a duré quinze jours, il faisait réunir tous les habitants des villages, leur prodiguait les secours de son art et leur distribuait des médicaments. A Tananariva seulement, il a vu plus de 1,500 malades de tout rang, depuis l'esclave jusqu'au prince. Il a fait 50 opérations suivies de succès. Les maladies régnantes sont la fièvre, la gale et la syphilis. Il n'a pas trouvé un seul Hova qui ne fût atteint d'une de ces affections. Aussi, dit notre confrère, la race dégénère, et si cela continue, elle s'éteindra par ses propres vices, tout en faisant disparaître les autres peuplades par sa cruauté.

Nous allons laisser ici la parole à M. le docteur Milhet-Fontarabie. Un romancier aurait peut-être plus artistement arrangé les incidents de ce singulier drame chirurgical. Mais nous avons pensé que l'originalité et la spontanéité du langage de notre honorable confrère paraîtraient plus saisissantes en leur laissant ce sentiment d'émotion naïve et de vérité que seul l'auteur pouvait traduire :

Tananariva, 19 novembre 1856.

...... Il est six heures du matin; la journée s'annonce magnifique; le soleil dore déjà le sommet des montagnes de l'ouest de Tananariva, et d'épaisses brumes se dégagent des rizières. Le mouvement, mais silencieux comme tout ce qui se passe ici, commence dans la ville. De la maison que nous habitons je vois circuler lentement les officiers et les esclaves se rendant à leurs travaux, et les jeunes filles rentrant au bercail. Leur démarche est lente, leurs regards allanguis par une nuit de plaisirs ou de soucis. On voit bien qu'ils vont accomplir un fanepoana (devoir, corvée). Il n'y a aucun stimulant, ni la gloire, ni la fortune, ni le cœur, qui leur fasse précipiter leur marche. On dirait de véritables corps sans âmes. Et leur costume en lamba blanc est aussi uniforme que l'expression de leur figure.

Je me sens vivement ému : c'est aujourd'hui que je fais l'opération de rhinoplastie. De mon succès dépendra le succès de la mission religieuse, l'influence de la France, l'influence de la civilisation qui, dans ce pays sauvage comme dans nos pays civilisés, a tant de peine à se faire jour à travers des obstacles de toute espèce. Un missionnaire anglais, qui se faisait passer pour médecin, avait dit, dans son ignorance, qu'opérer cet homme c'était le tuer. Certes, toutes ces opérations de rhinoplastie ne sont pas sans faire courir quelque danger au malade; mais ce n'était pas un motif pour jeter dans le cœur de ce pauvre homme le découragement et le désespoir.

J'avais tout prévu, et c'était d'autant plus sage, que j'avais à opérer sur un homme de 55 ans, atteint depuis sept ans d'une syphilis se révélant par des accidents tertiaires, tels qu'exostoses du cubitus, du tibia, carie et destruction des os du nez, de toute la narine droite, du voile du palais et d'une partie de la voûte palatine. Ce malade, pour lequel j'ai été appelé de Bourbon, est Raini-Manouza, quatorzième honneur (la plus haute dignité malgache), ministre de la reine Ranavalona, et son beau-frère, puisque Rainijohary, son frère, passe pour l'amant de cette redoutable souveraine. Il est de taille moyenne, d'un tempérament nerveux, d'une vivacité et d'une expansion de sentiments très grandes; ce qui tranche d'une manière assez marquée avec le caractère des Hovas; le Hova est calme, patient, concentré; il passe sa vie à faire des efforts pour dissimuler sa pensée. Les Hovas seraient d'excellents diplomates, et fort peu les surpasseraient en ruses et en finesse. Dans toutes leurs luttes avec les blancs, l'avantage leur est toujours resté.

Raini-Manouza et son frère Rainijohary dirigeaient toutes les affaires du palais; ils tiraient profit et gloire de leurs charges, et leur fortune grandissait comme leur puissance. Un citadin ou villageois avait-il un mauvais kabar, un officier voulait-il de l'avancement, un traitant désirait-il quelques priviléges, tous s'adressaient aux deux frères. Les cartes de visites dans ce pays sont les rouleaux de piastres. Que de fois, en allant chez Rainijohary, j'ai vu sur une table, dans son immense salle de réception, ces cartes de visiteurs qui se renouvelaient continuellement. J'estime à environ 150,000 fr. par an les revenus qu'ils se faisaient par la corruption.

Mais depuis que la maladie de Raini-Manouza est devenue apparente, adieu pour lui aux honneurs et à la fortune. Il ne peut plus se présenter devant la reine. C'est l'étiquette de la cour. Le corps entier peut être rongé par une maladie hideuse, pourvu que la figure ne soit pas atteinte, ils n'y ajoutent pas d'importance. Cela me rappelle une gentille histoire d'une princesse hovas que j'ai soignée et que je vous raconterai plus tard.

Raini-Manouza avait plusieurs fois voulu descendre sur la côte, espérant trouver quelque blanc intelligent et un peu médecin qui lui donnerait quelque remède. Mais son frère s'y opposait. Et le droit d'aînesse existe ici avec ses prérogatives et ses abus les plus criants. Le respect, la considération et la fortune appartiennent en grande partie à l'aîné. Quand un frère plus jeune passe devant son aîné, il s'incline et se découvre même dans l'intérieur de leur maison. Chez Raini-Manouza, ce respect, ce culte sont poussés au plus haut degré, et souvent nous éprouvions de la peine de le voir aussi humble, aussi suppliant à l'égard de Rainijohary. Aussi se garde-t-il de descendre sur la côte; la volonté de son frère est sacrée. Et il souffre patiemment en prenant des fanafodys (remèdes) malgaches, en consultant les tireurs ou sikidi (sorciers), les Vazimbas (divinités résidant sous des pierres sacrées), et leurs dieux ou idoles, grands et petits, tels que : Maujakatsiroa, l'idole qui veille sur

plus tard, M. Laugier y poussa une injection iodée diluée à la moitié.

Tout s'est bien passé le jour de l'opération, sauf cependant un léger écoulement de sang en nappe par la plaie quelques heures après l'opération. Le tamponnement avec de la charpie, et une constriction circulaire légère, ont suffi pour arrêter de suite toute hémorrhagie.

Le lendemain, 12 février. État général et local satisfaisant. On juge à propos de ne pas retirer encore le tampon de charpie qui obture la plaie, dans la crainte de reproduire l'hémorrhagie.

13 février. Sécrétion abondante d'un liquide séro-purulent par la plaie. Le tampon de charpie s'est détaché de lui-même. Pas d'hémorrhagie locale. A peine y a-t-il une légère accélération du pouls.

15 février. Les bords de la plaie, d'un rouge érysipélateux, sont très douloureux à la pression.

Hier, dans la soirée, la malade dit avoir éprouvé un frisson, suivi de chaleur vive, et aujourd'hui nous trouvons le pouls à 120, fort, et de la chaleur à la peau. Il y a de la céphalalgie, et la langue est couverte d'un enduit limoneux.

M. Laugier prescrit de l'émétique à dose vomitive, qui a parfaitement agi.

Le lendemain de cette administration (16 février), la fièvre a cessé, et l'érysipèle commençant semble enrayé dans sa marche.

Depuis cette époque, tout a bien marché. On a continué d'introduire tous les jours une mèche dans le foyer, et de recouvrir la plaie d'un pansement à plat, et moyennant ces soins, la cicatrisation était complète le 28 du même mois, qui était le dix-septième jour de l'opération.

Le 3 mars, M. le professeur Laugier a procédé à l'ouverture des deux autres kystes. A cet effet, une large incision fut faite dans le plus volumineux des deux. Il s'en est échappé deux poches hydatiques grosses comme un grain de raisin chaque, et, de plus, un peu de liquide clair et incolore provenant de la rupture de l'une d'elles. Quant à la plus petite des trois tumeurs, celle que nous avons dit ailleurs ne pas surpasser le volume d'une petite noix au plus, M. Laugier s'est contenté de pratiquer sur elle, séance tenante, une simple ponction à l'aide de la pointe d'un bistouri; ce qui donna issue à une très petite quantité de liquide incolore, mais pas à des poches ou débris de poches hydatiques.

Enfin, comme après la première opération, on a terminé par distendre les deux poches avec de la teinture d'iode.

La journée de l'opération a été très bonne; mais le surlendemain (5 mars), la malade a été prise de frissons erratiques, avec accès de fièvre vespertine et courbature, qui n'ont commencé à décliner que trois jours plus tard. Malgré cela, la plaie était en bon état, et qui plus est, la ponction, faite au plus petit des kystes, s'était cicatrisée déjà à cette époque.

Le 8, voyant que le pouls était encore accéléré, et qu'il y avait en outre chez la malade un certain état saburral, un émétique lui a été administré, en même temps qu'on s'est attaché à vider le foyer d'une certaine quantité de pus qui y stagnait.

Le 10 mars, la fièvre avait diminué. En pressant sur le kyste, il en est sorti avec le pus trois petites poches hydatiques parfaitement conservées et de la grosseur d'un pois pour chacune. Le même jour, on pratique une nouvelle injection iodée dans le kyste.

Le 12, plus de fièvre. La plaie marche vers la cicatrisation.

Le 15. La plaie est en grande partie cicatrisée. Malgré cela, on continue l'introduction d'une mèche et l'usage d'un pansement simple, ce qu'on n'a pas manqué de faire jusque-là, et cela, tous les jours.

Aujourd'hui 30 mars, la cicatrisation est terminée, et si la malade reste encore quelques jours à l'hôpital, c'est parce qu'elle a été prise dernièrement d'une petite dysenterie légère, qui, du reste, touche à sa guérison.

« Cette observation intéressante à plus d'un titre l'est surtout quand on la considère au point de vue de l'étiologie. Il n'y a pas bien longtemps encore, en effet, que la cause productrice des tumeurs acéphalocystes étant complétement ignorée, on ne comprenait point le rapport qu'il pût y avoir entre un tænia et un ver vésiculaire ! Et s'il arrivait alors d'observer les deux affections conjointement sur le même individu, on considérait cela comme un fait éventuel, et sans portée aucune. »

Pour se convaincre combien on était loin de soupçonner à ces sortes de tumeurs une pareille origine, on n'aura qu'à lire l'article HYDATIDES du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, où il est dit entre autres : « Les causes qui donnent lieu au développement des acéphalocystes sont fort obscures. — Il semble dans quelques circonstances qu'ils tiennent à une cause générale qui exerce son influence sur un grand nombre d'organes à la fois ; mais il n'est pas possible chez l'homme de saisir même quelques-unes de ces conditions générales, soit intérieures soit extérieures, avec lesquelles on puisse établir, sinon un rapport de cause et d'effet, du moins un rapport de coïncidence. » — Et plus bas :

« Il paraît certain que, dans les ruminants et les rongeurs, l'humidité et la nourriture végétale fraîche ont une grande influence sur la production des vers vésiculaires. Ainsi on peut presque à volonté faire naître des cysticerques chez les lapins, en les nourrissant dans des caves et au moyen d'herbes fraîches, mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi chez l'homme. »

On voit d'après cette citation, ainsi que nous le disions en commençant, que la question du développement des acéphalocystes n'était pas très avancée à cette époque, et qu'on n'entrevoyait nullement le rapport qu'il pût y avoir entre un tænia d'une part, et un échinocoque, ou un cysticerque de l'autre. — Aujourd'hui que les travaux des naturalistes ont jeté quelques lumières sur ce sujet, on peut formuler, d'après ces savants, et jusqu'à nouvel ordre, un certain nombre de propositions que voici :

1° Chaque anneau de tœnia représente, jusqu'à un certain point, un animal hermaphrodite dont les organes femelles remplis à une certaine époque d'œufs pourvus *de coquilles*, se détachent tantôt anneau par anneau, d'autres fois par groupe, et sont ainsi expulsés au dehors avec les excréments.

2° De ces œufs un grand nombre périssent, mais d'autres plus favorisés par le hasard continuent à se développer, et alors on voit l'embryon abandonner sa coquille, sous la forme d'un corpuscule microscopique, armé de crochets pointus, mobiles en tout sens. — Déposé sur un organisme vivant, cet embryon arrive en forant et en creusant les tissus, jusque dans la profondeur des organes où il ne tarde pas à s'envelopper d'une membrane kystique.

Voici maintenant quels sont les changements ultérieurs qu'éprouve l'embryon pour arriver à l'état de *larve*, toutes les fois qu'il est placé dans des conditions favorables à son développement.

3° Les crochets dont il est armé tombent. Son corps réduit par cette mutilation en une simple vésicule, grandit en même temps que le kyste adventif qui l'entoure. Plus tard, un bourgeon s'élève de l'intérieur de cette vésicule, et ce bourgeon offre bientôt une extrémité renflée ou *tête* qui se garnit de suçoirs. — Arrivée de cette manière, à son développement parfait la *larve* se renverse au dehors en restant toutefois investie de sa vésicule, de la même manière que le péricarde tapisse et contient le cœur. D'après les mêmes auteurs, tous les vers vésiculaires décrits sous les noms d'échinocoques, de cysticerques ou de cœnure, ne seraient autres que les larves de tænia plus ou moins développées.

4° Le tænia parfait ne se développe nulle part ailleurs que dans le tube digestif des vertébrés. Son évolution ne s'y fait pas, de reste, à l'occasion d'avoir ingéré de ses œufs, mais seulement après qu'on a avalé des aliments qui contiennent des larves de tænia (échinocoque, cysticerque, etc.). Des œufs de tænia, en effet, introduits dans le tube digestif d'un animal, sont expulsés et ne se développent jamais.

On conçoit maintenant facilement comment l'homme qui se nourrit de substances, telles que viandes et autres, qui peuvent contenir des embryons ou des larves de tænia, soit sujet lui-même aux tumeurs hydatiques et au ver solitaire. Mais de même que pour tous les autres parasites, animaux ou végétaux, qui croissent sur l'homme, ce germe n'est pas capable de développer à lui seul l'affection ; il lui faut encore des conditions de terrain, autrement dit des dispositions individuelles, qui pour être inconnues dans leur essence, ne sont pas moins réelles pour cela, et sans lesquelles il serait impossible d'expliquer la prédisposition de certains individus à contracter de semblables maladies plutôt que d'autres.

Quant au double mode de *pénétration* de ces petits corps dans les voies circulatoires et de leur *déposion* dans les différents organes, apportés qu'ils y sont par le courant sanguin, ce mode est absolument le même que pour tous les corps réduits en poussière fine (le charbon pulmonaire, par exemple), c'est-à-dire que la pénétration se fait ici, grâce à des ruptures des capillaires.

Personne, en effet, ne croit plus aujourd'hui à l'absorption proprement dite des corps solides, et si quelques-uns objectent encore à cela, que l'iode introduit dans les bronches est absorbé, on peut leur répondre qu'à la température de la muqueuse pulmonaire le métalloïde se volatilise en partie, et que c'est à l'état de vapeur qu'il est absorbé ; à quoi on pourrait ajouter aussi, que le mucus bronchique étant alcalin, rien ne prouve qu'une partie de l'iode ne se combine avec l'alcali pour former un produit soluble, et dès lors absorbable ; ainsi s'expliquerait cette apparente anomalie pour l'iode.

F. PANAT,
Interne du service.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Mai 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cantal en 1857.

2° Le rapport final de M. le docteur COLIN, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Bazouge-des-Alleux, à Commair et à Montourtier (Mayenne).

3° Le rapport final de M. le docteur CRIÉ, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1857 à Avesnière, Loiron et Soulgé-le-Bruant (Mayenne).

4° Un mémoire de M. le docteur JOBERT, de Guyonville, intitulé : *De la constitution régnante aux cantons de La Ferté-sur-Amance pendant les mois de janvier, février et mars 1858, et du traitement de l'angine couenneuse diphthéritique au moyen d'un appareil nouveau.* (Com. des épidémies.)

La correspondance officielle comprend :

1° Une note de M. RODOT, aide-major au 92me d'infanterie, sur une éruption vaccinale surnuméraire développée le onzième jour. (Com. de vaccine.)

2° Un mémoire de M. Justin LUKOMSKI, intitulé : *Du traitement de la syphilis par l'inoculation du virus vaccin.* (Com. M. Ricord.)

3° Une lettre de M. DUVAL, fabricant d'instruments de chirurgie, contenant le modèle et la description d'un écraseur de son invention.

M. le docteur SALES-GIRONS, inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds, adresse la lettre suivante sur sa méthode de traitement respiratoire.

Monsieur le Président,

Il a été déposé sur le bureau de l'Académie, à la dernière séance, deux brochures américaines, dans lesquelles on fait mention honorable

---

le palais et sur la reine; Kelymalaza qui veille sur les princes; Rafantaka sur les officiers (Manambouinahitras), et Ramaharaly, l'idole du peuple.

Aussitôt arrivé, je fais subir à Raini-Manouza un traitement par l'iodure de potassium. Je débute par 0,50 centigrammes, et j'arrive à la dose de 1 gramme 25 centigrammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, les ulcères se cicatrisent et sa constitution se modifie; les forces sont revenues. Mon sujet se trouvait dans d'heureuses conditions. Néanmoins, l'opinion émise par le missionnaire anglais avait circulé partout, et une certaine appréhension se manifestait parmi les officiers. Que serait-il arrivé de nous si cet homme avait succombé à l'opération? Qu'allaient-ils penser en le voyant sous l'influence du chloroforme, plongé dans un sommeil qui serait pour eux l'apparence de la mort? Ne pourraient-ils pas dire (insinuation perfide glissée par nos amis les Anglais ou leurs partisans) que nous venions par haine contre eux, contre la reine, faire disparaître un de leurs ministres, et un de ceux qui avaient rendu, par ses expéditions toujours heureuses, de grands services à la puissance hovas? Ne pouvaient-ils pas nous regarder comme des agents secrets d'une puissance? car, dans ce moment, le bruit d'une expédition française circulait à la cour de Ranavalona; nous le savions par le prince Rakatoud-Radama. On espérait par ces bruits nous faire renvoyer.

Toutes ces pensées et bien d'autres se succédaient avec rapidité dans mon esprit, mais j'avais foi dans ma misssion, et mon courage et mon dévouement ne pouvaient rester sans récompense.

Manouza, fils de Raini-Manouza, arrive. C'est un jeune homme de 30 ans environ. Il est maréchal du palais, et dans la dernière expédition contre les Sakalaves du Sud, il commandait en second. Il est d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une activité, d'une énergie et d'une pétulance de caractère qui ont donné bien du fil à retordre à son oncle et à son beau-père Rainijohary et à la reine elle-même, aux ordres de laquelle il a été le seul Hovas à résister. Pendant son absence, quelques malheurs domestiques, ce qui n'est pas rare dans ce pays, malgré les lois les plus barbares, lui sont arrivés. Il répudia sa femme. Rainijohary son beau-père, et la reine s'y opposèrent; mais il refusa de revenir sur sa détermination, et préféra subir toute la colère de Sa Majesté. Et vous connaissez toutes les ressources d'imagination de Ranavalona en fait de supplices : le tenghin, la noyade, le bûcher, la lapidation, la roche tarpéienne, la sagaïs, n'effraient pas Manouza et le trouvent inébranlable. Il a été le seul Hovas à conserver dans cette circonstance la dignité et le courage de sa position. Chose inouïe! la reine et Rainijohary ont cédé... Mais je me suis laissé aller bien loin pour vous donner une idée de son caractère : je reviens au but de sa visite. Sa figure est triste et préoccupée. On dirait qu'il se passe en lui une grande lutte. Il hésite d'abord à parler, puis enfin son cœur déborde. Quelques larmes humectent ses paupières, et après avoir lancé le fameux exorde : *Tarantitra tahin Andriamanitra* : Que vous viviez longtemps, que Dieu vous protége, il dit à M. Laborde (le seul blanc habitant le pays depuis longtemps), qui me transmet ses paroles : « Vous allez faire un nez à mon père; je ne » veux pas qu'un autre que moi contribue à cette opération, et je viens » vous offrir mon nez, trop heureux ainsi de lui donner une preuve de » toute mon affection. » Je m'attendais, je l'avoue, à toute autre chose en voyant son air attristé. Et quand, dans sa naïveté, il m'eut parlé ainsi, je ne pus m'empêcher de sourire et de lui presser la main, en le complimentant sur sa piété filiale. Il fut bientôt rassuré, et sa joie n'eut plus de bornes en voyant que son père aurait un nez et que lui-même pourrait conserver le sien.

A huit heures, mon compagnon de voyage et moi nous nous rendîmes à la maison de Rainijohary, frère de Raini-Manouza, qui est au-dessous du palais du côté de l'ouest et à un mètre seulement de son enceinte. Tous les principaux officiers et Rakatoud-Radama sont invités à assister à l'opération. Tous les blancs sont présents et sont intéressés au succès. C'est notre grande bataille, il faut la gagner.

Depuis la veille mon malade s'est préparé à l'opération en se livrant à des pratiques religieuses malgaches. Tout s'est fait selon les vieilles habitudes : c'est-à-dire le sikidi a parlé ; une poule ou plusieurs ont été immolées, la graisse a servi à frotter le Vazimbas (pierre sacrée) et Kélymalazo, leur idole, a fait une procession solennelle autour de la maison et dans l'intérieur de l'appartement. Ainsi nous sont propices les entrailles des victimes, les tireurs de sikidi (sorcier, devin) et ce grand dieu de l'empire malgache en qui les naturels ont une confiance illimitée. Au premier étage de son palais sur sa galerie et sous son immense parasol rouge Ranavalona-Manjaka, couronne en tête, et entourée de ses principaux officiers parmi lesquels Rainijohary, son chevalier. Une porte de l'appartement où nous nous trouvons est ouverte et donne accès à toutes les bénédictions que Sa Majesté très peu catholique veut bien nous octroyer. Elle consent bien à ce que je guérisse son ministre, elle a toute confiance en nous, mais elle veut conserver sur son peuple tout le prestige du savoir, de l'intelligence et de la puissance de faire accorder la santé à telle ou telle personne. Voilà pourquoi elle a fait intervenir tous ses grigris malgaches pour revendiquer ainsi aux yeux des populations une grande part du succès. La veille, des officiers du palais en grande cérémonie et avec tout le sérieux d'une semblable mission étaient venus nous apporter la bénédiction solennelle de Sa Majesté. Nous étions debout et nous la reçûmes avec une bonne envie de partir d'un éclat de rire. Je me tournais du côté de l'un de mes principaux compagnons de voyage et lui dis en souriant : Vous attendiez-vous à celle-là ? Il se croyait tout naturellement le monopole de donner ses bénédictions à Madagascar. Je place le malade sur son lit la tête tournée du côté de la reine et les pieds regardant l'ouest. Vous saurez plus tard que c'est une des étiquettes les mieux observées à Madagascar. Mes aides sont à leur poste, le R. P. Weber est chargé de tenir le sujet, le P. Finasse l'appareil à chloroforme, et le R. P. Jouen me fait passer les instruments. Je suis à la droite de mon malade en face le prince royal Rakatoud-Radama et quelques uns de ses principaux menamassor (yeux rouges), ou gardes du corps; puis autour un grand nombre d'officiers supérieurs en tête desquels notre brave Manouza et Johary fils de Rainijohary.

Le silence le plus complet règne ; tous sont dans l'attente d'un grand événement qui peut être une grande source de joie et de bonheur ou de tristesse et de malheurs irréparables.

J'ai bien endormi des malades pour des opérations et très graves et très légères, bien souvent je me suis endormi moi-même soit d'un sommeil complet, pendant lequel un de mes confrères pratiquait une opération sur moi, soit d'un sommeil incomplet pendant lequel je m'arrachais une dent ou me perçais un panaris ; toujours sans appréhension,

d'*injections par cathétérisme* employées pour les maladies du larynx, de la trachée et des bronches.

Permettez-moi d'en prendre occasion pour rappeler à l'Académie qu'il existe un procédé, sous tous les rapports préférable à l'injection, c'est celui de la *respiration naturelle;* j'entends celui qui permet dès aujourd'hui de fragmenter, de diviser, de poudroyer l'eau froide dans une chambre, et de la faire respirer en cet état de *poussière* aux malades.

Il suffit donc que l'eau employée porte en dissolution le médicament dont on requiert l'action ; or cette dissolution est en général assez facile.

Les *salles de respiration nouvelle,* dans lesquelles se poudroient les eaux minérales sulfureuses, en vue des malades de la poitrine, sont une application de cette méthode qui, de Pierrefonds où je l'ai instituée, s'est déjà étendue à plusieurs autres établissements thermaux.

Je dispose en ce moment, pour le mettre sous les yeux de l'Académie, un appareil destiné à faire respirer des dissolutions aqueuses de perchlorure de fer pour les cas d'hémoptysie, des dissolutions pareilles de quinquina pour les cas de fièvres intermittentes, etc.

J'espère enfin que le cathétérisme des bronches sera désormais inutile pour le grand nombre des circonstances dans lesquelles on le met en œuvre aux États-Unis.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Dr SALES-GIRONS,
Rédacteur en chef de la *Revue médicale.*

M. le docteur O'RORKE lit un travail ayant pour titre : *Des propriétés purgatives de l'huile d'Aleurites triloba (Euphorbiacées).* — L'auteur résume son mémoire de la manière suivante :

« En classant les huiles des Euphorbiacées selon leur action physiologique, on trouve :

1° Huiles éméto-cathartiques : croton, 1 à 2 gouttes ; iatropha curcas, 8 à 12 gouttes; euphorbia lathyris, 1 à 2 grammes; anda gomesii, 2 à 3 grammes ; hura crépitans, 5 à 10 grammes; ricin, 30 à 60 grammes.

2° Huile simplement purgative : aleurites triloba, 30 à 60 grammes.

3° Huile inerte : omphalea triandra.

4° Huiles indéterminées : elœococca verrucosa? stillingia sebifera?

Malgré notre richesse en purgatifs, l'huile d'aleurites paraît répondre à certains besoins de la thérapeutique, puisqu'elle est purgative sans être émétique, et bien plus active que les huiles grasses simples, qui exigent de 80 à 200 grammes pour déterminer un effet laxatif infidèle.» (Comm. MM. Trousseau, Chatin et Guibourt.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. M. Guérin étant indisposé, la parole est à M. VELPEAU.

« Messieurs, j'aurais bien à demander pardon de mon intervention dans ce débat. Je n'avais pas l'intention de prendre la parole, mais il a été dit tant de choses dans cette discussion, et de si bonnes choses, et même de si belles choses; on a tant parlé d'altérations du sang, d'infection purulente, de pus circulant dans le sang, d'affection puerpérale; j'ai d'ailleurs été provoqué d'une manière si aimable par M. Dubois et par M. Trousseau, que je me suis décidé enfin à rompre le silence. Ce pus qu'on fait circuler dans les veines m'a tiré comme d'un rêve où j'étais depuis quarante ans; cela m'a rappelé ma jeunesse, et, comme un pèlerin parti depuis longtemps, je suis revenu et j'ai trouvé mon champ mieux cultivé qu'il ne l'était au départ.... J'ai donc été interpellé deux fois, par M. Dubois et par M. Trousseau, et par eux mis en demeure de m'expliquer relativement aux opinions que je professe sur cette question. Je ne me plains pas; cela m'a prouvé que tout ce qu'on dit dans sa jeunesse n'est pas perdu. Je me suis souvenu alors de ce que j'ai écrit à cette époque, et ces souvenirs m'ont été agréables, puisqu'ils m'ont prouvé que j'étais d'accord avec plusieurs de mes collègues, et puis c'est si bon les souvenirs de jeunesse... quand ils sont bons!

Vous me permettrez, Messieurs, de rappeler ce que je disais dans ma jeunesse. La discussion est devenue très large et toutes les doctrines médicales sont en jeu; il serait peut-être bon de revenir au point de départ et de remettre en mémoire ce que j'écrivais dès 1824, dès 1822, et même dès 1818, si je voulais remonter à l'époque des premiers faits qui ont donné lieu à mes publications ultérieures.

Dans ma thèse d'agrégation, en 1824, j'établis que les maladies internes commencent peut-être plus souvent par les liquides que par les solides, et, en établissant ce fait, je pousse à une révolution en médecine, moi qui n'aime pas les révolutions. Dès cette époque, je montre que les matériaux des lochies, chez les femmes en couches, peuvent être repris par les vaisseaux, et que je les ai suivis vingt fois dans les veines ; — que dans la *phlegmatia alba dolens,* les caractères anatomiques se rapportent tous aux altérations des liquides ; — que lorsqu'il y a du pus dans l'utérus, ce pus peut être repris par les vaisseaux utérins béants après l'accouchement.

Voici une thèse qui n'est pas de celui qui l'a signée (si c'est un crime, j'ai aidé à le commettre et j'en ai commis plusieurs de ce genre), voici une thèse sur la fièvre puerpérale, dans laquelle il est également établi que les matières putréfiées de l'utérus, charriées par les veines, peuvent être la cause de la péritonite des femmes en couches.

On a dit que je n'admettais que l'absorption du pus en nature, et on m'a opposé Dance, mais cela est inexact. Dans un article inséré, en 1827, dans la *Revue médicale,* je résumais mes idées sur ce sujet, et je disais que, selon moi, de nombreux agents déposés dans le sang peuvent engendrer des maladies, soit que ces agents viennent du dehors ou du dedans, soit que le pus se résorbe en nature, soit que la résorption ait un caractère plus intime ; j'ajoutais que la résorption de quantités considérables de pus est quelquefois sans grand inconvénient, et que, d'autres fois, la résorption de quelques gouttes seulement de pus peut avoir une gravité extrême. Or, toutes ces choses ont été exposées par les orateurs qui ont parlé avant moi dans cette discussi n. Je me retrouve donc dans mon jardin, et loin d'en vouloir faire sortir ceux qui l'ont embelli, je me contente de leur réclamer un petit coin pour moi.

Maintenant, il s'agit de fièvre puerpérale. On l'a niée comme fièvre essentielle, et M. Trousseau, la comparant à la fièvre chirurgicale, a dit qu'elle pouvait exister chez l'homme. Il y a du vrai dans cette proposition. La fièvre puerpérale peut exister chez l'homme, et j'en possède un exemple peut-être unique. Il y a vingt ans, j'ai fait une opération césarienne sur un homme, pour un cas de superfétation; le malade est mort d'infection purulente et, dans ce cas, on peut dire que c'est bien de la fièvre puerpérale. (Rires.) Je donne ce fait pour ce qu'il vaut.

On peut diviser ceux qui ont pris part à cette discussion, en deux camps, en deux groupes, si l'on veut : les uns sont partisans d'une fièvre essentielle ; pour les autres, cette fièvre est symptomatique. On conçoit que les premiers tiennent au mot fièvre et que les seconds n'en veulent pas. Pour moi, je ne suis pas convaincu que ce soit une fièvre essentielle, il s'en faut, et j'aimerais autant une autre dénomination. Mais laquelle? Le mot typhus ne satisferait pas tout le monde; il en est un autre, mais, en l'employant, je craindrais que M. Baillarger ne s'en emparât pour l'appliquer à sa clientèle. (Rires.) Je n'ai voulu blesser personne.

M. PIORRY : Comment pourriez-vous blesser davantage?

M. VELPEAU : Je me range parmi ceux qui regardent la fièvre puerpérale comme symptomatique, mais avec quelques restrictions.

Je n'ai pas trouvé suffisantes les raisons alléguées par les essentialistes. Ils veulent que la fièvre précède toute lésion appréciable; je crois que M. Depaul l'entend ainsi; du moins, c'est comme cela que je l'ai compris. Or, je n'ai pas trouvé dans les raisons invoquées à l'appui de leur assertion (encombrement, insalubrité, enfants atteints, contagion, etc.), matière à conviction.

Si l'encombrement était la cause de la fièvre puerpérale, la mortalité devrait être proportionnelle au nombre des accouchements; il n'en est pas ainsi :

A l'Hôtel-Dieu, il meurt	1	accouchée sur	. . .	38
A Lariboisière,	—	1	—	. . .	24
A Beaujon,	—	1	—	. . .	19 ou 20.

Ces deux derniers hôpitaux sont des modèles pour les conditions hygiéniques.

A la Clinique (si accusée sous le rapport de l'hygiène), il meurt	1	accouchée sur	. . .	37
A la Maternité,	—	1	—	. . .	19
A la Charité,	—	1	—	. . .	30
Dans le 12e arrondiss.	1	—	. . .	322
Selon M. Tarnier.				
A Saint-Louis,	—	1	—	. . .	407

M. MALGAIGNE : C'est une erreur !

M. VELPEAU : Elle n'est pas de moi. Il résulte de ces chiffres que la mortalité est loin d'être d'accord avec l'encombrement. M. Trousseau a dit que les campagnardes ne mouraient pas de la fièvre puerpérale; mais comment peut-on le savoir? A prendre la proportion du douzième arrondissement où il meurt 1 femme sur 322 accouchées, voyez combien il faudrait de villages pour fournir ce contingent de 322 femmes en couches. 500 villages peut-être ! S'il meurt une femme sur une telle étendue, le fait passe inaperçu, il ne frappe personne.

Les raisons tirées de l'insalubrité ne sont pas plus concluantes. A Londres, existent deux Maternités dans des quartiers très différents, sous le rapport de la salubrité; la mortalité y est la même; à Dublin, existe une Maternité proposée comme le modèle du genre, même mortalité. On a objecté que là, les conditions d'encombrement contrebalançaient les conditions de salubrité; mais on ne peut invoquer les mêmes motifs, en regard de la mortalité observée à Brakel, petite ville de Westphalie, située au sommet d'une montagne; il y mourut 12 femmes sur 13. Même observation peut être invoquée à l'égard des faits rapportés par M. Zandick pour Dunkerque; par M. Lecomte pour Eu. L'Anglais Robert Lee a vu plus de morts en ville que dans les hôpitaux, par suite de fièvre puerpérale; il a vu la mortalité commencer par les dames anglaises avant d'atteindre les femmes des hôpitaux, et j'ai été plusieurs fois, moi-même, témoin de faits analogues à Paris.

D'ailleurs, l'encombrement et l'insalubrité ne prouveraient pas l'essentialité de la fièvre. Ces deux conditions engendrent de nombreuses lésions purement locales, ou primitivement locales, à propos desquelles on ne fait pas intervenir la notion d'essentialité.

La contagion a été invoquée; l'accoucheur, suivant ce système, transportait la cause de la maladie.

Mais l'accoucheur se lave avec soin chaque fois qu'il quitte une femme accouchée; et, si cela était vrai, tous les accoucheurs transporteraient la contagion. On a cité un jeune homme de Dublin qui, après avoir visité sa sœur malade, aurait communiqué la fièvre puerpérale à une autre accouchée dans un pays éloigné de Dublin de plusieurs lieues. Robertson raconte que sur 400 femmes accouchées par 12 sages-femmes, 20 accouchées par la même sage-femme succombèrent, tandis que les clientes des 11 autres sages-femmes furent indemnes. Il est bien difficile de supposer que ces 11 sages-femmes n'eurent aucun rapport avec celle qui empoisonnait, par contagion, toutes ses malades.

M. Dubois a rappelé qu'il fallait être en grande défiance contre ces faits de contagion. Il est certain qu'il se rencontre, dans la pratique, des coïncidences étranges, et que ce sont ces coïncidences qui ont fait la fortune de toutes les erreurs en médecine. J'en aurais de curieux exemples à citer. Qui croira que l'étranglement interne soit contagieux? Cependant un chirurgien est appelé près d'un jeune homme atteint d'étranglement interne, il s'en va voir un autre malade qui est pris, après sa visite, d'étranglement interne. Je vois le premier malade, et une dame que je visite ensuite est prise aussi d'étranglement interne ; il en est de même d'un second client à qui je donnais des soins. Boyer meurt d'étranglement interne, et le médecin qui l'a vu a, dans sa clientèle, une personne qui meurt quelque temps après d'étranglement interne. Pour toute autre maladie, on n'hésiterait pas à voir un fait de contagion dans cette filiation. Donc, cette raison d'admettre l'essentialité reste tout entière à démontrer.

L'absence de lésions à l'autopsie a été présentée comme preuve de l'essentialité. Sur 39 cas, j'ai trouvé 3 fois cette absence de lésions, dans ma jeunesse; mais alors je n'examinais pas peut-être assez attentivement les lymphatiques. Qu'est-ce, au surplus, que cela prouverait? Ne voit-on pas des péritonites survenir après les règles sans que l'on trouve de lésions dans l'utérus après la mort?

---

sans crainte ; jamais le moindre accident.... J'étais dans un pays civilisé. Mais l'assurance disparaît quand, pour faire le bien, vous jouez votre existence dans un pays sauvage sur une opération qui, vous le savez, n'est pas toujours sans danger. Aussi, et c'est ce qui distingue le médecin en général, mais surtout le médecin français, l'assurance lui vient du cœur parce qu'il ne considère sa mission que comme une mission de dévouement; l'appât des honoraires n'est rien pour lui ; quels qu'ils soient, il ne risquerait pas son existence ; il ne risquerait pas même l'ombre de sa réputation si son cœur ne lui disait : « Fais ce que dois, advienne que pourra.... »

J'avertis le malade et les assistants des différentes périodes de l'éthérisation; car je craignais de me voir interrompre dans l'opération lorsqu'ils le verraient plongé dans un sommeil complet. Je me sers de l'appareil Charrière, graduellement l'air inspiré se charge de plus en plus de chloroforme et au bout de quelques minutes je pince fortement la main.... l'insensibilité est complète. L'étonnement et la frayeur sont peints sur les figures. Le prince Rakatoud-Radama et tous les assistants sont immobiles et semblent chercher quelque impression sur mon visage. Comme le soldat au premier coup de fusil s'émeut d'abord puis se rassure et s'anime à l'odeur de la poudre et au bruit de la fusillade, de même le médecin, d'abord ému, reprend son calme et son sérieux. Le chloroforme, l'insensibilité de son malade est son premier coup de fusil. L'aile droite du nez, l'os propre et l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur étaient détruits; l'autre laissé par la destruction des parties molles et solides serait assez bien représenté par un triangle qui partirait de l'angle interne de l'œil, à un centimètre au-dessous de ce dernier, se dirigerait vers la joue au-dessous du rebord de l'os malaire et rejoindrait le deuxième côté du triangle qui serait parti de la narine ; quant au troisième côté il était formé par la partie dorsale du nez. La méthode à suivre, c'était la nôtre. Notre nationalité, le pays dans lequel nous étions, le désordre des parties, tout concourait heureusement à me faire adopter la méthode par glissement. Je pratique une première incision qui part obliquement de l'angle interne de l'œil et se termine à un centimètre et demi de la cloison ; une deuxième est pratiquée et dirigée en décrivant un quart de cercle du côté de la commissure des lèvres. Je dissèque ce lambeau presque triangulaire tout en lui conservant un très large pédicule. Je ravive les bords de la face dorsale du nez, et au moyen d'épingles je réunis la solution de continuité. L'opération, le pansement, le tout a duré quinze minutes environ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie. L'insensibilité a duré pendant tout le premier temps de l'opération et je n'ai eu recours au chloroforme une deuxième fois que pour raviver les rebords du nez. La narine a sa conformation naturelle, mais j'avertis les assistants qu'il n'en sera peut-être pas toujours ainsi, car la rétraction des tissus d'une part, et l'absence des bourdonnets de charpie de l'autre, dont j'avais bourré le nez, devait donner une forme un peu plus aplatie. C'est ce qui arriva. Quelques jours après j'enlevai les aiguilles, et je vis avec bonheur une cicatrice complète. La reine pendant tout le temps qu'a duré l'opération n'a cessé de nous envoyer des courriers porteurs de protestations d'amitié et de bénédictions. Aussitôt qu'on lui annonce que tout est terminé, grande est sa joie comme celle de tous les assistants ; plus grande encore est sa curiosité. Elle ne peut croire que son ministre ait un nez. Aussi mande-t-elle auprès d'elle son fils Rakatoud-Radama. Je ne pouvais avoir de plus éloquent et de plus fidèle interprète.

Ami de tous les Français, ce prince voyait avec orgueil notre succès et notre triomphe ; ses serrements de mains, ses louanges, sa joie nous en donnaient une preuve. Ranavalona-Manjaka nous envoie deux bouteilles de rhum, deux vieilles tocantes enfouies depuis longtemps dans son palais ; elles devaient, dit-elle, nous remettre de nos fatigues et ranimer nos forces. Je vous prie de croire que les assistants purent nous en dire quelque chose. Ce présent tout royal doit vous paraître étrange, mais quand vous saurez qu'une loi du pays défend sous peine de mort de boire toute espèce de liqueur fermentée, vous verrez qu'elle se montrait bien généreuse en nous plaçant au-dessus des lois de son pays qui frappent sans cesse le grand comme le petit, et devant lesquelles tremble son propre fils.

Quand je veux faire coucher mon malade les pieds tournés du côté de la reine de manière à pouvoir le surveiller et le panser plus facilement, une espèce de consternation s'empare de tout le monde, et on nous crie : *Fady ! Fady !* (c'est défendu).... On me donne des explications sur cet usage malgache, et je fais savoir à la reine qu'il faut que mon malade soit ainsi placé. Tout de suite la réponse arrive, on me dit d'agir comme je voudrai. Alors tous les assistants se tournent du côté du palais en s'inclinant trois fois et en disant : *Tarantitra, Ranavalona-Manjaka, tarantitra, tarantitra* (Vivez longtemps Ranavalona, notre reine, vivez longtemps, vivez longtemps.

La suite par la prochaine malle, avec quelques renseignements sur la fièvre intermittente (tazo en malgache).

Dr MILHET-FONTARABIE.

St-Paul (île de la Réunion), 16 février 1858.

Notice statistique et médicale sur La Malou-les-Bains (Hérault), suivie de l'application des eaux alcalino-ferrugineuses et arsénicales de La Malou-l'Ancien au traitement du rhumatisme, de la névropathie, de la paraplégie, et de la chloro-anémie, par le docteur J.-L. PRIVAT, médecin-inspecteur. Paris, 1858, un vol. in-8° de 1?0 pages. — Prix : 2 fr 50 c.
Chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Cause de la Rage et moyen d'en préserver l'humanité, par MM. les docteurs BACHELET et FROUSSART. In-8°. — Prix 3 fr., franc de port.
A la librairie de L. Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine, où l'on trouve tous les livres de médecine ancienne et moderne.

De la manière de conserver les dents, par M. Léon ROUX, chirurgien-dentiste de Paris, dentiste de S. M. I. le Sultan, chevalier de l'ordre de Medjidié. — In-8°, Paris, 1858, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.— Prix : 3 fr.

Traité pratique de pathologie générale, par J.-M. BEYRAN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société orientale de France, de la Société de chirurgie de Paris, de la Société de médecine et d'histoire naturelle de Dresde, médecin de l'Ambassade ottomane, à Paris, etc.
Chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1858, Ire partie, 1 volume in-8°. — Prix : 4 fr.

Cours de pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur ANDRAL ; recueilli et publié par M. le docteur Am. LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édit. entièrement refondue. — 3 vol. in-8 de 2,?76 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Traité des maladies des yeux, par W. MACKENSIE ; traduit de l'anglais, avec des notes, par les docteurs RICHELOT et LAUGIER. Un vol. in-8.— Prix : 8 fr.
Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Étude sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque de juin 1854 à mars 1855, par le docteur ZANDYCK. — Prix : 2 fr. — Chez Labé, libraire.

Les enfants qui succombent ont paru aussi un argument; mais les enfants ont un foyer d'infection dans l'ombilic, comme les mères en ont un dans la matrice.

Il n'y a donc pas de raison pour abandonner le point de vue des symptomatiques. Il faut toutefois examiner les motifs allégués de ce côté.

L'Académie procède à l'élection d'un associé libre. La commission avait présenté MM. Trébuchet, François et Baude.

Sur 70 votants, M. Trébuchet obtient. .	63 suffrages.	
M. François.	1	—
M. Baude.	1	—
Bulletins blancs	4	—

En conséquence, M. Trébuchet est proclamé associé libre.

M. Piorry : Avant la reprise de la discussion, j'exige impérieusement que M. Velpeau prenne connaissance de la note que j'ai déposée entre les mains de M. le Président, et qu'il rétracte les expressions dont il s'est servi à mon égard.

M. Velpeau : Je n'ai eu l'intention d'offenser personne. M. Piorry sait que je lui rends justice toutes les fois que ses idées me paraissent justes; mais j'entends les blâmer quand elles me semblent blâmables : je me considère comme tout à fait libre vis-à-vis de lui. Il a tort de se fâcher d'une mauvaise plaisanterie; elle n'a pas été plutôt lâchée, que j'aurais voulu la rattraper.

M. Piorry : C'est tout ce que je voulais.

M. Velpeau : J'arrive à l'examen des doctrines des symptomatiques, à savoir, que les accidents de la fièvre puerpérale dépendent de lésions matérielles.

M. Béhier dit qu'on rencontre toujours la phlébite comme point de départ. M. Cruveilhier, et, je crois, M. Cazeaux, considèrent la lymphangite comme plus fréquente.

Voilà deux lésions déjà considérables, sans compter l'inflammation des annexes de l'utérus et des parties péri-utérines, et les conditions morbides multipliées qui viennent assaillir la femme après l'accouchement. Faut-il rappeler le voisinage du péritoine, la trituration à laquelle les parties ont été soumises, les efforts considérables et prolongés qu'a dû faire la femme pour expulser le produit de la conception; efforts qui la laissent couverte de sueur et palpitante après la sortie de l'enfant? A ce moment et tout à coup, il se fait, chez elle, un vide énorme, une débâcle, un changement brusque dans la circulation, des différences de pression pour les liquides, d'où la prédisposition aux congestions sur les organes déchirés, triturés, etc., il en résulte pour la femme toutes les conditions qui développent l'inflammation. En 1824, une jeune femme d'une constitution excellente, sanguine, est prise de frisson deux heures après le travail, qui n'avait duré que quatre heures; je fais appliquer des sangsues en grand nombre et à plusieurs reprises, je la traite énergiquement; le lendemain à onze heures elle était morte; à l'autopsie on trouve une péritonite sans suppuration, mais générale. Si l'on songe à l'étendue considérable du péritoine, on comprendra que son inflammation doit troubler profondément tous les organes, qu'il enveloppe, sans compter le retentissement nerveux qui résulte de cette inflammation. La péritonite tue rapidement aussi après l'opération de la hernie étranglée.

Les lésions qui suivent l'accouchement : phlébite, lymphangite, érysipèle, phlegmons, etc., se compliquent encore de la possibilité du passage du pus dans le sang, car les phlébites sont loin d'être toujours adhésives. On a souvent répété que je n'admettais ce passage qu'à l'état de nature et je n'ai pas réclamé contre cette interprétation incomplète de mes écrits, parce qu'alors cela importait peu à l'opinion que je soutenais. Je voulais, à cette époque — et j'étais seul à le vouloir, — démontrer à la doctrine de Broussais qu'elle avait tort de repousser les altérations des liquides comme cause des maladies, et peu m'importait qu'on m'attribuât l'absorption du pus en nature ou en ses éléments. Mais la vérité veut que je rétablisse ici ce que je disais alors : Je soutenais que la maladie provenait tantôt de l'absorption du pus, tantôt de la phlébite. Dance, qu'on m'oppose, et qui n'est venu que cinq ans après moi, soutenait qu'elle provenait de la phlébite seulement. On a objecté, et je le sais bien, que le pus n'est pas toujours un poison. Cela dépend de la quantité et de la qualité du pus. Les expériences de MM. Castelnau et Ducrest ont montré que l'injection du pus dans les veines, à petites doses, et souvent répétées, était mortelle, contrairement à ce que semblaient avoir démontré les expériences de Gaspard. M. Bérard disait que les globules du pus ne pouvaient pas passer dans les veines; je n'en ai jamais été convaincu. D'ailleurs les globules ne sont pas tout le pus, il y a le liquide dans lequel ils nagent; et puis ils peuvent être désagrégés. D'après quelques micrographes, les globules blancs du sang ne peuvent être distingués de ceux du pus. Tout cela est donc rempli d'incertitudes et d'obscurités. Que se passe-t-il à la suite des piqûres anatomiques? Les ganglions de l'aisselle s'engorgent et s'enflamment; on ne voit rien cependant sur le trajet des lymphatiques, et on ne peut nier, dans ce cas qu'une molécule morbifique n'ait été transportée de la piqûre à l'aisselle et n'y détermine l'adénite. Le pus peut se dissocier, se combiner, et se reconstituer de toutes façons; nous ne savons pas comment cela se fait, mais nous en pouvons juger par les effets produits. Il y a vingt ans, Bonnet a montré que le pus altéré et contenant de l'acide sulfhydrique devenait un poison presqu'aussi violent que l'acide prussique. Au surplus, si, dans la lymphangite, les ganglions arrêtent au passage la matière morbifique et la travaillent, il n'en est pas de même de la phlébite : dans ce dernier cas, les molécules de pus, entraînées dans des vaisseaux qui vont sans cesse en s'élargissant, et par un torrent toujours plus rapide peuvent arriver jusqu'au cœur et causer de graves accidents.

Les angioleucites et les phlébites circonscrites ne sont pas mortelles, sans doute, et l'on en est maître assez facilement. Mais la phlébite non adhésive est promptement mortelle parce qu'elle devient bientôt générale.

On a dit : comment expliquer qu'une goutte de pus absorbée détermine des foyers énormes partout? MM. Tarnier et Dumontpallier ont répondu, par avance, dans leurs thèses, que le pus engendre le pus. C'est à ce propos qu'on a parlé du levain; — on y revient. — Liebig a appelé l'attention sur ce sujet, mais c'est ancien, et M. Bouillaud a eu raison de dire qu'il en avait parlé en 1826...

M. Trousseau : Et Sydenham en 1674.

M. Velpeau : Et Hippocrate bien avant, probablement. Dans tous les cas, c'est un mérite de rajeunir les bonnes idées. Cette formation du pus dans l'économie s'observe dans beaucoup de circonstances. Et pour ma part j'ai vu souvent des foyers considérables formés en vingt-quatre heures au milieu de tissus sains et dans des articulations.

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait du pus, il suffit que la matrice contienne des matières putrides pour qu'il y ait des symptômes d'infection purulente; c'est sur ce point qu'a insisté M. Hervez de Chégoin. Mais, à ce compte, a-t-on dit, toutes les femmes devraient être infectées, puisqu'elles sont toutes dans les mêmes conditions. Il faut ici faire intervenir les dispositions individuelles qui sont, par exemple, que chez tel sujet les plaies se guérissent vite, et chez d'autres, au contraire, s'enveniment : les premiers ont ce qu'on appelle vulgairement une *bonne charnure.*

Il resterait à examiner si, en admettant la phlébite comme constante, ainsi que le veut M. Béhier, cette phlébite est primitive ou secondaire. Pour moi, j'ai vu souvent les ouvertures du sinus utérin parfaitement sains ou remplis seulement d'une substance lie-de-vin, sorte de putrilage, alors que je trouvais les veines enflammées et pleines de pus, seulement à quatre ou cinq centimètres plus loin.

Je n'admets donc pas la phlébite comme cause de la fièvre puerpérale. Elle la complique, mais ne la constitue pas. Je n'admets pas non plus l'infection purulente comme cause.

J'admets une inflammation partant du centre utérin, pour me servir d'une expression de M. Pidoux, et entourée de centres secondaires qui retentissent sur le péritoine. Le péritoine est la grande toile qui s'embrasc rapidement et qui promène l'incendie sur tous les organes. M. Béhier lui-même reconnaît que la péritonite est très fréquente.

Puis, cette péritonite agit sur une constitution en mauvais état; je n'énumérerai pas toutes les conditions morbides dans lesquelles se trouve la femme. Il y a là bien de quoi rendre compte de l'invasion et du développement de la fièvre puerpérale.

On a dit : Et les épidémies? et la contagion? Et c'est alors qu'est arrivée la question de la spécificité. Mais j'admets, moi aussi, la spécificité, et il y a longtemps que j'ai écrit que : toute maladie est influencée par la nature de sa cause et que l'intensité de la maladie est proportionnelle à cette cause. Seulement je ne me suis pas servi, pour désigner la nature de la cause, du mot spécifique; je l'ai appelée spéciale. M. Trousseau voit donc que je suis encore son frère Siamois — nos têtes peuvent se séparer; la bride du cœur persiste toujours. — Il y a donc, ici, la spécialité de la cause, je le veux bien; mais cette spécialité se retrouve partout : les bronchites de cette année ne ressemblent pas à celles des autres années, par la même raison.

J'admets que la *péritonite puerpérale* — car, à mes yeux, la fièvre puerpérale est une péritonite — est modifiée par quelque chose de spécial, comme toutes les maladies. Pourquoi des érysipèles surviennent-ils à un moment donné dans les hôpitaux? Il y a des milliers de raisons à trouver...

Donc, en un dernier mot, la fièvre puerpérale est une péritonite puerpérale modifiée.

Je ne voudrais pas descendre de la tribune sans avoir parlé un peu de la question thérapeutique.

J'ai été attristé de notre pauvreté. Nos confrères des hôpitaux d'accouchement regardent la fièvre puerpérale comme incurable; — c'est, en vérité, désolant.

La médication que j'avais proposée, dans le temps, contre cette terrible affection, a été abandonnée, et je ne m'en suis pas trop étonné. Mais je trouve, dans quelques travaux, et, entr'autres, dans la thèse de M. Mailly, élève de la Maternité, des faits qui m'engageraient à la faire revivre.

Il est clair que les évacuations sanguines, efficaces peut-être contre la phlébite, sont sans action quand il y a infection purulente. Mais on ne tient pas assez compte de la combinaison des moyens thérapeutiques.

Je donnais les mercuriaux à hautes doses, et surtout à doses rapidement répétées : le calomel à l'intérieur, les onctions mercurielles sur le ventre, les purgatifs, les bains; j'entretenais une température uniforme autour des femmes malades; chaque malade était surveillée et soignée par une fille de service; j'allais à l'hôpital quatre ou six fois par jour quand il le fallait. J'étais jeune, plein de zèle et d'ardeur... J'ai ajouté depuis, à cette médication, les vésicatoires monstres, et, je l'affirme, j'ai vu un assez grand nombre de femmes guérir par l'emploi simultané de ces moyens. Je sais qu'ils sont difficiles à appliquer dans les établissements publics à cause de l'encombrement, et de plusieurs autres motifs sérieux; mais ils peuvent être tentés dans la pratique privée. Je crois encore qu'on pourra en retirer d'assez bons effets, surtout quand on les emploiera contre la fièvre puerpérale qui n'aura pas revêtu la forme de l'infection purulente.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

COURRIER.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de prendre un arrêté instituant une commission chargée de rechercher et d'indiquer toutes les améliorations qu'il convient d'introduire dans la constitution actuelle du Muséum d'histoire naturelle, et qui doivent assurer la surveillance directe et la responsabilité de l'État, l'application des règles générales d'administration publique, la meilleure installation des services et la conservation des collections scientifiques.

Cet arrêté est précédé des considérants que voici :

« Considérant que l'organisation actuelle du Muséum d'histoire naturelle, telle qu'elle résulte du décret rendu par la convention nationale le 10 juin 1793, et du règlement intérieur rédigé le 21 septembre suivant par le comité d'instruction publique, n'est plus en harmonie avec les besoins de cet établissement et avec les règles de comptabilité et d'administration publique consacrées par notre législation;

» Considérant que, tout en conservant aux professeurs la direction scientifique du Muséum d'histoire naturelle, si légitimement confiée à des hommes illustres par leur savoir et leurs travaux, il est impossible de continuer un système administratif qui fait peser exclusivement sur une assemblée de savants voués à l'étude et à l'enseignement la responsabilité et les détails de la gestion matérielle et quotidienne;

» Considérant, en outre, qu'un examen complet des services du Muséum est indispensable pour arriver à la connaissance précise des innovations et des développements dont il importe de doter cet établissement si digne de l'intérêt du gouvernement de l'Empereur,

» Arrête ce qui suit :

» Art. 1er. Une commission est instituée à l'effet de rechercher et d'indiquer toutes les améliorations qu'il convient d'introduire dans la constitution actuelle du Muséum d'histoire naturelle, et qui doivent assurer la surveillance directe et la responsabilité réelle de l'État, l'application des règles générales d'administration publique, la meilleure installation des services et la conservation des collections scientifiques.

» Art. 2. La commission est autorisée, pour remplir son mandat, à user de tous les pouvoirs d'examen et d'enquête qui appartiennent au ministre de l'instruction publique.

» Art. 3. Elle est composée ainsi qu'il suit :

MM.

» Le général Allard, président de section au conseil d'État, président;

» Michel Lévy, directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, inspecteur du service de santé des armées, vice-président;

» Doûmet, député au corps législatif;

» Thirria, inspecteur général des mines;

» Chevreul, membre de l'Institut, directeur du Muséum;

» Flourens, membre de l'Institut, professeur au Muséum;

» De Saulcy, membre de l'Institut;

» Moquin-Tandon, membre de l'Institut, professeur de botanique à la Faculté de médecine;

» Le colonel Favé, officier d'ordonnance de l'Empereur, professeur à l'École polytechnique;

» Pelletier, conseiller référendaire à la cour des comptes;

» Ville (Georges), professeur au Muséum;

» De Bessé, inspecteur des finances;

» G. Rouland, directeur du personnel et du secrétariat général au ministère de l'instruction publique et des cultes, *secrétaire.*

» Art. 4. Elle remettra au ministre de l'instruction publique, avec le procès-verbal de ses séances, un rapport motivé contenant ses propositions.

» Fait à Paris, le 21 mai 1858.

» Rouland. »

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 63. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 29 Mai 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 MAI 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie s'était formée en comité secret à la fin de la séance du 17 mai, pour entendre le rapport de la section de minéralogie et de géologie sur les candidatures aux places vacantes de correspondant. Par l'organe de son doyen, M. Cordier, la section avait présenté la liste suivante de candidats pour la première des deux nominations à faire : En première ligne, M. Sedgwick, à Cambridge; en deuxième ligne, M. Lyell, à Londres; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Boué, à Vienne; M. de Dechen, à Bonn; M. Domeyko, à Valparaiso; M. Hitchcock, à Amherst college (États-Unis d'Amérique); M. Jackson, à Boston (États-Unis d'Amérique); M. Logan, au Canada; M. Naumann, à Gœttingue; M. Sismonda, à Turin; M. Studer, à Berne. Les titres de ces candidats avaient été discutés.

Lundi dernier, l'Académie a procédé à l'élection.

Sur 46 votants,

M. Sedgwick a obtenu. . .	38	suffrages.
M. Boué.	4	—
M. Lyell.	3	—

En conséquence, M. Sedgwick a été proclamé membre correspondant.

M. Élie de Beaumont a dépouillé la correspondance au milieu d'un bruit incessant de conversations particulières, de portes qu'on ouvre et qu'on ferme, d'allées et de venues continuelles de la part du public et surtout de la part de MM. les académiciens; bruit insupportable contre lequel protestent inutilement M. le Président ainsi que les autres membres du bureau, et qui rend à peu près vaine l'attention la plus consciencieuse. La voix de M. Élie de Beaumont n'arrive au banc des journalistes — placés trop loin du bureau — que comme un murmure confus, et l'on devine ce dont il parle plutôt qu'on ne l'entend. Voici ce qu'à grand'peine nous avons pu saisir :

— M. Martins, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, envoie une note sur la distribution des pluies en France, pendant l'année 1857. Cette note est très curieuse en ce que l'auteur a divisé cette distribution des pluies selon deux régions : l'une sèche et l'autre pluvieuse, et que ces deux régions sont un renversement de ce que l'on observe d'habitude. La région pluvieuse embrasse tout le Midi, ou plus exactement le sud-ouest (Bordeaux, Cette, Montpellier, etc.); la région sèche comprend, au contraire, les parties de la France situées au nord-est (Dijon, Strasbourg, Nancy, etc.).

— M. Jacquemin, professeur à l'École de pharmacie de Strasbourg, envoie une note sur la génération des Aldéhydes.

— M. Péligot dépose sur le bureau, au nom de M. Chancel, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, une note sur l'emploi des hyposulfites dans les analyses chimiques.

— M. Marcel de Serres adresse à l'Académie un travail relatif à la maladie de la vigne.

— M. le docteur Aubrée, de la Charente, envoie de nouvelles formules thérapeutiques contre les fièvres réglées, à type quotidien, avec prière de faire expérimenter ces formules par une commission.

— Un ancien chirurgien des armées, à Niort, adresse un travail concernant l'influence des météores sur les êtres organisés.

— « Un pasteur du saint Évangile » résidant dans le Mecklembourg a cru que l'Académie avait proposé un prix pour la découverte d'un moyen qui permettrait de gagner à tout coup dans les banques de jeu, et il envoie un travail au concours sur ce sujet. M. le Président fait observer que ce pasteur s'est trompé et que jamais l'Académie ne proposera un pareil prix. Nous le croyons, et nous le regrettons plus que ne le regrettera le pasteur mecklembourgeois : il a, du moins, par devers lui, un dédommagement assuré. S'il a trouvé le moyen de faire sauter les banques, qu'il le mette en pratique; voici la saison de la roulette et du trente et quarante qui va commencer. Il en recueillera plus de gloire et incomparablement plus de profit que ne lui en donneraient toutes les récompenses académiques du monde.

— M. Dumas, en attendant que soit terminé le grand travail de révision du chiffre des équivalents dont il a entretenu l'Académie, adresse, par anticipation, les formules, dès à présent connues, des équivalents des corps simples.

— M. Charles Sainte-Claire Deville, à propos d'une lettre mentionnée parmi les pièces de la correspondance, donne lecture d'un passage d'une lettre qu'il vient de recevoir, et qui est relative au puits artésien foré dans le palais même du roi de Naples. Les travaux sont terminés, l'eau a jailli, et M. Deville en donne les températures. Cette entreprise a été exécutée et menée à bonne fin par MM. Charles Laurent et Fuseari.

— M. Edmond Becquerel lit quelques passages et les conclusions d'un deuxième mémoire dans lequel sont étudiés les effets de la lumière sur différents corps. M. Becquerel père demande, après la lecture faite par son fils, que le mémoire, en raison des expériences nouvelles qu'il contient, soit inséré *in extenso* dans les *Comptes-rendus hebdomadaires*. Cette demande est favorablement accueillie par le bureau.

— M. Flourens annonce à l'Académie la mort de M. J. Müller, de Berlin, membre correspondant de la section d'anatomie et de zoologie. « C'était, dit M. le Secrétaire perpétuel, un grand physiologiste, un grand anatomiste et un naturaliste éminent; c'était,

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

De Benoît à Simplice.

Tartas, le 25 mai 1858.

Service pour service, mon cher Simplice; tu m'as mandé quelques nouvelles de Paris, je t'en renvoie de la province. Je vois qu'il faut renoncer à te demander le secret de ma correspondance; mais quoique tu ne saches pas m'éviter le désagrément de me voir imprimer tout vif dans un journal, je n'y mettrai pas plus de façons. C'est à toi seul que je m'adresse, et je sais que je n'ai rien à demander à ta vieille et indulgente amitié.

J'ai vu et je vois tous les jours dans mes tournées un grand nombre de tes confrères. La première question qu'ils m'ont tous adressée est celle-ci : Où en est la grande affaire de l'Association générale? Dis-moi donc et le plus tôt que tu pourras ce que c'est que cette affaire, et ce que tu en sais; tu m'éviteras l'embarras de ne savoir que répondre aux demandes qui, de toutes parts, me sont adressées sur ce sujet. Un arrivant de Paris est censé tout connaître. Tu ne peux te figurer l'étonnement de tes confrères en voyant que je ne savais rien. Le docteur Simplice a dû vous en parler, me disait-on de tous côtés. Il est de fait que tu ne m'en as pas dit un seul mot et que tu es resté aussi boutonné qu'un membre de la commission d'organisation. Puisque tu as aujourd'hui des accointances avec le journal qui s'est le plus occupé de cette affaire, apprends-lui donc que l'impatience des médecins est générale; il m'a semblé que partout on n'attendait que le signal pour agir, et, si j'en juge, moi profane, par les impressions que je reçois, si les statuts ont fait une part équitable à l'action et aux influences locales, le projet de la commission me semble avoir toutes les bonnes chances d'être bien accueilli.

La province suit la mode parisienne aussi bien en fait de médecine qu'en toute autre chose. Seulement, la mode y arrive toujours un peu tard, et alors qu'elle commence à passer sur le boulevard des Italiens ou au Pré-Catelan. L'homœopathie décline à Paris, et je n'en veux pour preuve que le procès dont tu me parles dans ta lettre; mais elle est encore dans tout son éclat dans un assez grand nombre de départements. C'est ainsi que l'ampleur des jupes de nos dames, tendant à décroître à Paris, tu les verras mesurer un grand nombre de mètres d'envergure dans la Cannebière ou sur les allées du Tourny. La méthode Raspail, après avoir camphré toute la population parisienne, ne se montre plus que dans quelques pharmacies borgnes des plus infimes quartiers, mais elle camphre encore en masse Tarbes, Bayonne, Auch et Cahors.

Quant à l'homœopathie, elle inquiète sérieusement tes confrères d'un chef-lieu de département que je ne veux pas autrement te désigner. Deux jeunes homœopathes sont récemment venus s'y implanter et, là comme partout, l'attrait de la nouveauté, a poussé vers eux un grand nombre de malades. Là, comme partout, ils ont obtenu quelques succès qui ont fait grand bruit et éprouvé de nombreux revers dont on n'a rien dit. Parmi les malades se trouvait un grand personnage du pays, qui, atteint d'une de ces maladies que l'allopathie déclare incurables, a voulu essayer la nouvelle méthode qui lui a promis monts et merveilles. Mais ce malade n'a pas eu, sans doute, grande foi dans son homœopathie indigène, et il s'est confié à un homœopathe de Paris. Le traitement a eu lieu par correspondance; or, il paraît que cette correspondance a paru singulière, aussi l'héritier très légitime de ce pauvre malade — car il va sans dire que l'homœopathe parisien ne l'a pas tiré d'affaire, — cet héritier a fait circuler dans la ville un grand nombre de lettres de l'homœopathe, qui ont singulièrement égayé tes confrères et même le public. Plusieurs de ces lettres m'ont été confiées, et avec permission même de te les communiquer, par cet héritier très légitime. J'en place quelques échantillons sous tes yeux.

Voici d'abord la première lettre en réponse à une demande de consultation :

« Monsieur,

» Tout le secret de mes succès, si toutefois je puis me glorifier d'en avoir eu quelques-uns, consistant surtout dans une sorte d'intuition qui fait qu'au premier examen, à la première inspection d'un malade, la direction que j'ai à suivre pour le conduire heureusement au port, m'est, pour ainsi dire, révélée, vous comprendrez facilement que j'hésite à me charger d'un malade que je n'ai pas vu, et avec lequel je n'ai pu avoir au moins un quart d'heure d'entretien, surtout si ce malade occupe dans l'échelle sociale une place distinguée, et s'il tient par les liens du sang et de l'amitié à des personnes que j'honore et que j'aime!

» Les erreurs commises par les routiniers ordinaires, tirent peu à conséquence et sont facilement réparables (abstraction faite des empoisonnements), mais il n'en est pas de même de l'homœopathie; quand le diagnostic a été mal posé, quand on a pris la vérité au rebours, et qu'on s'est engagé dans une fausse route, il est bien difficile de s'en dépêtrer. Aussi, comme vous êtes un homme trop considérable pour que je puisse donner quelque chose au hasard, et que bien plus, je compte sur vous pour un succès, je viens vous proposer de faire un sacrifice à compte à demi. Puisque vous ne pouvez venir à Paris en ce moment, et que moi je puis le quitter sans grand inconvénient, j'irai vous voir et vous examiner dans votre château, et il ne vous en coûtera pour ce déplacement que la somme de fr. 500; mais, mon examen achevé, la base de mon traitement bien établie, j'aurai la faculté de revenir à Paris si cela me convient.

» Agréez, Monsieur, l'assurance de mon entier dévouement.

« Dr X.... »

Il paraît, mon bon Simplice, qu'en homœopathie, la confiance et l'affection vont vite en besogne, car, dès la seconde lettre, on en est au *cher ami*. Lis plutôt :

« Je vous envoie, mon cher et excellent ami, quatre de mes mirifiques poudrettes (*sic*) à prendre chacune en une seule fois, dissoutes dans une unique cuillerée d'eau, à l'intervalle de cinq jours l'une de l'autre.

» Je vois avec joie l'effet de mes divins médicaments sur votre santé. Votre confiance aide encore à leur sublimité, et je suis heureux chaque fois que je vous vois narguer les années qui glissent si bien sur vous. . . . .

» Heureux que vous êtes! vous entrez dans une saison d'émotions douces, loin du bruit, de nos émotions vinacées en opposition aux vôtres; vous allez traverser de longs jours que je vous envie; tandis que moi je dois rester aussi attelé à la lourde charrue que l'on appelle le soulagement de l'humanité souffrante. Sortant quand je voudrais rester chez moi; confiné dans mon cabinet quand un rayon de soleil m'invite à sortir; grossoyant des consultations quand je voudrais causer avec un ami comme vous. On appelle cela : Liberté!

» Plaignez-moi.

» . . . .

» Dr X... »

Lis attentivement cette troisième lettre, elle est curieuse à plus d'un titre :

« Je vous envoie quatre poudrettes merveilleuses, mon cher et excellent ami, et je donne d'ici ma bénédiction au petit flacon rempli de huit cuillerées d'eau qui renfermera chacun de ces petits trésors. Tous les matins, à la distance d'une heure l'une de l'autre, vous prendrez une cuillerée, ce qui vous en fera deux par jour. Mais au lieu de les espacer comme nous avons fait la dernière fois, elles seront rapprochées.

» Voulez-vous être assez aimable pour annoter le numéro qui vous aura procuré le plus de soulagement.

» Ne vous ai-je pas recommandé de prendre immédiatement après une garde-robe un quart de lavement d'orgeat, qui serait préparé exactement comme s'il devait être bu, c'est-à-dire frais et bien chargé. Quand ce petit lavement peut être gardé, il calme quelquefois merveilleusement cette névralgie du rectum. Quelquefois j'y fais ajouter une demi-cuillerée d'une forte décoction de pavots.

» Donnez-moi dans votre prochain bulletin des nouvelles de l'effet de ces petits lavements.

» . . . .

» Your most affectionately.

» Dr X.... »

Que penses-tu, mon cher ami, de cette allo-homœopathie? Ce lavement d'orgeat me plaît infiniment. Et cette demi-cuillerée d'une *forte* décoction de pavots!... Que vont devenir, mon Dieu, ces quatre *poudrettes* merveilleuses? La bénédiction donnée au petit flacon rempli d'eau les préservera-t-elle de tout mélange adultère?

Une forte décoction de pavots!... Je n'en reviens pas. Mais c'est un vol dont l'allopathie doit se plaindre. O Hahnnmann! que dirait ta grande ombre, si pour quelques instants rappelée à la vie. . . . . . .

Mais je ne dois pas épuiser cet intéressant sujet. Si ces lettres te plaisent, mon cher Simplice, j'en ai encore quelques-unes aussi exhilarantes à ta disposition. Ne te gêne pas; mande-moi tes désirs par le prochain courrier.

Tout à toi cordialement,

BENOÎT.

Certifié conforme à l'original,

Amédée LATOUR.

de plus, un génie clair. Sa perte sera sentie par tous les corps savants et par l'Académie des sciences plus que par nul autre. »

— M. Pouillet dépose sur le bureau deux échantillons des câbles métalliques destinés aux transmissions télégraphiques au moyen de l'électricité, qui relieront la Sardaigne à l'Afrique et les côtes sardes entre elles.

— M. Delafosse dépose aussi sur le bureau la relation très détaillée de l'incendie du Prytanée, à l'École militaire de La Flèche, occasionnée le 12 de ce mois, par la foudre.

— M. Babinet fait hommage à l'Académie du livre de M. Mabru, intitulé : *Les Magnétiseurs jugés par eux-mêmes.* C'est, croyons-nous, le recueil des articles remarquables qui ont été publiés, il y a un an, par l'*Ami des sciences*.

— Dans une des précédentes séances, M. A. Chevalier avait présenté un mémoire sur les maladies qui affectent les ouvriers qui travaillent aux diverses préparations de sulfate de quinine, et sur les moyens propres à prévenir ces maladies. Voici les propositions par lesquelles l'auteur résumait son mémoire :

1° Les ouvriers qui s'occupent de travaux divers dans les fabriques de sulfate de quinine, sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée qui peut être d'une extrême gravité, maladie qui les force à suspendre leurs travaux pendant quinze jours, un mois et plus.

2° Parmi ces ouvriers, il s'en trouve qui ne peuvent continuer ce travail, et qui sont forcés de quitter la fabrique où ils étaient employés.

3° M. Zimmer, fabricant de sulfate de quinine à Francfort, a reconnu que les ouvriers qui étaient occupés à la pulvérisation du quinquina dans sa fabrique étaient atteints d'une fièvre particulière qu'il désigne par le nom de *fièvre de quinquina (china feber)*.

Cette maladie, selon M. Zimmer, est assez douloureuse pour que des ouvriers qui ont été atteints aient renoncé à la pulvérisation du quinquina et aient quitté sa fabrique.

4° Cette fièvre n'a pas été observée en France.

5° On ne connaît pas jusqu'à présent de moyens prophylactiques de la maladie cutanée déterminée par les travaux exécutés dans les fabriques de sulfate de quinine.

6° Cette maladie cutanée sévit non seulement sur les ouvriers qui sont employés à divers travaux, mais encore elle peut atteindre des personnes qui se trouvent exposées aux émanations des fabriques de sulfate.

7° Elle atteint les ouvriers sobres comme ceux qui se livrent aux excès.

Ce mémoire, très important au point de vue de l'hygiène, a été renvoyé à l'examen de MM. Payen et Rayer.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES ;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

LXII

Je ne veux pas discuter l'existence constante de la phlébite et de la lymphangite utérines dans la fièvre puerpérale purulente : admettons-les pour simplifier le débat. Je prends pour certain le transport du pus en masse ou de ses parties liquides dans le torrent circulatoire; je crois à une influence nuisible de cette imprégnation du sang par le pus ou par des liquides putréfiés; et je soutiens nonobstant, qu'elle ne suffit à expliquer ni la nature, ni la marche de la fièvre puerpérale purulente ou putride.

Non, jamais la pénétration du pus d'une phlébite dans le torrent circulatoire ne déterminera une fièvre purulente, si la masse sanguine n'est préalablement et spécialement disposée à recevoir cette imprégnation. Je me sers souvent de ce mot; il est toute une théorie. Ce qui caractérise une fièvre purulente, c'est précisément, que le sang y est tout prêt pour la formation du pus, et que la moindre excitation des vaisseaux, la plus petite irritation dans un point de la circulation capillaire, y est une occasion de pyogénie.

Dans ces cas, il y a pour la pyogénie *consensus unus, conspiratio una.* Il ne faut pas se laisser détourner de cette vue parce que le branle sera parti d'un point plutôt que d'un autre; parce qu'une irritation locale aura déterminé l'explosion purulente générale. L'appareil circulatoire n'est pas un simple appareil de translation; c'est un appareil formateur dont toutes les parties sympathisent étroitement. Ce que l'une fait, les autres ont une très grande tendance à le faire dans l'ordre pathologique comme dans l'ordre physiologique. Elles conspirent toutes dans la sanguification saine, mais toutes aussi dans la sanguification morbide, et pour le cas qui nous occupe, dans la sanguification purulente. Hors de cet esprit, la métastase est une grossièreté qu'il est temps de laisser aux matrones. Elle suppose précisément ce qui est en question, le pus. La phlébite injectant son pus dans le torrent circulatoire, et faisant ainsi une maladie de toutes pièces, mais c'était bon il y a tantôt quarante ans! Aujourd'hui, nos Externes n'en veulent plus. Échappant tous les jours aux naïvetés de la médecine basée sur l'anatomie de Boyer; imbus déjà de quelques notions d'embryologie, d'anatomie comparée, d'histologie qui font entrer dans leur esprit la notion de la vie propre des parties à l'infini, ils ne considèrent plus le système circulatoire comme une machine à charrier passivement le sang et toutes les saletés qu'y déverse sans se gêner l'humorisme, mais comme formant lui-même toutes les altérations dont il est susceptible dans l'immense réseau de ses cavités essentiellement solidaires, animées partout, partout closes, et faisant toutes la même chose à des degrés différents dans une infinie variété de mouvements et d'actes générateurs sains ou morbides.

LXIII

Il faut autre chose qu'un transport mécanique, que la métastase du pus d'une phlébite pour mettre une partie de l'organisme en rapport d'actions morbides avec le tout. Rien ne s'y fait sans sympathie; et les sympathies ne sont pas indéterminées comme les font Haller, Bichat et Broussais. Ce ne sont pas des ébranlements vagues ne portant avec eux que du mouvement. Elles sont spéciales, variées comme les parties qu'elles unissent dans une vie commune saine ou morbide. Il y a des sympathies de suppuration dans lesquelles une partie stimulée suppure par sympathie avec une disposition pyogénique générale; et d'autres, dans lesquelles le système circulatoire entier conçoit la disposition pyogénique par sympathie avec la suppuration d'une de ses parties circonscrite et capillaire. La métastase du pus suppose le pus; et le pus engendré par le pus, ne l'est pas d'une manière essentiellement différente du pus primitif. Qu'il s'applique aux liquides comme aux solides, l'anatomisme ne sera jamais que la médecine des effets pris pour les causes. Je sais bien, qu'ahuri par le Baconisme, on veut, en physiologie, n'opérer que sur des faits physiques, des faits à trois dimensions. On veut aussi que les rapports entre ces faits jouissent des trois dimensions et puissent être pris à pleines mains; et les causes aussi. Pour expliquer la formation du pus, on exige du pus, et entre cette cause et cet effet, encore du pus. A ce signe, vous reconnaîtrez l'induction légitime. C'est avec cette méthode sévère qu'on ne se trompe jamais.

LXIV

Nous reviendrons sur la nécessité des sympathies morbides. Voyons d'abord tout ce que suppose l'existence locale du pus et à quoi se bornent les effets de son action *réflexe* sur le sang.

Pourquoi, ici, les veines du col, là, les sinus utérins, plus loin les vaisseaux lymphatiques, éprouvent-ils après l'accouchement une inflammation, et une inflammation suppurative? Pourquoi du pus dans ce cas, et non pas une inflammation adhésive? Pourquoi même une inflammation adhésive? Mais, dira-t-on, il est inutile d'invoquer des causes internes et une spontanéité morbide. Le travail de la parturition et l'état de l'utérus qui le suit, ne sont-ils pas un véritable traumatisme? Non, car d'après cette idée toutes les femmes qui accouchent doivent avoir une phlébite qui verse du pus dans leur circulation; et il n'y en a pourtant pas une sur cent qui éprouve de l'inflammation utérine, et encore moins une infection purulente. Et puis, y eût-il traumatisme, qu'on n'en pourrait rien conclure, car en dehors des conditions plus ou moins bien connues de la fièvre purulente, les opérés n'éprouvent pas cette fièvre. Ils n'ont qu'une fièvre de suppuration commune et saine qui s'accomplit sans pyogénie ailleurs qu'à la plaie. Ce ne sont pourtant ni la phlébite ni la lymphangite qui leur manquent. Il en est ainsi dans la variole; mais il en est quelquefois tout autrement et chez les opérés et chez les varioleux; il en est tout autrement aussi chez la puerpérale, qui au lieu de la fièvre de lait, va avoir la fièvre de pus. Entre ces deux séries de cas, il n'y a que l'épaisseur d'une fièvre purulente, ou d'une tendance fébrile du sang à se transformer en pus; il n'y a que la distance d'une maladie saine à une maladie délétère.

LXV

Je l'ai déjà dit: on a bien abusé à l'Académie de la plaie placentaire et du traumatisme puerpéral. Au lieu de se contenter d'une analogie, on a voulu y voir une identité avec une plaie accidentelle et un traumatisme chirurgical. Mais qu'on veuille sortir un instant de l'anatomie morte et mécanique pour entrer dans l'anatomie d'évolution; qu'on conçoive l'appareil puerpéral comme je l'ai fait, les choses vont bien changer d'aspect. On verra que l'état morbide spontané de ce traumatisme naturel, suppose chez la femme des conditions générales très altérables, et que ce sont ces altérations centralisées dans un organe irrité par la grossesse et le travail de l'accouchement, qui constituent l'état morbide puerpéral. Si je voulais mettre en face ces deux traumatismes, chaque trait, à côté d'une ressemblance extérieure qui saute à des yeux d'enfant, montrerait une différence interne et profonde qu'il faut prendre le temps de chercher.

Une des principales, c'est que hors d'un état morbide spontané, les sinus utérins ne suppurent pas — sans quoi toutes les femmes ne pourraient pas plus échapper à l'infection purulente qu'à la circulation nécessaire d'une certaine quantité de pus dans leurs veines et partout, — et que malgré la présence de leucocythes dans les lochies, cette humeur n'est pas du pus. Après avoir justement reproché à M. Trousseau un abus d'analogie entre la fièvre puerpérale et celle des opérés, M. Cruveilhier a dépassé lui-même l'analogie. Non content d'un parallèle général incontestablement légitime, et entrant dans le détail, il a identifié rondement avec une plaie la cavité utérine après l'accouchement naturel. Il nous y a fait assister à toutes les phases d'une solution de continuité accidentelle qui se répare par la génération pathologique d'un tissu nouveau, vrai tissu inodulaire, et en fin de compte, d'une bonne cicatrice. La cause de l'anatomisme avait besoin de ces erreurs.... Le retour de l'utérus à son état normal, et la possibilité d'une conception nouvelle après de tels désordres et une réparation aussi complète, ne sont pas la chose la moins extraordinaire que renferme ce système. Au contraire, un traumatisme qui s'opère tout seul et naturellement, suppose bien des conditions funestes à l'anatomisme.

LXVI

Si la chute du placenta et l'état de l'utérus qui lui succède, constituent un traumatisme, la phlébite y doit être inévitable, et la fièvre purulente remplacer habituellement la fièvre de lait. Pas du tout. Quand la femme allaite, les lochies sont suspendues; si elle n'allaite pas, les lochies continuent plus ou moins caractérisées jusqu'au retour des premières menstrues. Il ne faut jamais perdre de vue l'état du sang et de la lymphe qui arrosent tous les tissus de la femme enceinte et en couches. On ne pourrait pas citer une crase plus propre à la formation des phlegmasies, et une puissance morbide de plus étant donnée, à la formation du pus. Cette lymphe plastique dont le sang de la femme enceinte est si riche, le stimulus de la maladie étant donné, constitue, en effet, la base même du pus. Or, rien n'est plus altérable dans l'économie que les organes qui accomplissent des fonctions transitoires, et en particulier, ceux qui servent plutôt aux fonctions de l'espèce que de l'individu. Rien surtout de plus altérable que les dispositions du sang et que les sécrétions relatives à ces fonctions accessoires. L'état du sang chez la femme enceinte et en couches, est certes, bien naturel; mais c'est le plus altérable des équilibres de la chimie vivante, comme les lochies et le lait les plus délicates, les plus éminemment altérables des sécrétions. Je veux dire que les propriétés morbides sont plus prochaines, plus imminentes dans ces tissus, dans ces humeurs, dans ces fonctions, que partout ailleurs. Or, songez qu'il va falloir qu'en deux jours, les matériaux nourriciers propres du fœtus, s'appliquent sous une autre forme à la nourriture de l'enfant émancipé. Rien de plus périlleux que ce passage. Il se fait par les lochies. Cette sécrétion forme la transition entre la sécrétion placentaire du sang destiné au fœtus, et la sécrétion des mamelles, placenta du nouveau-né. Le sang, réservoir commun de ces trois sécrétions, renferme donc des matériaux susceptibles de se transformer facilement de l'une dans l'autre. Rien ne prouve mieux l'instabilité et par conséquent l'altérabilité du sang puerpéral. Il n'est pas, je le répète, de sang plus inflammable. Telle est la diathèse inflammatoire de M. Beau : idée très juste une fois qu'on l'a dépouillée, comme je l'ai dû faire, du sens faux que lui prête le mot diathèse, et qu'on la réduit au sens d'affection aiguë et impersonnelle que lui donne certainement son honorable auteur. Mais on sait qu'une puissance morbide de plus ajoutée à une inflammation adhésive spontanée, la fait passer à l'état d'inflammation suppurative. Il est exact d'en dire autant de la disposition inflammatoire du sang. Élevée à une puissance morbide de plus, elle passe à l'état de disposition purulente. L'existence d'une phlébite utérine après la couche, est déjà une manifestation de cet état, car sans lui, toute phlébite spontanée est adhésive. Or, lorsque l'accouchement a été naturel, qu'il n'y a pas eu de violence mécanique exercée sur la matrice, on m'accordera bien que le traumatisme utérin est normal et tout spontané, et que les phlegmasies qui peuvent survenir dans ces circonstances, sont spontanées elles-mêmes. Hé bien, je le répète, une inflammation spontanée qui suppure, et surtout qui suppure rapidement, accuse une disposition pyogénique du sang. Cela est encore plus vrai de la phlébite que de toute autre inflammation, et plus vrai chez la femme en couches que dans tout autre état de l'économie : on sait pourquoi. Cette disposition existe à toutes les puissances, depuis celle où se produisent des phlegmasies disséminées suppurantes à caractère franc et critique, sans entraînement de la masse, — et alors ces phlegmasies sont accompagnées d'un travail inflammatoire local assez vif et assez sain — jusqu'à celles où l'entraînement et la colliquation existant, les phlegmasies pullulent sans vive réaction de la partie, pour former les abcès métastatiques latents des parenchymes sans membrane pyogénique, et les épanchements purulents des cavités séreuses.

LXVII

Quand la disposition pyogénique du sang existe et qu'une phlébite non coagulante et suppurée introduit dans la masse prête pour la fermentation purulente, du pus ou quelques-uns de ses éléments, cette sorte d'inoculation du sujet par lui-même peut aggraver la fièvre, et par suite, la formation des phlegmasies multiples suppurées. Des frissonnements irréguliers sont généralement le premier signe de la part sympathique que prend l'organisme à cet état nouveau, ainsi que de l'inoculation purulente de l'appareil circulatoire et du torrent de chair coulante qui vit et se transforme incessamment en lui. Mais l'imprégnation produite par le pus d'une veine suppurante ou plutôt par ses éléments liquides, seuls caractéristiques de cette humeur, seuls délétères, seuls virulents — quand le pus a cette dernière propriété, — seuls capables, par conséquent, de féconder pyogéniquement la masse du sang puerpéral, cette imprégnation morbide suppose deux choses inséparables, d'abord une sympathie de suppuration entre le vaisseau malade et le reste du système vasculaire; ensuite, des éléments congénères aptes à recevoir et à développer le ferment ou la semence. Ces deux conditions solidaires représentent les deux éléments indivisibles de toute fonction et de toute maladie, le nerf et le vaisseau. L'unité de la fièvre puerpérale est inconcevable sans leur réunion. Elles existent à bien des degrés: faibles et imparfaites, et alors la pénétration du pus dans le sang n'a qu'un effet peu grave, un effet proportionné à la gravité de l'état qui a présidé

à la suppuration locale; puissantes et bien formées, et alors la disposition pyogénique de la masse est spontanément si avancée, qu'une fièvre s'y allume primitive et d'elle-même, et que l'infection réflexe ou en retour, n'a pour effet que de multiplier sa cause comme par un cercle vicieux où l'effet devient cause à son tour et aggrave son propre principe. Il n'en est pas autrement dans la fièvre purulente des opérés, qu'on nous oppose si fièrement. La circulation du pus déjà formé, n'y est qu'une superfétation purulente. Mais le plan primitif de la maladie est formé indépendamment de l'infection réflexe.

Une observation bien simple va mettre cela hors de doute.

LXVIII

Il y a entre les effets de la pénétration du pus dans un système circulatoire sain et non prédisposé à la pyogénie, et sa pénétration dans les vaisseaux sanguins d'un organisme affecté de cette disposition déterminée comme est celui d'une femme en couches, une différence considérable, et la voici : Quand on injecte du pus dans les veines d'un animal bien portant, on ne détermine pas toujours des effets toxiques bien notables ; et si on en produit, ils ressemblent bien plus à des accidents qu'à une maladie. Or, tout le monde sait la différence qui existe entre une maladie et un accident d'empoisonnement. L'animal éprouve une inquiétude générale et un peu d'abattement ; il a l'œil terne et chassieux, il perd un instant l'appétit ; puis, une diarrhée peu tout terminer. Je ne vois pas là une maladie en règle, c'est-à-dire, un travail morbide organisé, ayant prodrômes, invasion, etc., périodes et lésions coordonnées ; en un mot, tout un mode d'existence nouveau avec ses âges, ses produits et son organisation, comme nous le voyons dans les fièvres et les phlegmasies. La pénétration du pus dans le sang d'un sujet bien portant, ne détermine rien de cela; mais, je le répète, un simple accident plus ou moins intense, quand toutefois, elle détermine quelque chose.

LXIX

Au contraire, si les vaisseaux en qui a pénétré la semence pyogénique, renferment des matériaux et une disposition congénères, ce ferment ne se bornera pas à produire un désordre passager et accidentel : une maladie générale sera conçue, qui déroulera régulièrement ses périodes, s'organisera en centres secondaires d'action sous la forme de phlegmasies multiples à caractère purulent, et constituera une de ces altérations qui, développées dans les canaux innombrables qu'agite le mouvement circulaire de la sanguification, greffent sur lui, pendant un certain temps, une existence éphémère plus ou moins périlleuse qu'on nomme *une fièvre*. Eh bien, il faut le redire aux pathologistes qui assimilent les intoxications spontanées de la circulation ou la formation générale des poisons morbides à des empoisonnements de cause externe — et leurs absorptions de pus, et leurs phlébites, à eux, ne sont pas autre chose — que jamais ils ne produiront ainsi, extérieurement et de toutes pièces, une fièvre dans le sens nosologique du mot. D'autres conditions sont nécessaires, en effet, pour créer toute une vie nouvelle et bien organisée de l'appareil circulatoire, traduisant un état nouveau de l'hématose générale, et par conséquent de la nutrition. Il est bien évident, qu'un pareil état, ou que les éléments de ce parasitisme funeste, doivent naître et évoluer spontanément en nous; sans quoi, encore un coup, ce n'est pas à une maladie qu'on aurait affaire, mais à un accident. L'idée de maladie emporte l'idée de spontanéité ; comme l'idée d'empoisonnement ne suppose que celle d'une intervention externe et accidentelle. Dans l'une, l'organisme fabrique lui-même le poison; et en cela même, consiste la maladie, ce qui fait qu'elle est maladie et non accident; dans l'autre, l'organisme reçoit le poison tout fait; il le subit; et c'est parce qu'il ne le fait pas et que ce poison n'est pas formé de lui, qu'il n'en résulte qu'un accident et non une maladie. Or, que le pus soit injecté du dehors dans les veines, ou que formé localement dans un vaisseau, il passe de là dans le sang, toujours est-il que la maladie générale — et il ne s'agit ici que d'elle seule — toujours est-il que la maladie générale se forme pour les anatomistes, comme si le pus était injecté du dehors. Que si, pour échapper à cet argument, ils accordent que la suppuration qui fournit le poison morbide, n'est pas un fait purement local, mais l'expression d'une disposition pyogénique préexistante du sang, ils confessent l'insuffisance de leur principe; ils s'abandonnent eux-mêmes. Croire qu'on est quitte envers les faits considérables sur lesquels s'appuient les généralisateurs, par ce qu'on admet avec eux des éléments de maladie générale dans les fièvres puerpérales, tout en continuant à professer la nature primitivement et chirurgicalement locale de ces fièvres, c'est, en effet, en prendre à son aise; et il faut convenir que les essentialistes ont plus de tenue que cela et plus d'estime pour leur principe.

Peut-on bien, par exemple, se proclamer localisateur, et dire que « la fièvre puerpérale est une péritonite compliquée de phlegmasies multiples, de phlébite, de lymphite, d'empoisonnement du sang, développée chez une femme qui se trouve dans des conditions de prédisposition particulières, retentissant sur tous les viscères abdominaux et sur l'organisme tout entier? » A coup sûr, ce n'est pas là avancer beaucoup la notion de la fièvre puerpérale; mais c'est fournir à ceux qui ne sont pas rivés à leur passé, et qui aiment les révolutions — c'est-à-dire l'évolution et le progrès, même au prix de quelques secousses, — tout ce qu'il faut pour sortir de l'ornière de l'anatomisme. Pour mon compte, je ne saurais trop remercier M. Velpeau du secours qu'il m'a prêté. Il a renoncé à la phlébite-principe, parce qu'il a bien vu qu'elle n'était qu'une des conséquences multiples d'un état morbide général centralisé vers les organes du bassin. Son solide et vigoureux bon sens l'a mis au-dessus de ses propres doctrines. Il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir faire prendre une tournure aussi virile à ses *juvenilia*.

Ma théorie est la seule qui puisse animer le tableau de M. Velpeau, et donner aux éléments qu'il reconnaît, et comme il les reconnaît, dans la *fièvre puerpérale*, le sens et l'unité qui leur manquent.

(La suite à un prochain numéro.)

HYDROLOGIE.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE ROYAT.

Visitant en 1856 le Puy-de-Dôme et l'admirable vallée qui, du pied de ce volcan d'un autre âge, s'étend jusqu'à Royat, nous avions été frappé des conditions remarquables que présentent les thermes créés depuis 1852 à la sortie de cette vallée. Désireux d'étudier avec plus de soin un établissement qui nous avait paru mériter l'attention des médecins, nous y sommes retourné l'année dernière et nous vous demandons la permission de soumettre à nos confrères les quelques observations que nous a permis de faire un nouveau séjour à cette station thermale.

L'emploi des eaux minérales de Royat remonte à une haute antiquité. Deux piscines découvertes en 1843, lors des travaux entrepris pour la rectification de la route de Royat, paraissent à M. le docteur Nivet, médecin-inspecteur des eaux de Royat, à qui l'on doit les travaux les plus importants sur ces eaux thermales, devoir être rapportées à l'époque gallo-romaine. Cette opinion s'appuie du reste sur un ouvrage publié en 1608 à Paris par Jean Banc sous ce titre : *La mémoire renouvellée des merveilles des eaux naturelles en faveur des nymphes françoises.* N'est-ce pas, en effet, évidemment à ces vieux débris de l'époque gallo-romaine que ce médecin fait allusion dans les phrases suivantes :

« *Et qui ne voit à St-Marc* (1) *une infinité de telles sources froides et*
» *chaudes, voyre des bains encores adjencez par l'antiquité qui, en cette*
» *vieillesse et caducité, sont altérez de leur force et vertu, la négligence*
» *des voysins du lieu y ayant laissé mêler des sources froides et douces...*
» *Il n'appartenait qu'aux Romains d'immortaliser leur mémoire par*
» *l'architecture tant forte et bien cimentée.* »

La mise au jour d'une source merveilleusement abondante suivait de près la découverte des piscines et permettait dès 1845 de créer, sous le nom d'établissement thermal de Royat, des bains bientôt devenus insuffisants et remplacés depuis 1854 par les thermes actuels dont l'ordonnance nous a paru parfaitement appropriée à leur destination, et dont la disposition architecturale fait le plus grand honneur à M. Agis Ledru qui en a dirigé la construction.

Ce nouvel établissement thermal est au sud-ouest et à 2 kilomètres de Clermont-Ferrand, dans un vallon largement ouvert du côté de l'Orient et protégé contre les vents de l'ouest et du nord-ouest par les montagnes de Chateix et de Gravenoire. L'air qu'on y respire est aussi doux et aussi pur que celui de la Limagne d'Auvergne célébré par Sidoine Apollinaire.

L'établissement que nous n'hésitons pas à classer parmi les plus beaux et les plus complets de France, renferme cinquante cabinets de bain, dix-huit cabinets à douches minérales, munis de baignoires, deux grandes piscines, deux salles d'inspiration et six cabinets pour bains de vapeur.

La source thermale de Royat fournit mille litres d'eau à la minute. Sa température + 35° centig. (exactement celle des bains tempérés), permet de conduire directement l'eau de la source aux baignoires sans déperdition aucune du gaz acide carbonique, et son volume considérable donne la faculté de laisser couler un jet d'eau minérale dans la baignoire pendant toute la durée de l'immersion, en maintenant au bain l'uniformité de température, une proportion constante d'acide carbonique, et tous les avantages des bains de piscine.

L'eau de Royat appartient à la classe des eaux chaudes, acidules, alcalines et ferrugineuses. Moins chaude et un peu moins arsénicale que celles du Mont-Dore, elle contient une plus forte proportion de sels alcalins.

Limpide, incolore et sans odeur, elle est fortement chargée d'acide carbonique; sa saveur piquante et alcaline au premier abord, devient ensuite légèrement ferrugineuse.

Analysée successivement par MM. Aubergier et Nivet, de Clermont, par les ingénieurs des mines de Paris, et en dernier lieu (1856) par M. Lefort, pharmacien chimiste, elle présente, d'après ce dernier, la composition suivante pour 1 litre (1,000 grammes) :

	gr.
Acide carbonique.	0,748
Bicarbonate de soude et potasse . .	1,784
Sulfate de soude.	0,185
Phosphate de soude.	0,018
Chlorure de sodium	1,728
Bicarbonate de magnésie.	0,677
Bicarbonate de chaux	1,000
Bicarbonate de fer.	0,040
Silice.	0,156

Poids des matières contenues dans 1 litre d'eau. 6,336 (les carbonates étant à l'état de bi-sels).

Indépendamment des sels qu'il a dosés, M. Lefort y a trouvé des traces d'arséniate de soude (déjà signalées par MM. Thénard et Chevalier), d'iodure et de bromure de sodium, un peu d'alumine et de manganèse.

Peu disposé à chercher en dehors des conditions physiques et chimiques des eaux minérales l'explication de leurs succès dans les nombreuses affections pour lesquelles on en conseille l'usage; convaincu, d'autre part, que ce n'est que consécutivement aux modifications physiologiques déterminées par leur emploi, qu'elles doivent, comme toute autre médication, leur efficacité, nous avons voulu nous rendre compte, autant que le permettait le peu de temps de notre séjour, des effets des eaux de Royat administrées en bains à la température de la source, c'est-à-dire en faisant abstraction de l'action due à l'élévation artificielle de température, à l'emploi des douches, etc., etc.; toutes choses qui, n'appartenant pas en propre aux thermes de Royat, peuvent être obtenues dans tout autre établissement, et voici ce que nous avons constaté :

La sensation de chaleur éprouvée au moment de l'immersion est celle d'un bain tempéré, mais devient progressivement croissante jusqu'à s'accompagner d'un léger picotement de la peau qui devient d'un rouge scarlatiniforme.

La tête reste parfaitement libre, à moins de maintenir les narines immédiatement au-dessus de l'eau dans la couche d'air chargée d'acide carbonique, cas dans lequel on éprouve bientôt une certaine gêne de la respiration, avec bluettes et étourdissements qui cessent aussitôt qu'on relève la tête.

L'urine, acide à l'entrée du bain, perd progressivement de son acidité jusqu'à présenter une alcalinité prononcée, si le bain est suffisamment prolongé (une heure), et pris le matin avant toute fatigue et tout repas.

Un sentiment de bien-être, de force et de souplesse musculaire suit constamment la sortie du bain.

Une expérience bien simple nous a permis de constater l'action de l'acide carbonique gazeux sur la peau. L'ancienne piscine gallo-romaine reçoit par des conduits en terre cuite, non plus l'eau minérale, captée entièrement au profit du nouvel établissement, mais le gaz acide carbonique incessamment versé par la source et que sa densité maintient, comme dans la fameuse Grotte-du-Chien, à un niveau qui ne dépasse pas la hauteur actuelle de la piscine (0m,60 environ). Descendu dans cette piscine, on ne tarde pas à éprouver au travers des vêtements, sur toutes les parties plongées dans cette atmosphère, une sensation de chaleur qui augmente progressivement jusqu'à devenir pénible.

La bouche, abaissée au niveau de la couche gazeuze, perçoit la saveur piquante de l'eau de Seltz, et l'asphyxie suivrait rapidement l'immersion complète de la tête dans cette atmosphère.

Nous savons que M. Nivet, frappé du parti que la thérapeutique peut tirer de cette source naturelle d'acide carbonique, se propose de l'utiliser à l'exemple des établissements thermaux d'outre-Rhin qu'il a visités à cet effet.

Les eaux thermales de Royat, de même que les autres sources chaudes du département du Puy-de-Dôme, sont toniques, emménagogues, et même légèrement excitantes; on les oppose avec succès aux maladies chroniques et apyrétiques entretenues par un état atonique local ou général, par le rachitisme, le rhumatisme ou la diathèse scrofuleuse.

L'usage simultané des bains tempérés et des eaux prises en boissons améliore ou fait cesser la chlorose, l'anémie et l'atonie des convalescences.

Les bains chauds (1) et les salles d'aspiration combattent efficacement le catarrhe pulmonaire chronique, l'asthme humide, la phthisie au premier degré, lorsqu'elle n'est pas compliquée d'hémoptysie active ou de fièvre. (Une légère hypertrophie du cœur n'est pas un obstacle au traitement thermal.)

Les bains chauds, les douches minérales et les douches de vapeur guérissent ou améliorent les rhumatismes.

Enfin les bains et les douches tempérés sont d'une utilité incontestable dans les engorgements qui succèdent aux entorses et aux luxations, dans les raideurs musculaires et tendineuses que laissent à leur suite les fractures, les panaris, les abcès profonds, etc.

Tels sont les faits que nous avons pu constater, et nous devons ajouter que la beauté du pays, la douceur du climat ajoutent à l'efficacité des eaux et permettent d'en prolonger l'emploi plus tard que dans un grand nombre de nos stations thermales.

Dr Homolle.

BIBLIOTHÈQUE.

EXAMEN CRITIQUE DE L'INCUBATION APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE (2);

Par M. le docteur Edmond Baudot.

En 1840 M. le docteur Jules Guyot publia le résultat des nombreuses observations qu'il avait recueillies dans les hôpitaux sur les applications de la méthode thérapeutique qu'il avait édifiée, et qu'il donnait comme la conséquence naturelle des lois de la physique générale, objet de ses études les plus chères. Cette méthode si ingénieuse eut alors un grand retentissement. Comme nous allons le voir dans la thèse de M. Edmond Baudot, on en obtint des succès remarquables, et elle paraissait destinée à occuper rapidement une place immense dans la thérapeutique médicale et chirurgicale. Mais M. Jules Guyot dont la santé inspirait des craintes sérieuses, dut abandonner brusquement la scène du monde médical. Soit indifférence, soit défaut de conviction de la part des chirurgiens; la méthode fut à peu à peu délaissée, si bien qu'aujourd'hui peu de personnes la connaissent même de nom. Méritait-elle cet oubli? C'est là ce que s'est demandé notre jeune confrère en prenant cette méthode pour sujet de sa thèse inaugurale.

L'incubation est une méthode qui consiste à traiter certaines affections par la seule action d'une température uniforme, constante et égale à la température propre de l'homme. Cette température constante s'obtient au moyen d'un petit appareil fermé dans lequel on place la partie malade et d'une lampe à alcool à mèche très courte. L'air circule dans l'appareil.

L'incubation a-t-elle donné des résultats avantageux? Telle est la première question que se pose le docteur Edmond Baudot. Il y répond affirmativement, d'abord parce qu'il trouve cette opinion exprimée clairement dans les meilleurs auteurs, et il cite des passages du *Compendium de chirurgie* et du livre de M. Nélaton, qui en effet sont très favorables à cette méthode ; ensuite parce que les faits lui semblent établir d'une manière irréfutable l'efficacité de cette méthode, et il cite un grand nombre de ceux qui ont été produits, en commençant par ceux qui sont étrangers au travail de M. Guyot, et qui par conséquent sont plus propres à amener la persuasion.

Telle est, par exemple, cette observation de diphthérite des plaies, publiée par M. Robert en 1847 dans le *Bulletin de thérapeutique*, et insérée presque en entier dans le travail de M. Edmond Baudot. Dans ce cas divers moyens avaient échoué entre les mains du savant chi-

(1) Vallon où sont placés les thermes de Royat.

(1) L'eau minérale de Royat est chauffée à + 60° centig. dans des appareils où elle est comprimée et soustraite à l'action de l'air atmosphérique.

(2) Paris, 1858.

rurgien de Beaujon ; il songe alors à l'appareil à incubation qui lui avait maintes fois réussi dans d'autres circonstances ; il l'applique, et, quatre jours après, la diphtérite qui couvrait la plaie avait à peu près entièrement disparu. L'appareil est laissé encore sept jours, pendant lesquels la plaie commence à se cicatriser. Puis on enlève l'appareil, et les fausses membranes reparaissent au bout de quarante-huit heures. On revient à l'incubation, et en quatre jours l'état de la plaie est assez satisfaisant pour permettre de supprimer définitivement l'incubation. « Sans doute, ajoute M. Robert, un fait est insuffisant pour établir une méthode thérapeutique, mais les circonstances qui accompagnent celui que je viens d'exposer sont d'une nature telle, *qu'elles entraînent la conviction.* Aussi n'hésité-je pas à conseiller l'emploi de ce moyen dans les cas analogues, persuadé que je suis de son efficacité. »

M. Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, a appliqué l'incubation au traitement de la pourriture d'hôpital, et en a retiré les plus heureux résultats, qu'il a consignés dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1847. La thèse de M. Edmond Baudot reproduit trois des observations de ce mémoire. Nous y voyons que là où le fer rouge lui-même n'avait pas réussi, l'appareil caléfacteur triompha du mal en très peu de jours et avec des circonstances très remarquables. Ainsi dès le lendemain de l'application, la douleur, si vive dans cette cruelle affection, diminuait considérablement pour disparaître dans les deux jours suivants ; des malades qui étaient privés de sommeil depuis plusieurs jours, pouvaient dormir dès la nuit suivante, et demandaient des aliments. Bientôt la plaie était dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation. Aussi M. Debrou n'hésite-t-il pas à recommander fortement l'emploi de cette méthode, et à lui accorder la prééminence sur le fer rouge dont l'action, moins sûre, est plus douloureuse, quelquefois même dangereuse, et dont l'application est souvent fort difficile.

Voilà, il faut en convenir, des arguments fort sérieux pour la thèse de M. Edmond Baudot. Ce ne sont pas les seuls, car voici maintenant l'exposé des faits de M. Guyot, qui sont nombreux. Nous voyons d'abord 32 cas d'amputation, traités par ce moyen, mais sur lesquels, M. Baudot, d'accord avec M. Guyot, en retranche 8 pour des raisons qu'il discute et justifie complétement. Restent par conséquent 24 cas, parmi lesquels 13 amputations de cuisse, 8 amputations de jambe, 1 d'avant-bras, 1 de gros orteil, 1 d'annulaire. Sur les 13 amputations de cuisse, 5 opérés sont morts, mais 2 sont morts guéris de leur plaie. Même en laissant ces 2 derniers au nombre des revers, on aurait encore 8 guérisons sur 13, soit 61 pour 100, tandis que les relevés de M. Malgaigne donnent, pour la série la plus favorable, 40 guérisons sur 100 seulement ; et si, ce qui paraît juste, on range les deux derniers au nombre des succès, on a alors 10 guérisons sur 13, soit 77 sur 100 ! Presque le double de ce qui a lieu ordinairement. Pour les amputations de jambe, les résultats sont tout aussi beaux. Quant aux autres, elles ont toutes réussi, mais comme elles ne sont pas en nombre, et malgré les circonstances remarquables qu'elles ont présentées dans leur cicatrisation, M. Baudot refuse d'en rien conclure.

Dans le traitement des ulcères, l'incubation a eu également des succès bien remarquables. Pour en donner une idée, il suffit de dire que des ulcères, datant de vingt-cinq ans, de vingt-un ans, que d'autres, datant encore de six et huit années, ou seulement de quelques mois, ont guéri dans l'espace d'un nombre de jours très limité, après avoir été traités sans résultat pendant plusieurs mois par les plus hautes notabilités chirurgicales, parmi lesquelles MM. Roux, Breschet, Gama, etc. D'autres, sans atteindre une guérison complète, sont arrivés en peu de temps à une diminution très considérable. Deux seulement sont restés rebelles.

Dix plaies récentes furent placées dans l'appareil incubateur. Trois étaient complétement désespérées ; dans les sept autres, dont six très compliquées, la guérison a été complète. Ces six plaies très compliquées étaient : une plaie par arrachement comprenant l'aisselle droite, la partie interne du bras et sa partie postérieure ; trois plaies suite d'érysipèle phlegmoneux et deux plaies par écrasement.

M. Edmond Baudot rapporte encore d'autres faits, mais auxquels il paraît attacher moins d'importance qu'à ceux dont nous venons de parler.

Pour lui, ces effets de la chaleur s'expliquent parfaitement, grâce à l'ingénieuse théorie dont M. J. Guyot est l'auteur, et qui est analysée avec soin dans le travail dont il est ici question. M. Edmond Baudot la regarde comme très importante et comme devant fournir d'utiles indications pour les applications thérapeutiques nouvelles ; et c'est guidé par elle et aussi par l'analogie, qu'il croit pouvoir désigner d'avance des affections diverses dans lesquelles cette médication doit réussir ou au moins apporter un soulagement notable. Nous citerons, par exemple, les œdèmes, les fièvres adynamiques arrivées presque à leur première période, les diarrhées colliquatives, etc.

Voici les conclusions par lesquelles se termine cette thèse :

1° L'incubation repose sur des vues théoriques rationnelles ;

2° Elle est conforme aux procédés employés par la nature, elle est hippocratique ;

3° La pratique confirme la théorie par de bons effets marqués dans la plupart des affections soumises à l'incubation ;

4° L'analogie indique l'incubation comme devant être appliquée heureusement dans beaucoup d'affections autres que celles déjà traitées par elle ;

5° Elle est impuissante contre certaines lésions, telles que les brûlures, contre les diathèses cancéreuses, tuberculeuses, les vices dartreux, syphilitiques, et autres affections spécifiques ;

6° L'incubation a le privilége, comme médication adjuvante ou principale, de joindre à une puissance réelle un caractère d'innocuité absolue ;

7° Elle mérite donc, et c'est l'avis de tous les bons auteurs, qu'on l'emploie sérieusement et avec confiance.

Ajoutons que M. Edmond Baudot s'est proposé, dans cette thèse, le but modeste de relever une médication utile et trop délaissée, et qu'il veut maintenant continuer et compléter l'étude de cette question, en l'appuyant sur des observations nouvelles, nombreuses, et destinées à porter la conviction dans tous les esprits.

Ce début de M. Edmond Baudot est une bonne entrée dans la science et dans la pratique. Cette thèse est un travail sérieux et qui se distingue par des qualités rares à l'âge heureux de l'auteur, par une saine critique et des appréciations rigoureuses.

Amédé LATOUR.

COURRIER.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous, présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les articles 1 et 5 du décret du 9 mars 1852,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Sont nommés membres du conseil impérial de l'instruction publique pour l'année 1858 :

M. Élie de Baumont, membre du Sénat ;
M. Poinsot, membre du Sénat ;
M. Delangle, membre du Sénat ;
S. Exc. M. Baroche, président du conseil d'État ;
M. Boinvilliers, président de la section de l'intérieur et de l'instruction publique au conseil d'État ;
M. Denjoy, conseiller d'État ;
S. Em. Mgr le cardinal archevêque de Paris ;
N. S. l'évêque d'Arras ;
N. S. l'évêque de Troyes ;
N. S. l'évêque de Coutances et d'Avranches ;
N. S. l'évêque de Quimper ;
M. Th. Braun, président du consistoire supérieur de la Confession d'Augsbourg ;
M. le pasteur Juillerat, président de l'Église consistoriale de la Communion réformée ;
M. Franck, vice-président du consistoire central israélite ;
S. Exc. M. Troplong, président du Sénat, premier président de la cour de cassation ;
M. le comte Portalis, premier président honoraire de la même cour ;
M. Dupin, procureur général près de la cour de cassation ;
M. Flourens, membre de l'Institut ;
M. Saint-Marc-Girardin, membre de l'Institut ;
M. de Saulcy, membre de l'Institut ;
M. Lélut, membre de l'Institut ;
M. le général Morin, membre de l'Institut ;
M. Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Ravaisson, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Nisard, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Dumas, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Le Verrier, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur ;
M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, délégué dans les fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine ;
M. Wailly, inspecteur général de l'enseignement secondaire ;
M. Labrouste, chef de l'institution libre de Ste-Barbe, à Paris ;
M. l'abbé Labbé, chef d'institution libre à Yvetot (Seine-Inférieure).

Art. 2. M. Dumas est nommé de nouveau vice-président du conseil impérial de l'instruction publique ;

M. Nisard est nommé de nouveau secrétaire dudit conseil.

Art. 3. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 22 mai 1858,

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :
Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,
ROULAND.

Par décret impérial en date du 22 mai, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été, jusqu'à nouvel ordre, vu l'état de santé de M. l'inspecteur général Bérard, délégué pour l'inspection générale de l'ordre de la médecine.

— M. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau, à l'hôpital St-Louis, le vendredi 4 juin, à 8 heures 1/2, et la continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les *maladies de la peau* aujourd'hui 1er juin, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 64. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 1er Juin 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 MAI 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Larrey présente deux malades guéris d'anévrysmes poplités par la compression indirecte mécanique : ce sont deux anciens officiers ayant éprouvé pendant longtemps les fatigues du service militaire. La maladie siégeait du côté droit chez l'un et chez l'autre. Chez tous deux la tumeur avait les mêmes caractères et presque le même développement; elle se compliquait chez l'un d'œdème et de douleurs vives avec rétraction prononcée de la jambe, tandis que chez l'autre, c'étaient des varices et des cicatrices d'ulcères variqueux sur le membre gauche.

« Le même traitement, dit M. Larrey, a été suivi dans les deux cas, à savoir, la compression indirecte et intermittente par des appareils mécaniques. Cette compression n'a pas été également supportée par l'un et par l'autre malade. On a dû en interrompre l'application à diverses reprises chez le premier, dont la guérison ne s'est accomplie qu'au septième mois, à cause du traitement secondaire de la rétraction du membre, tandis qu'elle s'est effectuée au deuxième mois chez le second malade. Mais chez l'un et l'autre, la diminution graduelle et la cessation complète des battements, ainsi que l'affaissement progressif de chaque tumeur, encore appréciable par une consistance assez ferme, ont amené la guérison définitive de ces deux anévrysmes.

» Plusieurs chirurgiens, et notamment M. Broca, si bon juge en pareil matière, ont observé ces deux malades au Val-de-Grâce, où les soins les plus assidus leur ont été assurés. Nous avons été surtout bien secondé dans ce traitement par M. Boizeau, agrégé de l'École, et par M. Lhonneur, ancien aide de la clinique, qui a recueilli avec beaucoup d'exactitude les deux observations ci-jointes.

» Ces observations démontrent combien il faut peu se hâter de recourir à la ligature, dont les chances peuvent être incertaines ou dangereuses dans le traitement des anévrysmes. La compression méthodique, n'exposant au contraire les malades à aucun risque, offre toutes les probabilités d'une guérison simple, souvent facile, plus prompte encore quelquefois, et attestant de nouveau les avantages de la chirurgie conservatrice. »

M. Verneuil, à l'occasion des deux faits présentés par M. Larrey, donne quelques renseignements sur un vieillard âgé de 71 ans, qu'il traite actuellement avec M. Broca, et chez lequel la compression digitale a amené, en moins de treize heures, l'oblitération complète d'un énorme anévrysme diffus de la région poplitée. Il y a deux jours que ce résultat a été obtenu, les battements n'ont pas reparu, et tout permet de croire qu'ils ne reparaitront pas; mais quoique tout jusqu'ici s'annonce de la manière la plus favorable, il y a quelques craintes à concevoir sur les accidents que pourront provoquer les caillots accumulés dans cette énorme poche, dont le volume égale celui de la tête d'un enfant de quatre ans.

M. Broca donne quelques détails de plus sur les antécédents de ce malade, qu'il a déjà traité il y a deux ans avec M. Alph. Guérin. La tumeur présentait alors le volume d'un œuf de dinde. On eut recours à la compression indirecte, qu'on fut obligé d'interrompre plusieurs fois à cause de l'excessive irritabilité de la peau. Le traitement fut d'ailleurs fait avec peu de régularité, parce que le malade, quoique simple ouvrier, avait refusé d'entrer à l'hôpital, et que le maniement de l'appareil ne pouvait être suffisamment surveillé. Malgré ces conditions défavorables, la tumeur, à la fin du premier mois, était réduite au volume d'un œuf de poule, elle battait moins fort, n'était plus que partiellement réductible, et renfermait évidemment d'épaisses couches de caillots fibrineux. Mais, pendant les deux mois suivants, cet état resta stationnaire, et, au bout de ce temps, le malade se trouvant fort soulagé et se sentant capable de reprendre ses travaux, refusa de se soumettre plus longtemps à la compression indirecte. Vingt mois s'écoulèrent sans accident, grâce à l'épaisse couche de fibrine qui renforçait les parois du sac; mais il y a trois semaines, l'anévrysme devint diffus, et fit des progrès extrêmement rapides. Le malade fut obligé d'interrompre son travail, puis de garder le lit, et enfin, la tumeur croissant pour ainsi dire à vue d'œil, il se décida à envoyer chercher M. Broca, qui, sans même avoir le temps de prévenir M. Guérin, fit immédiatement transporter le malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Verneuil. La compression digitale fut choisie de préférence, parce que, vu l'urgence du cas, il était indispensable d'avoir recours à la compression totale, et que l'irritabilité extrême de la peau, déjà éprouvée précédemment, ne permettait pas d'atteindre ce but avec des appareils mécaniques. M. Broca ajoute que la ligature dans ce cas n'aurait offert presque aucune chance de succès. Il existe chez ce vieillard une affection organique du cœur accompagnée d'un double bruit de souffle, et, en outre, tout le système artériel paraît malade; les artères sont très dilatées, et, lorsqu'on les comprime, on y sent un frémissement cataire très manifeste.

M. Lenoir croit devoir mettre en regard de ces trois faits favorables une observation qui prouve que la compression indirecte est loin de réussir constamment. C'est celle d'un peintre en bâtiments qui a passé dix-huit mois à l'hôpital Necker pour un anévrysme poplité. M. Lenoir eut d'abord recours à la compression indirecte double et alternative, qui fut faite méthodiquement avec l'appareil de M. Broca et sous les yeux de M. Broca lui-même. La compression partielle n'ayant eu aucun résultat, on en vint à la compression totale, et on parvint à supprimer entièrement les battements pendant huit jours consécutifs; mais il ne se produisit aucune coagulation, et lorsqu'on relâcha les pelotes, on reconnut que la tumeur n'avait pas subi la moindre modification. La compression fut abandonnée au bout d'environ un mois, puis, l'anévrysme menaçant de devenir diffus, M. Lenoir fut obligé de lier l'artère fémorale. Les battements disparurent aussitôt, mais, au bout de trois semaines à peu près, ils reparurent de nouveau; le sang était ramené par des collatérales qu'on sentait battre sous la peau. On appliqua alors sur le membre la compression générale, suivant la méthode de Théden; la tumeur s'oblitéra enfin, mais les caillots provoquèrent une inflammation suppurative diffuse, qui envahit toute la région poplitée. L'abcès fut ouvert, et on trouva au milieu du pus des caillots volumineux et altérés. Ce vaste foyer purulent, qui occupait tout le creux poplité, suppura pendant longtemps; enfin, aucun autre moyen n'ayant pu réussir à obtenir le recollement des parois de l'abcès, M. Lenoir fut obligé de fixer le genou dans la demi-flexion. Le malade a fini par guérir dix-huit mois après le début du traitement, mais son genou est ankylosé à angle droit, et il ne peut marcher qu'à l'aide d'une jambe de bois.

M. Dubois ajoute que, chez cet homme, il y avait sans doute un défaut de plasticité du sang, une sorte d'anémie qui s'opposait à la coagulation, puisque les battements ont reparu même après la ligature. Ceux qui ont pu croire que la compression indirecte devait guérir tous les anévrysmes, on perdu de vue, sans doute, l'influence de ces conditions générales qui rendent le sang impropre à la coagulation.

M. Verneuil, revenant sur le malade dont il a entretenu la Société, fait ressortir toutes les conditions défavorables qui existaient chez lui; son grand âge, le volume très considérable de la tumeur, l'altération générale du système artériel, et la complication d'une grave lésion du cœur. Il pense qu'en raison de toutes ces circonstances fâcheuses les partisans de la ligature n'auraient pu baser que de bien faibles espérances sur les résultats de cette grave opération.

Dans la séance suivante, M. Broca communique deux observations d'anévrysmes guéris par la compression mécanique. L'une de ces observations appartient à M. le docteur Trifet; c'est celle d'un anévrysme poplité, dont la guérison a été obtenue en dix-huit jours. L'autre, appartenant à M. le docteur Denucé, est relative à un anévrysme de l'artère humérale, qui s'est oblitéré après deux heures et demie de compression totale. Les battements ont reparu, mais ils étaient très affaiblis, et ont disparu spontanément et définitivement au bout de quelques jours.

PATHOLOGIE.

LETTRES

SUR LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Douzième Lettre.

Mon cher maître,

Les quatre formes principales dont je vous ai donné rapidement le tableau symptomatique d'après ce que j'ai observé chez les femmes qui ont succombé à la suite de leurs couches, démontrent déjà par leur existence même qu'il est impossible d'accepter que la maladie des femmes en couches soit une individualité morbide particulière, distincte de toutes celles qui existent déjà dans les cadres nosologiques. Loin de constituer un état morbide unique, ce qu'on observe est un état complexe, et c'est, comme je l'ai déjà dit plus haut, à ce mélange de lésions et de systèmes variés qu'il faut rapporter une grande partie des erreurs et des confusions professées sur cette question.

Il s'en faut donc de beaucoup que cette multiplicité de lésions, ainsi que MM. Guérard et Depaul ont voulu le donner à entendre, démontre l'essentialité de la maladie; on doit reconnaître, au contraire, que cette multiplicité même repousse l'existence d'une maladie particulière distincte et qui puisse être délimitée avec ses caractères propres, puisque l'analyse rigoureuse de cet état complexe et variable établit clairement qu'à chaque lésion un peu importante correspondent des symptômes en rapport avec elle; lésions et symptômes qui se rencontrent ailleurs avec les mêmes rapports et avec la même forme, en dehors de la puerpéralité.

Cette opinion n'est, du reste, pas nouvelle; elle était en particulier celle de Désormeaux (voyez *Dictionnaire en 21 volumes*, article PUERPÉRALE (FIÈVRE). C'est aussi celle que mon honoré maître, M. le professeur Velpeau, a soutenue devant l'Académie avec quelques nuances, pour lesquelles les faits me séparent de lui. Ainsi, après avoir établi, avec toute l'autorité de sa parole, le point de départ utérin des divers accidents que l'on rencontre chez les femmes en couches, mon honorable maître conclut que la fièvre puerpérale est une péritonite qui se complique souvent de métrite et de phlébite. Et, pour lui, la manifestation d'une péritonite, dans les circonstances que présente la femme en couches, lui paraît parfaitement suffisante pour rendre compte de l'invasion et du développement de la fièvre puerpérale. Je ne répéterai pas, à propos de cette opinion, ce que j'ai dit plus haut touchant la subordination de la péritonite aux accidents utérins, mais je ferai remarquer qu'il y a entre plusieurs parties du discours, dont je prends la liberté d'examiner quelques points et sa conclusion même, une certaine confusion. Assurément, la péritonite, tout en étant subordonnée, est l'accident prédominant dans certains cas, celui qui, tout d'abord, frappe les yeux de l'observateur, celui même qui accélère la mort de la malade. Mais que devient cette théorie dans les exemples où on ne trouve aucune trace de péritonite, et dans lesquels les malades succombent à peu près à coup sûr? Est-ce qu'on n'a pas alors affaire à la prétendue fièvre puerpérale? Mais, au contraire, il faut bien le remarquer, ce sont là les cas du type le plus pur, des cas qui présentent les symptômes attribués plus particulièrement par l'école de la Maternité à la maladie dont elle soutient l'essentialité, et dont cet ensemble constituerait les caractères, cela en l'absence de toute péritonite. J'ai observé dix faits de ce genre qui ont présenté les symptômes de la première forme que j'ai délimitée, symptômes dont la seconde période est de tous les points, comme je l'ai démontrée, semblable à ce qui est observé dans les cas d'infection purulente. M. le professeur Velpeau ne veut pas que cette infection purulente soit acceptée comme cause des symptômes observés, parce que, selon lui, chez les opérés, cette infection ne se manifeste pas avant le troisième ou le quatrième jour après l'opération; or, dit-il, la fièvre puerpérale se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement. C'est déjà quelque chose de différent de ce que disait à ce sujet M. Depaul, qui affirmait que *jamais* l'infection purulente ne débute avant le huitième ou le dixième jour. Mais je ferai remarquer à mon très affectionné maître que ces mots « la fièvre puerpérale se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement » sont très vagues. Quelle forme se manifeste assi rapidement? Est-ce la forme péritonéale ou la forme gangréneuse? Sur ces points nous tombons d'accord; mais si c'est de la forme sans péritonite, sans gangrène qu'il entend parler, nous différons de sentiment. Je n'ai pas vu que cette forme fût si prompte dans son apparition, quant au frisson dit initial et quant au développement des symptômes du groupe typhoïde, le seul qui, selon M. Dubois, constitue la maladie qu'il appelle fièvre puerpérale. Mon vénéré maître, en considérant la terminaison fatale et le moment où elle a lieu, trouve encore là un motif pour repousser l'influence de l'infection purulente, parce que, selon lui, dans l'infection purulente la mort n'a lieu qu'après que la malade a langui pendant six, douze et même quinze jours, tandis que ce n'est pas ainsi, dit-il, que l'on meurt de la fièvre puerpérale. Or, j'avais l'honneur de vous le dire dans ma dernière lettre, dans la première forme que j'ai admise, et dans laquelle n'existent ni péritonite, ni gangrène, ni pourriture d'hôpital, la mort ne survient que du dixième au seizième jour, puisque dans le cas où une femme a succombé le troisième jour, elle a éprouvé des phénomènes de convulsions qui ont positivement hâté la mort. Certes, si mon cher maître, M. Velpeau, avait établi des distinctions rigoureuses entre les dif-

férentes formes qui peuvent être observées chez les femmes en couches, au lieu de les réunir toutes sous la désignation peut-être un peu banale de fièvre puerpérale, il n'aurait pas refusé à l'infection purulente une part dans la production des phénomènes.

C'est donc elle, au contraire, qui produit l'ensemble fondamental observé quand n'existe aucune des complications que j'ai signalées, complications très fréquentes, et qui sont, comme la péritonite, tout à fait prépondérantes dans beaucoup d'exemples, mais qui n'en sont pas moins de simples complications, puisque, avec elles, j'ai toujours trouvé les lésions de l'autre forme (le pus dans les veines et parfois les collections des membres), et qu'on observe aussi les symptômes qui appartiennent à cette dernière, même sous le voile, dont la complication les couvre par sa prépondérance.

Enfin, j'ajouterai qu'il s'en faut de beaucoup que, dans les 52 exemples que M. le professeur Velpeau a bien voulu m'emprunter, la péritonite ait été aussi généralisée, et partant, aussi importante qu'il semble le croire, puisqu'elle a été 28 fois tout à fait limitée aux organes utérins et à leur voisinage immédiat, sans symptômes péritonéaux bien marqués.

Je n'ai donc pas observé, pour ma part, une prédominance aussi habituelle et aussi grande de la péritonite. En outre, dans le fait unique où je l'ai constatée comme seule maladie, elle a été ce que sont toutes les péritonites ordinaires, et n'a rien présenté du tout de spécial. Elle a été ce qu'elle est toujours quand elle se manifeste sous forme de phlegmasie secondaire; si dans les autres exemples la péritonite offre une apparence particulière, ce n'est pas qu'elle soit alors d'une nature spéciale, comme l'a dit M. Velpeau, ou d'une nature spécifique, comme l'a avancé l'autre disciple de l'école de Tours, c'est parce qu'elle est mêlée à un état qui modifie ses expressions, sans autre spécificité que l'influence du pus qui infecte le sang.

Je me livre tout entier comme vous voyez, mon cher maître, aux foudres de notre excellent ami M. Pidoux, dont je le lis encore en ce moment une sortie bien violente contre l'opinion que je soutiens. Tout en le lisant, je m'étonne du degré de confiance qu'il faut avoir en sa propre infaillibité pour parler, comme il le fait, des doctrines qu'on attaque. « Hors de cet esprit, s'écrie-t-il, après avoir énoncé une proposition tout au moins fort discutable sur les propriétés du système circulatoire, « hors de cet esprit la » métastase est une grossièreté qu'il est temps de laisser aux ma» trones. Elle suppose précisément ce qui est en question, le pus. » La phlébite injectant son pus dans le torrent circulatoire, et fai» sant ainsi une maladie de toutes pièces, mais c'était bon il y a » tantôt quarante ans! Aujourd'hui, nos Externes n'en veulent » plus. Échappant tous les jours aux naïvetés de la médecine » basée sur l'anatomie de Boyer; imbus déjà de quelques notions » d'embryologie, d'anatomie comparée, d'histologie qui font entrer » dans leur esprit la notion de la vie propre des parties à l'infini, » ils ne considèrent plus le système circulatoire comme une ma» chine à charrier passivement le sang et toutes les saletés qu'y » déverse sans se gêner l'humorisme, mais comme formant lui» même toutes les altérations dont il est susceptible dans l'im» mense réseau de ses cavités essentiellement solidaires..... »

Voilà, je l'espère, des aménités d'un goût bien épuré, et dans l'École..... comment l'appellerai-je?.... dans l'École..... Ma foi qu'il me le pardonne..... dans l'École de mon ami M. Pidoux on parle sec et même un peu cru. A-t-il bien en vérité grande autorité pour le faire. Qu'est-qu'il reproche donc à la doctrine de la phlébite, cette *grossièreté irremédiable, vieille de quarante ans,* etc., etc., etc. Il lui reproche tout bonnement, sous un langage hypothétique, de ne pas tenir compte de l'aptitude qui doit exister dans l'appareil circulatoire pour la formation purulente.

Mais, en vérité, est-ce que ce n'est pas là un peu comme le titre de la comédie de Shakespeare : *Beaucoup de bruit pour rien!* A quelque doctrine qu'on se rattache, on est obligé d'admettre que l'aptitude individuelle a un rôle capital dans la production de la maladie, et que cette aptitude se généralise dans les cas où une même forme morbide s'applique à un grand nombre d'individus en même temps, ce qu'on a appelé épidémie. C'est là un sous-entendu nécessaire. Si la maladie ne se produit pas, c'est que l'individu n'était pas apte à devenir malade. Tel individu a été pris de telle maladie, parce qu'il était apte à en être atteint. Il faut bien admettre cela, même quand on ne peut montrer ni comment ni pourquoi. La doctrine de la phlébite, comme toutes les autres, admet que les femmes qui sont prises d'un état de maladie après leurs couches, le sont parce qu'elles étaient aptes à devenir malades, que celles qui suppurent étaient aptes à suppurer, etc. Je l'admets tout à fait; seulement, je n'oserais beaucoup insister sur ce point, de peur de ressembler un peu trop à un frère d'armes de M. de la Palisse. Cette aptitude, tout le monde l'accepte, mais comme on accepte un fait principe, on se garde d'habitude de se prononcer sur ce qu'elle est; car on ne le sait pas. On sait seulement qu'il faut qu'elle soit. M. Pidoux veut qu'elle consiste en « une sympathie de suppuration entre le vaisseau malade et le reste du système vasculaire, » et ensuite « en des éléments congénères aptes à recevoir et à développer le ferment..... » En conscience, c'est là une pure supposition. Pour en faire une doctrine, il faut des preuves. Il faudrait démontrer qu'il existe, chez les femmes qui deviennent malades, une altération du sang antérieure à leur maladie; et bien entendu il ne s'agit pas ici de l'état de chloro-anémie rencontré dans la grossesse, lequel ne fait question pour personne, mais n'a nullement trait au point qui nous intéresse ici. Il faudrait dire en quoi cette altération consiste, et comment elle explique le développement de la maladie. Mon bon ami M. Pidoux affirme que cela est, qu'il y a des sympathies, des éléments congénères; et, pour le dire en passant, quand il affirme cela, il se range tout à fait du bord des essentialistes, auxquels il fait parfois aussi la grosse voix; moins grosse toutefois que celle qu'il emploie pour gourmander « ces grossiers anatomistes de » l'anatomie descriptive, même générale, laquelle est mortelle à » la médecine, et ces grossiers humoristes. » Mais cet état du sang, rempli d'éléments congénères aptes à recevoir le ferment, démontrez-le donc, fût-ce même avec votre anatomie d'évolution. Quand vous voulez pénétrer plus avant et analyser le fait principe, vous manquez de tout moyen de contrôle et de tout élément de démonstration; vous remuez de pures hypothèses, auxquelles les esprits grossiers ont le droit de demander, sous la forme la moins grossière qu'il leur est possible, comment elles entendent devenir des preuves, elles qui prétendent faire passer un fait inexpliqué à l'état de doctrine, c'est-à-dire à l'état d'explication précise.

Nous autres partisans de la phlébite, nous ne pensons pas que l'appareil circulatoire soit seulement destiné à charrier passivement le sang et toutes les *saletés* qu'y déverse sans se gêner l'humorisme (autre aménité de notre honorable ami); mais avouer que nous n'avons pas trop tort de croire que la *phlébite non coagulante, suppurée* puisse introduire dans la masse sanguine du pus ou quelques-uns de ses éléments, puisque vous lui faites jouer vous même un tel rôle. Ne dites-vous pas plus loin :

« Quand la disposition pyogénique du sang existe, et qu'une » phlébite non coagulante et suppurée introduit dans la masse » prête pour la fermention purulente du pus ou quelques-uns de » ses éléments, cette sorte d'inoculation du sujet par lui-même » peut aggraver la fièvre..... Mais l'imprégnation produite par le » pus d'une veine suppurante....... suppose deux choses inséparables : d'abord une sympathie de suppuration entre le vaisseau » malade et le reste du système vasculaire; ensuite, des éléments » congénères aptes à recevoir et à développer le ferment et la » semence.....: L'unité de la fièvre puerpérale est inconcevable » sans leur réunion. »

Comme vous le voyez, mon cher maître, cela veut dire tout simplement, si nous dépouillons la pensée de M. Pidoux de sa forme purement hypothétique, que la phlébite suppurée détermine l'infection purulente chez les individus aptes à la subir. J'ajouterai, d'ailleurs, que je ne suis nullement soucieux de sauvegarder l'unité de la fièvre puerpérale, moi qui ne l'accepte pas à titre d'entité morbide.

Cette si vieille doctrine de la phlébite n'a pas, du reste, tous les torts que M. Pidoux met à son compte; il aurait peut-être dû ne pas lui prêter d'idées fausses qu'elle ne formule nulle part, et mettre envers elle d'autant plus de délicatesse à bien l'interpréter qu'il s'adresse à une grossière personne : « Elle suppose, dit-il, » précisément ce qui est en question, le pus. » Mais permettez, elle ne le suppose pas, elle le montre. Qu'est-ce donc qui se forme dans les veines du bras après une saignée malheureuse, si ce n'est du pus, et cela même alors qu'aucun phénomène d'infection purulente ne se manifeste. C'est si bien du pus, qu'on est obligé de lui donner issue dans ces cas d'abcès intra et péri-veineux, lesquels, pour le dire en passant, éclairent sensiblement sur la formation des abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque, produits par le même mécanisme, comme j'ai pu le constater.

L'inflammation de la veine peut donc, comme toute inflammation, produire du pus localement. Mais cela ne prouve pas qu'il y ait une disposition pyogénique générale. Maintenant, en vertu de circonstances tout à fait inconnues que vous appellerez sympathies de suppuration, présence d'éléments congénères, mots qui cachent fort mal une ignorance absolue, en vertu, dis-je, de circonstances sur lesquelles je dis moi, bien naïvement, que je ne sais rien, que je ne connais rien, il arrive que la maladie, loin de se limiter, comme dans le premier cas, à une adhésion des parois, loin de circonscrire le pus comme dans le second, permet le mélange de ce liquide avec le sang. Cela est un troisième fait d'un ordre différent, comme les symptômes qui se manifestent alors sont différents des premiers. Mais le pus, localement produit par le fait d'une inflammation locale, n'est pas une supposition; c'est une réalité et même une réalité bien mieux démontrée que vos sympathies et vos éléments congénères.

Je sais bien que mon excellent ami, M. Pidoux, dans son paragraphe LXVIII, cherche à établir l'innocuité relative et presque absolue des injections de pus dans les veines d'un animal sain et trouve que cette injection ne détermine pas une maladie mais « un simple accident plus ou moins intense, quand toutefois » elle détermine quelque chose. » J'avoue, moi, qui ai l'esprit grossier et encore empreint de naïvetés et qui suis peut-être « ahuri par le Baconisme, » qu'en voyant les expériences de MM. Ducrest et Castelnau, expériences précises et non hypothétiques, je suis loin d'être si fier envers la pénétration du pus dans « le torrent de chair coulante. » Je ne m'exposerais pas sans une certaine crainte à cet accident, et malgré ma confiance en M. Pidoux, je serais bien malheureux si mon excellent ami, plein de conviction dans cette innocuité des injections purulentes, m'offrait de l'aider dans une expérience qu'il tenterait sur lui-même, dût-il même n'injecter dans ses veines que ce pus que MM. Vulpian et Tarnier prétendent ne pas être du pus véritable.

Il faut bien remarquer en outre que, dans la doctrine de la phlébite, le pus qui s'est produit localement, est développé spontanément, par le fait d'un état de maladie; cela rentre bien dans la spontanéité et dans la succession de phénomènes que réclame M. Pidoux pour faire une maladie; cela pourrait aider à comprendre la rapidité des accidents ultérieurs, sans « manquer pour cela de tenue et d'estime pour nos principes. » Mais cela ne démontre pas le moins du monde l'altération générale du sang et même de l'organisme tout entier que mon honorable ami admet comme un fait positif et nécessaire.

Je m'arrête, car certainement il faudrait refaire beaucoup d'articles à propos de beaucoup de paragraphes de M. Pidoux. Il s'est donné bien de la peine, il me semble, pour se trouver d'une opinion qui ne soit ni l'une ni l'autre de celles qu'il voyait reproduire. J'ai quelque crainte qu'il ne se soit fait illusion à lui-même. Il ne s'est pas placé, ce me semble, dans la position que vous avez assignée, mon cher maître, à un de nos bons collègues, un pied dans chaque camp, mais en voulant se tenir en équilibre entre les deux, j'ai peur qu'il ne soit tout bonnement tombé tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre. Ce sur quoi je me permets d'insister, c'est sur la nécessité de ne pas être si dur à ses voisins, quand il pourrait se faire qu'on ait peut-être besoin d'un certain degré d'indulgence pour soi-même. Avec une telle forme de discussion, Dieu sait ce qu'on serait amené à dire si on se mettait au diapason de notre excellent collègue. Je souhaite beaucoup, au reste, que ses Externes qui ne veulent plus des grossièretés si rétrogrades et si vieilles de la phlébite avec infection purulente, et qui les laissent aux matrones, se tirent plus facilement de sa doctrine; il est vrai qu'ils ont, pour y arriver, « quelques notions d'embryo» logie, d'anatomie comparée, d'histologie, faisant entrer dans » leur esprit la notion de la vie propre des parties à l'infini. »

Au point où je suis arrivé après toutes les remarques qui précèdent et que j'ai déduites de l'examen seul des faits, je crois qu'il m'est permis, mon cher maître, de répéter ce que j'avais l'honneur de vous dire en commençant ces lettres, savoir : *que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie, qu'ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales et que la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle.*

Tous ces accidents et toutes leurs complications sont de tous points semblables à ceux que pourrait déterminer une opération chirurgicale pratiquée sur l'utérus. Quant à refuser aux phénomènes qui s'accomplissent à l'intérieur de l'utérus au moment de l'accouchement toute similitude avec une plaie utérine, j'avoue que je ne vois rien qui s'oppose à cette désignation, surtout au point de vue qui nous occupe. Est-ce que les vaisseaux si nombreux qui se trouvent au niveau de l'insertion du placenta ne se déchirent pas lors du détachement de ce dernier? Est-ce que les sinus ne restent pas divisés et même parfois béants à ce niveau? Est-ce que la surface interne de l'utérus tout entière n'est pas en quelque sorte dénudée? On nous dit bien que l'on a fait observer que le fruit mûr se détache sans laisser de plaie sur la branche qui l'a porté. Mais en vérité cela n'a jamais pu passer pour une remarque sérieuse, et cela est très peu applicable au sujet qui nous occupe? C'est purement un abus d'analogie, c'est purement une phrase, c'est purement un rapprochement spécieux, et malgré cela la rupture des vaisseaux au niveau du placenta n'en est pas moins très réelle, et l'état de l'intérieur de l'utérus n'en doit pas moins être pris en très sérieuse considération.

Les points qui sont relatifs à l'étiologie de la maladie ont été bien diversement débattus. Je dois avouer, après l'examen des diverses opinions émises dans la discussion, qu'il n'en ressort pour moi rien de clair, rien de démontré. Du reste, cela ne m'étonne nullement, car il n'y a que les points obscurs qui soulèvent les controverses, parce qu'il n'y a qu'eux qui n'admettant pas de moyens de démonstration très évidents, permettent de substituer des fantaisies sous forme d'hypothèses plus ou moins inacceptables, à la saine et rigoureuse interprétation des faits.

Ceux que j'ai observés m'ont-ils éclairé sur cette partie du sujet?

De tous ces points étiologiques la contagion est certainement celui qui a le plus appelé l'attention. Cela est tout simple, car, d'une part, la démonstration de la contagion ou de la non contagion conduit à des indications précieuses pour la prophylaxie. D'autre part la contagion, si elle était une fois démontrée, constituerait un grand argument en faveur des essentialistes. Aussi est-il certains d'entre eux qui la tiennent pour démontrée d'une façon invincible sans l'avoir établie cependant le moins du monde. Jusqu'à présent elle est sortie bien amoindrie de la discussion. Dans la collection de faits que j'ai été à même de relever, aucun n'est venu montrer une contagion évidente ou même n'a été de nature à me la faire soupçonner. Des femmes sont restées d'habitude indemnes à côté des pauvres voisines mourantes ; la maladie éclatait sur les points les plus opposés de la salle : nous n'avons même pas vu de ces coïncidences par suite desquelles certains lits semblent plus habituellement frappés que d'autres. Nous n'avons rien remarqué touchant cette influence si délétère attribuée aux autopsies. J'ai perdu en ville des malades alors que je n'en avais aucune à l'hôpital, et alors que je n'avais par conséquent fait aucune autopsie. Je n'ai donc pas même vu de ces coïncidences dont mon honorable ami M. Depaul à l'Académie a fait, bien à tort selon moi, des exemples de contagion. Nous n'avons pas même vu que ce mode de développement de la maladie pût être invoqué dans les cas où existait la forme de pourriture d'hôpital que j'ai décrite. Là, pas plus que dans les opérations de fistules venio-vaginales sur lesquelles cette complication a été si bien observée par

mon excellent maître M. le professeur Jobert de Lamballe, elle n'a paru contagieuse.

Les saisons, les variations de température ne m'ont rien offert non plus que je pusse noter, non plus que l'encombrement, comme j'ai eu l'honneur de vous le faire voir plus haut. Non, la cause en vertu de laquelle à un moment donné les femmes, au lieu de voir toutes leurs couches suivre une marche régulière, étaient prises d'accidents presque toutes, cette cause, dis-je, nous a toujours complétement échappé. La différence des faits observés prouve bien qu'il y a une influence variable, mais en quoi consiste-t-elle? Je l'ignore complétement; c'est là ce qu'un auteur a appelé la spécificité; je me suis prononcé sur cette désignation. Je dis tout simplement je ne sais pas, et je crois très fermement que cette ignorance ne m'est pas personnelle, mais je la confesse en toute humilité. Le seul point que j'aie pu relever c'est la coïncidence habituelle d'accidents analogues dans les salles de chirurgie de l'hôpital, bien que les pavillons à Beaujon soient très isolés les uns des autres, et la coïncidence des épidémies semblables dans les hôpitaux spéciaux, avec la répétition des manifestations maladives dans mon service.

Les manœuvres violentes, la version, l'application du forceps, la délivrance par introduction de la main, la très grande longueur du travail figurent pour une part assez considérable au nombre des circonstances qu'on peut invoquer comme ayant paru favoriser le développement des accidents; mais il faut bien noter toutefois que ceux-ci ont existé aussi en dehors de ces circonstances particulières.

J'arrive au traitement, et ici, mon cher maître, je vous demande la permission de vous faire remarquer qu'il ne faut pas prendre, pour juger la valeur de ce que je vais dire, les chiffres de mortalité que je présente. La statistique que j'ai donnée est de la plus grande exactitude. Ce n'est pas une de ces statistiques de la ville, ces billevesées sans valeur dont l'Académie elle-même sait bien l'inanité, elle qui a eu tant de peine à formuler un règlement pour la constatation de la cause des décès, règlement dont l'efficacité reste très problématique. Les chiffres que je produis je les ai donnés avec une pleine franchise, ce premier devoir scientifique, mais il faut bien remarquer que dans tout le cours de mes observations je ne marchais pas sur un terrain connu, je n'avais pas la netteté d'allure qu'on prend dans des circonstances bien appréciées. Je procédais à une étude et j'avais à subir les hésitations, les doutes, la peur de l'exagération. Cette dernière surtout m'a beaucoup gêné et m'a beaucoup nui. Voici comment.

J'ai promptement acquis la conviction, que je conserve, que le traitement des accidents dont les femmes en couches sont atteintes, n'était possible que tant qu'elles n'avaient pas éprouvé le frisson qui, selon l'école de la Maternité, indique le début de la maladie, et, selon moi, le début de l'infection purulente; une fois cette terminaison survenue, on a beau panser les femmes, Dieu les guarit rarement, si jamais même il les guarit. C'est avant cette terminaison de la maladie, qu'il faut agir et agir énergiquement, afin de l'empêcher. C'est pour arriver à ce but, que la connaissance du signe local me paraît véritablement très utile au point de vue pratique. Une fois qu'on le constate, il faut agir nettement.

Le premier moyen auquel je me suis adressé, ce sont les émissions sanguines locales; elles doivent être vigoureusement menées. Quarante à soixante sangsues doivent être appliquées sur le ventre, vingt à trente de chaque côté. On doit y revenir coup sur coup, c'est-à-dire ne pas attendre vingt-quatre heures pour y revenir, quand la première application n'a pas diminué nettement la douleur et le gonflement. J'ai posé, à certaines femmes qui offraient ainsi des accidents graves et des plus menaçants, jusqu'à cent cinquante ou deux cents sangsues en deux ou trois jours, et je les ai vues guérir. Il faut certaines précautions dans l'emploi de ce moyen. D'abord, il importe de le mettre en œuvre de bonne heure, sans marchander; ce ne sont pas les accidents présents qu'il faut avoir en vue quand on agit, mais bien ceux qu'on doit redouter. Telle femme n'avait aucun phénomène fébrile, mais présentait un gonflement très marqué de l'une des annexes à laquelle j'ai fait de larges applications de sangsues. Les femmes en couches les supportent mieux qu'on ne le pense et surtout que ne le dit l'école de la Maternité. Il a été bien rare que ces émissions sanguines locales, même très abondantes, aient diminué sensiblement la sécrétion lactée ou l'écoulement des lochies. Ces deux phénomènes ont toujours persisté pendant l'emploi de ce moyen, qui même, dans certains exemples, a paru favoriser les deux sécrétions. L'anémie est le seul résultat fâcheux de l'emploi des émissions sanguines; elle survient assez vite, et d'autant plus vite qu'elle existe déjà toujours plus ou moins chez les femmes, par le fait de la grossesse. Mais qu'est-ce que l'anémie en présence du danger terrible qui menace les femmes, et qui de nous n'accepterait pas leur guérison au prix même d'une anémie profonde? J'ajouterai que cette anémie disparaissait assez facilement sous l'influence des préparations ferrugineuses.

Il importe aussi beaucoup, tout en faisant ces émissions sanguines locales, de soutenir les forces de la femme. L'alimentation doit être assez rapidement menée, à moins d'indications contraires : le premier jour, je prescris deux bouillons et deux potages; le second jour, souvent une portion, puis, les jours suivants, deux et même trois portions.

Enfin si le frisson se manifeste, il faut cesser complétement toute émission sanguine. Elles seraient plus nuisibles qu'utiles. J'ai constaté plusieurs fois ce triste résultat, alors qu'au milieu du découragement que me donnait le frisson que je n'avais pu empêcher, je cherchais les moyens d'action qui m'échappaient.

J'ai employé les émissions sanguines locales sur 475 femmes en dehors de celles que j'ai vues succomber, sur lesquelles 132 ont présenté des phénomènes très graves, et ont dû subir des applications de sangsues nombreuses et répétées. Un nombre assez considérable d'entre elles, j'en suis parfaitement convaincu, auraient succombé sans ce traitement très énergique. Elles étaient prises en même temps que d'autres qui succombaient, et alors que le nombre des femmes malades était très considérable en ce même moment. Sur les 343 autres femmes qui ont éprouvé des accidents plus légers ou plus promptement arrêtés, j'ai certainement appliqué des sangsues à des femmes qui auraient vu leur gonflement peu prononcé se dissiper seul et sans traitement, et qui n'auraient jamais éprouvé d'accidents graves. Je suis pleinement convaincu de ce fait, je l'avoue bien hautement, mais comme au début de ces accidents locaux, il est tout à fait impossible d'affirmer ce qui surviendra ultérieurement; comme rien ne dit quel exemple se bornera à un gonflement local peu douloureux capable de disparaître facilement et spontanément, quel autre ira plus loin, et par un développement successif des accidents aboutira à une terminaison funeste, comme rien, dis-je, ne peut éclairer sur ce point, l'expérience m'a prouvé la nécessité d'agir énergiquement et de ne pas perdre un temps précieux, perte cruellement irréparable, surtout quand l'action exercée n'a pas grand inconvénient réel, principalement si on compare ses effets aux dangers qu'il s'agit de conjurer.

C'est cependant ici que bien des fois des scrupules sont venus m'assaillir, et que, dans plusieurs exemples, j'ai perdu moi-même le temps que je conseille si nettement de mettre à profit. La femme disait qu'elle n'avait aucune douleur, les sangsues précédentes avaient diminué le gonflement, j'espérais que le reste pourrait probablement se dissiper spontanément sous l'influence du moyen employé. Enfin, j'avais peur de m'attacher moi-même trop aveuglément à une idée, de devenir en quelque sorte monomane sur ce point, et de me faire illusion sur la nécessité d'un moyen assez dur à employer avec cette suite.

Il faut, en effet, un certain courage pour mettre des sangsues à une femme en couches, quand déjà soixante ou quatre-vingts ont été appliquées et quand les accidents sont en voie décroissante. Ce courage, il faut l'avoir, car les accidents reviennent vite s'ils ne sont pas tout à fait dissipés. Dans bien des cas, j'ai amèrement regretté d'avoir trop bien espéré du succès et d'avoir laissé surgir toutes mes hésitations. Il est tout aussi funeste de cesser trop tôt le traitement que de le commencer trop tard. Dans toutes ces appréciations, il faut se guider sur le gonflement au moins autant que sur la douleur. Beaucoup de femmes, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, cachent la douleur qu'elles éprouvent et très fréquemment j'ai entendu les malades confesser que, la veille, elles éprouvaient, au niveau du gonflement constaté, une douleur très vive que les sangsues avaient enlevée, bien qu'elles eussent nié énergiquement la veille la réalité de la douleur par peur de celles que pourraient causer les sangsues.

Il faut donc ne pas être trop ménager d'applications sanguines locales. Je les préfère de beaucoup aux émissions générales que j'ai essayées une ou deux fois, mais qui m'ont paru déprimer bien vite les femmes sans grand bénéfice pour l'état local. Je préfère également les sangsues aux ventouses souvent douloureuses et plus souvent mal appliquées dans nos hôpitaux, où on n'obtient pas toujours la quantité de sang désirable. Avec les sangsues, il faut, au contraire, être prévenu de l'inconvénient opposé, elles saignent souvent beaucoup trop, et il faut bien surveiller ce point.

A l'emploi des émissions sanguines locales j'ai été conduit à joindre promptement l'usage des frictions mercurielles et celui de larges vésicatoires sur le ventre, sans savoir que telle était la conduite de mon honoré maître M. le professeur Velpeau. Les premières ont de grands avantages et on est à peu près sûr de la guérison quand la salivation se déclare, car les femmes frappées assez durement pour en mourir plus tard ne salivent pas ordinairement. Le frisson de l'infection bien déclaré vous n'aurez presque jamais de salivation. Sous l'influence de ce moyen employé comme adjuvant des émissions sanguines locales, la guérison m'a paru beaucoup plus rapide et plus sûre que chez des femmes qui ont guéri cependant sans l'emploi du moyen, mais avec des traverses bien dangereuses et dans un temps beaucoup plus long. Si les frictions mercurielles ont un grand avantage, elles ont dans nos hôpitaux un inconvénient terrible, elles tuent presqu'à coup sûr les enfants si les mères continuent de les allaiter, et en temps d'épidémie une nourrice dans une salle serait bien insuffisante. La charité des femmes bien portantes qui allaitaient avec leur propre enfant ceux des voisines malades nous a souvent tiré d'embarras, mais souvent nous avons bien amèrement déploré l'absence d'une nourrice, la mauvaise qualité du lait fourni dans le service et les rigueurs du budget administratif. La dose des frictions doit être très élevée. Je partage pleinement sur ce point l'opinion de mon illustre maître. On avait l'air dans un journal de lui reprocher ses hautes doses dont on étalait le tableau. Celui qui lui faisait ce reproche n'a probablement jamais été aux prises avec les difficultés cliniques. Cela est très facile à dire dans son cabinet quand on aligne toutes choses au bec de sa plume, mais sur le terrain la chose est moins lissée, moins polie, on sent parfaitement qu'il faut aller vite pour échapper aux dangers de l'infection qui menace et qui vous envahit souvent malgré toutes les précautions possibles.

Les frictions sont continuées même après l'application du vésicatoire sur l'abdomen et cela n'est pas bien difficile, bien que le même journaliste ait demandé comment cela pouvait se faire. Les frictions sont continuées sur les cuisses, sur les flancs, sous les aisselles et le vésicatoire est appliqué sur l'abdomen. Mais il faut bien observer une précaution pour l'emploi de ce dernier moyen. Jamais le vésicatoire ne devra être placé au niveau des plaies des sangsues, ni au niveau des points où les téguments abdominaux sont très relâchés chez certaines femmes.

Pour avoir négligé cette précaution, dont il faut prévenir les élèves, j'ai vu, notamment chez une femme, une gangrène de toute la largeur du ventre qui, par bonheur, a guéri chez elle, mais qui n'en a pas moins constitué un accident dont j'ai été très malheureux et qui eût pu avoir des suites fâcheuses.

Je n'ai jamais vu de bons effets du calomel à l'intérieur, même à doses fractionnées, destinées à aider à la salivation. Il a le grave inconvénient, selon moi, d'aider à la diarrhée, laquelle ne survient toujours que trop tôt, car elle m'a toujours paru un phénomène du plus déplorable augure. Contre elle, lorsqu'elle existe, je crois que les préparations opiacées en lavement, aidées, dans les cas les plus rebelles, de quelques doses très légères de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer également en lavements, sont les moyens les plus appropriés. J'ai joint l'opium par la bouche dans quelques cas.

J'ai dit plus haut que je reviendrais sur ce qu'a écrit M. Mattei. C'est là une parole dont l'expérience ultérieure m'a montré toute l'imprudence. Quand j'ai commis la faute de la prononcer, j'avais devant l'esprit, non pas son opinion sur le fond de la maladie, mais ce qu'il dit de l'emploi du seigle ergoté comme moyen préventif. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, j'ai commencé par là, et loin d'arriver aux mêmes résultats que lui, j'ai cru constater que les femmes se trouvaient mal de l'emploi de ce moyen. Il m'a paru éveiller la douleur, et il a été parfois le signal des accidents locaux. C'est au moins ce que j'ai vu, mais j'ai peut-être mal vu; cependant je ne l'emploie plus.

Je n'ai eu que rarement recours aux bains, il y a, à l'hôpital, quelques difficultés d'application pour l'emploi de ce moyen. Il faut transporter la malade et nous ne sommes jamais sûrs qu'elle ne prendra pas froid. Un service bien entendu devrait comporter une salle de bains directement contiguë à la salle elle-même, autrement le danger surpasse les avantages possibles.

Voilà, mon cher maître, les moyens que j'ai mis en œuvre; ils m'ont paru très utiles. Je crois leur emploi préventif indispensable, et c'est un des points pour lesquels la découverte du signe local que j'ai indiqué m'a paru surtout important. Je ne prétends pas qu'on jugulera toujours la maladie, mais je crois fermement que j'aurais perdu plus de femmes si je n'avais pas su reconnaître aussi vite leur état de maladie. On m'opposera, je le sais, le chiffre de mortalité de mon service, mais, je le répète, j'ai souvent agi avec l'hésitation d'un novice. Enfin, tout en croyant à l'efficacité de ces moyens, j'en accepterais d'autres si on me démontrait leur supériorité, et, quels qu'ils soient, il faut encore savoir que, pour cette maladie, comme pour tant d'autres, la généralisation à l'état épidémique rendra souvent tout traitement inefficace.

Quant à la période d'infection, rien n'y fait. Empêcher sa venue, voilà le problème. Quand elle existe, pour moi, tout est fini.

Je m'arrête ici. Que de choses, mon cher maître, je dois mettre de côté sur les terminaisons de la maladie qui nous occupe, par abcès éliminés au dehors selon diverses voies; sur les accès intermittents qu'on observe chez certaines femmes pendant la couche; sur la néphrite sub-aiguë, qu'on constate sur plusieurs d'entre elles, et qui peut-être pourrait être rapprochée des cas d'albuminurie; sur l'état des urines; même sur la fièvre de lait, accident bien parfaitement physiologique et qui ne me paraît pas une dépendance de la prétendue fièvre puerpérale, et enfin sur un ou deux autres points de détails. Mais il faut finir, j'ai peut-être même abusé de votre attention.

J'avais surtout en vue d'établir ce que les faits m'avaient démontré, à savoir que la fièvre puerpérale des auteurs spéciaux n'existe pas. Je ne fais aucun doute de le croire et je n'hésite pas à le dire.

Je ne crois pas que cela soit inutile, quand on le dit les faits à la main. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'après une discussion, tout le monde garde toujours son opinion. C'est d'abord une remarque peu polie pour l'esprit de ceux à qui on s'adresse, que l'on suppose murés à la vérité par leur entêtement sans limites, et ensuite je crois fermement au triomphe des idées justes. Il faut quelquefois de la patience et du temps dans la lutte qu'elles ont à soutenir avant d'être acceptées pleinement, mais leur succès est assuré pour l'avenir. Ce qui est vrai a toujours le dessus et si des opinions préconçues, des positions prises cherchent à enterrer une vérité, les jeunes générations sont là pour la mettre en lumière et pour l'adopter.

Pour moi, je crois être dans le vrai. Qu'on me prouve cependant que j'ai tort, mais par des preuves et non par des affirmations, par des faits bien observés et non par des hypothèses alambiquées dans le silence du cabinet, et la doctrine que je soutiens n'aura pas de plus vif adversaire que moi. Je me suis jeté dans l'étude de ces faits pour chercher la vérité, où on me la montrera, sur ce point comme sur tout autre, j'irai, quelque pénible ou quelque compromettant que soit le chemin.

Et maintenant, bien cher maître, laissez-moi vous remercier de cœur d'avoir bien voulu recevoir ces lettres et de les avoir

reçues avec la bonté que vous avez bien voulu me témoigner. Chemin faisant, j'ai différé d'opinion avec vous sur plusieurs points, et je l'ai dit, je savais bien que je pouvais le dire, et que vous aimiez avant tout la franchise des opinions, ce gage de la franchise des amitiés. Vous avez, à propos de ces petites dissidences, redoublé les expressions de votre bienveillance avec la bonne grâce que vous savez mettre dans les manifestations de cette nature. Cela ne m'a pas étonné le moins du monde, mais je tiens à ce qu'on sache bien que vous avez agi ainsi. L'exemple est quelque peu rare et il prouve une fois de plus toute la liberté comme toute l'étendue de votre esprit, en même temps que cela m'est un honneur d'avoir été l'objet et l'occasion de cette marque de votre supériorité sur beaucoup d'autres.

Veuillez agréer, mon cher maître, avec l'expression de toute ma profonde gratitude, l'assurance de mon bien entier et bien affectueux dévouement.

Bien à vous de cœur,

BÉHIER.

HYDROLOGIE.

NOTES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES HABITUELLEMENT TRAITÉES A L'ÉTABLISSEMENT HYDRO-MINÉRAL DE POUGUES;

Par le docteur DE CROZANT, médecin-inspecteur.

DU DIABÈTE SUCRÉ (1).

OBS. I. — *Diabète sucré. — Congestion du foie. — Guérison.*

La nommée P..., âgée de 47 ans, ne peut donner aucun renseignement sur ses père et mère, qui sont morts loin d'elle. Elle habite Fourchambault depuis six ans; elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de la suppression des menstrues, qui eut lieu il y a six ans d'une manière brusque. Elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis six ans elle a éprouvé une série de malaises qu'elle a rattachés à la cessation de ses règles et pour lesquels elle n'a fait aucun traitement : des maux de tête, d'estomac, des digestions pénibles, un appétit tantôt violent, tantôt nul, de la constipation et surtout une grande faiblesse. Il y a deux ans, à la suite d'une jaunisse traitée par les purgatifs, et qui dura un mois, elle éprouva du pyrosis, et l'appétit reparut. Cependant elle ne se sentait pas remise; elle était toujours très lasse et avait toujours une grande soif et la bouche sèche.

Elle vint me consulter au mois d'octobre 1854, et je constatai l'état suivant : embonpoint modéré, la peau est flasque et indique que la malade a maigri; la face est un peu jaune, les conjonctives ont également une teinte jaunâtre; les yeux sont ternes, et la malade se plaint de ne les avoir plus très bons; les lèvres sont sèches, la salive est rare, la peau est sèche et ne se couvre jamais de sueurs. L'appétit est très bon, sans être désordonné, la soif très vive. Sept à huit litres de liquides peuvent à peine la satisfaire. Les digestions sont longues, pénibles, accompagnées de beaucoup de flatuosités. La nourriture consiste en pain, pommes de terre, haricots, salade, quelquefois un peu de viande, nourriture de presque tous les ouvriers. Les garde-robes sont rares et assez colorées; la sécrétion urinaire est très abondante; elle dit uriner presque autant qu'elle boit, c'est-à-dire sept à huit litres. Le ventre est un peu développé, souple dans toute son étendue; la percussion donne un son mat dans la région du foie, à trois travers de doigt au-dessous des fausses-côtes; et à la région épigastrique, en palpant, on sent très aisément le foie hypertrophié et occupant la circonscription indiquée par la matité du son; la pression n'est pas douloureuse. Les bruits du cœur sont développés, mais sans bruit anormal aux carotides des deux côtés, bruit de souffle; elle ne tousse ni ne crache; la respiration se fait très bien dans les deux poumons; la résonnance est parfaite sur tous les points de la poitrine. La malade se plaint de maux de tête, de pesanteurs, d'étourdissements assez fréquents.

Les urines sont claires, limpides; traitées par l'eau de chaux, elles prennent une teinte caramel foncé.

Le diagnostic n'était pas douteux; cependant je désirais avoir l'avis d'un confrère pour le traitement à suivre, et j'envoyai la malade consulter M. le docteur Senelle, diabétique lui-même.

Les urines furent examinées avec plus de soin par un pharmacien, M. Rateau, qui constata la présence d'une grande quantité de sucre dans l'urine : à peu près 50 grammes pour un litre.

Nous convînmes, M. le docteur Senelle et moi, de négliger pour un moment le diabète et de ne nous occuper que du foie, dont l'état maladif pouvait jouer un rôle dans les accidents nouveaux accusés par la malade.

Elle eut une application de quinze sangsues à l'anus, qui fut répétée au bout de huit jours. Elle fut mise à l'usage du bicarbonate de soude et de l'eau de Pougues ensuite. Elle prit des bains alcalins tous les deux jours. Quant au régime, il fut impossible de lui en faire suivre un. J'augmentai seulement son alimentation dans les limites de mes pouvoirs comme médecin des usines et lui fis donner 2 kilogrammes de bœuf par semaine.

Elle vint me revoir au bout d'un mois; elle était complétement guérie. Le foie avait repris ses dimensions normales, et les urines, traitées par la potasse, ne décelèrent aucune trace de sucre. Elle accusait cependant toujours un peu de lassitude, un peu de faiblesse de la vue, et la face conservait une teinte légèrement ictérique.

Elle passa tout l'hiver en bon état, et retomba malade au mois d'avril. Comme précédemment, le foie avait beaucoup augmenté de volume; elle buvait deux à trois litres en vingt-quatre heures, et rarement entre les repas; les urines sont de deux litres seulement. Cependant, les urines que je fis examiner, malgré l'absence des signes diabétiques, donnèrent une très grande proportion de sucre : 80 grammes par litre. Je fis faire une saignée de 250 grammes le matin; le sang fut immédiatement examiné par le réactif de Frommerhz, après avoir été préalablement étendu d'eau distillée, filtré, traité par le charbon animal, et filtré de nouveau. Je n'obtins aucune trace de sucre. Elle suivit, en outre, exactement le même traitement que la première fois, et comme la première fois, au bout d'un mois les accidents avaient disparu, et pour ne plus reparaître. J'ai revu cette femme cette année; elle se plaint, depuis l'automne de 1856, de troubles gastriques, de défaut d'appétit, de mauvaises digestions, de lassitude extrême; elle est plus jaune qu'autrefois; le foie est développé de nouveau, de manière à saillir à la région épigastrique et au-dessous des fausses-côtes; les urines, examinées deux fois en quinze jours, ne présentent pas la plus légère trace de sucre.

OBS. II. — *Diabète. — Congestion du foie.*

M. S..., docteur en médecine, âgé de 55 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux, souffre depuis longtemps d'un désordre des voies digestives, qu'il a combattu par une médication locale (sangsues et cautères) des plus actives et par un régime de viandes blanches et de légumes aqueux extrêmement sévère. Il s'était remis, ou du moins ses digestions se faisaient assez bien depuis cinq ou six ans, lorsqu'en 1853 il recommença à souffrir. Ce fut à cette époque qu'il me fit l'honneur de me consulter.

Il y avait encore de l'embonpoint, quoique les jambes eussent beaucoup maigri. La peau était sèche, les sens intacts, la face et les conjonctives un peu jaunes, la langue rosée, humide, la bouche un peu amère le matin; jamais de vomissements, quelquefois de la chaleur le long de l'œsophage, appétit bon, digestions très lentes, très difficiles, avec flatuosités, quoique le malade mange le moins qu'il peut. Douleur assez vive au creux épigastrique, s'étendant vers l'hypocondre droit; cette douleur est intermittente, se fait sentir tous les deux ou tous les cinq ou six jours, durc quelquefois une demi-heure, quelquefois toute une journée. C'est une douleur sourde, incessante, tant que dure la crise et qui n'est point enlevée par la digestion. Au creux épigastrique on sent une tumeur plate, sans bosselure, se continuant avec le foie, qui descend de 6 centimètres au-dessous des fausses-côtes. La pression est un peu douloureuse; constipation. Il est probable qu'à ce moment notre honoré confrère n'observa rien d'extraordinaire dans la quantité de sa boisson ou de son urine, car il ne m'en parla point. Le diagnostic n'était pas douteux : il y avait affection du foie et des symptômes de dyspepsie consécutive à la congestion du foie. Le malade, malgré mes observations, ne voulut rien changer à son régime trop sévère, dans la crainte d'une lésion organique de l'estomac que rien ne légitimait.

Trois mois après il m'apprit que s'étant aperçu par hasard que son urine était poisseuse et tachait le drap en blanc, il l'avait fait analyser, et qu'on y avait constaté la présence du sucre. Ses urines n'étaient cependant pas très abondantes : deux litres à peu près dans la journée. Il buvait avec plaisir, mais sans soif extraordinaire, un litre ou un litre et demi à ses repas. La bouche n'était pas sèche; rien à noter du côté des organes génitaux. J'examinai de nouveau l'abdomen et je trouvai le foie dans les mêmes conditions que précédemment.

Il partit pour Paris, fit examiner son urine, où l'on trouva 25 grammes de sucre par litre, et consulta M. Bouchardat, je crois. Il lui fut ordonné de modifier son régime, mais il le fit de la manière la plus exclusive et la plus préjudiciable. Cet homme, qui ne vivait que de viandes blanches, que de légumes aqueux assaisonnés au beurre ou à la crème, qui ne buvait que de l'eau à peine rougie, se mit tout à coup à vivre de porc, de filets de bœuf, de gigots de mouton, buvait une bouteille de Bordeaux à ses repas, prenait du café, de l'eau-de-vie, et proscrivait de sa table le pain et les légumes. Un semblable régime ne pouvait qu'être fatal à notre honoré confrère, qui ne tarda pas à succomber subitement à un épanchement cérébral.

(La fin prochainement.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 et 25 mai.

COURRIER.

Un grand nombre d'officiers de santé militaires de la place et de l'armée de Paris s'étaient proposé d'offrir un banquet à l'honorable M. Bégin, président du Conseil de santé des armées, qui est arrivé au terme de sa carrière officielle. Une commission, composée de MM. Michel Lévy, baron Larrey, Hutin, Ceccaldi, Godard (de Versailles), Laveran, Poggiale, Vergesse (de la gendarmerie), Masse (82e de ligne), de Guillin (voltigeurs de la garde), Guérin (garde de Paris), et représentant ainsi tous les grades de la hiérarchie médico-militaire, s'était chargée du soin de préparer cette fête de famille que Son Excellence M. le maréchal Vaillant s'était empressé d'autoriser.

La modestie de M. Bégin s'est refusée à cette manifestation; il a adressé au président de la commission la lettre suivante :

« Mon cher ami, je viens d'apprendre que des officiers de santé des » hôpitaux militaires et de l'armée de Paris, poursuivent sérieusement » le projet de m'offrir un banquet à l'occasion de ma retraite. Je suis » on ne peut plus sensible à ce témoignage si honorable de sympathie, » et je leur en exprime, ainsi qu'à vous, du fond du cœur, ma plus » vive reconnaissance; mais il me serait absolument impossible d'accepter leur invitation. J'ai un éloignement invincible pour tout ce qui est » exhibition publique; pendant quarante-six ans, ma vie a été simple, » retirée, modeste; je veux que ma sortie du service ne démente pas ce » caractère. Soyez donc assez bon, mon cher Lévy, pour recevoir tous » mes remerciements, et pour les faire agréer à ceux de nos confrères » qui auraient déjà accédé à votre inspiration.

» Ce que je désire, ce que j'ai toujours ambitionné, c'est de laisser » dans le corps si méritant et si dévoué des médecins militaires, un » souvenir durable d'estime et d'affection; je serais heureux surtout si » je pouvais espérer qu'il trouvera dans ma longue carrière quelque » bonne tradition à suivre; ce sentiment me suffit, aucun banquet n'y » saurait rien ajouter.

» Je me plais à vous réitérer, mon cher ami, l'assurance d'un attachement qui ne s'éteindra jamais dans mon cœur.

» BÉGIN. »

Que pourrait-on ajouter, à titre de commentaire, à ces lignes où se reflète un si noble caractère, si ce n'est qu'un homme tel que M. Bégin a le droit de se recueillir dans les souvenirs de sa carrière, et sera toujours présent dans l'esprit du corps dont il a été à la fois le chef et l'exemple. Après quarante-huit ans de services vraiment dévoués et fructueux, il se retire pauvre, et l'on dira de lui qu'il n'a jamais été, qu'il n'a jamais voulu être que l'homme du devoir, dans le sens le plus austère de cette expression.

Amédée LATOUR.

— Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes vient de prendre un arrêté qui ouvre un concours pour six places d'agrégés à répartir de la manière suivante dans les trois Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire, savoir :

École supérieure de pharmacie de Paris, section des sciences physiques, — 3 places;

École supérieure de pharmacie de Montpellier, section des sciences physiques, — 1 place; — section des sciences naturelles, — 1 place;

École supérieure de pharmacie de Strasbourg, section des sciences naturelles, — 1 place.

Ce concours s'ouvrira à Paris le 1er décembre 1858.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvre son cours public sur les *maladies de la peau* aujourd'hui 1er juin, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 65. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 3 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 JUIN 1858.

BANQUET

de l'Association médicale de l'arrondissement de Melun.

L'Association médicale de l'arrondissement de Melun, autorisée depuis le mois de septembre 1857, a tenu samedi dernier, 29 mai, sa première réunion générale, à laquelle assistaient presque tous les membres de la Société, plus les secrétaires des Associations de Meaux, de Provins, de Fontainebleau (celui de Coulommiers seul n'avait pu venir), qu'elle y avait invités, afin de mettre en rapport plus direct toutes les Asssociations du département, et établir entr'elles des communications nécessaires pour la consolidation de l'Association départementale.

A la fin de la séance, un banquet confraternel a eu lieu.

L'Association avait voulu s'entourer de tout l'éclat possible.

Partisan du projet d'Association générale des médecins de France, auquel elle avait adhéré dès les premiers jours de son existence, elle avait suivi de tous ses vœux les travaux de la commission générale d'organisation, et désireuse, pour sa faible part, de lui en témoigner sa reconnaissance, elle avait sollicité de ses membres l'honneur de venir partager, ou plutôt présider son banquet. Tous y ont répondu avec la bienveillance la plus dévouée.

Melun pourra s'enorgueillir, à juste titre, de cette fête confraternelle.

MM. RAYER,
SERRES,
RICORD,
Amédée LATOUR,
RICHELOT,

par l'empressement qu'ils ont mis à se rendre à notre appel, nous prouvent que notre foi en l'Association n'est pas un mot vide, et que leur présence à la tête de la fédération médicale est un garant certain de sa réalisation.

Les membres présents au banquet de l'Association de Melun, étaient :

MM. Bancel père, président, à Melun ; — Fantin, vice-président, à Seine-Port ; — Gillet, secrétaire, à Melun ; — Bancel fils, trésorier, à Melun ; — Ballu, à Melun ; — Dalmers, à Melun ; — Body, à Champeaux ; — Nicoleau-Baraqué, au Châtelet ; — Allaire, à Hericy ; — Barbe, à Chaume ; — Philibert-Rozé, à Guignes ; — Fournier, à Ozouer-le-Voulgis ; — Demeurat, à Tournan ; — Forgemol, à Tournan ; — Caillot, à Chailly ; — Torel, à Brie-Comte-Robert ; — Laffiley, à Coubert ; — Carette, avoué à Melun, conseil judiciaire.

En outre, parmi les membres étrangers à la Société de Melun, étaient :

MM. Houzelot, secrétaire de l'Association de Meaux ; — Chevalier, secrétaire de l'Association de Provins ; — Bardout fils, secrétaire de l'Association de Fontainebleau ; — Bazire, à Nangis.

Puis, MM. Allaire fils, à Paris ; — Richard (Alphonse), à Paris ; — Dupont, à Melun.

Vers la fin du banquet, M. Bancel père, président, propose un toast dans les termes suivants :

Messieurs,

Jamais je n'ai été plus heureux et plus fier d'avoir été choisi par mes confrères pour présider l'Association médicale de Melun, qu'aujourd'hui où, par suite de ces fonctions, je suis appelé à présider votre table, autour de laquelle sont venus s'asseoir les plus dignes représentants de la confraternité médicale. Ce banquet, qui ne devait réunir que les médecins de l'arrondissement de Melun, a pris une grande extension, grâce au bon vouloir des autres arrondissements et de Paris. Il est devenu un des premiers anneaux de cette chaîne, qui devra réunir, en les affermissant (loin de les détruire), toutes les Associations d'arrondissements et de départements en une grande Association générale de tous les médecins de France.

C'est un grand bonheur pour la Société médicale de Melun que d'avoir vu son invitation acceptée par nos illustres confrères de Paris, MM. Rayer, Serres, Michel Lévy, Ricord, Amédée Latour, Richelot. Ils ont voulu montrer, nous le savions tous déjà, que leurs vœux les plus chers ne tendent qu'à un seul but, la réunion de tous les membres de la grande famille médicale.

Ils ont voulu nous dire que, pour tous, le seul moyen pour arriver à ce résultat est l'Association générale, et que grâce à leur travail opiniâtre, à leur conviction inébranlable, cette Association générale ne tardera pas à avoir un projet d'organisation.

Je vous propose donc un toast en l'honneur de M. Rayer, qui, après avoir rendu son nom si grand dans la science, s'est placé au premier rang dans l'affection de ses confrères en voulant bien accepter la présidence de la commission provisoire de l'Association générale ;

De M. Serres, qui, dans un banquet semblable à celui-ci, et donné par nos honorables confrères de l'arrondissement de Corbeil, disait lui-même, il y a quelques années, que la présidence du Congrès médical de 1845 était un titre placé par lui au-dessus de tous les autres titres, et vous savez, Messieurs, à combien de points de vue nous pouvons honorer ici la présence de notre illustre confrère ;

De M. Michel Lévy, le savant hygiéniste, directeur de l'École médicale supérieure du Val-de-Grâce, inspecteur général du service de santé des armées, et dont le cœur, le dévouement et le zèle pour les intérêts du corps médical civil et militaire, sont à la hauteur d'un des plus rares talents dont notre profession puisse s'enorgueillir ;

De M. Ricord, notre aimable, spirituel et bien-aimé confrère, dont les précieux travaux font bénir le nom le plus populaire qui fût jamais dans tous les pays que le soleil éclaire ;

De M. Amédée Latour, cet apôtre infatigable de la confraternité, qui, depuis tant d'années, est toujours resté sur la brèche, portant haut et défendant avec autant de bonheur que de talent ce drapeau de la profession sur lequel il avait inscrit Union médicale ;

De M. Richelot, ancien trésorier du Congrès médical de 1845, cette heureuse et fertile idée à laquelle nous sommes redevables de toutes les Associations des provinces, et dont M. Richelot fut un des plus intelligents et laborieux travailleurs ;

J'ai à vous proposer un toast en l'honneur de notre cher confrère Houzelot, secrétaire de l'Association de Meaux, qui, par ses conseils, son activité, a été le promoteur de presque toutes les Associations de Seine-et-Marne.

Je vous propose enfin un toast : *A l'Association générale!*

M. Rayer répond à M. Bancel par les paroles ci-jointes, accueillies par les applaudissements de tous :

Messieurs et chers confrères,

Je ne me méprends pas sur la cause qui fait que j'ai l'honneur d'être, aujourd'hui, assis au milieu de vous. — Vous avez voulu avoir, dans cette réunion confraternelle, celui qu'une confiance spontanée a chargé de faire appel au zèle et aux lumières d'illustres confrères, pour élaborer les statuts d'une Association utile à tous.

Si vous désirez connaître les vues qui nous ont dirigés, nous ne désirons pas moins recevoir de vous, encouragement et appui pour l'œuvre entreprise.

Pour une telle œuvre, il faut un rouage central, auquel les choses aboutissent et d'où elles partent. C'est le seul moyen de faire cesser l'isolement qui paralyse les efforts, rétrécit les sympathies, borne les ressources et diminue, avec la généralité des vues, la générosité des sentiments.

Les Associations isolées se propagent difficilement ; le bon exemple donné ne s'étend pas ; plusieurs languissent ; quelques-unes s'éteignent ; et, dans ces alternatives, le bien incontestable qu'elles procurent, reste faible, borné et au-dessous des besoins.

L'Association générale, si elle réussit, comme nous l'espérons, aura pour mission de susciter les sympathies, de faire cesser l'isolement et de demander à tous des sacrifices, afin de promettre, avec sûreté, des secours à tous.

Feuilleton.

UNE VISITE MÉDICALE ET HYGIÉNIQUE

A la Trappe de Notre-Dame-de-Grâce de Bricquebec (Manche).

L'idée d'une lutte, quel que soit son terrain, quels que soient les éléments qu'elle entrechoque, est de celles qui passionnent l'attention et captivent l'intelligence. Appât pour les natures grossières quand le conflit s'exerce entre des forces corporelles, ce spectacle revêt une véritable grandeur quand les forces cosmiques luttent entre elles ou contre l'homme ; mais il n'est jamais plus émouvant que lorsque l'arène est dans l'homme lui-même, et que la partie spirituelle de son être s'y défend avec générosité et courage contre les empiètements des sens et les révoltes usurpatrices de la matière. C'est là un mâle spectacle s'il en fût, et qui porte avec lui sa poésie et son enseignement. La pensée de goûter l'une, et souvent aussi de profiter de l'autre, conduit journellement à l'abbaye des Trappistes de Bricquebec un assez grand nombre de visiteurs. Avoir en effet à quelques lieues de soi, et perdue au milieu de notre société et de nos institutions modernes, dont les flots viennent battre ses murs sans les entamer, une communauté de moines ascétiques continuant l'œuvre expiatrice des Pères du désert, vivant sous une règle que les siècles n'ont modifiée que pour la ramener à peu près à son austérité primitive, continuant, sans les altérer, les traditions de Citeaux, et ne pas aller voir de près cette épave des institutions monastiques du moyen âge, ce débris vivant de l'Église primitive, ne serait guère chose concevable. D'ailleurs ce pélerinage est désigné tout d'abord aux nouveau-venus, et la curiosité ou le recueillement invitent à l'accomplir. Nous nous mîmes donc en route comme tant d'autres. Comment il advint que des préoccupations scientifiques réussirent à se faire une large part dans les impressions d'un voyage, dont le but était tout autre dans le principe, nous ne saurions véritablement nous en rendre compte, si ce n'est par cette tendance si naturelle à l'esprit de ramener invinciblement toutes choses dans le cercle de ses opérations ordinaires. Un paysage se déroule sous les yeux, et le sentiment du pittoresque une fois satisfait, chacun y cherche ce qui l'attire le plus : l'agronome le partage en zones variées de culture et en suppute les rendements ; le stratégiste fouille par la pensée les plis du terrain et y établit des circonvallations imaginaires ; le peintre étage harmonieusement des plans et cherche à saisir des contrastes heureux de lumière et d'ombre ; l'hygiéniste interroge le sol, examine l'exposition, étudie la direction des vents, et demande à ces conditions diverses jusqu'à quel point elles favorisent ou menacent la vie humaine ; ainsi faisons-nous, nous autres médecins, et toutes les avenues de la pensée ou du sentiment nous ramènent, à notre insu, au cercle technique dans lequel se meut notre intelligence. Hélas! pourquoi nous obstinons-nous à ne lui donner pour centre que la moitié de l'homme, et justifions-nous ainsi certain reproche qu'on ne nous marchande guère!

Qui a vu une Trappe les a vues toutes ; qui voit une Trappe aujourd'hui a sous les yeux Citeaux ou la Val-Sainte. Le catholicisme infuse en effet dans les œuvres qu'il anime ce double caractère de force et d'immobilité séculaire qui défie le temps et les changements qu'il amène à sa suite.

L'abbaye de Notre-Dame-de-Grâce fondée il y a environ trente ans, est encore dans sa période de formation ; mais chez les Trappistes, là où les bâtiments sont encore à construire, la communauté est déjà constituée ; et l'esprit, la règle, les exercices, les travaux, la vie monastique en un mot, s'y révèlent, dès le premier jour, sous une formule aussi complète que si la maison datait de saint Bernard. Elle est située à deux kilomètres environ de Bricquebec et à vingt-deux kilomètres de Cherbourg. La route qui y conduit, accidentée et montueuse, mais par cela même des plus pittoresques, présente, entre autres points de vue d'une beauté remarquable, le splendide panorama qui se déroule des hauteurs d'Octeville et où l'œil embrasse, du même coup, les rampes escarpées du Roule ; une partie de l'agreste et helvétique vallée de Quincampoix ; les travaux gigantesques du port militaire ; la rade entourée, comme d'une ceinture, par cette digue cyclopéenne sur laquelle la mer vient briser son impuissance ; tout cela est d'un effet dont le caractère ne saurait se définir ; l'orgueil y intervient autant que l'admiration ; en aucun autre endroit peut-être la nature n'accuse, en effet, avec autant de majesté l'empreinte du génie humain.

De Bricquebec à la Trappe la distance est courte ; et à peine sorti de ce bourg, qui ne se recommande à l'attention que par deux souvenirs : l'un, la naissance de notre Vicq-d'Azyr qui attend encore la consécration d'une inscription ou d'une statue ; l'autre, l'ancienne domination des Suffolk attestée par les ruines d'un château auquel la reine Victoria vient de faire un pélerinage de famille dans l'excursion gracieuse et inopinée qu'elle a accomplie tout récemment sur notre littoral, on aperçoit déjà les bâtiments de l'abbaye et les terres qui en dépendent. Ici le passage se colore de je ne sais quelle teinte moyen-âge qui lui donne un charme inexprimable : des cultures riches et variées sentant l'influence du travail intelligent et salutaire ; des moulins faisant seuls entendre leur voix industrieuse au milieu de ce domaine du silence ; des granges spacieuses ; une église pittoresque entourée de ses cloîtres, placée au milieu comme le centre d'où découle toute cette activité ; des religieux courbés çà et là sur leur sillon ; et, au détour de quelque vert chemin creux, un moine pasteur en robe et en coule chassant des bœufs devant lui, tout cela est d'un effet qui captive fortement l'esprit et lui rappelle un monde de choses disparues.

L'hospitalité se pratique à la Trappe avec une largeur et une libéralité que connaissait le moyen-âge, mais que nos mœurs modernes ont malheureusement désapprises. L'hôtellerie, complétement séparée du reste de l'abbaye, n'a avec elle d'autres relations que celles de la chapelle commune, et, si ce n'était l'austérité monacale des repas qui y sont préparés pour les étrangers, et la présence des religieux auxquels est confié le soin de les servir, on se croirait volontiers l'hôte de quelque manoir seigneurial du XIIe siècle. Le cérémonial de réception montre seul que le terrain n'est plus le même. Le nain classique, le son obligé du cor et le fracas des pertuisanes, y sont remplacés par la bonne et placide figure du frère portier, le tintement mélancolique d'une cloche et un silence si profond et si recueilli que les lieux eux-mêmes semblent concourir avec leurs habitants pour le produire. A peine étions-nous introduits dans l'un des parloirs, que deux religieux vinrent à notre rencontre et se prosternèrent devant nous, expression symbolique de la pensée qui leur fait

Pour atteindre ce but, on pouvait s'adresser directement aux médecins, les engageant à se joindre à une Association générale, qui aurait sa tête à Paris, et qui de là, sans intermédiaire, étendrait son action sur toute la France. Ce projet, pensée première de nos généreux confrères de Bordeaux, séduisait par son apparente simplicité. Mais, aujourd'hui, dans l'état actuel de l'Association médicale, en France, nous avons pensé qu'il présenterait des difficultés que notre devoir était d'éviter. Ce n'est pas dans une organisation où tout dépend du bon vouloir des membres, que l'on impose de ces pouvoirs suprêmes, qui, de loin règlent tout et décident tout.

Les agents d'une Association générale ne peuvent régler que ce qui a été éclairci en son lieu ; rien décider, que ce qui a déjà reçu l'assentiment local. Hors de ces conditions, tout ce qu'ils feraient serait impuissant, et l'Association générale, trop éloignée des membres qui doivent la former, exposée à toutes sortes de fautes, par commission et par omission, n'obtiendrait pas la confiance qu'elle doit inspirer.

Aussi, nous sommes-nous portés, sans hésitation, vers un système dans lequel tout bien local se fait par une Association locale. De la sorte, ce qui existe est utilisé. Non seulement il n'est pas nécessaire de laisser à l'écart des Sociétés qui ont rendu des services incontestables, mais encore on en sollicite la création, là où elles ne sont pas nées.

Les Sociétés locales savent ce qu'elles veulent et ce qu'elles peuvent : elles connaissent les individus ; elles apprécient les circonstances. Ce travail, déjà si difficile, serait impossible à qui agit de loin. Les Associations locales ne sont donc pas seulement utiles, mais nécessaires ; comme dans un corps bien constitué, les organes partiels sont nécessaires à la vie de l'ensemble.

Mais, d'un autre côté, sans l'Association générale, il n'y a plus de centre qui les rallie, de cœur qui leur communique une vie commune.

Le but de l'Association générale sera donc de rattacher les Sociétés existantes, d'y associer celles qui se formeront, d'employer toute son influence pour propager le principe d'Association, de demander à ceux qui ont plus, pour ceux qui ont moins, une part des ressources accumulées ; de constituer un ralliement, et de faire que qui se sait membre d'une Association particulière, se sache en même temps membre d'une Association générale, qui réunit dans un noble sentiment de confraternité tous les médecins de France.

Les statuts de l'Association générale vont être publiés ; c'est à la bonne volonté commune à les vivifier. Cette bonne volonté ne fera pas défaut. Elle éclate ici, Messieurs ; c'est elle qui vous a réunis, pour vous aider entre vous ; c'est elle qui va nous associer dans une œuvre commune. Nous ne serons quelque chose que par des coopérations actives, telles que la vôtre.

Et lorsque l'Association générale sera constituée, quand elle se verra la représentante des Associations locales, qui, elles-mêmes, représenteront les médecins de toutes les parties de la France, quand ce grand faisceau sera formé, il surgira, à côté de l'assistance matérielle, une assistance morale qui en sera le meilleur et le digne couronnement.

Il n'est pas indifférent d'appartenir ou de n'appartenir pas à une Association ; il n'est pas indifférent que cette Association soit petite ou grande. On y trouve, à la fois, une force et un frein : une force, car dans les conflits qui peuvent survenir, on n'est pas abandonné ; un frein, car on craint particulièrement le blâme des siens.

L'Association générale, représentante de la garantie matérielle, deviendra, par son caractère, la représentante de la garantie morale ; et pour terminer en un mot : *Association protége — Association oblige.*

M. Amédée Latour, au nom de M. Michel Lévy, exprime le regret de l'absence de ce savant confrère retenu à Paris par un devoir impérieux, puis il prend la parole en ces termes :

Messieurs et très honorés confrères,

Après la voix autorisée que vous venez d'entendre, la mienne se tairait assurément si la bienveillance excessive de votre vénéré président ne m'imposait le devoir de le remercier, de vous remercier tous de votre gracieux et si confraternel accueil. Permettez-moi de vous dire, Monsieur le Président, que vous auriez commis l'imprudence de me provoquer en évoquant un souvenir qui me sera toujours cher, le souvenir du Congrès médical de 1845, de cette belle manifestation, qui, grâce au concours, au dévouement et aux lumières de nos confrères des départements, devint un si grand et si mémorable événement. C'est avec justice, et de cette justice je vous dois gratitude, Monsieur le Président, que vous avez rappelé que les principes d'Association, si intelligemment mis en pratique par nos confrères de Seine-et-Marne, émanent du Congrès médical ; c'est avec justice que vous les avez fait remonter jusqu'à leur source.

Si le temps, les circonstances, les moyens ont changé, le but est resté le même, et ce but se résume en trois mots :

Moralisation,
Protection,
Assistance.

Messieurs, les idées les plus généreuses passent par des phases successives de développement. Ce n'est pas leur éclosion qui est difficile ; dans notre beau pays de France et dans notre belle profession, les idées généreuses éclosent par centaines et sans incubation. Ce qui est difficile, c'est leur application, c'est de les mettre en harmonie avec les exigences des temps, des mœurs, des lois, des institutions existantes. L'idée d'une Association générale des médecins de France est, à coup sûr, une idée généreuse ; mais quand il s'est agi d'étudier sérieusement cette idée, de lui donner un corps et une âme, de lui appliquer un mécanisme, et de donner le mouvement à cette grande machine, que de difficultés à vaincre, Messieurs, que d'appréhensions à calmer, que d'exigences, et de très légitimes, dont il a fallu tenir compte !

En quelques mots précis comme tout ce qui émane de son esprit si net et si topique, M. le Président de la commission d'organisation vient de vous faire comprendre les principales dispositions du projet d'Association générale. Il ne m'appartient pas d'aller plus loin que lui-même dans cette exposition que dans quelques jours, d'ailleurs, vous connaîtrez tout entière. Mais si quelque chose pouvait nous faire féliciter de nous être également éloignés d'un fédéralisme isolant et stérile, et d'une centralisation peut-être impuissante et certainement aujourd'hui impossible, c'est le spectacle que vous nous donnez, Messieurs, en ce moment, et auquel nous vous remercions de nous faire assister. Est-ce que notre présence parmi vous ne nous indique pas clairement vos tendances à vous rallier au grand et fécond principe d'une mutualité, d'une solidarité générales dans l'œuvre de moralisation, de protection et d'assistance de la famille médicale ? Est-ce que cette belle réunion de toutes les Associations de votre département ne nous traduit pas aussi votre ferme désir de rester solidairement unis dans l'appréciation de vos besoins locaux, dans l'irradiation de votre action locale, à rester enfin ce que vous êtes, c'est-à-dire médecins de votre département, de votre arrondissement et non pas de tel autre, tout en devenant, ce que vous n'êtes pas encore, confrères, dans la plus bienfaisante acception de ce mot, de tous nos confrères de France ?

Tel est, Messieurs, le grand et beau problème que nous avons eu à résoudre : respect et respect souverain pour votre existence, pour votre action, pour votre composition, pour votre fortune ; excitation vive à vous réunir par un lien de solidarité et de bienfaisance à l'œuvre commune de mutualité générale.

Ainsi aurons-nous peut-être évité l'écueil signalé par l'affabulation éternellement jeune de notre immortel fabuliste, et n'aurons-nous pas mis en révolte les membres contre l'estomac.

Permettez-nous, Messieurs, de porter un toast au progrès de l'Association de l'arrondissement de Melun, et à son agrégation prochaine à l'Association générale des médecins de France.

Ce toast est chaleureusement accueilli par l'assemblée.

M. Ricord s'associe au toast précédent, en rappelant ses efforts en faveur de l'Association générale.

MM. Chevalier, Bardout, Houzelot, chacun au nom de leurs arrondissements, assurent à M. Rayer le concours de chacune de leurs Associations pour l'œuvre générale.

M. Fantin, vice-président de la Société, avec le goût et le charme qui lui sont habituels, exprime en vers le bonheur de l'amitié, qui ne peut trouver que des éléments plus durables dans l'Association.

Les entretiens particuliers et la franche cordialité terminent cette réunion dont Melun n'avait jamais été témoin, et nos confrères, en se séparant de nous pour revenir à Paris, nous laissent le regret de n'avoir pu les posséder plus longtemps encore.

Dr Gillet,
Secrétaire de l'Association médicale de l'arrondissement de Melun.

THÉRAPEUTIQUE.

DES ANGINES COUENNEUSES ET DU FER ROUGE.

A Monsieur le docteur Bouchut,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

Très honoré confrère,

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 22 avril dernier, contient sur l'étiologie, la nature et le traitement de l'angine couenneuse, une leçon intéressante, mais où l'on vous fait répudier vertement *les cautères chauffés au feu ou à l'eau bouillante* comme *des moyens par trop barbares et d'un emploi bien difficile*. Un tel anathème est bien sévère, je devrais dire injuste, envers le fer rouge qui dans plusieurs circonstances de ce genre nous a rendu d'éminents services ; permettez-moi donc pour lui quelques mots de défense.

Nos ancêtres, dont on invoque tous les jours la pratique et les écrits, savaient le manier beaucoup plus que nous ; et s'ils pouvaient à cet égard nous adresser quelque critique, ce serait sans doute sur notre réserve ou notre timidité. Ils y reconnaissaient des propriétés puissantes et spéciales que personne n'a jamais contestées : action instantanée, facile à limiter ; modification remarquable des parties touchées ; réveil de la vitalité locale et réaction générale. Quelle affection en réclame donc les bénéfices plus que l'angine couenneuse dont la manifestation première se fait, dans la presqu'universalité des cas (1), sur les amygdales par une rougeur foncée, souvent livide, toujours d'un insidieux aspect ; puis une pseudo-membrane, non cette sécrétion pultacée ou cet herpès guttural si commun et si peu tenace, mais une couenne épaisse, adhérente, particulière ; laquelle après être restée ainsi cantonnée pendant deux, quatre, huit jours et même davantage (2), ou se propage vers les voies aériennes, ou s'épaissit encore, se déchire, se ramollit et devient gangréneuse. Dans quelques circonstances, il est vrai, mais heureusement les plus rares, les accidents généraux ont suivi de si près le début du mal qu'ils semblaient révéler une véritable diathèse difficile à neutraliser ; et les affreuses mortalités contre lesquelles viennent trop souvent échouer tous les moyens habituels de traitement sont bien propres à favoriser ces idées. Cependant si l'élément de malignité, comme l'a indiqué l'illustre médecin de Tours, ou l'influence profondément délétère sur toute l'économie procède du mal lorsqu'il persévère même dans une partie très limitée (3) ; et si, depuis le moment initial de la maladie jusqu'à celui de sa progression virulente, il existe un intervalle plus ou moins long, saisissable, quels avantages ne retirera-t-on pas d'un modificateur énergique non seulement du produit couenneux, mais surtout de la phlogose spécifique sur laquelle il a pris naissance et tend à se développer ? Et, dans ce cas, quel agent plus puissant que le fer rouge

(1) Trousseau ; *Lettre à Pierre Bretonneau*, Union Médicale, juin 1854.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

---

adorer Jésus-Christ dans la personne du voyageur dont il dirige les pas vers l'abbaye ; puis, sur un signe, nous le suivîmes à l'église, d'où après une courte prière et l'offrande de l'eau bénite, ils nous reconduisirent au parloir. Arrivés là, le plus ancien des deux moines nous lut un chapitre de l'Imitation, se prosterna de nouveau devant nous, puis nous fit entrer dans l'hôtellerie ; à partir de ce moment nous étions chez nous et nous pouvions disposer de notre temps comme bon nous semblait. Je fis deux parts du mien ; l'une très courte consacrée à la visite des cultures et des établissement agricoles ; l'autre plus longue à l'étude des conditions physiologiques exceptionnelles dans lesquelles vivent les religieux, et de l'influence qu'elles exercent sur leur santé. La bienveillance extrême du Révérend Père abbé, Dom Bernard, nous facilita d'ailleurs singulièrement ces recherches que nous complétâmes pendant une autre journée passée tout entière à la Trappe, dans ce but, et dont les résultats nous paraissent présenter un intérêt complexe au point de vue de l'hygiène et de la médecine.

Disons tout d'abord que l'imagination a singulièrement assombri la rigueur des conditions matérielles et morales auxquelles les Trappistes sont soumis. Certes, la vie de la Trappe est rude et austère ; tout y contriste les sens, et le corps est virilement tenu en servitude ; mais la certitude du caractère éminemment passager de ces épreuves, les perspectives consolantes qu'ouvre à l'âme l'esprit d'une rémunération à venir, la sérénité que donne la conscience du sacrifice volontaire, la régularité de la vie, l'influence salutaire du travail à l'air libre compensent largement les privations ; et, ce qui le prouve, c'est que la longévité est là, à peu de chose près, ce qu'elle est dans le monde, et que même les exemples ne sont pas rares de moines ayant accompli une carrière exceptionnellement longue. Les figures décharnées et pâlies par la souffrance ne se rencontrent pas à la Trappe plus souvent que dans les autres communautés religieuses, et le sacramentel et dramatique « *frère, il faut mourir* » non plus que l'opération lugubre et quotidienne du creusement de la fosse, sont des détails parfaitement apocryphes et dont la vie des Trappistes peut d'ailleurs se passer sans cesser d'être d'une austérité dont notre mollesse, à nous autres gens du monde, pourrait s'effrayer à bon droit.

Voici en réalité les conditions dans lesquelles elle s'exerce :

A deux heures du matin les jours ouvrables, et à une heure les dimanches, la cloche du dortoir annonce le lever ; les religieux se rendent à l'église pour les offices du matin qui se prolongent jusqu'à onze heures et demie le dimanche, et les jours ordinaires jusqu'à neuf heures environ ; vient ensuite le travail qui est interrompu à onze heures et demie pour être repris de midi à deux heures ; puis le repas, suivi de divers offices séparés par des intervalles, et qui les conduisent jusqu'à sept heures, moment de la retraite. Cette distribution de la journée varie un peu pour les exercices d'été : de Pâques au 14 septembre, le temps de travail est plus considérable, en effet, dans cette saison, et les religieux font, à raison de cette circonstance, deux repas pendant la journée. En résumé, pendant l'hiver, les Trappistes ont sept heures de sommeil (si ce n'est le dimanche), quatre heures de travail manuel, et huit ou neuf heures environ de prières, de méditations ou d'offices. Pendant l'été, la diminution du sommeil de la nuit est compensée par une méridienne facultative, et le travail des champs est augmenté de plus de trois heures. Cette inégale distribution du repos et du travail pendant les deux parties de l'année satisfait en même temps les exigences des occupations agricoles et celles d'une hygiène bien entendue.

La couche, qui n'a rien précisément de bien sensuel, se compose : 1° d'une paillasse piquée, d'environ quatre doigts d'épaisseur, couverte d'un drap de serge ; 2° d'un traversin de paille battue ; 3° d'une ou de plusieurs couvertures de laine ; 4° d'une courtepointe pour l'hiver. Le dortoir est commun, mais les couches sont séparées par des cloisons, et l'entrée de chacune d'elles est fermée par un rideau.

Le vêtement, uniforme pour toutes les saisons, se compose d'une robe de bure, blanche pour les religieux de chœur, brune pour les convers, retenue à la taille par une ceinture de cuir, d'une coule et d'une chape ; des bas n'ont que le talon, mais des chaussons couvrent tout le pied ; une serge, ayant la forme et les dimensions des chemises ordinaires, est appliquée immédiatement sur le corps.

Les Trappistes, comme nous le disions tout à l'heure, ne font qu'un repas, du 14 septembre au premier samedi de Carême exclusivement ; il est fixé à deux heures et demie environ, c'est-à-dire douze heures après le moment du lever. Cet intervalle, rempli par le travail et les exercices de piété, paraît considérable ; cependant on s'y fait à merveille, et ce qui le prouve, c'est que les troubles gastralgiques de l'estomac sont assez rares dans la communauté. Il y a plus, la transition du repas unique aux deux repas de la saison d'été est toujours signalée par quelques indispositions et une tendance aux diarrhées, laquelle peut être attribuée autant à l'augmentation des aliments qu'au changement des habitudes. Quand, par contre, les Trappistes abordent la règle alimentaire de l'hiver, ils souffrent moins du changement et ne s'en aperçoivent guère que par une sensation insolite de faim qui se prononce à l'heure où, antérieurement, ils faisaient leur repas du matin ; mais, au bout d'une quinzaine de jours, l'assuétude à la règle nouvelle est établie. Un phénomène qui accompagne très habituellement les deux repas de l'été, c'est une certaine gêne de l'estomac, une sensation de plénitude et une torpeur somnolente qui ne se montre pas pendant le régime si rigoureux de l'hiver. Lorsque nous prolongeons accidentellement le jeûne bien au delà des heures habituelles des repas, il est d'observation que l'arrivée des aliments dans l'estomac détermine presque subitement un afflux de sang et de chaleur vers la tête, une sorte de congestion momentanée, et cette réaction de l'estomac sur l'encéphale montre tout le prix que les individus, enclins aux hyperhémies cérébrales, doivent attacher à l'observance d'une régularité parfaite pour les heures de leurs repas ; or, c'est là un fait qui m'a été accusé par tous les religieux que j'ai interrogés sur ce point. L'unique repas de la journée, composé cependant, comme on va le voir, d'aliments peu géné eux et peu susceptibles d'allumer la circulation, leur empourpre singulièrement le visage. Les novices sont surtout disposés à cet inconvénient. Il me paraît très certain que la coloration vive que présentent chez quelques religieux les téguments de la face, tient à ces congestions réitérées qui finissent à la longue par en vasculariser les tissus.

Dr Fonssagrives,
Médecin en chef de la marine.

(*La fin prochainement.*)

Notice sur l'épidémie de variole et de varioloïde qui a régné à Dunkerque en 1848 et 1849 ; par le docteur Zandyck. In-8, Paris, 1857. — Prix : 1 fr. 50, Chez Labé, libraire.

remplira mieux cette indication? Lorsqu'à l'aide d'un bouton de feu on touche une amygdale hypertrophiée, rouge livide, et déjà recouverte d'une pseudo-membrane, il s'opère un changement subit; en quelques minutes, la teinte devient de plus en plus vive; en quelques heures, la difficulté la plus considérable de la déglutition a cédé; dès le lendemain, les débris de fausse membrane et l'escarre d'un blanc mat s'entourent d'un liseré éliminatoire ou sont déjà détachés; les signes de prostration, s'il en existe, font bientôt place à une réaction générale, et la guérison franche et complète a lieu en quelques jours.

Au commencement de mars 1851, dans la commune de Thiéblemont, trois enfants succombaient rapidement, malgré l'emploi des caustiques, à l'angine couenno-gangréneuse. D'autres étaient atteints, mais principalement un jeune garçon de 13 ans offrant sur l'amygdale gauche une couenne arrondie, épaisse, d'un gris-jaunâtre, très adhérente, d'une assez grande dimension, et tout à fait semblable à ce qui s'était présenté dans les premiers cas funestes. Mon conseil relatif à l'emploi du fer rouge ayant été de suite partagé par mon ami le docteur Martin, et par le confrère qui nous avait appelés en consultation, j'appliquai un petit cautère chauffé à blanc, et tout disparut très vite sans aucun accident ultérieur. Pendant l'espace de six semaines, dans ce village et les environs, une dizaine de jeunes malades, dont la lésion nous parut surtout de caractère dangereux, furent ainsi cautérisés, soit de prime abord, soit après l'action inefficace du nitrate d'argent, et toujours avec le même succès. Dès lors, la mortalité fut arrêtée, — excepté toutefois pour deux frères de 7 et 11 ans, attaqués, l'un le 27 mars et l'autre le 11 avril, soumis d'abord infructueusement aux applications réitérées de la pierre infernale, et qui, sous la pression impardonnable de leurs parents, nous l'avons su depuis, résistèrent aux prières, aux instances, à la perspective d'une mort inévitable.

En janvier 1852, la même épidémie avait envahi les Grandes-Côtes, village de 400 âmes, à quatre ou cinq kilomètres de ces dernières localités. Plusieurs malades avaient déjà succombé avec la pourriture d'hôpital dans la gorge. Le médecin du lieu, convaincu bientôt de la nécessité d'un traitement plus spécial que par les caustiques liquides, fort surtout de notre expérience de l'année précédente, eut recours alors et de bonne heure, dans les cas les plus sérieux, au cautère actuel. Sur trente-cinq cautérisés, la plupart le furent par ce moyen, et dès ce moment l'on n'eut plus de mort à compter. Et pourtant on remarqua pendant les quatre mois de cette épidémie une influence de malignité irrécusable; toutes les maladies de quelqu'importance prenaient tout à coup un caractère inquiétant; une jeune femme mourait au septième jour d'un accouchement le plus naturel; chez un jeune homme de 24 ans, un érysipèle du bras devenu gangréneux ne guérissait que très lentement avec des cicatrices vicieuses; les plaies surtout se cicatrisaient difficilement malgré la variété des moyens employés.

Enfin, au mois de mai suivant, l'affection se propagea au village d'Arigny. Le fer rouge fut négligé, et sept enfants périrent malgré les acides nitrique et chlorhydrique qui certes ne furent pas ménagés.

Depuis, dans deux cas d'angine sporadique, rebelles au nitrate d'argent et dont les tendances n'étaient que funestes (1), tous les accidents cédèrent d'une manière rapide, on pourrait dire en quelques heures, à l'action de cet agent puissant.

Les autres caustiques, même les plus actifs et dont l'usage est si général, ne sont pas héroïques contre ces cruelles maladies; témoins leurs échecs malheureusement si fréquents, et ces mortalités qui viennent à chaque instant désoler les familles, les populations, les médecins eux-mêmes. L'an dernier encore une de ces épidémies faisait dans certaines localités de notre département plus de cent victimes, malgré tous les efforts de la thérapeutique jusqu'alors la mieux préconisée, malgré les cautérisations à outrance avec l'acide chlorhydrique. Y aurait-il donc moins de barbarie à persister quand même dans une voie si peu satisfaisante et si triste qu'à s'armer d'un moyen vigoureux dont rien ne peut égaler l'action lorsque des faits encourageants et déjà nombreux en démontrent les effets salutaires? Ces écouvillonnements, répétés plusieurs fois par jour, avec des liquides d'une grande causticité sont-ils bien doux et bien innocents? Et les scènes émouvantes que chaque séance provoque sont-elles agréables et faciles pour l'opérateur et le patient?

Il ne s'agit pas d'introduire aveuglément, de vive force dans le gosier d'un malade une broche de fer incandescent. Les modestes instruments dont on a besoin n'y ressemblent guère; ce sont de petits cautères olivaires ou cylindriques de huit à dix millimètres d'épaisseur, ou en bouton légèrement aplati d'un centimètre environ de diamètre, un peu plus gros peut-être que ceux dont se servent journellement les dentistes pour leurs opérations si multipliées de la bouche. En moins de deux minutes quelques charbons ou, pour éviter trop d'appareil, une lampe d'émailleur les chauffent convenablement. Puis, la langue abaissée à l'aide d'une spatule de bois, manœuvre également nécessaire pour l'application des caustiques, le petit bouton de feu est porté sur l'amygdale à découvert, directement et sans craindre d'appuyer. C'est moins difficile qu'on ne le pense; les malades, les enfants mêmes s'y prêtaient volontiers, et préféraient la plupart ce mode de faire à tout autre. L'opération, en effet, n'a rien de bien douloureux si la tige de l'instrument peut ne pas rencontrer la langue ou les lèvres, accident futile en présence de ceux bien autrement graves que l'on combat. Une seule cautérisation, surtout au début, suffit ordinairement; une seconde peut être nécessaire, rarement une troisième si le malade n'avertit pas trop tard, ce qui n'arrive plus une fois l'attention générale éveillée sur la nature dangereuse de l'affection. En tous cas, nous n'avons jamais vu que trop fortes ou trop répétées elles aient été nuisibles.

Tels sont les résultats unanimes, constants, obtenus ici: tous les malades cautérisés dans les conditions convenables, et, remarquez bien, dans les cas d'un caractère insidieux et grave, et très souvent après l'inefficacité d'agents réputés bien actifs, ont été sauvés; la résolution est toujours franche et les guérisons incomparablement plus rapides que par tout autre moyen.

Au temps d'Arétée, on attaquait déjà par le feu les *angines pestilentielles*; seulement le passage qui le mentionne indique évidemment qu'on le faisait beaucoup trop tard, alors que le vice morbide, l'ulcère sanieux, c'est-à-dire la pourriture d'hôpital, avait cheminé vers les parties intérieures et gagné des limites inaccessibles; tandis qu'au contraire nous voudrions qu'on agît de bonne heure, dès la première manifestation du mal, et pour ainsi dire, d'une manière préventive. Là est la condition du succès.

Toutes ces appréciations ne me sont pas seulement personnelles, elles sont partagées par plusieurs de mes confrères, témoins et acteurs dans ce traitement tout spécial, et je ne doute pas du concours de beaucoup d'autres dès qu'ils auront occasion d'en expérimenter les effets. Dernièrement encore un estimable confrère de l'Yonne, depuis quelque temps aux prises avec une de ces épidémies désolantes, et muni enfin du petit cautère, m'écrivait: « J'ai » constaté que les lésions qui ne portent que sur les amygdales » sont promptement modifiées par le fer rouge. La scène change » presque à vue d'œil. Il n'y a aucun inconvénient à l'employer » même pour les angines légères, car il est impossible en temps » d'épidémie d'assigner une limite à l'évolution des cas qui se » succèdent. » Il faut désirer que de nouveaux succès continuent la première série de ceux qu'il a déjà recueillis, et que la publicité qu'il se propose de leur donner vienne en aide à cette méthode.

Au lieu de la répudier d'avance, très honoré confrère, ouvrez-lui plutôt vos deux portes; essayez! Essayez surtout dans des cas semblables à celui de la jeune malade qui fait le sujet de votre savante leçon, et chez laquelle une incubation de douze à quinze jours a précédé la marche de l'intoxication; et si les résultats sont favorables, cette méthode, si barbare qu'elle soit en apparence, aura droit de compter, pour les services qu'elle pourra rendre à l'humanité, sur votre puissant patronage.

Dr VALENTIN,
Chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Vitry-le-François.

15 mai 1858.

(1) UNION MÉDICALE, 15 décembre 1857.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret rendu le 22 mai, et par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Ch. Robin, dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de feu M. Amussat.

M. LE PRÉSIDENT invite le nouvel élu à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport final de M. le docteur VIVERT, sur une épidémie d'angine scarlatineuse qui a régné dans la commune de Thilouze (Indre-et-Loire).

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans les départements des Basses-Alpes, de la Sarthe, de la Charente-Inférieure, de Seine-et-Marne, du Gers, de Tarn-et-Garonne, de Saône-et-Loire, d'Indre-et-Loire, et de la Marne. (Com. des épidémies.)

3° L'envoi d'échantillons d'eaux minérales de Vals (Ardèche), pour être analysées dans le laboratoire de l'Académie.

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes: Avènes (Hérault), par M. le docteur LAPEYRE; Encausse (Haute-Garonne), par M. le docteur COMPARAN; Provins (Seine-et-Marne); par M. le docteur CHEVALIER; Castera-Verduzan (Gers), par M. le docteur MATTET; Plombières (Vosges), par M. le docteur SIBILLE; Trébas (Tarn), par M. le docteur LAFON; Alet (Aude), par M. le docteur FOURNIÉ; Monétier (Hautes-Alpes), par M. le docteur CHABRAND; Niederbronn (Bas-Rhin), par M. le docteur KUHN; les eaux du département des Landes, par MM. les médecins inspecteurs. — (Comm. des eaux minérales.)

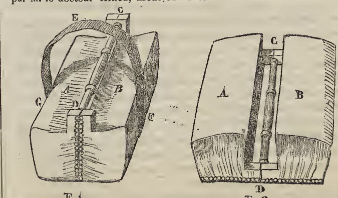
La correspondance non officielle comprend:

1° Une note sur la fièvre puerpérale, par M. le docteur FREMAUX.

2° Une observation d'ablation complète de la mâchoire inférieure, par M. le docteur HEYFELDER, de Saint-Pétersbourg. (M. Huguier, rapporteur.)

3° Un mémoire sur les revaccinations, par M. le docteur BOURGUET, chirurgien de l'hospice de Rhodez. (Comm. de vaccine.)

4° Une note sur l'application des connaissances anatomiques et physiologiques de la partie inférieure du bassin à la construction des siéges, par M. le docteur HIRTZ, médecin cantonal à Saverne.



La fig. 1 représente le siége fermé.
La fig. 2 représente le siége ouvert AB, dont deux coussins rembourrés laissent entre eux un espace vide DC. — (M. Chevalier, rapporteur.)

5° Un pli cacheté déposé par M. AUBAN, pharmacien à Lyon.

M. DEPAUL dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur GALIGOT, un ouvrage *sur l'hygiène et les maladies de l'enfance*.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants:

1° Sur l'eau minérale de Saint-Romain-le-Puy, près Saint-Étienne (Loire.)

Cette eau, comme beaucoup d'autres du bassin houiller de la Loire, appartient à la classe des *eaux acidules bicarbonatées sodique, calcaire et magnésienne*.

M. le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Sur une source d'eau minérale découverte à Casteljaloux (Lot-et-Garonne).

M. le rapporteur demande que de nouveaux échantillons de cette eau soient envoyés à l'Académie, les premiers n'ayant pas pu être analysés.

3° Sur une eau minérale découverte à Chambon, près Châteauneuf (Puy-de-Dôme).

Cette eau appartient à la classe des eaux bi-carbonatées sodique et calcaire, assez communes dans le département.

M. le rapporteur propose d'autoriser l'exploitation à titre de *simple buvette*.

Ces conclusions sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. GUÉRIN:

« Messieurs, je devrais demander pardon d'intervenir dans ce débat: j'ai l'air, en effet, de me mêler de ce qui ne me regarde pas; je ne suis pas accoucheur, et je décline ma compétence à l'endroit pratique de la discussion actuelle. Toutefois, si la spécialisation est bonne dans les sciences comme ailleurs, je pense que la généralisation l'est aussi, et je monte à cette tribune parce que: *Medicus sum et nihil medici a me alienum puto*.

On a souvent, ici, parlé de plaies utérines, et je m'en suis beaucoup occupé; à ce titre seul, je pourrais donc prendre part à la discussion. Dès 1840, j'avais écrit que les suites de couches se présentaient sous deux formes: l'une bénigne; l'autre suivie d'accidents graves, et, dès cette époque, je croyais, comme je le crois encore, que cela ne tient pas à ce que l'on a voulu appeler un bon ou un mauvais sang, mais bien à quelque chose de particulier, à un mécanisme physiologique dont je vais parler. Ces idées ne sont pas chez moi le résultat de pures théories. En 1846, il m'a été donné de suivre une épidémie de fièvre puerpérale dans les salles de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, où toutes les facilités m'ont été offertes et où j'ai pu faire recueillir par M. Brochin 58 observations. Depuis douze ans, les idées que je professe à ce propos sont renfermées dans un paquet cacheté déposé par moi à l'Académie des sciences.

Tous les médecins, tous les accoucheurs surtout, savent qu'après l'accouchement, l'utérus revient sur lui-même; quelquefois, cependant, ce retrait n'a pas lieu complétement, l'utérus reste gros, tuméfié; on le sent au-dessus de l'ombilic. Ce fait, à coup sûr, a été observé bien souvent, mais si on l'avait vu, on ne l'avait *regardé*, si je puis ainsi dire. Or, ce simple fait a une grande signification à mes yeux, et c'est sur lui que s'édifie la théorie physiologique de la fièvre puerpérale.

Ce que je viens de dire permet de supposer qu'on ne trouve rien dans les auteurs relativement aux limites précises de temps dans lesquelles doit s'effectuer le retrait de l'utérus après l'accouchement; et, en effet, j'ai consulté en vain, à cet égard, tous les auteurs contemporains qui font autorité dans la science tocologique: MM. Dubois, Velpeau, Cazeaux, Chailly, etc.; il n'y a rien.

Afin d'avoir un point de départ fixe, j'ai soumis à l'observation 21 femmes, sur lesquelles 16 ont présenté le retrait de l'utérus depuis l'ombilic jusqu'au pubis, en trois jours; chez les 5 autres, le retrait n'a eu lieu qu'au bout de cinq jours.

Le retrait de l'utérus a pour effet immédiat de combler les vides qui tendent à se faire dans l'utérus à la suite de l'écoulement des matières liquides ou des caillots qui le remplissent après l'accouchement, et, par conséquent, en le maintenant toujours exactement plein, d'empêcher toute communication avec l'air extérieur. Dans ce cas, la surface de l'utérus est à l'état de plaie fermée.

On sait qu'au commencement, les lochies ne contiennent pas de pus; examinées au microscope, on y trouve seulement des globules blancs, en rapport avec ceux que l'on trouve aussi dans le sang du fœtus; ce sont les lochies physiologiques. Il n'y a alors aucun mouvement de fièvre, et ce qu'on a appelé fièvre de lait ne se produit pas. Sur les 16 femmes dont il a été question tout à l'heure, les choses se sont passées ainsi; et c'est ce que l'on observe dans tous les cas de plaies fermées.

Chez les 5 autres femmes, les vaisseaux, non froncés, non fermés par le retrait immédiat de l'utérus, restent béants, alors que l'utérus contient, non seulement des caillots, mais des liquides plus ou moins altérés, des gaz, tous les éléments, en un mot, de la putréfaction; putréfaction qui est, en outre, favorisée par l'espace confiné dans lequel tous ces phénomènes s'accomplissent. De plus, dans ces cas, le col reste ouvert et permet l'introduction de plusieurs doigts; le vagin reste aussi ouvert et perméable à l'air. La surface de l'utérus se trouve donc dans les conditions d'une plaie suppurante, qui ne s'organise pas.

J'ai voulu, par ce parallèle et par cette exposition sommaire, montrer dans toute sa simplicité, le fait sur lequel je désire appeler l'attention de l'Académie; mais je sais qu'il n'y a pas identité absolue entre cette plaie suppurante de l'utérus et les plaies ordinaires des blessés. Il faut, quand il s'agit de l'utérus, tenir compte d'une foule d'états pathologiques particuliers et qui sont propres à cet organe. Ainsi, quand l'air pénètre dans l'utérus, il rencontre des caillots, et pour peu que le contact se prolonge, ces caillots se putréfient, là comme partout ailleurs.

Il est aussi d'observation que le flux lochial prend une odeur d'autant plus fétide, qu'il s'est passé un temps plus long depuis la grossesse; en d'autres termes, il prend le caractère purulent.

Il faut encore remarquer qu'il existe des moyens de communication, par les lymphatiques et les trompes, entre l'utérus et le péritoine. J'ai déjà essayé de fixer l'attention de mes collègues sur ce point dans une

précédente discussion. Ces canaux peuvent donner passage aux matières altérées.

On n'a — je le sais — jamais constaté de matières putréfiées dans les trompes sans les attribuer à l'inflammation même des trompes ; mais j'ai souvent constaté et fait constater l'intégrité parfaite des trompes dans beaucoup de ces cas. Je ne nie pas ce mode de production (l'inflammation des trompes) ; mais j'affirme que, souvent, la présence de matières altérées dans leur intérieur provient du transport simple de ces matières.

Maintenant, par quel mécanisme l'air pénètre-t-il dans l'utérus et comment les liquides altérés vont-ils dans les lymphatiques, et dans le péritoine par les trompes ? J'ai eu déjà l'occasion de faire remarquer que la pression extérieure chasse l'air dans l'utérus non rétracté ; je ne puis que répéter que la surface de l'utérus se trouve ici dans les conditions d'une plaie suppurante *sui generis,* plaie située sur une malade dans un état particulier, puerpéral, qui n'est nié par personne. Cette plaie est subie dans un milieu, également particulier, représentant une constitution médicale que nous pouvons appeler infectieuse. De plus, la femme est exposée à des émanations véritablement toxiques, résultant du séjour antérieur dans les mêmes salles, d'autres femmes malades, et constituant un foyer épidémique comparable, sous le rapport de l'influence exercée, à celle du choléra, à laquelle personne n'échappe complétement.

La plaie, en elle-même, est le résultat du déchirement d'un organe remplissant une fonction spéciale, c'est une chose qu'il ne faut jamais perdre de vue et qui pourra éclairer d'un jour nouveau l'étude des caractères spéciaux qu'offrent les conséquences de cette plaie.

L'assimilation d'une femme récemment accouchée avec un blessé ordinaire n'est donc qu'analogique, et, encore une fois, je ne dis ceci que pour que mes confrères de la spécialité puissent, à l'aide de la physiologie, élucider les phénomènes pathologiques puerpéraux que, du reste, ils connaissent mieux que moi.

J'ai oublié d'insister, comme je le voulais, sur le caractère confiné, corrompu, de l'air renfermé dans la matrice. Il me suffira de rappeler combien ce caractère peut donner d'activité à la putréfaction.

Je dois ajouter que le passage des liquides altérés dans les trompes, dont j'ai parlé, est indiqué clairement par la dureté des trompes et par la sensation de cordon qu'on peut percevoir à leur niveau, même avant l'apparition du frisson. Ce passage du pus par les trompes est rendu manifeste par la disposition qu'affecte, à l'autopsie, le pus contenu dans le bassin. Il est distribué précisément dans les interstices que laissent entre eux les intestins et le péritoine, c'est-à-dire là où la tension est moindre. Il n'en serait pas ainsi s'il provenait de l'inflammation de ces parties elles-mêmes. J'ai démontré ailleurs le rôle que jouent ces différences de tension dans la marche des liquides. Les faits que met en lumière la fièvre puerpérale sont conformes à la théorie.

Me sera-t-il permis maintenant de dire mon avis sur la fièvre puerpérale ? — Pour moi, cette affection mérite d'être conservée comme maladie déterminée. Tous les facteurs qui concourent à sa production sont spécifiques : cette maladie est donc spéciale. Il est vrai qu'elle présente des formes excessivement variées ; mais il en est de même de tous les corps de la nature, dont le caractère essentiel ne change pas pour cela. J'ai donc été très heureux d'entendre M. Trousseau prêter à cette doctrine l'appui de sa parole si brillante et si entraînante.

Pressé par le temps, j'abandonne une foule de points que j'aurais voulu traiter, et je me résume en les conclusions suivantes :

1° La plaie placentaire, à la suite de l'accouchement, se présente sous deux états physiologiques différents : comme *plaie fermée,* non exposée, suivant qu'elle reste et se cicatrise à l'abri du contact de l'air, c'est-à-dire s'organise immédiatement ; comme plaie *exposée, suppurante,* suivant qu'elle reste en communication plus ou moins permanente avec l'atmosphère.

2° Les conditions physiologiques qui décident de l'un ou de l'autre de ces deux états, sont : la persistance du gonflement de l'utérus, dont le retrait s'arrête sous l'influence d'une sorte d'inertie ou de paralysie, et la persistance de l'ouverture du col et du vagin dépendant de la même cause.

3° Les accidents pathologiques qui sont liés directement à la condition de la plaie utérine suppurante, sont les suivants : altérations spéciales des caillots sanguins et des lochies ; suppression plus ou moins complète de la sécrétion lochiale, remplacée par la suppuration ; résorption des liquides altérés par les veines, les lymphatiques, et le passage des mêmes liquides à travers les trompes utérines.

4° La fièvre puerpérale, qui a son principal point de départ dans cette altération *sui generis* de la plaie utérine, doit comprendre, dans sa formule étiologique, l'*état puerpéral* antérieur du sujet, l'*infection* ou l'*intoxication* puerpérales résultant du milieu infecté ; comme le caractère de la plaie utérine exposée comprend la nature particulière de la plaie, du liquide qui la baigne, et de la fonction spéciale dont elle était le siége immédiat.

5° La fièvre puerpérale, considérée comme effet collectif et comme résultante de tous ces éléments étiologiques, peut et doit conserver cette dénomination et rester comme une maladie à part dont la nature et les caractères sont aussi distincts que les éléments étiologiques qui lui donnent naissance.

6° La fièvre puerpérale épidémique n'est que la fièvre puerpérale ordinaire, à laquelle vient s'adjoindre une plus grande dose du miasme puerpéral, porté à sa plus haute propriété toxique ; et la fièvre puerpérale foudroyante n'est elle-même que la plus haute expression de cet empoisonnement.

7° La contagion de la fièvre puerpérale existe comme *fait de transmission* de la maladie d'un individu à un autre ; elle se présente sous deux formes principales : sous la forme *infectieuse,* miasmatique générale, et sous la forme d'inoculation directe utérine. Les deux formes sont presque toujours simultanées chez les femmes qui accouchent dans les Maternités.

8° Le traitement de la fièvre puerpérale présente deux grandes indications : 1° favoriser la cicatrisation immédiate de la plaie utérine ; 2° ramener autant que possible la plaie utérine qui tend à suppurer à la condition physiologique de plaie fermée. Les moyens propres à remplir cette double indication sont : le seigle ergoté administré immédiatement après l'accouchement, et lorsque l'inertie de l'utérus paraît vouloir persister. Les autres indications sont fournies par les différents états par lesquels passent l'utérus, ses annexes et l'économie entière, sous l'influence de l'altération et de la résorption des liquides utérins.

9° L'étude approfondie de la fièvre puerpérale, la considération de ses divers éléments pathologiques, s'accordent avec les résultats de la statistique pour faire considérer les établissements de Maternité comme institutions dangereuses et meurtrières, et demander, comme un grand progrès, la suppression radicale de ces établissements, sous quelque forme et sous quelque dénomination qu'ils se présentent.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats au titre d'associé national.

La commission présente : En première ligne, M. Léon Dufour ; — en deuxième ligne, M. Cap ; — en troisième ligne, M. Girardin, de Rouen.

COURRIER.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante, relativement au service des épidémies.

« Monsieur le préfet, j'ai l'honneur de vous envoyer quelques exemplaires du rapport général qui m'a été présenté par l'Académie impériale de médecine sur les maladies qui ont régné épidémiquement en France pendant l'année 1856.

» L'an dernier, j'exprimai ma satisfaction de ce que les départements pour lesquels les documents exigés par les instructions n'avaient pas été produits pour 1855 se trouvaient en petit nombre ; ce qui permettait d'espérer que les instances de l'administration parviendraient bientôt à faire disparaître ces lacunes regrettables. C'est un espoir que je conserve aujourd'hui, car il ne faut rien conclure de défavorable, pour l'avenir, de ce que les rapports ont encore manqué pour vingt-quatre départements en 1856, époque antérieure à ma dernière circulaire.

» Mais je dois vous recommander, Monsieur le préfet, de vous attacher à établir dans le service des épidémies une unité sans laquelle, comme le fait remarquer l'Académie, les études spéciales ne donnent que des résultats imparfaits.

» La première condition à faire observer est que MM. les maires ne manquent jamais d'informer immédiatement le sous-préfet de l'arrondissement des épidémies qui peuvent se manifester dans leurs communes respectives ; la santé de leurs administrés y est encore plus intéressée que la science médicale. Vous devrez donc adresser à ces magistrats municipaux des instructions pressantes à cet égard. De leur côté, MM. les sous-préfets auront à faire en sorte que les hommes de l'art puissent étudier les maladies et en diriger le traitement dès le début.

» Il est, de plus, indispensable que le personnel des médecins des épidémies soit complété, sans retard, partout où il survient des vacances. Veuillez, en conséquence, Monsieur le préfet, m'adresser des propositions pour le remplacement des anciens titulaires des postes qui seraient devenus disponibles.

» Les médecins des épidémies devront s'inspirer des savantes et précieuses observations consignées dans les rapports de l'Académie impériale de médecine, et rédiger des rapports substantiels toutes les fois qu'ils auront observé des maladies de cette nature. J'insiste, en outre, expressément pour que, à la fin de chaque année, MM. les préfets envoient à mon ministère le compte-rendu résumé que réclament les circulaires des 29 août 1854 et 6 septembre 1855.

» Enfin, Monsieur le préfet, je ne puis trop appeler, sur le service des épidémies, jusqu'à présent trop négligé, la sollicitude éclairée des conseils généraux, et je vous invite à proposer, dès cette année, au conseil général de votre département, d'inscrire au budget départemental un crédit suffisant pour que ce service puisse remplir convenablement la mission d'intérêt public qui lui est dévolue. Il importe, d'ailleurs, de ne pas perdre de vue, en cette circonstance, que les dépenses auxquelles donnent lieu les mesures propres à prévenir ou combattre les épidémies sont rangées par la loi au nombre des dépenses départementales obligatoires.

» Comme les autres années, Monsieur le préfet, je terminerai cette circulaire par la mention des récompenses que j'ai accordées, sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, aux médecins dont les travaux sur les épidémies de 1856 ont été jugés dignes de cette distinction par cette compagnie savante.

» J'ai décerné cinq médailles d'argent

A MM. LES DOCTEURS :

Gestin, médecin de la marine impériale, à Brest (Finistère).
Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwal (Bas-Rhin).
Perrochaud, médecin des épidémies, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).
Raimbert, médecin des épidémies, à Châteaudun (Eure-et-Loir).
Ragaine, médecin des épidémies, à Mortagne (Orne).

» Quatre médailles de bronze

A MM. LES DOCTEURS :

Martin Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne).
Jobert, médecin des épidémies, à la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne).
Lemoine, médecin des épidémies, à Château-Chinon (Nièvre).
Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort (Deux-Sèvres).

» Ont été l'objet de mentions honorables

MM. LES DOCTEURS :

Yvonneau, médecin des épidémies, à Blois (Loir-et-Cher).
Poussié fils, médecin des épidémies, à Marvejols (Lozère).
Colson, médecin à Commercy (Meuse).
Philbert, médecin à Bulgoseville (Vosges).

» Veuillez, je vous prie, Monsieur le préfet, remettre un des exemplaires ci-joints du rapport de l'Académie de médecine à chacun des médecins des épidémies qui sont en exercice dans votre département. Je vous serai, de plus, obligé de m'accuser réception de cet envoi.

» Recevez, etc.

» *Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,*

» E. ROUHER. »

— Le ministre de l'instruction publique et des cultes a présidé lundi 31 mai la première séance du Comité impérial des travaux historiques et des Sociétés savantes, organisé par arrêté du 22 février dernier. Il a développé la pensée essentielle de la nouvelle organisation, et fixé la portée des dispositions diverses qui désormais assurent aux Sociétés savantes, sous la protection de l'État, un centre commun de ralliement. Le ministre a annoncé qu'un rapport sur les travaux réunis par le Comité serait, à l'expiration de l'année, présenté à l'Empereur, qui suit avec un vif intérêt les efforts des Sociétés savantes pour entretenir sur tous les points du territoire le mouvement intellectuel dont l'activité toujours croissante est un honneur pour la France. — *(Moniteur univ.)*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 66. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 5 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements.
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion académique continue, mais elle n'aboutit pas. Peut-elle aboutir ? A ceux qui pensent et qui disent que les discussions, en général, modifient et rapprochent les idées dissidentes, on peut demander où, et auprès de qui, on aperçoit ce résultat dans le débat actuel. Les localisateurs ont-ils converti les essentialistes ? Quelle concession l'école de la Maternité a-t-elle faite aux écoles opposantes ? La spécificité de M. Trousseau a-t-elle embrassé l'organopathie de M. Piorry ? Les fières convictions de la médecine exacte de M. Bouillaud se sont-elles jetées dans les bras des timides croyances de M. P. Dubois ? Nous n'avons encore aperçu d'aucun côté une apparence de mouvement vers ce touchant rapprochement dont un bienveillant écrivain chantait naguère les merveilles. Et quant au profit que la science et la pratique ont retiré jusqu'ici de cette discussion, si chacun de nous s'interroge avec soin, il verra que nous avons acquis juste ce savoir négatif si fort prisé des sceptiques, et que l'un des plus illustres d'entre eux a formulé en ces termes : savoir qu'on ignore est un commencement de science. Philosophiquement, et en général, cette pensée paraît être fort juste, et nul ne peut contester que mieux vaut ne pas savoir que mal savoir. Mais il ne faut pas faire abus de cette sentence en critique médicale. J'avoue que je vois avec plus de tristesse que d'orgueil ces exhibitions solennelles dans lesquelles toutes les célébrités de l'époque viennent tour à tour exposer leurs doutes et déclarer leur impuissance. On dirait que la médecine moderne s'est donné pour mission de prouver l'inanité de la science et la stérilité de l'art. De toutes les discussions académiques ce qui reste de plus clair, c'est le doute, quand ce n'est pas la négation. Il y a des esprits parmi nous que ce spectacle amuse, et qui battent des mains à la chute d'une croyance ; ils la chantent comme une victoire, et l'enregistrent comme une conquête. C'est le progrès, disent-ils ; et ce grand mot qu'ils prennent à rebours, les enivre. Singulier progrès ! Ils ont pris au sérieux un désolant paradoxe, le *ab imis fundamentis* de Bacon, qui a égaré, en médecine, de belles intelligences et de sérieuses vocations. Il agissait avec autant d'intelligence, ce dément, qu'on a eu l'impertinence d'appeler un philosophe, et qui jetait ses trésors à la mer pour acquérir, disait-il, l'indépendance de la pauvreté.

Nous l'avons dit souvent ici, et malgré les oppositions que cette opinion a rencontrées, nous persistons à soutenir que la science ne vit pas de dénégations ; la science c'est la foi intelligente et éclairée, c'est l'affirmation ; le doute n'est qu'un moyen, une précaution de l'esprit, et, malgré toute l'autorité de Descartes, nous ne saurions l'élever au rang philosophique de méthode. Le scepticisme n'a pas produit un seul progrès dans les sciences ; ce sont les hommes de foi et de conviction qui les poussent en avant. Il y des excès en tout, sans doute ; la foi ardente peut conduire à l'illuminisme, à l'intolérance, au terrorisme ; mais le doute froid et stérile conduit aussi au nihilisme, au *timorisme*, cette vertu négative qu'on décore du nom de prudence. Un peu de témérité ne mésied pas aux idées nouvelles. Mais aujourd'hui les idées nouvelles font peur. On n'a de goût, on n'a d'éloges, on n'a de récompenses que pour ceux qui détruisent ; toute velléité de nouveauté trouve une formidable douane qui, sous les noms respectables de critique et d'examen, crie d'abord : tu ne passeras pas ; et si la pauvre idée n'a ni la persévérance pour lutter, ni le pouvoir pour dompter, elle succombe. Croyez bien qu'il y a des gens encore qui préfèrent la rue de la Licorne, sombre, étroite et humide, au magnifique boulevard de Sébastopol, inondé d'air et de lumière.

Tout ceci pour rendre un humble mais sincère hommage au dernier orateur entendu dans la discussion sur la fièvre puerpérale. M. J. Guérin a du moins introduit une idée nouvelle dans cette discussion : il l'a dit basée sur un nombre considérable d'observations suivies d'autopsies. Observateurs, vérifiez l'exactitude du fait annoncé par notre honorable collègue, avant de le combattre. Si le fait est vrai, vos dénégations ne le détruiront pas ; s'il y a eu erreur ou illusion de la part de M. Guérin, le grand échafaudage physiologique et pathologique sur lequel il a appuyé son fait nouveau, ne le préservera pas d'une chute.

Mais de grâce, vérifiez, ne niez pas.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, M. Serres, au nom de la section de médecine et de chirurgie, a donné lecture du rapport sur les mémoires présentés au concours pour le prix Bréant. Ce rapport est négatif. Aucun des 153 mémoires qui ont été adressés à l'Académie, n'a été jugé digne, par la section, de mériter le grand prix de 100,000 fr. ; non plus que celui de 5,000 fr., formé avec les intérêts annuels du premier.

Des auteurs de ces 153 mémoires, deux seulement, selon M. le rapporteur, ont paru avoir saisi l'esprit du programme proposé par M. Bréant ; et, si nous avons bien compris les termes du rapport, il en faudrait blâmer le testateur plus que les concurrents. Comme l'a rappelé M. Serres, la section a déjà fait remarquer que l'esprit du legs avait une tendance fâcheuse à reporter la médecine vers la recherche des causes occultes, aujourd'hui généralement abandonnée. M. Serres a saisi cette occasion pour tracer, en peu de mots et à grands traits, l'esquisse de la méthode scientifique par excellence. C'est — fermement — du plus pur baconisme. M. Serres parlait au nom de la section tout entière de médecine et de chirurgie. Voici dans quelle voie, indiquée par elle dans un précédent rapport, elle aurait voulu que s'engageassent les auteurs des mémoires envoyés : Chercher contre le choléra un spécifique dont l'action fût analogue à celle du quinquina contre les fièvres intermittentes ; — ou bien un prophylactique comparable à ce qu'est le vaccin pour la variole. C'est ce qu'ont seuls compris les auteurs des deux mémoires distingués par la commission.

L'un de ces mémoires ne contient que sept pages in-4° : elles sont le résumé d'un grand travail entrepris par le chirurgien en chef des hôpitaux de Smolensk, qui s'est proposé la recherche d'un prophylactique. L'auteur, partant de l'idée que le virus du choléra est identique à celui de la fièvre typhoïde et de la variole, inocule le virus vaccin à tous les cholériques dès le début de l'épidémie. Cette pratique, recommandée par le gouvernement russe, à tous les médecins de l'empire, aurait sauvé 6 malades sur 7.

La section, a dit M. Serres, aurait voulu connaître, d'une manière plus précise, les expériences, dont le résumé qu'elle a eu sous les yeux, ne donne que les résultats ; elle ne peut s'empêcher de conserver quelques doutes sur l'action du virus vaccin, inoculé alors que la peau a perdu toute faculté absorbante, comme il arrive chez les cholériques. Toutefois, elle pense que les travaux du chirurgien de Smolensk doivent être pris en sérieuse considération.

Le second mémoire, dû à M. R..., et relatif à la recherche d'un spécifique, préconise contre le choléra l'emploi du calomel selon une méthode nouvelle, qui consiste à le donner coup sur coup, à la dose de 0,10 à 0,15 centigrammes, de deux en deux ou de cinq en cinq minutes ; l'auteur affirme qu'on peut ainsi en faire

---

Feuilleton.

UNE VISITE MÉDICALE ET HYGIÉNIQUE

A la Trappe de Notre-Dame-de-Grâce de Bricquebec (Manche).

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

La nourriture ordinaire des Trappistes se compose de 370 grammes de pain, auxquels il est loisible d'ajouter des pommes de terre ; d'une soupe, de laquelle sont rigoureusement exclus le beurre ou l'huile, et qui n'admet le lait qu'à des époques déterminées ; d'un plat de légumes ou de racines. La viande, le poisson, le beurre et les œufs sont interdits en état de santé ; l'huile n'est permise que pour la salade. La boisson habituelle est une hémine ou un demi-litre de cidre. Un dessert composé de fruits crus ou cuits ou de raves, mais dans lequel n'intervient jamais le fromage, termine ce repas d'une monotonie et d'une insipidité qui ne permettent pas de franchir les limites d'une sobriété rigoureuse. Aussi pas n'est besoin de dire que les indigestions sont inconnues à la Trappe, et que la goutte, chétiment personnel ou héréditaire d'une succulence abusive du régime, va, suivant l'expression de la fable, *planter son piquet* ailleurs. La gravelle ne saurait non plus s'y trouver fort à l'aise, et un seul cas s'en est présenté dans la communauté depuis sa fondation, encore avait-il été apporté du dehors.

Que les indigestions, la goutte et la gravelle ne rencontrent pas à la Trappe un sol qui leur convienne parfaitement, il n'y a rien là qui doive surprendre ; mais, ce qui est plus difficile à comprendre, c'est que la vie trouve dans une aussi chétive nourriture les éléments d'un entretien satisfaisant pour le plus grand nombre, et d'une plasticité remarquable pour quelques-uns. Combien cette alimentation doit-elle cependant s'éloigner des 20 grammes d'azote et des 310 grammes de carbone que nous sommes, la chimie à la main, en droit de demander à nos deux repas de chaque jour ? La glorification du système pythagoricien ressortirait de ce contraste, si on ne songeait pas combien la méditation, dans laquelle l'âme réduit à son minimum le fonctionnement des rouages organiques, intervient pour une part considérable dans la vie des Trappistes. Au reste, ne voyons-nous pas, dans certaines de nos provinces, une nourriture presque exclusivement composée de féculents entretenir d'une manière très suffisante la santé et les forces des habitants de la campagne ? Le scorbut, dont les causes sont sans doute multiples, mais qui procède très habituellement d'une alimentation insuffisante, quant à la qualité, la quantité ou la nature, est une maladie inconnue aux Trappistes, même sous ses expressions les plus atténuées. Ce fait ne nous a pas surpris ; dans notre opinion, en effet, le scorbut a sa cause génératrice dans une alimentation végétale, ou animale, composée de substances en voie d'altération chimique, parce qu'elles sont soustraites depuis longtemps à l'influence de la vie. Or, l'alimentation des Trappistes, insuffisante, il est vrai, est, par une heureuse compensation, composée à peu près exclusivement d'aliments frais, produits par leur travail et recueillis autour d'eux. L'une des conditions génératrices les plus essentielles du scorbut ne se rencontre donc pas à la Trappe, et l'on peut s'expliquer ainsi comment la communauté est épargnée par cette rare dyscrasie. Le fait relaté par Fodéré, pour prouver l'influence du régime végétal exclusif sur la production du scorbut, me paraît purement exceptionnel, et je n'ai pas entendu dire qu'aucun novice ait jamais rien offert de semblable.

Nous disions tout à l'heure que les troubles digestifs étaient assez rares parmi les Trappistes. Un religieux des plus vigoureux présente, par exception, un cas remarquable de mérycisme contracté depuis son entrée dans l'ordre. L'usage d'une nourriture exclusivement végétale a-t-il contribué à le produire ? Son isolement rend assez improbable cette explication. L'appétit des Trappistes est généralement vigoureux ; la brièveté du sommeil, les propriétés peu substantielles de leurs aliments, l'ardeur avec laquelle ils se livrent aux travaux agricoles, sont autant de raisons qui stimulent chez eux le besoin de réparation. Il ne se manifeste jamais plus énergique que chez les novices qui présentent presque tous un accroissement notable du volume de l'abdomen comme tous les individus qui n'ont pas encore contracté complétement l'habitude de la diète végétale, mais ce phénomène aussi bien que l'exubérance de l'appétit ne dure guère plus d'un an ou deux. Ce terme arrivé, l'assuétude au nouveau régime est définitivement acquise. L'appétence pour les acides est un fait qui m'a été également signalé comme très général ; l'insipidité monotone des aliments explique probablement le goût des Trappistes pour cette sorte de condiments. Quant à la fréquence des aigreurs et du pyrosis, elle n'a rien qui doive surprendre chez des hommes dans la nourriture desquels les fécules jouent un rôle si prédominant.

Si la goutte tourne autour de la communauté sans y entrer, le rhumatisme, au contraire, y a élu domicile, et ce fait montre combien sont peu fondées les tentatives des médecins qui ont cherché à confondre ces deux affections l'une avec l'autre et ont cru qu'elles étaient la manifestation à peine diversifiée d'un même principe. Le lombago est la plus fréquente de toutes les formes rhumatismales ; la position courbée qu'imposent le travail des champs et les prosternements continuels contribuent à les produire. Il faut joindre également comme cause, la dureté extrême des couches qui produit au réveil un endolorissement général, lequel ne se dissipe souvent qu'après un an ou deux d'initiation.

La phthisie ne rétrocède certainement pas sous l'influence de la diète pythagoricienne de la Trappe, mais elle marche dans la communauté avec une lenteur constatée par de nombreux exemples. Pour n'en citer qu'un seul, il y a en ce moment dans l'abbaye un religieux appartenant à une famille de pulmoniques dont il constituait le dernier débris, et qui présentait à son entrée des signes tellement frappants de consomption avancée, qu'on s'efforça de le détourner de la pensée de prononcer ses vœux. Il insista nonobstant, et depuis vingt-cinq ans qu'il a pris l'habit, son état ne s'est en rien aggravé. Un autre moine, atteint également de phthisie confirmée à l'époque de son noviciat, se soutient d'une manière tout à fait inespérée. Les exemples cités dans les auteurs anciens de consomptions tuberculeuses guéries par la diète végétale, me paraissent moins improbables actuellement qu'avant ma visite à la Trappe.

Les fièvres intermittentes, ayant leur source en dehors de l'homme et de son genre de vie, et n'étant, à proprement parler, que le résultat d'une intoxication accidentelle, sévissent sur les Trappistes comme sur tous les hommes qui se livrent aux travaux de défrichements. Les pre-

prendre jusqu'à 50 grammes en peu de temps, sans salivation, — cela se conçoit, la fonction des vaisseaux absorbants étant suspendue, — et qu'on obtient même dans la période algide la tolérance, c'est-à-dire la cessation des vomissements. M. R... dit avoir guéri, par ce moyen, 80 cholériques sur 100.

La section déclare que ce travail, tout en lui paraissant digne du plus haut intérêt, n'a pas porté une entière conviction dans son esprit.

En conséquence, elle déclare à l'Académie que le but n'a pas été atteint, et que le concours pour le legs Bréant continue à être ouvert.

— Après la lecture de M. Serres, l'Académie a procédé à la nomination, par voie de scrutin, de la commission pour les prix de médecine et de chirurgie. Cette commission doit être composée de neuf membres, c'est-à-dire de la section de médecine et de chirurgie, plus trois membres.

Ont été nommés : MM. Velpeau (43 voix), Rayer, Andral, Bernard, Serres, Cloquet, Jobert, Duméril et Flourens (21 voix).

— M. Churchill, dans un mémoire présenté il y a quelques mois à l'Académie de médecine, préconisait contre la phthisie pulmonaire les hypophosphites alcalins, en même temps qu'il donnait une théorie nouvelle du développement de la tuberculose. Cette médication, immédiatement expérimentée par les médecins des hôpitaux et de la ville, n'a point paru tenir ses promesses.

Aujourd'hui, M. Churchill est venu lire, devant l'Académie des sciences, le résumé de 41 observations nouvelles de phthisie pulmonaire traitée par les hypophosphites alcalins. Il en résulte que la mort n'est plus que l'exception, et que le troisième degré de cette affection est moins grave, traitée par la méthode de M. Churchill, que le second.

L'affirmative, comme on voit, ne manque pas de hardiesse, et elle grandit en raison directe des obstacles et des dénégations qu'on lui oppose. L'auteur attribue les insuccès de ses confrères à l'inobservation des règles, très simples cependant, qu'il a posées pour l'emploi des hyposulfites. — C'est un retranchement banal, mais qui peut être vrai.

Si les *comptes-rendus hebdomadaires* nous les apportent, nous donnerons de nouveau ces règles à nos lecteurs, et si, après cela, les insuccès continuent, nous ne désespérons pas de voir prochainement M. Churchill venir nous affirmer — afin que tout compensé, la moyenne ne varie pas — que l'on ne meurt plus de la phthisie et qu'elle peut, au contraire, entre ses mains, devenir un gage de longévité.

— Dans cette séance, deux autres lectures ont encore été faites, qui nous ont paru intéressantes.

L'une par M. Boussingault, concernant la culture du tabac en Alsace; nous nous réservons la faculté d'y revenir dans un de nos prochains *bulletins;*

L'autre par M. Biot. Le vénérable académicien a annoncé d'abord la publication des travaux de la commission chargée par M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics de se rendre compte des éléments si variés qui entrent dans la composition de « cette grande machine qu'on nomme chemin de fer. » Ces travaux, qui ont demandé 47 séances à la commission, sont publiés par les soins de M. Alfred Tourneux, ancien élève de l'École polytechnique, maintenant chef de division au département des travaux publics.

M. Biot a ensuite annoncé que, cédant aux obsessions bienveillantes de ses amis, il allait faire paraître ces jours-ci, à la librairie Michel Lévy, deux volumes intitulés : *Mélanges scientifiques et littéraires;* ces deux volumes seront suivis d'un troisième qui les complétera. C'est la reproduction de différents mémoires ou communications qui ont paru, chacun à leur époque, dans les recueils spéciaux. M. Biot s'est laissé persuader que ces travaux, dépouillés des détails techniques qui constituent leur valeur véritable aux yeux de ses collègues, et qui établissent les titres réels d'un savant de profession, offriraient encore un certain intérêt pour le public plus nombreux auquel ils vont s'adresser. « Il pourra paraître curieux, au point de vue philosophique, a-t-il dit, de trouver rassemblées des productions nées dans une période qui embrasse plus d'un demi-siècle, et de suivre le même esprit à travers des époques qui ont modifié aussi bien la tournure des intelligences que la coupe des habits. »

Il n'a rien été changé à la rédaction de ces diverses publications, sauf les éliminations mentionnées plus haut, et l'addition de quelquelques notes, afin de les maintenir au niveau de la science actuelle.

« Quant au monde politique, a dit en terminant M. Biot, je n'y touche pas, ne l'ayant jamais vu que comme simple spectateur, et en ayant toujours subi les vicissitudes sans prendre part à son mouvement. »

De cette profession de foi nous ne voulons rien dire, sinon que nous regrettons très vivement que le vénérable académicien ne s'y soit pas strictement conformé dans le cours de sa lecture. Un mot nous a surpris de la part de M. Biot; il nous eût semblé plus digne de son urbanité et de la hauteur de son caractère qu'il ne le prononçât pas. Le blâme doit s'abstenir quand l'éloge est tenu d'être discret.

— M. Élie de Beaumont, dépouillant la correspondance, a mentionné :

— Une lettre de M. Jobard, accompagnant un mémoire de l'astronome égyptien Mahmoud-Effendih, sur le calendrier arabe.

— Une lettre de M. le directeur de l'École vétérinaire de Lyon, qui demande à être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

— Une communication de M. Matteucci sur les courants électriques.

— Une note de M. Retz, de Brest, sur les crustacés parasites de certains poissons.

— Une réclamation de Mme veuve Boniface, redemandant le manuscrit du dernier mémoire envoyé à l'Académie par son mari; il n'a pas été fait de rapport à ce sujet; on fera droit à la réclamation de Mme Boniface.

— Une note de M. Duval, fabricant d'instruments de chirurgie, sur un nouvel écraseur.

— Une communication très curieuse relative à une pluie de grillons observée deux jours de suite.

— Un pli cacheté, déposé par M. Laugier, de l'Académie de médecine.

— M. J. Cloquet dépose sur le bureau, au nom du docteur Évariste Bertulus, un travail sur les propriétés du quinquina et sur les fièvres intermittentes, avec un grand nombre d'observations à l'appui, recueillies à Marseille pendant la clinique de l'été dernier.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

L

J'ai dit que les localisateurs s'abandonnent eux-mêmes lorsqu'ils accordent chez la femme puerpérale une disposition inflammatoire ou pyogénique préexistante et déterminée; et que de cet état morbide général, plus ou moins latent dans son principe, plus ou moins primitif dans ses manifestations, on peut faire sortir toute la pyrétologie spéciale qu'ils s'obstinent à repousser.

Mais, répondront-ils, admettre une prédisposition inflammatoire chez la femme en couches, une crase particulière du sang, ce n'est rien accorder de contradictoire avec l'idée d'une phlegmasie ou d'une maladie locale. Toutes les phlegmasies du cadre nosologique en sont là. Pour toutes, pour l'angine, la pneumonie, l'érysipèle, etc., on admet cette disposition inflammatoire sans cesser de ranger ces affections dans les phlegmasies, et par conséquent de les classer dans les maladies locales. Rien de plus vrai. Et pourtant, cet aveu est précieux; et il importe de constater que les localisateurs des fièvres puerperales, conviennent que toutes les phlegmasies de la pathologie interne sont des maladies générales à détermination locale initiale et dominante. Or, je le demande, si cela est vrai des phlegmasies en général, combien plus cela ne l'est-il pas des phlegmasies puerpérales, même sans compter les fièvres de cette espèce ?

Je ne fais donc aucune difficulté de reconnaître à ces conditions, avec les localisateurs, des phlegmasies dans le cadre des affections puerpérales aigües; mais ce n'est pas une raison pour en exclure les fièvres. Les unes n'empêchent pas les autres ; et il ne s'agit plus que de savoir ce que sont les fièvres puerpérales comparées aux phlegmasies du même ordre, et surtout aux autres pyrexies. Que l'existence des phlegmasies n'empêche pas celle des fièvres puerpérales, c'est l'importante vérité que j'exposerais en ce moment, si l'occasion de le faire ne devait pas se présenter plus naturellement lorsque j'examinerai la face nosologique de ma question, et que j'établirai les principes d'une classification des maladies puerpérales. Je reviens à l'infection purulente et à ce qu'on appelle la fièvre de résorption, afin de mieux inculquer une idée capitale brièvement posée samedi dernier, et qui remplace par un principe physiologique, le principe de mécanique qui a fait la fortune de la phlébite.

LI

J'ai essayé de prouver que la translation du pus dans le sang, n'est pas, comme on le croit, l'agent qui met en branle les fièvres puerpérales, et qu'on ne peut se croire quitte envers l'observation, quand pour expliquer ces fièvres, on a fait passer quelques gouttes de pus dans les vaisseaux sanguins d'une femme bien portante. Est-ce ainsi que procède l'organisme vivant? Est-ce dans ses principes, si je peux ainsi dire, de prendre les choses toutes faites, de se borner à les changer de place, et de n'agir que par transport et mélange? Qui ne sait que tout en lui est conception, génération, évolution, sympathie? L'humorisme des localisateurs paraît l'ignorer. Que s'il prétend à n'être pas confondu avec l'humorisme des commères, je conviendrai qu'il lui est supérieur par des notions d'anatomie mécanique et de séméiologie que le vulgaire ne possède pas; mais je n'accorderai rien de plus. Au fond, l'humorisme moderne, tout fier de sa nouvelle hématologie, n'est pas

---

mières années de l'installation d'une Trappe sont surtout, comme on le comprend bien, traversées par ce genre d'épreuves. L'éclosion de ces accidents a toujours, au reste, été expliquée à l'abbaye de Bricquebec par la nature des travaux auxquels se livraient les religieux.

Les épidémies épargnent assez habituellement les Trappistes; sauf, en effet, la fièvre typhoïde qui, en 1839, s'abattit sur la communauté, atteignit vingt religieux et en frappa trois mortellement, il est de notoriété dans le pays que ces maux s'arrêtent à la porte de l'abbaye. Ce fait a été constaté pour le choléra à la Trappe de Bricquebec, comme il l'avait été à la Grande-Trappe par le Père Debreyne. La régularité de la vie des religieux, leur tempérance extrême, et peut-être aussi cette sérénité d'âme qui les rend inaccessibles à toute inquiétude, expliquent, jusqu'à un certain point, cette immunité.

On a considéré, comme chacun sait, la persistance de la diète végétale comme un moyen de guérir l'asthme, ou du moins d'en atténuer singulièrement les accès. Le moyen est rigoureux et n'est rien moins qu'infaillible. L'abbé actuel de Notre-Dame-de-Grâce, qui est entré dans la communauté en 1827, y a été atteint, en effet, d'un asthme dont les attaques sont très multipliées et très douloureuses. Je doute fort que jamais expérience diététique ait été continuée avec la même persistance et le même scrupule.

La longévité, expression synthétique et exacte, dans une certaine mesure, de la valeur hygiénique des influences auxquelles on est soumis, paraît être à la Trappe ce qu'elle est partout ailleurs. Le prieur actuel a 73 ans, et sa vieillesse est assez robuste. Le dernier supérieur est mort à 80 ans des suites d'un catarrhe vésical compliqué de prostatite chronique; un certain nombre de religieux ont de 50 à 60 ans. A l'époque de la fondation de la maison, la communauté perdit quelques jeunes gens, mais les travaux excessifs, inséparables d'une installation et l'insalubrité des défrichements, expliquent cette mortalité qui, du reste, ne s'est pas reproduite.

Les Trappistines, qui vivent à peu de chose près sous la même règle, la supportent, dit-on, infiniment moins bien. L'influence si curieuse et si bien accusée de la vie claustrale sur la suppression des menstrues, influence dont nous avons recueilli de nombreux exemples, peut rendre compte en partie de l'inaptitude des communautés de femmes à supporter aussi impunément les privations et les austérités de cette vie exceptionnelle.

Certainement nous ne donnerons pas la vie des Trappistes comme une formule-type de l'hygiène la plus propre à atteindre, suivant l'expression d'un physiologiste éminent, la *quantité de vie* dévolue primordialement à notre espèce; certainement l'interruption du sommeil, la longueur des exercices de piété, la séquestration, une nourriture de laquelle est exclue toute une classe d'aliments considérés à bon droit comme essentiels, les viandes et les matières grasses en particulier, constituent des circonstances préjudiciable à la santé; mais, pour que les conditions de longévité de notre vie douillette et sensuelle ne l'emportent pas sur celles de la longévité des Trappistes, combien ne faut-il pas que nos passions, notre intempérance, nos désordres de tout genre, introduisent dans le problème de la durée de notre existence d'éléments qui la compromettent. Certes les dangers des privations n'ont rien de comparable à ceux des excès, et nous comprenons que notre confrère de la Grande-Trappe, le Père Debreyne, ait pu s'écrier, dans un élan d'enthousiasme hygiénique, pour des austérités dont on exagère, il est vrai, le péril : « Considérez, chez les amateurs de bonne chère et les » gastrolâtres modernes, ces immenses perturbations physiques; portez » vos regards attristés sur ces corps obèses, blasés et bouffis dont les » organes digestifs sont brûlés et corrodés par d'incessantes ingurgitations de viandes et de boissons irritantes et incendiaires. Est-il possible que l'organisation humaine la plus forte et la plus robuste résiste » longtemps à l'impression délétère et toxique de tous ces principes de » dissolution et de mort, à ces chocs brusques et à ces collisions violents d'un sang enflammé et de la mollesse des tissus organiques (1) ! » Le tableau est forcé, sans aucun doute, mais il n'en est pas moins vrai que, plus de sobriété allongerait notre vie et qu'entre Apicius et Cornaro, il est une mesure hygiénique dont il serait prudent de ne pas nous départir.

Notre dernière visite à la Trappe de Bricquebec coïncidait avec le sacre du nouvel abbé. C'était une bonne fortune dont nous nous empressâmes de tirer profit; et nous pûmes suivre, avec un intérêt que sa longueur n'émoussa point, tous les détails de cette cérémonie imposante, dans laquelle le nouvel élu reçut, des mains de l'autorité épiscopale, les insignes de la dignité que les suffrages de la communauté réunie en une sorte de conclave abbatial, lui avaient conférée quelques mois auparavant. Les abbés de la Grande-Trappe et de la Meilleray assistaient à cette cérémonie émouvante, dont les rites et les détails reportaient involontairement notre esprit aux temps où la crosse de bien des abbés égalait presque en dignité celle des évêques, et ne s'inclinait devant elle que comme gage d'une soumission respectueuse à l'autorité du Saint-Siége. C'était jour de fête à la Trappe, et une émotion douce se peignait sur toutes ces figures, sur lesquelles sont empreintes à la fois la gravité contemplative de la méditation et la sévérité d'une conscience que rien ne trouble.

Du reste, cette joie fut tout intérieure, car l'austérité de la règle, les privations de l'abstinence, non plus que la rigueur du silence absolu, ne fléchirent jamais à la Trappe, et le nouvel abbé, après nous avoir fait, par esprit d'hospitalité et pendant quelques instants seulement, les honneurs d'un repas relativement somptueux préparé pour nous à l'hôtellerie, alla attendre dans la prière l'heure du dîner monastique auquel la solennité du jour n'avait rien ajouté. Quelle vie! Quel silence! Quel renoncement! Quand on laisse la Trappe, après y avoir passé une journée entière, on éprouve une sorte d'allégement égoïste, comme si on échappait en même temps à une terreur et à un reproche, mais cette première impression passée, on reporte volontiers son souvenir vers cette société chrétienne que la foi échauffe, que le travail soutient, que les privations purifient et qui s'élève au-dessus des flots envahissants du matérialisme comme une énergique et vivante protestation de l'esprit.

Dr FONSSAGRIVES,
Médecin en chef de la marine.

(1) *Thérapeutique appliquée*, p. 334.

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique, par le docteur FOISSAC, lauréat de l'Institut, etc. — Chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

plus fort que l'ancien. Je n'y vois après tout, que l'anatomie pathologique des liquides. Les principes sont les mêmes, les instruments seuls sont changés. Au lieu du scalpel, c'est du microscope qu'on se sert. Appliquez aux altérations du sang les grossières idées sur lesquelles les anatomistes d'il y a trente ans prétendaient fonder la pathologie, et vous aurez l'humorisme actuel. C'est une anatomie nouvelle et plus fine mise au service d'une erreur ancienne et aussi grossière. Plus savante et plus précise, cette erreur n'en est que plus vaine et plus dangereuse. Elle altère des faits plus positifs et plus précieux qu'autrefois : voilà tout.

LII

Pour jouer son rôle secondaire dans la production des fièvres puerpérales, l'absorption du pus suppose des conditions pathologiques préétablies, et des rapports sympathiques tout spéciaux entre le foyer phlegmasique et le système circulatoire. Le frisson qui signale le début d'une suppuration, apparaît avant la formation du pus. C'est lorsque le phlegmon naît à des actions morbides nouvelles, c'est lorsque tend à s'y établir un autre ordre d'altération, que l'organisme consensuellement modifié dans sa vitalité générale, conçoit aussi une nouvelle et plus haute puissance de maladie, et manifeste par le frisson la sympathie qu'il en éprouve. Or, cette sympathie n'est ni vague, ni indéterminée, ni purement physiologique : c'est une sympathie de suppuration. Le système circulatoire ou sanguificateur conçoit donc dans ce cas une véritable sympathie de suppuration. L'affection locale et l'affection générale sont dès lors en harmonie, et constituent une phlegmasie généralisée dans le grand appareil vasculaire sous la forme d'une fièvre inflammatoire. Cette phlegmasie fébrile n'est réellement qu'une pyrexie renversée. En effet, quoique sympathique ou secondaire, la fièvre n'y existe qu'en vertu de la naissance et de l'évolution d'une matière fébrile et inflammatoire dans l'appareil de la circulation. Une fois formée, elle a donc son *essentialité*, c'est-à-dire son existence propre. Aussi, pour peu qu'elle dure un certain temps, elle devient à son tour une pyrexie ou fièvre primitive. Elle en prend tous les caractères, et bientôt elle a ses phlegmasies subordonnées. C'est pourquoi M. Cruveilhier a pu dire, sans errer au fond, que les phlegmasies puerpérales étaient des fièvres ; et pourquoi les plus profonds d'entre les anciens, mettaient les phlegmasies dans leurs pyrétologies. Combien ce que je viens de dire ne doit-il pas être plus vrai encore chez la femme puerpérale que chez un sujet ordinaire ; chez la femme puerpérale, dont le sang est tout disposé par sa composition spéciale et éminemment altérable, à former des phlegmasies suppurées et des dépôts non inflammatoires ?

Voilà ce qui se passe dans le premier temps d'une fièvre symptomatique d'une phlegmasie suppurée. Il ne suffit pas que ce foyer envoie plus tard du pus à l'économie, pour qu'une maladie générale purulente s'établisse : il faut qu'il lui ait communiqué préalablement, et continue à lui communiquer par sympathie morbide, une disposition de même nature que la sienne. Il faut donc admettre qu'une partie qui suppure, exerce sur le système vasculaire un stimulus de présence qui met ce système tout entier en rapport avec elle. C'est ce qui se passe chez les blessés ; ainsi se forme la fièvre traumatique, ainsi la fièvre de suppuration des varioles, ainsi celle des phlegmasies puerpérales.

LIII

On retrouve cette loi en physiologie, comme on y doit retrouver le type de toutes celles qui président à la formation des maladies. L'homme affaibli par le besoin et qui fait un repas, ressent un influx de restauration générale avant l'absorption de principes alibiles nouveaux. En excitant le travail de l'estomac, les aliments déterminent dans toute l'économie une excitation réparatrice, véritable sympathie de nutrition qui met chaque cellule de l'organisme en rapport avec le centre de la fonction digestive. Sans l'action continue de cette stimulation spéciale, l'assimilation des produits de la digestion serait impossible. On ne nourrirait pas régulièrement un individu en injectant dans ses veines les divers principes nutritifs qui se forment dans l'estomac et le duodenum. Pour que ces matériaux réparateurs soient assimilés par le sang et les tissus, il faut que ceux-ci soient en sympathie avec le tube digestif, et que les forces de cet appareil excitent de leur influx animateur spécial et pepsique, toutes les parties pour qui il prépare ses produits.

La pénétration du pus dans le sang peut bien alimenter la disposition pyogénique préexistante qu'ont éveillée dans le système circulatoire les capillaires enflammés ; elle favorise l'infection de la masse, la production des abcès disséminés, l'entraînement ou la colliquation purulente : dans tous les cas, elle ne produit pas, elle est incapable de produire à elle seule une maladie coordonnée. Qu'elle y introduise un élément d'aggravation et qu'elle l'élève ainsi à une puissance de plus, c'est si peu la produire, que cela même la suppose existante.

Expliquer l'état morbide général incontestable qui caractérise les affections puerpérales graves, par la dissémination du pus d'une phlébite, c'est donc expliquer les causes par les effets, c'est méconnaître les lois de la formation des maladies, et les confondre avec leurs produits, leurs accidents ou leurs superfétations.

On le voit, la différence entre les localisateurs et moi, c'est qu'ils expliquent tout par juxta-position, et moi tout par intussusception. De l'anatomie morte à l'anatomie vivante ou d'évolution, voilà la distance qui nous sépare. Elle est infinie.

LIV

Ce que j'ai dit de la théorie des fièvres puerpérales purulentes tirée de la suppuration des veines utérines, je le dis de la théorie des fièvres puerpérales putrides tirée de l'absorption des liquides septiques à la surface de l'utérus. Il y a, et j'en ai observé plusieurs cas, des fièvres puerpérales putrides. Ces fièvres ne ressemblent point du tout aux accidents d'infection putride que présente souvent la clinique chirurgicale. L'état puerpéral offre même quelquefois des cas de ce genre bien propres à manifester la différence énorme qui sépare une fièvre d'un accident putride. J'étais demandé, il y a dix ans, rue du Cherche-Midi, 72, près de Mme A..., accouchée à six ou sept mois depuis quelques jours, et en proie à des accidents redoutables. Je reconnus aussitôt tous les symptômes de ce qu'on appelle l'infection putride, et soupçonnant bien que leur cause était dans l'utérus, j'y introduisis immédiatement la main. J'en retirai, après quelques recherches, un placenta et des membranes dans un état de fermentation putride et de fétidité qui m'infectèrent moi-même. J'en fus indisposé jusqu'à éprouver des nausées et du dévoiement pendant une partie de la journée : il était quatre heures du matin. Le soir même, la malade que j'avais trouvée dans une position alarmante, la face décomposée, le pouls petit et précipité, du hoquet, un ventre météorisé, etc., le soir même, la malade n'offrait plus trace de ces accidents, et ne différait pas de toute femme au cinquième ou sixième jour d'une couche. Après l'extraction de ce délivre pourri, je m'étais borné à de simples injections vaginales. L'utérus qui s'était refermé sur l'arrière-faix, donna presqu'immédiatement après son expulsion, des lochies communes, et tout rentra dans l'ordre.

LV

On a vu l'accident, on va voir la maladie. Il y a deux ans, on m'appelait rue de Bourgogne, n° 40, chez Mme A..., accouchée depuis quatre jours, et qui recevait les soins de M. le docteur Genouville. Quelques jours avant l'accouchement, elle éprouvait un peu d'abattement ; dès le jour même, du frisson, de la fièvre, et de l'adynamie. J'épargne les détails, et je me borne à dire que je trouvai la malade dans un état typhoïde prononcé, datant de plusieurs jours. Cet état avait marché progressivement à la manière d'une pyrexie. Le ventre était ballonné, la région hypogastrique légèrement douloureuse à la pression ; mais il n'y avait pas de diarrhée, et l'écoulement lochial n'était pas fétide. La fièvre modérée le matin, redoublait le soir et la nuit, avec des rêvasseries et un pouls à 100 par minute, mou, plein, ondulant, redoublé comme dans les fièvres continues graves. La stupeur du typhus était empreinte sur la face ; et la langue, les dents, les lèvres recouverts de l'enduit fuligineux, complétaient cette physionomie. On entendait dans toute la poitrine, en arrière, des râles muqueux abondants, sans toux ni dyspnée notables. Cet état progressa ainsi pendant huit jours ; il en mit autant à décroître et à se résoudre complètement ; la convalescence fut longue et entravée par une stomatite pultacée d'assez mauvais caractère ; altération locale en rapport avec la nature putride de l'affection générale. Si on m'objectait que j'ai eu affaire à une fièvre entéro-mésentérique, je répondrais que je me suis fait cette objection tous les jours au lit de la malade, et que tout ce qui a existé chez elle comme tout ce qui n'a pas existé, ne m'a jamais laissé l'ombre d'un doute sur la nature puerpérale de cette fièvre putride.

Voilà la différence bien accusée, je l'espère, entre un accident et une maladie. Là le poison est comme étranger à l'économie et introduit du dehors ; ici, il se forme dans l'organisme de l'organisme même ; il tend à s'y individualiser ; et cette évolution parasitique, cet organisme pathologique passagèrement développé dans l'organisme normal, c'est précisément la maladie.

LVI

Mais de ce que je nie qu'on puisse former de toutes pièces une maladie générale avec un produit morbide réfléchi, comme sont forcés de le faire les médecins asservis aux méthodes de l'anatomie mécanique, s'ensuit-il que je rejette l'influence des absorptions septiques sur l'état du sang, etc. ? Non, car je n'en ai pas besoin comme mes adversaires. Je pense, en effet, que cet empoisonnement peut aggraver la maladie, la faire passer à une puissance morbide de plus, à un entraînement funeste. C'est, comme je l'ai dit, un cercle vicieux où l'effet vient multiplier indéfiniment sa cause. Mais on ne saurait trop le redire, le plan de la maladie n'est pas donné par cet accident ; le plus souvent, au contraire, cet accident le suppose.

J'admets l'influence nuisible des liquides et des gaz accumulés dans l'intestin des sujets affectés de fièvre typhoïde ; je crois que ces matières exercent une action dans le sens de la maladie ; mais je n'en fais pas sortir celle-ci, pas plus que je ne dérive la variole des infections purulentes auxquelles sont exposés les varioleux vers la fin de la deuxième semaine de leur maladie. Je dis auxquelles sont exposés les varioleux, car je ne doute pas que l'entraînement purulent qu'on observe trop souvent alors, ne soit direct et non réflexe. L'action réflexe, ou l'infection par absorption, n'est que consécutive et aggravante.

LVII

Si on m'oppose que dans le typhus puerpéral, purulent ou putride, on observe précisément des accidents rapides et sidérants, qui excluent toute idée d'un plan et d'une évolution calculable de périodes régulièrement croissantes et décroissantes, comme dans les fièvres exanthématiques et dans les continues régulières, je réponds que cette plus haute puissance d'une pyrexie qui ne lui donne pas le temps de dérouler l'ordre concerté de ses mouvements, et qui précipite la mort comme dans un empoisonnement énorme, se rencontre dans beaucoup de maladies aiguës graves bien déterminées et irréductibles à des affections locales infectantes, telles sont la scarlatine, l'angine maligne, le choléra, les divers typhus spontanés, quelques fièvres pernicieuses, etc.... Cette objection se retourne donc contre les localisateurs. La rapidité avec laquelle foudroient certains typhus puerpéraux, ne s'arrange pas de la supposition d'une phlegmasie simple qui naît, se développe, produit des vaisseaux nouveaux, passe à la formation de la lymphe plastique, et enfin du pus, lequel absorbé, s'en va infecter une circulation saine, et altérer en quelques heures la masse d'un sang en possession de toutes ses propriétés physiologiques. Que si la phlegmasie ne traverse pas toutes ces phases, qu'elle arrive d'emblée à la dernière, cela ne peut être qu'en vertu d'une altération générale spontanée déjà traduite par la pyogénie rapide des veines utérines. Toujours, et par quelque côté que nous regardions les choses, nous voyons donc les fièvres des accouchées, quel que soit l'ordre d'apparition de leurs symptômes et la prédominance relative de leurs lésions, accuser une altération primitivement locale et primitivement générale de l'économie puerpérale, c'est-à-dire, une maladie où l'utérus représente la plus haute intensité de symptômes et de lésions dont les éléments sont partout à divers degrés ; qu'il n'en est que le centre, mais le centre irrité et délabré par le travail de l'enfantement ; et que c'est ainsi que dans l'état physiologique, il centralise en lui cette fonction essentiellement générale qu'on nomme la grossesse. Or, comment ce qui était tout à l'heure, pourrait-il ne pas être l'instant d'après ? et que peut changer la délivrance, aux rapports généraux de l'utérus et de l'économie entière pendant la gestation !

LVIII

Plusieurs m'accordent la justesse incontestable du rapport physiologique, qui ont de la peine à le retrouver dans l'ordre pathologique. Ils admettent difficilement dans la maladie ce qu'ils ont reconnu facilement dans la santé. Cette contradiction ne m'étonne pas ; elle est très pardonnable. Dans le règne de l'altération et du désordre, on ne doit pas s'attendre à l'ordre et à l'harmonie qui caractérisent les évolutions normales. L'accident tient ici une grande place ; il est souvent pris pour l'essentiel, et l'occasion pour la cause. L'inégalité dans le développement des lésions, l'irrégularité dans la manifestation des symptômes, l'absence de quelques caractères que dans l'école nosographique on croit indispensables, font tous les jours perdre le fil de bien d'autres maladies spontanées. Au milieu des anomalies, la loi échappe. Il est dans les affections puerpérales surtout, une circonstance qui, aux regards d'une École où l'on asservit l'esprit aux sens, se prête à des erreurs spécieuses et à des illusions tyranniques : c'est l'accouchement.

L'accouchement est le *stimulus* certain des accidents ; il met en mouvement les causes intimes, les véritables causes ; et quoique ce soit par des rapports qui n'ont rien de mécanique, on n'accuse que lui dans ce qu'il a d'externe et de traumatique, — à ce qu'on croit du moins, — comme s'il était un accident ! Et pourtant, ces causes intimes lui sont physiologiquement et non mécaniquement unies. Elles sont le premier terme, mais le terme caché d'une série ou d'une évolution dont il n'est que le dernier terme, le terme visible et extérieur, le terme mécanique en apparence. Les causes immédiates, on ne les voit pas de l'œil, on ne les touche pas de la main ; elles dépassent les branches d'un forceps. La belle occasion pour l'imagination et les sens, et quel désavantage pour l'esprit !

Quoi qu'il en soit, en s'aidant des cas réguliers pour éclairer les cas irréguliers ; en ne confondant pas l'accessoire avec le principal, et les complications avec l'unité fondamentale du plan, je pense qu'on peut toujours retrouver celui-ci, même à travers les accidents et les superfétations de mille sortes capables d'en troubler la simplicité primitive et toujours subsistante.

M. Jules Guérin a apporté un élément nouveau dans la théorie ; c'est l'*exposition* de la plaie utérine. Je ne nie pas cette source d'accidents ; je possède même quelques faits où elle me paraît avoir joué un certain rôle. Il ne faut donc pas la négliger. Mais M. Guérin est trop intelligent pour avoir assis sur cet accident la théorie des fièvres puerpérales. Pour en avoir la *formule* complète, il invoque d'autres causes : et d'abord un état puerpéral déterminé, substance générale de la maladie, si je puis ainsi dire, et son fond commun ; puis des conditions endémiques ou nosocomiales ; enfin, l'épidémicité. Tout cela est, en effet, plus ou moins nécessaire, mais ne donne pas, comme le pense M. Guérin, la *formule* de la fièvre puerpérale. J'y vois bien les éléments de cette maladie, mais non sa *formule* (je n'aime pas ce mot), mais non sa théorie. Cette théorie, je l'ai donnée. Les éléments de M. Guérin n'y sont pas seulement énumérés comme dans sa *formule*, ils y sont coordonnés, engendrés, vivants.

Je croyais avoir posé la notion de l'état puerpéral sain et morbide d'une manière nouvelle, et avec une précision physiologique qu'on ne trouve nulle part dans la science. On a prétendu que cette notion de l'état général de la femme en couches, et en particulier, de la constitution de son sang, etc., était une sorte de tautologie, bonne tout au plus à laisser dans le sous-entendu.

Certaines personnes ont l'esprit tellement obstrué de lieux communs, que tout y prend cette forme. Une ardente bonne foi est,

chez elles, un obstacle de plus à l'intelligence de toute idée nouvelle. C'est donc aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE que je m'adresse pour décider de quel côté sont les banalités.

(La suite prochainement.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE D'ANALYSE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES POTABLES ET ÉCONOMIQUES AVEC LEURS PRINCIPALES APPLICATIONS A L'HYGIÈNE ET A L'INDUSTRIE, par MM. Ossian HENRY père et Ossian HENRY fils. In-8° de 662 pages, 131 figures intercalées dans le texte. Paris, 1858, Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Certains hommes ont su tellement identifier leur personne à la spécialité dont ils s'occupent; ils ont depuis si longtemps mêlé leur nom à un certain ordre de questions, que s'ils s'avisent un jour d'écrire un livre sur le sujet ordinaire de leurs travaux, ce livre devient populaire dès qu'il est annoncé. Le succès obligé de leur œuvre est comme la plus belle récompense des services qu'ils ont rendus, il leur arrive comme aux vieux généraux et aux vieux hommes d'État, dont les *Mémoires* achèvent la réputation (quand ils ne l'éclipsent pas définitivement) et et ont toujours un immens succès de curiosité.

Le livre que publie M. Ossian Henry n'est pas seulement le couronnement de sa carrière scientifique, c'est en même temps son testament. Associant à son nom le nom de son fils, en tête de ce traité, qui est le fruit de sa longue expérience, M. Ossian Henry prépare la transmission héréditaire, par ordre de primogéniture, du sceptre hydrologique dont il s'est emparé de haute lutte, et qu'il porte depuis plus de vingt ans. Loin de nous l'intention de contester absolument ce droit aux héritages dans le domaine des sciences, mais c'est à condition qu'il en soit de ce fonds comme de celui du riche laboureur de la fable : « Travaillez, prenez de la peine... Retournez-moi ce champ » et il faut convenir que M. Ossian Henry fils se met en mesure de mériter de la part du public la ratification du testament paternel.

Le traité de MM. Ossian Henry, père et fils (puisque M. Ossian Henry père proclame la collaboration de son fils) est une sorte d'encyclopédie des connaissances chimiques, géologiques, économiques, hygiéniques et industrielles concernant les eaux minérales naturelles et artificielles, et les eaux potables.

Voici l'énumération des renseignements qu'on y trouve :

1° Tableau des substances trouvées jusqu'à présent dans les eaux. — Concomitance de certaines substances.

2° Classifications des principaux auteurs, suivies de celle de l'auteur.

Celle-ci est exclusivement chimique, ainsi qu'il était nécessaire qu'elle fût dans un *Traité d'analyse chimique*. Elle nous a paru excellente et beaucoup plus complète que toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour.

3° De l'action médicatrice des eaux en général.

Ici, toutes les opinions, toutes les hypothèses trouvent leur place, même l'hypothèse homœopathique. C'est là une concession à l'absurde, que les gens sérieux seront surpris de rencontrer dans le livre de M. Ossian Henry. Du reste, l'auteur effleure ce sujet, il glisse sur cette pente avec une réserve dont l'Académie de médecine lui saura gré.

« Quoiqu'on sache parfaitement, pour plusieurs d'entre elles, de quelles substances dépendent leurs vertus spéciales, il n'en est pas de même pour d'autres; la proportion souvent très minime de leurs éléments minéralisateurs, les propriétés quelquefois très peu énergiques de ces éléments eux-mêmes, obligent à rechercher, lorsque les eaux sont reconnues réellement efficaces, quelles explications plus ou moins admissibles on peut donner aux faits consciencieusement observés. Ainsi, on se demandera si la thermalité seule n'est pas capable de produire les effets obtenus, si l'association intime de plusieurs des éléments trouvés ou leur grand état de division, et, *jusqu'à un certain point,* leurs proportions *en quelque sorte homœopathiques,* ne peuvent pas mettre sur la voie de la vérité..... Enfin, l'analyse faisant découvrir, quoique en faible proportion, des principes fort actifs par eux-mêmes, il est quelquefois moins difficile de rattacher à leur présence la cause des résultats salutaires signalés. »

Cela rappelle un peu, il faut en convenir, l'éclectisme, médiocrement philosophique, de quelques médecins qui savent guérir à propos les maux imaginaires, ou les indispositions passagères de leurs clients avec de merveilleux globules, et les maux réels avec de simples moyens rationnels qui passent par-dessus le marché. Heureusement notre auteur ne consacre qu'une demi-page à cette thérapeutique équivoque.

4° Corps minéralisateurs contenus dans les eaux.

Ce chapitre est traité avec la plus patiente érudition, au point de vue historique; au point de vue chimique, il comprend les propriétés principales et surtout caractéristiques des différents corps minéralisateurs.

5° Formation des eaux minérales ; causes des variations qu'elles subissent dans leur composition.

6° Des dépôts et des boues abandonnés par les eaux minérales ; formation des travertins.

7° Des végétaux et des animaux qui vivent dans les eaux minérales.

Il nous est impossible de donner une idée de ces trois chapitres où abonde l'érudition la plus approfondie et les notions géologiques et chimiques du plus haut intérêt.

8° De la thermalité des eaux ; des diverses théories émises pour expliquer la chaleur propre aux eaux minérales; des procédés et des instruments pour mesurer exactement la température des sources.

Chapitre très intéressant, où l'on trouvera les données principales de la théorie du feu central, et des notions détaillées sur la thermométrie.

9° Du puisement des eaux pour l'analyse et de leur embouteillage pour l'expédition au loin; du jaugeage ou du rendement des sources.

10° Analyse qualitative; notions sur les services que peut rendre le chalumeau; réactifs spéciaux de certains principes minéralisateurs des eaux.

11° Analyse quantitative; règles générales; évaporation ; détermination de chacun des éléments isolés qui se trouvent dans les eaux minérales ; analyse définitive pour l'appréciation de la composition chimique primitive des eaux minérales ; exemples des mélanges qu'on trouve souvent dans les eaux et qu'il est utile de pouvoir dissocier.

Gaz dégagés des sources et air contenu dans les eaux, etc.

12° Analyse volumétrique ou par les liqueurs titrées; ses applications à l'analyse des eaux minérales.

Dans ces chapitres, toutes les questions d'analyse sont examinées avec le soin le plus minutieux, les procédés des divers auteurs, les différents moyens d'arriver au but, sont exposés méthodiquement et avec une portée qui met à la portée de tout le monde les secrets du laboratoire.

De nombreux dessins d'une exécution parfaite représentent les appareils. Cette partie technique est un manuel d'analyse spéciale ; elle suffirait à elle seule pour assurer le succès de l'ouvrage.

13° De l'aménagement des sources ; de leur distribution dans les établissements thermaux; des appareils balnéatoires ; du chauffage des eaux et de leur refroidissement ; de la conservation des eaux et des moyens de les expédier au loin.

14° Des salles d'inhalation, des étuves et des buvettes.

Ici les médecins trouveront un grand nombre de renseignements très utiles ; ils apprendront dans le détail le mode d'administration des eaux, ils apprendront ce qu'ils prescrivent souvent un peu au hasard lorsqu'ils envoient leurs malades aux eaux minérales : la partie hydrothérapique des établissements thermaux.

15° Des eaux potables et économiques. — De l'eau de pluie, des eaux de rivière, des eaux de source. — Des eaux de puits, des eaux dormantes ; du drainage et des irrigations. — Des eaux insalubres ; de l'assainissement des grandes villes. — De la purification des eaux.

16° Analyse des eaux potables et économiques. — Méthode hydrotimétrique de MM. Boutron et Boudet. — Des incrustations dans les conduits et dans les appareils de chauffage à la vapeur.

Toute la partie hygiénique de la question des eaux est résumée ici de manière à offrir aux médecins, aux pharmaciens, aux ingénieurs, aux membres des conseils d'hygiène l'ensemble des notions dont ils ont besoin. Ils trouveront dans cette partie de l'ouvrage toutes les acquisitions de la science moderne, tous les perfectionnements industriels applicables à l'hygiène publique au sujet des eaux.

17° Des eaux minérales artificielles ; de l'eau gazeuse simple ou eau de Seltz artificielle. — Appareils des différents auteurs. — Manomètres. Embouteillage et bouchage des eaux gazeuses. — Vases syphoïdes. — Appareil de M. Mondollot pour administrer le gaz acide carbonique comme anesthésique. — Addition du gaz acide carbonique aux eaux naturelles. — Buvettes d'eaux artificielles. — Des eaux minérales artificielles proprement dites. — Des liquides concentrés ou des sels extraits des eaux.

On voit qu'il était impossible d'inscrire un cadre plus étendu et plus complet pour un *Traité pratique d'analyse chimique des eaux*.

M. Ossian Henry nous paraît posséder toutes les qualités nécessaires pour remplir la tâche qu'il s'est proposée ; c'est un esprit patient, ami du détail; c'est un savant familiarisé de longue main avec les instruments et les procédés. Il ne faut pas lui demander le haut vol des théoriciens, ni le style imposant des grands maîtres, ni la simplicité limpide qui est l'élégance dans les ouvrages didactiques, mais, ce qu'il donne à profusion, ce sont les notions précises, complètes, minutieuses même, tout ce que peut transmettre un homme plus habitué à exécuter qu'à disserter, à poursuivre son chemin qu'à le décorer. Ce livre n'ouvrira peut-être pas à son auteur les portes de l'Institut ni du Collége de France, mais ce sera le *vade mecum* de tout le monde. Médecins, hygiénistes, pharmaciens, agriculteurs, ingénieurs, géologues, chimistes, industriels, personne n'a plus le droit d'écrire une ligne sur les eaux minérales ou économiques sans avoir consulté cet ouvrage, qui résume et complète tout ce qui a été publié antérieurement sur le même sujet.

J. JEANNEL.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Quarterly journal of practical medicine and surgery,
Octobre 1857.

RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION APRÈS LA TAILLE ; par le docteur REYER. — Le malade, âgé de près de 60 ans avait une bonne constitution, mais il était affaibli et amaigri par la maladie. Il avait déjà subi l'opération de la taille dix ans auparavant ; on trouve en effet sur la ligne médiane du périnée une cicatrice large de deux lignes et longue d'un pouce : le malade raconte que la plaie qui a succédé à cette opération a été complétement cicatrisée en quatorze jours. Deux ans après il éprouve de nouveaux symptômes du côté de la vessie et il vient se soumettre à une nouvelle opération. La sonde introduite non sans de grandes douleurs, fait reconnaître l'existence d'un calcul convexe, dur, de grosseur moyenne. L'urine, très alcaline, dépose du pus, des phosphates ammoniaco-magnésiens, des cellules épithéliales et une grande quantité d'œufs de *distoma hæmatobium*. L'incision fut pratiquée le long de l'ancienne cicatrice, la prostate étant peu intéressée : une pince saisit promptement le calcul ; l'opération fut terminée en quatre minutes. Il s'écoula très peu de sang : on administra un grain d'opium afin de constiper le malade, le passage des matières fécales étant souvent une cause d'hémorrhagie secondaire que l'on voulait éviter par ce moyen. On fit des applications froides sur la plaie, et l'on défendit les aliments et la boisson ; il passa peu d'urine par la plaie, elle s'écoula par l'urètre dès le second jour. Dès le troisième jour on donna des bouillons au malade ; le cinquième jour la plaie était réunie dans toute son étendue sauf un petit point qui se cicatrisa quatre jours après. Le malade quitta l'hôpital le douzième jour : l'urine contenait encore des sels phosphatiques et des *distomes*. Le calcul, long de 4 centimètres et demi sur 3 1/2 de large, était formé d'un noyau d'oxalate de chaux et d'acide urique, recouvert d'une mince lame d'oxalate de chaux ; toute la couche extérieure était formée de phosphates. — D.

COURRIER.

La mort de M. le baron Ph. Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient de donner lieu aux mutations suivantes dans les hôpitaux de Paris :

M. Robert, chirurgien de Beaujon, passe à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Boyer, décédé ;

M. Malgaigne, chirurgien de Saint-Louis, passe à Beaujon en remplacement de M. Robert ;

M. Richet, chirurgien à Saint-Antoine, passe à Saint-Louis en remplacement de M. Malgaigne ;

M. Morel-Lavallée, chirurgien de Lourcine, passe à Saint-Antoine en remplacement de M. Richet.

— Quelques mutations ont aussi lieu parmi les pharmaciens des hôpitaux de Paris :

M. Roussel, pharmacien de Lourcine, passe à Necker (place créée).

MM. Morin et Méhu, pharmaciens nommés au dernier concours, sont attachés, le premier à Lourcine, en remplacement de M. Roussel ; le second à l'hôpital du Midi, en remplacement de M. Nouvelon, décédé.

— Nous apprenons qu'un déplorable accident vient d'arriver à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. Ceccaldi. Un malade auquel on allait pratiquer l'ablation d'un testicule, et qui avait été soumis aux inhalations de chloroforme, a succombé avant le commencement de l'opération.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 67. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 8 Juin 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 JUIN 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un mémoire sur la ponction de la vessie, adressé à la Société par M. Fleury, membre correspondant à Clermont-Ferrand. L'auteur a eu recours plusieurs fois avec succès à cette opération, qu'il considère comme très facile, et qui n'a donné lieu à aucun accident, excepté chez un malade qui, ayant retiré intempestivement la canule, eut une infiltration urineuse.

M. Robert admet avec M. Fleury que la ponction vésicale est préférable au cathétérisme forcé. M. Robert y a eu recours sept ou huit fois. Il l'a pratiquée dernièrement chez un vieillard atteint de rétention d'urine par suite d'un voyage en chemin de fer. Il s'est écoulé quatre jours depuis l'opération, et il n'est jusqu'ici survenu aucune complication. M. Robert ne craint pas les accidents qu'on attribue au séjour de la canule métallique dans la plaie. On a conseillé de retirer la canule au bout de quatre ou cinq jours pour la remplacer par une sonde élastique ; mais il est quelquefois très difficile de faire cette substitution; dès que la canule est retirée, le trajet se resserre ou se dévie, et l'introduction de la sonde élastique exige des tâtonnements longs et douloureux, qui exposent à des déchirures et à des infiltrations. M. Robert laisse donc volontiers la canule métallique à demeure pendant une quinzaine de jours, et c'est alors seulement qu'il lui subsitue un tube en caoutchouc. M. Robert ajoute qu'après l'opération il faut se garder de laisser l'urine couler incessamment à travers la canule. Celle-ci doit être bouchée et ouverte seulement tous les trois ou quatre heures, sans cela la vessie reviendrait trop promptement sur elle-même, et pourrait même abandonner la canule.

M. Huguier insiste sur les conditions qui peuvent rendre la ponction vésicale difficile. Il signale en particulier l'ascension de la prostate et du bas-fond de la vessie. Lorsque la vessie est très dilatée, elle remonte au-dessus du détroit supérieur, comme l'utérus après le troisième mois de la grossesse. Cette ascension est démontrée par le toucher rectal; M. Hugier n'a jamais senti dans la rétention complète d'urine la fluctuation rectale dont les auteurs ont tant parlé : c'est parce que la vessie dilatée se met en rapport avec une partie du rectum situé au-dessus de la région accessible au doigt. Voilà pourquoi on est exposé à piquer la prostate dans la ponction sus-pubienne, et il n'est pas nécessaire pour cela que cette glande soit tuméfiée. M. Huguier a constaté cela sur un malade que Richerand avait opéré, et à qui il avait ainsi piqué la prostate; Richerand avait cependant l'habitude de cette opération, dont il était grand partisan. M. Huguier pense que, pour éviter cet accident, il faut se servir du trocart droit au lieu du trocart courbe, et l'enfoncer horizontalement au-dessus du pubis, au lieu de diriger, comme on le prescrit, la pointe de l'instrument en bas et en arrière. Quant à la canule, il ne la retire guère avant le septième jour, et il n'a jamais vu d'accident qu'on pût attribuer au frottement de l'extrémité de cet instrument rectiligne sur la paroi postérieure de la vessie. Il est vrai que pour mieux ménager cette paroi, il introduit et fixe dans la canule d'argent une sonde en gomme élastique dont l'extrémité, arrondie et munie d'yeux latéraux, dépasse d'au moins 1 centimètre l'extrémité vésicale de la canule.

M. Giraldès ne saurait admettre l'opinion de M. Huguier sur l'ascension du bas-fond de la vessie dans la rétention d'urine. La facilité avec laquelle on peut ponctionner alors la vessie par le rectum prouve que les rapports de ces deux organes ne sont pas changés. Cette opération est pratiquée très souvent par M. Cock, chirurgien de Guy's Hospital, qui la trouve beaucoup plus facile à exécuter que la ponction sus-pubienne.

M. Deguise, malgré l'opinion de M. Huguier, persiste à dire que la ponction sus-pubienne de la vessie est une opération très facile, et n'expose à aucun danger, pourvu qu'on la fasse précéder de l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le trocart courbe, suivant lui, est un mauvais instrument, qui expose à léser la prostate ou le bas-fond de la vessie. M. Deguise a donc adopté le procédé suivant :

1° Incision sus-pubienne jusqu'à la ligne blanche, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis ;

2° Ponction de la ligne blanche et de la vessie avec un trocart droit dirigé horizontalement ;

3° Introduction dans la canule du trocart d'une sonde en gomme élastique immédiatement après l'ablation du poinçon ;

4° Ablation de la canule métallique, qu'on fait glisser d'arrière en avant, le long de la sonde intérieure; celle-ci est enfin fixée et laissée à demeure dans la vessie.

M. Lenoir est frappé de la facilité avec laquelle certains chirurgiens se décident à pratiquer la ponction de la vessie. Quant à lui, depuis vingt ans qu'il est attaché aux hôpitaux, il n'a eu que deux fois recours à cette opération, qu'il considère comme une ressource extrême, et qu'il réserve exclusivement pour les cas où la rupture de la vessie lui paraît imminente. Alors la vessie est très distendue, et la ponction ne présente aucune difficulté.

M. Lenoir repousse entièrement l'opinion de M. Huguier sur l'ascension de la prostate. La prostate est fixée solidement; elle ne peut pas remonter. Si elle s'étend quelquefois au-dessus de son niveau ordinaire, c'est parce qu'elle s'hypertrophie et non parce qu'elle se déplace. Il est possible qu'alors cette glande, devenue très volumineuse, soit atteinte par l'extrémité d'un trocart courbe; mais M. Lenoir ne s'expose pas à cet accident, parce qu'il ne ponctionne jamais la vessie pour les rétentions d'urine produites par les tumeurs prostatiques. L'obstacle étant permanent, le cours naturel des urines n'a aucune chance de se rétablir, de telle sorte que les opérés sont exposés à conserver toute leur vie une fistule hypogastrique fort incommode. Dans les cas de ce genre, M. Lenoir préfère de beaucoup le cathétérisme forcé avec la sonde conique, qu'on pousse à travers le lobe moyen de la prostate. C'est une ponction intra-urétrale à travers la prostate. On crée ainsi une fausse route, une fistule intra-prostatique, qui remplit les fonctions de la partie prostatique de l'urètre. Cette opération est déjà ancienne; le célèbre Astruc a été ainsi opéré par Lafaye, et a survécu huit ou dix ans. Elle n'est pas sans gravité lorsqu'on suit le procédé ordinaire, qui consiste à laisser à demeure la sonde métallique, conique ou curviligne, dont on se sert pour traverser le lobe moyen de la prostate. La convexité de la courbure de cette sonde inflexible exerce sur la paroi inférieure de la portion bulbeuse et membraneuse de l'urètre une pression continuelle, qui finit par gangrener cette paroi et qui expose aux infiltrations d'urine. C'est pourquoi M. Lenoir a l'habitude de remplacer la sonde conique par une sonde en gomme élastique, et l'opération perd alors la plus grande partie de sa gravité.

M. Huguier reconnaît que la partie antérieure de la prostate est fixée par des ligaments et des aponévroses qui ne lui permettent pas de remonter; mais la portion postérieure de cette glande est réellement attirée en haut par suite de la distension de la vessie, qui, ne trouvant plus à se loger dans le petit bassin, s'élève au-dessus du détroit supérieur comme l'utérus gravide. Il maintient que le toucher rectal ne trouve pas dans le rectum cette saillie fluctuante, globuleuse ou cylindrique, qu'on a décrite comme un des principaux symptômes de la rétention d'urine. Cela n'empêche pas d'atteindre la vessie à travers le rectum au moyen d'un trocart long et concave, dont on dirige la pointe de bas en haut et d'arrière en avant.

Feuilleton.

ÉTUDES SUR LES CORPS A L'ÉTAT SPHÉROÏDAL (1),

NOUVELLE BRANCHE DE PHYSIQUE ;

Par M.-P.-H. BOUTIGNY (d'Évreux),

Ancien président de la Société de pharmacie et de chimie de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

> « Quel livre contient plus d'expériences nouvelles que celui-ci? S'il en est un, qu'on le cite et qu'on me l'oppose. »

J'inscris en épigraphe cette phrase de M. Boutigny, parce qu'elle n'est que juste et qu'elle résume tout ce que j'ai à dire de ce livre. Si l'auteur ne l'eût pas écrite, je l'aurais, je crois, trouvée pour lui.

Il ne me sera pas difficile d'en montrer la justesse.

Mais, d'abord, qu'est-ce que l'état sphéroïdal?

« Le premier qui fit chauffer un silex, un morceau de granit, un métal quelconque, et qui y laissa tomber accidentellement ou volontairement quelques gouttes d'eau, dut les voir passer à l'état sphéroïdal. » Mais, comme le dit Mercier, « rien de plus difficile que de bien voir ce qu'on a constamment sous les yeux, » et cet état, jusqu'à M. Boutigny, avait passé inaperçu. — Je devrais ici laisser l'auteur raconter comment le hasard lui fit faire cette découverte (le génie seul a de ces hasards; il y a longtemps qu'on l'a dit); la déclaration qui termine cette confidence prouverait que, dans l'épigraphe ci-dessus, il n'entre ni présomption ni orgueil : « Je ne suis, à vrai dire, écrit M. Boutigny, dans son avant-propos, que le secrétaire et l'interprète du hasard. » — Je reviens à la définition de l'état sphéroïdal. Si donc, vous projetez un liquide sur une surface incandescente, ce liquide, quel qu'il soit et de quelque hauteur qu'il tombe, ne mouille pas cette surface, c'est-à-dire qu'il ne vient pas au contact; il prend la forme globuleuse et reste à une température constante, inférieure à son point d'ébullition, quelle que soit l'élévation de température du milieu qui l'entoure.

Cette température des sphéroïdes est d'ailleurs invariablement proportionnelle à celle de leur ébullition. La température de l'eau à l'état sphéroïdal est de $+96°,5$; celle de l'acide sulfureux anhydre est de $-11°$.

Cette loi très inattendue de la fixité de température des corps sous cet état, loi qui, pour le dire en passant, renverse les anciennes théories, si universellement admises, de l'équilibre du calorique, a permis à M. Boutigny de résoudre des problèmes tels que celui-ci :

Faire congeler l'eau au milieu du feu le plus ardent.

Rien n'est plus simple, ni plus facile à concevoir, étant connues les nouvelles propriétés de la matière à l'état sphéroïdal : dans le mouffle d'un fourneau à coupelle, on fait rougir à blanc une capsule de platine et dans la capsule on verse quelques grammes d'acide sulfureux anhydre. Cet acide passe à l'état sphéroïdal et se maintient à une température de $-11°$ (il bout à 10° au-dessous de zéro). Si, dans ce sphéroïde, on projette de l'eau, celle-ci, en contact avec un corps à une aussi basse température et non avec le platine, se solidifie immédiatement, et l'on retire du fourneau un glaçon imprégné d'acide sulfureux.

Cette expérience, devenue vulgaire, et que chacun peut répéter, fournirait un beau texte contre ceux qui croient la science bornée à ce que l'on connaît, et contre ceux surtout qui ont inventé le mot « surnaturel. »

J'ai dit tout à l'heure que le liquide à l'état sphéroïdal n'avait pas de contact avec la surface incandescente sur laquelle il roule sans la mouiller. L'esprit ingénieux de M. Boutigy a su trouver là l'explication de faits que les savants rejetaient dédaigneusement au nombre des fables, et dans lesquels les fidèles voyaient l'intervention de la Divinité. Il s'agit des épreuves par le fer rouge, par l'eau bouillante, etc., dont l'antiquité et le moyen-âge nous ont transmis la description. On sait en quoi consistaient les *ordalies* ou jugements de Dieu; je conseille toutefois à ceux qui voudraient être pleinement édifiés à ce sujet, de consulter les articles que le docteur Kœnigswarter a publiés dans la *Revue de législation*, en janvier 1850. En voici un exemple, emprunté au *Dictionnaire historique :* « Adurabâd-Mabrasphand, pontife de la religion de Zoroastre, offrit de subir l'épreuve du feu.... Il proposa qu'on versât sur son corps nu dix-huit livres de cuivre sortant de la fonte, et tout ardent, à condition que s'il n'en était point blessé, les incrédules se rendraient à un si grand prodige ; on dit que l'épreuve se fit avec tant de succès qu'ils furent tous convertis. »

Les faits de ce genre abondent dans les vieilles chroniques et s'ils suffisaient de nos jours à convertir les incrédules, M. Boutigny pourrait, quand il le voudrait, promulguer une religion nouvelle. — Mais, vraiment, je crois que tel est son but ; l'état sphéroïdal est devenu, pour lui, une religion véritable — religion exempte de terreur et sans mystères — et ce sont ceux qui doutent de l'incommensurable puissance dont la science peut investir l'homme qu'il s'agit de convertir. Que ceux-là écoutent ou plutôt qu'ils regardent M. Boutigny; non seulement il admet tous les prodiges des Ordalies, mais il les explique, mais il les recommence, mais il les surpasse. — Promener sa langue sur du fer incandescent, le prendre avec la main, courir nu-pieds sur une gueuse immédiatement après la coulée, plonger la main dans du plomb fondu ou dans de la fonte au moment où elle sort d'un Wilkinson, etc. Toutes ces expériences effrayantes ne sont que jeux pour lui.

« Ainsi, dit-il, à dix ans d'intervalle, il m'a été donné de faire de la glace dans un fourneau chauffé à blanc et de me baigner impunément dans de la fonte incandescente, et cela en vertu des lois qui régissent la matière à l'état sphéroïdal; qu'on nie, si l'on veut, le rôle que cet état moléculaire est appelé à jouer tôt ou tard dans la science, je m'en inquiète peu : ce n'est plus qu'une question de temps et d'avenir. »

J'allais oublier de donner l'explication de ces phénomènes ; elle est très simple aussi : la main qu'on plonge dans un métal en fusion est mouillée, soit artificiellement au moyen d'un liquide (eau, alcool, éther, etc.), soit naturellement par la transpiration ; elle s'isole donc au milieu du métal; l'humidité qui la recouvre passe à l'état sphéroïdal, réfléchit le calorique rayonnant et ne s'échauffe pas assez pour bouillir. « Voilà tout » dit l'auteur. Comment trouvez-vous le mot ? et que dites-vous de la conclusion : « Il ressort de cette note, dit l'auteur, qu'un certain nombre de faits historiques, considérés comme fabuleux peuvent

(1) Troisième édition, considérablement augmentée. Paris, V. Masson, 1857. Un vol. in-8° de 350 pages.

— M. Verneuil présente une tumeur de la mâchoire inférieure, qu'il a enlevée récemment à l'Hôtel-Dieu, sur une femme de 32 ans, paraissant d'ailleurs de la plus belle santé. Cette tumeur avait débuté sur le bord supérieur de la moitié droite du maxillaire inférieur, et après avoir fait tomber quelques dents, elle faisait saillie au-dessus du niveau des gencives. Un médecin excisa la partie la plus saillante de cette tumeur, qui continua à s'accroître après cette opération partielle. M. Verneuil a cru devoir pratiquer une opération plus radicale, et il a enlevé complétement le côté gauche du maxillaire, depuis la canine jusqu'au condyle inclusivement. La tumeur, parfaitement limitée au squelette, présente un volume supérieur à celui d'un œuf de poule. Elle s'étend en avant, jusqu'au niveau de la canine; en arrière, jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire. En bas, elle se confond avec le corps du maxillaire; en haut et en arrière, elle s'élève notablement au-dessus de la surface de l'os, en soulevant et en distendant la gencive, qui ne lui adhère pas et qui lui forme une enveloppe mince et lisse. Cette tumeur est extrêmement dure. Un trait de scie vertical, pratiqué suivant l'axe de l'os, permet d'en étudier les rapports et la structure. Elle se compose de deux parties : la première, centrale, osseuse, presque éburnée, d'une dureté bien supérieure à celle du tissu compacte ordinaire, et continue sans interruption avec le tissu propre du maxillaire, qui est éburné aussi; la seconde, corticale, très dense et très ferme, et présentant la consistance des tumeurs fibreuses, quoiqu'on n'y aperçoive point de fibres distinctes, soit à l'œil nu, soit au microscope. La partie osseuse est disposée sous forme de masses irrégulières, de végétations inégales, anfractueuses, dont les intervalles sont occupés par des prolongements de la substance corticale. Celle-ci possède une vascularité assez prononcée; sa couleur est d'un gris rougeâtre. L'examen microscopique prouve qu'elle se compose exclusivement de *plaques à noyaux multiples*, élément homœomorphe, qu'on trouve à l'état normal dans la cavité médullaire des os longs, surtout chez les très jeunes enfants.

Ces tumeurs ont, d'après cela, été désignées sous le nom de tumeurs myéloïdes. Elles se développent habituellement dans les os, et les mâchoires en sont le siége de prédilection. Elles sont ordinairement bénignes; quelques faits cependant tendent à prouver qu'elles peuvent, par exception, affecter une marche maligne.

M. Verneuil donne, en terminant, quelques renseignements sur le procédé opératoire qu'il a suivi. Il a pratiqué sur la joue l'incision légèrement curviligne du procédé de M. Huguier. Après avoir disséqué le corps du maxillaire et dégagé la tumeur, il a scié l'os en avant de la dent canine; puis, ayant coupé avec le bistouri les attaches du ptérygoïdien interne, et, avec les ciseaux courbes, celles du muscle temporal, il a terminé l'opération en arrachant l'os dans son articulation condylienne, suivant le procédé adopté par M. Maisonneuve.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE;

Lues à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 février 1858,

Par le docteur Oulmont, médecin de l'hôpital Lariboisière.

La maladie dont il est question dans les observations suivantes, est connue depuis assez peu de temps, et, néanmoins, elle a déjà été l'objet de nombreux travaux. Étudiée à peu près complétement dès le premier jour, comme le prouvent les mémoires de MM. Laugier, Nélaton, et en particulier la thèse de M. Fenerly, son histoire laissait à peine quelques lacunes, qui, aujourd'hui encore, ne sont pas comblées. Un hasard singulier m'a fait observer, dans le cours d'une seule année, huit faits (1) de ce genre, ce qui prouve au moins que la maladie n'est pas extrêmement rare. J'aurai peut-être occasion de revenir plus longuement sur cette curieuse maladie, mais, en attendant, j'extrais de mes observations les deux faits suivants, qui sont intéressants au point de vue de l'anatomie pathologique, et dont l'un au moins jette quelque lumière sur l'étiologie de la maladie :

Obs. I. — *Hématocèle rétro-utérine.* — *Dysenterie suivie de mort.*

Au n° 26 de la salle Ste-Marie est couchée la nommée G... (E.), âgée de 37 ans, piqueuse de bottines. Constitution médiocre. La malade est ordinairement maigre.

Elle est entrée à l'hôpital le 6 novembre 1857.

Elle est vive et impressionnable.

Intelligence médiocre.

Réglée à 14 ans; intervalle de trois semaines à un mois. L'écoulement dure de six à huit jours. La quantité de sang perdu est variable, mais généralement très considérable.

Pas de flueurs blanches habituelles.

A l'approche des règles, pas de douleurs dans les reins et le bas-ventre; mais quand l'écoulement est abondant, quelques coliques passagères.

Il y a trois ans, maladie qui a nécessité le repos au lit pendant quatre jours; la malade éprouvait des douleurs dans l'hypogastre et les reins, avait quelques vomissements, une fièvre revenant à intervalles irréguliers. Pas de troubles de menstruation à cette époque, ni rétention d'urine, ni sensation d'un corps étranger comme aujourd'hui. Comme traitement, bains, sangsues trois fois sur le bas-ventre; lavement purgatif.

Depuis cette affection, lorsque la malade se fatigue, elle éprouve des douleurs dans les reins, le bas-ventre. Les rapports sexuels ont toujours été un peu douloureux; mais, depuis trois ans, la douleur est bien plus vive.

La malade a eu quatre enfants et une fausse couche à huit mois; le dernier enfant a neuf mois. Pendant la grossesse, rien de particulier. Aux trois derniers accouchements, la malade a éprouvé à peine quelques douleurs; l'accouchement s'est fait avec une rapidité extrême, la malade étant debout.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines. Les règles étaient venues comme à l'ordinaire, trois semaines auparavant. Dans un coït, la veille, douleurs très sensibles. Le jour où l'affection a débuté, émotion très vive provoquée par les mauvais traitements du mari de la malade envers l'enfant d'un autre lit. Immédiatement, douleurs très fortes dans l'hypogastre, avec retentissement dans les lombes. En même temps, frisson modéré, sans claquement de dents, qui dure une heure, et est suivi de chaleur et de moiteur. Depuis ce moment, la fièvre a persisté continuellement; peu de sommeil; agitation; mais pas de vomissements; perte d'appétit; soif dès le début; sensation de corps étranger qui tendrait à s'échapper par la vulve et l'anus; douleurs que la malade compare à celles de l'accouchement. Pesanteur du bassin; difficulté extrême pour se tenir droite, soit dans la station, soit même dans la position assise.

Difficulté pour aller à la garde-robe.

La malade a pris le lit dès le début et ne s'est pas relevée depuis.

Le troisième jour après le développement des accidents, survient une métrorrhagie assez considérable; sang noir, en caillots de la grosseur d'une noix, dont l'expulsion est accompagnée de douleurs plus vives que les jours précédents.

Cette perte a été abondante pendant cinq jours; puis, pendant six ou sept autres jours, elle a continué, mais avec une intensité moindre. Depuis huit jours, plus d'écoulement sanguin par le vagin.

Dans les premiers jours de la maladie, miction fréquente et facile. Au dernier jour de l'écoulement sanguin (la perte était peu abondante en ce moment), un médecin appelé a prescrit une potion dans laquelle la malade a reconnu le goût du ratanhia (elle en avait pris antérieurement pour des pertes). C'est après l'emploi de cette potion, que l'écoulement vaginal s'est tout à fait terminé, et c'est à ce moment même que la malade a cessé de pouvoir uriner.

Depuis cette époque, comme précédemment, soif, constipation. Perte d'appétit, absence de sommeil, toujours pesanteur et sensation de corps étranger dans le bassin. Dans le décubitus dorsal, souffrances plus vives, il semblait à la malade que quelque chose sortait par la vulve. Dans le décubitus à gauche, douleurs vives; aussi la malade était-elle contrainte de se coucher toujours sur le côté droit.

Fièvre fréquente, irrégulière le soir; sueurs pendant le sommeil. Pas de céphalalgie. Pas de palpitations; pas de vertiges; pas de sifflements d'oreille.

Dès le début, pâleur du visage et amaigrissement.

Absence de froid, de fourmillements et de crampes, dans les membres inférieurs.

La malade a été sondée deux fois par jour.

État actuel 9 novembre. — Maigreur assez prononcée, pâleur de la peau et des muqueuses; prostration; décubitus dorsal préféré actuellement.

Ventre de volume naturel, de consistance moyenne; moins facilement dépressible dans la région hypogastrique.

Après avoir pratiqué le cathétérisme à l'aide duquel on évacue 3 ou 400 grammes d'urine un peu louche, on sent profondément une tumeur arrondie, lisse, ferme, occupant la partie moyenne, mais envoyant un prolongement assez considérable à droite.

Cette tumeur ne fait pas une saillie bien notable au-dessus du pubis, de sorte que l'on est contraint de déprimer les parois abdominales pour pouvoir bien apprécier sa forme. On ne peut la distinguer de l'utérus à la percussion; matité absolue au niveau de la tumeur.

La malade accuse une douleur assez vive à la presssion de l'hypogastre.

Au toucher vaginal, on trouve que le vagin, fortement aplati dans le sens antéro-postérieur, se dirige en haut directement derrière la symphyse pubienne; le col de l'utérus, aplati lui-même, est comme écrasé contre la face postérieure des os pubis. Derrière lui se trouve une tumeur arrondie de consistance moyenne, et dépassant le col de 2 à 3 centimètres.

Cette tumeur est le siége de battements obscurs, isochrones aux pulsations artérielles. Lorsqu'avec la main gauche on comprime la tumeur hypogastrique, le doigt qui est appliqué sur la tumeur vaginale perçoit la transmission du choc sans fluctuation bien manifeste.

Par le toucher rectal, on sent à la partie antérieure une tumeur également considérable, et qui fait vers l'intestin une forte saillie tout à fait comparable à celle du vagin.

Quelques fourmillements dans la jambe droite; sentiment de froid; pas de crampes ni d'œdème. Rien à la jambe gauche.

Peau un peu chaude; pouls fréquent (104), de consistance et de développement moyen. Léger souffle anémique au premier temps du cœur; souffle intermittent dans les gros vaisseaux.

Rien du côté de la respiration.

Langue naturelle; peu d'appétit, soif modérée. Quatre ou cinq fois par jour, sortie par l'anus d'un liquide glaireux transparent, tachant peu le linge, et rejeté sans douleur ni ténesme.

(Dix sangsues à l'hypogastre; cataplasme; potage et bouillon; julep diacodé.)

Le 10 novembre. Les sangues ont médiocrement coulé; toutes ont pris.

Diminution de la douleur de l'hypogastre. Cathétérisme pratiqué hier, le matin et le soir. A chaque fois, sortie de 300 grammes environ d'urine trouble. Ce sont surtout les dernières gouttes de ce liquide qui sont grisâtres et opaques. Les urines offrent une réaction acide légère; pas de précipité notable par la chaleur ni par l'acide nitrique. Au microscope, on constate l'existence de globules purulents nombreux.

25 novembre. Tous le jours, depuis le 16, il survient trois ou quatre vomissements, après l'ingestion des boissons. Les matières vomies sont constituées par un liquide blanc, aqueux, sans caractère; douleur légère à l'épigastre augmentatée par la pression.

(1) Six de ces observations, recueillies dans mon service par M. Heurtaux, mon interne, ont été publiées dans la thèse de M. Voisin.

être vrais, et que nos ancêtres savaient probablement beaucoup de choses que nous ne savons plus. Un peu plus de respect pour eux, un peu moins d'admiration pour nous, ne serait pas mal. »

Je prends, dans le livre de M. Boutigny, les choses qui me semblent de nature à faire comprendre l'intérêt extrême qui résulte de sa lecture, et je laisse de côté ce qui est d'application pratique (explosions de machines à vapeurs, moyens de les prévenir, etc.). Cela rentre dans l'industrie proprement dite, et, quoique très important, cela ne peut trouver place ici. Je suis même, à mon grand regret, obligé de signaler seulement, sans m'y arrêter, les considérations touchant l'état sphéroïdal qui ont des afférences prochaines avec les études médicales. Ainsi, l'auteur découvre et décrit de remarquables analogies entre la molécule vivante et la molécule inorganique à l'état sphéroïdal. Il dit à ce propos : « Cela entrera un jour, du moins je l'espère, dans l'explication de l'un des plus grands mystères de la création.... la création même. » Il expose avec beaucoup de clarté ce qu'il entend et ce qu'il faut entendre, au point de vue chimique, par la *respiration de la molécule inorganique*; il donne une nouvelle théorie, très logique et très simple, de l'action des anesthésiques, et ce n'est pas la page la moins charmante de son livre que celle où il raconte comment et dans quelles circonstances il a pressenti le rôle de ces agents; comment, dès 1843, il appelait les médecins à faire des expériences sur la transformation de l'éther en aldehyde et sur l'emploi de sa vapeur en thérapeutique, expériences qui, si elles eussent été tentées, auraient infailliblement conduit à la découverte de l'éthérisation, et comment, enfin, il avoue avoir manqué lui-même ce coup de fortune scientifique.

Ainsi encore, M. Boutigny rappelle les applications qui ont été faites, soit par lui, soit par d'autres expérimentateurs, de l'état sphéroïdal à la séméiotique et à la toxicologie, etc. Je renvoie le lecteur au livre même, il y trouvera une ample moisson. Un mot cependant :

A propos de sa théorie de l'anesthésie qui n'est, à ses yeux, qu'une asphyxie par substitution, M. Boutigny rappelle le procès intenté par M. Marchal (de Calvi) à l'essence de térébenthine. Les lecteurs de l'Union Médicale ont encore présents à la mémoire les remarquables articles publiés en février et mars 1856, et dans lesquels le brillant professeur du Val-de-Grâce reportait à la charge de la térébenthine les accidents jusque-là attribués au carbonate de plomb; ils se souviennent que M. Boutigny, par une lettre que publièrent l'*Ami des sciences* et l'Union Médicale, intervint dans ce débat à titre d'accusateur de l'essence et contradictoirement avec M. Bouvier, défenseur, qui produisait l'exemple des peintres sur porcelaine vivant, sans dommage, au milieu d'une atmosphère chargée de vapeur térébenthinée. M. Boutigny fit valoir des considérations tirées de l'étendue des surfaces d'évaporation, qui parurent toutes puissantes. Ces considérations, toutefois, ont laissé quelques doutes dans l'esprit sévère de M. Boutigny, et il les expose loyalement dans son livre : « La différence de surface, écrit-il (p. 174), entre l'essence employée dans un atelier de peinture et celle qui recouvre les murs d'un appartement, n'explique pas d'une manière tout à fait satisfaisante l'influence fâcheuse, souvent fatale, du séjour, pendant la nuit, dans un appartement nouvellement peint, et il faut admettre de toute nécessité d'autres causes d'asphyxie. Ne pourrait-on pas supposer, avec beaucoup raison, que les huiles se dédoublent, se transforment en acides oléique et linoléique, se combinent avec l'oxyde du carbonate de plomb, et mettent de l'acide carbonique en liberté? Rien de plus rationnel, assurément, car tout cela se déduit de l'expérience. Mais dans la peinture à l'oxyde de zinc, ce n'est plus la même chose, la plus d'acide carbonique à dégager, et il faut avoir recours à une autre théorie.

« On sait, continue-t-il, que les huiles, en se solidifiant, c'est-à-dire en séchant ou en se résinifiant, absorbent de l'oxygène et dégagent de l'acide carbonique. Ainsi, il y aurait, dans ce seul fait, deux causes puissantes qui vicieraient l'atmosphère : absorption d'oxygène d'une part, et de l'autre, émission d'acide carbonique : qu'on ajoute à ces deux causes l'action de l'essence de térébenthine ou d'un carbure d'hydrogène provenant du dédoublement de cette essence, et l'on concevra sans peine l'action délétère de l'atmosphère d'une chambre nouvellement peinte. »

On voit que le problème est complexe. Les doutes qui précèdent et d'autres encore m'avaient assailli en lisant les expériences de M. Marchal. Aussi, lorsqu'il envoya son travail à l'Académie des sciences, fis-je, à ce sujet, quelques réserves. Je ne connaissais pas alors le livre dont je parle aujourd'hui. M. Marchal put croire que je voulais reporter à la céruse — *more majorum* — les accidents produits. Je veux simplement essayer de défendre la térébenthine et d'en appeler pour elle à *maximâ*. Du reste, si je n'ai pas encore soumis mes motifs au jugement éclairé de M. Marchal, la faute en est au temps qui me manque et qui manque aussi à l'habile préparateur de chimie, qui a bien voulu commencer avec moi les expériences sans lesquelles toute théorie est boiteuse. Ce n'est qu'ajourné.

Je demande pardon au lecteur de cette digression, et je continuerai, dans un second article, non à analyser les *Études sur l'état sphéroïdal*, mais à indiquer, très incomplétement, les points de vue principaux qu'elles renferment. Je tâcherai de dire aussi les impressions produites en moi par ce livre.

Il en est une que je veux consigner dès aujourd'hui, puisqu'il me reste de l'espace pour quelques lignes : Voilà, me disais-je durant tout le cours de ma lecture — et elle a duré longtemps — voilà un éminent esprit qui a eu ce bonheur et cette gloire de trouver un mode d'organisation de la matière inaperçu jusqu'à lui; les conséquences industrielles et scientifiques de sa découverte sont immenses et encore incalculées; qu'a fait pour lui le pays qu'il honore? Lui a-t-on donné une chaire, à lui qui aurait tant de choses à dire? De quels honneurs a-t-il été revêtu? A-t-on mis, du moins, à sa disposition — ce qui le rendrait plus heureux que les titres et la fortune — un laboratoire et des instruments, afin qu'il pût continuer ses expériences et agrandir ses recherches? — Non, il n'a rien de tout cela. Rien! Comment est-ce possible, quand tant d'autres qui n'ont rien à dire..... Mais je ne veux pas entrer dans la voie des personnalités blessantes, et je préfère, pour expliquer d'aussi décourageants exemples, laisser parler un homme dont on ne récusera pas l'autorité. — Chateaubriand a écrit, dans le 10me volume de ses *Mémoires d'outre-tombe*, ces profondes paroles :

« La *médiocrité* est une franc-maçonnerie dont les loges sont en tout pays; cette charbonnerie a des oubliettes dont elle ouvre les soupapes, et dans lesquelles elle fait disparaître *ce qui la dépasse.* »

Les mots soulignés sont des *variantes* adoucies.

(*La suite prochainement.*)

Dr Maximin Legrand.

Inappétence; soif modérée; langue tout à fait naturelle.

Il y a toujours deux ou trois fois, dans la journée, des selles glaireuses, peu abondantes, sans ténesme. Tous les trois ou quatre jours, quelques matières solides sont évacuées.

Pouls toujours fréquent (112 à 116); peau chaude; respiration gênée; la malade accuse un sentiment de constriction à la base de la poitrine. L'auscultation ne fait rien découvrir d'anormal. Pas d'accident nerveux; miction naturelle. Les règles ne sont pas venues.

Toucher vaginal : Col utérin revenu à peu près à sa position normale. Derrière lui on trouve une tumeur bien moins volumineuse que précédemment, mais très dure, un peu inégale, plus étendue à gauche que vers le côté droit.

Toucher rectal : Tumeur analogue, se prolongeant davantage vers la gauche.

On prescrit : Côtelette; vin de Bordeaux, 100 gram.; vin de quinquina, 60 gram.

22 décembre. Amélioration marquée; la malade, très faible, ne se lève pas encore; elle n'est cependant pas abattue comme dans les premiers jours du mois.

Teint pâle; maigreur prononcée. Appétit à peu près nul; soif modérée. Langue naturelle. Rien du côté de l'estomac; selles rares; quelques matières solides sont rejetées tous les trois ou quatre jours seulement.

La malade est obligée d'uriner assez souvent, mais la miction est facile, non douloureuse; les urines naturelles.

Pouls toujours fréquent (100 à 108), peau de température naturelle. Sueurs fréquentes pendant la nuit. Point de souffle au cœur, ni dans les gros vaisseaux. Quelques palpitations quand la malade s'agite dans son lit. Pas de sommeil.

Le sentiment de constriction à la base du thorax existe encore, mais il est moins prononcé; pas de toux ni d'expectoration.

Aucun écoulement vaginal.

Abdomen aplati, souple. On n'y trouve rien de particulier à la palpation.

Le col utérin n'offre rien de remarquable; il occupe sa position naturelle. Derrière lui, on trouve encore un noyau gros comme une petite noix, d'une dureté cartilagineuse, occupant toute la partie postérieure et plus étendu vers la gauche de la malade que du côté droit. Cette tuméfaction se continue sans ligne de démarcation bien précise avec le corps de l'utérus. Du côté du rectum la tumeur est bien plus volumineuse que lorsqu'on l'apprécie par le vagin. Elle est arrondie, très ferme, et envoie un prolongement oblique à gauche et en haut.

La malade n'a pas eu ses règles depuis son entrée à l'hôpital.

Traitement : Vin de Bordeaux, 100 grammes; vin de quinquina, 60 grammes; côtelette; une pilule d'opium le soir.

Le 20 janvier, l'amélioration paraissait définitive, lorsque survinrent tous les symptômes d'une dysenterie grave qui résista au traitement le plus énergique, et à laquelle la malade succomba le 30 janvier.

Autopsie faite trente-six heures après la mort par un temps froid et humide.

Émaciation considérable; teinte pâle des téguments; yeux enfoncés dans les orbites; abdomen excavé en bateau.

Abdomen. — Pas d'injection, ni d'épaississement du péritoine pariétal, ni viscéral. En déjetant le paquet intestinal à droite, on aperçoit dans la fosse iliaque gauche quelques cuillerées d'un liquide séro-purulent.

On enlève avec précaution l'utérus et ses annexes. L'opération est rendue assez difficile par des adhérences qui se sont établies entre le rectum et la face concave du sacrum. Le tissu cellulaire, qui environne les organes contenus dans le petit bassin, est généralement épaissi et présente de petits abcès disséminés. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, c'est-à-dire dans l'enceinte limitée habituellement par les replis de Douglas, mais principalement du côté droit, existe une sorte de kyste ouvert par sa partie supérieure, se terminant à peu près au niveau du promontoire sacré, fermé en dedans par l'adossement du rectum et de la face postérieure de l'utérus, et en dehors par le tissu cellulaire épaissi, limité en avant par la face postérieure de l'utérus et par l'ovaire droit; sa paroi postérieure est constituée par le rectum et le tissu cellulaire péri-rectal.

Ce kyste contient dans son intérieur une petite quantité d'un liquide rougeâtre. Dans le fond de l'espèce d'entonnoir qu'il représente, se trouve une bride unissant les deux parois d'avant en arrière. La plus grande partie interne de cette poche est de couleur rougeâtre, on dirait un tissu qui a longtemps macéré dans du sang. Mais au côté externe, c'est-à-dire sur la face postérieure de l'ovaire, la surface est grisâtre, plus tomenteuse, un peu irrégulière, comme imbibée de matière purulente. Près du bord externe de l'ovaire existe une substance déchiquetée, irrégulière, qui fait un léger relief, et de laquelle la pression fait sourdre du pus.

De ce côté, l'ovaire, son ligament et la trompe sont confondus au milieu du tissu cellulaire induré. La dissection ne permet d'isoler qu'une petite partie de la trompe, et encore du côté de l'utérus.

L'ovaire gauche, également confondu avec la trompe, est revêtu d'une coque épaisse, au-dessous de laquelle existe une poche purulente.

L'utérus a le volume d'un utérus deux mois après la conception. Son tissu est dur, comme squirrheux, très décoloré, sa cavité intérieure presque effacée.

La vessie est très petite, contient une cuillerée d'un liquide purulent, ses parois sont hypertrophiées.

Le rectum, appliqué fortement contre le sacrum, paraît rétréci et laisse passer difficilement le doigt au niveau de l'angle sacro-vertébral; sa surface interne, comme celle de tout le gros intestin, offre à considérer, une muqueuse épaissie, boursouflée, dont la plupart des follicules sont tuméfiés, ulcérés. Tout le gros intestin est rempli par une matière liquide, brunâtre; la muqueuse de l'intestin grêle est décolorée.

Le foie, d'un petit volume, présente une coloration uniformément jaune, et se laisse déchirer facilement.

Rien à noter pour l'estomac ni la rate.

Les deux reins offrent à la coupe une coloration uniforme.

Les poumons sont emphysémateux et ne contiennent pas de tubercules.

Le cœur est très petit. Ses valvules sont saines.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

DE LA CHORÉE.

Rapport lu à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 6 mars 1858,

Par le docteur T. GALLARD.

Messieurs,

La thèse de M. Moynier (1) est une des bonnes monographies que nous ayons lues, et elle constitue le plus complet des travaux qui, à notre connaissance, existent actuellement en France sur *la Chorée*. Une méthode simple et rigoureuse, un style élégant et correct, une érudition brillante et féconde, un exposé clair et facile de faits nombreux et sainement observés, des déductions logiques conduisant à des vues théoriques souvent séduisantes; telles sont les qualités qui distinguent l'œuvre de M. le docteur Moynier. Ne croyez pas, Messieurs, qu'une semblable appréciation me soit dictée uniquement par la vive amitié que je ne puis me défendre d'éprouver pour un bon et ancien camarade d'internat, et qu'en sa faveur je renonce aux droits de la critique. J'espère, dans l'analyse qui va suivre, vous montrer que les louanges sont méritées, et comme à tout tableau, si brillant qu'il soit, il faut toujours un peu d'ombre, ne fût-ce, comme l'a dit Boileau, *que pour lui donner du lustre*, j'aurai soin de ne pas laisser échapper les rares occasions qui pourront se présenter de mêler quelque blâme à ces éloges; car si *l'art est difficile la critique est tellement aisée* que même à propos de l'excellente thèse de M. Moynier on peut l'exercer.

A la suite de l'historique qui nécessairement devait être fort court, vous trouvez dans la thèse de M. Moynier une description de la maladie aussi exacte et aussi complète qu'il est possible de la désirer, et ce qui fait un des plus grands mérites, à nos yeux, de cette œuvre importante et consciencieuse, c'est que chacune des assertions de l'auteur y est appuyée sur des faits rigoureusement observés, et rapportés avec tous leurs détails. Des observations au nombre de plus de cinquante, pour la plupart recueillies par l'auteur lui-même, et dont les principales étaient encore inédites, présentent des exemples de presque toutes les particularités importantes qu'il est possible de rencontrer dans le cours d'une chorée.

M. Moynier insiste avec une attention toute spéciale sur les troubles de la sensibilité qui est émoussée dans les membres malades, ainsi qu'il a pu en juger par des expériences comparatives faites sur les deux moitiés du corps chez des sujets atteints d'hémi-chorée. Ces circonstances jointes aux troubles de l'intelligence si connus, lui ont permis de rapprocher; plus peut-être qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour, la chorée des autres affections nerveuses convulsives, telle que l'hystérie, l'épilepsie, voire même diverses formes de l'aliénation mentale, etc.

La prédilection plus grande de la maladie pour le côté gauche, admise par tous les auteurs (même par MM. Barthez et Rilliet, qui nient la fréquence des hémi-chorées parfaitement limitées puisqu'ils ne les ont trouvées que dans la proportion de 1 à 19), l'affaiblissement des membres qui ont été affectés de chorée, l'analgésie des mêmes parties coïncidant avec cet affaiblissement ou commencement de paralysie du mouvement, la prolongation de ces paralysies même après la guérison des mouvements choréiques, l'atrophie consécutive des parties affectées, sont des points de contact avec l'hystérie qui étaient imparfaitement signalés; M. Moynier en confirme l'exactitude par ses observations personnelles. Et de plus il produit un fait nouveau, et très digne d'intérêt, de paralysie ayant précédé la chorée chez une jeune fille. Cet exemple d'un fait excessivement rare, et peut-être unique dans la science, lui a été communiqué par M. Trousseau qui a vu la malade avec M. Andral.

Les complications qui d'habitude ne forment qu'un corollaire, pour ainsi dire insignifiant de l'histoire des maladies, constituent un des chapitres les plus importants de celle de la chorée, car c'est à leur occasion que les questions doctrinales les plus controversées peuvent être soulevées; permettez-moi donc d'aborder ce chapitre avec toute l'attention qu'il réclame.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, Messieurs, que de ces complications, la plus importante sans contredit, celle qui doit figurer en première ligne, c'est le rhumatisme. Entrevue par Stall, par Bouteille, par Bright, la coïncidence du rhumatisme et de la chorée ne pouvait être contestée par un observateur aussi attentif que M. Moynier, aussi en rapporte-t-il plusieurs exemples, mais il ne paraît pas disposé à admettre, comme l'ont fait dans ces derniers temps M. Botrel et surtout M. Sée, qu'entre le rhumatisme et la chorée il y ait une relation de cause à effet, et à regarder cette dernière maladie comme une des nombreuses modifications sous lesquelles se révèle l'influence du vice rhumatismal. Votre rapporteur, sans vouloir partager complétement la manière de voir de M. Sée, qui lui paraît dans certains cas entachée d'exagération, ne peut s'empêcher de reconnaître que la nature rhumatismale de la chorée lui semble devoir souvent être admise. Il trouve du reste entre les deux maladies une coexistence trop fréquente pour se résoudre à n'y voir qu'une simple coïncidence. Ainsi, après avoir dépouillé avec soin à ce point de vue les 44 observations contenues dans la thèse de M. Moynier (41 portent des numéros d'ordre, les 3 autres sont confondues avec le texte), nous en avons trouvé 14 qu'il nous a fallu éliminer puisqu'il n'y est fait mention ni affirmativement ni négativement du rhumatisme; Des 30 qui ont pu nous servir à cette étude, 12 seulement portent cette mention : jamais il n'y a eu de rhumatisme; tandis que dans 14 le contraire est noté, et dans les 4 derniers cas, quoique les malades ne fussent pas réellement affectés de rhumatisme, ils pouvaient être considérés comme placés sous l'influence directe de cette maladie soit par hérédité, soit par suite de leur profession, soit à cause des autres affections telles que la péricardite dont ils étaient atteints (ce sont ceux des observations 6, 28, 35, 41). C'est donc 18 fois sur 30 c'est à dire dans plus de la moitié des cas que la chorée et le rhumatisme se sont rencontrés sur le même malade. Et il n'y aurait là qu'une simple coïncidence? Votre rapporteur, sans vouloir se prononcer définitivement à cet égard, avoue que de semblables résultats lui semblent militer bien puissamment en faveur des idées de M. Sée.

A propos des fièvres éruptives, et, plus généralement, de toutes les affections fébriles, qui peuvent survenir dans le cours d'une chorée, M. Moynier admet que trois circonstances peuvent se présenter :

1° Ou la chorée exaspérée pendant la période d'invasion cesse pendant l'éruption ou période d'état, et reparaît après la cessation de la fièvre; — 2° Ou la chorée cesse brusquement, et ne revient plus après la disparition de la fièvre, si elle est déjà près de son déclin, tandis que si elle est près de son début elle s'exaspère d'abord et ne diminue qu'au moment où la fièvre tombe; — 3° Ou la chorée ne subit pendant le cours de la fièvre d'autres modifications que celles dues au bénéfice du temps révolu depuis le début de l'affection fébrile intercurrente. — Ce troisième cas est sans doute celui qui s'est présenté le plus souvent à l'observation de notre confrère, qui évite de se prononcer explicitement à cet égard, mais qui nous permet d'entrevoir très clairement sa pensée quand il résume tout ce passage dans la phrase suivante : « Ce qui revient à dire que si la » chorée n'exerce pas d'influence sur les maladies fébriles, celles-ci, réci» proquement, n'en exercent pas sur elle. » En présence d'une opinion ainsi formulée, votre rapporteur a une fois encore le regret de vous signaler la notable divergence qui existe entre deux observateurs aussi distingués que M. Moynier et M. Sée. Et, se voyant dans l'impossibilité de se prononcer puisque les éléments nécessaires pour résoudre la question lui font défaut, il se borne à vous rappeler la manière de voir toute différente de M. Sée, qui, des faits soumis à son observation, a cru pouvoir conclure que : 1° « Dans la période d'invasion d'une fièvre quelconque, les » symptômes choréiques loin de s'amender augmentent; 2° Quand la fiè» vre décline, la chorée diminue avec elle; 3° Si ce n'est qu'une rémission » ces symptômes ne disparaissent pas complétement et augmentent de » nouveau à la reprise de la fièvre; 4° *Quand la fièvre se dissipe complé» tement la chorée se dissipe avec elle.* » Et de cette façon M. Sée établit comment doit s'entendre l'aphorisme d'Hippocrate *« febris spasmos solvit »*, puis qu'il reconnaît que la fièvre exerce une influence manifeste sur la marche de la chorée.

Cette étude des complications au milieu de laquelle s'est trouvée presque forcément intercalée celle de la marche, de la durée de la maladie, et de ses récidives a conduit naturellement l'auteur à s'occuper de la terminaison qui est presque constamment favorable après une durée variable, mais qui peut être évaluée approximativement entre 50 et 80 jours, si la chorée est simple. Cependant il existe des cas de chorée sans complications terminés par la mort, mais ces cas sont tellement rares qu'en réunissant avec un grand luxe d'érudition tous ceux épars dans la science, M. Moynier est parvenu à en recueillir seulement 5 dans lesquels la chorée était manifestement exempte de toute complication. C'est donc dans ces 5 observations seulement que nous pourrions songer à rechercher la lésion anatomique de la chorée et ce sont celles justement qui ont fourni les résultats les plus négatifs. C'est donc en vain que, dans l'état actuel de la science, on voudrait tenter de mettre sur le compte d'une lésion matérielle les troubles divers observés chez les choréiques, toute tentative faite dans ce sens nous semblerait au moins hasardée et nous ne pouvons qu'applaudir à la réserve judicieuse, à l'esprit de saine et rigoureuse critique qui a dicté à M. Moynier la conclusion que je demande la permission de transcrire ici : « En résumé les expériences physiologi» ques, l'interprétation des symptômes, conduisent pour la plupart des » maladies à la connaissance des lésions organiques qui les produisent; » mais pour la chorée nous ne trouvons que des faits contradictoires; » les mêmes phénomènes ne correspondent pas à des lésions identiques. » Le parallélisme sur lequel on peut fonder la pathologie anatomique » n'existant pas, nous devons rester dans le doute et ne pas regarder » comme démontrées les lois auxquelles il manque ce qui fait les lois » dans une science : *la généralité.* »

Le diagnostic de la chorée est facile, et l'auteur l'a tracé avec soin d'une manière complète, aussi ne nous arrêterons-nous pas sur ce chapitre si je ne croyais utile de présenter à M. Moynier quelques réflexions relativement aux affections décrites par les auteurs des XIVe et XVe siècles sous les noms de danses de saint Guy et de saint Jean, etc. En lisant attentivement les descriptions que les auteurs de cette époque ont données de ces maladies bizarres qui étaient le plus souvent épidémiques, et les comparant à la chorée actuelle telle que nous la voyons tous les jours, telle que la décrivent les contemporains, dont M. Moynier a si parfaitement résumé les travaux en les complétant par ses observations particulières, on cherche en vain les analogies tandis que d'énormes différences se font remarquer tout d'abord. Affection convulsive dans les deux cas, voilà le seul point de contact; mais différence dans l'âge des sujets, différence dans le mode de production de la maladie, différence dans sa marche, dans sa symptomatologie et dans ses terminaisons. D'un côté on voit une maladie dont le caractère épidémique ne saurait être contesté, et qui reconnaît pour cause principale l'imitation; de l'autre se trouve une affection sporadique se montrant par cas tellement isolés que les médecins de l'hôpital des Enfants affirment ne l'avoir jamais vue se développer par imitation. En face de dissemblances aussi tranchées, si j'avais eu à accomplir le travail que s'était tracé M. Moynier, loin de suivre les errements des auteurs contemporains qui veulent ne faire qu'une seule maladie d'états pathologiques si différents, il me semble que je me serais attaché de préférence à établir pour quels motifs ces deux maladies différentes ne peuvent être confondues. Ce n'est pas à dire que je veuille blâmer M. Moynier d'avoir suivi une autre voie, mais je ne puis résister au désir de lui indiquer les raisons sur lesquelles je me serais fondé, le priant de me dire si elles lui semblent aussi concluantes qu'elles me le paraissent.

Si, comme le prétendent les auteurs du *Compendium*, Hippocrate, Arétée, Celse, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles, ne font pas mention de la chorée, et si, comme il y a tout lieu de le croire, Galien a, sous la dénomination de scelotyrbe, décrit non pas cette maladie, mais certaines formes de paralysie, il faut bien en rapporter les premières notions aux auteurs du moyen-âge. Mais d'un autre côté, si nous songeons que Sydenham, le premier qui parle de la vraie chorée telle que nous pouvons la retrouver tous les jours, la regarde comme rare et peu commune, puisqu'il en a traité seulement cinq cas; si nous nous rappelons que la description fort abrégée qu'il en trace est présentée incidemment dans sa lettre *Sur une nouvelle forme de fièvre qui régna en* 1685, et qu'elle ne contient aucune allusion aux relations de Sennert, de Willis, de Plater, de Hortius, dont on ne peut admettre qu'il ignorât l'existence; il y a lieu de penser que le savant auteur anglais était loin d'établir entre ces deux affections la confusion contre laquelle nous nous élevons. Les premiers qui en parlent avaient du reste une opinion moins erronée qu'on ne le pense généralement sur la nature de cette maladie, quand, partageant les idées du vulgaire, ils voyaient dans sa production le résultat d'une influence occulte, infernale ou céleste. De là à en faire une espèce

(1) *De la chorée.* (Thèse de Paris, 1855.)

de manie, une forme spéciale d'aliénation mentale il n'y a qu'un pas, et ce pas a été franchi par Paracelse qui a divisé la maladie en trois espèces : *imaginativa sensualis* ou *lasciva*, et *coacta*, et qui a conseillé plutôt un châtiment qu'une médication pour la guérir. C'est qu'en effet on ne peut voir dans ces danses frénétiques du moyen-âge autre chose qu'une des mille formes sous lesquelles se présente l'aliénation mentale, liée chez les femmes à l'hystérie. Et, ce qui le prouve, ce sont ces désirs érotiques, faisant la base de la maladie ; c'est cette tympanite qui succédait aux accès, et en prévision de laquelle les sujets affectés se serraient le ventre à l'aide d'une ceinture avant de partir pour leur courses maladives ; c'est enfin et surtout l'influence de l'imitation. Ne trouvons-nous pas tous les jours dans les asiles d'aliénés des exemples tout à fait comparables à ceux des XIVe et XVe siècles ? Et si ces faits autrefois communs sont exceptionnels aujourd'hui, n'en avons-nous pas une raison suffisante dans cette propriété toute spéciale qu'offre l'aliénation mentale d'approprier ses diverses formes et ses manifestations principales à l'état de la civilisation des temps et des peuples au milieu desquels on l'observe. C'est grâce à cette propriété que les possédés et les démonomaniaques, si nombreux autrefois, sont très rares aujourd'hui, et remplacés par les personnes que tourmentent les physiciens, les chimistes, les magnétiseurs, ou que poursuit la police ; et, par la même raison, les aliénés avec prédominance d'idées religieuses, ont fait place aux réformateurs de la société, aux inventeurs de procédés bizarres destinés à régénérer les sciences, les arts, ou l'industrie, toutes formes de délire plus appropriées à la tendance actuelle des mœurs et des esprits.

Mais revenons à la thèse de M. Moynier qui nous présente encore deux chapitres extrêmement importants à examiner, celui du *traitement* et celui où est agitée cette question : *Qu'est-ce que la chorée ?* Et pour arriver plus tôt à ces deux chapitres, passons rapidement sur l'étiologie qui du reste ne nous apprend rien de nouveau. Un paragraphe tout entier y est consacré à l'étude encore peu avancée de la chorée pendant la grossesse. Avec cette érudition infatigable qui triomphe de toutes les difficultés, M. Moynier est parvenu à réunir le résumé de 17 cas de chorée chez des femmes enceintes, d'après des observations publiées par divers auteurs français, anglais ou allemands. Puisque ces matériaux étaient réunis il m'a paru intéressant de rechercher comment dans ces 17 cas s'étaient comportées l'une par rapport à l'autre la chorée et la grossesse et voici les résultats auxquels je suis arrivé : 3 fois il y a eu avortement puis guérison de la chorée, 9 fois l'accouchement a eu lieu à terme, 4 fois seulement la guérison de la chorée a précédé, et 5 fois elle a suivi l'accouchement. Dans 1 cas la chorée n'était survenue qu'un mois après la délivrance. Dans les 4 autres nous manquons de renseignements.

(La fin à un prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Quarterly journal of practical medicine and surgery,
Octobre 1857.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ; RUPTURE DU KYSTE, GUÉRISON ; par le docteur BERTRAND. — La malade est âgée de 29 ans ; elle se plaint d'une douleur aiguë dans le côté ; quand l'auteur la vit, il fut frappé de son état exsangue ; à peine le pouls était-il perceptible : le ventre était gonflé et la percussion donnait un son mat dans la région inguinale droite et au-dessus du pubis ; cette région était très douloureuse au toucher ; vomissements fréquents, soif ardente. On apprit alors au médecin que la femme était enceinte de deux mois et qu'elle avait rendu du sang (en petite quantité) par les parties génitales. L'examen montra en effet que le col utérin était conique, comme chez les primipares : le doigt était souillé de sang et de mucus. On donna toutes les trois heures un grain d'opium, de l'eau glacée et de l'éther acétique. Il se déclara une péritonite qui guérit progressivement. L'anémie causée par l'hémorrhagie fut le symptôme qui persista le plus longtemps.

UNE FEMME ACCOUCHÉE SANS LE SAVOIR ; par le docteur G. SMITH. — Cette observation est très intéressante au double point de vue de la physiologie et de la médecine légale.

La nommée S.... attendait de jour en jour le terme de sa grossesse ; le 24 avril, on envoya chercher le médecin qui, en arrivant à la maison, trouva l'enfant nouveau-né sur les draps auprès du corps de la mère ; le cordon était entier et le placenta était dans le vagin : la délivrance s'était faite subitement. La nuit précédente la femme se sentait très bien, elle se leva plusieurs fois pour donner des soins à un autre enfant malade. A cinq heures et demie du matin elle se rendit à pied de sa maison à l'endroit où elle travaille : à peine arrivée, elle tomba par terre et éprouva une légère colique comme une envie d'aller à la garde-robe ; on la mit sur un lit, et elle sentit alors comme si quelque chose touchait son corps, à la grande surprise et à la grande frayeur des assistants, on vit l'enfant qui était complétement sorti du vagin. La femme était éveillée, et cependant les sensations qu'elle éprouva avaient été si légères qu'elle ignorait complétement qu'elle fût accouchée : c'était son second accouchement ; le premier avait été douloureux comme tous les accouchements en général et avait duré six heures. Le second enfant (c'était une fille) était un peu plus petit que la moyenne et cependant il était bien constitué et suffisamment développé.

ACCOUCHEMENTS RETARDÉS PROBABLEMENT SOUS L'INFLUENCE DE CAUSES MORALES ; par le docteur Rob. ANNAN. — Une femme qui avait eu un commencement de travail prématuré se trouvait sur un bâtiment qui fit naufrage ; elle fut si tourmentée par la crainte de voir périr un de ses enfants, qu'elle courut de tous côtés et fit tous ses efforts pour le sauver : les douleurs utérines se calmèrent sur-le-champ et la femme n'accoucha que 332 jours après la dernière époque menstruelle. — Une femme âgée de 34 ans, mère de plusieurs enfants, croyait, d'après ses calculs, accoucher le 5 juin 1851 : vers la fin du septième mois, elle assista à une soirée de magnétisme, et rentra chez elle dans un tel état de malaise et d'excitation qu'elle envoya chercher son médecin, persuadé qu'elle allait accoucher prématurément, il n'en fut rien et en quelques jours elle se rétablit complétement. L'époque de l'accouchement se passa, et le 20 juillet, c'est-à-dire après six semaines complètes, elle accoucha avec les fers d'un enfant pesant dix livres et quatre onces : le volume du placenta correspondait à celui de l'enfant. Les enfants qu'elle avait eus auparavant ne pesaient que sept livres. — Une autre femme âgée de 44 ans croyait accoucher au commencement du mois d'octobre 1840, ayant eu sa dernière époque menstruelle en décembre : peu de temps avant le terme de sa grossesse, elle avait entendu parler d'une dame de sa connaissance qui avait eu un accouchement très laborieux, et depuis ce moment elle était très tourmentée pour sa couche ; chez cette femme les premières contractions utérines se présentèrent longtemps après l'époque qu'elle avait calculée, c'est-à-dire le 20 novembre, et le lendemain elle accoucha avec les fers d'un enfant mort pesant neuf livres huit onces. — Enfin, l'auteur cite un autre cas dans lequel le retard a eu lieu sans qu'il y eût de cause appréciable. Une femme de 26 ans avait déjà fait trois fausses couches ; à une quatrième grossesse elle avait encore été menacée du même accident ; enfin elle accoucha le 15 février 1857 d'un enfant pesant dix livres onze onces : la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 1er avril 1856, c'est-à-dire 327 jours avant. Enfin, l'auteur ajoute qu'il a observé que le poids excessif de l'enfant semble correspondre avec le prolongement de la grossesse.

TYMPANITE UTÉRINE ; par le docteur A. VALENTA. — Une femme de 43 ans, qui avait déjà eu douze enfants, fut amenée à la Clinique d'accouchements le 15 octobre 1856 ; elle était en travail depuis l'avant-veille. La sage-femme ne sentant aucune partie se présenter, envoya chercher le chirurgien ; celui-ci rompit les membranes, et le bras gauche se présenta. Le 14 on essaya d'extraire l'enfant avec le crochet ; n'y réussissant pas, on remit le bras en place, et on prescrivit l'ergot de seigle. Enfin le 15 elle fut portée à l'hôpital. L'utérus était énormément dilaté, mais d'une manière égale, de sorte qu'il était impossible de distinguer aucune partie de l'enfant ; le fond de l'utérus arrivait à l'appendice xyphoïde et était très douloureux ; la percussion donnait un son clair, indiquant une tympanite. La main gauche de l'enfant, dépouillée de son épiderme, était située dans le vagin. Il n'y avait aucun signe de rupture de l'utérus ; fièvre ardente, frisson, pouls à 160, vomissement bilieux. L'exploration de la position de l'enfant révéla la cause de la distension et de la résonnance de l'utérus, car tout à coup il s'échappa une quantité de gaz fétides, suivi de l'affaissement de l'utérus ; on pratiqua la version et l'enfant fut expulsé. Le crochet avait perforé le crâne et une grande partie du cerveau s'était échappée par cette ouverture.

La malade succomba quelques jours après à une péritonite aiguë. — L'autopsie montra des adhérences de l'ovaire et de la trompe de Fallope du côté droit avec l'utérus et le muscle psoas ; la trompe gauche était distendue par des gaz. L'utérus était flasque, sa face antérieure était rouge pâle et lisse, la face postérieure était bleuâtre et couverte de dépôts floconneux : son tissu était très friable. L'auteur attribue la formation des gaz à la décomposition putride de l'enfant.

COURRIER.

ASSOCIATIONS. — Dans son assemblée générale du 27 mai, l'Association de prévoyance des médecins du Rhône a nommé M. Tavernier, trésorier, en remplacement de M. Pétrequin, démissionnaire.

M. Diday, ex-secrétaire-général, et M. Pétrequin, ex-trésorier, ont été nommés l'un secrétaire-général honoraire, l'autre trésorier honoraire.

La Commission de poursuites, désignée par la voie du sort, se composera, pour cette année, de MM. Guichon, Fraisse, Diday, Monin et Munaret.

Enfin les Sociétaires appelés à renouveler le tiers des membres de la Commission générale sont MM. Rollet, Pillet, Ravinet, Rambaud et Dime pour Lyon ;

MM. Terver et Malibran, pour l'arrondissement de Lyon ;

MM. Chanel et Armand, pour l'arrondissement de Villefranche.

— Le corps médical de Limoges vient de faire une grande perte dans la personne de M. le docteur Pierre Mazard, directeur de l'École de médecine, ancien maire de Limoges, décédé dans cette ville le 3 juin dernier, dans la 72e année de son âge.

— Un médecin honorable et honoré vient d'être enlevé à la science. M. le docteur Desruelles, chevalier de la Légion d'honneur, ancien principal d'armée, professeur au Val-de-Grâce, et auteur d'ouvrages estimés, vient de mourir à l'âge de 68 ans, aux Ternes.

— Le doyen des médecins du Bas-Rhin, M. Jean-Michel Steinbrenner, (de Warselonne), ancien chirurgien des armées, vient de mourir à l'âge de 89 ans. Il avait été reçu, d'après les formes anciennes, le 11 décembre 1787.

— S. M. le roi de Portugal vient de nommer M. le docteur Constantin James chevalier de l'ordre du Christ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 9 juin, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général ; — 2° Développement des lois et conditions primordiales qui président à l'opération de la lithotripsie scientifique, par le baron Heurteloup ; — 3° Discussion sur la cataracte ; communication de M. Furnari ; — 4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 68. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 10 Juin 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Plusieurs incidents assez vifs se sont produits dans la séance dernière. Ils sont de nature à donner pleine et entière justification à nos réflexions de samedi dernier. Non seulement la discussion qui depuis trois mois occupe l'Académie n'a produit aucune conciliation dans les idées, mais au contraire elle semble avoir aigri les esprits et passionné le langage. Tous ceux qui ont assisté à la séance d'hier ont reçu cette impression. Nous n'éprouvons que le regret d'avoir trop raison en disant et en soutenant que la discussion actuelle laissera les opinions dans l'état où elles se trouvaient auparavant; hier on a pu voir encore si le débat académique aura d'autre résultat que celui de montrer le plus affligeant tableau que l'on pût craindre des dissidences et des incertitudes des *maîtres* en matière de fièvre puerpérale. Expliquez, approuvez même ce résultat, nous le voulons bien, mais ne le niez pas, car il est évident comme la lumière du jour. Ne le niez pas surtout avec irritation et une sorte de colère, car tout cela n'indique qu'un froissement d'amour-propre personnel qu'il serait plus adroit et plus convenable de cacher.

M. Cazeaux a repris sa thèse de la localisation de la fièvre puerpérale dans la péritonite, et a cherché à se justifier d'une sorte de contradiction qui lui avait été signalée dans son premier discours, dont on avait dit que la première partie donnait raison aux localisateurs et la seconde aux essentialistes. Nous laissons l'honorable orateur se justifier avec esprit, comme il le fait toujours, de la critique qui lui a été adressée à cet égard; mais nous ne pouvons pas le tenir indemne de tout reproche de l'incident qu'il a soulevé contre M. Guérin.

M. Guérin, on le sait, à son titre de membre de l'Académie joint celui de rédacteur en chef de la *Gazette médicale*. Or, dans son journal, ainsi qu'il l'a fait dans un grand nombre d'autres discussions, M. Guérin se livre en toute liberté à l'appréciation de la discussion actuelle. En ce qui concerne le premier discours de M. Cazeaux, M. Guérin s'est montré un peu sévère peut-être, mais sans dépasser certainement les limites de la critique scientifique. Néanmoins, M. Cazeaux s'est senti blessé par l'appréciation de la *Gazette médicale*, et dans un premier mouvement, aussitôt comprimé du reste, il a qualifié d'injurieuse cette appréciation. La lecture du passage incriminé a évidemment donné tort à M. Cazeaux. Il n'y a rien là que M. Guérin n'ait eu le droit de dire à l'Académie ou d'écrire dans son journal. Mais alors M. Cazeaux a repris une accusation déjà portée devant l'Académie dans une autre discussion, à savoir que M. Guérin, membre de l'Académie, manquait au moins aux convenances en critiquant dans son journal les discours de ses collègues. Cette accusation nous paraît singulière; que nous sachions, M. Guérin, en entrant à l'Académie, n'a pas donné sa démission de journaliste. Les articles que M. Guérin publie dans son journal ne sont pas justiciables de l'Académie; tous les membres que M. Guérin critique dans son journal ont, d'après la loi, le droit de lui répondre dans son journal, et ce droit est assez considérable pour qu'on n'y ajoute pas celui d'une censure publique et académique. Du reste, M. Cazeaux a parlé en bons termes, et nous l'en remercions, de la presse en général, de ses libertés, de ses exigences. Ce n'est pas dans son esprit libéral que peuvent naître ces petites rancunes dont nous apercevons trop souvent les effets à l'Académie et ailleurs. M. Cazeaux n'est pas de ces gens devant lesquels il faudrait être en prosternation perpétuelle. Leur fait-on sentir l'aiguillon le moins acéré de la critique, vite ils viennent s'en plaindre amèrement devant l'Académie, semblables à ces écoliers rageurs qui, ayant reçu quelques pichenettes d'un camarade peu patient, viennent en pleurnichant le dénoncer au maître. Au demeurant, M. Cazeaux a bien rendu à M. Guérin la monnaie de sa pièce, et rarement nous avons entendu à l'Académie une critique aussi vive pour le fond et pour la forme.

M. Guérin n'a pu obtenir la parole pour un fait personnel. Cette décision de l'Académie nous a paru un peu sommaire. A notre avis, M. Guérin avait le droit d'exposer et de justifier sa position.

Mais l'Académie avait hâte d'entendre M. Depaul, et M. Depaul ne paraissait pas moins pressé de se faire entendre à l'Académie. Les premières paroles de M. Depaul ont été une récrimination assez amère contre une partie de la presse, de cette partie qui *s'asseoit précisément du côté de M. Guérin*, et qui avait osé dire que le premier discours de M. Depaul avait été long. L'orateur s'est justifié de cette longueur; mais il n'a pas été aussi heureux en parlant d'un autre reproche qui lui avait été adressé sur la forme de son discours. Personne n'a dit que M. Depaul eût voulu faire une leçon à l'Académie; on a dit plus justement que M. Depaul avait produit son discours sous la forme d'une leçon, dans un ordre didactique et professoral qui ne sont pas à leur place dans une discussion académique. Ce n'est pas un manque de convenance qu'on a relevé dans ce discours, c'est une faute de goût.

Passant à une autre récrimination toujours adressée au même côté de la presse, M. Depaul s'est fâché tout rouge contre les journalistes qui doutent des bienfaits produits par la discussion actuelle. Le premier, a-t-il dit, M. Depaul a osé dire qu'il fallait fermer les Maternités, et ce résultat, fût-il le seul, serait immense. Oui, si ce résultat était obtenu; mais une opinion de M. Depaul n'est pas un résultat administratif obtenu. M. Depaul, d'ailleurs, n'est pas le premier qui ait osé tenir ce langage. Ses co-religionnaires, et son maître en tête, ne paraissent pas aussi fermes que lui dans cette conviction, et nous croyons, contrairement à l'opinion de M. Depaul, que dans ce conflit d'opinions diverses, l'administration ne pourra que se trouver embarrassée et hésitante dans les mesures prophylactiques à prendre.

Quant au fond de la question, pressé par le temps, M. Depaul y est à peine entré; il s'est réservé de terminer son discours dans la prochaine séance. Nous serions heureux que l'occasion nous fût offerte de louer son oraison sans réserves.

Dans cette séance, l'Académie a élu un membre dans la section des associés nationaux; l'heureux choix qu'elle a fait de M. Cap ne peut être que ratifié par l'opinion publique.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE;

Lues à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 février 1858,

Par le docteur OULMONT, médecin de l'hôpital Lariboisière.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

OBS. II. — *Hématocèle rétro-utérine. — Dysenterie. — Abcès gangréneux de la fesse. — Mort. — Autopsie.*

La nommée C..., couturière, âgée de 38 ans, est couchée au lit n° 11, de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital de Lariboisière, où elle est entrée le 17 août 1857.

Malade depuis deux mois et demi. Dix jours après une époque menstruelle, cette femme a été prise, sans cause appréciable, d'une perte de sang, qui a persisté pendant une vingtaine de jours. Le sang expulsé était bien coloré, tantôt liquide, tantôt en caillots; ces derniers étaient souvent expulsés après des coliques utérines bien caractérisées. Vers le vingtième jour, il est survenu des douleurs dans la région hypogastrique; elles étaient si vives, que la malade se tordait sur son lit; elle n'a eu à ce moment, ni frissons, ni vomissements, ni céphalalgie, ni fièvre.

Feuilleton.

ÉTUDES SUR LES CORPS A L'ÉTAT SPHÉROÏDAL (1),

NOUVELLE BRANCHE DE PHYSIQUE;

Par M.-P.-H. BOUTIGNY (d'Évreux),

Ancien président de la Société de pharmacie et de chimie de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

M. Boutigny a divisé son livre en trois parties : la première concerne la physique; la seconde, la chimie; la troisième est intitulée : théorie. C'est dans cette dernière que se montrent surtout les qualités synthétiques de l'auteur et l'audacieuse virilité de son intelligence.

Partant de cette idée : « que tout est lié dans la nature, et que ses lois générales enchaînent les unes aux autres les phénomènes les plus disparates, » il aborde hardiment les questions les plus hautes et les plus obscures de la géologie et de la cosmogénésie, en s'appuyant toujours, bien entendu, sur les propriétés, à lui révélées, de la matière à l'état sphéroïdal, révélées par l'expérimentation et non autrement; c'est la caractéristique de ce livre d'être un recueil d'expériences avec des commentaires; les conceptions les plus originales de M. Boutigny, celles qui rompent le plus en visière avec le catéchisme scientifique actuellement adopté, s'appuient toutes sur des expériences et n'en sont que l'interprétation. Seulement, l'interprétation, en général, est hardie, et va volontiers de l'avant, comme on dit; du reste, elle y va d'une allure si franche et avec tant de bonne foi, qu'on est dès l'abord disposé, sinon à la suivre, du moins à lui tout pardonner : « Je cherche, dit l'auteur, la vérité avec ardeur, je la cherche de toutes les puissances de mon âme, sans me préoccuper ni des personnes ni des choses. Je puis me tromper, assurément; mais du moins, si je me trompe, je ne veux tromper personne. » Tout le monde peut, en effet, recommencer les expériences qu'il indique, et c'est là le meilleur et le plus sûr des moyens de contrôle.

Je dis que tout le monde peut les vérifier, parce qu'aucune n'exige des appareils coûteux ni compliqués. L'auteur regrette, dans quelques passages de son livre, de n'avoir pas eu à sa disposition de vastes laboratoires et des appareils convenables : « J'aurais bien désiré, écrit-il à la page 26, mettre la dernière main à cette expérience, mais je manque de moyens suffisants d'expérimentation..... » On lit encore, page 337 : « La partie expérimentale de ce livre n'est pas complète, l'auteur le sait, et il le dit; mais si l'on savait l'exiguïté de ses ressources expérimentales et le temps qu'il a pu consacrer à ses recherches, peut-être lui saurait-on gré du peu qu'il a fait. » Il y a, dans ces aveux, un appel tacite à une meilleure constitution du monde scientifique — constitution réclamée avec tant de talent par M. V. Meunier, — mais il y a aussi pour M. Boutigny un titre de gloire de plus. Schéele, l'un des créateurs de la chimie organique, a fait ses admirables découvertes dans des fioles de pharmacie et des verres de montre; M. Boutigny a trouvé toute une nouvelle science, avec une lampe à alcool et une cuillère d'argent.

Goëthe, dans le second Faust, nous représente Wagner créant *Homunculus* dans une bouteille. Qu'est cette fantaisie à côté de l'imagination puissante de M. Boutigny? La science serait-elle plus fortement inspiratrice que les Muses vieillies de l'Hélicon? Savez-vous ce que sont ces sphéroïdes qui roulent, sans les toucher, à la surface de vos capsules rougies à blanc? Des satellites de la Terre, tout simplement. M. Boutigny donne à l'appui de cette hypothèse tant d'analogies, et de si séduisantes, que, malgré l'étrangeté de sa déclaration, on ne tarde pas à la trouver très plausible et à l'accepter. Alors on refait, par la pensée, notre système planétaire... Étant donné, le soleil et les mouvements vibratoires de la masse — mouvements qui sont une des propriétés de tous les corps à l'état sphéroïdal — rien de plus facile à concevoir que la projection des planètes dans l'espace par l'amplitude même de ces oscillations. Cette projection ne s'explique pas ni dans le système de Buffon, ni dans celui de Laplace.

Mais le soleil d'où vient-il? Ni M. Boutigny, ni moi, ni personne, ne le savons; ce que je sais, depuis que M. Boutigny me l'a appris, c'est qu'en accordant ce point de départ, la concession n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire, et que la formation du soleil n'a pas été une si grosse affaire; à la rigueur, M. Boutigny s'en chargerait; il s'en charge même dès à présent, en petit : « Jusqu'ici personne, que je sache, écrit-il, n'était parvenu à former un soleil de toutes pièces; grâce au hasard, grâce aux faits nouveaux que j'ai observés et aux nouvelles propriétés que j'ai reconnues à la matière, je suis parvenu à réaliser l'hypothèse d'Herschell..... » Vous êtes surpris, lecteur; M. Boutigny n'en a pas moins fait un soleil, habitable au centre et entouré de deux atmosphères, dont la plus extérieure seulement est lumineuse, etc.

Maintenant que voilà le soleil et les planètes lancés, revenons à notre globe. M. Boutigny trouve dans les conditions d'incandescence primitive de la terre et dans le passage à l'état sphéroïdal des matières qui, d'abord contenues dans son atmosphère, en furent précipitées sous forme de pluie quand le rayonnement les eut refroidies, M. Boutigny, dis-je, trouve là une très ingénieuse explication de la formation des houillères, et plus rationnelle que l'ancienne supposition, qui voulait voir dans ces amas de combustible, des forêts fossiles. Pour M. Boutigny, les houillères qu'on ne rencontre que dans des fonds de vallées et qui reposent toujours sur des bassins en *cul de chaudron*, sont le résidu de l'évaporation sous forme sphéroïdale, des carbures d'hydrogène (naphte, pétrole, bitume, etc.).

Il trouve encore dans l'incandescence du noyau central la condition de la naissance de la lune qui ne serait qu'un morceau de la terre, de même que la terre ne serait qu'un morceau du soleil. Je laisse au lecteur le plaisir de lire dans le texte même les preuves que l'auteur apporte à l'appui de son dire, et les déductions, très légitimes en apparence, qui en naissent sous sa plume. Aussi bien dois-je renoncer à énumérer toutes les hardiesses de bon aloi dont ce livre est plein, et les surprises qui jaillissent de chacune de ses pages : l'anneau de Saturne, les aérolithes, les éclairs en boule, l'essaim des planètes dites télescopiques, la disparition de certains astres, le lancement possible d'un second satellite par notre globe, la manière probable dont ce globe périra, tout cela découle et découle naturellement des expériences et des calculs de M. Boutigny.

Je ne mentionne plus qu'une chose; ce sont les vues nouvelles et magnifiques que l'auteur expose sur la constitution primordiale et molécu-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 juin.

Deux jours après, la malade s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le bas-ventre. Cette tumeur était moins grosse qu'elle ne l'est actuellement. Pendant quelques jours, la malade a éprouvé des frissons irréguliers, suivis de chaleur et d'agitation.

Un médecin, appelé, a conseillé le repos au lit, une application de sangsues à l'hypogastre et des cataplasmes. La perte s'est arrêtée, mais pour quelques jours seulement, et, depuis un mois et demi, elle est revenue, moins abondante, il est vrai, mais encore assez considérable. La malade a gardé le lit sans interruption depuis ce temps.

Affaiblissement, maigreur, pâleur très marquée, battements du cœur et oppression au moindre mouvement; peu d'appétit depuis un mois; constipation habituelle; miction fréquente et difficile.

Depuis une dizaine de jours, le sang perdu par la malade est très pâle. Au début de cette deuxième perte, le sang était bien coloré.

État actuel. — Faiblesse, maigreur, teint pâle; muqueuses peu colorées; peau froide; pouls assez faible, de fréquence moyenne (68 pulsations). Ventre arrondi, assez douloureux à la pression. Quand on palpe l'abdomen, on a tout à fait la sensation de deux tumeurs; l'une, située à gauche, s'étend presque jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic; par son extrémité inférieure, elle plonge dans le bassin, et se continue au niveau de l'utérus avec celle du côté opposé; son bord gauche repose sur la fosse iliaque; son bord interne est un peu concave, assez mince dans toute son étendue. La tumeur offre une dureté considérable, comparable au cartilage.

La tumeur du côté droit offre une forme analogue à la présente, et affecte une disposition à peu près semblable; seulement, elle est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs de l'hypogastre donnent à la percussion une matité absolue.

Au toucher vaginal, on trouve une tumeur ronde, médiocrement dure, faisant saillir la partie postérieure du vagin et oblitérant presque cette cavité; le col de l'utérus est rejeté très fortement en avant et en haut, immédiatement derrière la partie la plus relevée de la symphyse pubienne; le col est sain, il est entr'ouvert.

On prescrit : Tisane de gomme; huile de ricin, 30 grammes; frictions avec onguent mercuriel belladoné sur le ventre; cataplasmes sur le ventre; une pilule d'opium.

Des émissions sanguines locales, répétées à plusieurs reprises, et ajoutées à un certain nombre de purgations, amenèrent une amélioration assez rapide, et il semblait que les deux lobes de la tumeur, sensibles à la pression abdominale, avaient diminué de volume; la malade urinait bien.

Le 2 septembre. La tumeur a diminué de volume d'une façon sensible, surtout à droite, où la pression de l'abdomen ne détermine aucune douleur; la tumeur gauche est dans le même état; elle est encore le siége de douleurs assez vives. Dix sangsues sur la fosse iliaque gauche.

Le 3. Pas de perte sanguine utérine depuis que la malade est dans le service; la teinte anémique est prononcée; le ventre n'est pas souple, mais la tumeur semble avoir diminué : les sangsues ont peu saigné, le sang était pâle.

Le 4, la tumeur vaginale n'est pas aussi dure que dans les premiers jours; sa consistance est à peu près uniforme partout.

Le 5. Hier quatre selles; matières diarrhétiques.

Le 8. Engourdissement et fourmillements dans tout le membre inférieur gauche, avec sensation de froid; l'œdème y a diminué. Ventre douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche; le membre inférieur droit n'a rien. — Toujours onguent mercuriel belladoné; cataplasme; fer réduit par l'hydrogène, 0,30 centig.

Le 10, nausées; un peu de dévoiement; pas de fièvre; aspect de la langue normal.

Le 11, diarrhée légère; la douleur de la fosse iliaque gauche persiste toujours, mais la tumeur diminue sensiblement; œdème persistant à la jambe gauche.

Le 13, la diarrhée persiste. On ordonne un lavement laudanisé.

Le 14. Par le toucher vaginal, on trouve toujours la tumeur aussi volumineuse, mais elle est plus molle et presque fluctuante; l'utérus est toujours fortement appliqué contre le pubis.

Le 23 septembre. La tumeur que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche a disparu à peu près complétement; on ne sent plus qu'un empâtement profond. Il est survenu depuis hier une diarrhée très abondante. Les selles sont glaireuses, rendues avec ténesme, et contenant une petite quantité de sang liquide et peu altéré; la peau est de température naturelle; pouls sans fréquence anormale; langue un peu blanchâtre. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur, qui faisait une saillie énorme dans le vagin, a disparu et n'a laissé qu'un noyau dur, à gauche et en arrière du col.

Le 6 octobre. La diarrhée a cessé, mais la malade est dans un état de faiblesse considérable; elle accuse une douleur vive à la fesse gauche; cette région est dure, rouge et tuméfiée, très douloureuse à la pression.

Le 10, M. Chassaignac ouvre largement le phlegmon diffus de la fesse; le rectum, décollé dans une vaste étendue, est incisé lui-même du côté de la fesse gauche; il sort par les ouvertures une quantité considérable de pus, et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. On s'assure alors que la suppuration a envahi les couches cellulaires intermédiaires aux fessiers. — Dans la journée, injection d'eau simple dans le foyer.

Le foyer purulent donne lieu à une suppuration d'une abondance excessive; bientôt, malgré les injections détersives pratiquées dans la plaie, la malade s'affaiblit de plus en plus, la fièvre hectique survient, accompagnée de sueurs visqueuses et de diarrhée colliquative, et, enfin, la mort arrive le 20 octobre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Température froide et un peu humide; cadavre très bien conservé.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, une bride qui s'étend presque directement d'avant en arrière. Cette bride, est de consistance celluleuse, grosse comme une tige de plume, aussi lisse à sa surface que si elle était recouverte par le péritoine en avant, elle s'attache à la paroi antérieure de l'abdomen, un peu à droite de la ligne médiane, à la hauteur indiquée plus haut : de là, elle se dirige en arrière, de manière à passer juste au sommet de l'angle formé par la réunion de l'iléon au cœcum; son extrémité postérieure s'unit fortement au bord adhérent du mésentère, tout à fait à la partie inférieure de ce repli.

En jetant les yeux sur la cavité pelvienne, voici ce que l'on observe :

A la partie antérieure, on voit la vessie contenant environ 250 à 300 grammes de liquide; elle s'élève notablement au-dessus du pubis. Derrière la vessie, se trouve l'utérus, dont la direction est modifiée; le diamètre transversal est tellement oblique, que son extrémité gauche répondrait au fond de la cavité cotyloïde; en même temps, l'axe longitudinal de l'utérus est un peu oblique en bas et à gauche.

Du reste, cet organe a ses dimensions à peu près normales : hauteur, 75 millimètres; largeur au niveau des trompes, 63 millimètres; diamètre antéro-postérieur au point le plus épais, 4 centimètres.

En arrière de l'utérus, des adhérences sont établies entre la partie postérieure et supérieure de cet organe, le rectum et l'extrémité inférieure de l'S iliaque supérieur, la demi-circonférence postérieure du détroit du bassin, et une anse de l'intestin grêle, située à droite du rectum. Ces adhérences sont celluleuses, assez solides; en détruisant celles que l'utérus a contractées avec l'anse d'intestin grêle, on pénètre dans une cavité rétro-utérine, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Vers l'angle gauche de l'utérus, il existe une petite tumeur grosse comme une petite noix, rénitente, ovoïde, dirigée d'avant en arrière. Par son extrémité antérieure et interne, elle se continue avec la trompe; son extrémité postérieure se perd au milieu des adhérences celluleuses rétro-utérines.

En incisant l'utérus par sa face antérieure, lorsqu'on l'a divisé dans toute son épaisseur, on arrive dans la cavité rétro-utérine signalée plus haut. Cette cavité a évidemment pour limite inférieure le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine; en haut, elle est circonscrite par les nombreuses adhérences que nous avons déjà indiquées. Cette cavité a une capacité considérable; on y peut reconnaître trois culs-de-sac principaux, sortes de diverticules répondant aux saillies que la tumeur faisait soit vers le vagin, soit du côté des deux fosses iliaques.

Lorsqu'un doigt est introduit vers le cul-de-sac inférieur, si l'on place un autre doigt dans le vagin, on sent qu'il n'existe, entre les deux, que l'épaisseur des tuniques du vagin.

En haut et à droite, le cul-de-sac est peu étendu; il se dirige obliquement à droite de l'angle sacro-vertébral. A gauche, le cul-de-sac supérieur est plus prononcé; il suit précisément la direction du côté gauche du méso-rectum, qui le limite en dedans.

La surface interne de cette cavité est unie, lisse; on y trouve partout quelques cloisons dirigées d'avant en arrière.

Dans cette cavité, se trouvaient quelques grammes d'un liquide gris noirâtre, comparable à de la suie délayée, et dans laquelle le microscope a fait constater les éléments suivants :

1° Gouttelettes huileuses libres, blanches ou jaunâtres;

2° Cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargés de gouttes de graisse (globules de Gluge); ils ont de $0^{mm},010$ à $0^{mm},025$;

3° Quelques fragments amorphes d'hématoïdine;

4° Deux cristaux quadrilatères, dont l'un était terminé d'un côté par un sommet dièdre, et qui m'ont paru du phosphate ammionaco-magnésien;

5° Quelques globules sanguins, flasques, déformés, encore bien décolorés;

6° Un assez grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très variables, résultant de la matière colorante du sang.

En incisant la petite tumeur que nous avons signalée près de l'extrémité gauche de l'utérus, on y trouve une cavité ovalaire pouvant permettre aisément l'introduction du doigt, et contenant un liquide noirâtre, analogue à celui qui se trouvait dans la poche rétro-utérine. La partie antérieure et interne de cette loge se rétrécit en entonnoir; en y introduisant avec précaution une soie de sanglier, on pénètre sans aucune difficulté dans la cavité utérine, au niveau de l'angle même de cette cavité.

La loge dont nous avons parlé, constituée par une dilatation de la trompe, communique donc librement avec l'utérus.

En recherchant ce qu'est devenu le pavillon de la trompe, il est impossible de retrouver cette partie de l'organe; les adhérences celluleuses ne permettent pas de le reconnaître. Mais si l'on passe un stylet vers l'extrémité postérieure de la dilatation, après un trajet curviligne en bas et en dehors, on pénètre dans la loge rétro-utérine.

On éprouve un peu plus de difficulté pour trouver la trompe droite; cependant, en disséquant les adhérences établies de ce côté, on reconnaît bientôt que l'organe se dirige obliquement en bas, en arrière et en dehors, en décrivant une courbe à convexité externe et supérieure. En l'incisant dans le sens de sa longueur, on trouve sa cavité dilatée, mais à un degré moindre que celle de la trompe gauche. Par son extrémité externe, elle communique toujours avec l'utérus. Le pavillon, méconnaissable au milieu des nombreuses adhérences celluleuses, s'ouvre dans le kyste rétro-utérin, comme celui de la trompe gauche, mais seulement à la partie inférieure de la cavité, grâce à une cloison antéro-postérieure et verticale, qui divise, dans presque toute sa hauteur, la loge rétro-utérine en deux cavités secondaires et parallèles. Ces deux dernières sont donc tout à fait comparables aux deux branches d'un tube en V, réunies à leur extrémité inférieure, elles sont distinctes dans le reste de leur étendue; mais la branche qui répond à la trompe droite est beaucoup moins vaste que l'autre.

Au milieu des adhérences qui existent à la partie postérieure gauche, on rencontre un épaississement dans lequel on croit reconnaître l'ovaire aplati et induré. Quant à l'ovaire droit, il est absolument impossible d'en trouver des traces.

Le foyer du phlegmon de la fesse était tout à fait distinct du kyste rétro-utérin, ce dernier ne communiquant pas non plus avec le rectum; il existe partout, entre ces deux cavités, une épaisseur de tissu considérable.

Dans la moitié inférieure du rectum, on voit des ulcérations dysentériques superficielles en voie de réparation, avec injection fine et teinte ardoisée; ces pertes de substance n'intéressent que la muqueuse.

L'extrémité inférieure du rectum est décollée, dépourvue de tissu cellulaire périphérique au niveau du phlegmon de la fesse gauche.

---

laire des corps, sur la PÉNÉTRABILITÉ des atomes, sur la génération de la matière telle que nous la connaissons aujourd'hui, vues qui confirment et qui étendent les travaux du docteur Prout et de M. Dumas... Je m'arrête là et je résume mes impressions.

Je n'ai pas souvenir d'avoir lu jamais un livre qui m'ait offert plus d'intérêt que celui-ci et qui ait remué en moi tout un monde d'idées d'un ordre plus élevé.

Voilà bien longtemps qu'il est là, sur ma table, et que j'aurais dû en rendre compte; l'auteur a pu croire que je l'oubliais; il s'est trompé. Mon apparente négligence tient à de tout autres raisons. Comment le lui persuader. D'abord, j'y suis attaché à ce livre, et il me semble, en ce moment, que je lui fais ma lettre d'adieux. J'y suis attaché parce qu'il est écrit d'une façon tout amicale, si je puis ainsi dire, et bien vivante.

M. Boutigny a découvert — et c'est immense — une manière d'être nouvelle de ce qu'on appelle la matière; une de ces lois primordiales, considérables, qui régissent les formes de la substance, et qui, par cela, sont créatrices dans le vrai sens du mot. Il a eu un éblouissement, un de ces éblouissements sacrés qui transportent l'homme hors de lui-même, et le rendent, comme il est dit dans la Genèse, « semblable aux *Éloïm.* » Puis, afin de continuer le langage biblique, il vit que la loi trouvée par lui était bonne, car elle allait s'élargissant sans cesse, et, plus étudiée, devenait infinie; avec son aide, il put recommencer l'œuvre des premiers jours et créer de nouveau le soleil qui nous éblouit, la terre qui nous porte, la lune qui nous suit et les astres qui nous regardent, — le tout, en petit, bien entendu, et dans son laboratoire. Mais quoi? le lieu et la grandeur n'y font rien. Il consacra enfin le jour du repos à nous raconter ce qu'il avait fait. Or, il le raconte simplement, sans fausse modestie et sans jactance; il dit comment les choses se sont passées et ce que tous peuvent voir, s'ils le veulent. A côté des expériences certaines, infaillibles, il donne les interprétations, il propose les théories, en ayant soin de mettre le lecteur lui-même en garde contre les entraînements de son imagination, et, comme sur les chemins dangereux, de signaler les endroits où la prudence est nécessaire par des poteaux en forme de points d'interrogation.

En chaque ordre de connaissances, il y a un livre *princeps*, c'est celui qui ouvre la série des travaux sur un objet scientifique déterminé : c'est le livre de Swammerdam sur les métamorphoses des insectes; celui de Huber sur les fourmis indigènes; celui de G. Cuvier sur les révolutions du globe; celui de Bichat sur l'anatomie générale, sur la vie et la mort, etc., etc. Ces livres ont une saveur particulière qu'on ne retrouve nulle part, et qui les classent hors ligne. Celui de M. Boutigny, traitant un sujet qui n'avait pas été traité avant lui, devait avoir les mêmes qualités que ceux dont nous venons de dire les noms, et il les a; mais il a quelque chose de plus que quelques-uns de ces derniers, à notre avis, c'est l'absence de tout apprêt, c'est la rondeur de l'allure — ce qui nous a fait dire qu'il était bien vivant — c'est, enfin, qu'en le lisant, on est tout de suite convaincu de la franchise de la plume qui a écrit et de la loyauté de l'esprit qui a dicté. Tout cela donne à cette lecture le charme d'une conversation, et d'une conversation aussi intéressante que pourrait l'être celle d'un témoin qui aurait assisté à la naissance même des choes. Donc, pour en revenir à mon dire, M. Boutigny doit comprendre que je ne me soucie guère de me séparer d'un ami qui m'entretient, quand je veux, à mon heure, de sujets aussi merveilleux que ceux-là. Voilà mon premier motif.

Mon second — qui n'est que le scolie du premier — c'est que ce livre réveille violemment la curiosité, mère des sciences et de la philosophie, condition du progrès, impitoyable aiguillon de l'esprit humain. La curiosité relative aux questions d'origine, et, conséquemment, de destinée, peut, sous les préoccupations de détail qui prennent une si grande place dans la vie, sous la pression des théories officielles, si insuffisantes pourtant, cette curiosité, dis-je, peut s'assoupir découragée, mais elle n'est jamais éteinte, et il suffit d'une étincelle pour la faire surgir plus ardente et plus âpre. M. Boutigny joue, à cet égard, le rôle d'excitateur, et l'étincelle part aussitôt qu'il approche. De son livre où tous les problèmes cosmiques et cosmogoniques sont abordés, impossible de lire une page, sans être entraîné par la méditation ou emporté par la rêverie dans les espaces et dans les temps transmondains. A ces excursions sans limites, les heures coulent vite, et quand sonne l'horloge de l'étroite réalité, on revient à soi très étonné d'avoir entre les mains un livre qu'on avait oublié et que l'on ferme..

Excursions téméraires peut-être, mais dont le charme est irrésistible : on est invinciblement attiré par le voisinage des précipices, et il faut que les regards, quoi qu'on en ait, plongent au fond des abîmes. On peut, sans risques, se confier à M. Boutigny; s'il aime à vous faire gravir les pics les plus élevés de la spéculation, ou s'il ouvre à vos côtés les gouffres sans fond des hypothèses, ne craignez rien : il vous a fait prendre, au départ, un élixir qui préserve du vertige, plus sûrement que la coupe de sang de chamois en usage parmi les chasseurs des Alpes — et qui n'est autre que le doute méthodique et le bon sens. Munis de ces garde-fous solides, les sommets escarpés et les pentes rapides sont praticables; on contemple alors sans trembler les horizons agrandis; le pied devient plus sûr et l'œil acquiert de la fermeté. On conçoit qu'une pareille lecture, à ce train, dure longtemps et puisse ne jamais finir — c'est là mon second motif.

Il en est un autre qui les résume tous; c'est que rien n'échappe à l'analyse comme l'enthousiasme, et que l'enthousiasme est la qualité dominante de M. Boutigny. Je dis qualité et la plus sympathique, à coup sûr, lorsqu'elle est, comme chez l'auteur, unie à la raison. Elle est alors à l'homme ce que la sonorité est aux métaux. Une fois ébranlé par elle enharmoniquement, adieu la critique. Or, M. Boutigny est plus sonore que l'airain, l'enthousiasme est son état normal. La vérité, où qu'il faille la chercher, dans l'infiniment petit, aussi bien que dans l'infiniment grand, le trouve toujours aussi ardent, toujours aussi prêt. C'est — que M. Boutigny me pardonne cette analogie — un enthousiasme à équilibre constant de température, à égalité de rayons, luttant partout contre la pesanteur des lourds préjugés, et ne se *vaporisant* que d'une façon réglée, en un mot un enthousisme à l'état sphéroïdal.

Il était plus facile de se complaire à ce spectacle que d'en parler.

Dr Maximin LEGRAND.

— **Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?** Études sur les maladies des femmes en couche; par le docteur T. GALLARD, ancien interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. Paris, 1857. — Prix : 1 fr. 50 c. — Labé, libraire.

On ne trouve rien de remarquable dans les autres organes.

Au milieu des désordres que la maladie a produits dans la conformation des organes pelviens, il est impossible de trouver le point qui a été l'origine de l'hémorrhagie.

Les deux observations qu'on vient de lire offrent une histoire à peu près complète de l'hématocèle rétro-utérine, telle, du reste, qu'elle est donnée dans les différents travaux que j'ai indiqués. Je me bornerai seulement à faire ressortir une particularité remarquable, c'est l'existence de la dysenterie chez les deux malades. Dans la première observation, elle a évidemment causé la mort; il est vrai que la malade était dans un état de faiblesse très considérable. Dans le deuxième cas, nous avons été assez heureux pour arrêter l'affection intestinale, mais un abcès gangréneux de la fesse, survenu sans autre cause appréciable pour nous que la dysenterie même, a rapidement amené une terminaison fatale. Quelle a été chez ces malades la cause de la dysenterie survenue surtout à une époque où elle ne sévissait pas d'une manière épidémique? Peut-on établir quelque rapport entre l'affection intestinale et la maladie rétro-utérine? C'est ce qu'il est fort difficile de décider. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans l'un, ni l'autre cas, il n'existait de communication entre le rectum et l'hématocèle.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, la première observation nous offre un exemple d'une de ces tumeurs sanguines du petit bassin, déjà ancienne et en voie de résorption. L'inflammation locale qu'elle a déterminée a amené autour du kyste un épanchement de lymphe plastique qui a épaissi et confondu tous les tissus, si bien qu'il était très difficile de retrouver les trompes et les ovaires, et à peu près impossible de saisir leurs rapports avec la poche rétro-utérine. Il y avait eu là une inflammation très vive qui avait laissé à sa suite quelques petits abcès disséminés. Il était donc tout à fait impossible de savoir comment et sous l'influence de quelle cause anatomique s'est formé l'épanchement sanguin dans le péritoine; et la pièce anatomique, que j'ai présentée à la Société des hôpitaux, n'offrait rien autre chose qu'un exemple de kyste rétro-utérin en voie de guérison.

La deuxième observation offre sous ce rapport un intérêt beaucoup plus grand. En effet, indépendamment d'un kyste quelque peu différent du précédent, nous avons pu retrouver les trompes et les ovaires, étudier leurs dispositions et leurs rapports avec ce kyste. Ces trompes affectaient des deux côtés une direction analogue; elles décrivaient toutes deux une courbe à convexité externe, et se dirigeant obliquement en bas et en arrière elles venaient s'ouvrir dans la poche péritonéale, où leur pavillon était méconnaissable au milieu des nombreuses adhérences celluleuses. Vers le milieu de leur trajet, ces trompes avaient subi une dilatation très marquée dans la trompe gauche surtout, qui eût pu contenir une petite noix. Ces dilatations contenaient un liquide noirâtre, analogue à celui qu'on trouvait dans le kyste rétro-utérin. Les ovaires étaient perdus au milieu du tissu cellulaire épaissi; on ne trouvait même que les vestiges de celui du côté gauche. Il est certain que la maladie était déjà trop ancienne pour qu'il soit possible d'en établir nettement la cause. Il est regrettable surtout qu'on n'ait pu examiner complétement les ovaires, et savoir s'ils étaient lésés ou non. Néanmoins, il me semble que les trompes étaient le siége de lésions qui jettent quelque jour sur le mode de formation de l'hématocèle rétro-utérine, dans ce cas du moins. Ne dirait-on pas qu'il y eût chez notre malade une sorte d'hémorrhagie tubaire double, et que le sang, accumulé dans les trompes, se sera frayé une voie à travers les pavillons pour aller s'épancher dans la cavité rétro-utérine? Cette hypothèse, imaginée par M. Fenerly pour expliquer la maladie chez un sujet qui offrait des lésions analogues à celles que nous avons trouvées chez notre malade, me semble confirmée par les détails que nous avons donnés. Quoi qu'il en soit, le fait en lui-même nous semble digne de beaucoup d'intérêt.

Le traitement a été, comme on l'a pu voir, très simple chez nos deux malades. Énergiquement antiphlogistique au début, quand il existait des symptômes marqués d'inflammation péritonéale, il est devenu presque de l'expectation lorsque la maladie est passée à l'état chronique, et l'on a pu voir par les détails de l'autopsie que lorsque les malades sont mortes, l'hématocèle était en voie de résolution. Je crois que c'est là, sauf des indications spéciales, la marche la plus rationnelle dans le traitement de cette affection; les chirurgiens qui, dans le principe, avaient conseillé soit la ponction de la tumeur, soit son incision, ont renoncé, je crois, au traitement chirurgical qui, dans plusieurs circonstances, avait eu des conséquences mortelles. J'ai vu moi-même survenir des accidents très graves chez une malade à laquelle j'avais pratiqué avec un trocart très fin une ponction exploratrice, uniquement pour fixer mon diagnostic. Aussi me suis-je soigneusement abstenu depuis lors de toute tentative de ce genre, et sauf les deux précédentes observations, la maladie a eu dans tous les cas une issue heureuse.

CHIRURGIE.

DES ÉPANCHEMENTS URINEUX CHEZ LES ENFANTS;

Par le docteur Cooper Forster.

Cette grave maladie offre de telles différences chez l'enfant et chez l'adulte au point de vue de la cause et du traitement, qu'il ne sera pas sans intérêt de l'étudier un peu chez l'enfant, d'après des faits observés depuis trois ans au *Guy's Hospital.*

Obs. I. — Enfant délicat, 2 ans, admis en mai 1854. La veille de son entrée, il fut pris d'une rétention d'urine, qui fut bientôt suivie d'épanchement urineux comprenant le périnée et le scrotum. On incisa les parties infiltrées, et un petit calcul s'en échappa. Le lendemain on plaça une sonde à demeure dans la vessie; mais la sonde se boucha bientôt, et un nouvel épanchement vint envahir la partie inférieure de l'abdomen; on fit de larges incisions; tout fut inutile, l'enfant mourut le 9me jour.

Autopsie. — Le péritoine est couvert de lymphe graisseuse. Dans le scrotum, on trouve une petite plaie ulcéreuse communiquant en arrière avec la base de la vessie, et en avant avec une plaie semblable située près du gland; tout le tissu cellulaire de la région est infiltré. Il y avait aussi une ulcération en dehors de la prostate, s'étendant jusqu'au repli du péritoine à gauche. Tous les autres organes étaient sains.

Obs. II. — Garçon de 5 ans, admis en février 1856. La veille de son entrée, il avait eu d'abord de grandes difficultés à uriner, puis enfin une rétention complète; il se fit une infiltration urineuse dans le périnée et le scrotum, qui se gonflèrent considérablement; on fit de larges incisions, l'infiltration augmenta encore, et un petit calcul fut expulsé. Il y avait chez cet enfant une coloration livide particulière de la peau de l'abdomen, les veines étaient dilatées, l'épanchement remontait jusqu'au sommet du cordon spermatique. L'enfant mourut d'épuisement le vingt-huitième jour après l'opération.

Autopsie. — L'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané a envahi même les muscles abdominaux; ils sont infiltrés d'une sécrétion purulente verdâtre et commencent à se gangréner en certains points. Il n'y a pas trace de péritonite dans les points correspondants, circonstance notable. La plaie gangréneuse du périnée et du scrotum avait mis à nu une portion considérable de l'urètre, la presque totalité de la portion spongieuse.

Obs. III. — Garçon chétif de 4 ans, admis en mai 1856, avec tous les symptômes d'un calcul vésical. On le porte à la salle d'opérations; mais comme on ne peut retrouver le calcul, on renvoie le malade sans rien lui faire. Cinq jours après, il se fit une infiltration urineuse dans le scrotum, la verge et la partie inférieure de l'abdomen, accompagnée d'une grande prostration; une sonde fut introduite dans la vessie, et l'on incisa le périnée et le scrotum; on ne trouva pas de calcul. L'enfant mourut au bout de douze heures.

Autopsie. — L'urètre est ulcéré en face du scrotum, l'épanchement urineux s'est fait par là; le calcul est enfoncé dans une cavité gangréneuse.

Obs. IV. — Un vigoureux garçon de 29 mois est admis, en septembre 1856, avec un épanchement urineux, comprenant le périnée, le scrotum et la verge; il n'a pas eu de rétention d'urine, mais seulement des difficultés à uriner. Une sonde en gomme élastique est introduite dans la vessie et l'on incise les parties infiltrées: l'épanchement se renouvelle à plusieurs reprises pendant sept semaines, on pratique de nouvelles incisions. Enfin, après ce temps, un petit calcul s'échappa par une des incisions. Depuis lors, les accidents cessèrent et la guérison fut prompte.

Obs. V. — Garçon délicat de 3 ans, entré en mai 1857. Depuis environ un mois, il souffre en urinant. Il y a neuf jours, il a eu une rétention partielle d'urine; le scrotum, la verge, et la partie inférieure de l'abdomen commencent à s'infiltrer; quelques points même sont gangrenés; l'enfant semble mourant. On le chloroforme et on pratique de larges incisions sur les parties infiltrées: on incise le prépuce, qui présentait un phymosis et l'on passe une sonde dans l'urètre, cette sonde fait découvrir un calcul situé dans l'urètre, on ouvre le canal sur ce point et le calcul est extrait. Les parties gangrenées se nettoyèrent et se couvrirent bientôt de bourgeons de bon aspect; le dix-huitième jour, on commença à dilater l'urètre, et, au bout de quelques jours, l'urine passa entièrement par ce canal. Une bonne alimentation fortifia l'enfant, qui sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Le premier symptôme semble être une rétention d'urine qui n'est ni toujours, ni nécessairement complète, circonstance qui doit paraître étrange, mais chez les enfants, toute diminution de la quantité d'urine rendue, accompagnée de gonflement ou de douleur dans le périnée, doit appeler sérieusement l'attention du chirurgien. Il est constant que, chez les enfants, un épanchement urineux, qui peut devenir mortel, peut se faire lentement, bien qu'il continue à passer par l'urètre une certaine quantité d'urine; la possibilité de cet accident doit toujours être présente à l'esprit. Les malades savent si peu quelle est la gravité d'un épanchement urineux dans le périnée, et quelquefois ils ont si peu de douleurs dans les premiers moments de l'accident, que souvent l'attention du médecin peut être détournée, lorsque le malade affirme que l'urine passe par l'urètre. Il serait d'autant plus facile d'écarter cette idée, que souvent le petit malade a eu quelques symptômes indiquant la présence d'un calcul dans la vessie, et que l'état général est quelquefois très grave dès le début de l'infiltration urineuse.

Le trait qui distingue surtout l'épanchement urineux chez l'enfant de la même maladie chez l'adulte, c'est l'étiologie. L'auteur affirme que dans tous les cas il reconnaît pour cause chez l'enfant l'arrêt d'un calcul dans un point quelconque de l'urètre; ce calcul ulcère la membrane muqueuse du canal, et c'est par cette voie que se fait l'infiltration; chez l'adulte, au contraire, une semblable cause est tout exceptionnelle. Cependant il ne s'en suit pas nécessairement de ce qu'un calcul est arrêté dans l'urètre qu'il se formera un épanchement urineux. L'auteur rapporte, en effet, à l'appui de cette dernière assertion, un fait curieux d'un calcul qu'il a extrait de l'urètre, où il était arrêté depuis plusieurs semaines; ce calcul présentait une sorte de gouttière analogue à celle qui existe sur un grain de café, gouttière qui permettait à l'urine de s'écouler au dehors; il avait séjourné pendant plusieurs semaines dans l'urètre, mais il n'avait pas ulcéré la muqueuse et n'avait donné d'autre signe de son existence qu'un peu de douleur.

L'âge auquel ces infiltrations urineuses se présentent est généralement 2 à 7 ans.

Une fois cette étiologie de l'épanchement urineux chez les enfants admise, c'est-à-dire si, en dehors d'un accident, l'infiltration ne reconnaît pas d'autre cause que la présence d'un calcul, le traitement est bien clairement indiqué. A en juger par les résultats obtenus dans les observations IV et V, il faut aller à la recherche du calcul et l'extraire dès que l'on a diminué par de larges incisions le gonflement causé par l'infiltration de l'urine, et non pas attendre, comme cela est généralement conseillé et pratiqué, que le gonflement des parties soit complétement disparu avant d'extraire le calcul si l'on en soupçonne l'existence. Dans un cas une sonde, placée dans la vessie après que le calcul était expulsé, s'est accidentellement bouchée et a rempli alors le même office que le calcul en empêchant la sortie de l'urine. Il est vrai que, chez le malade, la pierre est restée sept semaines avant de sortir, mais, malgré la vigueur de cet enfant, le chirurgien était chaque jour plus inquiet de son sort, et n'a cessé de craindre que lorsqu'il vit le calcul rejeté; c'est aussi à partir de ce moment que l'enfant commença à se rétablir. Tout délai dans l'extraction du calcul est donc une fâcheuse condition, et il faut s'empresser d'aller à sa recherche (1). — D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Juin 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport de M. le docteur Lagasquie, médecin-inspecteur des eaux minérales de Miers (Lot). Ce médecin expose que la plupart des malades qui *fréquentent* cet établissement *ne le consultent pas*, et qu'il est dès lors dans l'impossibilité de rédiger le rapport annuel qu'il doit produire.

2° Des échantillons de Barégines recueillies aux sources d'Olette (Pyrénées-Orientales).

3° Les rapports de MM. Tellier et Rérolle, sur le service médical des eaux de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pendant l'année 1857. — (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de l'ambassadeur d'Autriche, qui fait hommage à l'Académie de la première livraison d'un ouvrage *sur les maladies de la peau*, que le gouvernement autrichien fait publier à Vienne sous les auspices du docteur Hébra.

2° Une note sur la revaccination du dépôt du 96e de ligne à Arras, par M. le docteur Coste. (Comm. de vaccine.)

3° Un travail de M. le docteur Lespiau, intitulé: *Triple rétrécissement de l'urètre traité par la méthode dite tubulaire et la cautérisation au nitrate d'argent.* (Comm. MM. Civiale et Malgaigne.)

4° Une note sur la grippe épidémique, par M. le docteur Pons (de Bez, près Le Vigan). — (Comm. des épidémies.)

5° Une note sur la ligature extemporanée et les instruments destinés à son exécution, par M. Maisonneuve. — (Cette note sera publiée dans un prochain numéro.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de Mme veuve Pillaut, qui annonce que Mme Rullier, veuve du docteur Rullier, médecin des hôpitaux et membre de l'Académie, lègue à la compagnie le portrait de son mari, peint par elle-même.

Il est ensuite donné lecture des conditions auxquelles doit être donné, en 1859, le prix Amussat:

1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix dit de chirurgie expérimentale, à décerner tous les deux ans par l'Académie, à l'auteur du travail et des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans, jusqu'à ce que les économies faites sur les arrérages permettent de la ramener à son chiffre normal de 500 fr.

2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail et de le présenter au concours, manuscrit ou imprimé.

3° Dans les cas où, parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait soit ajourner le prix à un ou deux ans, en cumulant la somme, soit n'allouer qu'une partie de la somme ou la partager aux auteurs de travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient les plus dignes d'encouragement.

4° Ne seront point admis au concours, pour le prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

M. Velpeau fait hommage à l'Académie de la deuxième édition des *Leçons cliniques* de M. le docteur Bennett, d'Édimbourg.

M. Velpeau dépose ensuite sur le bureau, un mémoire de M. le docteur Giraudet, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, intitulé: *De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation.* (Com. MM. Dubois et Depaul.)

M. le Président propose à l'Académie d'adjoindre M. Ch. Robin à la commission du prix de l'Académie. — Le concours a pour objet les applications du microscope au progrès des sciences médicales.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. Cazeaux:

« Messieurs, j'ai cherché à prouver, dans mon dernier discours, que les lésions trouvées à l'autopsie des femmes mortes de fièvres dites puerpérales appartiennent toutes à celles qui caractérisent les phlegmasies. Mais on m'a reproché de retomber dans l'essentialité après être parti de la localisation. Cependant l'altération du sang, invoquée par moi, n'est pas la même chose que l'altération du sang telle que l'entendent les essentialistes. Pour ceux-ci, les femmes nouvellement accouchées sont bien portantes, et l'altération du sang qui survient, et qui peut survenir sans lésions, constitue toute la maladie; pour moi, cette altération existe à tous les moments de la grossesse, elle n'est pas une maladie, elle n'est qu'une prédisposition, une aptitude morbide, comme l'a très heureusement dit M. Trousseau. Si, dans ces conditions, des phlegmasies apparaissent, elles revêtent une gravité extrême: il ne faut pas confondre la prédisposition avec la cause déterminante.

Du reste, l'altération du sang dont j'ai parlé et qu'on a voulu réduire à la chloro-anémie, se complique d'un excès de fibrine, signalé longtemps avant moi, par M. Andral, et qui exagère sans doute encore le rôle des phlegmasies.

M. Trousseau m'a reproché d'avoir inventé — le mot est de lui — un génie épidémique pour expliquer la mort dans la fièvre puerpérale, et il a ajouté plaisamment qu'il voudrait voir la figure de ce génie épidémique. M. Trousseau, qu'il me soit permis de le dire, se grise un peu en parlant et son auditoire est tellement sous le charme de sa parole facile, qu'on ne fait pas attention à ce qu'il dit, de crainte de perdre un seul mot de ce qu'il lui reste à dire; mais l'épidémicité est bien connue dans ses effets, sinon dans ses conditions et dans ses causes; on sait qu'elle

(1) *Guy's Hospital Reporst*, 3e série; t. III, décembre 1857.

imprime un caractère plus grave à toutes les affections sans exception. Elle me suffit donc pour expliquer la mortalité plus grande de la fièvre puerpérale à certaines époques, et je la trouve plus claire que la spécificité dont le sens est resté enveloppé de tant d'obscurités. *Verba et voces.*

M. Guérin, de son côté, m'a fait un reproche d'avoir accouplé ces deux mots : inflammation et contagion. Mais pourquoi pas? L'ophthalmie des nouveau-nés, l'ophthalmie d'Égypte, ne sont-elles pas contagieuses, de l'aveu de tous, malgré leur caractère inflammatoire; et quelques pathologistes n'ont-ils pas même admis la contagion du phlegmon diffus? Au surplus, on sait peu de chose, au fond, sur la contagion; qu'est-ce que la contagion? D'ailleurs, je n'ai jamais dit, comme on me l'a fait dire, que cette maladie fût fatalement contagieuse; aucune maladie n'est fatalement contagieuse : la vérole elle-même trouve des individus réfractaires.

Je reviens au discours de M. Trousseau : Je lui ai bien entendu exprimer sa pensée, mais je n'en ai trouvé la démonstration nulle part. Pour lui, la métrite, la phlébite, la lymphite, la péritonite ne sont rien; la spécificité est tout. Mais, à la fin de son discours, il admet que la lésion, le phénomène local, est l'origine de toute la maladie. Ce n'est donc plus la spécificité? Pour tous les pathologistes, la spécificité est à elle seule une cause déterminante et se suffisant à elle-même — M. Trousseau n'a pas éclairé sa lanterne. — Nous lui disions : Mais nous admettons la spécificité en général, c'est *votre* spécificité, la spécificité de la fièvre puerpérale qu'il faut démontrer; M. Bouillaud insistait sur ce point. Je vais vous la montrer, répondait M. Trousseau, et il parlait de tout autre chose, puis il terminait son admirable oraison en croyant avoir démontré que la fièvre puerpérale émanait d'une cause spécifique et..... *C'est ce qui fait que votre fille est muette.*

Maintenant, à M. Guérin. M. Guérin dispose de deux chaires : de la tribune académique où il se contient, parce qu'il a derrière lui M. le Président et qu'il craint les rappels à l'ordre ; — de son journal où il a les coudées franches et où il abuse singulièrement de cette liberté pour injurier ses collègues....

M. Guérin : Je n'ai jamais injurié personne. Si l'on croit avoir à se plaindre du journaliste, ce n'est pas à la tribune académique qu'il faut s'en plaindre. J'accueillerai dans mon journal toutes les réclamations qui me seront adressées.

M. Cazeaux : Mais il ne me plaît pas d'écrire dans le journal de M. Guérin. Quoi! M. Guérin aurait le droit de parler, dans son journal, de ce qui se passe à cette tribune, et, à cette tribune, ses collègues attaqués par lui n'auraient pas le droit de répondre!

Sur les observations de M. le Président, M. Cazeaux déclare qu'il retire le mot injurieux par respect pour l'Académie, mais non à cause de M. Guérin. — Il ajoute :

« Si je réponds à cette tribune à l'article de M. Guérin, c'est que M. Guérin est membre de l'Académie : avec tout autre journaliste, non académicien, je regarderais la discussion comme inopportune. J'admets et je respecte, en ce qui me concerne, la liberté illimitée de la presse, et, dussent tous les journaux me blâmer, que je ne protesterais pas; je pourrais en être fâché, mais je laisserais absolument libre leur droit d'appréciation. Avec un collègue, c'est autre chose. Voici le passage auquel je fais allusion : « Depuis bien longtemps nous n'avons entendu accumuler autant d'hérésies logiques, scientifiques et médicales pour soutenir ce que nous n'hésitons pas à qualifier d'immense erreur. » (*Gaz. méd.*, 17 avril 1858.) Eh bien! ce que M. Guérin a dit de mon discours, je le dis, moi, de celui qu'il a prononcé dans la dernière séance.

M. Guérin : Démontrez-le.

M. Cazeaux : M. Guérin dit avoir cherché à établir une ligne de démarcation entre le retrait normal de l'utérus, et son inertie pathologique. Il a observé 21 accouchements : chez 16 femmes l'utérus était descendu *du troisième au quatrième jour, au niveau ou derrière le pubis*; chez 4 autres, le retrait s'était opéré le cinquième jour; chez la cinquième, le retrait n'avait eu lieu qu'au sixième jour. De là une loi : coïncidence de l'inertie avec la manifestation des accidents. M. Guérin a simplement pris un effet pour une cause. Pour mon compte, je déclare complétement fausse l'assertion de M. Guérin; je m'appuie sur 103 observations qui me sont personnelles. Dans ces observations, j'ai noté jour par jour le diamètre transversal et vertical de l'utérus, et pas une seule fois je n'ai trouvé, sur mes 103 accouchées, ce que M. Guérin dit avoir constaté 16 fois sur 21. J'en appelle d'ailleurs aux souvenirs de tous mes collègues; n'est-il pas ordinaire que l'utérus, au 8me jour et même plus tard, dépasse le pubis de plusieurs travers de doigt? Dans tous ces cas, si nous en croyons M. Guérin, les femmes seraient menacées des plus grands dangers, et nous serions nous-mêmes exposés à porter dans les familles des alarmes et des pronostics excessivement graves, alors qu'il n'y aurait rien, absolument rien à redouter. Quoi de plus variable que ce retrait de l'utérus? Très souvent, une heure après l'accouchement, il est globuleux, dur, gros à peine comme le poing, et le lendemain on le retrouve développé et remonté bien plus haut qu'il n'était la veille.

Mais M. Guérin s'est dit : quand l'utérus ne se rétracte pas, le col reste ouvert, et de là tous les dangers d'une plaie exposée. Mais le col est ouvert chez toutes les femmes après l'accouchement; il y a toujours de l'air dans la cavité utérine, en contact avec les caillots et les lochies; par conséquent, l'utérus devrait laisser écouler les liquides, et il n'y a pas de raison pour qu'ils remontent dans le péritoine, comme le veut M. Guérin. D'ailleurs, l'air occupant dans l'utérus, comme dans une bouteille, la partie supérieure, devrait être entraîné le premier, si la fameuse aspiration péritonéale s'exerçait comme le pense M. Guérin, aspiration dont M. Velpeau a fait justice dans la discussion des kystes de l'ovaire. Mais M. Guérin a-t-il jamais vu de l'air dans le péritoine, y a-t-il jamais rencontré de la sanie; je n'en ai jamais vu, moi; qui en a vu? — De plus, pour qu'il y ait aspiration produite, il faut un vide, et le vide n'est jamais possible dans le péritoine, dans l'abdomen, cavité à parois molles et dépressibles par la pression atmosphérique.

M. Guérin a invoqué une autre preuve : M. Béhier dit avoir senti, dans les cas de fièvre puerpérale, un cordon noueux et dur au niveau des annexes utérines; il l'attribue à l'inflammation du ligament rond ou du ligament large. M. Guérin y voit, lui, la preuve du passage des molécules morbifiques à travers les trompes! Après cet argument il n'y a rien à dire. — Tout est donc faux, archi-faux dans la théorie de M. Guérin. — En tant que résorption putride, cette théorie rentrerait, à tout prendre, dans celle de M. Hervez de Chégoin, et M. Guérin serait localisateur; mais il termine son discours en admettant la spécificité de la maladie, et il tombe en tendant la main à M. Trousseau. Il dit, dans la fièvre puerpérale il faut voir « une maladie spéciale, développée dans un état spécial (la puerpéralité) — M. Guérin poursuit : Il y a, dans ce cas, une fonction spéciale et un organe spécialisé par la mise en rapport du fœtus avec la mère; un liquide spécial, les lochies; un air spécial, véhicule de miasmes spéciaux, et, finalement, une putridité spéciale; que faut-il de plus pour conclure à la spécialité et à la spécificité de la maladie? » Mais toutes les fonctions sont spéciales, évidemment, et, à ce compte, toutes les maladies seraient spécifiques; le fœtus est en rapport avec la mère à tous les moments de la grossesse; les lochies ne sont pas plus spéciales que toute autre sécrétion, que la salive, etc.; les caillots ne se putréfient pas autrement dans l'utérus que partout ailleurs, et, en somme, au fond de cette spécificité, encore une fois, il n'y a rien; — c'est un vent, une bulle de savon, sur laquelle il n'est pas même nécessaire de souffler. Avant donc de vouloir lancer à ses adversaires des pavés aussi lourds que ceux de M. Guérin, on ferait bien de s'assurer qu'on a les épaules assez fortes, et prendre garde qu'ils ne vous retombent sur les pieds.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé national.

Sur 54 bulletins,

M. Cap obtient	35	suffrages.
M. Léon Dufour	14	—
M. Girardin	5	—

En conséquence, M. Cap est proclamé associé national.

M. Guérin demande la parole pour un fait personnel, en invoquant le règlement.

M. le Président fait observer que M. Cazeaux a retiré le mot injurier, et maintient la parole à M. Depaul, orateur inscrit.

M. Depaul : Messieurs, lorsque j'ai parlé le premier dans cette discussion, il y a trois mois, je n'espérais pas qu'elle prendrait tant d'importance. Et les critiques dont mon discours a été l'objet de la part d'une certaine partie de la presse, ne me laissaient point penser que tous les points soulevés par moi, dussent être, autant qu'ils l'ont été, justifiés par les orateurs qui m'ont suivi à cette tribune. On m'avait reproché d'avoir presque mis en doute l'existence de la fièvre puerpérale, et la marche de la discussion a montré si l'on était près de s'entendre sur ses véritables caractères; — d'avoir fait une leçon, et si je pouvais m'accuser de quelque chose, ce serait de ne l'avoir pas faite plus dogmatique; — d'avoir été trop long, et, évidemment, j'aurais dû, puisque les opinions sont si peu fixées, insister et m'étendre, plus que je ne l'ai fait, sur un assez grand nombre de points abordés par moi, etc. Malgré les théories, plus ou moins attaquables, qui se sont produites au sujet de la fièvre puerpérale, il ressort de cette discussion un fait capital, et sur lequel tout le monde est à peu près d'accord, c'est la nécessité d'une réforme dans l'organisation des secours à donner aux femmes en couches. Cette réforme, que je n'abordais qu'en tremblant et dont personne n'aurait osé parler avant la discussion actuelle, tous la réclament maintenant. Je ne connais aucune discussion qui ait conduit à un tel résultat.

Je laisse à M. Guérard, qui a soulevé cette discussion, le soin de la résumer. Je vais rapidement examiner les opinions qui se sont produites à cette tribune. Je suivrai l'ordre chronologique.

M. Beau a commencé par dire : Je suis localisateur; pour moi, la fièvre puerpérale est une inflammation du péritoine, inflammation franche comme la pneumonie, la pleurésie, comme celle qui résulte d'un traumatisme quelconque, puis il a admis que cette inflammation pouvait être plus ou moins grave. — Je ferai d'abord remarquer que cette inflammation n'est niée par aucun des généralisateurs. — Mais M. Beau a invoqué plus tard une diathèse inflammatoire (qui serait la même chose que la chloro-anémie de M. Cazeaux), et, ne se contentant pas de cela, M. Beau a invoqué encore un génie épidémique, un *quid divinum*, qui pour lui, n'est pas un O simplement, mais un X qu'il faut chercher à déterminer. M. Beau nous a dit : « Vous ne nous donnez pas des caractères suffisants pour reconnaître votre fièvre puerpérale. — Les caractères que vous nous donnez, nous les retrouvons dans la péritonite; ce sont les frissons, la fièvre, la douleur, etc. » Mais alors on peut appliquer le raisonnement de M. Beau à la pneumonie, à la pleurésie, à l'arthrite, etc., et, montrant que toutes ces affections ont des symptômes communs, les confondre les unes avec les autres, et, à la rigueur, avec la fièvre puerpérale même. Cependant, je ne défie pas M. Beau, mais je le prie de me faire voir une péritonite avec les mêmes lésions anatomiques que la fièvre puerpérale. — Quant à la thérapeutique de M. Beau, je crois qu'il aura de la peine à réhabiliter le sulfate de quinine, et que sa nouvelle formule n'a pas été plus heureuse que la première. C'est une question jugée.

J'arrive à M. Bouillaud qui n'avait pas besoin, comme il l'a fait, de justifier son intervention dans ces débats. M. Bouillaud nous a donné une doctrine que j'avoue n'avoir pas bien comprise. D'autre part, je n'ai pas retrouvé dans son *Traité des fièvres essentielles*, publié en 1826, l'opinion qu'il nous a dit avoir soutenue, dès cette époque, relativement à l'altération primitive du sang.

M. Depaul cite un passage de ce traité, duquel il résulte que M. Bouillaud rapporte l'infection putride à une lésion locale primitive.

M. Bouillaud, l'interrompant, fait remarquer qu'à côté de cette infection putride secondaire, il en admet une autre, à la classe des typhus, qui est primitive, générale d'emblée, et, par conséquent, il n'est pas en contradiction avec lui-même.

M. Depaul *continuant :* M. Bouillaud veut que nous démontrions que que la fièvre puerpérale a une cause, une marche, des symptômes, un traitement, une mortalité, une dénomination particuliers : il lui faut tout cela pour qu'il vienne à nous.

Mais il serait en peine de démontrer toutes ces choses pour une quelconque des fièvres essentielles.

Quant au prix proposé, par lequel il a terminé son discours, je crois inutile de le suivre sur ce terrain. »

L'heure avancée force M. Depaul à remettre la suite de son discours à la prochaine séance.

M. de Beaufort présente à l'Académie un amputé auquel il a appliqué un membre thoracique artificiel.

M. Larrey fait observer que cet appareil est supérieur aux autres par la précision que l'inventeur a su donner aux mouvements des doigts.

M. Denonvilliers présente deux malades guéris d'ectropion par le procédé d'autoplastie dont il est l'inventeur.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

CORPS ÉTRANGER DANS L'OEIL; — SINGULIER TRAITEMENT POUR LES MALADIES DES YEUX.

Il y aurait à faire un recueil très curieux de toutes les pratiques médicales plus ou moins excentriques et ridicules enfantées par l'ignorance et la superstition. En voici une dont je dois la connaissance à mon excellent confrère et ami le docteur Fougeirol, qui a eu l'occasion de l'observer au mois d'août dernier, dans la commune des Ollières, canton de Privas (Ardèche).

Une petite fille de 8 à 10 ans avait été amenée, par ses parents, aux religieuses de l'endroit, pour leur demander ce qu'il fallait faire dans une maladie des yeux dont elle était atteinte. Il s'agissait d'une conjonctivite intense avec kératite, donnant lieu à une photophobie très marquée, larmoiement, etc., maladie qui, au grand étonnement des parents, avait résisté à une pratique à laquelle l'ignorance et la superstition ont prêté, dans la contrée, une grande puissance dans les affections des yeux. Cette pratique, qui remonte à une époque fort reculée, et dont la source première est inconnue, consiste à engager, entre les paupières, par l'angle externe ordinairement, un petit caillou lisse, plat, de forme ovale, du volume d'un noyau de cerise, caillou qui, par les mouvements des paupières et du globe de l'œil, chemine entre ce dernier et le voile membraneux, et vient, en général, après quelques instants, se présenter et sortir à l'angle interne, après avoir, soi-disant, opéré l'enlèvement de la *bourre.*

Un mot d'explication devient ici nécessaire : On prétend, dans ces contrées, que toutes les maladies des yeux sont dues à la présence de la bourre, mot qui, dans le langage du pays, veut dire, nuage, flocon, lequel, par sa présence dans l'œil, y produit diverses lésions. La bourre entraînée, chassée par le petit caillou, l'œil doit guérir. Mais, dans le fait en question, ces manœuvres, répétées plusieurs fois, n'avaient abouti à aucun bon résultat, et, pour comble de malheur, un jour le petit caillou se trouva retenu sous les paupières. Les parents affirment qu'ils ne l'ont pas vu s'échapper depuis huit jours qu'il a été introduit, et leur désolation n'est pas tant dans la crainte que le séjour de ce corps étranger n'aggrave l'état de l'œil que dans le détriment qui résulte pour eux de la perte de cette pierre, à laquelle est attaché un très grand prix. Car n'en a pas qui veut; l'heureux paysan possesseur à ce moment de cette pierre merveilleuse et qui la prêtait à qui en avait besoin, n'aurait pas donné celle-ci pour 300 fr. On conçoit la grande douleur de tous les intéressés!

Cependant, par le séjour de ce corps étranger, l'état de l'œil avait empiré, les paupières étaient plus tuméfiées, plus douloureuses. M. le docteur Fougeirol, qui se trouvait à ce moment dans la localité, fut consulté sur ces entrefaites. D'après l'assurance qui lui était donnée sur la présence de cette pierre dans l'œil, il essaya de l'en chasser; mais elle n'était appréciable à l'extérieur par aucun relief; le doigt promené sur les divers points des paupières ne parvenait pas à la sentir; ce qui tenait au boursoufflement des conjonctives et à l'examen très difficile de l'enfant rendue indocile par la souffrance et la peur. Enfin, après quelques pressions dirigées dans un certain sens, la pierre s'échappa, à la grande joie des assistants.

Des lotions froides répétées furent pratiquées sur l'œil. M. le docteur Fougeirol, étant presque aussitôt reparti pour Paris, ne revit point l'enfant, dont la maladie aurait assurément mieux guéri abandonnée à elle-même qu'à l'aide de cette pratique étrange, née d'une étiologie plus étrange encore.

Dr Lamaestre.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 69. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 12 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance, lundi dernier, s'est ouverte à trois heures et quart. ses éléments actifs étant réduits à leur plus simple expression plurielle. Étaient présents : deux membres du bureau, deux académiciens et deux journalistes. Le public égalait le double de la somme de ces éléments. Et, en vérité, il faisait si chaud, que nous avons beaucoup admiré, non les membres du bureau, ils étaient un peu forcés d'être là ; — non les journalistes — la modestie m'obligerait à n'en admirer qu'un, et peut-être se fâcherait-il si je m'attribuais une supériorité de modestie sur lui ; d'ailleurs, comme les membres du bureau, ils n'étaient pas précisément libres de n'être pas à leur banc ; notre admiration s'est donc concentrée sur les deux académiciens qui auraient très bien pu aller partout ailleurs, soit regarder les cailloux du fond de l'eau, dans le *Nautilus,* soit attendre au Luxembourg la floraison de la rose bleue — la rose bleue ! Pourquoi MM. les horticulteurs ne cherchent-ils pas à obtenir le bluet rose ? Nous croyons devoir inscrire ici les noms de ces austères immortels qui ont résisté à tant de séductions : l'un est M. Daussy, de la section de navigation ; l'autre, de la section de physique générale, est M. le baron Charles Cagniard de Latour, père de la *Syrène ;* — moderne Acheloüs qui, dit-on, a obtenu de Neptune la permission de vivre avec son harmonieuse fille au sein de l'humide empire, et qui, remontant du fond des mers pour venir aux séances, paraît toujours coiffé de fucus et d'algues retombantes.

M. Élie de Beaumont, qui avait bien juste le droit de dire « Messieurs » à ses collègues, a dépouillé la correspondance et mentionné :

L'envoi d'un premier mémoire de M. Daubrée, sur les dépôts formés par les eaux thermales de Plombières, accompagné de trois échantillons de ces dépôts.

— Une lettre de M. Guérin-Menneville, sur le caractère chimique de la maladie qui, dans ce moment, fait tant de ravages sur les vers à soie. Lorsqu'ils sont attaqués de la muscardine, ils donnent une réaction acide et rougissent le papier de tournesol. Maintenant, la réaction est alcaline, et le papier de tournesol est bleui. Il est donc hors de doute que la cause qui les fait périr en si grand nombre est tout autre que le *botrytis bassiana.*

— Une note de M. Gillette, de l'Indre, sur la contagion des maladies chez les animaux domestiques.

— Le catéchisme agricole, rédigé par M. Camille Blanchard, de la Corrèze, et destiné aux enfants et aux jeunes gens qui, dans les campagnes, suivent les cours de l'instruction primaire.

— Une lettre par laquelle M. J. Guérin réclame l'ouverture d'un paquet cacheté, déposé par lui au secrétariat le 23 mars 1846. Ouvert immédiatement par M. Élie de Beaumont, ce paquet contient les conclusions d'un mémoire de l'auteur sur la fièvre puerpérale. Ces conclusions, relatives au retrait physiologique ou à l'inertie morbide de l'utérus après l'accouchement, seront insérées dans les *Comptes-rendus hebdomadaires,* nos lecteurs les connaissent déjà ; elles sont conformes à celles que l'UNION MÉDICALE a publiées dans le procès-verbal de l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine.

— Une lettre de M. Prosper Kœnig, relative à la communication faite, dans la séance du 3 mai, par M. J. Cloquet, au nom de M. Baud, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville. M. Baud annonçait avoir employé avec succès les matières grasses phosphorées (phospholéine) extraites de la moelle allongée des animaux, dans le traitement des affections chroniques des organes respiratoires, dans les maladies scrofuleuses, les diverses débilités organiques et nerveuses, dans la chloro-anémie, dans l'adynamie et l'ataxie fébriles, et en avoir obtenu de bons résultats. Aujourd'hui, M. Prosper Kœnig réclame la priorité de ce traitement pour les affections scrofuleuses. Cette réclamation sera examinée par la commission chargée de se prononcer sur la valeur du travail de M. Baud.

— Une lettre de M. Jean Brunet, faisant suite à son premier travail sur l'organisation générale de la science et intitulée : *Loi générale des organismes.*

La parole a ensuite été donnée à M. Charles Sainte-Claire Deville, qui a lu un fragment d'une lettre à lui adressée par M. Maugé, directeur des sondages du puits artésien foré dans le palais du roi de Naples. Il annonce d'abord que la quantité d'eau qui s'écoule par minute s'est élevée à 1,700 litres par minute : elle n'était que de 1,400 litres à l'époque des dernières nouvelles. M. Maugé annonce encore à M. Deville que le Vésuve est actuellement en éruption et que les Napolitains jouissent d'un superbe spectacle.

— M. Leverrier communique une note de M. Yvon Villarceau sur la troisième comète de 1857. Cette comète a été observée dans la même région que la seconde, et le calcul de son orbite a donné les mêmes éléments. Si donc, on ne les avait observées toutes deux simultanément, on pourrait croire qu'il n'y en avait qu'une. M. Leverrier fait part ensuite à ses collègues de ce résultat, à savoir que c'est à l'Observatoire de Paris que la moyenne des calculs, concernant l'ascension droite et la déclinaison, s'approche le plus de la vérité.

— M. Arthur lit un mémoire sur les erreurs de Laplace, touchant les phénomènes de la capillarité.

M. Bussy présente, au nom de M. Cooper, un travail sur l'acide salicique.

M. Dumas met sous les yeux de l'Académie différents sels de tungstène et de molybdène.

— M. Brierre de Boismont donne lecture d'un travail sur la fréquence de l'aliénation mentale chez les enfants. Sur 1,200 malades soumis à son observation, 42 étaient des enfants atteints d'aliénation à des degrés divers.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'une commission chargée de juger les mémoires relatifs aux arts insalubres. Nous donnerons, samedi prochain, les noms des cinq membres nommés.

Dans notre dernier *Bulletin,* analysant *de auditu* le rapport de M. Serres sur le concours Bréant, nous avons attribué à M. R..., le second mémoire pris en considération par la commission. M. le Rapporteur n'ayant pas nommé l'auteur du premier mémoire, nous avons pu croire qu'il ne voulait désigner celui du deuxième que par une initiale. Nous voyons aujourd'hui, dans les *Comptes-rendus hebdomadaires,* que ce que nous avons pris pour une initiale est un nom — en toutes lettres — M. Ayre ; nous nous empressons de réparer notre erreur. Nos lecteurs avoueront qu'elle était facile, sinon inévitable.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE LA CHORÉE.

Rapport lu à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 6 mars 1858,

Par le docteur T. GALLARD.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 8 juin.)

Lorsqu'il s'occupe du traitement, M. Moynier, pressé sans doute d'aborder l'examen de celui auquel il donne la préférence, passe avec une rapidité qui nous a souvent semblé bien grande sur les divers autres qui ont été mis en pratique. Au lieu de se contenter de les mentionner sim-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Mon cher maître et ami M. Trousseau se doute-t-il qu'une phrase de son dernier discours à l'Académie de médecine a suscité une très vive émotion parmi nos confrères ruraux ? S'il l'ignore, qu'il me permette de le lui apprendre, heureux que je serais, heureux qu'ils seraient tous, nos chers confrères, si cette divulgation provoquait une explication d'ailleurs facile. Certainement, et avant qu'il prenne la parole lui-même, j'ose dire que M. Trousseau, en parlant de « ces médecins de campagne qui n'ont retenu de nos Écoles que la poussière de leurs bancs » n'a pas voulu faire une généralité, mais au contraire une exception, exception qui devient elle-même de plus en plus rare. M. Trousseau voulait prouver que la fièvre puerpérale est rare à la campagne, et cela dans des conditions où son développement paraîtrait le plus à craindre, misère, insalubrité des habitations, manœuvres barbares pendant l'accouchement par quelques médecins, etc. Ainsi rectifiée, la phrase paraît moins dure ; elle trouve malheureusement quelques applications, car il est encore quelques médecins ignorants, personne ne peut le contester. Mais ces médecins ne liront pas la phrase de M. Trousseau, car ils ne lisent ni livres ni journaux. Il n'y a pas longtemps que le hasard m'a mis en présence d'un de ces médecins. Je fus profondément affligé de son insuffisance. A ma question s'il recevait un journal de médecine, il se trouva honteux de me répondre non, et il s'en tira par un petit, mais vilain mensonge : — Je reçois l'*Hygie* de M. Comet, me répondit-il. Or, il y a bien quinze ou dix-huit ans que ce journal a cessé de paraître. Ce brave médecin n'en savait rien, et, ma foi, j'eus pitié de le prendre en flagrant délit de mensonge.

Quoi qu'il en soit, j'ai reçu plusieurs réclamations à l'adresse de M. Trousseau. Je ne lui en communiquerai qu'une, qu'un fragment d'une, d'abord parce qu'elle émane d'un confrère rural que je connais mieux que mes autres correspondants ; que de celui-là j'ai pu apprécier les lumières, le talent et le cœur ; et puis parce qu'elle renferme une petite réflexion dont nos éminents maîtres pourront faire leur profit :

« ..... Avant de terminer cette longue lettre, il faut que je vous fasse un reproche. Mais, j'y songe, ce n'est pas à M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, que ce reproche s'adresse, mais bien au bon docteur Simplice. Comment se fait-il que ce cher docteur, en nous parlant de la discussion pendante à l'Académie, ait laissé passer les paroles si dures de M. Trousseau, à l'endroit des pauvres médecins de campagne, sans les relever et sans en faire ressortir toute l'injustice. Je crois que cela nuit un peu à sa perspicacité ordinaire. Je m'étonne que l'ami Benoît, à qui je vous prie d'offrir mes civilités, ne les lui ait point signalées. Peut-être était-il à Tartas ? Pour sûr qu'à son retour il ne manquera pas d'en parler à son ami, le nôtre à tous.

» N'est-ce pas, mon bien cher, que ce sont-là de bien cruelles paroles que celles qui sont sorties de la bouche de M. Trousseau ? A qui ce professeur peut-il s'en prendre si les élèves qui suivent l'École, dont il est une des lumières, ne récoltent sur ses bancs que de la poussière ? N'est-ce pas là la critique la plus virulente que l'on puisse faire d'une École, et de ceux qui la dirigent, que de prétendre que ceux qui s'asseyent sur ses bancs, ne font autre chose qu'y user leurs culottes ? Peut-être, au fait, ce brillant professeur a-t-il voulu dire, qu'en effet, à l'École, on n'apprenait rien ? Peut-être, en cela, a-t-il-eu un peu raison ? Mais il n'a pas pu prétendre que tous ceux à qui il a conféré le bonnet doctoral, et qui sont allés à la campagne, ne savaient rien : il aurait encouru une trop grande responsabilité. Il pourrait se faire cependant qu'il eût eu en partie raison : mais si les élèves ne font que recueillir de la poussière sur les bancs de l'École, il est bien sûr que sur les bancs de l'École pratique et des Cliniques libres, ils trouvent autre chose.....

» Il faut pourtant bien convenir que M. Trousseau est un rude jouteur, et qu'à part ces maudites paroles, ou plutôt cette mauvaise plaisanterie, son discours est le plus beau, sinon le meilleur, de ceux entendus à l'Académie, dans cette interminable discussion. »

J'espère que ce dernier alinéa tempérera pour M. Trousseau la rurale franchise — la bonne franchise de cette lettre, dont, au demeurant, et pour qu'il sache à qui répondre, je tiens l'original à sa disposition.

Mais, qu'elle est pleine de gros et solide bon sens cette réflexion de mon honoré correspondant : S'il y a des médecins ignorants, à qui la faute ? Je ne veux ni l'étendre, ni la creuser cette réflexion ; je craindrais d'être trop loin mené par elle. La presse — j'entends la presse indépendante — a de grandes faiblesses à se reprocher à l'endroit des corps enseignants en général, et de la Faculté de médecine de Paris en particulier. L'état actuel de cette institution qui nous est chère, comme nous est cher le souvenir de notre mère et de notre nourrice, appelle l'attention sérieuse des amis de notre science et de notre profession. M. le docteur Simplice, dont j'ai eu l'honneur de faire la connaissance, m'a promis de détacher pour nos lecteurs quelques feuillets de son journal, dans lesquels il a consigné ses notes sur la Faculté, prises pendant les deux derniers semestres. J'attends avec impatience l'accomplissement de cette promesse.

Autre sujet de méditations. Que de fois n'avons-nous pas ici appelé l'attention de nos confrères sur leur intervention dans les Sociétés de secours mutuels et sur le rôle qu'ils sont appelés à y jouer ! Cette question devient de plus en plus grave, pour le corps médical ; l'Association s'étend non seulement dans toutes les classes d'artisans, mais encore chez le cultivateur et le paysan, de sorte qu'on peut prévoir un avenir prochain où, dans certaines localités, toute la population à peu près fera partie des Sociétés de secours. Cette institution admirable au point de vue général et dont humainement nous devons nous réjouir, devient cependant tous les jours une cause de perturbation profonde pour la profession médicale. Quelques esprits en sont si effrayés, qu'ils se sont demandé si le médecin avait le droit de refuser son concours aux Sociétés de secours, question qu'ils ont résolue par l'affirmative, ce qui les a conduits à donner aux médecins le conseil de le refuser Conseil insensé, je ne crains pas de le dire. Si peu que ce refus eût une tendance à se généraliser, le gouvernement qui sagement protége l'extension des Société de secours, trouverait bientôt soit dans l'arsenal de nos lois, soit dans une loi nouvelle, les moyens de contraindre les médecins à donner leur concours à ces institutions. Et alors deviendrait bien

plement, peut-être eût-il mieux valu qu'il cherchât à apprécier la valeur de chacun d'eux, non pas par des faits personnels, puisqu'il n'en possédait pas un nombre suffisant pour cela, mais à l'aide des propres faits rapportés par chacun des partisans de ces diverses médications. En agissant ainsi, il serait, sans doute, parvenu à rendre compte des ressources variées que chacune des méthodes de traitement peut offrir au praticien. Mais au lieu de cela M. Moynier ne fait les honneurs de la discussion qu'aux bains froids, et aux narcotiques, parmi lesquels il range le chloroforme, et qu'il regarde comme de puissants auxiliaires. Pour les autres il se contente d'une sèche énumération, où il cite simplement pour mémoire, et sur le même pied que les émissions sanguines, les purgatifs, les toniques et les antispasmodiques les plus variés : l'iodure de potassium qui a pourtant été si souvent utile, et l'arsenic qui dans les chorées rebelles peut être fort efficace, comme le prouve une observation récente de M. Aran, qui, après avoir été publiée dans le *Bulletin de thérapeutique*, a été reproduite dans l'UNION MÉDICALE où sa valeur s'est accrue par l'adjonction d'un autre fait dont la relation est due au spirituel rédacteur en chef du journal. Le traitement par la gymnastique et par les bains sulfureux combinés, est réservé pour servir de comparaison avec le traitement par la strychnine institué d'après les principes posés par M. Trousseau ; et en faveur duquel M. Moynier finit par se prononcer. Votre rapporteur doit vous avouer, Messieurs, qu'il est loin de partager à ce sujet la confiance de l'auteur de la thèse ; et l'analyse des faits qu'elle renferme au lieu de diminuer ses préventions, n'a fait qu'accroître sa répugnance à employer un moyen aussi dangereux contre une maladie aussi habituellement bénigne que l'est la chorée. Pour le convertir il eût fallu prouver non seulement la supériorité, mais encore l'innocuité du traitement par la strychnine, et au lieu de cela que trouvons-nous dans la thèse ?... Comme durée moyenne du traitement un bénéfice de deux jours seulement pour les filles, et de treize jours pour les garçons ; et, à coté de cela, un fait (observ. 27) dans lequel en dépit de l'éloquent plaidoyer de notre collègue, le strychnine ne parvient pas à se disculper complétement à nos yeux de la mort du sujet survenue si rapidement et d'une façon si insolite pendant son emploi. Comment en effet ne redouterait-on pas de semblables accidents avec une substance aussi vénéneuse et dont les effets s'accumulent si facilement, quand on est obligé d'en pousser les doses jusqu'au point d'obtenir des roideurs tétaniques, symptômes qui indiquent déjà un commencement d'intoxication ? Nous nous étonnons d'une seule chose, c'est qu'on n'ait pas eu plus de malheurs à déplorer. Ces craintes, nous le savons, ne devraient pas nous retenir s'il s'agissait d'une maladie grave, habituellement mortelle, et si le traitement, tout en pouvant offrir des dangers, était d'une efficacité incontestable ; mais bien loin de là, la chorée guérit ordinairement même sans traitement après une durée moyenne de 69 jours, et sur 158 cas rassemblés par M. Sée, on ne compte que 9 morts.

Si dans les tableaux présentés par M. Moynier il paraît y avoir un faible avantage comme durée moyenne en faveur de la stychnine, cet avantage si peu important qu'il soit nous a semblé plus apparent que réel. Pour l'apprécier à sa juste valeur j'ai dû pénétrer dans l'analyse de ces tableaux plus loin que ne l'avait fait l'auteur lui-même, et j'ai reconnu que pour les filles la durée moyenne a été à peu près la même pour les deux traitements, 33 à 35 jours. Quant aux garçons, s'il y a une différence plus grande, les bains sulfureux et la gymnastique combinés ayant donné une durée moyenne de 87 jours, tandis que la strychnine en a donné une de 74 jours seulement, il faut tenir compte de certains faits exceptionnels qui sont venus aggraver le premier de ces chiffres. On sait en effet qu'en statistique médicale une grande chance d'erreur existe, c'est la possibilité de voir les moyennes faussées par l'existence d'un ou deux chiffres exceptionnels exagérés en plus ou en moins qui suffisent, surtout lorsque les nombres sur lesquels on opère sont peu considérables, pour faire varier les moyennes dans des limites assez étendues. Ainsi pour ces garçons traités par les bains sulfureux, nous trouvons que sur 27 il y en a 16 ou plus de la moitié, 59 p. 100, chez lesquels la maladie s'est prolongée de beaucoup au delà du terme normal, puisqu'elle a dépassé 80 jours, et qu'elle est allée jusqu'à 197 jours. Il y a là une de ces séries complétement exceptionnelles dont je parlais tout à l'heure, et elle est d'autant plus fâcheuse qu'elle se trouve unie à un nombre excessivement restreint de cas plus réguliers.

Il m'a semblé que, pour opérer d'une façon impartiale dans des circonstances semblables, la première chose à faire devait être d'éliminer tous les faits exceptionnels, et me rappelant que d'après tous les auteurs et quel que fût le traitement employé, la durée moyenne de la chorée n'avait jamais été évaluée au delà de 75 jours, j'ai retranché de mes tableaux comme faits anormaux tous ceux dont la durée a dépassé 80 jours, et alors j'ai trouvé que par les bains sulfureux et la gymnastique la durée moyenne a été de 34 jours pour les filles, 47 pour les garçons. Tandis que par la strychnine elle a été de 33 jours seulement pour les filles, mais de 53 jours pour les garçons. Allant plus loin dans cette analyse qui déjà n'était plus aussi favorable à la strychnine, j'ai divisé chaque série de malades en 4 groupes, le 1er renfermant ceux qui ont été guéris en moins de 30 jours ; le 2e de 30 à 45 ; le 3e de 45 à 80 ; le 4e de 80 et au delà. Le 1er et le 2e groupe pouvant représenter les cas qui ont été plus ou moins favorablement influencés par le traitement, le 3e ceux qui ont suivi leur cours sans être influencés par la médication, le 4e les cas qui se sont prolongés d'une façon tout à fait anormale. Et j'ai trouvé pour chacun de ces groupes les proportions suivantes :

Guéris en moins de 30 jours :		
Bains sulfureux et gymn.	Filles, 38 p. 100.	— Garçons, 11 p. 100.
Strychnine.	Filles, 44 p. 100.	— Garçons, *néant*.
Guéris en moins de 45 jours :		
Bains sulfureux et gymn.	Filles, 76 p. 100.	— Garçons, 15 p. 100.
Strychnine.	Filles, 73 p. 100.	— Garçons, 27 p. 100.

Je ne pousserai pas plus loin ces calculs qui plutôt favorables aux bains sulfureux et à la gymnastique qu'à la strychnine, me paraissent tous démontrer une seule chose, à savoir que le traitement, quel qu'il soit, influe d'une manière fort problématique sur la chorée, et par conséquent, il faut préférer le plus innocent, celui dont l'emploi expose le moins aux accidents. C'est dire que nous ne donnons pas la préférence à la strychnine. Je dois cependant ajouter que M. Moynier après avoir pris connaissance de cette partie de mon rapport, m'a dit avoir déjà, et de lui-même, éliminé de ses calculs deux cas dans lesquels la durée a été extrême (plusieurs années) malgré l'emploi des bains sulfureux et de la gymnastique. Et que, suivant lui, la durée moyenne de la chorée abandonnée à elle-même est plus longue que ne l'ont indiqué les auteurs. Que d'une autre part la strychnine n'a pas besoin pour guérir d'être employée à doses assez fortes pour produire des roideurs, comme le prouve l'observation 35, et alors ce médicament pourrait être administré avec beaucoup plus de sécurité que nous ne le pensons.

J'aurais voulu pouvoir apprécier de la même manière le traitement par le chloroforme qui a été préconisé par un autre de nos collègues d'internat, M. Géry (1). Mais je craindrais d'abuser trop longtemps de votre attention, il me suffira de vous dire qu'il a donné des résultats encore moins certains que la strychnine. Quant au mode de traitement par le tartre stibié à haute dose plus récemment exposé par M. Bonfils (2), d'après des observations recueillies dans le service de M. Gillette, il se recommande déjà par des succès tels qu'il doit attirer l'attention, et puisque la société possède dans son sein le médecin qui l'a mis en pratique avec tant de bonheur, j'espère que cet honorable collègue tiendra à vous mettre lui-même au courant de ses expériences sur ce sujet intéressant.

Si les inhalations de chloroforme ne constituent pas un bon moyen de traitement général de la chorée, nous croyons, d'après les faits rapportés par M. Géry, qu'elles peuvent être souvent utiles pour calmer momentanément cette agitation extrême qui si souvent épuise les malades, et a pu être considérée comme la vraie cause de la mort dans les cas de chorée sans complications, terminés d'une manière funeste. En calmant momentanément cette agitation extrême, on peut donner à d'autres narcotiques, dont l'effet est moins prompt mais plus durable, le temps d'agir efficacement et aider ainsi singulièrement à la guérison. Aussi approuvons-nous hautement la division établie par M. Moynier à propos du traitement qui doit être d'abord, et avant tout, palliatif dans les cas extrêmes, puis chercher à devenir curatif dans les cas de chorée ordinaire. Et, sauf les réserves que nous avons déjà faites pour la strychnine, nous suivrions volontiers les prescriptions tracées par notre confrère lorsqu'après s'être demandé : En résumé quelle conduite convient-il de tenir en présence de la chorée ? Il répond : « Si elle est excessivement grave, » si l'enfant a de la fièvre, du délire, s'il ne peut rester un instant sans » agitation, alors il faut le placer de façon qu'il ne puisse se blesser » contre les meubles, qu'il ne puisse tomber. La boîte matelassée de » tous côtés, et que M. Trousseau a fait établir, prévient tous ces accidents. Mais l'enfant a du délire, de la fièvre, point de sommeil ; alors » on donne l'opium à haute dose, ou plus exactement à doses capables » de produire le sommeil. On obtient ainsi quelques heures de repos, » on recommence de façon à faire durer cet état de calme pendant quelques jours ; alors les accidents redoutables sont passés, et on commence » l'emploi de la strychnine ; puis quand il ne reste plus qu'un peu d'agitation, de maladresse des mains, alors on peut compléter le traitement » par la gymnastique. Est-il besoin d'ajouter que certains symptômes, que les complications doivent être traités par des moyens spéciaux. »

La maladie dont il s'occupait, une fois décrite avec tout le soin dont j'ai cherché à vous donner de nombreuses preuves dans cette rapide analyse, M. Moynier aurait pu croire son œuvre terminée. Après avoir compulsé toutes les publications faites sur le sujet dont il traitait, les avoir longuement méditées, avoir soumis à l'épreuve de l'analyse et de l'examen des faits chacune des propositions principales contenues dans ces travaux divers ; après avoir cherché à éclairer mutuellement l'une par l'autre, l'étiologie, la symptomatologie, la marche de la maladie, le tout dans le but d'arriver à établir la thérapeutique sur des bases sûres et rationnelles, un esprit moins investigateur se serait arrêté. Mais une lacune restait à combler, l'anatomie pathologique interrogée avec le plus grand soin n'avait pu répondre à cette question : qu'est-ce que la chorée ? Question ardue, délicate, que l'on craint d'aborder, et que M. Moynier s'est posée hardiment. Évitant de se laisser entraîner à des considérations d'un ordre trop élevé et au milieu desquelles il lui eût été si facile de s'égarer, il est parvenu, je crois, à caractériser très simplement et très nettement cette affection quand il dit : « Les mouvements de la chorée » ne sont pas des convulsions ni toniques, ni cloniques, mais *désharmoniques* ; il semble qu'il y ait deux forces antagonistes, la volonté qui » veut diriger et coordonner, et la maladie qui apporte les perturbations » les plus grandes. » Et plus loin : « La chorée tient à la grande famille » des névroses, elle touche de très près à l'hystérie et à l'épilepsie, et » souvent ces affections se transforment l'une dans l'autre ou se transmettent par hérédité. »

Mais est-il aussi heureux quand, entraîné vers une localisation que lui-même vient de déclarer impossible, il met : « Le point de départ de » la chorée dans un état morbide de la moelle épinière, état consistant » dans un affaiblissement de la faculté reflexe de ce centre nerveux. » ? Malgré les raisonnements habilement présentés et fort séduisants qui semblent militer en faveur de cette proposition, elle est et ne peut être qu'une hypothèse, et vous savez, Messieurs, quelle antipathie votre rapporteur professe pour toutes les hypothèses, si ingénieuses qu'elles soient, tant qu'elles ne sont pas passées à l'état de faits rigoureusement démontrés. Cependant il ne peut s'empêcher d'applaudir à l'effort tenté par M. Moynier, et il le félicite même encore une fois en terminant de ce que dans la description d'une maladie qui par ses bizarreries eût pu si facilement donner cours à la verve et aux écarts de l'imagination, il ait eu le bon esprit de s'en tenir à l'observation rigoureuse des faits, et de conserver, vis-à-vis des doctrines dont il a eu à aborder la discussion, une réserve parfois exagérée, mais toujours louable et prudente.

(*Voir plus loin la discussion sur ce rapport.*)

(1) *Du traitement de la chorée par le chloroforme.* (Thèses de Paris, 1855.)
(2) *De l'emploi de l'émétique à haute dose, dans une série de chorées*, etc. (Thèses de Paris, 1858.)

---

plus dure la position des médecins ; ce qu'ils font aujourd'hui spontanément et librement, ils devraient le faire contraints et forcés, et de là découleraient de tristes conséquences.

S'ensuit-il qu'il n'y ait rien à faire et qu'il faille attendre en gémissant les bras croisés ? Non, certes, il faut que les médecins agissent par la persuasion et par leur autorité morale, afin de rendre leur position, dans les Sociétés de secours, je ne dirai pas meilleure, il n'en est pas de bonne, mais au moins moins onéreuse. Il faut qu'ils résistent dignement à des exigences déraisonnables et à des prétentions injustes ; il faut enfin qu'ils osent faire ce que vient de faire l'un d'entre eux, à Paris, M. le docteur Dreyfus, médecin de la *Société de secours mutuels de St-Martin-des-Champs*.

Dans la dernière séance annuelle de cette Société, M. Dreyfus, après avoir donné les chiffres et l'état statistique des maladies soignées par les médecins de la Société, s'est cru autorisé à présenter quelques réflexions sur certaines prétentions des membres *visiteurs*, et voici dans quel langage ferme, digne et mesuré cet honorable confrère s'est exprimé :

« Expliquons-nous :

» Nous sommes ici en famille. Quelques considérations présentées sans arrière-pensée n'établiront que mieux ce rapprochement intime qui inspire de l'intérêt au médecin et de la confiance au malade ; réciprocité de sentiments propres à calmer la douleur et à préparer de loin une salutaire réaction de l'organisme contre le mal.

» L'intervention du visiteur, la nature et l'insuffisance des prescriptions ont donné lieu à deux ou trois réclamations qui ont ému la sollicitude aussi vigilante qu'éclairée de notre administration. Faut-il vous dire que l'enquête rigoureuse qu'elle a faite a produit les résultats les plus satisfaisants ?

» Avant tout, l'intervention du visiteur, si une circonstance exceptionnelle la rend nécessaire, doit être toute pacifique, et il doit se garder surtout d'éveiller la susceptibilité si facile et d'ailleurs si excusable du malade.

» Point d'équivoque entre nous : vous aimez la netteté et la franchise, nous serons avec vous nets et francs. Nous vous le déclarons sans réticence, seuls nous sommes juges de l'opportunité de nos visites. Les exigences de la maladie, votre incompétence, le sentiment de notre dignité, en donnent la triple raison. Si, dans certains cas, pour mieux saisir la physionomie d'une phase nouvelle d'une affection chronique, le médecin devra laisser un certain intervalle entre ses visites ; dans d'autres, il faudra un laps de temps suffisant pour permettre à une médication de produire son effet. Dans ces deux situations, que deviendra l'intervention du visiteur.

» Croyez-nous, Messieurs et Mesdames, il est dans votre intérêt de tenir à la qualité plutôt qu'au nombre des visites.

» Un des principaux éléments de l'Association, c'est l'économie ; il est du devoir de vos médecins de ne pas l'oublier. Entre deux médicaments dont les propriétés se balancent, nous devons choisir le moins coûteux, le plus simple, et proscrire une thérapeutique luxueuse, pour ne pas faire peser un impôt ruineux sur la Société. L'opportunité des soins, la simplicité des moyens, sont bien préférables, car ils font la condition fondamentale du succès.

» En dernier lieu, on s'est plaint, disons-le de suite, une seule personne, de l'expectation ou de l'abstention et de l'insuffisance des prescriptions. C'est à vous d'y prendre garde, rien ne saurait justifier la précipitation du médecin dans la pratique de son art.

» Tant qu'il ne voit, dans une maladie quelconque, une indication formelle à remplir, il doit s'abstenir. Quel que soit le sentiment qui le presse de venir au secours du malade, il ne peut, sans manquer à son mandat, devancer les indications positives de la science.

» Le malade impute souvent à négligence ou à ignorance ce qu'il devra regarder comme un effet de la prudence et de la bonne foi.

» Le médecin ne saurait, sans dégrader la science, et sans une faiblesse coupable, céder à des exigences aveugles ; il n'écoutera que la triple voix qui lui crie dans son intelligence, dans sa conscience et dans son cœur, qu'il doit faire tous ses efforts pour se tenir à la hauteur de la mission qu'il est appelé à remplir.

» Le dévouement à l'humanité est un devoir qui ne se prescrit pas, il est écrit en lettres ineffaçables dans la conscience de tous les médecins. Rien ne doit limiter la liberté absolue dont ils ont besoin dans l'exercice de leur profession. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils assument l'entière responsabbilité de leurs actes. Toute pression, en tarissant la source de l'inspiration, sans laquelle l'art est impossible, peut porter une atteinte funeste au dévouement, au zèle qui doivent constamment animer le médecin dans la pratique.

» Nous terminons ici ces quelques considérations, car vous avez déjà compris ; elles vous disent : Mettons-nous tous en sincère communauté de bienveillance, apportons chacun notre pierre à l'édifice, et laissez à vos médecins la double liberté de *vous faire du bien et de bien faire.* »

Dans le compte-rendu de cette séance je lis avec bonheur :

« L'assemblée écoute ce rapport et ces conseils avec bienveillance, et » en témoigne toute sa satisfaction à MM. les docteurs. »

Je prie tous les amis de l'Association médicale, tous les indifférents même à l'endroit de cette institution, de lire les lignes suivantes que j'emprunte aux *Archives générales de médecine :*

« S'il est un pays dont on attende des exemples de discipline médicale, ce n'est certes pas l'Amérique, avec ses libertés illimitées, ses médecins diplomés sans contrôle et ses femmes *doctoresses*. Il vient pourtant de se passer, à Philadelphie, un fait qui prouve ce que peut, même sans sanction légale, une corporation librement et volontairement constituée.

» L'Hôpital général de Philadelphie est un établissement considérable, qui renferme une nombreuse population et est organisé de manière à fournir à l'enseignement clinique les plus précieux matériaux ; les élèves affluaient, l'enseignement était prospère, quand tout à coup il plut à la commission administrative de congédier les étudiants et de suspendre les les leçons cliniques.

» Cependant, grâce aux réclamations les mieux motivées, on se décida à autoriser de nouveau l'admission des étudiants et à rendre aux professeurs une partie de leurs attributions ; les cours furent repris, mais sous la direction d'un surintendant, médecin lui-même, et chargé d'un contrôle assez mal défini, sur tous les services. Bien que cette nouvelle

HYDROLOGIE.

NOTES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHRONIQUES HABITUELLEMENT TRAITÉES A L'ÉTABLISSEMENT HYDRO-MINÉRAL DE POUGUES;

Par le docteur DE CROZANT, médecin-inspecteur.

DU DIABÈTE SUCRÉ (1).

OBS. III. — *Diabète sucré et congestion du foie périodiques.*

M. de B..., inspecteur des forêts, âgé de 48 ans, né d'un père très sain, très vigoureux, craint que sa mère ne soit morte phthisique. Quant à lui, d'une constitution musculeuse, il s'est toujours parfaitement porté jusqu'à ces dernières années, où il a eu beaucoup à souffrir de rhumatismes fixés pendant longtemps au genou, puis devenus vagues et se faisant sentir tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Depuis deux ans il est moins sujet à ces douleurs, mais il éprouve de temps en temps (à peu près tous les mois) des accès de fièvre mal caractérisés, pendant lesquels le pouls est très fréquent (120-130), sans que la peau soit très chaude. Il éprouve une agitation extrême, sans jamais ressentir de frissons ni de sueurs. Ces accès, pendant lesquels il est très mal à l'aise et qui durent ordinairement de sept à dix heures, le laissent dans une faiblesse extrême durant quelques jours autrefois, maintenant presque continuellement. Ces malaises, qui n'interrompaient pas son service, furent attribués, par lui d'abord, et ensuite par les médecins qu'il a vus, à la fatigue que lui causait son service.

L'année dernière, ces accès furent accompagnés de vertiges, d'abattement, d'une soif très vive et presque continuelle, d'une sécrétion abondante d'urine. Il fut traité alors sans succès par les préparations de quinquina.

Enfin, au mois d'octobre dernier, dans une tournée, il fut plus malade que d'habitude, et me pria, quelques jours après son retour, de me joindre à son médecin habituel, M. Thomas, et je notai l'état suivant :

Habitude extérieure assez bonne, quoique le malade et sa femme trouvent qu'il y a de l'amaigrissement. La face est un peu pâle, les yeux tristes, la conjonctive un peu jaune, caractère qui existe depuis à peu près deux ans. La bouche est sèche, la langue rosée, goût douçâtre, quelquefois amer le matin. L'appétit se soutient, mais les digestions sont lentes, accompagnées de beaucoup de gaz et provoquent des désordres de l'innervation que nous exposerons. Il y a un peu de constipation; le ventre, exploré avec soin, est souple partout; la rate et le foie, que j'examine avec attention, à cause des accidents périodiques, ne présentent rien à noter. L'urine est normale pour la quantité et la qualité; quelques désirs vénériens, pas de pertes séminales; la respiration se fait parfaitement dans les deux poumons. Le malade se plaint de battements assez violents quelquefois, mais les bruits normaux un peu développés, ne sont accompagnés d'aucun bruit anormal.

Malgré cette absence de signes de maladie organique, M. de B... se plaint d'une lassitude extrême dans les membres où il n'éprouve ni fourmillements, ni inquiétudes. Il a continuellement des vertiges qui l'obligent de s'asseoir quand il est debout; il s'abstient de s'asseoir sur des fauteuils à ressorts élastiques, parce que le mouvement du fauteuil lui occasionne des vertiges et une commotion très pénible derrière la tête; il n'ose plus sortir dans la rue, parce que, pour peu qu'elle soit large, il se figure à chaque instant qu'il va tomber. Ces symptômes se rapprochaient de ceux que M. le professeur Trousseau a rapportés aux affections gastriques. Je diagnostiquai une dyspepsie rhumatismale et je prescrivis l'infusion à froid de *quassia amara*, l'eau de Pougues et des frictions sur la peau avec de l'eau ammoniacale. Trois semaines après, le 2 novembre, je fus mandé de nouveau près du malade. Il avait eu, deux jours avant, une très violente crise de fièvre. Je le trouvai très abattu sans être cependant obligé de s'aliter. Les conjonctives étaient beaucoup plus jaunes. J'examinai de nouveau le ventre : il était souple et non douloureux à gauche; la rate n'était pas développée; à droite, le toucher et la percussion étaient douloureux dans tout le côté; matité absolue à la région du foie, qui s'étend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La fosse iliaque droite résonne mal, mais n'est pas mate. Les urines du matin sont assez claires, un peu colorées en jaune et présentent quelques flocons muqueux suspendus dans le liquide. Le malade avait déjeuné le matin avec assez d'appétit et se plaignait surtout d'une lassitude extrême, de faiblesse de la vue.

Je me souvins alors que, l'année précédente, il avait été tourmenté, pendant un moment, par une soif très vive et je pensai à examiner les urines. Traitées par la potasse, elles présentèrent une coloration rouge-brun assez foncée. L'instrument de M. Biot me donna 45 grammes de sucre pour un litre. Une partie de l'urine fut traitée par l'acide nitrique et la chaleur, et il n'y eut aucun dépôt d'albumine. Je fis part à la famille du résultat que j'avais obtenu et je conseillai l'eau de Pougues, un bain salin tous les deux jours et deux paquets de magnésie calcinée de 2 grammes chaque ; pour régime, du pain, de la viande, insister plus sur le régime animal. Huit jours après, on désira avoir l'opinion d'un pharmacien habile de Nevers, sur la présence du sucre dans l'urine. Elle fut négative. Étonné de ce résultat, je l'examine de nouveau par les mêmes procédés ; la potasse et le polarizomètre de M. Biot, et je ne trouve pas de sucre. Je dis au malade de continuer son régime et son traitement dont il se trouvait assez bien. Le foie avait repris ses proportions normales et le malade sembla aller beaucoup mieux jusqu'au 20 novembre. Nouvelle crise, nouvelle congestion du foie. J'examine les urines : elles contiennent 20 grammes de sucre par litre. Je demandai alors au malade d'examiner lui-même son urine tous les matins, en la faisant bouillir avec un peu de potasse. Il nous fut très aisé alors de voir la teinte rouge diminuer peu à peu et disparaître complètement au bout de cinq jours. Nous ordonnons 50 centigrammes de sulfate de quinine tous les jours pendant une semaine, puis tous les deux jours, tout en continuant les autres moyens indiqués. Au milieu de décembre, une nouvelle crise nous permet de faire la même expérience avec des résultats identiques, quoique l'augmentation du volume du foie fût à peine sensible et que la congestion de cet organe ne se trahît que par la teinte ictérique de la conjonctive et celle de l'urine les jours de l'accès. Le régime, du reste, n'a jamais été modifié.

Les moyens employés n'ayant ni éloigné les crises, ni modifié les accidents qui en résultaient, nous avons conseillé l'hydrothérapie à M. de B...

OBS. IV. — M. le comte de B..., habitant la Nièvre, âgé de 60 ans.

M. de B... s'est aperçu seulement depuis trois ans que ses urines étaient sucrées, par des taches blanches que son valet de chambre trouvait de temps en temps sur son pantalon. Il n'avait jamais joui d'une bonne santé, quoique de très robuste constitution; il éprouvait aux changements de temps et surtout au printemps et à l'automne, des malaises qu'il attribuait à un reliquat de fièvres palustres dont il avait été autrefois vigoureusement atteint. De temps à autre, il éprouvait de l'inégalité dans son appétit, de mauvaises digestions, de l'amertume à la bouche, un peu d'ictère, des lassitudes inexplicables, de l'insomnie, des frissons légers, de la tristesse, etc. Ces indispositions n'étaient, du reste, pas assez graves pour l'arrêter dans ses occupations et dans ses plaisirs; il continuait à monter à cheval, à chasser. Ennuyé cependant de ces mal-être, il consulta Marjolin, qui constata une augmentation considérable du foie et lui conseilla plusieurs stations à Vichy; il en fit une et s'en trouva bien, resta deux ans sans recommencer, en fit une seconde dont il se trouva moins bien et eut le tort de ne pas continuer.

Depuis quatre ans, son état a changé, l'appétit est devenu plus fort, surtout pour les fruits, les substances sucrées. La soif a augmenté, les urines sont devenues extrêmement abondantes et le besoin d'uriner très fréquent. A part la faiblesse, qui n'est pas très grande, l'état général est bon. La maigreur est à peine sensible, la coloration de la peau est bonne ; la vue n'a pas baissé; le malade ne se plaint pas de l'atonie des organes génitaux qui préoccupe toujours ceux qui sont atteints de la cachexie diabétique. Cette année seulement, à la suite de chagrins de famille et de plusieurs voyages assez longs, M. de B..., a été successivement atteint de deux anthrax avec suppuration du tissu cellulaire autour du noyau. Depuis, la glycosurie a été reconnue par M. Mialhe, et M. de B... a suivi le régime azoté presque exclusif, a bu de l'eau de Vichy et fait une saison à Vichy l'an passé, sans en obtenir de résultat. Cette année, après avoir fait de nouveau examiner les urines par M. Mialhe, qui constate 80 grammes de sucre par litre, M. de B... vient à Pougues.

Je note à ce moment le développement du foie, qui déborde de 12 centimètres les fausses côtes et qui n'est point douloureux à la pression, l'extrême sécheresse de la peau, malgré l'élévation de la température (10 août), la grande abondance des urines, que M. de B... évalue à trois vases de nuit dans les 24 heures; les urines sont très claires, les selles rares. Pendant toute la saison M. de B... prit un bain tous les jours, but six à sept verres d'eau par jour, suivit un régime mixte; au bout de cinq à six jours, les urines avaient diminué de moitié, la sécheresse des muqueuses et de la peau avait disparu. Ce mieux augmenta jusqu'à la fin de la saison (5 septembre). J'aurais voulu à ce moment commencer l'usage des douches froides sur ce malade qui fut obligé de partir. Les urines ne contenaient plus à ce moment que 30 grammes de sucre au glycomètre de M. Soleil. Un mois après, M. de B... m'écrivait, ainsi qu'à M. Mialhe, que son état continuait à être des plus satisfaisants, et que, depuis longtemps, il n'avait pas joui d'une aussi bonne santé. Il continue le régime mixte, l'usage de l'eau de Pougues de temps en temps et des purgatifs assez souvent renouvelés.

OBS. V. — *Glycosurie. — Dyspepsie hépatique.*

Mme R... G..., âgée de 58 ans, d'un tempérament bilieux, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé, et a passé sans malaise, il y a quinze ans, son époque critique. Au commencement de 1856, elle éprouva une névralgie sus-orbitaire qui amena une chute de la paupière droite. Cette névralgie, qui résista à tous les traitements habituellement employés, céda aux bains de mer. Elle resta pendant trois ou quatre mois parfaitement bien. Au commencement de 1857, elle perdit l'appétit et les forces; elle eut des douleurs de tête s'étendant au cou et au dos; ces douleurs étaient accompagnées de vertiges, surtout à la fin de la digestion. Malgré plusieurs applications de sangsues et les révulsifs, la faiblesse augmenta, elle eut des frémissements musculaires, puis un tremblement qui ne l'a pas quittée; la maigreur augmentait chaque jour. M. le professeur Bouchardat examina les urines et constata la présence du sucre qu'il évalua à 30 grammes par litre. Il conseilla l'usage des eaux de Pougues et des frictions avec une brosse en caoutchouc. M. le professeur Trousseau, qui fut également consulté, approuva ce traitement, et conseilla à Mme R..., en quittant Pougues, de passer une trentaine de jours aux bains de mer. Elle vient à Pougues le 8 juin dans l'état suivant : maigreur extrême, évaluée par elle à quatre ou cinq livres par semaine dans les derniers temps. La peau est jaune, un peu terreuse; les paupières, un peu œdémateuses, sont bien ouvertes; les conjonctives ont une teinte légèrement ictérique; la langue, qui ne présente aucune déviation, est un peu saburrale et sèche; la malade parle bas, difficilement, mais sans aucune espèce de bégaiement; la peau, extrêmement ridée, est sans élasticité; il y a un tremblement général, mais surtout sensible aux mains, et elle y éprouve un sentiment d'engourdissement très pénible, ainsi qu'aux extrémités inférieures; la sensibilité est partout intacte, aussi bien pour la peau que pour les organes des sens; la vue a un peu baissé, mais déjà depuis quelques années. La faiblesse est extrême ; elle ne peut faire que quelques pas et soutenue par quelqu'un. Il n'y a pas de projection du pied en avant; les deux côtés sont aussi faibles l'un que l'autre.

L'appétit est complètement perdu; elle éprouve un dégoût extrême pour les aliments, surtout pour les substances azotées qui lui ont été conseillées. La bouche est un peu amère le matin, la soif modérément vive. Le peu qu'elle prend est très mal et très lentement digéré; pendant ce travail, elle a des flatuosités, de la gène à la région épigastrique, de la pesanteur de tête, de la peine à coordonner les idées. A cet état, qui dure à peu près deux heures, succède un peu de pyrosis et un abattement extrême; la digestion intestinale est également très lente, il y a presque toujours de la constipation et les selles sont peu colorées ; le ventre est souple, le foie n'est point douloureux au toucher, ne déborde pas les fausses-côtes ; rien à la rate ni au cœur, murmure respiratoire régulier, les urines assez abondantes, sont colorées ; traitées

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11, 18, 25 mai et 1er juin.

---

organisation fût défectueuse par plus d'un côté, elle fonctionnait assez régulièrement, lorsque l'administration jugea convenable de nommer à la place de surintendant l'ancien fondateur d'une école particulière de médecine, le docteur Macclintock.

» Ce médecin avait, depuis 1853, abandonné son professorat d'un moment, pour se faire l'inventeur et le débitant d'une foule de remèdes secrets produits sous son nom et libéralement annoncés à la quatrième page de tous les journaux ; l'Association médicale américaine l'avait, dans son congrès de 1856, rayé de la liste de ses membres.

» Il était difficile que le personnel médical et chirurgical acceptât de se soumettre à l'autorité d'un homme ainsi mis au ban de l'opinion; médecins et chirurgiens, tous, à l'exception d'un seul, se démirent de leurs fonctions, et l'école hospitalière fut dissoute de fait. Les Associations médicales de Philadelphie prirent fait et cause pour leurs confrères, elles se réunirent, et, dans une décision fortement motivée, elles approuvèrent solennellement leur conduite.

» Les considérants sur lesquels se fonde cette chambre disciplinaire improvisée ne sont empruntés ni aux articles d'une législation qui fait défaut, ni aux règlements mis en vigueur; ils sont tous puisés du sens moral qui fait la force de l'opinion.

» Les médecins réunis déclarent que les professeurs du grand hôpital ont fait preuve de dignité et de conscience des devoirs imposés à la profession, et qu'ils se sont rendus dignes de l'estime de tout le corps médical; que ce serait un acte honteux, et publiquement flétri d'avance, si quelque membre de la profession acceptait, sous une pareille direction, la place laissée vacante par les démissionnaires; que, de plus, le seul fait de s'associer, à quelque titre que ce soit, à la mesure prise par la commission administrative, motiverait une censure ou la condamnation de l'individu déméritant comme coupable d'infraction à la moralité.

» L'assemblée revient en terminant sur ce principe, qui tend à se propager parmi les médecins honorables de l'Amérique, que la mise en vente et l'annonce de remèdes secrets est formellement interdite à tout membre d'une corporation médicale, attendu que, si le remède n'a d'importance que par le mystère de sa composition, c'est d'une basse et scandaleuse cupidité que de le prôner au détriment du public, et que si, au contraire, il a des vertus utiles, c'est manquer aux devoirs d'une profession libérale que de laisser ignorer sa nature.

» La presse médicale s'est associée à cette sorte d'excommunication, et le *North American Review*, excellente publication éditée à Philadelphie, a reproduit textuellement, avec suffisants commentaires, le texte de la délibération dont nous venons de donner l'analyse. Nous avons reproduit ce fait parce qu'il fait honneur à l'esprit professionnel de nos confrères d'une partie du Nouveau-Monde, et parce qu'il apprendrait, au besoin, que les corporations qui veulent se faire respecter se suffisent à elles-mêmes et n'ont pas besoin qu'on les rende respectables. »

Voilà une partie de ce que peut faire l'Association. C'est avec grande satisfaction que j'ai vu cet article reproduit dans un journal qui, jusqu'ici, ne s'est pas montré très partisan de l'Association générale. Patience et persévérance, c'est ma devise. J'ai trop d'estime pour les lumières et les généreuses intentions de tous mes confrères en journalisme, pour ne pas espérer de les voir tous réunis sous une même bannière.

Et voici que deux nouveaux athlètes nous arrivent, deux nouveaux journaux de départements, *Montpellier médical*, titre heureux et complet qui pouvait dispenser ce nouveau périodique de toute protession de foi; la *Presse médicale de Marseille*, nouvelle tentative et qui sera suivie de succès pour implanter le journalisme médical dans cette grande cité, si riche en toutes choses. J'enrôle sans hésitation nos deux nouveaux collègues parmi les soutiens de l'Association. Pourrait-il en être autrement? Nos confrères de l'Hérault ont adhéré en masse au projet de l'Association générale. De Marseille, tout récemment, nous est arrivée l'adhésion de 51 médecins de cette ville, et des plus considérables. Tant va bien, chers et honorés confrères. Tant est sage et pratique ce vieux dicton de nos pères :

« Tout arrive à point à qui sait attendre. »

Amédée LATOUR.

Un accouchement phénoménal a eu lieu il y a quelques jours à Roubaix. La femme de M. Henri Castelain, épicier de cette ville, a mis au monde, en quelques heures, quatre enfants dont un garçon et trois filles, tous viables, parfaitement conformés et ayant entre eux une grande ressemblance. Mme Castelain avait eu déjà sept enfants en six couches; la dernière de ces couches seule avait été double, et l'un des jumeaux a succombé; les six autres enfants vivent et sont bien portants.

Quant aux quatre dont Mme Castelain vient d'accoucher à une ou deux heures de distance chacun, ils sont morts successivement comme ils étaient nés, mais après avoir vécu plusieurs jours et avoir été baptisés en même temps.

C'était un spectacle aussi touchant qu'inouï que ce quadruple baptême comportant à la fois tout un personnel quadruple de celui que réunit ordinairement cette cérémonie. Les quatre petites créatures ont été présentées ensemble aux dernières prières de l'église. M. le curé de Notre-Dame de Roubaix avait tenu à officier lui-même avec solennité. A l'issue de la cérémonie, les restes des quatre enfants ont été apportés à Lille et présentés à M. Richebé, maire, par M. Castelain, le père, et par M. Carpentier, l'habile accoucheur, pour être déposés au Musée anatomique.

Études sur la Maladie dite Fièvre puerpérale, LETTRES à Monsieur le professeur Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., par J. BÉHIER, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr.
Paris, 1858, aux bureaux de l'*Union Médicale*, 56, faubourg Montmartre.

Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides, par P.-F. SÉMANAS, D.-M. P., médecin à Lyon. Un vol. in-8°. — Prix : 4 fr. 50 c.
Lyon, Savy, libraire. — Paris, J.-B. Baillière et fils, libraires.

De l'alimentation et du régime, par Jacques MOLESCHOTT, traduit de l'allemand sur la 3e édition, par Ferdinand FLOCON, et revu par l'auteur. Grand in-18 de XVI-287 pages. — Prix : 3 fr.
Victor Masson, libraire.

Leçons sur le chancre, professées par le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi, suivies de Notes et Pièces justificatives, etc. Un vol. in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.
Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, et aux bureaux de l'*Union Médicale*.

par la potasse et portées à l'ébullition, elles prennent une teinte rouge orangé.

Pendant la première huitaine, elle boit trois à quatre verres d'eau et prend chaque jour un bain d'eau minérale à 27° R. La constipation est combattue par quelques pilules d'aloès, le régime est mixte; je recommande seulement à la malade de préférer les légumes aqueux aux légumes féculents qu'elle digère mal. A la fin de la huitaine, il y avait du côté des voies digestives une amélioration sensible; les urines sont légèrement colorées par la potasse. Les forces ne reviennent pas. J'augmente la quantité d'eau en boisson et je remplace les bains tièdes par des douches froides en pluie, que je continuai jusqu'à la fin du traitement. L'amélioration fut très rapide, les forces reparurent, et au bout de quatre semaines la malade ne conservait plus qu'un peu de tremblement; l'appétit était excellent, les urines ne présentaient plus aucune trace de sucre; la malade quitta Pougues pour se rendre aux bains de mer.

CONCLUSIONS.

1° La glycosurie n'est point une espèce morbide définie et dépendant d'une diathèse acide.

2° Elle est le symptôme de différents troubles des organes de la digestion et le plus habituellement d'une maladie du foie.

3° Si quelquefois la maladie de cet organe peut amener une hypersécrétion de glycose qu'on retrouve dans tous les liquides de l'économie, le plus souvent elle produit un obstacle au passage de la glycose provenant des aliments amylacés, qui est reprise alors par la circulation abdominale supplémentaire et passe par les reins.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

(EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.)

Séance du 6 mars 1858. — Présidence de M. HILLAIRET.

La correspondance comprend une lettre de Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique, par laquelle il alloue à la Société une somme de 300 francs. — Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre.

M. GALLARD lit un rapport sur un travail de M. Moynier, candidat au titre de membre résidant. (Voir plus haut, article : *Pathologie.*)

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Moynier est nommé à l'unanimité membre résidant de la Société.

M. BRIERRE DE BOISMONT : J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt le rapport de M. Gallard, et je n'ai que des remercîments et des félicitations à adresser à notre rapporteur. Un mot seulement au sujet de la nouvelle méthode de traitement appliquée à la chorée par notre collègue, M. Gillette, je veux parler de la médication par le tartre stibié. Il y a quelque temps, M. Pidoux m'adressa un enfant de 14 ans, maigre, chétif, adonné à la masturbation, et atteint d'une chorée des plus intenses. Le désordre dans les mouvements était tel, que je fus obligé de le placer dans une chambre matelassée, afin d'éviter toute espèce d'accident. Le lendemain, nous décidâmes, sur l'avis de M. Pidoux, de le soumettre à l'usage du tartre stibié, à la dose croissante de 30 à 60 centigrammes par jour. Dès le premier jour, le désordre dans les mouvements avait notablement diminué, et c'est à peine s'il y avait eu quelque trouble du côté de l'estomac. Au deuxième jour, la tolérance était complète et le mieux continuait, et au cinquième, la guérisou était à peu près complète.

M. GILLETTE : Les succès obtenus par la méthode dont vient de parler M. Brierre de Boismont ont été consignés dans la thèse de M. Bonfils. Depuis la pnblication de ce travail, plusieurs faits nouveaux de guérison se sont produits, et actuellement le tartre stibié m'a donné, dans le traitement de la chorée, 37 guérisons et un seul insuccès sur 38 malades soumis à mon observation.

On avait déjà employé avant moi, à l'hôpital des Enfants, la médication stibiée dans le traitement de la chorée, mais on se proposait un but tout différent : on n'employait l'émétique que comme agent perturbateur; moi, je l'emploie comme médicament, et, à ce titre, je recherche au plus tôt la tolérance.

La chorée ne disparaît pas brusquement comme dans l'exemple cité par M. Brierre de Boismont; elle disparaît progressivement, et d'autant mieux que l'affection est plus intense.

La méthode perturbatrice peut amener des accidents et faire empirer le mal, comme j'en ai vu dernièrement un exemple; aussi je mets tous mes soins à faire supporter le médicament. Mais, du reste, le tartre stibié est facilement supporté par l'estomac, et les adjuvants, indiqués déjà par Laënnec, tels que les opiacés, me paraissent complétement inutiles.

Voici, du reste, la manière dont je conduis le traitement :

Le premier jour, je prescris 10 centigrammes de tartre stibié, que le malade doit prendre d'heure en heure. Il survient généralement des vomissements dans la journée; s'ils deviennent trop fréquents, j'espace davantage l'administration des cuillerées, ou je suspends le trateiment.

Le deuxième jour, je prescris 25 centigrammes : c'est à peine s'il survient encore quelques vomissements.

Le troisième jour, 30 centigrammes : il n'y a plus alors généralement ni vomissement, ni garde-robes. Après cette période, un temps d'arrêt de trois ou quatre jours. Il y a déjà un changement notable, une amélioration dans la maladie, et exceptionnellement il y a guérison.

Je reprends ensuite une seconde période de trois jours, pendant lesquels je prescris progressivement 25, 50, 75 centigrammes de tartre stibié. Cette période est également suivie de trois ou quatre jours de repos, après lesquels on porte la dose du médicament à 0,30, 0,60 et 1,90. J'obtiens alors un mieux tel, qu'il n'y a plus de mouvements désordonnés; c'est alors que j'ai recours aux moyens ordinaires pour consolider la guérison, et notamment à la gymnastique et aux bains sulfureux. Mais c'est une précaution dictée plutôt par l'habitude que par la nécessité.

M. HERPIN : Le traitement institué par M. Gillette me paraît constituer un grand progrès, et mérite la plus sérieuse attention.

M. le rapporteur a établi avec grande raison un rapprochement entre la chorée et les autres névroses, à la tête desquelles se trouve l'épilepsie. La cachet de la parenté se révèle à chaque pas aux yeux de l'observateur. Je m'étonne qu'on n'ait pas établi de distinction entre la chorée subaiguë et la chorée congéniale ou symptomatique d'une affection cérébrale. Ces dernières, en effet, sont incurables. Les maladies aiguës suspendent la marche de la chorée : elles suspendent aussi, à l'exception toutefois de la coqueluche, la marche de l'épilepsie, mais il y a cette différence entre la chorée et l'épilepsie, c'est que si la première est parfois guérie par cette circonstance, l'épilepsie reparaît après la disparition de la maladie intercurrente, quand encore elle n'en est point aggravée.

La grossesse tantôt suspend les attaques d'épilepsie, tantôt n'exerce aucune action sur elles. Quand la grossesse doit produire quelqu'effet, elle agit immédiatement après la conception.

J'ai expérimenté les bains froids dans la chorée et je les ai toujours trouvés nuisibles.

Je n'ai pas entendu signaler les ferrugineux comme moyens de traitement, et pourtant j'en ai obtenu de très bons effets, surtout chez les jeunes filles et les sujets qui ont dépassé l'âge de la puberté.

M. FOURNET : M. le rapporteur, et après lui M. Herpin, ont parlé de l'influence des maladies aiguës sur les névroses. En envisageant cette question d'un point de vue philosophique, il n'y a rien qui doive nous étonner dans cette influence. La fièvre est un mouvement qui se passe dans la vie de nutrition, la chorée est un trouble de la vie de relation : les rapports qui existent entre ces deux grandes fonctions doivent se reproduire dans leurs troubles, dans leurs maladies. Mais, à moins que les mouvements choréiques ne soient très légers, il faut que la fièvre soit intense pour que cette sorte d'antagonisme physiologique se manifeste. Et la preuve encore que la fièvre n'agit point en vertu d'une action occulte, mais bien à cause du trouble qu'elle provoque dans la vie de nutrition, c'est que la grossesse, cet état physiologique de la vie de la femme, état toujours apyrétique, mais qui amène un trouble profond dans la vie de nutrition, la grossesse, dis-je, a sur le cours des névroses la même action que la fièvre. Voulez-vous encore une preuve de ce que j'avance? M. Herpin l'a produite devant vous. La coqueluche, a-t-il dit, n'a pas la même action que les autres maladies générales sur le cours des névroses. Pourquoi? La logique nous l'apprend. Parce que la coqueluche est une maladie non accompagnée d'altérations organiques, de troubles dans la vie de nutrition, parce qu'elle est ainsi étroitement liée à la grande classe des névroses.

CHIRURGIE.

LIGATURE EXTEMPORANÉE; — INSTRUMENTS DESTINÉS A SON EXÉCUTION;

Par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

M. Maissonneuve a présenté, dans la dernière séance de l'Académie, une série d'instruments constricteurs, construits sur le modèle du serre-nœud de Græfe, et gradués de manière à remplir toutes les indications relatives à la ligature extemporanée, depuis la ligature des plus minces polypes de l'oreille jusqu'à l'amputation de la cuisse.

Ces instruments, sortis des ateliers de M. Charrière, sont au nombre de trois :

Le premier, ou serre-nœud de trousse, qui pourrait à la rigueur suffire à la plupart des applications usuelles de la ligature extemporanée, convient principalement à l'amputation des polypes du nez et de l'oreille, à l'amputation de la luette, à l'extirpation des hémorrhoïdes, à l'opération de la fistule à l'anus, à l'extirpation des tumeurs pédiculées de tout genre, et, en général, à toutes les opérations qui n'exigent pas une constriction très puissante.

C'est donc un instrument précieux qui mérite à tous égards de faire désormais partie de la trousse du chirurgien.

Sa structure est celle du serre-nœud de Græfe, avec cette différence seulement que son anneau terminal est aplati au lieu d'être rond; pour lien constricteur, il est muni d'un simple fil de fer d'un millimètre de diamètre.

Le n° 2, ou constricteur proprement dit, est construit sur le même modèle que le précédent, mais avec des dimensions doubles.

Sa longueur est de 0,30 centimètres. Le diamètre de sa vis est de 0,006 millimètres 1/2; son anneau terminal, long de 0,02 centimètres, a 0,004 millimètres de large. L'un des bords de cet anneau est arrondi ct un peu déprimé, l'autre un peu plus saillant et plus acéré. Enfin, pour manivelle, il est muni d'un volant à trois branches représentant un rayon de 0,04 centimètres et roulant librement sur la vis.

Pour ligature, on peut à volonté se servir d'une forte ficelle de 0,003 à 0,004 millimètres de diamètre, ou d'une corde en fil de fer de même volume. La première convient dans les cas où l'on désire surtout une ligature très flexible, susceptible d'être conduite à travers les tissus, au moyen d'une aiguille, comme pour l'amputation de la langue, pour l'extirpation du rectum.... L'autre, un peu plus rigide et pouvant former des anses qui se soutiennent, tout en se pliant facilement aux formes diverses qu'on veut leur imprimer, convient merveilleusement pour l'extirpation des polypes fibreux du pharynx, pour ceux de l'utérus, pour l'amputation de la verge et autres opérations analogues.

Enfin, le n° 3, ou grand constricteur, est exclusivement réservé pour l'amputation des membres. Construit sur le même plan que les précédents, il n'en diffère guère que par le volume : sa longueur totale est de 4 décimètres, son anneau terminal offre une ouverture de 3 centimètres de long et de 1 centimètre de large. Son corps est muni d'un manche mobile en forme de poignée; la manivelle de la vis consiste en un levier long de 2 décimètres.

Pour ligature, on y adapte une corde en fil de fer, composée de dix à douze brins, et d'un volume total de 8 millimètres.

A l'aide de ce puissant constricteur, on peut sans difficulté pratiquer l'amputation du membre le plus volumineux; c'est celui dont M. Maisonneuve s'est servi pour les six amputations de jambe et d'avant-bras dont il a communiqué récemment les observations à l'Académie des sciences.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 70. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 15 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 JUIN 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dans le cours de la discussion sur la fièvre puerpérale, il a été bien souvent question, à l'Académie de médecine, de la résorption du pus et de ses effets sur l'économie. L'introduction du pus dans le torrent circulatoire est-elle nuisible ; est-elle inoffensive ? Qui a raison de Gaspard ou de MM. Castelnau et Ducrest ? Cette résorption est-elle possible en dehors des conditions spéciales créées par les expérimentateurs ? Est-il nécessaire que le pus soit absorbé en nature, ou bien suffit-il que la partie liquide, dans laquelle nagent ses globules, entre dans la circulation, pour que des effets funestes soient produits, ou bien encore, les globules se désagrègent-ils et sont-ils résorbés à l'état de solution ? Toutes ces questions, agitées devant l'Académie de médecine, s'éclaireront par l'étude attentive de la physiologie pathologique. — A ce titre, une des dernières séances de la Société de chirurgie nous a paru offrir un grand intérêt : il s'agissait *de la guérison des abcès par résorption*.

M. Chassaignac lit un mémoire sur ce sujet, et, après avoir insisté sur la grande rareté des cas où l'on est porté à croire que les abcès disparaissent par résorption, il se demande si les tumeurs qui guérissent ainsi sans ouverture sont réellement des abcès. Il pense que personne n'en a fourni la preuve. Des collections de liquides non purulents, ou de lymphe plastique pure et simple, peuvent présenter de la fluctuation et être prises pour des abcès. C'est ainsi que M. Chassaignac se rend compte des cas où des collections fluctuantes entrent en résolution. On objecte que certaines collections qui finissent par s'ouvrir et par verser du pus à l'extérieur, ont présenté dans leur volume des oscillations plus ou moins considérables ; mais ces diminutions passagères sont dues à la résorption du sérum, et non à la résorption des globules. Les globules, d'ailleurs, étant des corps solides, ne peuvent pas être absorbés. Suivant M. Chassaignac, si la résorption du pus était possible, le chirurgien devrait faire tous ses efforts pour s'y opposer, puisque l'introduction du pus dans le sang produit les accidents formidables de l'infection purulente. Ces accidents ne s'étant pas montrés dans les cas où l'on a pu croire qu'un abcès s'était résorbé, M. Chassaignac en conclut que les collections n'étaient pas purulentes.

M. Richard pense que l'opinion de M. Chassaignac repose sur une idée préconçue entièrement fausse. Les particules solides, en effet, ne sont pas inabsorbables ; elles se liquéfient préalablement, et sont ensuite emportées par la circulation. Ce phénomène se produit incessamment dans le travail de la nutrition. La résolution des tumeurs solides, celle des foyers sanguins, s'effectuent par un mécanisme analogue. Il n'y a donc pas de raison pour que les foyers purulents ne puissent pas se résorber aussi.

L'expérience confirme cette donnée théorique. Il n'est pas rare de voir guérir sans ouverture les petits abcès tubéreux de l'aisselle et de l'aréole mammaire, chez des personnes qui ont eu à la même époque, et dans la même région, des abcès bien caractérisés, dont le contenu purulent a été évacué à l'extérieur. M. Richard a vu ainsi sur lui-même de petits abcès tubéreux de l'aisselle disparaître par voie de résorption.

Dans certaines maladies, dans le farcin chronique, par exemple, on voit souvent des abcès gros comme des œufs de pigeon se résoudre entièrement en moins de vingt-quatre heures. Les gommes syphilitiques ramollies, qui ne sont pas de véritables collections purulentes, mais qui ont beaucoup d'analogie avec les abcès, se dissipent très souvent à la faveur d'un traitement interne par l'iodure de potassium. Il n'est pas très rare de voir, à la suite d'une ponction, des abcès chauds ou froids guérir par réunion immédiate. Il est certain cependant que la ponction n'a pas évacué tous les globules de pus ; il faut donc que les globules non évacués aient été résorbés. Enfin, les cas d'abcès par congestion, guéris sans ouverture, sont parfaitement authentiques et ne sont même pas fort rares. Les observations rapportées dans le travail de M. Bouvier ne laissent à cet égard aucun doute.

M. Huguier repousse entièrement l'opinion de M. Chassaignac. Il n'est personne qui n'ait vu des abcès disparaître spontanément. Cela n'est pas rare dans les bubons inguinaux. Cette heureuse terminaison, toutefois, n'est pas assez fréquente pour que les chirurgiens doivent chercher systématiquement à éviter l'ouverture des abcès, parce que, en vue d'une éventualité douteuse, on s'exposerait à divers accidents qu'il vaut mieux éviter en évacuant le pus. M. Chassaignac objecte que, lorsqu'un abcès se résorbe, on n'a pas la preuve matérielle que ce soit un abcès purulent. Sans doute, le pus n'est pas, comme les corps métalliques, susceptible d'être retrouvé dans les excrétions par l'analyse chimique ; mais le diagnostic des abcès est suffisamment positif dans beaucoup de cas, pour qu'on soit en droit d'admettre l'existence du pus aussi certainement que si on l'avait vu.

M. Verneuil a traité, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui présentait quatre abcès de l'aisselle. Deux de ces abcès furent ouverts, ils renfermaient du pus. La malade, fort pusillanime, refusa de laisser ouvrir les deux autres, qui fluctuaient aussi manifestement que les premiers, et qui se résorbèrent spontanément. Les épanchements purulents des séreuses et des articulations se dissipent fréquemment sous l'influence des vésicatoires volants. La résorption des globules de pus ne peut donc pas être mise en doute. M. Verneuil ajoute, d'ailleurs, que l'exemple des gommes syphilitiques invoqué par M. Richard n'est pas concluant, attendu que ces gommes renferment des corpuscules qui n'ont avec le pus aucune ressemblance.

M. Morel-Lavallée est en mesure de fournir la preuve matérielle que demande M. Chassaignac. Il a eu l'occasion de traiter, à la Charité, une série d'hygromas aigus. Plusieurs de ces tumeurs ayant guéri sans ouverture, par l'application de vésicatoires volants, M. Morel-Lavallée voulut s'assurer que c'était bien du pus qui disparaissait ainsi par résorption.

Il fit donc sur un nouveau malade, atteint d'hygroma aigu prérotulien, une ponction exploratrice ; il retira seulement quelques gouttes d'un liquide opaque, dont la nature purulente fut constatée par l'analyse chimique. Il laissa le reste de la collection dans le foyer, et fit appliquer des vésicatoires volants. La guérison fut ainsi obtenue sans nouvelle ouverture. La résolution fut complète ; les parties revinrent tout à fait à l'état normal. Il ne resta aucune induration, aucun engorgement ; on n'avait donc pas la ressource de dire que les globules avaient échappé à la résorption et avaient persisté à l'état de masse solide.

M. Chassaignac répond à M. Richard qu'il a été conduit à son opinion par l'observation et non par la théorie. Il a d'abord constaté que les abcès bien caractérisés ne se résorbaient pas ; il a cherché l'explication de ce fait, et c'est alors seulement qu'il a eu recours à des arguments physiologiques. Quoique la résorption des abcès soit mentionnée par beaucoup d'auteurs, les observations en sont très rares, et elles ne sont pas accompagnées de preuves suffisantes. La fluctuation et les autres symptômes que l'on a constatés ne sont pas des preuves rigoureuses. Chez un ma-

---

Feuilleton.

NOTICE SUR M. LE DOCTEUR VIDECOQ,

Médecin du Bureau de bienfaisance du XI[e] arrondissement ;

Par le docteur DEQUEVAUVILLER [1].

Dès que la mort vient d'arracher à la science un de ces hommes illustres que l'importance de leurs travaux ou l'éclat de leur renommée signale à l'attention publique, on s'empresse à l'envi de recueillir ses titres de gloire, de rappeler et de vanter les services qu'il a rendus ; et le but qu'on se propose avec raison est non seulement de payer une dette sacrée imposée par la reconnaissance, mais aussi d'exciter une noble émulation parmi ceux qui lui survivent. Cependant une vie brillante semble le protéger contre l'oubli ; on pourrait croire superflu de prendre soin de sa mémoire. Mais quand disparaît un de ces hommes modestes qui consacrent sans bruit toutes les forces de leur intelligence au soulagement de leurs semblables, quand il s'agit d'un médecin qui a voué toute une vie de labeur aux utiles mais obscures fonctions de la pratique, le souvenir du bien accompli disparaît trop souvent en même temps que le bienfaiteur. Le devoir de la reconnaissance est cependant d'autant plus impérieux alors, l'éloge d'autant plus nécessaire, que les services rendus ont été moins éclatants.

C'est ce que vous avez parfaitement compris, Messieurs, lorsque vous avez décidé qu'on vous entretiendrait quelques instants de l'excellent confrère que nous venons de perdre ; vous avez jugé que, retracer l'emploi qu'il avait fait de sa vie, rappeler le zèle et l'abnégation qu'il avait mis à remplir les pénibles devoirs de sa profession, serait faire une chose utile pour vous qui, suivant la même carrière, trouverez dans ce tableau des motifs de consolation et de persévérance, pour vos jeunes confrères, qui y verront un bon exemple à suivre, pour quelques-uns même de ceux qu'il a secourus, qui y puiseront de salutaires sentiments de reconnaissance.

Pierre-Augustin Videcoq naquit à Paris le 13 août 1806, de parents qui étaient venus s'y fixer, après avoir acquis une honnête aisance en consacrant leur jeunesse aux travaux de l'agriculture. Doué d'une constitution faible et délicate, Videcoq eut besoin, dès son enfance, de toute la sollicitude maternelle ; et lorsque vint l'époque de lui faire commencer ses études, son père, craignant pour lui le régime sévère du collége, aima mieux le placer dans une pension où la discipline fût plus douce et les soins hygiéniques plus abondants ; il le fit donc entrer dans l'institution Savouret. Mais si cet arrangement fut favorable à la santé du jeune homme, il le fut moins à ses progrès littéraires ; et lorsque Videcoq, parvenu en troisième, déclara qu'il voulait être médecin, son père, sentant alors l'insuffisance des moyens d'instruction mis jusqu'alors à la disposition de son fils, le prit avec lui et lui fit achever ses études comme externe libre au collége Charlemagne, qui était déjà l'un des plus forts de Paris. Videcoq y termina sa philosophie en 1825, fut reçu bachelier ès-lettres le 19 octobre de la même année, et alla, quelques jours après, s'inscrire à la Faculté de médecine.

Les deux diplômes de bachelier étaient alors exigés des étudiants en médecine, mais celui de bachelier ès-lettres était seul nécessaire pour l'admission à l'École. Les études des deux premières années à la Faculté étaient d'ailleurs aussi bien une préparation au baccalauréat ès-sciences qu'au doctorat en médecine ; le tout était de s'y livrer sérieusement. Les principes religieux et le sentiment du devoir que Videcoq avaient puisés dès son enfance au sein de sa famille qu'il avait à peine quittée, le préservèrent de l'entraînement auquel s'abandonnent tant de jeunes gens au début de la carrière, et son temps fut si bien employé, qu'il fut reçu bachelier ès-sciences le 11 mars 1828, et externe des hôpitaux au concours suivant. Il fut placé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, et travailla avec tant d'ardeur, que, reçu externe dans un rang inférieur, il conquérait, deux ans après, la sixième place au concours de l'internat. Il resta dans le même service ; Dupuytren avait trouvé dans son élève assez de zèle pour lui confier, dès sa première année, l'une de ces places si briguées par les internes plus avancés dans la carrière. Ce fut encore à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Guéneau de Mussy, que Videcoq passa sa seconde année d'internat. Le règlement le forçait, après deux ans d'exercice, de quitter cet hôpital devenu pour lui presqu'une patrie. Il entra donc à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Jadioux, où il fit ses deux dernières années.

Au sortir de l'internat, Videcoq s'occupa de passer ses derniers examens et de rédiger sa thèse, qu'il soutint le 25 mars 1835, sous la présidence de Chomel. Le sujet qu'il avait choisi avait alors un grand intérêt ; il s'agissait de juger l'emploi des purgatifs dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les principes de la médecine physiologique, fortement ébranlés par les revers du choléra, luttaient cependant encore avec énergie contre les attaques dont ils étaient l'objet. Broussais était là pour les défendre par sa parole puissante ; M. Bouillaud venait de publier de superbes résultats obtenus par les émissions sanguines dans les fièvres graves. Videcoq, élève de Dupuytren, avait adopté ces principes ; il avait étudié toute une année le traitement basé sur des principes contraires avec cet esprit de méthode et de conscience qui le caractérisaient ; il ne pouvait accepter sans défiance et sans faire violence à ses opinions les résultats heureux qu'il enregistrait ; ce qu'il y avait de favorable à la méthode dans ses conclusions n'en acquérait que plus de poids. Les antiphlogistiques doivent surtout réussir sur des sujets jeunes et robustes, tels que la généralité des militaires, sur lesquels Broussais fit ses brillantes recherches, conditions toutes spéciales qui ont peut-être exercé une notable influence sur ses convictions et ont contribué à les rendre plus absolues. Videcoq a opéré sur une population analogue ; il a soin de noter que toutes ses observations ont été prises dans une vaste salle d'hommes, sur de jeunes ouvriers, tous, excepté deux, récemment arrivés à Paris ; les résultats de son travail en sont plus concluants lorsqu'ils se trouvent en désaccord avec les principes de Broussais. Je vous demanderai donc la permission de m'arrêter quelques instants sur ce mémoire remarquable.

Le titre, un peu long, caractérise parfaitement l'époque : *Observations et réflexions sur l'emploi des purgatifs dans les maladies connues aujourd'hui sous les noms de gastro-entérites, d'entérites folliculeuses, de fièvres typhoïdes*, etc.

L'auteur commence ainsi : « Il est démontré aujourd'hui que, sous les noms de fièvres continues graves, inflammatoires, muqueuses, bilieuses, putrides, etc., on a désigné le plus souvent les différentes formes et les différents degrés d'une même maladie, dont le caractère

---

(1) Lue le 31 mai 1858, à la Société médicale du XI[e] arrondissement, qui en a voté l'impression.

lade atteint d'angioleucite, M. Chassaignac a ouvert deux collections tout à fait semblables entre elles, et qu'il croyait purulentes toutes deux. Dans l'une, il a trouvé du pus, dans l'autre, seulement de la lymphe plastique. Il a vu également des bubons inguinaux qu'il a ouverts, et d'où il n'a retiré que de la lymphe plastique. Les cas cités par M. Huguier rentraient peut-être dans cette catégorie. D'ailleurs, il ne faut pas croire que tous les abcès inguinaux qui ont guéri par les vésicatoires soient réellement résorbés. Lorsqu'on applique des vésicatoires au sublimé corrosif, on produit fréquemment sur la peau amincie de petits trous capillaires presque invisibles, à travers lesquels le pus s'écoule, et on confond aisément cet écoulement avec la suppuration du vésicatoire. M. Chassaignac ajoute que, parmi les faits qui lui ont été opposés, il n'y en a qu'un seul qui ait une valeur démonstrative; c'est celui de M. Morel-Lavallée; mais ce fait est unique jusqu'ici, et M. Chassaignac, avant de renoncer à son opinion, attendra qu'on lui en cite un plus grand nombre.

M. Broca voudrait savoir ce que M. Chassaignac désigne sous le nom de collection de lymphe plastique. Si ce sont les amas de matière jaunâtre, concrète, à demi-solide, qu'on trouve au centre des ganglions inguinaux dans les bubons commençants, M. Broca s'est assuré que cette substance, qui effectivement est susceptible de se résorber, renferme une énorme quantité de globules de pus. Il craint donc que la distinction établie par M. Chassaignac entre les collections de pus et les collections de lymphe plastique ne soit tout à fait illusoire.

M. Cullerier affirme que, depuis qu'il traite les bubons par la méthode de M. Sirus Pirondi, c'est-à-dire par les vésicatoires suivis d'applications de teinture d'iode, il obtient la résorption du pus et la guérison sans ouverture dans les neuf dixièmes des cas. Le vésicatoire ne réussit pas constamment, mais même dans les cas où il paraît avoir échoué, il exerce quelquefois une influence manifeste sur la résorption des globules de pus; en effet, lorsqu'on vient à ouvrir la collection, on en retire non pas du pus ordinaire, mais un pus modifié, et renfermant une très grande quantité de sérosité.

M. Chassaignac se sent ébranlé par les faits nombreux de M. Cullerier. Il est donc disposé à admettre que des collections purulentes inguinales peuvent se résorber, mais il maintient que cette heureuse terminaison ne s'observe pas dans les autres régions. Il y a peut-être là quelque condition particulière, comme dans le cas d'onyx et d'hypopion. Il est bien certain, en effet, que le pus de la chambre antérieure de l'œil peut se résorber, puisqu'on le voit diminuer chaque jour et disparaître entièrement; mais c'est peut-être parce que l'humeur aqueuse a la propriété de dissoudre à la longue les globules purulents.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur Pidoux,

médecin de l'hôpital Lariboisière.

LIX

J'ai étudié la fièvre puerpérale en elle-même; j'ai essayé d'en comprendre le procédé, me tenant également éloigné du vague des essentialistes et de la précision mécanique de leurs adversaires. Il me reste à envisager cette maladie ou plutôt ce groupe d'affections communes et diverses, cette petite nosologie, dans ses rapports avec les autres espèces du règne médical. En quoi diffèrent entre elles les maladies puerpérales aiguës? Qu'ont-elles de commun et de différent; et quoi de commun et de différent présente cette pyrétologie toute à part, avec les fièvres et les phlegmasies qui composent la pyrétologie générale? Ici se dressent devant moi les problèmes ardus de la spécificité et de la contagion; et enfin, la question des questions, le grand problème de médecine sociale, principe et fin de cette longue discussion : quel est l'avenir de la fièvre puerpérale? ce fléau est-il inéludable? la civilisation moderne est-elle désarmée devant lui? qui des deux reculera? et s'il est au pouvoir de l'homme de l'atténuer et de le civiliser; s'il est une des affections sur lesquelles le génie bienfaisant et réparateur du Christianisme puisse exercer le plus d'influence, quelle est la mesure d'espoir que ce résultat peut donner à l'humanité de voir s'atténuer graduellement les autres maladies? Questions dignes de la seconde moitié du XIXe siècle, que lui seul a pu poser, et à qui il suffit d'être posées une fois avec amour, pour être résolues un jour dans le sens du bien et l'intérêt du peuple.

LX

Je le sens : les esprits sont rebattus de fièvre puerpérale; de péritonite et de phlébite; de résorption purulente et d'abcès disséminés. Il est une chose surtout qui a contribué plus encore que la monotonie des faits et des détails à produire la lassitude et l'ennui, c'est la monotonie des idées. Quoi! depuis quarante ans, pas un progrès. Nous sommes ballottés entre la péritonite et la phlébite sans en pouvoir sortir! Je me trompe : la fièvre puerpérale essentielle nous est revenue pour protester contre les inflammations accidentelles de la médecine physiologique et les résorptions purulentes; mais la masse s'éloigne de ces systèmes; elle voudrait des uns une généralisation plus organisée et plus précise; des autres une localisation plus évoluée et moins mécanique; des uns et des autres quelque chose qui répondît aux instincts de vitalisme organique que chacun sent confusément en soi, et que la science ne représente pas encore. Qu'arrive-t-il alors? C'est que, ne trouvant pas cet idéal, on s'endort dans l'éclectisme. Au lieu de s'en tenir à un système absurde, on en combine deux ensemble; on voudrait composer la vérité médicale d'une erreur géminée, le solidisme et l'humorisme. On commence donc par admettre des phlegmasies qui ont l'air de tomber des nues. D'où elles viennent, on n'en sait rien, à moins que ce ne soit d'une PLAIE SPONTANÉE. Mais cela importe peu. Ce qu'on veut, ce n'est pas la maladie, mais les produits de cette maladie locale sans cause. Impossible de faire sans eux de la pathogénie. Une fois qu'on les tient, on n'a plus besoin de rien pour créer la maladie générale. Celle-ci se forme, à ce qu'il paraît, suivant d'autres lois que la maladie locale. Sortis spontanément de vaisseaux sains, ces produits morbides y rentrent mécaniquement et vont semer partout des phlegmasies et des suppurations semblables à celles dont ils sont nés sans cause et on ne sait comment. Il n'y a que la première inflammation qui coûte, la première suppuration qu'on n'explique pas. Pour les autres, rien n'est plus facile : elles procèdent de celle qui ne procède de rien, qui est, et qui se suffit... Et quand les symptômes d'infection générale se développent en même temps que les affections locales, quelquefois avant elles ou sans proportion avec elles, eh bien, c'est la maladie locale sans cause générale interne, qui produit ses effets avant d'exister, tant elle est intense et étendue! Voilà ce qu'on ressasse sans pitié depuis trois mois à un public qui le savait par cœur avant la discussion, et qui en a la nausée.

On conçoit qu'une pareille théorie n'ait pas besoin d'être longuement travaillée dans le cabinet, c'est-à-dire avec l'esprit. C'est de la pathologie d'amphithéâtre. On suit les causes et les rapports de l'œil et du doigt comme une opération de drainage. Emportant la maladie tous les matins chez soi dans un bocal, on l'examine à loisir, et il n'y a plus qu'à la décrire sans hypothèse. Où donc est le mystère? Du pus formé dans un vaisseau peut-il n'y pas circuler et ne pas infecter le sang? A quoi bon s'alambiquer l'esprit pour distiller les choses, quand elles sont simples, etc....?

LXI

Il faut être bien simple, en effet, pour ne pas sentir que l'opinion publique est dégoûtée de ces explications du pus par le pus. Le vulgaire croit d'instinct, que c'est le pus de son cautère ou les râclures de *sa médecine* qui sont fixés sur sa poitrine et qui l'incommodent. Que serait-ce s'il savait un peu d'anatomie descriptive; s'il connaissait surtout la mécanique de la circulation? Il s'élèverait aussitôt aux principes clairs et démontrés de ses perceptions physiologiques confuses; le temps des hypothèses serait passé, sa science serait virile, et on pourrait le défier de faire jamais entrer dans son esprit un autre ordre d'idées.

L'opinion publique, dont le malaise et les vagues aspirations devancent toujours le progrès, n'est pas aussi bonne femme que cela. L'humorisme — qui est l'anatomisme du jour — ne lui suffit plus. Elle ne sait pas bien ce qu'elle veut, mais certainement elle ne veut plus qu'on prenne les produits d'une maladie, les humeurs, pour les principes mêmes de cette maladie. La suppuration d'une veine n'est pas pour elle une cause, mais un effet, un principe, mais un produit. Elle honore les convictions qui protègent la retraite de cette opinion perdue, mais elle ne leur demande plus rien. Il n'y a qu'une voix : pas une idée en trois mois, pas même un fait! Elle n'appelle pas un fait cinq cents faits usés dont on n'a pu extraire qu'une erreur fatiguée.... D'ailleurs, elle sait à merveille qu'on ne se refait pas, et que quand une énormité comme l'anatomisme médical a pu entrer dans un esprit, elle ne peut plus en sortir.

Si je garde encore un instant la plume dans cette question de la fièvre puerpérale, c'est donc, que ce sujet est pour moi une occasion bien plus qu'un but. Ce que je voudrais pouvoir semer dans ce sillon, c'est un peu de pathologie générale. Qu'on me permette de compléter quelques idées que les élèves ne trouveraient ni dans les chaires ni dans les livres.

LXII

Je le déclare d'abord : Il n'y a pas une fièvre puerpérale primitive comme il y a une fièvre continue grave ou typhoïde, une fièvre variolеuse, morbilleuse, même une fièvre muqueuse et une fièvre catarrhale. La fièvre puerpérale primitive est moins une, moins identique à elle-même, elle est moins soi que ces diverses pyrexies. C'est, de toutes les fièvres, celle qui a la détermination pathologique la plus vague et la moins circonscrite. Il est difficile de dire où elle commence et où elle finit. Ce qu'il y a de positif, c'est un état morbide puerpéral aigu (on sait ce que j'entends par maladie aiguë), duquel naissent, suivant les circonstances, endémiques ou épidémiques, des phlegmasies et des fièvres dont la délimitation exacte est presque impossible. On appelle, on doit même continuer à appeler du nom de fièvres puerpérales, une série très nuancée

---

anatomique le plus constant est une inflammation aiguë des cryptes muqueux isolés et agminés de la partie inférieure de l'intestin iléum et des ganglions mésentériques correspondants..... Il existe aussi des cas rares de fièvres graves dans lesquels l'investigation cadavérique n'a pas fait découvrir cette lésion des follicules;.... il est vrai que l'on rencontre alors le plus souvent, si ce n'est même constamment, quelque lésion grave d'un autre organe..... » Et à l'appui de cette assertion, il donne l'observation remarquable d'un malade qu'il avait cru pendant tout le cours du traitement atteint d'entérite folliculeuse, et qui, à l'autopsie, ne présenta dans l'intestin que quelques rougeurs insignifiantes, tandis que l'un des reins était transformé en une poche purulente de la grosseur des deux poings. « Rien n'avait fait soupçonner pendant la vie cette grave altération. » Il passe ensuite à l'examen de cette distinction qui tenait alors une grande place dans la science, de l'entérite villeuse et de l'entérite folliculeuse; « j'ai vu, dit-il, ces maladies passer graduellement des cas légers aux cas graves par des degrés tellement insensibles qu'il est maintes occasions où il m'a paru impossible de dire, sans se trouver exposé à être démenti par un autre observateur; cette maladie est une entérite villeuse, ou bien, c'est une entérite folliculeuse. » Puis il examine les diverses vicissitudes par lesquelles a passé la méthode de traitement par les purgatifs, rappelle qu'elle est, au moment où il écrit, en honneur en Angleterre sous le nom d'Hamilton, que M. Bretonneau a cherché à la réhabiliter en France en limitant son emploi à la période d'ulcération, et qu'on est arrivé enfin à l'appliquer dans tous les cas, dès l'origine du mal, se proposant non plus de déblayer l'intestin, mais d'augmenter la quantité du liquide qu'il sécrète et d'éliminer par cette voie la cause même de la maladie.

Ces préliminaires établis, il passe à la discussion des faits qu'il a recueillis, et les divise en trois séries d'après la gravité des symptômes; il place 13 malades dans la première, 17 dans la seconde, et 18 dans la troisième.

Les malades de la première série ont tous guéri; la durée moyenne de la maladie a été de seize jours; « ils ont guéri, ajoute Videcoq, sans accidents notables, presque sans coliques; les selles, loin de devenir incoërcibles, se sont spontanément arrêtées, peu de temps après la cessation du remède; la sécheresse de la langue a été momentanément augmentée lorsqu'elle existait déjà ou lorsqu'elle avait une tendance marquée à s'établir, mais s'est promptement dissipée pendant l'emploi des purgatifs. Sur les 17 malades de la deuxième série, 16 ont guéri; chez 5, l'amélioration a été rapide et la durée de la maladie de quinze à vingt-deux jours; chez 11, l'affection a continuée sa marche, a même semblé s'exaspérer d'abord, et la durée a été de vingt-et-un à trente-quatre jours; le 17e a succombé le trente-huitième jour, mais l'autopsie a permis de constater une altération grave des deux poumons, sur la nature de laquelle l'auteur ne se prononce pas, « parce qu'on ne voyait nulle part, dit-il, des tubercules reconnaissables à leur aspect ordinaire, » mais qui, d'après la description minutieuse qu'il en donne, paraît avoir été une infiltration tuberculeuse, d'autant plus qu'il existait, au sommet du poumon, « une cavité pleine de putrilage, de la grosseur d'une noix. »

Enfin, sur les 18 malades composant la troisième série, 6 ont guéri; la durée moyenne de la maladie a été de 27 jours un quart; sur les 12 qui ont succombé, 3 sont arrivés tellement malades, qu'il a été impossible de rien conclure de leur observation; ils ont succombé dans les trois jours de leur entrée; les 9 autres donnent une durée moyenne de vingt jours. En retranchant du nombre total 48 ces trois malades qui n'ont pu être traités et celui qui a succombé à une affection des reins, l'auteur trouve que la proportion des décès aux malades a été de 1 sur 4,4, et met ces nombres en regard de ceux de 1 décès sur 1,92 obtenus par M. Chomel, et de 1 décès sur 7,13 obtenus par M. Bouillaud.

Il termine par les réflexions suivantes :

« Si, dans le plus grand nombre des cas de fièvres légères, des laxatifs employés chaque jour sont suivis d'une prompte guérison, dans un degré plus élevé de la maladie, bien que l'on puisse voir encore des guérisons rapides, le nombre des cas où elle continue sa marche et où elle semble s'exaspérer est plus considérable.... Si les purgatifs peuvent être employés avec sécurité dans beaucoup de ces maladies, ils ne sauraient l'être dans toutes les formes ni toutes les périodes avec la même énergie, la même persévérance, ils ne sauraient surtout l'être journellement.... On aurait pu croire de prime abord, d'après ce que l'on sait de l'influence souvent heureuse des purgatifs dans les inflammations cérébrales idiopathiques, que c'eût été lorsque les désordres cérébraux prédominaient et qu'ils survenaient de bonne heure, que le traitement se serait montré utile, l'une de mes observations seulement a confirmé ces prévisions, mais plusieurs autres faits sont venus bientôt établir le contraire..... Les cas les moins favorables ou mieux les plus contraires à l'administration des purgatifs sont ceux où la maladie s'accompagne d'excitation considérable, d'un mouvement fébrile intense, parce que ces symptômes sont liés à une inflammation plus vive et plus étendue de la muqueuse. » L'auteur reconnaît aux purgatifs l'avantage d'entraîner les matières nuisibles qui séjournent dans l'intestin et d'en empêcher la résorption, mais craint qu'en accélérant le mouvement péristaltique ils ne favorisent les perforations; il reconnaît pourtant que, bien que les malades traités par les évacuants se multiplient tous les jours, il n'a pas encore eu connaissance d'un seul cas de perforation pendant leur emploi.

Reçu docteur, Videcoq vint occuper, rue de La Harpe, n° 52, un petit appartement convenable pour un débutant, et s'y installa en attendant la clientèle. Il avait tout ce qu'il fallait pour réussir : une instruction solide, acquise à la grande école des hôpitaux, une régularité de conduite qui avait été toujours dans ses habitudes, et devait lui concilier rapidement l'estime générale, enfin des relations étendues dans la classe élevée de l'arrondissement. Mais vous savez que, même dans les circonstances les plus favorables, la clientèle se fait toujours attendre, et laisse au jeune médecin de longs loisirs. Il les utilisa en prenant part à la rédaction du *Dictionnaire des études médicales pratiques*, et devint ainsi le collaborateur de jeunes professeurs déjà connus dans la science, et de plusieurs de ses anciens collègues qui allaient bientôt y prendre un rang distingué. Les quatre volumes de cet ouvrage, qui seuls aient été publiés, contiennent quatorze articles de notre confrère; quelques-uns d'entre eux, parmi lesquels je citerai calculs, cancer et coryza, sont réellement remarquables; ils donnent un résumé exact de la science à cette époque, et se recommandent par la méthode et la concision; il est vraiment regrettable qu'ils soient pour ainsi dire perdus dans un ouvrage qui n'a pas été terminé.

(La fin à un prochain numéro.)

Études sur la Maladie dite Fièvre puerpérale, Lettres à Monsieur le professeur Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., par J. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr. Paris, 1858, aux bureaux de l'*Union Médicale*, 56, faubourg Montmartre.

d'affections aiguës, qui, chez la femme en couches, sont dans un mouvement continuel d'oscillation entre le type des fièvres et le type des phlegmasies.

Que de maladies aiguës *incertae sedis*, assises sur la limite des fièvres et des phlegmasies, qu'on ne sait auxquelles attribuer, parce qu'elles sont dans ce flottement perpétuel, aujourd'hui fièvres, demain phlegmasies! L'érysipèle de la face est-il des unes ou des autres? Quand les angines règnent épidémiquement avec quelque gravité, elles réunissent les caractères des deux genres; quelquefois même, ceux des pyrexies dominent. Où placera-t-on l'érythème noueux? l'oreillon? J'ai vu des dysenteries — épidémiques surtout — qu'un bon nosologue eût été fort empêché de classer suivant les principes de l'École. Il sera publié bientôt dans ce journal par un jeune médecin distingué, M. le docteur Silvestre, mon élève interne de 1857, la relation d'une de ces épidémies observée l'automne dernier dans mon service à l'hôpital Lariboisière, et où bien des cas présentaient la physionomie d'une fièvre grave autant au moins que celle d'une phlegmasie.

LXIII

Et le rhumatisme articulaire aigu, qu'en feront nos nosologies méthodiques *juntà Sydenhamii mentem et botanicorum ordinem?* J'en appelle aux cliniciens de quelque indépendance : qu'ils disent qui a le plus d'*essentialité* dans cette affection, de la fièvre ou des phlegmasies? Tel sujet a aujourd'hui un rhumatisme aigu qui se comporte comme une phlegmasie, et dans deux ans, une autre attaque qui se comportera comme une pyrexie; enfin, une troisième attaque, où le rhumatisme aigu devrait être banni de la clinique, si la clinique était représentée par nos nosologies. Il sera impossible, en effet, d'accorder la forme de cette troisième attaque avec ce qu'on nous débite sur les fièvres essentielles, et sur les phlegmasies essentielles aussi, sans doute, c'est-à-dire fixes dans leurs moules ou espèces comme des êtres créés, et ne les pouvant dépouiller sans dépouiller en même temps leur essence. Les inflammations séreuses disséminées du rhumatisme articulaire aigu, seraient-elles cause de la fièvre rhumatismale, de cette fièvre angéiotènique si caractéristique que chacun connaît? Mais on l'observe souvent en l'absence de toute inflammation localisée.... En seraient-elles les effets? Mais on les observe souvent en l'absence de toute fièvre.... Quand la nature n'offre pas spontanément de ces analyses à l'observateur, l'art s'en charge. Un individu présente une fièvre et des phlegmasies connexes. On ne sait pas bien leurs rapports. Qui produit les phlegmasies, est-ce la fièvre? la fièvre, sont-ce les phlegmasies? Un médicament va décider. Vous administrez un gramme de sulfate de quinine ou quelques grains de digitale et de calomel, et vous voyez la fièvre tomber, laissant les phlegmasies en place, ou réciproquement. Ces cas ne sont pas rares; et d'ailleurs, je le répète, la maladie opère quelquefois ces dissociations d'elle-même : faits précieux qui indiquent suffisamment le mode d'association des deux ordres de phénomènes, et qu'ils ne sont pas cause les uns des autres au sens où l'entend l'École, puisqu'ils existent séparément. C'est un exemple de ce que j'ai appelé les fébri-phlegmasies. Il condamne les localisateurs et les généralisateurs exclusifs de la fièvre puerpérale, comme ceux du rhumatisme aigu. Quelquefois, ce rhumatisme suppure, et il ressemble alors beaucoup, sous certains rapports, à la fièvre puerpérale. Où est, ici, le pus pris par des vaisseaux, charrié et reproduit partout?

LXIV

Mais je sors des affections aiguës communes : je prends une de nos fièvres spécifiques, la scarlatine. Dans cette pyrexie, la fièvre, l'éruption, quelquefois très intense, et l'angine, font simultanément explosion. Elle n'est donc pas une pyrexie, une fièvre essentielle, car la fièvre n'a jamais existé un instant seule et primitive? Je demande qu'on transfère la scarlatine dans l'ordre des phlegmasies, si c'est possible.... ou dans un ordre mixte.... Quelle pitié que nos nosologies! et quand s'élèvera-t-on à des principes capables de briser les chaînes où elles retiennent la science ridiculement captive! Tant qu'on prendra *ses bases* de classification dans des symptômes et des accidents, il ne faut pas s'attendre à *des bases*, c'est-à-dire à ce point stable qui est l'unité de la maladie, car le symptôme en représente le côté nécessairement variable. La base se doit chercher dans ce qu'il y a de commun à tous les symptômes et à toutes les lésions, non, dès lors, dans un symptôme ou une lésion en particulier, pas même dans leur somme ou leur addition. Le fondement de classification des maladies puerpérales aiguës doit se prendre, par conséquent, dans cet état morbide des femmes en couches tout à la fois général et local, dont j'ai caractérisé si souvent, dans ce travail, la nature et les rapports; et non, dès lors, dans des symptômes, phénomènes variables par leur nombre et l'ordre de leur apparition.

Dans les maladies puerpérales, la fièvre, on le sait, peut précéder, suivre ou accompagner les plegmasies, comme elle le fait dans les affections aiguës où j'ai pris tout à l'heure mes exemples. Il ne faut donc pas y chercher cette unité de la maladie qui peut seule donner une base de classification. Mais, d'un autre côté, l'état puerpéral qui donne à chaque symptôme et à chaque lésion son unité ou ce qu'ils ont de commun avec leurs congénères, cet état n'est pas assez spécifique pour que l'ordre et la marche de la maladie affectent la régularité qu'on leur voit dans nos fièvres exanthématiques. Sur ce fond commun, il faut donc s'attendre à une grande variabilité dans l'ordre d'apparition, le nombre et le siége des accidents.

LXV

Ainsi, mouvement continuel d'oscillation entre le type des fièvres et celui des phlegmasies, d'après des lois sur lesquelles je reviendrai, tel est le fait dominant de la pyrétologie puerpérale. Si on le perd de vue; si on exige ici des espèces limitées et invariables, comme on en compte dans la pyrétologie spécifique, on méconnaît complétement le caractère des affections puerpérales, et on perd une belle cause. Les essentialistes l'ont déjà bien assez compromise. Ils admettent, sans aucun doute, des phlegmasies puerpérales. Pour eux, sans doute, toutes les affections puerpérales aiguës ne sont pas des fièvres. Eh bien, du moment où, dans le cadre de la puerpéralité morbide, ils acceptaient des phlegmasies et des fièvres formant la variété de ce fonds commun ou de cette unité nosologique qu'on appelle l'état puerpéral, n'auraient-ils pas dû comprendre que la fièvre puerpérale n'était et ne pouvait être qu'une espèce instable dans ses formes, et revêtant le type des phlegmasies ou celui des fièvres, suivant que les influences du dehors ou les dispositions individuelles, donnaient aux manifestations générales de la maladie le pas sur ses manifestations locales, et réciproquement? La doctrine de l'essentialité n'est qu'un tour de médecine facile, une grande manière, mais plus occulte que profonde, de secouer les importunes difficultés du sujet. L'essentialité et la spécificité se valent sous ce rapport. Elles sont un retour au passé, qui ne simplifie rien, et qui n'est bon qu'à endormir les questions. Croit-on, de bonne foi, que l'esprit moderne va s'arrêter comme au moyen-âge devant ces espèces de mots sacramentels? N'est-il pas bien temps de sortir de l'ornière du nosologisme que les spécificités et les essentialités éternisent dans l'école? Quand la clinique fait, défait, refait les maladies puerpérales sous nos yeux, comme pour briser les moules inflexibles où nous les enfermons; lorsqu'elle se joue des vains artifices de nos méthodes en transformant à la barbe des scolâtres leurs pyrexies en phlegmasies; lorsqu'elle prend une fièvre éphémère, et la faisant passer par toute l'échelle des puissances morbides, elle l'élève jusqu'au typhus; lorsque, recommençant la même chose pour une phlegmasie puerpérale, elle nous la montre adhésive, suppurante, gangréneuse, sidérante, sans qu'elle cesse d'avoir la même racine pathologique, comme elle nous le fait voir, d'ailleurs, tous les jours pour la fièvre typhoïde ou la dysenterie, aurons-nous donc le courage de respecter nos cadres sans vie et d'afficher encore le culte de l'observation? Observateurs, oui, nous le sommes, habiles et infatigables; mais naturalistes, le point de vue de la pathologie manque à notre observation; l'esprit de la médecine ne la dirige pas, cet esprit diamétralement opposé à celui de l'histoire naturelle.

LXVI

L'histoire naturelle classe des espèces créées dans le but de les multiplier et de les perfectionner. Elle écarte les circonstances nuisibles à leur développement, réunit autour d'elles les influences propices à l'essor de toutes leurs qualités. Si elle les croise, c'est dans ce but réparateur; en un mot, elle civilise des natures sauvages et dégradées, et les met dans les meilleures conditions pour se réhabiliter et déployer ce qu'elles peuvent encore de leurs perfections naturelles.

La médecine a un but tout opposé. Elle n'a point affaire à des espèces créées, mais à des *altérations*, espèces manquées, formées de ce qu'il y a de malsain en nous, et qui, plus qu'*accidents*, sont impuissantes à devenir *êtres*. Tel est, en effet, le caractère inouï et mystérieux de la maladie. Qu'on la considère dans l'individu; qu'on la suive dans l'espèce à travers les temps ou les lieux, c'est un mode d'existence inférieure et parasitique, qui paraît dans un mouvement continuel de l'accident vers l'être, et de l'être vers l'accident, sans se pouvoir jamais ni constituer comme être, ni s'évanouir comme accident. Aussi, quels que soient les principes particuliers sur lesquels se basent les doctrines médicales, on les peut toujours distinguer en deux grandes classes : 1° les systèmes du physiologisme ou de l'accidentalisme, dans lesquels la maladie, considérée comme un accident, une modification extérieure et éventuelle de la santé, sans racine originelle en nous, est étudiée et traitée comme telle; 2° les systèmes du nosologisme, qu'on peut appeler aussi de l'essentialisme ou du spécificisme, qui impliquent que la maladie est un être, une essence ou espèce créée, et qui l'étudient et la traitent comme les espèces des trois règnes de la nature.

C'est de l'une de ces erreurs à l'autre, c'est du physiologisme au nosologisme, que la médecine bascule depuis ses commencements. Elle n'a jamais pris pied sur le terrain intermédiaire; je ne connais aucune doctrine inspirée par la pensée plus haute, et j'ose dire par le grand fait que je ne peux qu'énoncer ici, et qui éloigne également notre science des folles et superficielles prétentions qu'a le physiologisme de prévenir et de détruire toutes les maladies en prévenant et détruisant leurs causes extérieures ou leurs occasions; et des conséquences maudites du nosologisme, dont le principe désolant semble condamner à perpétuité l'homme à des fléaux essentiels.

LXVII

Ni si haut, ni si bas. Le sens commun répugnera toujours à ne voir dans les maladies que des accidents sans racine en nous; ou à y voir des êtres irréductibles à leurs éléments, des espèces naturelles qu'il faut respecter et classer comme des papillons, ou empoisonner à coup de spécifiques comme des punaises.

Les maladies ne sont pas naturelles; elles ne sont ni nécessaires ni essentielles à l'homme. Les espèces des nosologues ne nous sont pas même innées. Leurs aptitudes, leurs éléments, c'est-à-dire les propriétés morbides de l'organisme, sont seuls inséparables de la condition actuelle de l'humanité. Mais si les éléments morbides ou les racines originelles des maladies sont aussi inévitables que notre mortalité, les espèces formées qui en naissent ne le sont pas autant, à beaucoup près. On peut les atténuer indéfiniment, les rendre plus rares, les réduire à leur plus simple expression; et les simplifier, c'est retrancher leurs plus hautes et plus délétères puissances, c'est en supprimer tout ce qui est possible, sans qu'elles cessent d'être, sans qu'elles perdent leur nature. Simplifier une fièvre typhoïde, par exemple, c'est la réduire de sa troisième à sa première puissance, de sa puissance de synoque putride à celle de synoque imputride où elle est ordinairement si bénigne. Pour payer le tribut à ce typhus spontané ou constitutionnel, il n'est pas nécessaire de subir ses formes les plus graves. Eh bien, s'il est une maladie aiguë sur laquelle l'homme puisse exercer une action de ce genre, c'est certainement la fièvre puerpérale. Mais pour saisir les lois de cette réduction et de cette simplification, il faut qu'on sache ce que j'entends par les *diverses puissances* d'une même maladie, et que j'expose les rapports de l'*épidémicité* avec la *sporadicité*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE.

ANALYSE DE L'ENTENDEMENT HUMAIN.

QUELLES SONT SES FACULTÉS? QUEL EN EST LE NOM, QUEL EN EST LE NOMBRE, QUEL EN DOIT ÊTRE L'EMPLOI?

Par le docteur Félix VOISIN, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre.

Beaucoup de personnes sont disposées à croire que les préoccupations ordinaires du public médical sont peu favorables à l'examen des doctrines psychologiques, par la raison que ces questions ne paraissent avoir avec la médecine usuelle et pratique qu'un rapport très éloigné.

Commençons donc par rassurer ceux que le titre de l'ouvrage de M. Voisin pourrait effrayer. Disons-leur que l'*Analyse de l'entendement humain* ne leur prépare pas une lecture aride et abstraite. Un critique bien connu du public médical l'a dit avant moi : « Rien ne ressemble moins à une dissertation métaphysique scolastique. M. Voisin n'est pas idéologue à la manière de Locke ou de Condillac : il ne caractérise psychiquement ni le jugement ni la mémoire, ni l'imagination ni la volonté. Délaissant également les errements de certains philosophes modernes, il ne s'aventure pas non plus dans les futiles distinctions du *moi* et du *non moi*, de l'objectif et du subjectif, de la conception et de la perception; son horizon est plus large, son essor plus élevé (1). »

Quel sera le plan que va suivre l'auteur? L'entendement humain, encore une fois, n'est pas une réunion de forces abstraites qu'il s'agit de définir et de tirer à grand'peine d'un chaos inextricable; ce n'est pas davantage une réunion de forces hypothétiques admises par les uns, rejetées par les autres, éternel aliment pour l'esprit ergoteur, champ de bataille stérile pour les idéologues, représentation incessante du stérile labeur d'Ixion ou des Danaïdes..... Non, ce n'est pas tout cela..... Les facultés dont s'occupe l'auteur sont des forces consenties par tous et dont la généralité des médecins admettent l'intervention, lorsqu'il s'agit d'utiliser, dans l'intérêt de leurs malades, les données que fournit l'étude des influences réciproques du physique et du moral : ce sont, en un mot, les forces ou virtualités, pour me servir d'une expression chère aux psychologues, dont se compose l'être instinctif, moral, affectif, artistique et intellectuel.

Signaler l'origine de ces forces, déterminer leur action, décrire comment, dans leurs combinaisons multiples, fécondes et régénératrices, elles se prêtent un mutuel et puissant secours, comment elles aident l'homme à triompher des obstacles qui s'opposent au libre développement de ses facultés, comment elles lui font éviter les maladies, le crime ou la folie, voilà le but éminemment utile que se propose l'auteur. Son livre est donc, à ce premier point de vue déjà, un cours d'hygiène intellectuel et moral; il le dit lui-même : « Heureux si je puis démontrer ce que j'avais pressenti dès mon entrée dans la carrière médicale, » que la médecine qui apprend l'homme à se servir de ses forces, et qui, » par l'appel qu'elle fait à leur activité, prévient les souffrances physiques ou morales et les maladies ou désordres physiques qu'elles provoquent ou qu'elles entraînent à leur suite, vaut tout autant et plus » que la médecine qui enregistre les infractions faites à la nature et qui » en prévient les fâcheux effets (2). »

Mais le livre de M. Voisin est plus encore qu'un cours d'hygiène morale, c'est un cours de pathogénie des différentes affections nerveuses, si l'on se place au point de vue des innombrables misères physiques, intellectuelles et morales, où l'homme est entraîné par le mauvais emploi qu'il fait de ses facultés. Ceci ressort évidemment de l'analyse succincte de l'ouvrage; cette partie en forme l'économie principale; elle est le pivot sur lequel roulent les appréciations de l'auteur qui, en raison même des problèmes qu'il est forcé d'aborder, est tour à tour médecin, physiologiste, législateur, moraliste, et ne recule devant aucune des données les plus difficiles de l'éducation individuelle et générale; qu'on en juge par le simple exposé qui suit :

L'homme a l'instinct de la génération (3); il suit le précepte : *crescite et multiplicamini;* mais il oublie trop souvent que le mariage est une chose sainte et qu'il n'est fécond dans ses résultats qu'autant que la bassesse des excitations, l'ambition, la luxure ou la cupidité n'ont pas été les conditions du contrat. La crainte des transmissions héréditaires de mauvaise nature s'évanouit, on ne le sait que trop, devant la réalisation des intérêts sordides; on ignore généralement, ou l'on veut ignorer qu'*au physique comme au moral, tout se transmet par voie d'hérédité, les vices de cœur comme les difformités du corps, les bonnes comme les mauvaises qualités*, et que la loi de la double fécondation, dans le

(1) Delasiauve, *Gazette hebdomadaire*, n° du 29 janvier 1858.

(2) Introduction, page 7.

(3) *Amour physique, instinct de la génération*, p. 71.

sens du bien physique et du bien moral, peut seule garantir l'avenir de l'humanité.

L'amour que nous portons à nos enfants entre aussi dans les éléments constitutifs de notre orgrnisation morale (1)..... « *Mais cet amour ne » doit pas être purement instinctif;* notre tâche n'est qu'à moitié » remplie lorsque nous avons sauvé notre progéniture des langueurs, » de la faiblesse ou des maladies de la première enfance. Elle attend » de nous, et nous lui devons la seconde création..... L'homme, comme » animal, est le produit de la nature; comme être intelligent et moral, » il est le produit de la culture..... En un mot, notre premier devoir » est de donner des hommes à la société, et ce n'est que la seconde » éducation, l'éducation morale, qui rend les enfants deux fois fils de » leur mère. »

Nous suivrions plus loin cette analyse, que nous verrions toujours le même mode de procéder, avec ses déductions vives, instantanées, promptes à l'application.... Mais l'étude de l'homme, examinée à ce point de vue, serait néanmoins incomplète, si on la détachait des influences morales du monde extérieur, influences qui modifient si profondément l'homme en soumettant son intelligence aux usages, aux mœurs, aux lois existantes, aux institutions politiques et religieuses. Heureux quand ces lois, ces mœurs, ces institutions, tendent à développer les bons instincts qui sont en lui, à ennoblir ses facultés; malheureux, quand il est obligé de courber la tête sous un joug abrutissant, et qu'il ne trouve plus d'autre bonheur intellectuel que dans la satisfaction des plus vifs et des plus déplorables instincts..... C'est là le commencement de sa décadence, et le signe de la réprobation, imprimé sur son front dès son origine, apparaît alors dans toute sa laideur. « Il se dégrade et devient la honte de son espèce et le fléau de la société, et il encourt la sévérité de la justice divine et humaine. (2) »

On comprend quel thème un pareil sujet offre à un homme de la trempe de M. Voisin, et avec quel amour et quel enthousiasme il en embrasse les généralités aussi bien que les détails; ses convictions sont d'autant plus ardentes, qu'il en déduit des principes admirables dans le sens du perfectionnement de l'individu et de la société.

Mais ici se reproduit l'objection que j'ai déjà signalée; je demande pardon d'y revenir. Sans doute, ces questions sont très belles, très importantes, dira-t-on, mais quel est leur rapport avec la médecine, et n'y a-t-il pas danger pour nous, pour la science, de nous poser en réformateurs de l'espèce humaine, et de faire ressortir, serait-ce même dans l'intérêt de l'hygiène physique et morale, les vices de nos lois, les influences néfastes de nos institutions? D'ailleurs, où existe ce besoin de spécialiser ces études et de leur donner rang dans la science? Nos facultés n'admettent pas cet enseignement, et les palmes académiques n'abritent pas sous leur ombre les hommes qui s'en occupent.

J'admets la vérité de la dernière partie de cette objection; les faits sont malheureusement là pour prouver que les hommes qui vouent leur existence à l'étude de la philosophie de la médecine ne brillent, ni dans le haut enseignement, ni dans les Académies, mais s'ensuit-il que leurs études doivent être indifférentes aux médecins? Et puis, voyez l'inconséquence! On se plaint journellement que la position des médecins est attaquée, que le charlatanisme les déborde, que les notions vulgarisées de l'hygiène portent une infinité d'individus, profondément ignorants, du reste, à se substituer aux médecins, et on ne veut pas admettre qu'une étude qui mettrait en nos mains la clef de voûte de l'édifice moral de la société nous créerait une position inexpugnable et d'où le charlatanisme éhonté ne saurait nous expulser. Mais j'ai tort de substituer mes réflexions à celles de l'auteur; il défend la question mieux que je ne puis le faire.

« Si ce sujet, dit M. Voisin, présente de grandes difficultés, si nous » avons autant de systèmes de philosophie que de soi-disant philosophes, » si la science n'a pas encore dit son dernier mot sur la nature de » l'homme, la faute en est justement aux médecins, qui ont laissé » prendre à des hommes étrangers à l'étude de l'histoire naturelle et » de la physiologie un rôle qui leur appartenait exclusivement..... Quand » on veut écrire sur l'homme et rapporter les phénomènes à leur véri- » table cause, il faut d'abord prendre pour base son organisation, et » apprécier l'influence des milieux au sein desquels il déploie ses vir- » tualités..... L'observation répétée de ses manifestations donne alors » la mesure de ce qu'il est, de ce qu'il peut être, et, par une dernière » conséquence, on peut, de science certaine, lui fournir les lois de son » perfectionnement. »

Fidèle aux préceptes qu'il pose lui-même, M. Voisin nous a fait voir, dès 1834, qu'il n'était pas seulement un homme à idées théoriques, mais qu'il était un homme d'action. Livré à ses propres ressources, il fondait, à l'époque que nous signalons, une institution orthophrénique. Une pareille création ne pouvait être réalisée que par un médecin qui, après avoir bien étudié les influences exercées sur l'intelligence et les sentiments par certaines conditions de l'organisme, par certains vices d'éducation, par l'action des transmissions héréditaires de mauvaise nature, ne désespère pas d'agir assez puissamment sur cet organisme pour qu'il en résulte une meilleure direction imprimée à cette même intelligence, à ces mêmes sentiments, et pour que de malheureux enfants qui, abandonnés à eux-mêmes, seraient devenus des êtres pervers et misérables, puissent encore se rendre utiles à la société (3).

Je termine ce que j'ai à dire sur l'ouvrage de M. Voisin. J'ai cherché à en faire ressortir l'importance théorique et pratique. Si le lecteur me demandait maintenant cette partie critique qui est l'assaisonnement obligé, dit-on, des éloges d'un compte-rendu, j'aimerais mieux la chercher dans les appréciations du public que dans mon propre fonds.

Quelques critiques se sont adressés au style de l'ouvrage, non pas en ce qu'il serait incorrect, mais en ce qu'il ne conserverait pas toujours une allure calmc, pour ne pas dire monotone, que l'on dit convenir aux ouvrages médicaux et didactiques. Mais pour quiconque connaît M. le docteur Voisin, la fermeté de ses convictions, le feu sacré qui l'anime et la manière dont il sait faire partager à ses auditeurs l'enthousiasme qui le transporte quand il s'agit de la grande question qui l'occupe, cette appréciation est plutôt un éloge qu'une critique véritable.

Laissant donc de côté ce qui regarde le style, j'aime mieux répéter avec l'auteur de cet important ouvrage : « Quiconque lira ce livre avec » attention y trouvera, j'en suis sûr, le cachet d'un homme droit et bien » intentionné. »

MOREL,
Médecin en chef de l'asile des aliénés à St-Yon (Seine-Inférieure).

(1) Page 78, § *Amour des enfants.*

(2) Introduction, page 28.

(3) On peut lire à la fin de l'ouvrage le mémoire important de Marc adressé en 1834 au conseiller d'État, préfet de police, sur l'établissement orthophrénique de M. le docteur Voisin. Ce rapport est suivi d'un travail sur l'entendement humain chez les enfants arriérés, incomplets et hors ligne. Il est inutile de rappeler l'impulsion que les travaux de M. Voisin ont donnée en France et à l'étranger à cette partie si importante de la médecine mentale, la pédagogie des enfants arriérés.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Quarterly journal of practical medicine and surgery, Octobre 1857.

TYMPANITE UTÉRINE; par le docteur MAC CLINTOCK. — Le fait s'est passé à l'hôpital de Dublin et il n'est pas sans intérêt de le rapprocher du précédent. Une primipare était depuis neuf heures à la seconde période du travail : le col était très largement dilaté, les membranes rompues; le pouls à 112; langue sale. Les symptômes indiquaient l'urgence d'une prompte délivrance. A neuf heures du matin le lendemain, les symptômes d'irritation générale étaient augmentés; le pouls à 120; la malade se plaint de grandes douleurs dans l'utérus; la tête est en partie dans le bassin; on n'entend pas les bruits du cœur du fœtus. La tumeur utérine entière est résonnante à la percussion. Le doigt, passé entre la tête et le pubis, donne lieu à la sortie d'une quantité de gaz fétides. Crâniotomie, il ne sort pas de sang pendant l'opération. Tympanite abdominale; pas de douleurs. On prescrit de l'opium, du vin et du quinquina. Gangrène partielle du vagin causée par le séjour prolongé de la tête de l'enfant. La femme meurt d'infection purulente. L'enfant était putréfié.

Il semble que la condition nécessaire pour la production de la tympanite utérine est que l'enfant soit mort et les membranes rompues, circonstance qui permet l'accès dans la cavité utérine de l'air nécessaire à la décomposition putride de l'enfant.

MORT A LA SUITE D'UNE PIQURE D'ABEILLE; par le docteur NIVISON. — Un fermier d'environ 50 ans, étant en parfaite santé, fut piqué par une abeille sur le côté du cou, le 8 août 1856. Cet accident lui était arrivé souvent, et chaque fois il avait été suivi d'un gonflement considérable et d'inflammation locale. Cette fois il éprouva sur le moment une vive douleur, mais il ne survint ni rougeur, ni gonflement. Il arracha l'aiguillon avec ses doigts. Deux heures après, il commença à éprouver du malaise, il eut des nausées bientôt suivies de vomissements. Bientôt les vomissements se succédèrent à des intervalles plus rapprochés, la respiration devint difficile et oppressée. Il n'y avait pas trace d'inflammation autour de la piqûre; d'où l'on conclut que le poison était entré directement dans le torrent circulatoire et avait été promptement absorbé. Le lendemain, les vomissements continuèrent, la diarrhée survint; le pouls était faible et petit, mais de fréquence normale. La figure était pâle, défaite et anxieuse. Malgré le traitement, sinapismes à l'épigastre, eau-de-vie, opium, calomel et quinine, le malade mourut six jours après l'accident.

AIGUILLE A TRICOTER TROUVÉE DANS LE FOIE. — R. O..., âgée de 46 ans, mariée, fut apportée à l'hôpital le 2 septembre 1856 dans un état de délire maniaque; elle n'avait jamais été malade auparavant. L'agitation et l'insomnie persistèrent, elle ne voulait pas prendre d'aliments, ses forces s'épuisèrent, il survint de la diarrhée, et le 29 septembre la malade mourut.

Autopsie. — La dure-mère épaissie est adhérente à la pie-mère en plusieurs points; il s'en échappe environ trois onces de sérum. Les veines superficielles étaient très congestionnées; le tissu cérébral présentait à la coupe une teinte rougeâtre, les ventricules contenaient de la sérosité. Les poumons étaient œdématiés et le lobe inférieur droit présentait de la congestion hypostatique. Le foie était d'aspect normal, le lobe gauche était un peu atrophié. Au point de jonction du lobe droit et du lobe gauche, était une cicatrice calleuse blanche qui suivait la direction du sillon situé entre ces deux lobes. La cicatrice était longue de trois pouces un quart, et large de deux lignes, elle était très solide et contenait un fragment d'aiguille à tricoter long de deux pouces; cette aiguille était rouillée, un de ses bouts seulement était rond et mousse. On ne trouva nulle part, ni dans l'estomac, ni dans le ventre, aucune trace de cicatrice indiquant le passage de l'aiguille. — D.

COURRIER.

La question du rétablissement du baccalauréat ès-lettres comme condition d'inscription aux Facultés de médecine, est soumise en ce moment par Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique à l'examen d'une commission composée des inspecteurs-généraux de l'enseignement supérieur, de MM. Rayer (de l'Institut), Paul Dubois, doyen de la Faculté de Paris, et Michel Lévy, directeur de l'École impériale de médecine militaire; les délibérations sont présidées par M. Dumas, vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique.

— M. le docteur Schnepp est nommé médecin sanitaire à la résidence d'Alexandrie d'Égypte.

MORT ACCIDENTELLE PAR LE CHLOROFORME. — Un professeur d'histoire naturelle, âgé de 30 ans, fortement constitué, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, éprouva pendant quelques jours des maux de dents violents; pour se soulager, il eut recours aux inhalations de chloroforme. Un soir, après être allé au spectacle et avoir soupé avec ses amis, il se coucha à l'heure habituelle en proie à de vives douleurs. Le lendemain on le trouva mort dans son lit, couché sur le côté, tenant entre ses mains un mouchoir à peu de distance de la bouche. Sur une table placée à côté du lit, était un flacon renfermant du chloroforme, dont les vapeurs saturaient l'air de l'appartement. La température était très élevée, et le cadavre se décomposa avec une rapidité effrayante. L'autopsie ne put être faite. — *(Gazette hebdomadaire.)*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 71. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 17 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Commençons par remercier M. Depaul; il nous a donné l'occasion de le féliciter, et cette occasion nous est très agréable. Assez mal commencé l'autre jour, et sous l'influence probable de quelque cause perturbatrice, le discours de cet honorable orateur s'est développé et a été achevé hier d'une façon très remarquable. Nous sommes heureux d'avoir à constater un véritable succès. Si la doctrine de l'essentialité ne triomphe pas, ce ne sera pas la faute de M. Depaul, il l'a défendue avec talent et conviction. Son discours d'hier qu'il a livré, quant à la forme, aux difficultés et aux périls de l'improvisation, lui fait un grand honneur. C'est là de la véritable discussion, ferme mais polie, vive mais contenue, pressante mais toujours parfaitement académique. On peut même dire que, par la netteté et la précision de son langage, M. Depaul, qui avait débuté dans la discussion en croyant suivre la bannière de M. P. Dubois, porte seul aujourd'hui et fermement le drapeau de l'essentialité, ce drapeau que son général a mis à moitié dans sa poche, et que M. Depaul a courageusement déployé de nouveau.

Est-ce à dire que M. Depaul ait pénétré tous les esprits de la conviction qui l'anime? Il ne l'espère pas lui-même. Il a fait hier un aveu grave et que nous retenons au passage, puisqu'il appuie l'opinion par nous si souvent émise, à savoir, que, médicalement parlant, la discussion actuelle n'avancera pas, n'éclairera pas la question de la fièvre puerpérale. M. Depaul a eu beau dire, rien n'est détruit de la vigoureuse démonstration donnée par M. Béhier, au point de vue anatomique. Au point de vue philosophique et doctrinal, M. Depaul a eu tort, peut-être, de passer sous silence l'œuvre si remarquable et si remarquée de M. Pidoux, car il est dans les convictions sérieuses d'un grand nombre d'esprits, que c'est par ce vitalisme physiologique, basé sur l'anatomie et si éloquemment prêché par cet éminent médecin, que la lumière pourra se faire sur les obscurs problèmes de notre science. Stérile est l'anatomisme pur, stérile l'essentialisme comme l'entend M. Depaul, la discussion actuelle le prouve surabondamment. Graphisme, ontologisme, quand donc sortirons-nous de là? L'anatomisme, c'est la carte géographique de la pathologie. Sait-il la géographie celui qui ne connaît que les routes, les canaux, les fleuves et le point précis qu'occupe tel pays, telle ville? N'ignore-t-il pas tout ce qui constitue la science géographique celui qui ignore la population, les mœurs, les lois, le commerce, l'industrie, le climat, etc.?

Mais revenons aux éloges, c'est plus doux... De même que MM. Cazeaux, Trousseau, Beau et bien d'autres avaient fait justice des opinions de M. Depaul, M. Depaul à son tour a démoli l'argumentation de ses adversaires. Au milieu de ces décombres, cherchez une opinion qui reste debout, vous n'en trouverez pas. Cela est donc bien convenu, chacun des orateurs l'a bien prouvé aux autres, aucun n'est dans le vrai, voilà qui est vrai.

Mais M. Depaul a terminé son discours d'une façon brillante et sans aucune réserve nous nous rangeons aux opinions qu'il a émises. Si la science de la fièvre puerpérale est obscure, si la thérapeutique est impuissante, il faut chercher dans la prophylaxie à diminuer au moins le douloureux tribut que les malheureuses accouchées paient à la mort dans nos grandes villes. Cette ambition est humaine et généreuse; M. Depaul l'a exposée avec une grande chaleur d'âme. Il voudrait que, graduellement, et avec la prudence nécessaire, on substituât l'assistance à domicile à l'assistance hospitalière; que cette dernière étant impossible à supprimer, on disséminât les femmes sur tous les hôpitaux et en petit nombre à la fois. C'est là le but pratique de son discours. Malheureusement, M. P. Dubois, dans sa trilogie, a cherché à amoindrir, par ses hésitations, ses réserves et ses craintes, la portée des vœux émis par M. Depaul, et, par l'autorité de son opinion, aura jeté quelque embarras aussi dans les décisions de l'administration. Hier, M. Depaul, avec une grande indépendance, n'a pas craint de combattre les opinions de son maître; c'est là un bon exemple, dont nous nous empressons de féliciter M. Depaul.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

SUR UN CAS D'HÉMORRHAGIE INTESTINALE CHEZ UN INDIVIDU ATTEINT DE CACHEXIE PALUSTRE.

Au n° 12 de notre salle Sainte-Agnès, est couché un homme de 28 ans, atteint d'accidents de la plus sérieuse gravité, et dont je dois vous entretenir.

Ce malade, qui a longtemps habité l'Afrique, a été pris, vers la fin de son dernier séjour en 1853, de fièvres intermittentes qui prirent le type tierce et durèrent pendant dix-huit mois. Combattues par le sulfate de quinine, ces fièvres cédèrent à la fin, et le malade, à sa rentrée en France en 1854, avait repris, dit-il, sa bonne santé antérieure, une coloration naturelle des téguments ayant pris la place de la teinte jaune qu'ils avaient longtemps présentée. Toutefois, notre malade garda un engorgement assez considérable de la rate.

Pour se débarrasser de cette affection, et aussi à l'occasion d'un gonflement œdémateux survenu subitement aux extrémités inférieures, envahissant l'abdomen et s'étant produit, d'ailleurs, sans troubles appréciables de sa santé, il entra, il y a trois mois, à l'hôpital de la Pitié, où il fut soumis au traitement par les douches d'eau froide.

Ce traitement fut continué pendant quatre semaines; on y adjoignit l'administration des eaux de Balaruc, de Spa, et d'un sirop ferrugineux. La rate diminua sensiblement, et après deux mois et demi de séjour à l'hôpital, le malade voulut sortir, bien que le ventre présentât encore un peu de gonflement. A la coloration naturelle des téguments, avait alors succédé cette teinte pâle, cachectique, qu'avait déjà prise la peau à la suite des fièvres africaines.

Cependant, notre homme avait repris ses travaux de journalier, et s'y livrait sans éprouver de grandes fatigues, lorsque lundi dernier, il ressentit tout à coup, en travaillant, un gros frisson, avec tremblement et claquement de dents qui dura deux heures, et fut suivi d'une grande chaleur, de sueurs abondantes; le second stade ne fut pas de longue durée.

La fièvre n'eut pas d'intermittence saisissable, la céphalalgie était intense, la nuit fut agitée, sans sommeil, et le mardi le malade se fit conduire à l'Hôtel-Dieu.

Dans la nuit du 13 au 14, il fut pris d'une diarrhée abondante, et eut quatre garde-robes sanglantes, deux autres dans la matinée; elles étaient exclusivement constituées par un sang d'un rouge vineux, mélangé à quelques caillots peu foncés.

Lorsque nous vîmes le malade, nous fûmes frappé de sa pâleur cachectique, de son teint jaune paille, anémique; il présentait un peu de bouffissure générale; en explorant la rate, nous la trouvions débordant les fausses-côtes de un travers de main, et la percussion la limitait dans une étendue environ de 25 centimètres en longueur sur 15 en largeur.

Nous constations du souffle dans les vaisseaux du cou et un mouvement de fièvre très prononcé, le malade accusait toujours de la céphalalgie, une pesanteur, un serrement de tête excessivement pénibles.

Feuilleton.

NOTICE SUR M. LE DOCTEUR VIDECOQ,

Médecin du Bureau de bienfaisance du XIe arrondissement;

Par le docteur DEQUEVAUVILLER (1).

Pendant qu'il travaillait à la rédaction du *Dictionnaire,* Videcoq s'occupait d'une affaire toute différente et d'une bien autre importance pour lui. En janvier 1838, il épousa la fille de M. Hamel, ancien négociant, sœur de deux de ses camarades de collége. Il entrait ainsi dans une famille honorable, dont un membre occupait un rang distingué dans l'enseignement, et dont les principes religieux étaient en harmonie avec ceux qu'il avait professés dès son enfance. Il se donnait une compagne qui devait l'entourer de la plus vive sollicitude, lui rendre ces soins maternels dont sa santé avait si grand besoin, et prolonger ainsi une existence qui, sans elle, aurait été bien plutôt tranchée; c'est à Mme Videcoq que nous devons tous d'avoir possédé parmi nous cet excellent collègue; que de fois n'eut-elle pas à lutter, trop souvent, hélas! sans succès, contre cet excès de courage qui lui faisait méconnaître les limites de ses forces dès qu'un malade le réclamait, et cet amour pour l'étude qui le fixait sur ses livres, bien avant dans la nuit, après une journée pénible, qui aurait dû être suivie d'un plus long repos.

Videcoq ne voulut pas installer sa femme dans son appartement de garçon; il changea de quartier, se rapprocha de celui où avait demeuré son père et alla louer, rue Saint-Martin, un logement plus vaste. Il espérait qu'au milieu d'une population compacte, composée en partie de riches marchands, la clientèle irait plus vite. Il y acquit, en effet, des relations utiles qu'il conserva jusqu'à sa mort et resta le médecin d'un certain nombre de familles qui y résident encore et qui l'ont amèrement regretté; cependant, il le quitta au bout de deux ans; il se sentait mal à l'aise et pour ainsi dire dépaysé au milieu de cette activité commerciale. Quelqu'effort que fasse le médecin pour s'isoler des affaires de ses clients, il lui est impossible d'y rester complétement étranger, et si sa clientèle se compose presque uniquement de personnes appartenant à une seule classe de la société, les habitudes qu'il lui faut étudier, les confidences auxquelles il ne peut se soustraire, le conduisent malgré lui à en prendre, jusqu'à un certain point, les idées, à en contracter presque les mœurs, à en épouser même en partie les passions. Videcoq revint dans le 11e arrondissement; il alla se loger dans cet appartement de la rue de Savoie où nous l'avons connu, et qu'il ne devait plus quitter.

Définitivement fixé, résolu à se livrer exclusivement à la pratique, il se présenta comme candidat aux différents services de l'arrondissement et fut successivement nommé : médecin du quatrième dispensaire de la Société philanthropique le 21 mai 1840, médecin du Bureau de bienfaisance le 27 octobre 1841, médecin-inspecteur des écoles communales le 12 mars 1842, et médecin de la Société de Saint-François Xavier en 1845.

Vous savez tous, Messieurs, avec quel zèle il s'acquitta de ces diverses fonctions. C'est une douce satisfaction de constater que partout ce zèle fut apprécié. A la Société philanthropique, il fut l'objet d'une bien honorable exception : en 1844, le comité d'administration décide que tous les médecins et les chirurgiens demeureront dans la circonscription de leur dispensaire; Videcoq ne remplissait pas cette condition; il n'en est pas moins nommé titulaire, mais le conseil arrête qu'on lui fera officiellement connaître l'exception dont il est l'objet; « d'après les assurances qui lui ont été données de votre zèle et de votre dévouement, le conseil a cru pouvoir suspendre, en ce qui vous concerne, l'exécution de cette mesure, et admettre votre candidature appuyée d'honorables témoignages » dit la lettre signée du président de la Société. A la réorganisation du Bureau de bienfaisance, il lui échoit une des circonscriptions les plus limitées, mais en même temps l'une des plus chargées, par conséquent l'une des plus favorables en apparence, et des plus pénibles réellement. Malgré cette position désavantageuse dans tout service, mais surtout là où les plaintes non fondées sont si fréquentes, Videcoq n'en conserve pas moins sa réputation de zèle et d'infatigable activité. La Société de Saint-François Xavier, cherchant à reconnaître ses services, lui donne chaque année un magnifique volume dont la réunion forme une belle collection, et les indigents, faisant pour lui une exception presque unique, sentent si bien l'importance des services qu'il leur rend, qu'il m'est arrivé, Messieurs, pendant sa dernière maladie, d'être arrêté dans la rue, par des pauvres qui me demandaient avec anxiété des nouvelles de leur médecin.

Essentiellement homme de devoir, Videcoq ne pouvait manquer de se faire distinguer dans toutes les circonstances où le dévouement des médecins était mis à l'épreuve.

Il était interne à l'Hôtel-Dieu lorsqu'éclata la révolution de 1830. Le mardi 27 juillet, quelques blessés seulement arrivent à l'hôpital, mais ils se succèdent sans interruption ensuite. Videcoq leur donne des soins jour et nuit et se dévoue si bien à leur service que, passant le dimanche de grand matin sous le péristyle pour aller d'une salle à l'autre, tenté par la vue d'un matelas, il s'y jette et y dort cinq heures, malgré le bruit qui se fait autour de lui; il est vrai qu'il ne s'était point couché depuis le mardi; vous auriez dû m'avertir, dit-il au portier, lorsqu'enfin il se réveille, — je m'en serais bien gardé, Monsieur, vous paraissiez si fatigué. En 1848, il avait obtenu du suffrage de ses confrères, une des places de médecin au conseil de recensement; il n'en vint pas moins, le 28 juin, en uniforme, partager à l'ambulance de la place St-André-des-Arts les fatigues et même les dangers des chirurgiens de compagnie, et y passa la nuit, quoique sa santé fût déjà chancelante.

Pendant les trois épidémies de choléra qui se sont succédé à Paris, Videcoq prit une part active aux secours qui furent organisés : en 1832, à l'hôpital Cochin, où il était interne; en 1849, comme chef de l'une des ambulances; il obtint en cette qualité l'une des rares médailles qui furent distribuées dans l'arrondissement; enfin, en 1854, comme membre de la commission des visites préventives, service pour lequel il obtint également une médaille.

Mais s'il se dévouait sans hésitation et sans mesure dans ces tristes circonstances, il n'en ressentait pas moins, chaque fois, une atteinte profonde; sous une froideur apparente, Videcoq cachait une grande sensibilité, et les émotions inséparables de ces pénibles fonctions agissaient plus énergiquement sur lui que sur la plupart de ses confrères. C'est là ce qui l'avait décidé à abandonner presque complétement l'exercice de

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Les accidents hémorrhagiques qui s'étaient manifestés par les garde-robes sanglantes, d'une couleur pâle lie-de-vin, étaient ceux qui, tout d'abord, appelaient notre attention et nous allons rechercher ensemble quelle pouvait être, quelle peut être leur nature, car, cette nuit encore, il y a eu deux évacuations alvines semblables à celles d'hier.

Chez les individus longtemps soumis à l'influence de l'infection palustre, alors même que ces individus n'ont jamais eu le plus petit accès de fièvre intermittente, on peut retrouver les caractères de la cachexie, non seulement cette pâleur universelle anémique, le teint jaune paille, bistré, non seulement les bruits de souffle dans les vaisseaux, mais encore le gonflement de la rate et du foie portés à un degré plus ou moins élevé.

A elle seule, la coloration des téguments suffit souvent pour caractériser la cachexie palustre; mais, jusqu'à un certain point, elle rappelle celle que présentent les individus sous l'empire d'une diathèse profonde, elle la rappelle assez pour qu'on ne puisse pas, dans un grand nombre de circonstances, les distinguer l'une de l'autre.

Cette cachexie, indépendante quelquefois de tout accès de fièvre intermittente, ne s'observe nulle part plus communément que chez les enfants à la mamelle, et c'est un fait que certifieront ceux qui, comme moi, ont été à même de visiter les pays où les fièvres palustres règnent endémiquement.

Les antécédents de notre malade, son séjour prolongé en Afrique, ce fait important qu'il avait été longtemps affecté de fièvres intermittentes nous donnaient donc tout d'abord à penser qu'il était atteint d'une cachexie palustre. Or, celle ci peut être la cause d'hémorrhagies et d'hémorrhagies se faisant par les divers appareils de l'économie. Elles sont même assez communes, surtout encore chez les jeunes sujets. Ainsi, des hémorrhagies sous-cutanées, analogues à la *maladie maculatoire* de Werlhoff, des hémorrhagies gingivales, intestinales, des hématémèses, etc. Si elles dépendent de la cachexie, de l'appauvrissement du sang que celle-ci entraîne avec elle; elles peuvent dépendre aussi de l'altération plus ou moins profonde du foie, et celle-ci, en dehors même de la cause miasmatique, indépendamment de la cachexie palustre, suffirait pour être la cause prédisposante de ces hémorrhagies. En effet, dans un intéressant mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* pour l'année 1854, M. Monneret a démontré que, dans un grand nombre de circonstances, les hémorrhagies étaient la conséquence d'une « altération du sang résultant de l'élaboration vicieuse de ce liquide par le foie malade, bien plus que d'une influence sympathique ou d'une autre nature, exercée par la glande hépatique sur l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie. »

Bien que la cachexie palustre nous paraisse tout d'abord devoir être invoquée ici comme cause de l'hémorrhagie intestinale, plusieurs hypothèses se présentaient à notre esprit.

Nous nous demandâmes si nous n'avions pas affaire à une fièvre typhoïde. La continuité des accidents fébriles, l'état d'agitation et l'insomnie, cette considération que, pendant son séjour à l'hôpital, cet homme aurait bien pu en contracter le germe, nous donnaient l'idée d'une fièvre putride. Quoiqu'en vérité la maladie dont il paraissait atteint n'en eût pas les allures, nous savions aussi combien ces allures sont souvent bizarres, et, dans une certaine mesure, nous pensions que la fièvre continue pouvait être cause des hémorrhagies intestinales, qui se faisaient d'autant plus facilement que l'individu y était prédisposé, en raison de la cachexie sous l'empire de laquelle il se trouvait.

S'il était permis de songer que les accidents hémorrhagiques pouvaient être déterminés par une affection cancéreuse de l'estomac, l'examen un peu attentif du malade ne laissait pas longtemps de doute sur la non-existence de cette maladie.

Des exemples récents dont nous avions été témoin nous donnaient à craindre *un ulcère de l'estomac*. Dernièrement, en effet, j'étais appelé dans la clientèle du docteur Beylard, mon ancien chef de clinique, auprès d'un jeune Américain de 22 ans, qui, en revenant de Londres, où il avait passé quelques jours, se laissant aller à des excès de table et de boisson, fut pris tout à coup, à Paris, d'un malaise considérable, avec refroidissement général, cyanose du visage, tendance au vomissement, sans diarrhée. Les yeux étaient excavés, le pouls était insaisissable, la peau couverte d'une sueur visqueuse, les urines étaient supprimées et le malade succomba au milieu de ces épouvantables symptômes qui ressemblaient à s'y méprendre à ceux du choléra asiatique.

Son corps fut embaumé et transporté à New-York, et là, l'autopsie démontra l'existence d'une péritonite évidemment occasionnée par une perforation de l'estomac ayant son siége dans un large ulcère de l'estomac. Ce fait, et un autre à peu près analogue que j'avais observé dans mes salles d'hôpital, m'avaient démontré que les ulcères de l'estomac ne sont pas toujours accompagnés des symptômes, des signes caractéristiques indiqués par M. Cruveilhier. Il se pouvait donc faire que l'hémorrhagie intestinale reconnût pour cause une lésion de cette nature. Toutefois aussi, le sang, rendu par les garde-robes, n'avait pas l'aspect qu'il présente dans les ulcères de l'estomac où il prend bien plus l'apparence mélanique qu'il n'offre en coloration rouge lie-de-vin que nous trouvions dans les selles de notre malade. La quatrième hypothèse, que j'admets le plus volontiers, et je vous en dirai tout à l'heure la raison, était celle d'une fièvre pernicieuse hémorrhagique.

Qu'est-ce, en effet, qu'une fièvre pernicieuse? Sans chercher à vous en donner une définition, car une définition, en médecine surtout, est chose très difficile, sinon impossible, dans un grand nombre de cas; sans chercher donc à vous en donner une définition, je vous dirai que la fièvre pernicieuse est caractérisée par des phénomènes pouvant amener rapidement la mort; mais qu'elle l'est moins encore par la gravité du désordre, que par, je dirais la *superficialité* des accidents, si le mot était français.

Le fait même de leur intermittence est la preuve de cette *superficialité;* la perturbation apportée dans l'organisme est une perturbation essentiellement momentanée, et rien ne ressemble à ces grands désordres des phlegmasies on des pyrexies qui ont des racines profondes dans l'économie.

Cette perturbation se traduit par des névroses, par des fluxions, par des flux.

Ainsi, dans la fièvre pernicieuse éclamptique, ce sont, au début de l'accès, des accidents convulsifs qui, après s'être répétés, emportent le malade sans qu'à l'ouverture du cadavre on puisse découvrir aucune lésion. Dans la pernicieuse délirante, le délire commence dès le stade de froid, augmente pendant le stade de chaud, pour cesser pendant la période de sueurs, reparaître ensuite, cesser et reparaître encore.

Ainsi, dans la pernicieuse comateuse, la plus commune de toutes les intermittentes pernicieuses, survient, après le frisson, qui a duré plusieurs heures, une stupeur profonde, apoplectique et si le malade succombe alors, on trouve de la sérosité épanchée en quantité plus ou moins considérable dans la grande cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux. Et cependant, cette fluxion, cette sécrétion anomale des liquides séreux, quelque considérable qu'elle ait été, est un accident essentiellement transitoire, car, après que les phénomènes apoplectiques, auxquels elle a donné lieu, se sont produits dans un ou deux accès, si l'on est assez heureux pour empêcher le troisième en intervenant avec le sulfate de quinine, le cerveau reprend ses fonctions, tout rentre dans l'ordre, sauf que le malade garde quelquefois un peu de dilatation des pupilles. L'épanchement s'est donc résorbé presque aussi vite qu'il s'était fait.

Dans la pernicieuse péripneumonique, les choses se passent de la même façon. L'oppression, les râles crépitants, l'expectoration de crachats séreux sanglants, nous ont indiqué qu'il s'était fait une fluxion, une congestion sanguine vers le poumon, et cependant lorsque le sulfate de quinine a encore ici enrayé les accidents, et même lorsque la médecine n'est point intervenue; dans l'intervalle de deux accès, les symptômes de la congestion pulmonaire disparaissent et le poumon reprend le libre exercice de ses fonctions. Celles-ci n'avaient donc été troublées que passagèrement, et rien n'était comparable, quant au fait, avec ce qui arrive dans la pneumonie et dans le catarrhe capillaire franchement inflammatoire.

Dans quelques circonstances, la fièvre pernicieuse se traduit non plus par des fluxions, mais par des flux.

Ainsi, la pernicieuse diaphorétique ou sudorale est caractérisée par des sueurs abondantes, à ce point que souvent les matelas du malade en sont traversés, que la peau semble avoir macéré dans l'eau, et lorsque l'accès cesse, cette transpiration s'arrête aussi, ne laissant après elle qu'une grande débilité.

Dans la pernicieuse cholérique, avec garde-robes et vomissements séreux abondants, avec refroidissement de la peau et excavation des yeux, c'est par la surface du tégument interne qu'a lieu la sécrétion exagérée des liquides, sécrétion qui s'arrête en même temps que l'accès lui-même finit.

Dans la pernicieuse dysentérique, cinq, dix, quinze litres de sérosité sanglante, ressemblant à de l'eau dans laquelle on aurait lavé des muscles sanglants, peuvent être rendus en un court espace de temps par les selles, et cependant ces accidents sont encore des accidents transitoires, car ici, comme dans les formes précédentes, l'accès fini, tout rentrera dans l'ordre.

Tous ces phénomènes, à quelque forme qu'ils se rattachent, sont pour moi des névroses; je veux expliquer ma pensée.

Dans la fièvre intermittente, quel que soit son type, quelle que soit sa forme, un grand phénomène domine tous les autres, c'est la convulsion.

Le frisson n'est, en effet, rien autre chose. Ne reconnait-on pas cette convulsion, à ce sentiment d'horripilation, qui parcourt tous les membres et se fait sentir le long du rachis. A ce frémissement musculaire, qui, lorsqu'il occupe encore une partie mobile, comme l'est la mâchoire, est porté au plus haut degré, et produit là le claquement des dents?

Ce frisson n'a-t-il pas ce caractère commun à toute convulsion savoir des mouvements alternatifs et involontaires de contraction et de relâchement?

Si, au début des maladies fébriles chez l'adulte, il se borne à un sentiment de froid; si, dans les grandes pyrexies, ces accidents nerveux consistent uniquement en des douleurs, plus intenses surtout dans le rachis, chez les enfants ces accidents, se traduisent généralement par des convulsions dans l'acception la plus large et ordinaire du mot. Si, chez l'adulte, la moelle épinière a seule été troublée dans ses fonctions, chez l'enfant le cerveau est lui-même intéressé, et son trouble se manifeste par les phénomènes de l'éclampsie.

Dans les pyrexies, dans les grandes phlegmasies, ces accidents

---

la chirurgie, à laquelle semblaient le destiner ses études à l'Hôtel-Dieu, et qu'il pratiquait, d'ailleurs, avec talent; dans les dernières années de sa pratique, surtout, il aimait mieux laisser à d'autres cette émouvante partie de notre art, toutes les fois qu'il s'agissait d'un malade qui pouvait donner au chirurgien des honoraires convenables ou d'un indigent pour lequel il pouvait, sans scrupule, réclamer la coopération gratuite d'un confrère; dans les autres circonstances, il opérait, mais c'était un sacrifice de plus qu'il faisait à ses malades.

Les sentiments d'estime et d'affection qu'il professait pour ses confrères, le soin avec lequel il se tenait au courant de la science, devaient lui faire rechercher ces réunions scientifiques modestes qui tiennent bien plus de la famille que de la Société savante; aussi fut-il l'un des fondateurs de votre Société et de celle des médecins des bureaux de bienfaisance. Vous vous rappelez tous, Messieurs, avec quelle assiduité il fréquentait vos séances, avec quelle lucidité il exposait son opinion, avec quelle fermeté et quelle politesse à la fois il savait soutenir la discussion. Les deux Sociétés lui donnèrent à l'envi une preuve non équivoque de leur estime, en le nommant leur vice-président.

Videcoq était arrivé à cette période de la carrière médicale où il ne reste plus qu'à recueillir le fruit des travaux antérieurs. Entouré d'une famille honorable, pourvu de relations qu'il avait su choisir et restreindre, honoré de l'affection et de la confiance d'une clientèle qui suffisait amplement à occuper tout son temps, aimé et estimé de ses confrères, apprécié des administrateurs avec lesquels il était en rapport, il voyait ses enfants grandir sous ses yeux, pouvait à juste titre être fier de ses filles, et commençait à trouver dans les progrès de son fils aîné la compensation des sacrifices qu'il avait faits pour lui; la modération de ses désirs le préservait de l'agitation fébrile de l'ambition; le calme de son esprit lui faisait supporter avec patience ces mille contradictions de la clientèle médicale; il aurait joui de toute la somme de bonheur que l'homme peut espérer sur la terre, s'il avait eu la santé; mais sa constitution s'affaiblissait de jour en jour.

Depuis plusieurs années, il payait par une nouvelle maladie, à la fin de chaque hiver, les fatigues qu'il s'était imposées. Trop bon médecin pour ne pas comprendre la gravité de semblables menaces, il jugeait de sang-froid son état, et s'était même soumis à l'usage de quelques médicaments; il savait bien qu'il y avait à employer un remède plus efficace que tous les autres, le repos, mais c'était le seul qu'il ne croyait pas pouvoir se permettre. Cependant l'hiver dernier avait été pour lui meilleur que les précédents; il avait traversé l'épidémie catarrhale avec assez de bonheur et n'avait point été obligé de s'aliter un seul jour; il se félicitait de voir arriver le printemps et espérait avoir échappé pour cette fois encore à l'influence de la mauvaise saison. Il avait pourtant le sentiment intime de la diminution graduelle de ses forces: « Si je pouvais avoir quinze jours de repos, » disait-il au commencement de mars, mais en vain le pressait-on de les prendre; il ne pouvait abandonner des malades en traitement, qui avaient mis en lui leur confiance, qui souffriraient de son absence, ne fût-ce que moralement; il persista, sans rien diminuer de ses occupations habituelles, ne se permettant pas même, lorsqu'il rentrait chez lui, de prendre un repas nécessaire avant d'avoir reçu tous ceux qui l'attendaient.

Ses forces étaient épuisées; le 23 mars il arrive à midi, harassé de fatigue et ne peut déjeuner; sa famille, dans la plus vive anxiété, le presse de se mettre au lit. Il a, dit-il, encore trois personnes à voir; il se traîne en effet, chez elles, mais, vaincu par le mal, il rentre et se couche pour ne plus se relever. Le lendemain matin, il était facile de constater chez lui une pneumonie circonscrite vers la racine du poumon droit, à peine accompagnée de fièvre, et qui, certainement, se serait dissipée en quelques jours, si toute réaction n'avait pas été anéantie.

Videcoq crut d'abord qu'il ne s'agissait que d'une de ces affections légères auxquelles il n'était que trop habitué, mais dès qu'il vit que la maladie opposait une certaine résistance au traitement, il jugea que, sous une apparence bénigne, il se faisait chez lui un travail destructeur; tout en acceptant avec douceur les paroles d'espérance, il discutait froidement la marche des symptômes, et en faisait ressortir la grave signification. Il était bien obligé de s'en rapporter aux deux confrères qui le soignaient, sur les signes fournis par l'auscultation, mais il les soupçonnait de lui cacher une partie du mal; aussi saisit-il, pour s'éclairer, la première occasion qui lui fut offerte.

Une consultation avec M. Barth lui avait été proposée; il l'avait acceptée avec empressement; avant de se prêter à l'examen du consultant, il lui posa la question suivante: « Me promettez-vous de me dire franchement s'il s'agit maintenant d'une maladie récente ou d'une affection antérieure? » Et sur sa réponse affirmative, il se laissa examiner; notre excellent maître put répondre heureusement en toute franchise: il s'agit d'une pneumonie lobulaire. Videcoq le remercia, mais il ne s'en prépara pas moins à la mort, avec tant de calme et de résignation, d'ailleurs, qu'un de ses médecins l'examinant quelques instants avant la funèbre cérémonie qu'il avait provoquée, constatait l'absence presque complète de fièvre et les signes évidents de la résolution de la pneumonie. L'espoir que cette amélioration nous fit concevoir ne fut pas, hélas! de longue durée: un point pleurétique se déclara le surlendemain à gauche, six jours après, il y avait de l'épanchement; ces nouveaux accidents parurent d'abord céder, mais la fièvre et la faiblesse allèrent augmentant chaque jour; le poumon droit s'engagea de nouveau, et dès lors l'état du malade parut désespéré. Une seconde consultation, dans laquelle M. Trousseau voulut bien se joindre à M. Barth, n'eut d'autre résultat que de nous donner la triste certitude que nos efforts seraient infructueux, et Videcoq s'éteignit le 17 avril, après quatre heures d'agonie.

Pour sa famille, pour ses malades et surtout ses malades indigents, pour nous enfin, Messieurs, Videcoq est mort trop tôt, et nos regrets nous représenteront toujours les longues années qu'il pouvait encore passer au milieu de nous; mais si nous considérons le bien qu'il a fait, cette longue suite d'œuvres de charité et de dévouement qui a rempli sa vie, nous serons obligés de reconnaître qu'il avait assez vécu, et qu'il était temps pour lui d'aller recevoir dans un monde meilleur la récompense de ses travaux.

Rappelons-nous cette affluence de parents, d'amis et de médecins qui remplissait l'église à son convoi, ces pauvres, qui étaient venus spontanément s'y joindre, l'émotion produite autour de sa tombe par les paroles touchantes de notre collègue M. Machelard, le témoignage que lui a rendu dans son journal l'un de ses anciens collègues de l'Hôtel-Dieu, M. Caffe; rappelons-nous cette unanimité de regrets et d'éloges, et que ce soit pour nous une consolation dans notre douleur et une invitation à marcher sur ses traces.

nerveux sont bien vite dominés par la maladie dont ils ont annoncé le début; dans la fièvre pernicieuse, ce sont eux qui dominent le plus longtemps, ce sont eux qui tiennent les autres dans leur dépendance.

Toutes les pernicieuses sont larvées, en ce sens qu'elles prennent le masque, la forme d'autres maladies, et qu'elles tendent à donner le change au médecin en revêtant des apparences essentiellement différentes de celles que prend la maladie marchant régulièrement : en se présentant sous la forme d'une attaque d'éclampsie, d'apoplexie, sous la forme d'une dysenterie, d'une péripneumonie, d'une fièvre cérébrale, d'une hémorrhagie, d'une névralgie, etc.

Cette dernière forme, la névralgie, est celle sous laquelle se cache la fièvre intermittente larvée la plus simple, mais quelque simple qu'elle soit, la maladie n'en exige pas moins tout l'artifice du médecin pour la guérir et pour qu'il proportionne le remède à l'intensité du mal. Si de petites doses de quinquina suffisent pour couper une fièvre intermittente légitime la plus simple, pour venir à bout d'une fièvre larvée la plus simple il faut de fortes doses.

Mais comment démontrera-t-on que les pneumonies, les hémorrhagies, les flux, les flux dont nous avons parlé, ne sont que des névroses? Par une analyse des faits très ordinaires dans la pathologie, je vais vous le démontrer.

Que se passe-t-il dans une névralgie, dans la névralgie sus-orbitaire, pour prendre un exemple assez commun? Le malade éprouve, dans la région affectée, de la douleur, des battements, des élancements pénibles et bientôt un flux plus ou moins abondant des larmes qui coulent non seulement sur la joue en débordant le canal naturel que leur forment les paupières, mais encore dans le nez, sollicitant ainsi de fréquents besoins de se moucher, d'autant plus fréquents, que la muqueuse nasale irritée elle-même est également le siége d'une sécrétion anomale de mucus. Si les accès se répètent ou s'ils augmentent d'intensité en persistant plus longtemps, un phénomène fluxionnaire succède au flux que nous venons de signaler; des vaisseaux de la conjonctive se congestionnent assez enfin pour produire quelquefois un chémosis et simuler une véritable inflammation. Ces faits ont été nettement établis par M. le docteur Notta, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* pour l'année 1854 (juillet), *sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies.* Les accidents inflammatoires sont tellement prononcés que, en regardant le malade, avant de l'interroger, on portera le diagnostic : ophthalmie catarrhale, et cependant cette inflammation est tellement superficielle, si tant est qu'elle existe en réalité, que lorsque la névralgie est guérie, et même dans l'intervalle de ses accès, lorsque ces accès sont assez éloignés les uns des autres, non seulement les accidents fluxionnaires se dissipent plus ou moins complétement, mais que les sécrétions lacrymale et nasale reprennent leur régularité et leur abondance normales.

Eh bien, pour revenir aux fièvres pernicieuses dont nous nous occupons, comprenez qu'il se passe quelque chose analogue, non plus du côté du nerf trifacial, mais du côté des nerfs de la vie organique, du côté du pneumogastrique, du plexus solaire, etc., et par le fait de cette névrose, de ce trouble nerveux produit par le miasme palustre, vous aurez un flux du côté du poumon, du côté de l'appareil sécréteur de la bile, du côté de l'intestin, vous aurez non seulement du flux bronchique, biliaire ou intestinal, mais vous aurez aussi des fluxions, des congestions vers ces différents appareils.

Or, ces lésions, ces affections peuvent être et sont aussi passagères que la névralgie qui les a occasionnées, elles ne sont pas la maladie, elles sont encore moins sa cause, elles en sont l'effet. Et ceci n'est pas un fait particulier, bien qu'il existe assurément des affections purement et franchement locales, généralement la lésion, même dans la pneumonie, où il semblerait que la lésion du parenchyme pulmonaire soit tout, même dans la pneumonie, vous avez été en mesure de l'observer pendant l'épidémie de pneumonies suppuratives que nous avons traversée l'année dernière; j'aurai occasion d'insister encore sur ce fait; généralement, dis-je, la lésion n'est que la conséquence, l'effet de la maladie. La vérité de cette proposition n'est nulle part plus évidente que dans les affections diathésiques. Un ganglion du col vient à s'engorger chez un scrofuleux, un doigt devient malade, dira-t-on que ce ganglion engorgé, que ce doigt malade ont engendré la scrofule? Non, mais l'on dira que ces affections locales sont des effets de la diathèse, que l'état général a fait que le ganglion, que le doigt ont été pris de cette façon.

De même un individu prend un chancre induré, dont il guérit, au bout de six mois la roséole se déclare, puis surviennent plus tard des ulcérations de la gorge, plus tard encore du gonflement des os, des exostoses, et consécutivement des nécroses: Ne dira-t-on pas, sans hésiter, que ces lésions locales sont sous la dépendance, sont les effets de la maladie générale; que si une petite lésion locale aussi, que si le chancre a été le point de départ de celle-ci, la porte d'entrée à l'infection dans l'économie, elle a disparu rapidement, ne laissant au lieu qu'elle avait occupé aucune trace, ou qu'une trace à peine sensible.

Il en est de même pour les fièvres intermittentes, et celles-ci réunissent en elles les deux espèces de diathèses aiguës et chroniques. L'influence palustre pouvant agir rapidement, pouvant agir aussi lentement, empoisonnant peu à peu l'individu, et par le fait de cet empoisonnement général produisant cet état particulier que nous connaissons sous le nom de cachexie.

Nous ignorons comment ont lieu, nous ignorons quelles sont les modifications moléculaires subies par l'organisme; mais nous voyons les effets de la cachexie. Nous voyons les individus hommes ou femmes, prendre la coloration jaune, terreuse, bistre de la peau; nous constatons les engorgements de la rate et du foie; nous voyons survenir des troubles généraux intermittents, tantôt franchement caractérisés, tantôt larvés simples, d'autres fois larvés pernicieux. Mais tous ces désordres généraux, ces lésions locales, cet état cachectique, ne constituent pas la maladie; ils ne sont que la manifestation de la diathèse, absolument comme la roséole, les ulcérations de la gorge, les exostoses et les nécroses; absolument comme les engorgements ganglionnaires, les affections du doigt, étaient les manifestations, celles-ci de la diathèse scrofuleuse, celles-là de la diathèse syphilitique.

Ces considérations, intéressantes à plus d'un titre, nous conduiraient plus loin qu'il ne nous convient d'aller ici. Je rentre dans la clinique et je reviens à notre malade.

J'avais donc discuté chez lui la question de la fièvre typhoïde, celle d'un ulcère simple de l'estomac; mais j'avais rejeté ces hypothèses, pour m'arrêter à celle d'une intermittente pernicieuse hémorrhagique. Cette hypothèse me satisfaisait d'autant plus que, d'une part, les symptômes présentés par le malade, ses antécédents pathologiques semblaient mieux s'accorder avec elle; que d'autre part, en l'admettant, je me plaçais sur un terrain, où j'étais plus à même d'intervenir activement et avec quelques chances de succès, tandis que dans le cas où nous aurions eu affaire à une hémorrhagie dépendant soit d'une fièvre putride, soit d'un ulcère simple de l'estomac, dans ce cas encore moins que dans l'autre, je ne voyais guère de probabilité pour l'utilité de mon intervention.

Agissant donc comme si nous avions à combattre une fièvre pernicieuse, j'ai fait prendre au malade, dans les premières vingt-quatre heures de son arrivée à l'hôpital, 3 grammes de sulfate de quinine, auquel j'ai associé un médicament antihémorrhagique, l'acide sulfurique alcoolisé, l'eau de Rabel, dont on a donné 2 grammes dans le même temps.

Je vous tiendrai au courant des faits ultérieurs.

Note du rédacteur. — Les accidents hémorrhagiques, après s'être encore renouvelés le lendemain du jour où M. le professeur Trousseau nous parlait du malade, cessèrent le samedi; le dimanche matin, il y avait un mieux marqué, bien que l'état du sujet fût encore bien alarmant. Malgré la gravité de sa situation, ses frères, qui vinrent le voir dans la journée, le décidèrent à quitter l'hôpital pour l'emmener chez lui.

Dr Léon BLONDEAU,
Chef de clinique.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA SCROFULE PAR LES EAUX DE POUGUES.

M. le directeur de l'administration générale de l'assistance publique a adressé à M. le préfet du département de la Seine un rapport sur le service des enfants assistés en 1856.

On lit dans ce rapport : « Quant aux élèves scrofuleux, je vous ai proposé, et vous avez bien voulu, Monsieur le préfet, m'accorder l'autorisation de tenter un essai de médication dont j'ai lieu d'espérer d'heureux résultats. Les eaux de Pougues (Nièvre) m'ont été signalées contre les scrofules.

» Après m'être mis en rapport avec l'administration de l'établissement thermal de Pougues, j'ai envoyé douze jeunes filles atteintes de scrofules ou d'affections lymphatiques plus ou moins graves. Elles ont été placées dans une maison prise à location, et sous la surveillance des religieuses de la congrégation des Dames-de-Nevers, qui ont bien voulu nous prêter leur précieux concours. L'administration des bains s'est également empressée de faciliter l'organisation de notre établissement. Enfin le médecin-inspecteur s'est généreusement chargé de donner gratuitement ses soins à nos élèves.

» Le traitement a commencé le 1er juin et a duré jusqu'au 15 septembre : les notes médicales constatent sept guérisons sur douze malades, et un seul résultat négatif.

» Je ne me hâte pas de conclure de ce premier essai que nous obtiendrons toujours des guérisons; mais je peux concevoir, dès à présent, l'espérance d'une grande amélioration pour ceux de nos malheureux élèves qui sont atteints de scrofules ou d'affections lymphatiques. »

Comme complément de ce rapport, qui donne une consécration si importante aux bons résultats de la médication par les eaux de Pougues, M. le directeur de l'assistance publique vient d'écrire à M. le directeur de cet établissement minéral pour lui annoncer un nouvel envoi de jeunes malades dont il confie la guérison aux soins éclairés de l'administration.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ampliation du décret en date du 12 juin 1858, par lequel est approuvée l'élection de M. Trébuchet au titre d'associé libre, en remplacement de feu M. Héricart de Thury.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Trébuchet à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur CARON, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1857 et 1858 à Forges et dans ses environs.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans le département de la Seine-Inférieure. (Com. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur LACAN, de Calvi, sur une épidémie variolique qui a régné dans cette ville en 1857.

4° Un mémoire de M. le docteur GARNAULT, de Pons (Charente-Inférieure), sur l'utilité des revaccinations. (Com. de vaccine.)

5° Un mémoire de M. le docteur CAILLAT, sur la source des Yeux aux bains d'Hercule, en Hongrie.

6° Deux rapports de M. le docteur MAUTREYT, sur le service médical des eaux de Maska et de Lavardens (Gers) en 1856.

7° Un rapport de M. le docteur GOULET, sur le service médical des eaux de St-Laurent-les-Bains (Ardèche) pendant l'année 1856. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. CAP remercie l'Académie de sa nomination au titre d'associé national.

2° Une note de M. JAKOWSKI, dentiste à Paris, sur un nouveau moyen d'extraire les dents sans douleur. Ce moyen consiste dans la compression de certaines branches nerveuses.

3° Une note sur la cause de la fièvre puerpérale, par M. le docteur Chrysostome ROMANOWSKI.

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau, au nom de M. VLEMINCKX, membre correspondant, un mémoire sur la revaccination.

L'auteur rend compte, dans ce travail, des expériences de revaccinatio faites par M. le docteur Denobelle, à Gand. Voici les conclusions de ce travail :

La revaccination n'aboutit que sur 4 p. 0/0 des sujets âgés de 20 à 40 ans, tandis qu'elle a été suivie de succès sur 23 p. 0/0 de 40 à 60 ans, et sur 54 p. 0/0 de 60 à 70 ans.

Donc : 1° jusqu'à 25 ans, la revaccination est inutile.

2° A partir de cet âge, et jusqu'à 35 ans, elle produit des résultats utiles sur un certain nombre d'individus, mais néanmoins sur un nombre excessivement restreint; par conséquent, sans la proscrire entièrement, on ne doit pas non plus la recommander avec de trop vives insistances.

3° A partir de 35 ans, elle devient véritablement préservatrice, et, par conséquent, nécessaire.

4° En supposant qu'elle n'ait pas abouti une première fois, ce n'est pas une raison pour ne pas y recourir à d'autres époques, rien n'indiquant qu'entre l'une et l'autre opération la réceptivité ne soit pas revenue.

5° En définitive, la revaccination des élèves des écoles, des pensionnats, des athénées, des séminaires, etc., est inutile.

La revaccination des soldats, dans une armée constituée comme la nôtre, l'est également.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. DEHAMEL, membre de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. DEPAUL.

« Messieurs, je me suis excusé déjà de reprendre la parole dans cette discussion, à plus forte raison, devrais-je le faire aujourd'hui, puisqu'il me reste plusieurs choses à dire et que je vais encore occuper une fois la tribune.

Mardi dernier, j'ai examiné les opinions de M. Beau et celles de M. Bouillaud; aujourd'hui je vais examiner rapidement les discours qui ont été prononcés par quelques-uns de nos collègues. Voyons d'abord M. Cazeaux.

M. Cazeaux m'a complimenté de la franchise de mes allures. Je l'en remercie, et je regrette de ne pouvoir lui adresser, à mon tour, le même compliment. M. Cazeaux a commencé par dire : « Je suis localisateur, M. Beau est mon général,» et puis il a annoncé qu'il apportait à la question des éléments nouveaux favorables à la doctrine de la localisation; mais il n'a pas tenu sa promesse, et, en réalité, il n'a apporté, sur ce point, aucun argument qui ne fût déjà connu. Puis il a changé de front et il est devenu plus généralisateur que nous. En effet, malgré toutes les rectifications introduites par lui dans la rédaction de son discours publié par le *Bulletin de l'Académie*, il reste de ce qu'il a dit que, pour lui, la femme enceinte est malade par le fait même de sa grossesse et pendant tout le temps que dure sa grossesse. Il est allé si loin à ce sujet, qu'il n'a pas craint d'avancer que les globules du sang pouvaient, chez la femme enceinte, se transformer directement en pus dans les vaisseaux. Il a produit ces idées sous le couvert de M. Andral, qui ne les accepte plus. On sait maintenant que ce que l'on a pris, à une certaine époque, pour des globules de pus dans le sang, n'est que les globules blancs du sang lui-même; — ce qui constitue la maladie appelée leucocythémie.

Il a ensuite émis une singulière proposition — reproduite ailleurs par M. Béhier — à savoir qu'il ne faut pas étudier la fièvre puerpérale à l'état épidémique, mais bien à l'état sporadique. Que cette maladie, sous ces deux états, soit plus ou moins grave, je ne le conteste pas; mais que ces deux états constituent deux maladies différentes, je le nie, et je serais plutôt tenté d'adopter la proposition inverse, c'est-à-dire qu'il ne faut étudier la fièvre puerpérale qu'à l'état épidémique, si l'on veut en avoir une idée vraie. M. Cazeaux s'est laissé aller à dire que le choléra lui-même n'est pas une maladie primitivement générale; je n'y comprends plus rien. De telles affirmations expliquent pourquoi il m'a été impossible de classer la plupart des orateurs qui se sont fait entendre dans cette discussion, de les classer, dis-je, soit parmi les localisateurs, soit parmi les généralisateurs.

Je passe à des réfutations plus sérieuses.

M. Trousseau a pris deux fois la parole, ou pour mieux dire, il l'a prise quatre fois et il a fait deux discours. Je suis loin de m'en plaindre, et personne, à coup sûr, n'a songé à le regretter, mais enfin, M. Trousseau a fait un premier discours pour prouver qu'il n'y a pas de fièvre puerpérale, et un second pour prouver qu'il y en a une...

M. TROUSSEAU demande à expliquer sa pensée par un seul mot. Cette demande étant repoussée par M. Depaul et par M. le Président, M. Trousseau annonce qu'il ne prendra pas de nouveau la parole pour répondre à M. Depaul.

M. DEPAUL, continuant : M. Trousseau aurait pu se dispenser de son premier discours. En effet le mérite de cette proposition qui, d'abord, ressemble à un paradoxe, ne lui appartient pas, et je la retrouve très explicitement formulée dans un vieux petit livre dont je lui demande la permission de lui citer un passage. (M. Depaul donne lecture de sa citation). D'ailleurs, cela était admis par chacun de nous, généralisateurs. M. Trousseau ensuite a énoncé cette opinion qu'il regardait, en général, la lésion locale comme primitive et antérieure aux symptômes généraux, et cette opinion aurait grandement besoin d'être éclaircie; je me réserve, si le temps me le permet, de lui demander à ce propos, des explications nécessaires. Puis, M. Trousseau, protestant contre l'assimilation de l'infection purulente avec la fièvre puerpérale, a cité les expériences de Gaspard desquelles il semble résulter que l'introduction du pus dans les veines est exempte de danger. J'ai voulu m'assurer du fait sur le texte même, et j'ai vu, dans le journal de Magendie qui rapporte ces

expériences, qu'elles sont beaucoup moins inoffensives qu'on ne l'a dit ici ; sur cinq chiens soumis aux expériences, quatre sont morts.

M. Trousseau s'est ensuite emparé de la question de la contagion, et, à cet égard, bien qu'en y mettant des formes très polies, il ne m'a pas épargné. Je lui ferai d'abord remarquer, sans irritation, qu'il est parfois terrible envers ses anciens élèves — j'en suis un — et envers ses collègues. Quand il veut faire prévaloir une vérité, ou ce qu'il croit être une vérité, rien ne lui coûte. Il a de l'esprit, comme on dit, à revendre, et il en use largement contre ses adversaires ; mais l'esprit ne prouve rien et quelquefois même gâte, lorsqu'il est poussé trop loin, la cause qu'il prétend servir. M. Béhier a dédié à M. Trousseau des lettres sur la fièvre puerpérale, dans lesquelles il défend une doctrine opposée à celle de M. Trousseau. Je m'en étonne et j'aurais cru qu'un travail paraissant sous l'invocation d'un nom comme celui de M. Trousseau, eût dû remplir cette première condition, d'être conforme aux idées de M. Trousseau. J'ai été trompé. Mais, enfin, M. Trousseau a ruiné d'un mot le but même pour lequel M. Béhier a entrepris la publication de ses lettres, but qui était d'établir une méthode de traitement, car c'est toujours là qu'il en faut venir. M. Trousseau, dis-je, a montré que la mortalité était infiniment plus grande dans le service de M. Béhier que dans les autres. M. Béhier, à la vérité, a répondu et a expliqué sa statistique ; mais, en admettant toutes ses explications, il reste toujours acquis qu'il perd tout autant de malades que les autres chefs de service d'accouchement, et que, par conséquent, sa méthode n'a rien de supérieur. Je reviens.

J'avais dit, parlant de la contagion : voici les faits que j'ai vus, je vous les livre tels que je les ai observés. Je croyais avoir fait quelque chose de bien, d'honnête ; eh bien ! pas du tout ; M. Trousseau est venu, qui a dit : Je suis plus partisan que vous de la contagion, mais vous avez eu tort de dire cela, parce que cela sera mal interprété. Et il a laissé deviner les interprétations malveillantes qu'on pourrait prêter à mes paroles. Eh! que m'importe ! J'ai fait ce que j'ai cru être un devoir, je ne veux pas obéir à d'autres considérations. J'espère que M. Trousseau reconnaîtra qu'il n'était pas convenable de dire ici, ce qu'il a dit à ce propos, et ce rappel aux convenances est la seule vengeance que je veuille tirer de ses paroles.

Enfin, M. Trousseau a fait un discours très intéressant sur la spécificité, très spirituel, comme toujours, mais dans lequel il n'a dit que des choses connues, et sans montrer cette spécificité. Je ne reviendrai pas sur la critique scientifique très juste qui lui a été adressée à ce sujet par M. Cazeaux.

J'arrive à M. Guérin, et je commence par dire que je n'ai nulle intention de le blesser, mais je m'exprimerai sur son compte en toute franchise. Je retire d'avance toutes les expressions qu'il pourrait trouver blessantes dans ce que je dirai.

M. Guérin a fondé une théorie physiologique de la fièvre puerpérale sur le retrait de l'utérus. Il s'est excusé d'abord de son intervention dans ce débat, et il a eu tort, puisqu'il a dit ensuite qu'il avait plus qu'un autre le droit d'y prendre part : « A vous, a-t-il dit, accoucheurs de l'Académie, les petites opérations et les menus détails, comme de soutenir le périnée, etc., à moi de poser les grandes lois ! »

Puis il a écrit qu'il avait eu tort d'ouvrir sa main pleine de vérités...

M. Guérin : Je n'ai pas parlé de cela à l'Académie et vous ne devez pas citer mon journal à cette tribune !

M. Depaul. Comment, Monsieur, on ne pourrait citer à cette tribune que les choses dites au sein de l'Académie? Mais je cite des auteurs qui écrivaient il y a cent ans, et vous ne le trouvez pas mauvais. Je suis d'ailleurs de l'avis de M. Guérin. Oui, il a eu tort d'ouvrir sa main pleine de vérités; mais il a eu tort pour lui et je vais le lui prouver. D'abord, il a dit que les princes de la science n'avaient rien écrit sur le retrait normal de l'utérus, et, sans aller bien loin, voici une addition de 1846, de l'ouvrage de M. Jacquemier sur les accouchements, dans lequel ce retrait est indiqué exactement jour par jour. Depuis vingt ans j'entends M. P. Dubois décrire dans tous ses cours les phases de ce retrait; moi-même, je l'ai dit, tout le monde connaît cela.

M. Guérin a pris ici l'effet pour la cause. Il croit que la femme est malade parce que l'utérus reste gros ; il se trompe, c'est parce que la femme est malade que l'utérus reste gros passé une certaine époque.

Je n'ai *jamais* vu une nouvelle accouchée dont l'utérus ne dépassât pas le pubis après plusieurs jours, et M. Guérin n'a *jamais* vu le contraire, je le lui affirme.

Voici une des conclusions du pli cacheté qu'il a fait ouvrir lundi dernier à l'Académie des sciences : « Toute femme dont l'utérus n'est pas revenu le troisième jour derrière le pubis et plus bas que lui, aura *nécessairement* une fièvre puerpérale. »

Quant au passage des matières de l'utérus dans le péritoine, je ne veux lui dire qu'un mot : Je le prie de me faire voir une seule femme dans le péritoine de laquelle on trouvera ces matières. M. Jacquemier a dit avec esprit que les trompes de Fallope devraient changer de nom et s'appeler désormais les *pompes* de M. Guérin. Si ce passage était réel, il faudrait qu'il fût considérable, comme un ruisseau, car c'est par seaux que les matières s'écoulent du péritoine lorsqu'on fait des autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale.

Si, d'autre part, l'air jouait le rôle que vous lui attribuez dans l'utérus, comment n'auriez-vous pas trouvé un traitement? Rien n'était plus facile ; il suffisait de l'empêcher d'entrer. A votre place j'aurais inventé un moyen ; j'aurais adapté une soupape au vagin; j'aurais tenu les femmes sous l'eau pendant quinze jours s'il l'eût fallu, etc. Vous n'avez trouvé que le seigle ergoté pour faire revenir l'utérus sur lui-même. J'en appelle à tous nos maîtres ici présents et je n'insiste pas.

J'aurais voulu répondre un peu à M. Velpeau, mais son discours inséré au *Bulletin* ressemble si peu à ce que je lui ai entendu dire à cette tribune, que je n'ai plus le courage de lui présenter mes objections. Je dois cependant, à propos de son historiette de l'étranglement contagieux, faire remarquer que cela a fait rire, mais n'a rien prouvé absolument contre la contagion de la fièvre puerpérale.

Messieurs, je vais reprendre quelques points de mon propre discours. J'ai cherché, quand j'ai parlé ici, il y a trois mois, à faire prévaloir l'idée que la fièvre puerpérale est une maladie primitivement générale. J'ai donné à l'appui une série de preuves :

— Elle est épidémique, et toutes les maladies épidémiques, le typhus, le choléra, la fièvre typhoïde, etc., qui sont contagieuses, ne sont-elles pas des maladies primitivement générales? On l'observe dans les réunions de femmes en couches et elle peut s'étendre aux personnes qui ne sont pas actuellement dans l'état puerpéral, ainsi que j'en ai cité des exemples. On a beau repousser cette manière de voir, il faut y revenir. M. Trousseau, à ce propos, a dit : Comment savez-vous que vous avez eu affaire alors à une fièvre puerpérale ? Mais parce que, en ce qui me concerne, j'ai retrouvé, sur l'élève sage-femme, vierge, dont j'ai fait l'autopsie, toutes les lésions qui caractérisent la fièvre puerpérale. — A ce propos encore M. Cazeaux m'a demandé : Qu'est-ce qu'une maladie contagieuse ? — Cela n'est pas sérieux.

— J'ai dit qu'elle était contagieuse par infection. M. Beau l'a nié; mais il suffit de voir, dans les maisons d'accouchements, mourir successivement dans le même lit toutes les femmes qui viennent l'occuper. Dernièrement, une jeune dame d'Issoudun, au terme de sa grossesse, va à Angers, où régnait une épidémie de fièvre puerpérale. Son médecin, effrayé pour elle, la fait repartir pour Issoudun et l'accompagne. Elle accouche à Issoudun ; l'accouchement se fait bien, et, le lendemain, elle est prise des accidents les plus graves de la fièvre puerpérale. Niera-t-on la contagion par infection ?

J'ai dit enfin que la maladie, surtout en temps d'épidémie, peut être infectieuse par contact.

— J'avais, en outre, insisté sur les altérations primitives du sang. En effet, cette altération constitue souvent à l'autopsie la seule lésion anatomique appréciable; elle est donc primitive, puisqu'elle est seule. J'ajoute qu'elle est suffisante. Elle peut s'expliquer par le défaut d'hématose. Elle a été signalée, comme je l'ai dit, par Vogel et par Virchow.

— Enfin, j'ai appelé l'attention sur d'autres symptômes très nombreux; on m'a répondu que ces symptômes étaient offerts par d'autres maladies, cela est vrai. Toutefois, on ne s'y trompe pas cliniquement.

On a dit, ailleurs qu'à l'Académie : Vous ne savez pas faire les autopsies; quand vous avez donné 199 coups de scalpel sans rien trouver, vous croyez qu'il n'y a rien; mais le 200e coup vous eût fait découvrir quelque chose et vous ne l'avez pas donné. A cela je dois répondre que j'ai fait fait un très grand nombre d'autopsies; que lorsque je n'ai rien trouvé, cela a piqué ma curiosité, et que je me suis entêté alors à chercher quelquefois pendant trois ou quatre heures, et que souvent, je le répète, je n'ai rien trouvé.

— J'ai dit encore que la fièvre puerpérale se distingue des autres maladies par la multiplicité des lésions et par la nature des matières épanchées dans le péritoine. M. Cazeaux a répondu que, dans les péritonites franches générales, on trouvait ces mêmes lésions et ces mêmes matières. Non, jamais on ne retrouve ces gros flocons albumineux qui sont particuliers à la fièvre puerpérale et n'appartiennent qu'à elle.

Ce n'est pas tout. Il s'agit de savoir si elle peut être confondue avec une autre maladie. Sans doute, il y a des affections puerpérales de plus d'une sorte, et j'admets cela avec M. Hervez de Chégoin et M. Beau. Mais la fièvre puerpérale en est très distincte. Ces différentes affections puerpérales peuvent, comme le demande M. Bouillaud, très bien se distinguer cliniquement : dans la fièvre puerpérale, les frissons ont un caractère propre, très différent de celui de l'infection purulente ; la peau n'offre pas la même teinte dans les deux affections ; les urines ne sont pas fétides dans la fièvre puerpérale comme elles le sont dans l'infection purulente; la durée n'est pas la même, etc. On a nié tout cela, mais on ne l'a pas démontré.

On a répété un grand nombre de fois, pour assimiler la fièvre puerpérale à l'infection purulente, qu'il y avait une plaie semblable à celle des amputations, par exemple. Je m'étonne, en vérité, que personne n'ait protesté.

M. Velpeau : Je l'ai fait.

M. Depaul : Malgré tout ce qui a été dit à propos de la fièvre des nouvelles accouchées, la vérité est qu'à l'état normal il n'y a pas le moindre mouvement fébrile. On devrait rayer le mot fièvre de lait du vocabulaire ; il est dangereux. Quand il y a de la fièvre, c'est que la femme est malade.

Quant à la phlébite, à laquelle on a fait jouer un si grand rôle, je veux dire — sans faire une leçon — que le système veineux utérin pendant la grossesse et après la couche, est un système spécial qui ne communique pas directement avec la circulation générale ; que, par conséquent, dans le cas où il y aurait du pus dans les sinus, ce pus ne passerait pas dans les autres vaisseaux. Il y a là analogie avec ce qui se passe à la surface d'une plaie qui n'absorbe pas le pus qui la recouvre. M. Velpeau n'admet plus cette absorption ; il s'en est expliqué.

M. Velpeau : Où cela ?

M. Depaul : L'infection putride, décrite par M. Hervez de Chégoin, n'a rien de commun avec la fièvre puerpérale. Dans les fausses couches, souvent le délivre est retenu dans la matrice, il s'y putréfie et peut déterminer des accidents et même la mort. Mais qui prendra jamais cela pour la fièvre puerpérale? Comment peut-on confondre deux choses aussi profondément différentes, deux affections qui n'offrent rien de commun ni pendant la vie, ni à l'autopsie?

Quant à la métrite simple, tout le monde en fait facilement la distinction, quoi qu'en dise M. Beau.

Messieurs, je désire, pour en finir, aborder encore la question de thérapeutique, qui est la question culminante de ces débats, ce qu'on a trop oublié pendant cette discussion.

Les médications sont nulles. Il faut s'attacher à prévenir la fièvre puerpérale. Or, on l'observe plus dans les hôpitaux qu'en ville; personne n'a protesté contre ce fait général, sauf les réserves faites par MM. Dubois et Danyau.

J'ai cité, à l'appui, la statistique de M. Tarnier, de laquelle il résulte que 1 femme sur 19 meurt à la Maternité, tandis qu'il n'en meurt qu'une sur 332 dans le 12e arrondissement. On m'a dit : prenez garde; il est difficile de faire des statistiques exemples d'erreurs ! je le sais ; mais en ne lui accordant qu'une valeur relative, elle est encore assez éloquente ; il en résulte invinciblement que les femmes, même dans des conditions déplorables, meurent beaucoup moins en ville qu'à la Maternité, où les conditions d'habitation, de soins, etc., sont bien meilleures, etc.

On m'a fait dire que je demandais la suppression des Maternités. C'est trop absolu. Je demande la dissémination des femmes en couches et la distribution des secours à domicile.

Pendant onze ans, de 1837 à 1848, il a existé une Association de secours à domicile, fondée sous le patronage de la reine Amélie, présidée par Orfila, et qui comptait parmi ses médecins consultants M. Dubois (qui trouve tant de difficultés à ces secours à domicile), M. Moreau, M. Velpeau, etc.

Sur 1,258 malades, prises dans une période de quelques années, il n'y a pas eu un décès, tandis que dans l'une des années de cette même période, en 1841, il est mort 4 femmes sur 100 dans les hôpit[illegible] opposition est signalée dans le compte-rendu mêm[illegible]aux. Cette [illegible] de l'Association.

J'ajoute que les maisons d'accouchements sont encore plus meurtrières pour les enfants que pour les mères.

Je regrette, Messieurs, que cette Association, emportée par les événements de février, n'ait pas été relevée depuis ; c'est une tâche que j'entreprendrai, et il ne tiendra pas à moi qu'elle ne renaisse bientôt.

Voici mes conclusions :

1° La fièvre puerpérale, c'est-à-dire une altération primitive du sang, peut exister seule ou entraîner les désordres anatomiques les plus variés, est une maladie incontestable.

2° Elle se montre presque toujours sous forme épidémique, et exerce surtout sa funeste influence dans les maisons spéciales où sont réunies les femmes enceintes et en couches.

3° Sa nature contagieuse est des plus évidentes ; elle se transmet par voie d'infection, et, selon toutes les probabilités, par contact.

4° Puisque les ressources de la thérapeutique sont à peu près impuissantes ; puisque les nombreuses améliorations introduites jusqu'à ce jour, au point de vue de l'hygiène, dans les maisons ouvertes à ces pauvres femmes, n'ont pas fait descendre le chiffre de la mortalité, il n'est plus permis de laisser subsister un pareil état de choses.

5° Il ressort de tous les documents connus que, dans la pratique de la ville, malgré les conditions défavorables créées par la misère et le dénument le plus complet, malgré les fâcheuses influences qu'exercent les foyers d'infection qui se produisent périodiquement dans les maisons ou les services spéciaux, la mortalité est dans une proportion infiniment moins grande.

6° La conclusion logique et forcée, c'est qu'il ne faut plus réunir (même en petit nombre) les femmes enceintes et en couches.

7° Enfin qu'il faut les secourir à domicile toutes les fois que la chose est possible, et, dans le cas contraire, les disséminer dans les divers services des hôpitaux ou chez les sages-femmes, qui ne demanderont pas mieux de prendre ces nouvelles pensionnaires moyennant une très modique rémunération.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 1er juin 1858, a fixé ainsi qu'il suit les trois sujets de thèses que les candidats aux places d'agrégés vacantes dans les Ecoles supérieures de pharmacie de l'Empire pourront traiter, à leur choix, dans chaque section :

Section de physique, de chimie et de toxicologie.

1° Mesure de la tension des vapeurs, particulièrement à l'égard des corps peu volatils, susceptibles d'être employés en médecine ou d'agir sur l'économie, considérés aux températures voisines de la température ordinaire;
2° Des alcalis organiques volatils naturels ou artificiels;
3° Empoisonnement par les gaz.

Section d'histoire naturelle, médicale et de pharmacie.

1° Des papavéracées ;
2° Des baumes;
3° Des eaux minérales naturelles et artificielles.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 72. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 19 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Delafond, d'Alfort, annonce à l'Académie qu'il a découvert, le 9 de ce mois, un nouvel acarus sur un mouton napolitain. C'est à ce sarcopte que serait due la maladie, souvent observée dans la race ovine, et désignée sous le nom de *noir museau*. M. Delafond ajoute qu'il complétera incessamment cette communication en mettant sous les yeux de l'Académie des dessins représentant cet acarus, et probablement aussi quelques-uns de ces parasites.

Après avoir donné lecture de la lettre qui contient ces faits, M. Flourens en lit une seconde adressée par MM. Delafond et Bourguignon. Il est question, dans celle-ci, du grand travail de ces messieurs sur l'acarus de la gale. L'Académie a décidé que ce travail, couronné par elle, serait imprimé dans le *Recueil des savants étrangers*, après, toutefois, avoir réduit quelques-unes de ses parties à un simple résumé, dans le but de rendre ce travail plus court.

Ces messieurs redemandent aujourd'hui leur manuscrit, afin de lui faire subir les modifications nécessitées par cette décision. M. Flourens propose d'adjoindre à MM. Delafond et Bourguignon M. Duméril, qui a été un des commissaires chargés d'examiner leur travail lorsqu'ils l'ont envoyé au concours. Cette proposition est adoptée.

— M. le docteur Puech, de Toulon, envoie une note relative à la corrélation de la maladie des capsules surrénales avec la maladie bronzée. Dernièrement, il lui a été donné d'observer un cas de maladie bronzée consécutive à l'atrophie des capsules surrénales.

— M. le docteur Bertulus, de Marseille, adresse un exemplaire imprimé de son mémoire sur les fièvres typhoïdes, et exprime le désir qu'il soit compris parmi les ouvrages présentés au concours pour le prix Montyon.

— M. Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, recommande, par une note, le soufrage contre les muscardines qui font périr, dans ce moment, tant de vers à soie.

— M. le docteur Gallavardin, de Lyon, fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Études sur l'enseignement clinique dans quelques Universités allemandes, et particulièrement à Vienne, en Autriche.*

— M. Sedgwick, nommé dans la séance du 24 mai membre correspondant pour la section de minéralogie et de géologie, remercie l'Académie.

— M. le docteur Semanas fait hommage d'un volume intitulé : *Doctrine pathogénique fondée sur le génie phlegmasi-toxique.*

— M. Sicard, de Marseille, qui s'occupe avec tant de zèle de la culture du sorgho, envoie une caisse énorme pleine de tous les produits que fournit cette plante. On y trouve jusqu'à une sorte de *sépia*, avec laquelle on peut faire des dessins comme avec la sépia classique.

— M. le docteur Rotureau, qui, par l'intermédiaire de M. Velpeau, avait offert déjà à l'Académie un travail sur les eaux minérales de l'Europe, et principalement sur les eaux de l'Allemagne et de la Hongrie, M. Rotureau demande que ce travail soit admis au concours pour les prix Montyon. Il envoie, en même temps que sa demande, un extrait de son travail, comprenant les points de vue ou neufs, ou particulièrement remarquables sur lesquels il désire appeler l'attention de la commission.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le Secrétaire perpétuel annonce la mort de M. Blume, membre correspondant pour la section de botanique.

— M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire dépose sur le bureau de l'Académie un ouvrage orné de gravures coloriées, et relatif aux grands singes de la famille des Gorilles, qui ont pu être étudiés au Muséum. Dans cet ouvrage, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire rectifie beaucoup d'inexactitudes émises par les naturalistes et les voyageurs à propos des mœurs de ces animaux.

— M. Delavergne lit un mémoire sur le soufrage de la vigne, et dépose sur le bureau un soufflet particulier, à douille recourbée et très évasée dont il se sert. M. Delavergne décrit la meilleure manière, selon lui, de procéder au soufrage, et il indique les époques auxquelles il est convenable d'attaquer l'oïdium. Avec sa méthode, il a réussi, depuis 1852, à préserver de toute atteinte une pièce de vignes de 100 hectares, située dans le Médoc, tout près de la Garonne. Après avoir raconté que des conférences à ce sujet ont été provoquées par lui dans tous les chefs-lieux d'arrondissement et de canton, et qu'il a fait partout l'exposition de ses procédés en présence des vignerons, des autorités administratives et du *clergé*, M. Delavergne s'applaudit des résultats d'une propagande aussi active, et pour en donner une idée... pittoresque, il termine par cette phrase qui ne manque pas d'accent : « En ce moment, la Gironde est sous un nuage de soufre ! »

— Voici les noms des membres de la commission des arts insalubres nommés dans la séance du 7 juin ; ce sont MM. Chevreul (23 voix), Rayer, Dumas, Payen, Boussingault (17 voix).

Lundi dernier, l'Académie a procédé, par la voie du scrutin, à la nomination de cinq commissaires pour les prix de *physiologie expérimentale*. Sont sortis de l'urne, MM. Cl. Bernard (31 voix), Flourens, Milne-Edwards, Serres et Rayer (18 voix).

— M. Junod donne lecture d'un mémoire sur de nouvelles indications thérapeutiques que seraient aptes à remplir les grandes ventouses qui portent son nom. Cette fois il s'agit des accès de fièvre intermittente, modifiés par leur application. Nous pourrons en reparler quand nous aurons le texte du mémoire sous les yeux. Dès aujourd'hui, nous voulons complimenter M. Junod sur un détail de sa lecture, qui nous a donné une assez haute idée de son talent d'observation. M. le Président, toujours effrayé de la longueur des manuscrits et toujours pressé d'épuiser son ordre du jour, a coutume de dire aux lecteurs, aussitôt qu'ils ont achevé leur exorde : « Veuillez passer aux conclusions. » M. Junod n'a pas attendu cette amicale injonction. Après avoir lu quelques pages, il s'est arrêté, et, tournant les feuillets avec régularité, il a dit : « Afin d'épargner les moments précieux de l'Académie, je vais seulement énoncer les conclusions de mon travail. » Puis il a repris la lecture de ses soi-disant conclusions qui n'étaient autre chose que le mémoire lui-même avec des digressions, voire même de la polémique. Mais M. le Président, calmé par la promesse de M. Junod, lui eût, sans impatience, maintenu la parole plus longtemps encore qu'il ne l'a gardée.

Nous recommandons le procédé aux personnes curieuses de lire leurs œuvres *in extenso*,... sans en avoir l'air.

— M. Boussingault a donné lecture de la première partie d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la quantité d'acide nitrique contenue dans la pluie, le brouillard et la rosée.* C'est M. Barral, ainsi que l'a rappelé M. Boussingault, qui a montré le premier que les pluies d'orages ne contiennent pas seules de l'acide nitrique.

— M. Pelouze présente, au nom de M. Saint-Gilles, une nouvelle note sur les propriétés oxydantes du permanganate de potasse (caméléon minéral).

— M. J. Cloquet, au nom de l'auteur, dépose sur le bureau la seconde édition du mémoire sur l'utilité des citernes, par M. Gama, professeur au Val-de-Grâce.

MM. Balard, Dumas et Chevreul font diverses présentations chimiques très sommaires.

— Dans la précédente séance, M. Brierre de Boismont, ainsi que

Feuilleton.

CAUSERIES.

Il sera dit que la discussion actuelle, à l'Académie de médecine, soulèvera des questions de toutes sortes, même de celles qui paraissent le plus étrangères au fond du débat. Force nous est bien de revenir sur les incidents de ce drame académique, puisque de cela seul il s'agit à cette heure dans notre monde médical. Ainsi, pourrions-nous laisser passer l'incident soulevé par M. Cazeaux, et relatif à l'intervention de la presse dans les débats académiques, sans ajouter quelques mots à l'opinion que nous avons déjà émise ?

Constatons d'abord un fait agréable : nous n'entendons plus à l'Académie des paroles de dédain à l'adresse des journaux et des journalistes. Si tous les académiciens ne brûlent pas d'un vif amour pour la presse, il n'en est peut-être pas un seul qui oserait se permettre aujourd'hui de lui contester ses franchises et son droit d'intervention. Il est passé dans les croyances de l'Académie que, sans la presse, elle n'aurait acquis ni l'importance qu'elle possède, ni l'intérêt qui s'attache à ses discussions. Elle reconnaît même que le simple compte-rendu de ses séances dans nos journaux n'aurait pas suffi à produire ces résultats, et que l'appréciation de ses travaux par les hommes de la presse, alors même qu'elle trahit un peu d'impatience ou de passion, est très généralement utile à sa popularité. Supposez qu'aujourd'hui, par une cause ou par une autre, la presse active et militante se retire de l'Académie, et dites-nous avec franchise qui perdra le plus à cette retraite ?

Mais la question n'est pas là, et je ne me donnerai pas le facile labeur d'enfoncer une porte ouverte. M. Cazeaux l'a nettement posée en faisant une distinction entre les journalistes libres et un journaliste membre de l'Académie. C'est à celui-là seul que, sans contester formellement son droit d'appréciation des séances académiques, il reproche une sorte d'inconvenance de juger, de critiquer dans son journal les opinions et les discours de ses collègues à l'Académie.

Ce n'est pas la première fois que cet incident est soulevé. Dans la discussion sur les kystes de l'ovaire et de la méthode sous-cutanée qui en fut la conséquence, ce journaliste académicien fut deux fois mis en cause à la tribune académique pour des opinions émises par lui dans son journal. Ce journaliste, alors comme aujourd'hui, contesta le droit à ses collègues de discuter à la tribune les opinions qu'il émettait dans son journal. Deux orateurs, entre autres, ne tinrent aucun compte de cette protestation, et l'un des articles de ce journaliste fut surtout l'occasion et le prétexte d'une des plus vives apostrophes dont la tribune académique ait gardé le souvenir.

La question s'est représentée ces jours passés et le même journaliste a reproduit sa protestation, qui a reçu le même accueil. Si j'en juge par ce qui se dit un peu partout, certains orateurs de l'Académie paraissent fermement décidés à discuter à la tribune aussi bien les opinions du journaliste que celles de l'académicien ; c'est un droit qu'ils croient avoir et ils veulent en user avec la même largesse que le journaliste académicien en usera lui-même.

Question de convenance, question de principe, il y a un peu de tout dans cet incident. De la première, je ne dirai rien, presque rien, c'est là affaire de goût, de tempérament, peut-être, et de cela il est difficile de parler. Le journaliste qui est en cause a sans doute pour maxime que les affaires ne sont jamais mieux faites que par soi-même, et il ne confie pas à d'autres les opinions qu'il veut combattre ou faire prévaloir. Membre de l'Académie, est-il convenable qu'il discute ailleurs qu'à la tribune les opinions de ses collègues? Je ne suis pas chargé de dire là-dessus mon opinion. Au fin fond de mon caractère — je dis caractère — et poussé à bout, je dirais : peut-être vaudrait-il mieux que ce double rôle ne fût pas joué. Mais je me hâte d'ajouter que, quoi qu'il fît, ce journaliste académicien, à moins de fermer complétement ses colonnes à l'appréciation des débats académiques, jamais on ne l'exonérerait de sa responsabilité de rédacteur en chef. Les appréciations seraient-elles signées d'une autre plume que la sienne, c'est lui qui les aurait inspirées ; il n'éviterait pas davantage les récriminations des orateurs intéressés.

Or, le journal que dirige cet académicien peut-il, sans préjudice, ne plus se mêler au mouvement académique, qui est devenu aujourd'hui, et grâce à la presse, le mouvement de la science ? Non, l'abstention compromettrait ses intérêts, on ne peut exiger de lui ce sacrifice et puisque, de quelque façon qu'il s'y prenne, la responsabilité du chef ne sera jamais couverte, mieux vaut que ce soit lui qui l'accepte bravement ; il y a là plus de dignité, plus de franchise.

Mais l'Académie, ou plutôt les orateurs de l'Académie ont-ils le droit de discuter à leur tour et de critiquer à la tribune les opinions émises dans son journal par leur collègue journaliste ?

Je crains qu'il n'y ait ici un malentendu. Discuter, critiquer, tout le monde a ce droit en matière scientifique ; tout le monde a le droit de se servir des éléments qui existent, éléments oraux, éléments écrits, et ces derniers qu'ils se produisent sous la forme de livre ou d'article de journal. Vouloir empêcher cela, serait vouloir l'impossible. La presse, après tout, n'a rien à perdre à ce que ses opinions soient produites et même critiquées à l'Académie, car si tous les journalistes n'ont pas droit de réponse à l'Académie, ils l'ont ailleurs, et ils ne semblent pas disposés à se laisser prescrire. Je crains, après réflexion, que notre confrère, l'académicien journaliste, n'ait fait une confusion entre le droit de la critique individuelle et le droit de la critique collective. Un membre de l'Académie peut, évidemment, critiquer un article de journal, mais, évidemment aussi, cet article de journal ne peut et ne doit pas tomber sous la censure de l'Académie. Cette distinction est capitale et me semble devoir mettre tout le monde d'accord. C'est dans ce sens que nous avons cru devoir appeler l'attention de M. Cazeaux lui-même sur la forme qu'il avait donnée à sa critique, et qui semblait devoir appeler un blâme de l'Académie ; c'est en ce sens encore que nous avons soutenu et nous soutenons qu'un article de journal, de quelque plume qu'il sorte, n'est pas justiciable de l'Académie.

En résumé, si l'académicien journaliste demande trop en réclamant l'inviolabilité absolue de ses articles par les orateurs de l'Académie, ces orateurs outrepasseraient leurs droits en ne se contentant pas de leur critique personnelle. Ils savent tous, et quelques-uns pour en avoir usé, que le droit de réponse à un article de journal est absolu. Or, droit de réponse à la tribune, droit de réponse dans la presse, ce serait là un énorme privilége. Nous, journaliste, nous nous contenterions volontiers

nous l'avons dit, avait lu un mémoire sur l'*aliénation mentale des enfants*, et plus particulièrement des jeunes gens. Nous extrayons ce qui suit des conclusions du mémoire :

« La forme maniaque, ou plutôt la perversion des instincts avec exaltation, est celle que les jeunes malades présentent ordinairement.

» Sur 30 cas où les antécédents ont pu être recueillis avec soin, 18 fois il y avait une prédisposition héréditaire. Dans 12 autres cas, le caractère avait cette teinte de singularité, de bizarrerie, qui n'attend qu'une circonstance déterminante pour passer à la folie.

» Indépendamment de l'aliénation mentale dont ils avaient eu des accès, les parents étaient eux-mêmes plus ou moins excentriques et impressionnables à l'excès.

» Les enfants nés dans ces conditions étaient inégaux, exaltés, tristes ou gais à l'excès, travaillant mal ou par boutades, et constamment punis.

» Chez les 42 sujets dont il s'agit dans ce travail, les premiers symptômes du mal se sont manifestés vers la puberté.

» L'influence de ces transmissions héréditaires est presque complétement inconnue des éducateurs; aussi voit-on souvent la folie être le résultat de cette ignorance.

» Le pronostic de la folie, chez les jeunes gens prédisposés, est grave, car si la guérison est de près de moitié du chiffre total, il y a, dans la majorité des cas, des rechutes, des changements de caractères et de l'inaptitude à exercer un état.

» Au point de vue du pronostic de l'aliénation mentale en général, la connaissance de ces faits prouve que, dans la proportion considérable de l'incurabilité, il faut tenir compte de la nature des éléments.

» L'influence de l'hérédité morbide physique et morale est un enseignement pour la philosophie, l'éducation et la médecine légale.

» Le traitement hygiénique et médical peut arrêter les progrès du mal, mais il est insuffisant; lorsque celui-ci est passé à l'état de dégénérescence, il faut alors recourir au croisement des familles.

» Les expériences nombreuses tentées avec un si grand succès sur les animaux, celles toutes faites sur la race humaine, démontrent chaque jour la puissance de cette loi. »

Une commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer a été chargée d'examiner le travail de M. Brierre de Boismont, travail dont la portée nous paraît considérable, et que ne sauraient trop méditer les *éducateurs* sérieux et vraiment dignes de ce beau titre.

Dr Maximin LEGRAND.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE
SUR LE TRAITEMENT A SUIVRE APRÈS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES,

Par M. G. M. JONES, chirurgien en chef de l'hôpital de Jersey.

RAPPORT

sur ce Mémoire, à la Société médicale d'émulation, lu dans la séance du mois d'avril 1858,

Par M. H. baron LARREY.

La Société a reçu, en 1856, de M. George Matthew Jones, chirurgien en chef de l'hôpital de Jersey, un mémoire *sur le traitement à suivre après les opérations chirurgicales*, et elle a chargé une commission composée de MM. Barth, Giraldès et Larrey de lui rendre compte de ce travail encore inédit. Je me serais acquitté plus tôt de la tâche de rapporteur, si je n'en avais été détourné par d'autres occupations. Elles serviront aussi d'excuse à l'insuffisance du rapport que j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de la Société. Le mémoire manuscrit de M. Jones, écrit en anglais, a été traduit avec assez d'exactitude en français, pour que l'on puisse aisément suivre l'auteur dans le cours de son œuvre.

Les progrès de la chirurgie pendant la seconde moitié du dernier siècle, attestent qu'à aucune autre époque, l'art ne s'est approché davantage de la perfection. Et si on y joint la première période de notre siècle, jusqu'en 1815 seulement, on reconnaîtra toute l'influence que les guerres de la Révolution et du premier Empire ont exercée sur la pratique de l'art, par l'intervention de la chirurgie des armées.

M. Jones signale ici l'initiative de Larrey en France, et de Guthrie en Angleterre, avec des éloges que nous ne saurions reproduire. De là l'impulsion donnée par leurs travaux à tous ceux qui les ont continués, soit par la publicité, soit par l'enseignement. La chirurgie est devenue une science aussi bien qu'un art; et l'auteur du mémoire aurait pu rappeler que cette double origine était déjà fort ancienne, sans la faire dater seulement des temps modernes, comme il a cru devoir l'établir.

Mais il a raison et il proclame une vérité incontestable, en ajoutant que, de cette époque récente, est issue la chirurgie la plus bienfaisante pour l'humanité, celle dont tous les efforts tendent à guérir sans mutiler, celle qui mérite d'être généralisée dans l'art, celle, enfin, qui porte si justement aujourd'hui le nom de chirurgie conservatrice. Pour nous, partisans déclarés de ce grand principe d'humanité en chirurgie, pour nous, qui en avons fait, depuis vingt-cinq ans déjà, une application attentive et persévérante, pour nous, qui en avons soutenu la cause, toutes les fois qu'elle était mise en question, nous sommes heureux de lui trouver un soutien de plus dans un chirurgien aussi autorisé que M. Jones.

Il annonce, une fois ce principe posé, qu'il a spécialement en vue, dans son mémoire, d'examiner le mode de traitement à suivre après les opérations chirurgicales, et il dit avec justesse que d'ordinaire on ne s'en inquiète pas assez. Aussi a-t-il encore raison de blâmer ceux qui se préoccupent d'une manière trop exclusive de la manœuvre et de l'habileté opératoires. Il voudrait de plus que, dans bien des cas, le chirurgien assurât lui-même tous les soins secondairement nécessaires à ses opérés. Les résultats définitifs n'en seraient que plus favorables, sans contredit, et M. Jones invoque sa propre expérience, à l'appui de cette sage et utile pratique. Il lui attribue enfin, bien plus qu'à une certaine dextérité, les succès qu'il a obtenus. Ses remarques, à cet égard, se rapportent en général aux maladies chroniques de la chirurgie, plutôt qu'aux maladies aiguës.

Notre confrère de Jersey se prononce d'abord pour le régime nutritif et les breuvages stimulants, ainsi que pour les médications toniques, immédiatement après les opérations, et il préconise les pansements à l'eau, comme les plus simples et les plus convenables, dans la plupart des cas. Cette double proposition nous semble fort admissible, sauf quelques circonstances à part. Beaucoup de chirurgiens, d'ailleurs, se comportent ainsi, tant en France, qu'en Angleterre et ailleurs.

Les raisons à l'appui du régime fortifiant nous paraissent d'une telle évidence, que nous n'avons pas besoin de les reproduire, ni de les analyser, d'après M. Jones. Il aurait même pu, selon nous, donner à cette partie de son travail des développements cliniques plus originaux ou plus complets.

Il expose cependant avec sens et justesse, que les huit ou dix premiers jours qui suivent une opération, sont les plus critiques, et forment la période la plus essentielle à surveiller, pour le régime et les pansements qui doivent contribuer à la guérison. Il est, au contraire, toujours disposé à affaiblir les malades atteints d'affections chroniques, vers l'époque où ils doivent être opérés, s'ils ne sont pas débilités par leur maladie elle-même. Les stimulants, administrés ensuite ou après l'opération, produisent une réaction plus sensible et plus salutaire sur la constitution. Ce point de vue est assez nouveau, et basé sur une appréciation logique de la physiologie et de l'hygiène appliquées à la chirurgie.

De là, quelques indications propres aux tempéraments sanguins, lymphatiques, etc., aux influences de faiblesse, aux diathèses scrofuleuses ou autres, à la présence des vers dans les intestins, etc.; toutes conditions variées auxquelles le chirurgien opérateur et médecin doit savoir apporter les remèdes convenables. Ajoutons, pour satisfaire pleinement notre honorable confrère, qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens français ont soin de faire ainsi, comme font sans doute bien d'autres chirurgiens des diverses nations.

M. Jones a déduit de ses principes une méthode qu'il recommande essentiellement, et dont voici l'aperçu sommaire : aussitôt qu'après l'opération l'effet du chloroforme s'est dissipé, il administre une forte dose d'opium, dont la quantité varie selon l'intensité de la douleur et l'irritabilité du malade. Il prescrit ensuite, à plusieurs reprises, du sulfate de quinine, du vin d'Oporto et du bouillon de bœuf bien consommé. Puis, dès le lendemain de l'opération, il permet des œufs et de la viande grillée deux fois par jour, et pour boisson du porter et de l'ale, plus un peu de vin sans supprimer le sulfate de quinine qu'il administre à dix ou quinze grains, en vingt-quatre heures. Il donne par exemple, à un opéré adulte, les trois quarts d'une bouteille de vin ou une bouteille entière, et un litre ou deux de bière.

Un régime aussi substantiel, aussi tonique, dès le lendemain d'une grande opération, étonnerait peut-être bon nombre de médecins, si d'autres ne savaient, par expérience ou par tradition, que ce régime a été dépassé de beaucoup, dans certaines circonstances, notamment par les chirurgiens du Nord et par les Russes, bien plus que par d'autres. M. Jones soumet les enfants au même régime, moins la réduction proportionnelle à leur âge et aux autres conditions de leur santé. Il substitue quelquefois les ferrugineux et le sirop d'iodure de fer aux préparations de quinquina, et souvent il permet l'usage des spiritueux, en diminuant la proportion du vin et des autres boissons.

L'auteur ne préconise pas, du reste, sa méthode d'une manière exclusive; et il convient que ce serait un système défectueux, si on voulait en faire un système absolu. Mais bien entendu, bien dirigé, tel qu'une expérience de trente années lui en a dicté la formule, le système des stimulants chez les malades soumis à des opérations chirurgicales, pour des affections chroniques, est considéré par M. Jones comme le moyen le plus propre à assurer la guérison ou à garantir des résultats favorables. Il a suivi cette méthode dans la plupart des grandes opérations. Dans les amputations et les résections, et entre autres dans une résection de la tête du fémur, dans huit ou neuf résections du genou, dans plusieurs du coude, du poignet, de la clavicule, et dans bien d'autres opérations encore.

Regrettons qu'à défaut d'une relation exacte ou particulière de ces faits, il ne nous en ait point offert un tableau synoptique, dont la signification eût été ici d'un grand intérêt, en même temps qu'une garantie de la pratique suivie par le chirurgien en chef de l'hôpital de Jersey. Mais il cite comme témoins de sa méthode plusieurs de ses honorables compatriotes, docteurs même de la Faculté de Paris.

Il a soin de rappeler que ce mode de traitement n'est pas applicable aux opérations pratiquées pour des lésions traumatiques récentes; mais, alors même, il n'est point partisan de la diète. Il n'admet, presque dans aucun cas, l'emploi des purgatifs drastiques; et à l'appui de son expérience à cet égard, il cite celle de

---

du premier. Je crois que, de part et d'autre, tout le monde gagnerait à s'en contenter aussi.

Du reste, l'esprit gaulois ne perd jamais ses droits, même à l'occasion des discussions les plus sérieuses. Après la vive critique faite par MM. Cazeaux et Depaul, de la théorie physiologique de M. Guérin sur le retrait de l'utérus et l'aspiration des liquides par les trompes, en entendant M. Guérin réclamer la parole, un académicien s'écria : Décidément, M. Guérin ne renonce ni à ses œuvres ni à ses *pompes*.

Hydrologie, tes charmes sont donc bien attirants ! Tous les ans le nombre de nos médecins balnéologues augmente, tous les ans, vers cette époque, augmentent les désertions de nos confrères parisiens pour les lieux fortunés fréquentés par les naïades thermales. Est-ce bien vous, vous seules, divinités ondines, qui éclaircissez ainsi nos rangs? Question indiscrète et que j'ai regret d'avoir posée. Toujours est-il que si vient à se propager encore l'épidémie hydrologique, nos confrères parisiens se feront deux saisons médicales, saison d'hiver, qu'ils passeront en ville, saison d'été qu'ils passeront aux eaux. Ce sera charmant pour eux, charmant pour tous, car, enfin, nos confrères qui ne peuvent ou ne veulent perdre de vue les tours de Notre-Dame n'ont qu'à gagner à cette émigration. Chers oiseaux de passage, que le vent de la prospérité souffle à tous dans vos ailes; dans les vôtres surtout, cher et vieil ami Richelot, qui dirigez votre vol vers le Mont-Dore. Tout le monde comprendra le sentiment de discrétion et de réserve qui doit me contenir en annonçant cette décision prise par notre honoré gérant. Mais, heureusement, tous nos confrères connaissent les qualités sérieuses de science et de caractère qui, comme médecin et comme homme, distinguent notre ami, et personne ne pourra s'offusquer de cette cordiale poignée de main que je lui donne à son départ, comme de mes vœux sincères pour son succès aux thermes célèbres du Mont-Dore.

On dit aussi qu'une nuée de médecins s'est abattue sur les Eaux-Bonnes. Deux de nos honorables confrères de Paris y avaient déjà suspendu leur hamac l'année dernière; la tentative paraît avoir été bonne, puisque cette année, ils courent s'y accrocher encore. Mais le médecin est un aimant de premier ordre qui attire inévitablement le médecin. De Paris et d'un peu partout affluent les médecins aux Eaux-Bonnes, nous dit-on. M. le docteur Darralde, un peu fatigué des vingt-cinq ans de son immense pratique à ces thermes, se reposera probablement pendant cette saison. Il peut le faire en toute sûreté de conscience, les soins médicaux ne manqueront pas aux malades, qui n'auront que l'embarras du choix.

A Pougues, ce déversoir naturel de Vichy, et dont la clientèle augmente à vue d'œil, on dit que notre confrère en journalisme, M. Roubaud, va aider M. de Crozant, qui ne peut plus suffire à l'affluence des buveurs et des baigneurs.

A Vichy, c'est une véritable avalanche de confrères. Tous les ans plusieurs nouveaux médecins viennent y planter leurs tentes. Il est vrai que la foule des malades y augmente sans cesse, mais pas cependant en proportion du nombre des médecins. Si le malade augmente comme un, le médecin augmente comme deux. *Indè*, là, déception comme partout.

Dans les Pyrénées, à Cauterets, à Saint-Sauveur, à Amélie, à Luchon surtout, même concours de médecins, à Luchon, où les savants et persévérants travaux de M. le docteur Fontan ont centuplé le nombre des malades et multiplié peut-être hors de toute mesure le nombre des médecins.

Et remarquez que c'est spontanément et sans titre officiel que les confrères dont je parle vont s'établir aux diverses stations thermales. Le titre officiel, en effet, ne fait jamais de mal, mais il n'est pas indispensable pour acquérir le premier rang. On le voit par ce qui se passe à quelques sources célèbres.

Pour terminer, je reproduis l'anecdote suivante, d'après la *Gazette médicale de Lyon* :

Le célèbre docteur Heim, qui vient de mourir à Berlin, était le médecin ordinaire de la vieille princesse Ferdinand de Prusse. Très originaux tous deux, leurs rapports étaient plus familiers qu'ils ne le sont ordinairement entre gens de conditions si différentes. Le docteur en était arrivé à modérer la hauteur de la princesse, qui, suivant l'usage des grands personnages de l'ancien régime, n'adressait la parole à ses inférieurs qu'à la troisième personne. Lorsque, sur la réputation du docteur, elle l'avait fait appeler :

— Il sera, lui dit-elle, mon médecin ordinaire; en est-il content?

— Évidemment, Altesse, répondit le docteur; seulement je mets à cela trois conditions.

— Et ce serait?... dit la princesse étonnée d'une pareille audace.

— Ce serait d'abord, que Votre Altesse voulût me promettre de ne plus m'adresser la parole à la troisième personne; je n'y suis pas habitué, et cela ne convient pas à ma position.

— Je le *lui* accorderai, c'est-à-dire je vous l'accorderai volontiers.

— En second lieu, continua le docteur, je ne peux faire antichambre chez Votre Altesse, en frac et en escarpins, et outre Votre Altesse, il y a encore des centaines de personnes qui ont besoin de mes secours.

— Allons, dit la princesse, vous êtes franc, et au fond vous avez raison. Voyons un peu votre troisième condition.

— La troisième, c'est qu'en votre qualité d'Altesse royale vous me payiez royalement. — Cette dernière condition était la plus dure, car l'avarice de la princesse avait passé en proverbe. Mais elle s'exécuta encore sur ce point; et, depuis ce temps, elle fut la meilleure protectrice du docteur Heim.

Amédée LATOUR.

Par arrêtés en date du 7 juin 1858, M. Arrachart, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Joire, appelé à d'autres fonctions.

M. Joire, professeur adjoint de clinique externe à ladite École, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Arrachart.

— Par arrêté en date du 14 juin 1858, M. Pourcher, professeur titulaire d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur titulaire de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Lavort, décédé.

M. Pourcher n'aura pas joui longtemps de son titre nouveau, car nous apprenons que cet honorable confrère vient de mourir subitement à l'âge de 50 ans.

— On annonce, pour paraître à partir de juillet, un nouveau journal hebdomadaire, la *Gazette médicale italienne des provinces de Venise*, rédigée par les docteurs Colletti et Barbo Soncin.

l'un des chirurgiens les plus distingués de Londres, M. Skey, de l'hôpital Saint-Barthélemy.

M. Jones signale la fâcheuse situation de plusieurs hôpitaux des grandes villes, eu égard à l'hygiène et à la guérison des opérés, qui se trouvent si souvent privés de sommeil, au milieu de salles déjà remplies de malades, et soumis aux influences délétères de l'encombrement. C'est pourquoi, dès son installation à l'hôpital de Jersey, notre confrère a fait pour ses opérés ce que tous les chirurgiens seraient désireux d'obtenir pour les leurs : il les a placés dans de petites salles isolées du bruit, bien aérées, et pourvues de tous les soins personnels ou matériels nécessaires.

En terminant son mémoire, M. Jones revient sur l'utilité de l'eau, comme topique, ou dans le traitement local des plaies d'opération. Il cite les prescriptions et la pratique d'Hippocrate, tombée pendant trop longtemps en désuétude. Il rappelle aussi que Larrey, dans la campagne d'Égypte, employa l'eau du Nil dans le pansement des blessures; et que Macartney, en Irlande, Liston, plus encore en Angleterre, ont justement préconisé l'usage de l'eau. Il aurait pu ajouter à ces noms là ceux qui les ont devancés, tant en Allemagne qu'en Angleterre et en France, en citant surtout celui de Lombard, qui les résumait alors, dans un travail trop peu connu aujourd'hui sur ce sujet (1).

M. Jones déclare que, depuis l'adoption des principes constituant sa méthode, il n'a jamais eu à traiter la pyohémie ou infection purulente, et qu'il connaît seulement par la tradition et la lecture cette redoutable et si fréquente complication des opérations.

Il achève son travail, en répétant ce que la pratique et l'expérience lui ont enseigné mieux que les livres; et sans avoir oublié les leçons des maîtres, il insiste sur l'opportunité de savoir se guider soi-même dans la noble profession de la chirurgie.

Ajoutons à cette rapide analyse que le chirurgien en chef de l'hôpital général de Jersey, membre des Colléges royaux de chirurgie de Londres et d'Édimbourg, a publié quelques autres travaux, dont nous n'avons pas besoin de parler, pour faire valoir celui-ci à l'appui de sa candidature.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer, pour conclusion de ce rapport, de renvoyer le mémoire au comité de publication, et de nommer M. George Matthew Jones, associé étranger de la Société médicale d'émulation.

La conclusion du rapport est mise aux voix, et adoptée, par le scrutin, à l'unanimité.

THÉRAPEUTIQUE.

FORMULE D'UN NOUVEL ÉLIXIR DE PEPSINE;

Par M. Mialhe.

Depuis que, grâce aux persévérantes recherches de M. le docteur Lucien Corvisart, la pepsine est entrée dans le domaine de la thérapeutique, on a proposé un certain nombre de formules qui ne paraissent pas de nature à remplacer avantageusement les premières préparations publiées par M. Corvisart lui-même. On sait que M. Corvisart administre la pepsine soit en nature, c'est-à-dire sous forme pulvérulente, mélangée à l'amidon, poudre inerte propre à en assurer la conservation, soit en dissolution mêlée au sirop de cerises ou à l'élixir de Garus.

Ces diverses préparations sont certainement les plus aptes à déterminer, entre le bol alimentaire et le ferment digestif, le contact immédiat qui doit opérer la métamorphose (avantage que ne présentent pas au même degré les autres formules proposées dans ces derniers temps). Toutefois, nous croyons devoir donner la préférence à l'ingestion de la pepsine à l'état liquide, parce qu'il est plus facile d'ingérer un liquide qu'un corps pulvérulent, et surtout parce qu'à l'état liquide il est possible de beaucoup mieux masquer le goût fermentescible assez nauséeux qui est propre à la pepsine.

Or, le sirop de pepsine, d'ailleurs assez agréable, dont M. Corvisart a donné la formule, n'est pas susceptible d'une longue conservation, et l'élixir de Garus pepsiné trahit trop la présence du ferment et laisse à désirer sous le rapport de la saveur : nous avons donc, sur la demande de quelques confrères, cherché une formule exempte des inconvénients que nous venons de signaler, et nous croyons avoir convenablement réussi en associant la pepsine à un vin généreux additionné d'alcool et de sucre en quantité suffisante pour masquer la saveur particulière du ferment.

Voici cette formule :

ÉLIXIR DE PEPSINE.

Pepsine amylacée (préparée d'après la méthode de MM. Corvisart et Boudault) . . . . 6 grammes.

Eau distillée	24	—
Vin blanc de Lunel	54	—
Sucre blanc	30	—
Esprit de vin fin à 33 degrés . .	12	—

On met ces matières en contact jusqu'à parfaite dissolution du sucre et l'on filtre.

Cet élixir est d'un goût très agréable; les femmes et les enfants le prennent sans aucune répugnance et même avec plaisir.

On l'administre immédiatement après chaque repas, à la dose d'une cuillerée à bouche, contenant justement la quantité de pepsine nécessaire à la digestion, c'est-à-dire 1 gramme.

ANESTHÉSIE.

NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

La *Gazette des hôpitaux* donne les détails suivants sur le nouveau cas de mort à la suite de l'emploi du chloroforme, cas que nous avions seulement indiqué dans l'un de nos derniers numéros.

Au lit n° 12 de la salle 11 de l'hôpital militaire du Gros-Caillou était entré, le 24 mars dernier, le nommé Brumoy, âgé de 45 ans environ, grenadier au 1er régiment des grenadiers de la garde. C'était un homme d'une taille moyenne, d'une assez bonne constitution, mais paraissant cependant un peu détériorée par la fatigue.

Cet homme, sur les antécédents duquel nous n'avons pu nous procurer de renseignements bien étendus, présentait dans les bourses une tumeur formée par le testicule droit, du volume d'un œuf de dinde à peu près, dure, rénitente, que M. Ceccaldi, dans le service duquel il se trouvait, pensa être une affection cancéreuse du testicule et qu'il résolut d'enlever.

Le jeudi 27 mai, au matin, le malade fut amené dans la salle des opérations; il ne paraissait pas trop ému; il fut placé sur la table, et on commença les inhalations de chloroforme : étaient présents MM. Ceccaldi, qui devait pratiquer l'opération; Thomas, médecin principal de 1re classe; Boudier, médecin-major de 1re classe; de Potor, aide-major de service; plusieurs élèves et plusieurs des médecins requis attachés à l'hôpital.

On ne se servit pour tout appareil que d'un cornet formé par une compresse contenant un peu de charpie sur laquelle on répandit le chloroforme. Nous devons dire, pour être juste, que l'inhalation fut pratiquée par M. de Potor avec un soin tout particulier et avec toute la prudence et les précautions que réclame cette opération délicate. Dans le principe, tout se passa bien. Il n'y eut ni agitation, ni soubresauts, ni mouvements désordonnés, rien, en un mot, qui annonçât un état de souffrance du malade; la respiration était parfaitement calme.

Au bout de deux minutes, on fit quelques épreuves pour s'assurer de l'état de la sensibilité. La résolution n'était pas complète. L'anesthésie ne fut pas trouvée suffisante; on jugea convenable de continuer l'inhalation; le chloroforme, toujours dans le même appareil, fut rapproché des narines. Tout d'un coup, et sans qu'aucun phénomène eût pu faire prévoir ce qui allait se passer, Brumoy se lève sur son séant, les yeux hagards, les pupilles dilatées d'une manière effrayante, les bras tendus et les muscles énergiquement contractés, le visage exprimant l'angoisse d'un homme qui étouffe et qui cherche de l'air; puis il retombe sur le lit, pousse une dernière expiration, et ne fait plus un seul mouvement... Il était mort. Deux minutes et demie ou trois minutes s'étaient tout au plus écoulées depuis le commencement de l'inhalation, et M. Ceccaldi, croyant le sujet arrivé enfin à l'état convenable, avait eu à peine le temps de placer le bistouri sur la peau.

Dès que l'accident fut signalé, on mit en usage tous les moyens imaginables pour ranimer le malade : révulsifs, chatouillement de la glotte, frictions sur la région précordiale, application de charbons incandescents sur la partie supérieure des parois de la poitrine, respiration artificielle par pression du thorax, puis bouche à bouche... Tout fut inutile.

Le lendemain, l'autopsie fut faite.

Le cerveau était sain, sans engorgement. Les deux poumons étaient engoués fortement; mais leur tissu, surtout celui du poumon droit, était parsemé d'une quantité considérable de tubercules miliaires. Au sommet du poumon droit, adhérent par de fortes brides à la plèvre costale, existait une caverne assez vaste, tapissée en bas par une fausse-membrane qui limitait la portion détruite du tissu pulmonaire.

Le testicule droit était converti en une masse tuberculeuse, du volume d'un œuf de dinde, présentant quelque analogie pour l'aspect avec le blanc d'un œuf durci au feu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 février 1858. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Correspondance. — Note sur un cas de *sclérose du cerveau*, par M. Legroux. Discussion : MM. Aran, H. Roger, Gubler. — Discussion sur l'*hématocèle rétro-utérine* : MM. Aran, Oulmont, Barthez, Trousseau, Marrotte.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs numéros des *Annales de la Société d'hydrologie*.

2° Plusieurs numéros du journal de Lucas-Championnière.

3° Le *Rapport général des travaux de la Société de médecine de l'arrondissement de Gannat*, rédigé par le docteur Boudant.

4° Un mémoire de M. le docteur de Beauvais, intitulé : *Considérations pratiques sur l'emploi de* L'UVA URSI *considéré spécialement comme agent obstétrical*.

M. Legroux lit la note suivante sur les lésions anatomiques trouvées sur un enfant nouveau-né mort subitement :

Tumeur de nature spéciale et peu connue dans le cerveau et le cœur d'un enfant nouveau-né (sclérose de M. Robin). — *Mort subite par asphyxie déterminée par la présence de ces tumeurs. — Preuves évidentes de l'innocence de la mère un instant soupçonnée, tirées de l'examen nécroscopique de l'enfant.*

La mère avait eu huit enfants avant celui-là. Pas un n'avait vécu. Cette femme était tombée deux fois pendant la dernière grossesse. La dernière chute, survenue quelques jours avant l'accouchement, s'était accompagnée d'un écoulement sanguin peu considérable. Il n'y avait aucun antécédent qui puisse faire penser à des tubercules, ni à la syphilis.

L'enfant était venu à terme. Médiocrement constitué comme la mère, il avait néanmoins toutes les apparences de la santé. Il prenait parfaitement le sein et n'avait ni assoupissement, ni coloration anormale, ni diarrhée.

Le quatrième jour après sa naissance, la mère en se réveillant le trouva mort sur son sein. Elle assura avoir la conscience de ne pas l'avoir serré pendant qu'elle dormait, et qu'elle ne croyait être en aucune façon cause de la mort.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les membranes étaient normales, la pie-mère injectée de sang noir. La substance cérébrale offrait sa coloration, sa consistance normales. Mais en un certaiu nombre de points assez étendus, elle offrait un aspect grisâtre; au niveau de ces points, la substance était beaucoup plus dure, et la dissection amena la découverte d'une dizaine de petites tumeurs, offrant chacune en moyenne 0,01 centimètre de diamètre, de formes diverses, éparses dans la masse cérébrale, enclavées dans cette masse, et ne pouvant en être isolées par énucléation.

M. Robin examina au microscope cette altération, qu'il désigne sous le nom de sclérose. Il y trouva :

1° Du tissu fibreux (or, les éléments du tissu fibreux ne sont pas contenus dans la substance cérébrale à l'état normal);

2° Une matière amorphe granuleuse;

3° Une altération spéciale de la substance nerveuse proprement dite.

Voici la note de M. Robin textuellement :

« Le tissu cérébral qui m'a été remis offrait une résistance et une élasticité particulières se rapprochant, bien qu'à un faible degré, de celles que pourraient présenter des fragments de gomme élastique. Son induration par rapport au tissu normal n'est pas douteuse. Il ne se laisse pas écraser facilement entre les lames de verre. La dilacération le réduit en petits fragments plutôt qu'en lambeaux filamenteux.

» Le microscope montre que la *matière amorphe fondamentale* de la substance grise des circonvolutions est beaucoup plus granuleuse qu'à l'état normal et renferme des granulations plus volumineuses. C'est elle qui offre particulièrement l'induration et la résistance anormale qui est signalée ci-dessus. Cette matière amorphe indurée renferme un plus petit nombre de *myélocytes* que la substance grise saine. Elle ne présente plus à l'observateur de cellules nerveuses multipolaires, de *cylindro-œnes* ni de tubes nerveux. On y trouve au contraire des noyaux ovoïdes dits *fibro-plastiques* en assez grand nombre, dans certaines places particulièrement, et des fibres de tissu cellulaire. Celles-ci, comme dans tous les cas analogues de *sclérose cérébrale* observés chez l'adulte ou chez les enfants, sont très fines, flexueuses, isolées, non réunies en faisceaux, et éparses dans la substance amorphe grisâtre granuleuse signalée précédemment. On ne les aperçoit que sur les bords des petits fragments placés sous le microscope, mais les granulations les masquent dans l'épaisseur de la matière amorphe. Les capillaires n'ont rien offert d'anormal. »

Le cœur était gorgé de sang noir, poisseux. Il offrait dans l'intimité de sa texture, dans l'épaisseur des colonnes tendineuses du ventricule gauche spécialement, de petites tumeurs piriformes d'un blanc jaunâtre, dont l'aspect rappelait celui des tumeurs cérébrales. Ces tumeurs n'ont pu être examinées au cœur, les tissus s'étant trop rapidement altérés.

Poumons refoulés dans la gouttière vertébrale. Ils offrent une coloration noirâtre, excepté le quart antérieur du poumon gauche qui est rosé, crépitant, et a seul respiré.

La mort subite et imprévue de l'enfant permettait de supposer l'existence d'un crime, ou tout au moins d'une négligence coupable. Cette supposition était d'autant plus vraisemblable, que cette femme avait eu huit enfants, dont aucun n'avait vécu. Une instruction judiciaire avait été commencée dans ce sens.

Mais les résultats de l'autopsie ont fait tomber cette prévention. La vie, en effet, paraissait peu compatible avec de semblables lésions. Et sur l'existence de celles-ci, M. Robin, éclairé sans doute par d'autres faits analogues, bien que ces lésions nous aient paru peu connues, avait pensé que la mort avait dû être instantanée. Ces diverses circonstances m'ont engagé à donner connaissance à la Société de ce fait, intéressant au point de vue médico-légal, et des altérations morbides.

M. Aran, en tenant compte des précédents, demande si la mère a été atteinte de syphilis.

M. Roger : Dans la note qu'il a remise à M. Legroux, M. Robin qualifie les lésions trouvées dans le cerveau du nom de sclérose, mais les observations de sclérose, déjà publiées, ne sont-elles pas des observations d'hypertrophie du cerveau, avec induration plus ou moins généralisée, et non pas dans des points circonscrits ?

M. Gubler : Le mot sclérose n'est pas commun en France, mais il est très usité en Allemagne, et il est appliqué à tous les endurcissements comme terme générique : mais, en réalité, il ne devrait s'appliquer qu'aux endurcissements, aux infiltrations du tissu nommé scléreux par de Blainville. La sclérose du cerveau serait donc une hypertrophie plus ou moins étendue de la substance cérébrale modifiée et pénétrée du tissu scléreux de de Blainville. Dans le cas présenté par M. Legroux, il y a évidemment formation d'un tissu accidentel, et il serait possible que l'on pût remonter chez la mère à des antécédents syphilitiques.

M. Roger, combattant l'hypothèse que ces productions encéphaliques pussent être tuberculeuses, rappelle combien les tubercules sont rares dans les trois premiers mois de la vie.

M. Gubler partage l'opinion de M. Roger, et l'étend à tous les produits accidentels, même syphilitiques : mais il est probable, cependant, que des avortements si nombreux, que des morts si fréquentes tiennent à la syphilis.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'*hématocèle rétro-utérine*, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Oulmont. (Voir l'Union Médicale des 8 et 10 juin 1858.)

M. Aran : Les deux pièces présentées par M. Oulmont sont fort intéressantes, mais elles n'éclaircissent pas les points en litige dans l'histoire de la maladie. Elles fournissent seulement une nouvelle preuve de son existence, c'est, du reste, une question jugée : il existe des épanchements de sang en arrière de l'utérus ou à l'entour de l'utérus; mais ces épanchements de sang, nommés hématocèles rétro-utérines, se font-ils dans le péritoine ou sous le péritoine ? Quel est leur point de départ ? Telles sont les deux questions controversées dans la pathogénie de cette maladie.

1° Les épanchements de sang se font-ils dans le péritoine ou sous le péritoine ? La première de ces deux opinions est celle qui réunit le plus grand nombre de partisans, et il est incontestable que la plupart de ces épanchements existent dans le péritoine; les deux faits présentés par M. Oulmont sont probants sur ce point. Mais on ne peut nier cependant que quelquefois l'épanchement puisse être extra-péritonéal avant de devenir intra-péritonéal.

2° Quel est le point de départ de l'hématocèle ? Les opinions diffèrent beaucoup. On l'a placé dans l'ovaire, dans la trompe, dans les vaisseaux veineux, dans de petits points anévrysmaux de l'artère iliaque interne rompus, et formant des épanchements. Il est certain que l'épanchement peut se produire par l'ovaire et par la trompe; l'ovulation fournit quelquefois une explication satisfaisante à cause de l'époque où se produit l'hémorrhagie; dans quelques cas, on a trouvé des foyers hémorrhagiques dans l'ovaire. D'autres fois, on a dit que l'épanchement résultait du reflux du sang de la cavité utérine dans la trompe. Enfin, serait-il possible d'admettre que ce sont des ovules tombés dans la cavité péritonéale et accompagnés d'hémorrhagies, de véritables grossesses extra-utérines ? Quelques faits viennent à l'appui de cette idée, et M. Aran a vu lui-même un cas où un fœtus, parfaitement reconnaissable, était aplati dans le sac sanguin. Les deux observations de M. Oulmont ne peuvent servir à élucider aucun de ces points, il faudrait que la mort ait eu lieu peu de temps après l'accident, car il se produit rapidement des modifications qui altèrent les résultats. Les deux trompes communiquent bien avec le foyer, mais pourquoi et comment, c'est ce que l'on ne peut dire.

Comme ces faits sont fréquents, et que dans tous les cas le médecin est appelé et doit intervenir, il faut bien connaître les effets produits par ces hématocèles. Ces accidents sont ceux des épanchements liquides dans le péritoine. Quelquefois, la tumeur paraît subitement et acquiert de suite un volume considérable; dans d'autres cas, son développement est lent et successif, et se fait, pour ainsi dire, en plusieurs fois. Les accidents qui succèdent immédiatement à l'épanchement sont ceux de la péritonite circonscrite; douleur intense, fièvre, vomissements, etc.

Dans la deuxième période, se produisent des phénomènes appréciables par la palpation et par le toucher. Les uns disent avoir vu l'utérus refoulé de haut en bas et d'arrière en avant, d'autres disent que l'utérus remonte et peut être senti au-dessus du pubis; ceci est difficile à comprendre, car ordinairement le sang accumulé en arrière de l'utérus le refoule en avant et l'applique contre le pubis, c'est dans des cas de ce genre que l'on a pu croire à l'épanchement extra-péritonéal, et il y a lieu de se demander si ces faits ont été bien observés. Quand le sang est accumulé, il se cloisonne par des adhérences et par la formation d'une espèce de couenne que l'on a pu prendre pour le péritoine, et, en effet, dans quelques cas, il y a une sorte de continuité apparente entre le péritoine et la surface de l'épanchement.

(1) *Précis sur les propriétés de l'eau simple, employée comme topique, dans la cure des maladies chirurgicales. Opuscules de chirurgie*, Strasbourg, 1786.

Ces tumeurs, dans certains cas, restent stationnaires, le sang se décompose, ses éléments se dissocient et il se fait une résorption partielle. Quelquefois les choses se passent d'une manière moins favorable, la tumeur suppure et des accidents graves surviennent, et d'autres fois encore elle s'ouvre par le rectum ou par le vagin, ce ne sont pas les cas les moins favorables, quoique cette ouverture puisse être suivie d'accidents sérieux.

Une des questions les plus intéressantes de l'histoire de cette maladie, c'est, sans contredit, le traitement. M. Aran, considère l'intervention directe sur la tumeur comme malheureuse. La ponction donne des résultats déplorables, et des observations nombreuses viennent à l'appui de cette opinion. Il faut combattre, de la manière la plus énergique, la péritonite qui se manifeste toujours au début, ici tout le monde est à peu près d'accord ; mais une fois les accidents aigus passés, les uns pensent qu'il faut encore agir, les autres pensent qu'il faut attendre. M. Aran conseille de fortes applications de sangsues, répétées chaque jour en en diminuant le nombre, et cela pendant huit ou dix jours consécutifs ; par ce moyen, il a vu une diminution très rapide de la tumeur, et des hématocèles guérir au bout d'un mois de traitement.

La tumeur produite par l'hématocèle rétro-utérine ne disparaît pas complétement, il en reste toujours quelque chose, et c'est probablement le point de départ de l'hémorrhagie.

En terminant, M. Aran insiste de nouveau sur l'énergie du traitement que l'on doit diriger contre la péritonite qui accompagne le début de la maladie.

M. Oulmont insiste à son tour sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Dans la période aiguë, de formation, il faut agir avec énergie pour combattre les accidents inflammatoires ; mais, dans la deuxième période, l'épanchement est formé, la péritonite est éteinte, il n'existe plus de phénomènes inflammatoires. C'est alors que la chirurgie a voulu intervenir et que son intervention a été malheureuse, MM. Nélaton, Voillemier, et autres ont dû cesser toutes tentatives. M. Oulmont lui-même, croyant à un épanchement purulent en arrière de l'utérus, a fait une ponction exploratrice, il a plongé dans la tumeur un trocart capillaire et il est sorti du sang. Des phénomènes fébriles graves avec douleur vive se sont développés, mais, sous l'influence d'un traitement énergique, la malade a guéri. Au point où en est arrivée la science aujourd'hui, il n'est pas douteux qu'il faut s'abstenir de toucher à la tumeur et attendre les efforts salutaires de la nature.

Il reste encore deux points douteux sur lesquels M. Oulmont fixe l'attention. D'abord, quelle est la nature de la tumeur que l'on sent quelquefois à la région hypogastrique ? Comme l'a dit M. Aran, quelques auteurs ont pensé que c'était l'utérus repoussé en haut et en avant par l'épanchement. Mais il n'existe pas d'hématocèles rétro-utérines sans péritonite circonscrite, la péritonite détermine des adhérences, et l'agglutination des anses intestinales, et c'est là ce qui donne la sensation de tumeur que l'on perçoit à la région hypogastrique. Un second point présente une grande importance et est encore fort controversé, l'origine de l'hémorrhagie, son mode de production, mais M. Aran ayant développé cette partie de la question, il est inutile d'y insister davantage. Dans un des faits présentés dans la dernière séance, les trompes étaient fortement dilatées et largement ouvertes dans la tumeur sanguine, tout porte à croire qu'elles ont été le point de départ de l'hémorrhagie.

M. Barthez, considérant le traitement de l'hématocèle comme une des parties les plus importantes de son histoire, rapporte le fait d'une dame de 35 ans, très sujette aux congestions utérines, qui un jour vit se former une hématocèle rétro-utérine. Il y eut peu de péritonite au début, mais plus tard, par suite probablement d'hémorrhagies successives, l'épanchement devint très abondant, fit saillie dans le vagin ; M. Robert fit une ponction large avec le bistouri caché et conduit sur le doigt : il sortit une grande quantité de sang ; à différentes reprises on introduisit une sonde pour faire des injections ; il y eut suppuration, et aujourd'hui, après une année, la malade est guérie. Ce fait, qui peut être exceptionnel, démontre cependant qu'il ne faut pas être aussi absolu pour proscrire tout traitement direct.

M. Bourdon cite un fait semblable, qui date d'une époque où la maladie n'était pas connue comme aujourd'hui. Ce fait, qui a été publié, porte le titre de *kyste sanguin du bassin.* L'opération a été pratiquée dans la seconde période de la maladie, et le succès a été complet. Les parois du kyste avaient au moin 1 centimètre d'épaisseur, ce qui explique peut-être le succès obtenu.

M. Oulmont ne conteste pas que, dans certains cas, une ponction peut être utile, mais ces cas sont tellement rares, qu'ils ne peuvent servir de règle de conduite. Il en a observé sept cas à l'hôpital Lariboisière l'an dernier, et un à Saint-Antoine. Un a été ponctionné, et la ponction a été suivie d'accidents ; aux sept autres on n'a pas touché, il n'est rien survenu de fâcheux. Mais il faut encore citer les faits malheureux de MM. Nélaton, Gosselin, Vidal, Voillemier, et on sera convaincu qu'en règle générale il faut s'abstenir. Mais le cas échéant où une ponction serait jugée nécessaire, on peut se demander si on doit la pratiquer par le vagin ou par le rectum. L'ouverture naturelle par le vagin est rare ; par le rectum elle est plus fréquente ; la nature nous montre peut-être la voie à suivre en cas d'intervention.

M. Trousseau ne conteste pas l'existence de l'hématocèle rétro-utérine, mais il croit qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence, et il lui a semblé que, dans un grand nombre de circonstances, on supposait l'existence de l'épanchement sanguin, sans pouvoir la démontrer et sans pouvoir acquérir la preuve qu'on n'avait affaire ni à un phlegmon, ni à une induration, ni à une tumeur liquide de tout autre nature. Chez une jeune fille qui présentait les symptômes assignés à l'hématocèle rétro-utérine, il a ouvert la tumeur par le vagin, et il s'est écoulé de la sérosité louche, mais pas de sang. C'était simplement une péritonite du cul-de-sac rétro-utérin. Depuis que l'attention a été fixée sur cette maladie, M. Trousseau ne voit chaque année qu'une ou deux malades, chez lesquelles les signes puissent être déclarés un peu positifs.

M. Marrotte revient sur ce fait que, dans certains cas, on sent une tumeur au-dessus du pubis. Il est difficile de dire si cette tumeur est toujours formée par l'utérus ou par une autre cause ; cependant, dans son opinion, c'est l'utérus qui fait saillie au-dessus du pubis. En général, l'utérus n'est pas déprimé de haut en bas, comme l'a dit M. Aran, mais il est repoussé en avant, rapproché du pubis, et situé sur un plan supérieur à celui-ci, de telle façon qu'il faut aller le chercher au-dessus du pubis.

Il n'est pas douteux que M. Trousseau ait raison quand il pense que souvent d'autres maladies, et entr'autres des péritonites du cul-de-sac rétro-utérin, ont été prises pour des hématocèles rétro-utérines ; lui-même en a observé un fait remarquable. Une femme présentait tous les signes de cette maladie ; au bout de quelques semaines, la tumeur s'ouvrit spontanément, et il ne s'écoula pas traces de sang, ce fut du pus, et la malade guérit. Un moyen de diagnostic important à signaler, c'est la persistance des phénomènes généraux dans les cas où il y a péritonite et accumulation de pus. M. Marrotte a vu un fait dans lequel une accumulation de matières fécales simulait les symptômes locaux de l'hématocèle rétro-utérine, et où un purgatif a tout fait disparaître. De pareils faits doivent être rares, mais il est bon d'en être averti.

On a parlé de l'ouverture spontanée du sac sanguin, soit dans le vagin, soit dans le rectum. L'ouverture dans le rectum paraît être, en effet, plus fréquente que l'ouverture dans le vagin ; sur trois cas observés ; une fois l'ouverture a eu lieu dans le vagin et deux fois dans le rectum ; un de ces derniers faits s'est terminé par la mort.

On a cité quelques faits guéris par la ponction de la tumeur, c'est un fait incontestable ; mais de quelques faits exceptionnels, il ne faudrait pas conclure qu'il faille agir. L'expérience a démontré qu'en n'ouvrant pas la tumeur, on se trouvait dans de meilleures conditions qu'en y touchant. Il faut agir contre les phénomènes aigus qui se manifestent au début, et les combattre par tous les moyens antiphlogistiques ; mais il faut s'abstenir quand ces phénomènes d'acuité ont disparu. Ce dernier précepte est en opposition avec les opinions de M. Aran ; mais est-il sûr que les sangsues nombreuses et répétées ont agi sur autre chose que sur la péritonite, et qu'elles ont facilité la résorption du liquide ? Mais, en tout cas, l'anémie peut avoir plus d'inconvénients que la prolongation de la maladie.

M. Aran : M. Marrotte pose la question de savoir si les émissions sanguines font diminuer l'épanchement, ou seulement le gonflement, résultat de la péritonite. Mais on admettra bien que tout ce qu'on sent par le vagin, la tumeur, le déplacement de l'utérus, etc., appartient à la tumeur sanguine, même en admettant que le reste dépend de la péritonite. Si à la suite, et pendant des émissions sanguines abondantes et répétées, on voit la tumeur qui fait saillie dans le vagin disparaître, et l'utérus reprendre sa place, on est en droit de dire que c'est la tumeur qui a été résorbée, et pas seulement la péritonite qui a guéri. Les émissions sanguines peuvent avoir des conséquences pour les malades en causant l'anémie, ce n'est pas douteux ; mais il faut combiner les émissions sanguines avec les toniques et l'alimentation, et il ne faut pas laisser sans traitement les hématocèles rétro-utérines.

M. Oulmont admet, avec MM. Trousseau et Marrotte, que l'on a commis et que l'on commet des erreurs non douteuses, en prenant pour des hématocèles rétro-utérines des tumeurs qui n'en sont pas ; mais il est certain que souvent il est impossible de se prononcer. Quant au traitement, M. Oulmont ne pense pas que l'on doive suivre à la lettre les indications de M. Aran : l'anémie a des conséquences trop fâcheuses et de trop longue durée, pour qu'on puisse se déterminer à agir ainsi ; et d'ailleurs, les malades guérissent plus rapidement sans déperditions considérables.

M. Roger (Henri) : On vient de dire, à l'encontre de l'opportunité d'une opération chirurgicale dans l'hématocèle rétro-utérine, que M. Nélaton avait dû renoncer au traitement par les ponctions. Je ne pense pas que ce soit là l'expression exacte des faits et de la véritable opinion du professeur de la Clinique. Dans ces derniers temps, plusieurs thèses ont été passées à la Faculté sur l'hématocèle rétro-utérine, et j'ai entendu M. Nélaton recommander, au contraire, les ponctions dans certains cas bien déterminés, dans ceux, par exemple, où les accidents aigus prédominent et menacent, où la douleur est excessive, où l'hémorrhagie est considérable.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

VOYAGES ET RECHERCHES DANS L'AFRIQUE MÉRIDIONALE; par D. Livingtone.

Un nouveau poison. — L'auteur a observé une plante curieuse, nommée par les indigènes *Ngotuané*, qui porte une quantité considérable de fleurs jaunes très odorantes. Ceci fait exception à cette règle que tous les arbres des contrées arides de l'Afrique sont sans odeur ou ont une odeur désagréable. Cette plante renferme un poison très actif ; un voyageur français ayant pris une ou deux cuillerées d'une infusion de ces fleurs (comme du thé), se trouva bientôt dans un état de prostration considérable. Le vinaigre a la singulière propriété de neutraliser complétement ce poison. L'infusion prise seule cause à la gorge une sensation de brûlure très vive ; si l'on y ajoute du vinaigre, on peut la boire sans danger. On fit boire du vinaigre au voyageur français qui, pour avoir bu une ou deux cuillerées de cette infusion, avait été pris de faiblesse ; en quelques minutes, il fut complétement guéri. Il compare l'effet de l'ingestion du vinaigre à celui d'un courant électrique qui aurait réveillé instantanément ses muscles endormis. — D.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 73. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 22 Juin 1858.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 JUIN 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dans notre compte-rendu du 8 juin, nous avons parlé d'une désarticulation du maxillaire inférieur, terminée par arrachement, et dont l'observation a été présentée à la Société par M. Verneuil qui avait fait l'opération.

Une assez longue discussion s'est engagée à ce sujet entre plusieurs membres de la Société, et a occupé, en grande partie, deux séances. Nous n'en reproduirons que la seconde reprise qui résume suffisamment tout ce qui avait été dit antérieurement.

A l'occasion du procès-verbal, M. Richet s'étonne que M. Maisonneuve ait dit que le procédé de l'arrachement met à l'abri de l'hémorrhagie. Parmi les quarante malades (ou environ) que M. Maisonneuve a soumis à cette opération, M. Richet n'en a vu qu'un seul, et celui-là est mort d'hémorrhagie. Cette hémorrhagie survint peu de jours après l'opération; elle fut presque foudroyante. On alla en toute hâte chercher plusieurs chirurgiens. Lorsque M. Richet arriva, le malade était mort. M. Maisonneuve arriva quelques instants plus tard et parut fort surpris de cette hémorrhagie, parce qu'aucune artère n'avait donné de sang au moment de l'opération. M. Richet ne sait si quelque accident analogue est survenu chez les autres opérés de M. Maisonneuve, mais il cite ce fait pour prouver à son collègue que le procédé de l'arrachement ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie.

M. Forget donne quelques détails de plus sur ce cas malheureux. C'est le cinquième jour que l'hémorrhagie s'est manifestée. Le jour précédent, la plaie intérieure était devenue pultacée et probablement gangréneuse. Cette complication de gangrène paraît naturelle à M. Forget, parce que, d'une manière générale, les plaies par arrachement sont exposées à se sphacéler. Quant à l'hémorrhagie consécutive, M. Forget ne s'étonne que d'une chose, c'est qu'elle ne se produise pas plus souvent. L'arrachement empêchant les artères divisées de saigner immédiatement, on ne peut pas lier ces vaisseaux au moment de l'opération, et le caillot hémostatique, n'étant pas suffisamment soutenu, est exposé à céder au bout de quelques jours. Le danger de l'hémorrhagie, que le procédé de l'arrachement a la prétention de prévenir, est précisément la plus forte objection qu'on puisse faire valoir contre ce procédé. L'opération au bistouri présente, sous ce rapport, une sécurité complète. M. Forget ne connaît pas un seul cas où la maxillaire interne ait été ouverte au moment de la désarticulation du condyle.

M. Verneuil pense que les adversaires de l'arrachement commettent une confusion fâcheuse. Ils paraissent croire qu'on arrache tous les musles de la mâchoire, tous les vaisseaux et tous les nerfs qui entourent la branche du maxillaire. M. Verneuil, dans l'opération qu'il a pratiquée et qui a été le point de départ de cette discussion, a commencé par couper avec le bistouri toutes les insertions musculaires et tous les nerfs jusqu'au col de la mâchoire; il n'a arraché que les parties qui s'insèrent sur le condyle, c'est-à-dire le muscle ptérygoïdien externe et le ligament latéral externe de l'articulation. M. Lenoir a insisté sur les accidents que peut produire l'arrachement d'un bouquet nerveux situé au voisinage de la mâchoire. Mais lorsqu'on a détaché les insertions du masséter, du temporal, du ptérygoïdien interne, qu'on a coupé le nerf dentaire, et qu'on a porté la dissection jusqu'au col du condyle, il ne reste d'autre nerf à arracher que le filet très petit qui anime le ptérygoïdien externe, et qui, dans le point où on l'arrache, est presque capillaire.

Quelques personnes font remarquer que ce n'est pas le procédé suivi par M. Verneuil qui est en question, mais bien le procédé préconisé par M. Maisonneuve, qui se vante de n'inciser que les chairs de la face et de faire le reste de l'opération par arrachement et sans le secours du bistouri.

M. Verneuil répond qu'il a vu plusieurs fois pratiquer cette opération par M. Maisonneuve, et que ce chirurgien, quoi qu'on en dise, n'arrache d'autre muscle que le ptérigoïdien externe. Il est vrai que, pour détruire les autres insertions musculaires, il ne se sert pas du bistouri. Il détache le masséter et le ptérigoïdien interne fibre à fibre avec le tranchant de son ongle, et c'est avec des ciseaux courbes qu'il détruit graduellement les insertions du crotaphite. Ainsi, en réalité, M. Maisonneuve n'arrache que le ptérigoïdien externe.

M. Robert, d'après ces renseignements, trouve qu'il ne valait pas la peine de donner à ce procédé le nom de procédé de l'arrachement. Il y a très longtemps qu'on termine la désarticulation de la mâchoire en imprimant au condyle un mouvement de torsion pour déchirer les fibres qu'on ne veut pas diviser. Si on n'arrache que cela, c'est une vieille opération ; si on arrache autre chose, c'est une mauvaise opération.

M. Lenoir partage l'opinion de M. Robert. L'arrachement restreint aux fibres qui s'insèrent sur le condyle, n'est pas un procédé nouveau. C'est un vieux procédé avec une étiquette neuve.

— M. Larrey présente une femme atteinte d'une énorme hernie de la ligne blanche survenue par une cause traumatique, et remet l'observation suivante :

« Cette femme, aujourd'hui âgée de 46 ans, bien portante et toujours abondamment réglée, était, en 1832, cantinière de l'armée; elle se trouvait avec son régiment (le 39e de ligne) au siége d'Anvers, lorsque, pendant une alerte de nuit, elle tomba sur le ventre contre un pieu planté dans le sol. La région épigastrique fut violemment contuse au niveau de la ligne blanche, à quelques centimètres de l'ombilic, mais sans aucune solution de continuité aux téguments. Une douleur instantanée de déchirure n'empêcha pas cette courageuse femme, enceinte de trois mois, de continuer sa route et de secourir elle-même plusieurs soldats blessés. Mais, à peine rentrée le matin dans les cantonnements, elle eut une perte de sang considérable suivie d'une fausse-couche. C'était sa seconde grossesse; elle avait eu de la première un enfant vivant. Elle ne réclama, elle ne prit aucun soin pour cet accident, et, dès les premiers jours, elle vit dans le point contus une petite tumeur qui semblait s'affaisser sous le doigt, pour reparaître aussitôt après, et augmenter ensuite progressivement de volume. Elle n'était pas plus grosse d'abord qu'une noisette ; elle devait dépasser plus tard le volume de la tête d'un adulte. Son accroissement graduel n'a pas empêché plusieurs grossesses de parvenir à terme, et même à chacune d'elles s'est manifestée une nouvelle période de développement. Cette femme, depuis sa blessure, a eu quatorze enfants, mais jamais de jumeaux, quoique chacune de ses dernières grossesses l'eût fait présumer d'après le volume énorme du ventre. Elle n'a eu d'autre fausse couche que celle de l'accident de 1832 ; et ceux de ses enfants qu'elle a perdus sont morts plusieurs années seulement après leur naissance.

» La tumeur abdominale, évidemment constituée par une hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, offre tout d'abord un volume énorme, mesurant 65 centimètres de circonférence ; sa forme, irrégulièrement arrondie, présente trois lobes distincts à peu près semblables, un médian et deux latéraux ; sa surface, un peu ridée, indique les ampliations antérieures du ventre et quelques petites cicatrices de gerçures ; l'ombilic, presque effacé, se trouve tout à fait au-dessous de la tumeur, près du pubis. Le poids approximatif de la masse herniaire est évalué à 6 ou 7 kilog., selon l'état de vacuité ou de réplétion des viscères. La consistance assez ferme, mais inégale de la tumeur, totalement réductible au-

---

Feuilleton.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ATMOSPHÈRE MARITIME.

PREMIER ARTICLE.

Si, comme l'a dit Laënnec, les bords de la mer sont les lieux où l'on a vu mourir le moins de phthisiques ; si d'un autre côté, il semble constaté que la navigation, la vie en mer aient une salutaire influence sur la tuberculisation pulmonaire, il importe de chercher la véritable cause de ses effets, de lui assigner son rang dans le groupe des agents modificateurs qui constituent l'atmosphère maritime, ou tout au moins de jeter quelque lumière au milieu d'une confusion qu'il importe à la science de dissiper.

La mer est considérée, avec raison, comme ayant une atmosphère propre et différente en beaucoup de points, de celle des continents. Un parallèle qu'on pourrait faire avec les éléments que la science a recueillis, mettrait en relief ces dissemblances ; il suffit de signaler, pour le moment, celle qui domine toutes les autres et trace une profonde ligne de démarcation entre l'atmosphère maritime et l'atmosphère terrestre; c'est l'opinion généralement répandue de la présence du chlorure de sodium dans la première. Cette idée se présente naturellement à l'esprit. Les deux atmosphères reposent sur des surfaces dont l'une semble plus facilement que l'autre devoir abandonner à l'air les éléments qui les constituent. La surface solide, la terre, entretient dans le fluide qu'elle supporte, d'énormes quantités de détritus et de poussière, particules presque invisibles dans leur plus rare ténuité qui nagent dans cet océan aérien. A plus forte raison, l'eau, cet élément si mobile, devrait-elle se mêler à l'air qui lui est superposé, avec tout ce qu'elle porte en dissolution.

Mais cette analogie n'est-elle qu'une vaine apparence? Si les poussières s'élèvent et demeurent suspendues dans l'atmosphère continentale, faut-il en conclure que le chlorure sodique se comporte comme elles dans l'atmosphère de la mer? En d'autres termes, ce sel, auquel la thérapeutique attribue de la valeur dans le traitement des affections tuberculeuses, existe-t-il en permanence dans l'air marin? il se cristallise sur les toiles des vaisseaux, sur les vêtements, sur la chevelure des personnes qui naviguent; en respirant l'air marin, soit dans une embarcation, soit sur le bord même de la mer, la bouche en perçoit bientôt la sapidité. Mais ces effets ne se remarquent que lorsque l'atmosphère est agitée. Dans les temps calmes, ils ne se produisent que par exception, au plus faible degré. J'ai fait assez souvent des voyages en mer, ou sur la Méditerranée, ou sur l'Adriatique, pour avoir remarqué ces différences. Le chlorure sodique ne serait donc pas un élément permanent de l'atmosphère maritime. Il ne s'y rencontrerait que passagèrement, lorsqu'il s'y trouverait transporté par une force qui dominerait sa résistance. Et cette force, ce serait le vent ou la tempête qui, en projetant l'eau de la mer dans l'atmosphère, y projette aussi le sel qui lui est incorporé.

Les observations de cette nature sont à la portée de tout le monde. La chimie les a d'ailleurs mises hors de toute évidence par les preuves qu'elle sait si bien donner. La vapeur, enlevée à l'eau de la mer par la température ou la simple évaporation, n'entraîne pas de sel avec elle ; ce produit reste dans le réservoir creusé par les eaux entre les continents. On n'ignore pas, en effet, que plus les mers sont équatoriales, plus s'élève la proportion de chlorure de soude qu'elles contiennent.

Cependant, l'opinion de la permanence du sel dans l'atmosphère maritime, persiste toujours dans bien des esprits; l'habitude de l'erreur est souvent l'obstacle le plus fort à l'adoption de la vérité la mieux démontrée. Si une telle opinion régnait en dehors de la science, il serait peut-être inutile de s'en occuper. Mais elle vit dans la science elle-même, dans la nôtre, qui doit pourtant s'efforcer de savoir si, en prescrivant un moyen médical, elle n'en prescrit pas un qui n'est ni dans ses intentions, ni dans ses vues. Pour ne citer que la balnéographie, qui accorde avec raison aux bains de mer des propriétés actives, ne cherche-t-elle pas à agrandir outre mesure, jusqu'à le déplacer, le champ de leur importance médicale? Elle établit que l'eau de mer prête ses éléments salins à l'atmosphère ambiante et que les bains d'air sont, pour ainsi dire, la continuation, sous une autre forme, des autres bains. Elle professe, par l'organe de quelques balnéographes plus enthousiastes que prudents, que les vapeurs qui s'élèvent des sauneries, où le sel est extrait par ébullition, sont des vapeurs chargées de chlorure de soude, et, par conséquent, d'une certaine efficacité dans la phthisie. Cette croyance n'a pas fondé le *vaporarium* dans les salines à sel gemme de de notre pays, peut-être parce qu'elles ne sont pas encore organisées en établissements balnéaires; en Allemagne, il en a été autrement. Malgré ce que ce pays, si sérieux et souvent si profond, connaît en eaux minérales, il a foi aux bains de vapeur d'eau salée ; il possède des *vaporaria* fréquentés par un grand nombre de malades, car ils sont préconisés par des médecins de renom. Je m'arrêterai sur le plus important de ces établissements; la chimie a parlé en ce qui le concerne ; elle va nous dire ce que devient le sel sous l'influence d'une température élevée.

Ischl est un établissement balnéaire de premier rang situé en basse Autriche. La minéralisation des eaux s'opère par le sel gemme, dont les bancs, d'une grande puissance, s'étendent au loin dans la province. Auprès de sources assez énergiques pour se passer d'auxiliaires, on a fondé des bains de vapeur d'eau salée. Le *salinen-dampfbab* est d'ailleurs parfaitement emménagé; rien n'y manque pour en obtenir tout ce qu'il peut donner. Il consiste en une série de cabinets avec planchers à claire-voie, en communication directe avec les sauneries où on manipule chaque jour 1,450 pieds cubes de liquide salin. La vapeur n'est pas seulement engendrée par cette quantité d'eau, mais encore elle est augmentée de ce qui se dégage des masses de sel cristallisé, disposées sur des grilles de fer et soumises pour le dessèchement à une température élevée. On a voulu savoir naturellement ce qui s'échappait, car il s'échappe bien des choses de ce travail d'ébullition, de manipulation, de dessèchement qui se poursuit presque sans relâche; et voici ce qu'on a trouvé. On a recueilli dans des capsules placées sur le chemin de la vapeur, un peu de chlorure sodique, il est vrai; on y a trouvé, de plus, de l'acide hydro-chlorique, du chlore, des traces d'acide hydro-bromique, un peu de brome, de créosote, de chlorure d'ammonium et des traces encore d'autres composés (1). Si l'agitation causée par une manipulation active

(1) *Ischl et ses environs*, par le docteur Polak; Vienne, 1848.

trefois, ne se prête plus aujourd'hui que difficilement et douloureusement à une réduction partielle. Chaque tentative de taxis a déterminé des accidents de suffocation et des efforts de vomissements qu'il serait imprudent de provoquer encore. La pesanteur de cette volumineuse hernie était le seul inconvénient dont la femme se plaignît; je lui ai fait faire une large ceinture lacée comme un corsage, qui la soutient bien et allége ses mouvements, sans trop comprimer son énorme tumeur. »

M. Richard pense que, quoique la tumeur ne puisse pas être actuellement réduite en totalité, il serait possible, au moyen d'un repos prolongé et d'une compression méthodique exercée avec persévérance, de la faire peu à peu rentrer complétement dans le ventre. On la maintiendrait ensuite avec une ceinture à large pelote, et l'état de la malade serait considérablement amélioré.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

LXVIII

L'histoire naturelle classe les êtres pour les développer; la médecine classe les maladies pour les détruire. Cela suppose immédiatement entre des êtres et des maladies, entre l'histoire naturelle et la médecine des différences, des oppositions même si naturelles et si criantes, qu'il est impossible que les principes et les méthodes de l'une de ces sciences soient appliqués à l'autre, sans des résultats ou ridicules ou abominables. Cette assimilation, c'est notre science pourtant; ces applications, elle en vit tout entière. Mais l'art est plus vrai que la science; il voit toujours mieux et plus loin; mais le bon sens, mais l'humanité plus forts que tout, redressent les principes qu'on puise à l'École; et grâce à eux, notre science n'est pas un fléau pour la société.

Tout ce qui contribue à développer les êtres naturels, tend à diminuer les maladies et à les simplifier. Tout ce qui développe les maladies, tend à abâtardir les espèces créées et à les anéantir. La maladie est donc si peu un être; on doit si peu l'étudier comme telle, qu'il ne se peut rien concevoir de plus contraire à la nature d'un être.

LXIX

Mais pour *altérer* l'être, pour faire en lui une vie autre et inférieure, pour l'anéantir, il faut que la maladie vive de lui et prenne de sa substance; et voilà justement pourquoi elle a quelque chose de l'être sans jamais pouvoir y atteindre. En effet, c'est au moment où la maladie s'est emparée de tous les éléments sains d'un être, et qu'elle règne sans partage, que la mort met fin et à la maladie et à l'être; en sorte que, la mort marque le plus haut degré d'être de la maladie, et que c'est alors que ce mode parasitique d'existence a déployé toutes ses puissances, qu'il y a le moins d'être en lui.

Cependant, d'où viennent au moins aux maladies, cette conception, cette naissance, ces âges, ces produits, ces reproductions et toutes ces apparences, toutes ces formes de l'être qu'elles affectent; et comment les empruntent-elles à la vie et aux lois des êtres naturels et créés?

Si ce qu'il y a d'altéré et de malsain en nous, si nos éléments morbides originels restaient toujours latents et n'évoluaient jamais, ils n'agiraient que pour produire l'affaiblissement et la dégénération qui amènent graduellement la vieillesse, la décrépitude et la mort. Mille troubles physiologiques de la santé, indispositions, malaises, tous accidents qui ne prennent pas le nom de maladie, attestent pourtant comme toutes les impuissances, comme toutes les limites et toutes les fatigues liées à l'exercice le plus normal des fonctions, attestent, dis-je, en chacun de nous, l'existence de toutes les propriétés morbides ou des éléments de nos maladies.

Le type de santé qui pose devant le physiologiste n'est donc déjà qu'un ordre altéré, qu'un état dégénéré intermédiaire entre un type primitif perdu qui tend à se retrouver, et la maladie proprement dite. Ces troubles et ces accidents, ces malaises, ces indispositions, dont je parle, maladies imparfaites ou avortées, compatibles avec les meilleures santés, convainquent irrécusablement celles-ci de n'être déjà, comme je le disais, qu'un état moyen, équilibre instable où les éléments sains de l'organisme l'emportent sur l'activité de ses éléments malsains, mais qui renferme, par conséquent, les germes plus ou moins obscurs de toutes les maladies.

LXX

Si l'altération n'était que dans l'homme; qu'autour de lui il n'y eût pas comme en lui, altération et désordre, ces propriétés morbides pourraient rester indéterminées, et les maladies y demeurer ensevelies. Mais elles sont incessamment excitées par le jeu même de la vie au sein de toutes les causes déterminantes physiques et morales, sociales et cosmiques où l'homme agit, se développe, réagit. Or, il s'opère en nous, sous ces influences, une détermination spéciale de nos propriétés morbides élémentaires, véritable germination ou formation de germes nosologiques qu'on appelle les éléments morbides. C'est ici, que les maladies proprement dites prennent leur origine, ou que se forme le corps des maladies. Cette génération est soumise aux conditions d'évolution et aux lois embryologiques de tous les êtres organisés. L'intermittence ou l'incubation est l'une des plus importantes de ces lois. Les maladies incubent dans l'espèce pendant des siècles; dans l'individu pendant des mois et des années; elles s'y forment sourdement; leurs éléments y mûrissent, ils s'y superposent, ou plutôt, ils forment des superfétations que j'appelle les *puissances* d'une même maladie.

Lorsque ces éléments sont à terme, ils quittent la vie obscure de l'incubation; leur activité l'emporte sur celle des éléments sains de l'organisme. Il y avait deux vies en nous, une saine et une morbide. Mais celle-ci latente, trop faible, imparfaitement formée, la première dominait plus ou moins fortement : c'était la santé. Maintenant, les éléments morbides sont mûrs et formés partout : ils se sont organisés. Un nouveau mode d'existence, vie altérée, parasitique, d'un ordre inférieur, va remplacer momentanément la vie saine; et ce nouveau mode d'existence, c'est la maladie. Ainsi caractérisée, elle se distingue d'une foule de troubles accidentels de la santé qui ne méritent pas ce nom. Que ce nouveau mode d'existence s'individualise franchement, c'est-à-dire qu'il se développe et procède avec l'ordre et la régularité d'un être ou d'une fonction; qu'on sente au-dessous de lui le *vita sana superstes* réglant ce désordre, en éliminant la matière, lui imposant ses lois : la santé reprendra son activité naturellement dominante. Mais que la vie morbide ne s'individualise pas franchement; que la séparation ne se fasse pas bien entre les éléments sains et les éléments malsains de l'organisme; que ceux-ci envahissent les premiers de plus en plus; qu'on ne sente pas au-dessous de ce désordre le *vita sana superstes* lui imposant ses lois; qu'on ne distingue plus les deux hommes de tout à l'heure, ces deux vies que Paracelse avait bien vues dans tout être malade; que l'être sain soit débordé, et que bientôt tout l'homme soit altéré dans ses profondeurs : alors la maladie sera hectique, l'organisme aura, comme dit Hunter dans un langage animiste, *la conscience de son incurabilité*; et quand l'homme sera tout maladie, que le parasite aura atteint tout son développement, l'être sera anéanti.

LXXI

Voilà comment et à quelles conditions, la maladie a quelque chose de l'être et de la vie, sans jamais pouvoir jouir d'une existence individuelle. Peut-on croire, dès lors, que les maladies soient spécifiques dans le sens absolu du mot, c'est-à-dire semblables à des espèces créées, et qu'elles se comportent comme telles? car le mot *spécifique* signifie cela, ou n'est qu'un vain mot. Qu'il le signifie, c'est la prétention avouée des spécificistes; erreur *princeps* comme celle du physiologisme.

Les spécificistes ne voient de la maladie que ce qu'elle tient de l'être. Dans le physiologisme, au contraire, on ne voit que ce qu'elle tient de l'accident. Or, ce qu'elle tient de l'accident, c'est de n'être pas naturelle, mais une dégénération du type primitif de la santé; de n'être, par conséquent, ni primitive, ni nécessaire: altération héréditaire et propre à l'espèce, pourtant; accident interne, constitutionnel, naturalisé, si je peux ainsi dire, et indélébile à jamais, sinon dans ses produits nosologiques actuels, au moins dans leur principe ou leurs germes.

Le point de départ que je viens de poser me donne un avantage sans prix sur celui de toutes les pathologies, et cet avantage, vaut certes d'être estimé par une époque qui recherche en tout les bases historiques et aime à fonder les sciences sur des faits généraux. Toutes les doctrines médicales commencent par une explication : je commence par un fait. Quoi de plus convenable comme principe de la science des maladies? Le mal n'est-il pas avant tout un fait? Est-il naturel, pour avoir une explication physique? Principe d'explication dans la science, on ne peut donner de lui une explication de l'ordre physique sans tourner dans un cercle vicieux, expliquant toujours le mal par le mal, l'accident par l'accident, la maladie par la maladie. Je soutiens que cette base est un grand fait, un fait d'observation s'il en fut jamais. Il ne s'agit pas de savoir s'il est approuvé par l'Institut, mais s'il est vivant dans la nature. Comme observateur, il me frappe partout, dans l'homme et hors de l'homme. S'il plane sur l'observation la plus sévère, toujours d'accord avec elle et l'éclairant toujours, aurai-je donc la fatuité de le rejeter parce qu'il est universel dans l'histoire, constant dans la tradition générale, gravé dans la conscience du genre humain?...

LXXII

Voulez-vous que la maladie soit un être, la fièvre puerpérale une espèce fatale et sacrée, un QUID DIVINUM enfin? Mon principe ne peut pas vous convenir. Voulez-vous qu'elle ne soit qu'un accident tout extérieur et sans racine dans les entrailles de la femme mère? Vous n'y trouverez pas non plus votre compte. Mais où est le bon sens qui ne recule devant ces deux erreurs? Mettons donc la science d'accord avec le sens commun. Contradiction amère! Le spécificisme, le nosologisme qui rejetteraient mon principe sous prétexte, peut-être, qu'il n'est pas expérimental ou ne tombe pas sous les sens, ces systèmes, au premier pas qu'ils font, se plongent dans l'occulte et affichent un scepticisme désolant. Ils ne peuvent rien ni pour la science ni pour l'humanité; tandis que le point de départ qu'ils repoussent comme entaché de mystère, devient un principe d'explication qui, en lui-même inattaquable, porte partout où il pénètre des distinctions lumineuses et des applications infiniment bienfaisantes.

---

jointe à l'ébullition, a enlevé un peu de chlorure de soude à l'eau salée; si le jeu des ventilateurs a détaché de la masse à dessécher quelques particules de sel par la force des courants, cela devait être et on devait s'y attendre. Il ne fallait pas moins tenir compte de la température qui ne pouvait que produire des réactions, et des changements dans la constitution chimique du composé. Les vapeurs, malgré le sel qu'elles contiennent, n'expriment donc pas la valeur réelle de l'eau minéralisée dont elles sont originaires. Ce sont des vapeurs avec de faibles quantités de chlorure sodique entraînées mécaniquement, mais chargées surtout d'autres sels, de principes et d'acides libres dont l'ensemble est loin de produire des effets qu'idéalement on pourrait attribuer aux véritables vapeurs d'eau salée. Sur cette base illusoire, on a cependant établi une thérapeutique spéciale pleine de promesses, qui finiront sans doute par se changer en déceptions.

Je pourrais, je devrais peut-être, rendre compte des phénomènes présentés par les malades, pendant et après le traitement par ces vapeurs si mal nommées; il me suffira de faire observer que rien, dans les effets physiologiques, n'imprime à cette sorte de bains un caractère spécial, un caractère résultant d'un mode d'action particulier sur le système pulmonaire. C'est surtout l'influence ordinaire de la vapeur d'eau qui se dessine en première ligne par des transpirations abondantes, puis il se produit des picottements, des démangeaisons sur tout le système cutané et dans la gorge, ce qui s'applique indifféremment à tous les bains de vapeur composés. Quant aux améliorations ou aux guérisons, il ne faut guère compter que sur des effets qui appartiendraient, pour la plus grande part, aux bains de vapeurs ordinaires, comme l'avoue d'ailleurs le docteur Polak lui-même que j'ai déjà cité.

Si des erreurs sur une question aussi importante persistent en balnéographie, il ne faudrait pas qu'il en fût de même en climatologie pour des questions du même genre. C'est le motif qui m'a fait prendre la plume, après m'être livré aux recherches qui devaient motiver mes conclusions. Qu'on consulte tous les climatographes qui ont écrit dans ces derniers temps, peu d'entre eux savent éviter l'erreur, quand ils traitent de l'atmosphère maritime. Pour eux, il y a du sel dans cette atmosphère, presque au même titre que de poussière dans l'air continental. Ici, cette poussière voltige en particules fines et quel que soit le vent, il faut s'élever bien haut pour ne plus en trouver. Là, dans l'atmosphère maritime, le sel est impalpable, invisible, mais il ne s'y trouve pas moins; c'est la poussière de la mer qui monte et se maintient dans les hauteurs atmosphériques. Cette opinion est en possession si complète des esprits (je ne parle pas de tous), que lorsqu'on prescrit l'air de la mer, c'est l'air imprégné de sel qu'on a en vue; on ne pense guère à autre chose, car on comprend ou plutôt on confond tout, dans cette dénomination d'atmosphère maritime qui est généralement employée. Quant à la sphère d'action qu'on lui assigne, on recule ses limites au lieu de les réduire. Il ne s'agit pas des bords mêmes de la mer, ni de la couche d'air qui repose sur la vague, mais de l'atmosphère qui pèse sur toute une ville et comprend toute l'étendue d'un bassin. Un médecin climatographe (je répète ici mes réserves), placera un malade sur les collines du bassin de Nice, ou sur les plans reculés du plateau d'Hyères, et il restera convaincu qu'il soumet son client à l'inhalation d'un air où sera toujours représenté le chlorure de soude. Comme la climatologie tend de plus en plus à déplacer les malades, il ne faut pas qu'elle les enlève aux jouissances de la famille et aux attraits de la patrie, sans apprécier d'avance, par la connaissance du lieu où elle les envoie et du remède qu'elle leur applique, le bien qui peut résulter pour eux de cette émigration.

Vivant à Venise, non seulement auprès de la mer, mais au milieu même de cette mer intérieure qui forme le sol mobile de la ville, je ne pouvais être mieux placé pour me livrer à des recherches sur la présence du chlorure sodique dans l'air marin. Au milieu des lagunes, il n'est pas nécessaire d'attendre la fortune du vent de la plage, pour obtenir un air qui ait touché l'eau salée. L'atmosphère vénitienne pèse sur un fond d'une grande surface qui est composée presque uniquement d'eau de mer. L'aliment ne lui fait donc jamais défaut; elle peut puiser dans ce réservoir tout ce qu'elle peut lui prendre et conserver dans sa masse. Mes recherches ont été faites pendant l'hiver de 1856 à 1857; on verra comme j'ai procédé et à quels résultats je suis parvenu.

(*La suite prochainement.*) D^r Éd. CARRIÈRE.

COURRIER.

Si nous sommes bien informés, la commission dont nous avons indiqué la composition et le but, et qui a été désignée par M. le ministre de l'instruction publique, aurait demandé le rétablissement du baccalauréat ès-lettres pour les candidats au grade de docteur en médecine.

— L'*Indipendente* de Turin annonce qu'un ordre du ministre de la guerre piémontais, en date du 5 avril, a prescrit comme obligatoire la revaccination nouvelle de toutes les recrues qui viennent tous les ans sous les drapeaux, que ces hommes aient été ou non déjà vaccinés.

VOYAGES ET RECHERCHES DANS L'AFRIQUE MÉRIDIONALE; par D. LIVINGSTONE.

Les grand-mères nourrissent leurs petits-enfants. — J'ai vu, dit M. Livingstone, une certain nombre de fois des grand-mères donner à téter à leurs petits-enfants. Masima de Kuruman n'a jamais eu d'autre enfant que sa fille Lina; elle a donné le sein à sa fille pendant deux ou trois ans, puis elle l'a sevrée et son lait s'était complétement passé; Sina se maria à 17 ou 18 ans, et eut deux jumeaux. Masina, qui n'avait pas donné à téter à un enfant depuis au moins quinze ans, prit un de ses petits-enfants, lui présenta le sein, et immédiatement le lait coula en abondance; l'enfant se développa à merveille. Masina avait alors 40 ans. Un autre grand-mère, âgée d'environ 40 ans, ou un peu moins (car dans ces contrées les femmes perdent de très bonne heure), donne de temps en temps à téter à l'enfant de sa fille lorsque celle-ci est absente, elle a beaucoup de lait et l'enfant profite bien. Dans quelques cas, celui par exemple de Ma-Bogosing, la femme du chef de Mahure, qui avait environ 35 ans, l'enfant n'est pas seulement nourri par sa grand-mère, il tète aussi le sein de sa mère. J'ai vu si souvent le lait s'écouler par la simple application des lèvres de l'enfant au sein de sa grand-mère, que je ne fus pas étonné, lorsqu'on me raconta qu'un médecin indigène de l'Afrique orientale faisait revenir le lait aux femmes en leur appliquant sur le sein un cataplasme de larves d'insectes, puis en donnant ce sein à un enfant. — D.

LXXIII

Oui, c'est ici « le nœud » où, pour parler comme Pascal, l'origine et la nature de la maladie « prennent leurs retours et leurs plis, » et où les deux systèmes capitaux que je combats sont souverainement jugés. Ainsi, dans la question de la fièvre puerpérale, de sa nature, de ses causes, de ses circonstances aggravantes et des moyens d'en atténuer le danger, nos deux systèmes concluent faux. En écartant les causes extérieures, le physiologisme, à ce qu'il croit, pouvoir extirper la fièvre puerpérale jusqu'à la racine. Elle est toute là, suivant lui. C'est un pur accident; on peut donc la prévenir et la supprimer à volonté. Le spécificisme, au contraire, voit devant lui une espèce indestructible. Sa cause, elle n'en a pas plus que l'or ou le fer, la pomme ou le champignon, l'aigle ou le loup. On connaît cette première phrase d'une première leçon d'un cours sur les maladies vénériennes : « Le sixième jour, Dieu créa l'homme, la femme et la vérole. » Ainsi de la fièvre puerpérale, sans doute.... Elle naît, elle vit, elle meurt, se reproduisant par sa graine ou sa semence comme toutes les autres espèces. Il n'y a qu'une chose à faire, c'est de prendre des précautions pour la semer le moins possible, car c'est sa seule manière de naître et de se perpétuer. Et, en effet, elle ne se produit pas, elle ne se forme pas, elle ne peut que se reproduire. Elle est, voilà son étiologie.... On n'est jamais forcé d'opter entre deux erreurs; mais s'il le fallait absolument, je choisirais le physiologisme, à cause de ses conséquences. L'humanité aurait plus à gagner avec lui.

Et pourtant, quelle illusion ne serait-ce pas de croire qu'on déracinera immédiatement une maladie au moyen de quelques mesures hygiéniques ! Les premières tentatives d'assainissement ne réalisant pas tout de suite le beau rêve philanthropique dont on s'est bercé, le découragement s'emparerait bien vite des esprits, et on retomberait plus lourdement que jamais dans l'enfer de l'essentialité et du nosologisme absolus, n'ayant plus à offrir aux malheureuses dévouées au typhus puerpéral, que les bienfaits de la pharmacie, toujours si chère, comme on sait, au spécificisme.

On ne peut se préserver de ce double malheur qu'en méditant jour et nuit sur les lois que suivent les maladies aiguës ou épidémiques dans leurs accroissements et leurs décroissements chez l'individu et surtout dans l'espèce. Il s'agit ici, en effet, d'une maladie aiguë ou d'une maladie des populations, bien plus que d'une maladie individuelle. C'est même à la réduire à ce type, ou à la sporadicité, que doivent tendre tous les efforts; c'est là, croyons-le énergiquement, qu'ils aboutiront enfin.

LXXIV

On s'est égayé ici, et j'en suis fâché, aux dépens d'une opinion émise à la tribune académique par un homme dont l'autorité, la sagesse et un talent sobre et relevé, ont évidemment dominé cette longue discussion. Dans un style plein d'une élégante mesure, mais peut-être trop diplomatique, M. Dubois a eu le tact de poser des limites et des conditions à l'essentialité de la fièvre puerpérale ainsi qu'à sa contagiosité. On a vu là de l'éclectisme, c'est-à-dire de la contradiction; et de la faiblesse, c'est-à-dire, l'abandon d'un principe. Pour moi, qui ne repousse rien tant que l'éclectisme, ce n'est pas ce que j'y ai vu. Ce qu'on a appelé ironiquement la *demi-essentialité* et la *demi-contagion* de M. Dubois, me paraît tout simplement une vue pathologique juste et grande, et la marque d'un esprit médical supérieur. Il est plus facile d'être tout physiologiste ou tout spécificiste; mais certainement cela est beaucoup moins vrai, beaucoup moins en harmonie avec la nature des choses.

Encore un coup, les espèces nosologiques ne sont pas des espèces fixes comme celles qui renferment les êtres créés. Il n'est pas de maladie dont il soit plus exact de dire cela que des maladies puerpérales, les moins spécifiques, peut-être, du cadre nosologique. Dégénération d'un état physiologique transitoire, fragile, presque accidentel ou tout au moins accessoire et inutile à la vie de l'individu, il n'est pas, en effet, d'état morbide qui soit plus évidemment dans un continuel mouvement de l'accident morbide vers l'espèce nosologique, et de celle-ci vers le simple accident morbide, que ne l'est l'état puerpéral.

Mais ce mouvement ne représente pas une ligne droite, un progrès continu dans lequel le plus haut degré de la maladie ne serait que la dilatation pure et simple du degré le plus faible. La nature ne suit pas plus ce procédé dans la formation des maladies, que dans la formation de l'échelle des êtres créés.

Une même maladie, une espèce nosologique a donc ses divers degrés de détermination morbide qui sont comme autant de degrés de l'altération spéciale qui la constitue, ou plutôt, comme autant d'ordres d'infinis pathologiques élevés les uns sur les autres, et séparés chacun par un infini. Plus elle monte dans cette échelle de ses diverses puissances, et plus cette maladie a d'être dans son genre; ou si on veut, et pour parler malgré moi le langage de l'École, plus elle a d'*essentialité;* plus elle emprunte de leurs caractères et de leurs lois aux espèces naturelles, plus elle naît, vit et se reproduit comme elles; plus, par conséquent, elle est funeste et transmissible. Il s'agit de le montrer actuellement, afin d'éclairer la grande question pendante devant le public et l'Académie. Savoir comment une maladie donnée peut être atténuée par une civilisation, suppose qu'on sait comment elle s'est formée dans les conditions contraires.

Maintenant, les considérations générales par lesquelles j'ai ouvert cet article de mes Notes, ne paraîtront pas inutiles.

LXXV

Les éléments d'une même maladie sont susceptibles de plusieurs degrés de concentration et de puissance délétère.

Chacun de ces degrés n'est pas simplement une augmentation ou une diminution d'*intensité* du degré supérieur ou inférieur; c'est un degré d'un autre ordre. Ni on ne saurait le former en supposant plus exaltée l'activité des éléments d'un ordre inférieur; ni on ne saurait le détruire en supposant affaiblie l'activité des éléments d'un ordre supérieur. Chacun de ces ordres peut être augmenté à l'infini sans passer à l'ordre supérieur, et diminué à l'infini sans tomber dans l'ordre inférieur; de sorte qu'ils sont infinis chacun dans son ordre, et qu'entr'eux existe aussi un infini.

Prenons des exemples.

LXXVI

Voici une fièvre typhoïde simple dans tous ses symptômes. Leur ensemble est parfaitement coordonné, c'est-à-dire qu'ils sont tous simples, tous du même ordre. Augmentez tant qu'il vous plaira leur intensité, dilatez-en à l'infini tous les caractères, vous pourrez y ajouter infiniment sans élever cette fièvre à ce que nous appelons une forme grave, à la forme putride ou maligne ou adynamique, en un mot, à une forme véritablement *typhoïde*. Pour que ces derniers phénomènes sortissent des premiers, il faudrait que leurs éléments y préexistassent spécialement, car ils n'en sont pas une simple exagération : ils sont d'un autre ordre.

On voit, en effet, des fièvres typhoïdes simples, des synoques imputrides parcourir toutes leurs phases avec la plus grande vivacité, sans jamais devenir graves. Réciproquement, beaucoup de fièvres typhoïdes débutent par les formes les plus graves sans passer nécessairement par des formes simples ou purement inflammatoires. C'en est assez, pour conclure que lorsque les formes graves sont précédées par les formes simples, elles ne sont pas un développement et un épanouissement propres de celles-ci. Il ne faut donc pas se les figurer comme une augmentation de ce qui était en quantité dans les éléments des symptômes de la fièvre simple.

Quelquefois, assez souvent même, les symptômes de la fièvre simple sont suivis, après une première semaine, de l'évolution de symptômes graves vraiment typhoïdes qui semblent n'être que ceux de la première période continués. Eh bien, on doit croire, malgré les apparences, qu'ils appartiennent à un autre ordre d'éléments que je voudrais pouvoir donner comme emboîtés dans les premiers, si je ne craignais qu'on n'attachât à cette expression célèbre, l'idée mécanique qu'elle représentait dans le système du naturaliste philosophe Bonnet, et de la monologie de Leibnitz d'où Bonnet l'avait tirée.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les éléments de synoque imputride de la première phase, ne sont pas ceux de la synoque putride qui caractérise la seconde; mais qu'ils en étaient gros, et qu'on en peut autant dire des symptômes pernicieux, malins, pestilentiels qui signaleraient une troisième période dont les éléments ne seraient pas plus une exagération de ceux de la seconde phase, que ceux-ci un pur et simple accroissement d'intensité des éléments de la première. Ce sont trois ordres de symptômes représentant trois ordres d'éléments nés pourtant de la même souche, tous trois typhoïdes. Ils formeront, si l'on veut, trois degrés, ou plutôt trois *puissances* d'éléments typhoïdes susceptibles d'être emboîtés comme le peuvent des forces, et de se développer successivement, mais aussi d'exister chacun et primitivement et uniquement.

Une fièvre typhoïde peut se borner aux symptômes de la première puissance. Elle peut débuter par ceux de la deuxième puissance et y rester; ou par ceux de la troisième puissance, ainsi qu'on le voit dans les formes sidérantes qui abattent leur homme comme la peste. Enfin, les trois ordres peuvent se dérouler avec plus ou moins de régularité, se succédant par septénaires francs et calculables, ou anticipant les uns sur les autres, se mêlant dans des proportions diverses, coexistant, par exemple, tous les trois dès le début, et se fusionnant dans un désordre funeste.

LXXVII

Ces choses que je balbutie, ont été vues par tout le monde; elles n'ont encore été pensées par personne. Elles sont pourtant la pathologie même. Si je voulais revenir en ce moment sur la physiologie de la fièvre puerpérale, je montrerais facilement, et le lecteur voit sans peine, combien les explications que donne l'École des diverses périodes d'une même affection, et en particulier, de celle qui nous occupe, sont peu conformes aux procédés de la nature dans la formation des maladies aiguës. C'est tout à fait l'enfance de la pathologie moderne, que l'explication de ces secondes périodes plus ou moins graves, qu'on nous fabrique avec ce qu'on croit le produit des premières. Là où on le voit bien; là où ces théories s'évanouissent comme des jeux de notre petite anatomie mécanique, c'est en face des épidémies.

(La suite à un prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR UN SIROP PECTORAL.

Marseille, 29 mai 1858.

Monsieur et cher confrère,

Je viens d'être témoin d'un cas d'empoisonnement qui, par sa rareté, m'a semblé digne de vous être communiqué. Si vous croyez qu'il puisse intéresser les lecteurs de votre estimable journal, vous pouvez le publier.

Voici le fait :

Un avocat de Paris, M. T..., de passage à Marseille, avait une toux qui ne lui laissait de trève ni jour ni nuit.

Un de ses amis l'engagea à faire usage, comme calmant, d'un sirop bien connu et préconisé contre les bronchites, le *sirop de Briant*.

Rentré à l'hôtel, M. T... en fit chercher une bouteille qu'il avala coup sur coup, ne sachant pas qu'il ne s'administrait que par cuillerées (trois à quatre en vingt-quatre heures).

L'effet fut prompt et le résultat satisfaisant; il dormit toute la nuit, et le lendemain matin il se réveilla avec la tête un peu lourde, mais toussant beaucoup moins.

Heureux du bien-être qu'il éprouvait, et voulant compléter sa guérison, il envoya chercher une seconde bouteille du bienfaisant sirop qu'il prit comme la première.

Une heure après, il commença à éprouver du malaise, puis survinrent des nausées, suivies bientôt de vomissements opiniâtres.

Appelé près du malade, je le trouvai dans l'état suivant : face vultueuse, yeux hagards, anxiété extrême, vertiges, éblouissements, envie de dormir, telle que, suivant son expression, *il dormait en vomissant;* pouls petit et dur; soif inextinguible; bouche sèche; vomissements continuels de matières glaireuses et porracées; quelques selles liquides, et ténesme vésical.

J'avoue que je fus d'abord un peu embarrassé, d'autant plus que M. T... était seul, et que la prostration et les vomissements l'empêchaient de me donner aucun renseignement.

Cependant l'empoisonnement par les narcotiques me paraissant seul capable de produire la scène inquiétante que j'avais sous les yeux, je prescrivis une potion stimulante et antispasmodique, je fis prendre de suite une décoction de café, et l'état du malade ne tarda pas à s'améliorer.

Je pus savoir alors ce qui lui était arrivé et ce qui avait donné lieu aux accidents de narcotisme pour lesquels j'avais été mandé.

M. T... se rétablit promptement, jurant, mais un peu tard, qu'il ne se médicamenterait plus sans indication précise donnée par qui de droit, et qu'il n'oublierait pas que le *bis repetita placent* n'est pas toujours vrai. A cet axiome, l'estomac de M. T... a fort heureusement répondu par le *non bis in idem.*

Ce fait m'a rappelé l'histoire de ce bouffon d'un prince italien, qui, voulant amuser son maître, s'avisa de parcourir la ville la figure enveloppée comme s'il souffrait de la tête et de la mâchoire. Chaque personne qu'il rencontrait lui indiquait un remède dont il prenait note, ayant soin d'inscrire en même temps le nom et l'adresse de ces médecins improvisés.

Il rentra bientôt au palais avec une longue pancarte de remèdes et de noms qu'il présenta au prince, en lui disant que tous ses sujets étaient médecins.

Cette bouffonnerie est aujourd'hui, plus que jamais, une réalité. Chacun a son petit remède à proposer, son petit conseil à donner.

On ne comprend pas assez les inconvénients, les dangers même qui peuvent résulter de la mauvaise habitude de se droguer (comme on dit) soi-même ou d'après le conseil du premier venu.

Si, par la voie des journaux, on faisait connaître tous les accidents causés par cette *médicomanie*, peut-être les hommes seraient-ils plus prudents.

Il y aurait aussi un autre moyen d'éviter bien des accidents du genre de celui que je viens de rapporter, ce serait de ranger parmi les médicaments qui ne peuvent se délivrer que sur ordonnance de médecin tous les remèdes secrets qui, maniés par des mains inhabiles ou imprudentes, peuvent être nuisibles. Que le confiseur puisse vendre librement du sirop de gomme, l'herboriste des fleurs pectorales, cela se conçoit; mais jamais les pharmaciens ne devraient délivrer, sans le sauf-conduit légal, les sirops de *Briant,* de *Flon,* de *Lamouroux,* et autres préparations analogues.

Agréez, etc.

Dr JULÉCOT.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDES SUR LA MONORCHIDIE ET LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME, par M. Ernest GODARD, interne des hôpitaux de Paris, etc. Un vol. grand in-8°, avec fig. — Paris, 1857, Victor Masson, libraire.

Excellente et très intéressante monographie.

L'auteur a divisé son travail en deux parties distinctes : dans l'une, il traite de la monorchidie; dans l'autre de la cryptorchidie. Dans la première, il trace d'abord de son sujet un court historique, où il montre, par de nombreuses citations, que bien longtemps avant Haller, les anatomistes avaient observé l'absence de l'un des testicules dans les bourses, et l'avaient retrouvé soit dans l'abdomen, soit dans le canal inguinal. Puis il étudie les causes de la monorchidie, qu'il divise en prédisposantes et déterminantes. Parmi les premières, l'hérédité seule pourrait être admise, d'après un petit nombre de faits. En général, l'infirmité résulte d'une disposition anatomique vicieuse, ou d'une erreur de diagnostic ayant amené l'application maladroite d'un bandage, ou d'une contraction spasmodique du crémaster. Tels sont les trois ordres de causes déterminantes admis par l'auteur. Celles qui tiennent à une disposition anatomique vicieuse sont multiples. En effet, elles peuvent appartenir au testicule lui-même, et M. Godard croit qu'il en est assez souvent ainsi, ou bien au *gubernaculum testis,* ou encore aux piliers de l'anneau inguinal. M. Godard pense que les lésions du *gubernaculum testis* sont, plus souvent qu'on ne le croit généralement, la cause première de l'ectopie, et il tire ses raisons de la structure de cet organe et des usages qu'il remplit lors de la descente du testicule. Deux observations montrent que la monorchidie peut résulter d'une erreur de diagnostic, consistant à prendre pour une hernie le testicule retardataire, et à le traiter en conséquence. Enfin, cette infirmité peut se produire encore par l'action de contractions spasmodiques du crémaster, qui remontent et fixent dans le canal inguinal un testicule déjà descendu.

Dans la monorchidie, quelle que soit d'ailleurs la position anatomique du testicule non descendu, plusieurs cas peuvent se présenter : 1° Le testicule descendu et celui du côté opposé, arrêté dans son évolution, sont à l'état normal; 2° le testicule descendu est normal, et l'autre est malade; 3° le testicule, arrêté dans son évolution, est sain; tandis que celui qui est descendu est à l'état pathologique; 4° enfin, les deux glandes sont malades.

Le premier cas, celui où les deux testicules sont sains, est le plus fré-

quent ; il s'est présenté 36 fois sur 58 cas de monorchidie. Remarquons, en passant, que, sur 58 cas, 2 fois seulement le testicule n'a pu être retrouvé dans la fosse iliaque ni ailleurs, et que 39 fois il fut trouvé dans le canal inguinal. L'auteur étudie successivement le siége de l'ectopie, le diagnostic, le pronostic, les accidents auxquels exposent les diverses variétés d'ectopie, l'anatomie pathologique, l'état du testicule, et donne le résultat de l'examen microscopique des canalicules spermatiques, du canal déférent. L'auteur examine aussi avec un soin particulier la structure du testicule non descendu, et résume ce chapitre, en disant que cette glande ne diffère de l'autre que par un volume et une consistance généralement moindres. Le parenchyme en est absolument identique à celui de la glande qui est descendue. Les canalicules qui la composent s'effilent parfaitement, etc. Et cependant elle ne fournit pas d'animalcules. Pourquoi ? M. Godard pense que c'est parce que ce testicule n'a pas la mobilité qui lui est propre et dont il jouit dans le scrotum, où à chaque instant il est soumis aux contractions du crémaster. Quant au liquide spermatique du monorchide, il contient des animalcules, et cela se conçoit aisément, puisqu'il y a encore un testicule parfaitement normal.

Ici se présente une question bien souvent agitée : Quel est le rôle du testicule descendu dans la génération ? En d'autres termes, remarque-t-on une coïncidence constante entre le sexe des enfants et le côté resté sain ? Pas le moins du monde. De plus, on a vu des monorchides qui avaient procréé des enfants de sexe différent.

M. Godard pense qu'on ne doit rien négliger pour amener le testicule, sinon dans le scrotum, du moins au-dessous de l'anneau cutané du canal inguinal, tout en avertissant qu'on peut quelquefois dépasser le but proposé et déterminer la production d'une hernie, et il donne les moyens qui lui paraissent convenables pour opérer la descente.

M. Godard, étudiant le second cas, celui où le testicule non descendu est à l'état pathologique, passe en revue les affections qui ont pu l'atteindre dans sa situation insolite : l'orchite, l'épididymite blennorrhagique, les dégénérescences, et il procède de même à l'égard des cas où le testicule descendu est malade, tandis que l'autre est sain, et où les deux glandes sont malades.

Puis il passe à l'étude de la cryptorchidie dont il fait également l'historique. Les causes en sont les mêmes que pour la monorchidie. Seulement, la cryptorchidie ne peut être héréditaire ; on comprendra facilement pourquoi, quand on aura lu l'article où M. Godard examine cette question. Les cryptorchides sont-ils aptes à la reproduction ? Il explique la divergence des auteurs sur ce point, en remarquant qu'ils ont presque tous confondu l'impuissance avec la stérilité, ce qui est loin d'être la même chose. Pour l'espèce humaine, il est extrêmement difficile de démontrer l'infécondité des cryptorchides. Cependant dans trois faits communiqués à la Société de biologie, les individus étaient mariés et n'avaient point d'enfants. Mais on fit des expériences sur des chiens cryptorchides, et il fut constaté qu'ils étaient inféconds. D'un autre côté, on put accidentellement étudier quelques faits chez l'homme lui-même.

En résumé, l'auteur regarde comme parfaitement établi que les hommes dont les testicules, quoique développés, sont incomplètement descendus, sont puissants, excrètent un liquide spermatique, mais ne peuvent féconder, par suite de l'absence d'animalcules.

Ces *Études* sérieuses feront le plus grand honneur à notre jeune confrère M. Godard. La Société de biologie, à laquelle ce travail a été destiné, l'a très honorablement publié dans ses *Annales*.

Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE.

M. le docteur Mélier veut bien nous communiquer les extraits suivants d'une lettre, en date du 21 mai dernier, et dans laquelle le docteur Clot-Bey lui transmet des renseignements sur l'état actuel de l'École de médecine du Caire. Nous avons pensé que nos lecteurs verraient ces détails avec intérêt :

...... Me voici depuis six mois en Égypte. J'y suis venu raffermir et améliorer la réorganisation que j'avais établie l'année dernière du service médical et de l'enseignement. Je suis, comme vous le savez, le créateur, le père de ces institutions, et je tiens à assurer leur existence, car elles ont été pendant ma longue carrière l'objet principal de mes efforts et de mon ambition. Vous ne trouverez donc pas étonnant qu'elles soient celui de ma sollicitude. L'École de médecine, dont je viens de présider les examens généraux, a donné les plus magnifiques résultats, à tel point que, sur 148 élèves, 73 ont mérité l'annotation *très bien*, 60 celle de *bien* et 15 celle de *médiocre*, ce qui est bien supérieur aux résultats que l'on obtient dans les Facultés en général. Mes confrères et moi avons cherché à nous rendre compte des motifs qui produisent ici d'aussi brillants succès.

Nous ne saurions nous flatter de posséder dans l'École des professeurs dont le mérite surpasse ou même égale celui des hommes qui sont en Europe chargés de l'enseignement. D'autre part, les élèves sont moins bien préparés ici à l'étude des sciences par une instruction première. Il faut donc convenir que cela tient à l'organisation particulière de notre École, et ce qu'elle a de particulier le voici :

1° L'adoption du régime collégial qui tient les élèves internés loin de toute distraction et obligés par la discipline à assister régulièrement aux cours ; par conséquent, pas de *café*, pas de *Chaumière*, pas de *politique*, etc., etc.

2° L'avantage de trouver réunis dans un même lieu tous les moyens d'instruction théorique et pratique. Ainsi, point de perte de temps pour se rendre aux différents cours et suivre la pratique des hôpitaux.

3° Les répétitions des cours où les répétiteurs expliquent aux élèves les leçons des professeurs, avantage qui n'existe qu'ici.

4° L'obligation imposée aux élèves de transcrire en entier leurs leçons sur des cahiers *ad hoc*.

5° L'émulation entretenue par le désir de passer d'une classe à l'autre, passage auquel est attachée une question d'amour-propre et d'intérêt pécuniaire.

6° L'obligation où se trouve l'élève qui n'a pas satisfait aux examens, de passer une année encore dans la même classe, et son renvoi de l'École s'il ne satisfait pas aux examens de l'année suivante. Il est alors incorporé dans l'armée ou dans le corps des infirmiers : Le gouvernement a bien le droit d'avoir ces exigences, puisqu'il fait tous les frais de l'entretien et de l'instruction des élèves.

7° L'unité de doctrine qui établit que le professeur chargé de la théorie de la science doit en faire l'application. Ainsi, les professeurs de chimie et de pharmacie sont en même temps directeurs des laboratoires et de l'officine pharmaceutique. Le professeur de pathologie interne est chargé de la clinique interne ; celui de pathologie chirurgicale, de la clinique externe. Tandis qu'en Europe, l'enseignement étant fait par différents professeurs, souvent il n'y a pas unité de principe et l'élève est livré à l'incertitude.

8° Enfin, la création d'un conseil de professeurs dont la mission est de maintenir l'ordre, la discipline et la régularité des cours, l'observation du programme, la pratique de tous les exercices et travaux. Ce conseil est encore une sauvegarde contre les abus de pouvoir.

D'après ce court exposé, vous voyez, mon digne ami, que notre institution est moins une École qu'un collége. Ne croyez-vous pas que s'il était possible d'établir en Europe, les choses sur le même pied et faire, pour les Écoles de médecine et de droit, ce qui a lieu à l'École polytechnique, on ne constatât des avantages dont l'humanité et la science auraient à s'applaudir ?

Cette organisation de l'enseignement, s'harmonise avec l'ensemble du service médical civil et militaire. Ainsi, tout élève qui sort de l'École est placé dans l'un de ces services, avec le grade d'aide pour exercer dans l'armée ou dans le service civil des provinces. Dans l'une comme dans l'autre position, il est entretenu aux frais du gouvernement et se trouve soumis à une hiérarchie dans laquelle il peut atteindre graduellement les différents grades, et cela après des examens ou des concours qui l'obligent au travail.

Cette organisation n'est pas, comme vous pourriez le croire, une charge pour l'État, car les provinces et les districts en font les frais. Les Egyptiens ne sont pas encore assez avancés en civilisation pour apprécier les bienfaits de la médecine, le gouvernement doit en quelque sorte leur imposer le devoir de se faire traiter dans leurs maladies, et par conséquent leur en fournir les moyens. Comme vous le savez, du reste, le corps médical a pour mission aussi de veiller aux mesures hygiéniques du pays, et environ cinq cents élèves sortis de l'École sont répartis, dans les diverses provinces, attachés à des circonscriptions médicales qui comprennent encore vingt-cinq ou trente villages, ce qui est beaucoup trop. Mais à mesure que de nouveaux sujets seront fournis par l'École, on restreindra le cercle de ces circonscriptions à vingt, à quinze, et à dix villages, ou même à moins.

Vous comprendrez sans doute qu'outre les avantages que l'Egypte doit retirer de la médecine, au point de vue hygiénique et médical, nos médecins sont autant d'apôtres de la civilisation, si je peux m'exprimer ainsi, car des hommes qui pendant cinq ou six ans ont étudié les sciences médicales, sont affranchis des préjugés et de l'ignorance générale, ils répandront naturellement des germes de civilisation.

Je vous transcris l'allocution que j'ai prononcée à l'occasion des examens :

« C'est avec bonheur, Messieurs, que je me trouve appelé une fois encore, la dernière peut-être, à constater les heureux résultats d'une institution dont j'ai dirigé les premiers travaux. J'espère que dans les dix-huit mois écoulés depuis sa réorganisation, vous aurez répondu à la sollicitude des professeurs distingués qui vous initient aux sciences médicales. Vos succès seront pour moi une consolation dont le souvenir me sera bien cher dans le repos que réclament mon âge et l'état de ma santé.

» Je ne saurais trop vous exhorter, chers élèves, à la soumission et au respect que vous devez à vos maîtres. Et vous qui, terminant cette annéc vos études, allez commencer votre carrière médicale, ne vous écartez jamais des doctrines rationnelles qui vous ont été enseignées, car elles sont consacrées par l'expérience ; prémunissez-vous contre ces prétendues sciences dites occultes, accréditées encore en Orient, et que condamnent à la fois la logique et la religion, ne cessez jamais d'acquérir des connaissances nouvelles et de suivre les progrès incessants de la science, car comme le dit le père de la médecine : « L'art est difficile et la vie » est courte » ; enfin faites tous vos efforts pour rendre à l'École arabe l'éclat dont elle brilla jadis.

» Mais qu'on se le persuade bien, elle ne saurait trouver des garanties d'existence et de progrès que dans la rigoureuse observation des règlements qui la régissent, et qu'ont sanctionnés trente ans d'expérience. Car les succès obtenus ne sont pas seulement le fruit du talent des professeurs et du zèle des élèves. Ils sont aussi et surtout le résultat de son organisation.

» Le seul regret qui me reste c'est de n'avoir pas vu l'avenir de cette École assuré par une fondation pieuse, et son importancc s'accroître par son érection en Faculté.

» Espérons que, conformément aux intentions de son auguste père, le vice-roi accomplira ce double acte d'une protection éclairée. C'est dans une circonstance analogue, à la création de cette École, qu'un illustre académicien (1) rendant hommage à la pensée généreuse de Méhémet-Aly a prononcé ces paroles remarquables : « On ignore le nom des rois qui » bâtirent les pyramides, mais on n'oublia jamais celui des bienfaiteurs » de l'humanité. »

(1) Michaud, de l'Académie française.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 74. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 24 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il est enfin possible de prévoir le terme de la longue discussion qui, depuis plusieurs mois, occupe l'Académie de médecine. Il est même possible d'en indiquer le résultat, car il a été annoncé hier par M. le secrétaire perpétuel; il consistera dans la nomination d'une commission chargée d'étudier la question des modifications à apporter au régime hospitalier des femmes en couches.

Nous pensons que l'Académie a entendu hier les derniers orateurs inscrits, et que la discussion sera close mardi par l'honorable membre qui l'a provoquée, par M. Guérard, à qui incombe la difficile et délicate tâche de résumer ces longs débats, et de nous montrer, si cela est possible, la lumière qui a jailli du choc des opinions si nombreuses et si diverses. Il est des questions dans lesquelles le rapporteur, comme autrefois le chœur dans le drame antique, peut jouer le rôle de l'opinion publique. Mais, dans la question actuelle, où est cette opinion publique? Et M. Guérard pourra-t-il la faire? Ni l'autorité ni le talent ne manqueront au rapporteur, mais ce sont les éléments de conviction qui lui feront défaut parmi toutes ces convictions si différentes.

C'est la conviction que n'ont pu ébranler les convictions des autres orateurs, qui a ramené à la tribune M. Jules Guérin et M. Beau.

La théorie physiologique et mécanique de M. Guérin a été très mal menée à l'Académie. Son auteur s'en est plaint avec une certaine amertume; elle a été jugée, d'après lui, sans examen, sans étude, sans avoir été soumise à l'observation directe; de plus, on l'a amoindrie en s'appesantissant sur quelques détails plus ou moins contestables pour obscurcir le fait principe, la formule plus élevée qui domine la pathogénie de la fièvre puerpérale. Cette formule, si nous l'avons bien comprise, nous la traduirions ainsi : dans l'accouchement physiologique, la plaie de l'utérus reste à l'état de plaie fermée par le retrait graduel de cet organe; ce retrait venant à se suspendre ou à s'arrêter, la plaie utérine passe à l'état de plaie ouverte, et de là toutes les conséquences des plaies soumises au contact de l'air. Ainsi énoncée, cette proposition est neuve, elle appartient en propre à M. Jules Guérin, elle se rattache à la grande doctrine soutenue avec persévérance et talent par ce médecin, et de laquelle le temps et la justice qu'il amène effaceront quelques-unes des critiques et des dénégations contemporaines dont elle a été l'objet.

M. Guérin a-t-il fait une application heureuse de sa doctrine à la pathogénie de la fièvre puerpérale? Aucun juge compétent ne le croit à cette heure; voilà ce que nous sommes obligé de constater. L'observation ultérieure sera-t-elle plus favorable à cette théorie? M. Guérin y fait un appel énergique et convaincu; sachons attendre avant de rejeter définitivement dans le domaine de la spéculation stérile une idée si vivement défendue par un homme de talent.

Cependant nous lui ferons, à cette idée, une objection de fond; supposons que le fait sur lequel elle s'appuie et qui est d'ailleurs généralement contesté, soit réel, à savoir que chez les femmes placées sous l'imminence de la fièvre puerpérale, le retrait physiologique de l'utérus soit suspendu ou arrêté; avec un publiciste célèbre, nous dirons : et après? Ou plutôt : mais, avant? Pourquoi ce retrait n'a-t-il pas lieu? Il y a donc une cause morbide préexistante? et dès lors toute cette théorie mécanique n'est donc qu'un effet?

Mais lorsque tant de voix, tant de plumes autorisées ont traité sous toutes ses faces la question de la fièvre puerpérale, nous n'aurons pas l'outrecuidance d'ennuyer encore nos lecteurs d'une dissertation nouvelle. Notre physique et notre hydraulique ne vont pas d'ailleurs jusqu'à comprendre la possibilité ou l'impossibilité du transport par les trompes des liquides de l'utérus dans le péritoine; mais ce mécanisme renouvelé de Descartes nous offusque un peu.

Quant à M. Beau, avec la même conviction que M. Guérin, il est venu soutenir de nouveau sa doctrine de la diathèse phlegmasique et l'efficacité de son traitement par le sulfate de quinine à doses très massives. Les accoucheurs ne se sont pas rendus à cette démonstration nouvelle, et l'un d'eux, en entendant le récit des succès de M. Beau, n'a pu s'empêcher de s'écrier : « C'est plus *Beau* que nature. » Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE DANS L'ÉCOLE DE FLORENCE.

Dans l'état actuel de la discussion académique sur la fièvre puerpérale, au milieu de ce conflit singulier d'affirmations et de négations, nous avons reporté notre pensée sur l'enseignement de l'École de Florence; nous aurions hésité, même à titre de document historique, à rédiger ces quelques lignes, si le docteur Schnepp ne nous avait encouragé en traçant d'un style net et concis l'état de la question dans l'École allemande.

Un mémoire lu par le docteur Diomède Buonamici à la Société médico-physique de Florence, nous donne le résumé des leçons professées par le professeur Georges Pellizari sur la question pendante, et comme son opinion est corroborée par celles du professeur Vannoni (accouchements), et du professeur Bufalini (clinique médicale), elle nous représente parfaitement la formule de l'École de Florence.

Le professeur Pellizari, prenant en considération toutes les observations recueillies par la clinique et l'anatomie sur la fièvre puerpérale, et y ajoutant des faits nouveaux ignorés ou méconnus jusqu'ici, soutient *que la fièvre puerpérale n'est ordinairement dans son essence qu'une infection purulente.*

Il donne une explication plausible des apparences diverses que revêt la fièvre puerpérale, et de cette manière il ramène à une espèce morbide, parfaitement déterminée et bien définie, une maladie que les uns regardaient comme multiple, que les autres considéraient comme toujours identique à elle-même, mais d'une nature spéciale.

Aucune maladie n'a donné lieu à un nombre plus considérable de travaux; aucune maladie n'a été formulée d'une manière plus variée.

Dès les premiers temps de la médecine, l'on a pris en sérieuse considération cet état particulier des femmes en couches, et, depuis Hippocrate, Celse et Avicenne jusqu'à nos jours, chaque auteur a émis une opinion plus ou moins acceptable. Fergusson, l'un des premiers, considère la maladie comme dépendante d'une infection purulente.

Depuis longtemps, le professeur Vannoni avait nié l'existence de la fièvre puerpérale, ne voulant voir, dans cette maladie, qu'une infection purulente.

C'est aussi à cette infection purulente que le professeur Bufalini ramène la fièvre puerpérale.

Le professeur Pellizzari, qui avait émis, il y a plusieurs années, une doctrine analogue, en faisant voir dernièrement les altérations nécroscopiques rencontrées sur 4 femmes mortes en couches, démontrait que la plus grande partie des fièvres dites puerpérales devait se rattacher à des fièvres par infection purulente; l'aspect divers qu'elles peuvent présenter dépend des causes diverses qui président à leur manifestation. Tout d'abord, les phénomènes

Feuilleton.

ESSAI SUR LES PROGRÈS DE L'OPHTHALMOLOGIE

En Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Belgique, en Italie, en Grèce et en France.

Angleterre.

La science de l'oculistique en Angleterre est encore de date toute récente, et tous les individus au-dessus de 60 ans se rappellent fort bien que, dans leur jeunesse, les maladies des yeux formaient une spécialité que les praticiens dédaignaient d'étudier et qu'ils abandonnaient à l'exploitation d'audacieux charlatans. Ce fut seulement au commencement de ce siècle que les médecins, je devrais plutôt dire les chirurgiens (*surgeon* opposé à *physician*), relevèrent l'étude des maladies de l'œil de l'espèce de proscription qui l'accablait; ils voulurent bien reconnaître qu'un organe appelé à des fonctions aussi élevées que l'œil, un organe que l'importance même de son usage a fait placer le plus près possible du cerveau, est lié au reste de l'économie d'une manière intime et ressent immédiatement l'effet du dérangement de l'un des rouages de cette admirable machine qu'on appelle le corps humain; de ce moment naquit l'ophthalmologie, et, bientôt, entreprise et soutenue par des hommes intelligents et laborieux, aidée par les institutions gouvernementales, cette étude grandit et produisit les *Mackenzie*, les *Travers*, les *Dalrymple.*

Quelle est la cause de cet essor qu'a pris l'oculistique en Angleterre, à quoi doit-on attribuer la vulgarisation de l'ophthalmiatrique dans ce pays, tandis que, chez nous, elle est pour ainsi dire localisée, immobilisée, restreinte? C'est que passant par-dessus de mesquines considérations d'amour-propre ou de jalousie étroite, les Anglais ont compris que l'esprit humain n'est pas universel, et qu'il est impossible à un seul homme de posséder, d'une manière complète, toutes les branches d'une même science; ils ont compris que, pour arriver au meilleur résultat final, pour faire le plus de progrès possible dans la science, il y a avantage à diviser la science en un certain nombre de parties, et chacun, apportant à l'étude isolée d'une de ces parties le travail et l'intelligence qu'il aurait disséminés sur l'étude de cette science en général, élucidera et approfondira la partie à laquelle il se sera voué, tandis que, s'il avait eu à s'occuper de la totalité de la science, il n'aurait pu qu'ébaucher chacune de ses parties. La science n'a donc qu'à gagner à cette fragmentation du travail, et chacun apportant sa pierre, concourt pour sa part à l'érection de l'édifice commun.

Ne trouve-t-on pas dans les autres sciences et dans les arts la preuve manifeste de l'obligation native dans laquelle se trouve l'esprit humain de s'appliquer sur un sujet exclusivement, pour le posséder à fond? ne voit-on pas ordinairement les plus grands mathématiciens nuls sur d'autres sciences; les grands peintres, les grands sculpteurs complétement nuls en dehors de leur art? Combien trouve-t-on de Michel-Ange, à la fois peintre, sculpteur, architecte, atteignant le premier rang dans tous les arts? N'est-ce pas là la preuve flagrante de la faiblesse de l'intelligence humaine, à qui l'Être suprême a posé des limites étroites que la créature ne peut franchir? Sachons donc nous contenter du rôle qui nous est donné, que chacun consacre au point de la science qui lui sourit davantage, l'intelligence et le travail dont il est capable, chaque partie de la science progressera, et, par la réunion de ces efforts partiels, le but final sera atteint, à savoir le progrès de la science en général.

Mais revenons à l'ophthalmologie et à l'Angleterre.

Jusqu'en 1804, il n'y avait aucun établissement spécialement consacré au traitement des affections des yeux; le peu que les étudiants pouvaient apprendre sur ce sujet, ils le puisaient dans les leçons de chirurgie générale, mais sans se douter qu'une étude sérieuse de ces maladies fût digne d'entrer dans l'instruction d'un vrai chirurgien. En 1804, deux infirmeries ophthalmiques furent ouvertes à Londres; une épidémie d'ophthalmie purulente, rapportée d'Égypte par les troupes qui avaient fait l'expédition, avait éclaté dans l'armée anglaise, où elle fit de si cruels ravages que le gouvernement s'en émut. Sir Walthen Waller, oculiste distingué, appela l'attention du roi Georges III sur la nécessité de créer un établissement spécial pour le traitement des maladies des yeux, et « leurs Majestés et la famille royale approuvèrent gracieusement ce projet, et honorèrent l'établissement de leur patronage et de leurs bienfaits. »

Telle fut l'origine de l'*Infirmerie royale pour les maladies des yeux*, confiée pendant de longues années aux seuls soins du docteur Alexander. Commencé sous de plus humbles auspices, le *London Dispensary for diseases of the eye and ear* (Dispensaire de Londres pour les maladies de l'œil et de l'oreille) atteignit de plus grands résultats; c'est aujourd'hui le *London ophthalmic Hospital, Moorfields*, créé par John Saunders et le docteur Farre, et ouvert aux malades le 25 mars 1805. Rarement l'homme est appelé à voir prospérer l'œuvre qu'il a créée, et cependant, le docteur Farre — le Nestor de l'ophthalmologie — est encore aujourd'hui à la tête de l'établissement qu'il a fondé; après avoir surmonté tous les obstacles, vaincu toutes les difficultés, il jouit de son œuvre, tandis que son aide et son ami le docteur Saunders, atteint d'amaurose et épuisé par la maladie, mourut en 1810.

Mais, en fondant l'hôpital de Moorfields, le règlement contenait cette clause obligatoire, que les médecins attachés à l'hôpital fussent d'abord reçus médecins ou chirurgiens. C'est à l'exécution de cette condition que l'établissement dut le mérite des *Travers, Lawrence, Tyrrell*, etc., dignes précurseurs de la pléiade de chirurgiens actuels, *Bowman, Critchett, Walton*, etc. Aussi, dès le début, de nombreux élèves accoururent aux leçons de l'hôpital ophthalmique, parmi lesquels Sir William Adams, qui fonda l'infirmerie d'Exeter sur le modèle de Moorfields.

Cependant, ce fut seulement au bout de quelques années d'existence que l'hôpital de Moorfiels devint régulièrement lieu d'enseignement. C'est, du moins, ce que donne à penser le passage suivant de la préface du livre de Travers (*Synopsis of the diseases of the eye*) :

« Je crois que, dans ce pays, je suis le premier qui, diplômé pour la pratique de la chirurgie générale, me sois risqué à donner une attention spéciale aux maladies des yeux. La crainte de perdre dans l'esprit public, au point de vue des opérations en général, en gagnant une certaine réputation pour les maladies des yeux, a été certainement un motif suffisant (bien que futile) pour empêcher les chirurgiens de cultiver ce vaste champ d'étude et de pratique..... J'acceptai les fonctions de chirurgien de l'infirmerie oculaire dans l'année 1810..... Dès le commencement de l'année suivante, j'invitai les étudiants en chirurgie à suivre

varient selon la voie par laquelle s'effectue l'absorption du pus, et selon l'organe où cette matière vient se déposer.

De très grandes différences se manifestent aussi dans le cours de la maladie, suivant la qualité de la suppuration introduite dans a circulation : lorsqu'elle est ichoreuse ou septique, au lieu de la pioémie on voit la scepticémie; les altérations de la crase sanguine sont plus graves, les phénomènes prédominants sont ceux de la fièvre putride, la durée de la maladie est moins longue, la mort est plus prompte : ceci arrive spécialement lorsqu'à la plaie utérine ordinaire se joignent de vastes plaies cancéreuses situées sur le col de l'utérus et sur les parois supérieures du vagin.

Les phénomènes qui accompagnent, chez les femmes en couches, l'infection purulente, varient avec les conditions générales où se trouve leur organisme, avec la quantité de pus qui pénètre dans un temps donné par le torrent circulatoire. C'est ainsi que l'on observe les infections fulminantes et celles à longue évolution, les infections accompagnées de frissons forts et prolongés comme dans les accès pernicieux, et celles où la sensation de froid est à peine appréciable pour la malade et pour le médecin.

N'y a-t-il pas, en outre, chez les femmes en couches qui viennent chercher un asile dans nos hôpitaux, des conditions générales capables de favoriser cette infection purulente.

1° La diathèse particulière, propre aux femmes en couches, que nous savons être la séro-albumineuse; cette diathèse les rend plus aptes à ressentir l'action pernicieuse d'un principe malfaisant quelconque, et plus particulièrement du pus quand il s'introduit dans le sang : cet état favorise l'infection purulente et engendre ses successions morbides.

2° L'état social, l'influence morale des femmes qui arrivent dans nos hospices après avoir subi les atteintes de la misère, les chagrins, les privations, conditions aptes à altérer profondément les assimilations organiques.

3° Les conditions des localités où elles sont réunies, c'est-à-dire l'aération imparfaite des salles, l'encombrement de plusieurs personnes sous l'action de sécrétions plus ou moins putrides, d'où s'échappent des exhalations septiques capables d'empirer les conditions générales des malades.

4° Les hémorrhagies qui surviennent chez les femmes soit pendant, soit après l'accouchement, hémorrhagies qui favorisent énormément l'absorption.

5° Les manœuvres obstétricales qui peuvent occasionner des lacérations dans l'utérus et le vagin, ou tout au moins donner naissance à des irritations qui amèneront une sécrétion plus abondante de pus.

6° La négligence ou l'oubli total de ces soins hygiéniques que la femme en couches peut recevoir chez elle lorsqu'elle se trouve dans l'aisance; ces soins, qui font en partie défaut dans les hôpitaux, ont pour but d'éloigner les sécrétions de pus, de ne pas leur donner le temps de se dissoudre, de passer à la putréfaction.

7° La vaste plaie qui résulte de la séparation du placenta de la surface utérine; Fergusson la compare, avec raison, au moignon d'un membre amputé; pendant qu'elle offre plusieurs points où peut s'engendrer le pus, elle présente aussi, sur une vaste surface, des vaisseaux béants pouvant absorber ce même pus.

8° Les veines nombreuses et variqueuses qui parcourent l'organe où s'établit cette suppuration en facilitent l'absorption. Tout le monde sait que les veines possèdent, au même degré que les vaisseaux lymphatiques, cette faculté d'absorption.

9° Les déchirements que subissent les vaisseaux capillaires veineux de l'utérus, en se détachant du placenta, lacérations qui persistent plusieurs jours après l'accouchement, ainsi que le démontre l'anatomie pathologique, et l'écoulement sanguinolent qui accompagne pendant quelque temps la sécrétion des lochies. De là la possibilité pour le pus de pénétrer dans ces vaisseaux, non seulement lorsqu'il est à l'état de dissolution et que ses globules sont éparpillés, mais même lorsqu'il est dense et que ses globules sont à l'état normal.

10° L'altération prompte du pus retenu dans l'utérus et le vagin au contact de l'air atmosphérique. On sait que le pus se décompose plus facilement dans les abcès ouverts que dans ceux situés dans l'épaisseur des tissus; le pus, au contact de l'air atmosphérique, offre des réactions acides ou alcalines, tout en acquérant une odeur fétide; tandis que le pus qui est renfermé dans l'organisme se présente ordinairement à l'état neutre et ne possède aucune odeur.

11° Le dégorgement plus difficile du pus de la cavité utéro-vaginale à cause des nombreux replis de la muqueuse, soit par la position que l'on donne aux femmes pendant les premiers jours après la délivrance, soit par les contractions faibles ou irrégulières de l'utérus.

Le professeur Pellizzari leur attribue même une très grande importance : il les a vues extrêmement faibles dans tous les cas d'absorption purulente. Il a observé, en outre, dans les autopsies, même lorsque la mort était survenue plusieurs jours après l'accouchement, que l'utérus conservait un volume assez considérable, que ses parois présentaient peu de résistance.

Cette difficulté dans l'écoulement du pus peut être une cause d'absorption, soit parce qu'il reste plus longtemps en contact avec les vaisseaux absorbants, et qu'il s'étend sur une plus large surface, soit parce que plus il séjourne sur ces muqueuses, plus il peut s'altérer avec facilité.

12° La diète que l'on impose ordinairement aux femmes en couches, et plus spécialement à celles qui ne veulent pas ou ne peuvent pas nourrir. C'est une des causes qui favorisent le plus l'absorption purulente, parce que c'est un moyen indirect puissant de diminuer la masse de sang.

13° Une dernière cause d'absorption purulente et plus puissante encore que les précédentes, au dire du professeur Pellizzari, dérive de la structure elle-même de l'utérus, c'est l'absorption du pus par les trompes utérines ou de Fallope.

Nous ne rappellerons pas ici la structure anatomique des trompes, et la progression possible d'un liquide qui de l'utérus viendrait se déverser dans la cavité péritonéale; nous laissons de côté les faits invoqués par Vallisnieri, Blundell, Bischoff et autres à l'appui de cette absorption.

Le professeur Pellizzari a rencontré dans un très grand nombre d'autopsies, et dans les 4 cas cités plus haut, du pus dans les trompes utérines, pendant qu'une certaine quantité de cette même matière était réunie dans la cavité péritonéale.

Dans tous les cas de fièvre par infection puerpérale, où l'on rencontrait comme succession morbide un épanchement purulent dans le péritoine (soit qu'il fût isolé, soit qu'il coïncidât avec des transsudations sur d'autres membranes séreuses, ou des abcès métastatiques dans les viscères parenchymateux), on constatait dans les trompes utérines une quantité plus ou moins grande de pus; leur volume prenait parfois le volume même d'un doigt. En outre, si sur un point du péritoine (feuillet externe ou feuillet viscéral) il existait des plaques de rougeur phlogistique, elles étaient plus apparentes sur les parties en rapport avec les extrémités frangées des trompes; l'inflammation était parfois assez intense pour déterminer une forte adhésion entre les franges tubaires et le péritoine circumvoisin.

La coïncidence fréquente d'une collection de pus dans les trompes et de sérosité purulente dans le péritoine fait admettre un rapport de succession entre ces deux faits.

Il faut observer que la muqueuse des trompes, alors même qu'elles étaient fortement distendues par du pus, n'offrait aucune trace d'inflammation, d'où l'on pouvait conclure, avec une apparence de raison, que la matière purulente n'avait pas été engendrée sur place, mais qu'elle était seulement transportée.

On ne peut pas admettre, d'autre part, que le pus ait pénétré dans les trompes par les extrémités frangées qui correspondent au péritoine, car, chez des femmes atteintes de péritonite avec épanchement séro-purulent, on ne trouve aucune trace de sérosité, ni dans les trompes ni dans l'utérus.

Le pus séjournant dans les trompes de Fallope provient donc, sans conteste, de la cavité utérine.

Cette opinion se trouve corroborée :

Par les faits physiologiques de la fécondation;

Par la forme anatomique du canal tubaire, capillaire vers l'extrémité utérine, ample vers l'extrémité frangée;

Par la direction même des trompes qui favorisent l'écoulement d'un liquide de la cavité de l'utérus vers le péritoine, d'autant plus aisément que le fond de l'utérus est plus élevé.

Les faits s'harmonisent donc avec le raisonnement pour admettre que les trompes utérines ou de Fallope peuvent absorber du pus dans l'utérus et le déverser dans la cavité péritonéale.

Cette nouvelle voie d'absorption n'empêche pas l'absorption par les veines et les vaisseaux lymphatiques, mais elle explique comment la fièvre puerpérale peut ne pas présenter les caractères d'une fièvre d'infection et se présenter avec les caractères d'une inflammation péritonéale.

Le pus répandu dans les cavités abdominales ne provient pas entièrement des trompes utérines; il s'en forme une grande partie sur place à la suite de l'irritation produite sur les feuillets du péritoine par la présence d'une petite quantité dudit pus. Cette sécrétion est favorisée par l'état même des membranes, par les modifications survenues dans la circulation abdominale, par l'état général de la femme en couches.

Avec cette manière d'envisager les faits, on comprend mieux pourquoi la collection de pus dans le péritoine constitue la succession morbide la plus fréquente de toute absorption purulente par l'utérus.

Ce phénomène ne s'observe pas dans les cas ordinaires d'infection purulente en dehors de l'état puerpéral; il manque aussi dans la plupart des cas où l'absorption purulente a lieu seulement par les veines utérines.

Y a-t-il des faits cliniques en rapport avec cette opinion?

L'observation suivante du professeur Vannoni le ferait penser.

Chez une femme en couches, ledit professeur constate dans la fosse iliaque droite une douleur qui s'irradiait le long de la colonne vertébrale jusqu'à la partie postérieure de l'estomac. A l'autopsie, on trouva un épanchement purulent dans la cavité abdominale et une quantité considérable de pus dans la trompe utérine droite.

On pouvait donc croire, avec raison, qu'il y avait un rapport de cause à effet entre la manifestation de la douleur, l'absorption du pus et son épanchement successif dans le péritoine, d'autant que l'on a observé une douleur semblable chez deux femmes soumises aux injections intra-utérines, et chez lesquelles on pouvait raisonnablement admettre la pénétration dans l'abdomen d'un peu de liquide injecté qui s'était formé un passage naturel par les trompes de Fallope.

Si tout ce que nous venons de dire ne constitue pas une doctrine

---

la pratique de l'hôpital, ils répondirent avec empressement à mon appel, et, depuis lors, des milliers d'étudiants ont profité de l'instruction qu'on y donne. »

En 1814, M. Lawrence fut nommé chirurgien de l'infirmerie oculaire, et, bientôt après, M. Tyrrell fut attaché au même établissement. Après la conclusion de la paix, le docteur Guthrie, qui avait été à même de constater l'infériorité des médecins et chirurgiens de la marine et de l'armée, pour ce qui concernait les maladies des yeux, se joignit au docteur Forbes, pour fonder le *Royal Westminster infirmary, Piccadilly,* où ils commencèrent bientôt des leçons sur l'anatomie et les maladies de l'œil. Vers le même temps, car la priorité est très difficile à établir, un cours systématique de maladies des yeux fut professé par le docteur W. Mackenzie, l'une des gloires de l'Université de Glasgow, dont le nom est aujourd'hui tellement identifié à celui de Glasgow, que peu de personnes savent que Mackenzie a pratiqué l'ophthalmologie à Londres.

En 1818, Mackenzie, alors établi à Londres, Newman-Street, fit un cours systématique sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire : on sait combien, à cette époque, il était difficile aux médecins anglais de venir puiser l'enseignement ophthalmologique aux Universités du continent; Mackenzie avait visité les Écoles de France, d'Italie et d'Allemagne, il s'était perfectionné en suivant les leçons de Beer à Vienne, aussi ses cours furent-ils suivis avec ardeur. En 1820, Mackenzie fut appelé à la chaire d'anatomie de Glasgow, il y fit tous les ans un cours d'ophthalmologie; enfin, en 1828, l'Université fondant une chaire d'oculistique, il passa à cet enseignement, qu'il a fait jusqu'en 1855, époque où sa santé l'obligea de se faire remplacer par son élève, le docteur W. Brown. Mackenzie avait fondé, en 1824, le *Glasgow Eye infirmary,* il y remplit gratuitement les fonctions de chirurgien jusqu'au dernier moment.

De Londres, se répandit dans les provinces un grand nombre de médecins qui avaient étudié sous ces éminents professeurs, et bientôt chaque grande ville posséda une infirmerie pour les maladies des yeux, au grand bénéfice des habitants et des chirurgiens qui dirigent ces établissements. En même temps que les bienfaits de l'instruction ophthalmologique se faisaient sentir dans les provinces, les maîtres publiaient leurs importants ouvrages, dont quelques-uns, le *Traité pratique des maladies de l'œil,* publié par Mackenzie, ont une réputation universelle.

Le chirurgien dont l'influence s'est fait le plus sentir sur la pratique de l'oculistique en Angleterre, est Tyrrell. Avant lui, les malades étaient saignés à outrance, non pas seulement pour combattre une inflammation déjà développée, mais pour prévenir cette inflammation : il en résultait un énorme affaiblissement du malade; et si, malgré cette saignée préventive abondante, l'inflammation se développait, le médecin se trouvait privé d'une grande partie de ses moyens pour la combatttre. C'est une des gloires de Tyrrell que d'avoir démontré combien une semblable manière de faire était dangereuse; il exposa sa doctrine dans l'ouvrage qu'il publia en 1840, et il eut le bonheur de voir ses conseils déraciner cette vieille routine de l'esprit des chirurgiens. Mais cela ne suffisait pas à Tyrrell, il eut encore bien d'autres choses à enseigner à ses élèves; il s'érigea contre l'abus que l'on faisait des applications irritantes inconsidérément employées dans toutes les maladies des yeux; il apprit aux étudiants que l'œil étant lié d'une manière intime à l'économie, les maladies qui affectent cet organe sont toutes liées à un trouble de l'état général, et que le seul moyen de les combattre consiste dans la médication générale rationnelle s'adressant directement à la cause, et non dans l'application empirique de médicaments locaux, dont l'emploi aggrave souvent l'état local si l'on n'administre en même temps un traitement général; en un mot, c'est lui qui, le premier en Angleterre, posa d'une manière certaine les indications du traitement spécial à chaque cas. Sur un point, cependant, l'expérience nous a appris à ne pas suivre la pratique de Tyrrell : après l'extraction, il levait l'appareil le troisième jour pour examiner l'œil; il s'exposait, suivant nous, à de graves accidents, car l'observation démontre que la cicatrice qui succède à la section de la cornée, n'est que du quatrième au cinquième jour assez forte pour offrir quelque résistance à la pression du globe, c'est donc seulement du quatrième au cinquième jour qu'il faut lever l'appareil après l'extraction de la cataracte; et quand on s'est assuré que l'œil est en bonne voie de guérison, le chirurgien prudent réapplique l'appareil pour deux ou trois jours, afin de donner à la cicatrice le temps de se consolider définitivement. Il est bien entendu que nous parlons ici du cas où les choses marchent régulièrement, et que l'on doit examiner l'œil dès le premier jour, s'il survient ce jour-là un accident qui rende cet examen nécessaire.

Une anecdote curieuse de la vie de Tyrrell ne sera pas déplacée ici : dans les premiers temps qu'il fut attaché à l'hôpital de Moorfields, il fut si malheureux dans ses opérations, que, pendant plus d'une année, il lui fut interdit de pratiquer la moindre opération. Pendant tout ce temps, il s'exerça avec tant de soin et de persévérance, qu'il acquit une dextérité extraordinaire des deux mains. C'est surtout dans l'extraction des cataractes qu'il était admirable, son sang-froid et son calme le mettaient au-dessus de tout accident. Un jour la pointe de son couteau se brise et tombe dans la chambre antérieure, il agrandit l'incision de la cornée, extrait le morceau d'acier avec une pince, puis termine son opération sans que personne autre que l'aide se soit aperçu de l'accident. Dans une autre opération par extraction, l'iris était si violemment contracté, que le cristallin, au lieu de passer dans la pupille, sortit de la capsule et tomba dans le corps vitré; Tyrrell n'essaya même pas de l'aller chercher, il observa tranquillement que l'opération d'extraction avait été changée en une opération par dépression, il pronostiqua même un succès complet; c'est ce qui arriva en effet; le malade guérit parfaitement.

Les grands succès de Tyrrell ne tenaient pas seulement à son habileté manuelle; ils étaient dus surtout aux soins consécutifs savamment dirigés. C'est que Tyrrell n'épuisait pas les forces des malades sans nécessité, et qu'il conservait ainsi dans toute son intégrité la force de résistance dont ils avaient besoin pour supporter un traitement antiphlogistique proportionné aux exigences de la circonstance. Ses idées ont été adoptées depuis par les plus grands praticiens actuels, qui presque tous furent ses élèves. Tyrrell mourut subitement en mai 1843 d'une maladie de cœur dont il était atteint depuis longtemps (1).

(La suite à un prochain n°.)

Dr A.-P. Doumic.

(1) Les détails relatifs à cet article ont été puisés dans un excellent travail publié dans le *London quarterly Journal,* etc., janvier 1858.

complète et homogène de la fièvre puerpérale, les réflexions et les observations des professeurs de l'École de Florence sont de nature à mieux déterminer l'essence première de cette fièvre, en la rattachant à une entité morbide connue et bien définie.

L'infection purulente existe ; si elle se fait parfois par les vaisseaux lymphathiques et les veines utérines, le plus souvent sa voie directe ce sont les trompes utérines ou de Fallope.

La physiolologie, la structure anatomique de ces parties, l'ensemble des faits cliniques, les résultats nécroscopiques constituent pour cette opinion un ensemble d'arguments dignes d'être pris en sérieuse considération.

Dr Prosper de Pietra Santa.

OBSTÉTRIQUE.

ÉCLAMPSIE AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE ; GUÉRISON ; ACCOUCHEMENT DE DEUX ENFANTS RÉUNIS SUR LES COTÉS.

Par M. le docteur Boursier, de Creil.

La femme L. F..., primipare, forte, lymphatique, bien réglée (sang abondant, mais clair), sujette à des attaques d'hystérie peu intenses, mais assez fréquentes, est à la fin du huitième mois de sa grossesse.

Un mois avant le début des accidents, elle se plaignait de maux de tête, pour lesquels je ne jugeai pas urgent de pratiquer une saignée ; huit jours avant, elle vit un œdème très considérable envahir les membres inférieurs et même les mains. On remarqua aussi qu'elle avait les yeux très brillants. (Ces accidents, je ne les connus qu'après coup.) Du reste, elle se portait bien ; l'appétit et le sommeil étaient bons.

Le 24 mai, tout en vaquant à ses occupations, elle se plaint d'un violent mal de tête ; les yeux sont plus brillants que de coutume. Elle mange à deux heures du soir ; à trois heures, vomissements des aliments, puis de bile, puis de matière porracée comme dans les méningites. La malade se couche, se plaignant de plus en plus de la tête qu'elle serre des deux mains ; les vomissements continuent. A dix heures et demie, première attaque d'éclampsie, suivie d'un calme avec retour à la connaissance. Après trois attaques, la connaissance ne revient plus ; la malade est plongée dans un coma profond, avec respiration stertoreuse.

Je la vois à minuit, elle en est au cinquième accès ; la langue, sortie de la bouche, est pointue, placée à la commissure droite, comprimée par les dents, noire, tuméfiée, etc. Mouvements convulsifs de tous les muscles de la face, agitation des globes oculaires portés en haut et en arrière ; contractions, spasmes des extrémités et du tronc, etc. — Forte saignée, dont le sang, assez riche, se couvre d'une couenne épaisse.

Sans plus tarder, je procède à la délivrance, comme l'unique ressource. Il n'y avait pas eu jusqu'alors le moindre indice de travail.

Au toucher, je trouve le vagin humide, le col effacé, entr'ouvert, large comme une pièce d'un franc ; les membranes bombaient, je les déchire immédiatement, et, à ma grande satisfaction, je sens un pied s'engager.

Tout cela s'était pratiqué avant la fin de l'attaque. Aussitôt la malade couchée sur un matelas à terre, j'attire au dehors le pied qui se présente ; après quelques difficultés, j'en saisis un second : l'un était un pied de droite et l'autre, de gauche. Je me crois sauvé ; mais pendant une heure et demie d'efforts, le bassin ne parvient pas à s'engager. La raison me disait bien qu'il se trouvait quelques difficultés inaccoutumées dont l'explication ne pouvait être dans la rigidité du col qui, quoique tendu, n'était pas incoercible. Au toucher, je sentais le bassin du fœtus dirigé dans l'axe du diamètre transverse de celui de la mère, et un corps mou, placé à la réunion des deux membres pelviens, sans pouvoir discerner ce que c'était. Je reconnaissais aussi le sexe de l'enfant, mais il m'était impossible de diagnostiquer ce à quoi j'avais affaire. Un diagnostic exact et précis est plus souvent qu'on ne le croit difficile à établir dans la pratique obstétricale ; ou les parties sont trop élevées et inaccessibles, ou elles fuient sous le doigt, ou la pression vaginale donne le change.

Toujours est-il que ce ne fut qu'à la suite d'une traction des plus violentes, après une heure et demie d'efforts, que je fis sortir de la vulve les deux cuisses, une portion de cette masse molle, lisse, noirâtre, que j'avais touchée déjà, et que je sentis en arrière un troisième pied.

Ma stupéfaction fut grande en pressentant l'arrivée simultanée de deux enfants, les difficultés que j'allais éprouver pour repousser l'un pendant que j'attirerais l'autre. Je me reprochai de n'avoir pas reconnu exactement ce qui était, car mes tractions avaient porté sur des membres appartenant à chaque enfant. Elle fut bien plus grande encore quand je reconnus, à n'en pouvoir douter, une adhérence très étendue et très forte entre les deux fœtus. Je dégageai le quatrième membre, les deux troncs sortirent davantage, ainsi que cette masse noirâtre, du volume d'un œuf de poule, sur laquelle s'etait produite une déchirure dont il sortait quelques anses intestinales.

Pendant ces manœuvres, les attaques se succédaient plus rapprochées et de plus en plus violentes, avec des intermittences d'accablement et d'angoisses sourdes propres à la femme en couche, plus manifestes quand j'opérais des tractions : le sentiment interne n'était donc pas aboli. J'avoue que je me préoccupai peu de ces attaques ; une personne était seulement chargée de repousser la langue daus la bouche, autant que possible. Mon esprit était tendu vers une délivrance des plus rapides, sachant que faire vite dans ces circonstances est bien faire pour le salut de la mère.

Assez éloigné de mon domicile, je n'avais sous la main ni forceps, ni aucun instrument : que faire de ces deux têtes restées dans le bassin avec les quatre membres supérieurs ? Je pensai à couper l'adhérence, mais la solution du problème eût été la même : il aurait été impossible de refouler un des deux fœtus ; de plus, je craignais d'affaiblir la force de résistance de ces deux êtres qui déjà se déchiraient.

Comme ressource dernière, j'avais à pratiquer la décollation d'un des deux êtres, d'attirer l'autre, puis d'extraire la tête isolée avec les forceps que j'envoyai chercher. L'enfant placé en avant était plus sorti que celui placé en arrière, j'eus la pensée de faire sortir sa tête sur le tronc de l'autre.

Si j'avais eu des crochets, j'eusse pu, avec eux, exercer des tractions sur la portion supérieure de l'adhérence des fœtus ; mais le moyen eût été mauvais, j'aurais produit des déchirures et mes efforts eussent porté sur les deux corps également, ce que je ne voulais pas. Je m'avisai de passer, au-dessus de cette adhérence, l'angle d'une forte serviette que je tirai du côté opposé ; j'étalai autant que possible ce linge en écharpe autour de la poitrine de l'enfant placé en avant, si bien que mes tractions pouvaient être énergiques, égales, puisqu'elles portaient sur une plus grande surface. De ce moyen vint mon succès : je pus bientôt abaisser les deux bras, que je compris dans l'anse de ma serviette. On souleva le bassin de la femme, cette dernière traction, dirigée fortement en arrière, fit sortir la tête sur laquelle j'agissais avec la poitrine, et finalement la seconde tête. Cette dernière manœuvre s'accomplit avec facilité.

Il avait fallu trois heures pour arriver à ce résultat.

Les attaques d'éclampsie parurent se modérer dans leur fréquence et leur durée, pendant les deux heures qui suivirent la délivrance ; mais, à cinq heures du matin, elles reparurent plus violentes qu'auparavant ; pendant deux heures, elles se succédèrent presque sans interruption, au point de laisser croire à la continuité.

On ne pouvait rien faire prendre à la malade, on se contenta d'applications froides sur le front, et de boules d'eau chaude aux extrémités. A huit heures du matin, on la mit dans un bain tiède, en même temps qu'on appliqua six sangsues derrière chaque oreille. On fut forcé de la tirer de l'eau après trois heures, car les accès, fort calmés au début, revenaient si violents qu'on ne pouvait plus la maintenir.

De midi au lendemain matin à trois heures, c'est-à-dire vingt-neuf heures après le début des accidents nerveux, les attaques allèrent en s'espaçant de plus en plus : il y eut d'abord une heure d'intervalle, puis une heure et demie, puis trois heures, puis six. Leur durée n'en était pas moins fort longue, car on compta jusqu'à huit minutes. Dans les intervalles, la malade restait toujours sans connaissance, dans le coma. On avait peine à lui faire avaler quelques gouttes d'eau sucrée légèrement éthérée. L'eau froide fut exactement maintenue sur la tête, et la chaleur aux pieds. Je m'abstins de révulsifs énergiques, à mon avis fort dangereux.

Chez cette femme, les attaques d'éclampsie avaient été fort intenses : quelques-unes avaient duré plus d'un quart d'heure, tandis que d'autres ne faisaient que paraître. Il y en eut plus de trente. A mesure qu'elles s'éloignaient, l'instinct reprenait le dessus, la malade s'agitait, se couchait sur le côté en renversant son visage de manière que les mucosités accumulées dans l'arrière-gorge pouvaient s'écouler sans effort. Les urines s'échappaient involontairement.

Elle passe la journée du 26 dans l'état comateux. Les applications froides sont continuées, on fait avaler une cuillerée de bouillon toutes les demi-heures. On applique huit sangsues sur les côtés du larynx, pour opérer le dégorgement du cou et de la langue. Ne craignant plus l'éclampsie, je tâche d'accélérer le retour à la sensibilité par l'application de deux vésicatoires aux mollets. Lavement avec du sel.

Le 27, au matin, vingt-six heures après le dernier accès, réveil des sentiments affectueux : cette jeune femme embrasse son mari et sa mère, avec un air hébété, éperdu. Vers les cinq heures du soir, pour la première fois fois elle demande à boire et me dit bonjour. La journée se passe sans sommeil, dans cette agitation d'un être éperdu qui cherche à se reconnaître.

Eau rougie et deux petits potages pour le soir.

28. La malade n'a pas dormi, elle s'agite beaucoup, fait comprendre qu'elle a besoin d'uriner, regarde, s'inquiète de ce qui se passe sans pouvoir s'en rendre compte. Elle demande du café, ce qu'elle n'aimait pas auparavant. On lui donne plusieurs potages dans la journée, et du vin coupé par moitié.

29. Peu de sommeil ; la malade revient de plus en plus à elle, sans toutefois se rendre compte de ce qui s'est passé ; elle a même des aberrations ; ainsi elle accuse la statue de la Vierge, qui est sur sa commode, de déplacer ses effets, etc.

Nourriture de plus en plus substantielle. Repos plus complet.

30. La malade a parfaitement dormi. Les hallucinations sont à peu près dissipées, mais la mémoire est toujours paresseuse : elle s'imagine qu'elle va faire une fausse couche. Elle a peine à se rendre à l'évidence quand on lui dit que c'est fait, attendu, dit-elle, qu'elle ne se rappelle rien.

Je la considère comme guérie, sauf les plaies de la langue, excessivement mutilée, et une déchirure assez forte au périnée.

Les deux enfants ont huit mois ; ce sont deux garçons de force moyenne, fort bien constitués dans toutes les parties non adhérentes, sauf les poitrines qui ont souffert de la compression et spécialement celle de l'enfant placé à droite. Ils sont légèrement tournés l'un vers l'autre.

Il y a plus de rapprochement à la poitrine qu'en bas, où les bassins sont tout-à-fait tournés en avant, de telle sorte que les membres inférieurs correspondants eussent été indépendants dans leurs mouvements et n'auraient pas chevauché l'un sur l'autre.

Les bras correspondants sont enlacés sur les cous, en arrière, dans la position de deux êtres qui voudraient s'embrasser.

L'adhérence est faite dans les parois molles et osseuses de l'abdomen pour ne constituer qu'une seule cavité intestinale. Ainsi, elle commence en avant par la soudure des deux extrémités inférieures sternales, à 1 centimètre 1/2 environ du pli antérieur de l'aisselle ; sur les côtés, par la soudure des côtes abdominales et des parties molles qui les recouvrent ; en arrière, par les parties molles de la région des lombes. Si bien que la soudure est plus élevée en avant qu'en arrière.

Les parois abdominales sont normalement constituées à droite et à gauche ; mais au centre, c'est-à-dire dans la moitié centrale du ventre commun, les parois sont formées par l'expansion du cordon ombilical, qui a la forme d'un *infundibulum* dont le haut, contenant les vaisseaux ombilicaux, se fixe à la soudure sternale ; en bas, cette membrane se contourne en arrière, en s'insérant sur les crêtes iliaques voisines qu'elle unit pour se terminer au niveau des renflements postérieurs des crêtes iliaques correspondantes.

Cet *infundibulum* a le volume d'un œuf de poule et contient une grande partie des organes intestinaux. Le cordon est unique, très gros et ne contient qu'une seule veine.

Avant de parler des anomalies rencontrées dans cette cavité commune, il est bon de mentionner ce qu'il y a de normal.

Poitrine. — Il y a bien quatre poumons, seulement ils sont petits et fort comprimés. Les cœurs sont volumineux et placés en avant, au niveau des sternums.

Abdomens. — Il y a deux estomacs, petits, contenant une cuillerée de mucosité jaunâtre. A chacun est accolé une rate ; il y a quatre reins, deux vessies.

Les conséquences de la fusion sont deux diaphragmes réunis par leurs côtés correspondants tout en conservant leurs points d'attaches aux côtés soudés à ce niveau.

Ils ont un foie unique, composé bien évidemment par la réunion des deux organes, car il y a deux vésicules du fiel. Il est volumineux et occupe la partie centrale de la poche ombilicale.

La plus grande anomalie consiste dans l'atrophie de l'intestin de l'enfant de gauche, lequel est réduit à la forme d'un cordon (creux toutefois), ce que démontre l'insufflation. Le rectum, les colons, le cœcum, l'intestin grêle, sont très distincts, ils ont leur forme et leurs dimensions ordinaires, l'anus est perforé. Cet intestin a été coupé naturellement, c'est-à-dire qu'à une certaine hauteur de l'intestin grêle il commence par une extrémité imperforée tel qu'est l'appendice vermiculaire ; donc, il n'y a pas communication avec l'estomac.

De l'estomac gauche, part une portion d'intestin de la longueur de 15 centimètres environ, qui aboutit à une poche située dans l'abdomen droit. Cette nouvelle cavité, un peu plus grosse que l'estomac, est légèrement distendue par une matière verdâtre, visqueuse, son tissu est celui de l'intestin, sa membrane interne est lisse : distendue par l'insufflation, elle a à peu près la forme de l'estomac, avec cette différence que le second orifice, dont je n'ai pas encore parlé, se trouve à l'extrémité et au bas de la grande courbure, tandis que la première aboutissait à l'ouverture œsophagienne. Ce n'est donc qu'un sac élastique, qu'un réservoir des matières parties du premier estomac, lesquelles ne peuvent parcourir le tube digestif correspondant, par suite de rupture opérée dans le développement des fœtus.

L'autre extrémité de cette poche vient aboutir par un canal de deux centimètres au commencement de l'intestin grêle de l'enfant de droite. A partir de cette réunion, l'intestin est rempli de méconium dans toute son étendue. Il est fort développé. Cette constatation a été faite au moyen de l'insufflation.

Il en résulte que ces enfants auraient pu vivre, que la nature avait pourvu par des voies supplémentaires à l'anomalie des intestins de l'enfant placé à gauche, qui n'aurait eu que la peine de sa digestion stomacale. Tandis que les intestins de l'enfant de droite auraient fonctionné pour tous deux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Juin 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans le département du Pas-de-Calais.

2° Un rapport de M. le docteur Martin Duclaux, de St-Julia (Haute-Garonne), sur la pellagre qu'il a observée à Villefranche. (Comm. des épidémies.)

3° Rapport de M. le docteur Chevalier, sur le service médical des eaux de Chaudesaigues (Cantal), et de M. le docteur Masson, sur le service médical des eaux de Bussang (Vosges), pendant l'année 1856. — (Com. des eaux minérales.)

4° Un travail de M. Bayard, de Cirey (Haute-Marne), sur la mortalité à l'hospice de la Maternité. (Comm. M. Danyau.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Loiseau, de Montmartre, contenant une observation qui démontrerait, d'après lui, la possibilité de l'introduction de l'air et des liquides de la cavité de la matrice dans celle du péritoine.

2° Une note du même auteur sur le traitement exclusivement topique de l'angine couenneuse par les insufflations de tannin et d'alun.

3° Un mémoire sur une épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, en 1846, dans le service de M. Louis, par M. le docteur Colin (de Mayenne), ancien interne des hôpitaux.

4° Une lettre par laquelle M. Delanneau, directeur de l'institution des sourds-muets, invite l'Académie à envoyer une députation au service funètre qui sera célébré le 5 juillet, dans la chapelle de l'institution, pour l'anniversaire du décès de M. le docteur Itard. Sont délégués : MM. Michel Lévy, Poggiale, Guérard, Trébuchet, Beau et Fr. Dubois.

M. Larrey fait hommage à l'Académie du rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons qu'il a adressé à M. le ministre de la guerre.

M. Cazeaux dépose sur le bureau la sixième édition de son *Traité des accouchements*.

M. J. Guérin, au nom de M. Fallot, membre de l'Académie de médecine de Belgique, fait hommage d'une brochure intitulée : *Conjectures sur l'étiologie des tubercules pulmonaires.*

M. Depaul fait hommage, au nom de M. Barker, de New-York, d'un travail sur la fièvre puerpérale et son traitement par le *veratrum viride*. L'auteur a joint à cet envoi un échantillon de ce médicament.

M. le Président annonce que M. Léon Dufour, membre correspondant, assiste à la séance ;

Que M. Albert, de Saint-Chignian (Hérault), membre correspondant, est mort.

Une vacance est déclarée dans la section de chimie médicale et de toxicologie.

M. le Président informe l'Académie que, dans la séance prochaine, le conseil proposera la nomination d'une commission chargée d'examiner les travaux qui ont été envoyés à l'Académie à l'occasion de la discussion actuelle, et de statuer sur la proposition de M. Cruveilhier.

— Dans la séance prochaine, il sera nommé une commission composée de cinq membres pour désigner les sections auxquelles devront appartenir les premières nominations au titre de correspondant national.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. J. Guérin.

Messieurs, ce n'est pas un sentiment de vanité blessée qui me ramène à la tribune, c'est un devoir impérieux et une conviction profonde. Je fais bon marché du ton et des allures que MM. Depaul et Cazeaux ont cru devoir prendre à mon égard ; ce ton, ces allures, s'expliquent sans doute par mon infériorité. Toutefois, quand on a la valeur de mes adversaires, on ne devrait pas chercher à rabaisser un collègue ; on ne saurait, au contraire, lui prêter une autorité trop grande.

Messieurs, depuis quatre mois que dure cette discussion, il ne s'est pas produit deux opinions semblables, et toutes ne se sont rencontrées qu'en un point, l'impuissance de l'art en présence de la fièvre puerpérale. N'ai-je pas été excusable de prendre la parole et de vouloir apporter la lumière dans ce débat? Je crois encore fermement que je suis dans le vrai et je vais tâcher de vous le démontrer.

Les objections de M. Cazeaux et de M. Depaul ont porté sur trois points principaux : 1° le retrait physiologique de l'utérus; 2° la signification du gonflement utérin; 3° le passage des liquides altérés de la matrice dans la cavité abdominale.

Mes contradicteurs n'ont pas attaqué l'ensemble de ma théorie; ils se sont arrêtés aux détails : ces derniers ont eu plus ou moins à souffrir de leur verve et de leurs railleries, la première est demeurée intacte et elle reste debout.

Ainsi, relativement au premier point, j'ai donné les règles du retrait de l'utérus, règles basées, à la vérité, sur un petit nombre d'observations, mais, du moins, sur un nombre précis et nettement indiqué; mes adversaires n'ont voulu voir, dans ce que j'ai dit à ce sujet, que ce qui a rapport au niveau de l'utérus, et, en réalité, c'est une considération accessoire; ce qu'il fallait examiner et ce dont on doit, avant tout, tenir compte, c'est le *retrait continu* de l'utérus.

Quant à n'avoir pas cité les personnes qui auraient indiqué, avant moi, les règles de ce retrait, je répète ce que j'ai déjà dit, à savoir, que les maîtres de la science, MM. Dubois, Moreau, Velpeau, Chailly et Cazeaux n'en parlent pas. M. Depaul a lu un passage de M. Jacquemier, mais M. Jacquemier n'en dit pas un mot, et le passage cité par M. Depaul n'est que la traduction du texte de Nægelé.

M. Depaul : Je proteste contre l'allégation de M. Guérin.

M. Cazeaux : Et moi aussi, en ce qui me concerne.

M. Guérin : Pour revenir à la détermination du retrait utérin, M. Nægelé admet que souvent il a lieu le 5me jour; j'ai dit, moi, qu'on l'observait le quatrième; mais qu'importe? Le point capital qu'auraient dû attaquer MM. Cazeaux et Depaul, c'est la *continuité* du retrait; l'idée fondamentale de ce que j'ai soumis au jugement de l'Académie, c'est la conversion de la plaie utérine, après l'accouchement, en plaie fermée au moyen de ce retrait, et, vraiment, je crois qu'on a bien compris cette idée, mais qu'on n'a pas voulu la combattre.

J'ai dit que lorsque ce retrait n'était pas commencé le quatrième jour, il y avait imminence morbide.

M. Cazeaux : C'est là qu'est l'erreur!

M. Guérin : Dans les conditions d'épidémicité où j'ai observé, pas une des femmes, présentant l'utérus non rétracté après le quatrième jour, n'a échappé à la fièvre puerpérale; — je ne parle pas de la généralité des femmes, mais de ce que j'ai vu — d'ailleurs, ce n'est pas de la maladie foudroyante que j'ai voulu parler, mais de la maladie dans sa graine, du commencement de la maladie. Est-ce que dans le choléra épidémique on ne voit pas des crampes, de la diarrhée, se manifester chez des individus qu'on peut dire alors malades à zéro, à 10, à 100 degrés? Eh bien, de même pour moi, le frisson constitue la maladie dans sa graine, laquelle peut être arrêtée dans sa germination.

Je conclus donc, sur ce premier point, qu'il n'existe rien de précis dans la science, à l'égard de la fixation du niveau de l'utérus et de son retrait gradué.

J'arrive à une question plus grave, au gonflement pathologique de l'utérus que j'ai observé constamment, pendant l'épidémie de 1846, et qui a certainement avec la fièvre puerpérale un rapport de cause à effet.

M. Depaul rentre en ce moment, et montre à M. Guérin le 2e volume du *Traité d'accouchements* de M. Jacquemier, dans lequel est indiqué jour par jour le retrait de l'utérus.

M. Guérin : Cela dépend de l'édition.

M. Depaul et M. Cazeaux : Il n'y en a qu'une seule! (Hilarité.)

M. Cazeaux donne lecture d'un passage de son *Traité d'accouchements*, d'où il résulte que ce retrait peut ne se faire que le quinzième jour chez des femmes nouvellement accouchées, d'ailleurs bien portantes.

M. Guérin : Mes contradicteurs ont dit que j'avais pris l'effet pour la cause; c'est une accusation grave et j'aurais voulu qu'ils la démontrassent. Mais cette démonstration est probablement plus difficile qu'un accouchement par les pieds ou que l'application du forceps, et je suis, à cet égard, dans la position d'un hoomme qui attend.

M. Cazeaux : Vous n'attendrez pas longtemps.

M. Guérin : Permettez, Monsieur Cazeaux. Il y a plusieurs manières d'établir la subordination des faits entre eux; c'est d'abord la méthode expérimentale. Or, on observe que l'utérus commence à se rétracter, puis il s'arrête dans son retrait, et, un beau jour, on constate un frisson qui est le commencement virtuel de la maladie. Ainsi, les symptômes sont dominés par ce double fait du gonflement et de l'arrêt de l'utérus. Ce n'est que plus tard que les lochies s'altèrent et se suppriment, à une deuxième période, comme l'a dit M. Jacquemier.

La matrice reste ouverte après l'accouchement, c'est un fait dont tout le monde convient. Mais, dans cette plaie en communication incessante avec l'air, les caillots s'altèrent et deviennent un foyer d'altération putride. Je n'ai donc pas pris l'effet pour la cause et ma doctrine se trouve éclairée par la physiologie et la discussion rationnelle des faits.

J'aborde maintenant le troisième point de l'argumentation de MM. Cazeaux et Depaul, ce sera la dernière partie de mon discours. Ici encore ils se sont borné à nier et à contredire ce qu'ils ont appelé mes hérésies physiques, physiologiques, mécaniques et pathologiques. Ils ont dit que je supposais que les trompes n'étaient plus pour moi, que des pompes puisant dans l'utérus des flots de pus pour les rejeter dans le péritoine.

M. Cazeaux : Je n'ai pas dit cela; dites : « il a, » car M. Depaul seul en a parlé.

M. Guérin : Je demanderai à substituer à cette formule d'autres idées que celles exposées par M. Depaul, idées qui sont à lui, non à moi, et que je lui laisse en toute propriété. Vous admettez ce transport par les vaisseaux parce que c'est un fait commun, et vous le niez par les trompes parce que c'est un fait nouveau.

Cependant on peut invoquer en sa faveur deux ordres de preuves :

1° Des preuves anatomiques : Tous les observateurs s'accordent à dire que l'on trouve les trompes pleines de pus, la membrane interne des trompes étant parfaitement saine.

2° Des preuves pathologiques : Il est possible de suivre pas à pas le passage des liquides altérés dans les trompes. — Je n'ai pas dit que tout le liquide retrouvé dans le péritoine y eût été transporté par les trompes; il me suffit qu'il y ait transport d'une petite quantité de ce liquide qui joue le rôle d'un levain pathologique. Ce qui le prouve, c'est la turgescence en cordon des trompes, signalée par M. Béhier, et qu'on peut constater alors qu'il n'existe encore aucun phénomène de réaction.

De plus, on peut instituer certaines expériences qui rendent compte de la possibilité de ce passage. L'abdomen est un espace clos, c'est vrai, mais susceptible d'ampliation, et, par conséquent, de tension variable. Si l'on introduit un tube recourbé de Welter, on constate bientôt des différences de niveau dans les colonnes de liquide.

M. Cazeaux : Où l'introduisez-vous?

M. Guérin : Dans le péritoine.

M. Cazeaux : Mais alors il y a de l'air!

M. Guérin : Si l'on soulève avec une pince le péritoine, les intestins suivent le péritoine soulevé; il y a donc une tension manifeste. Si l'on approche la flamme d'une bougie de la plaie de l'abdomen au moment où cette plaie vient d'être faite, on voit la flamme obéir à une aspiration évidente. Il y a donc, encore une fois, une tension moindre dans l'abdomen. Je regrette que M. Cazeaux n'ait pas l'air de comprendre.

M. Cazeaux : Je ne comprends pas du tout.

M. Guérin : Je reviens et je cite M. Jacquemier : Dans les péritonites puerpérales et dans les fièvres puerpérales, le péritoine est souvent lisse, sans rougeur, exempt d'inflammation, même lorsqu'on y trouve des flots de pus. Je conclus donc qu'il y a transport, par les trompes, non de flots de liquide, ainsi qu'on me l'a fait dire, mais de certaines portions de liquide qui provoque des sécrétions superficielles et non profondément inflammatoires.

Je m'arrête. Vous jugerez, Messieurs, laquelle des deux théories est préférable. Quant à moi, voilà ce que j'avais à dire pour maintenir, en face de l'autorité supérieure de mes collègues, l'autorité également supérieure des faits.

M. Beau annonce qu'il reprend la parole pour confirmer tout ce qu'il a dit dans son premier discours, et pour répondre à quelques objections qui ont été présentées par les orateurs précédents.

Revenant sur la distinction des pyrexies ou fièvres essentielles et des phlegmasies fébriles, il répète que la fièvre puerpérale est pour lui une fièvre symptomatique des phlegmasies et que rien, dans ce qui a été dit, n'a infirmé les caractères phlegmasiques sur lesquels il fonde sa conviction. Que ces phlegmasies soient générales ou locales; qu'elles soient contagieuses ou non, elles n'en conservent pas moins leur caractère. M. Beau ajoute qu'il a subordonné les manifestations de ces phlegmasies à un état général, nommé par lui diathèse inflammatoire, mot qui a été attaqué par la plupart des orateurs qui ont parlé après lui. En l'employant, il ne croyait cependant rien innover; M. Chomel s'en est servi, et M. Grisolle, élève de M. Chomel, admet une diathèse puerpérale. D'autres invoquent une prédisposition, une imminence morbide, et, tout en différant sur la dénomination, sont, au fond, absolument du même avis que lui. « Pour moi, comme pour Frank, dit M. Beau, la diathèse est la cause interne des lésions locales; » c'est une prédisposition de l'organisme que je tiens pour certaine, sans savoir au juste en quoi elle consiste. Si je le savais, j'aurais fait une grande découverte, et tous les reproches qu'on m'a adressés reviennent à me reprocher de n'avoir pas fait cette découverte.

M. Beau, après avoir énuméré toutes les phlegmasies qu'on rencontre dans la fièvre puerpérale, insiste sur la prédominance de la péritonite qui a été admise par MM. Velpeau, Cazeaux, Jacquemier, et même implicitement par ceux qui soutiennent le dogme de l'essentialité.

Maintenant, reste une dernière question, c'est de savoir quelle est la nature de ces phlegmasies. M. Beau rappelle que, pour lui, elles sont peu franches, et qu'elles sont, au contraire, gouvernées par de fâcheuses diathèses; ce qui les rend rapidement purulentes et réfractaires à l'emploi des antiphlogistiques. S'en suit-il, comme le veut M. Trousseau, qu'il faille invoquer la spécificité? Mais cette spécificité est loin d'avoir été prouvée.

M. Depaul a prétendu distinguer la fièvre puerpérale de la péritonite, par les gros flocons albuminoïdes que l'on trouve dans le péritoine à la suite de la première de ces affections, flocons qu'on ne rencontrerait jamais dans la seconde. Cela ne me semble pas absolument démontré, dit M. Beau; mais la présence habituelle de ces flocons albuminoïdes prouverait tout simplement, en la supposant démontrée, que la péritonite des femmes en couches diffère, par ce caractère anatomique, des phlegmasies non puerpérales du péritoine; elle ne prouverait nullement que la fièvre n'est pas symptomatique de la péritonite.

J'admets d'ailleurs, comme je l'ai toujours fait, que la péritonite puerpérale diffère par ce caractère et par d'autres encore des péritonites ordinaires.

Abordant la question thérapeutique, M. Beau explique les insuccès de la médication quinique entre les mains de ses confrères, par ce fait qu'ils ne se sont pas conformés exactement aux règles qu'il avait posées à ce sujet.

Il persiste dans toutes ses allégations. Le sulfate de quinine n'est efficace que lorsque la péritonite est bornée à la région sous-ombilicale, et qu'il est administré dès le début; — et comme le médecin ne peut pas assister toujours à l'apparition des premiers accidents, il faut qu'il ait un aide intelligent et dévoué qui soit prêt à commencer le traitement en temps opportun.

L'orateur, insistant sur le mode d'administration des médicaments qui est la principale condition de leur succès, rappelle ces paroles de M. Trousseau : « Le remède n'est rien, la médication est tout, et le mode d'administration a quelque chose de sacramentel. » Il s'étonne, en outre, qu'on ait exigé du sulfate de quinine qu'il guérisse dans tous les cas; puis, il termine son discours en protestant contre les reproches de variations qui lui ont été adressés par M. Dubois, et surtout contre la solidarité qu'on a voulu établir entre le traitement tel qu'il a été institué par lui à l'hôpital Cochin, et le traitement qui a été expérimenté à l'Hôtel-Dieu et à la Clinique par M. Lepetit, sous les yeux de M. Trousseau et de M. Depaul; M. Lepetit n'a jamais été l'élève ni officiel ni bénévole de M. Beau qui ne l'a jamais vu dans son service.

— La séance est levée à cinq heures.

ANESTHÉSIE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher ami,

Vous avez reproduit, dans l'avant-dernier numéro de l'Union Médicale, une observation contenant les détails du nouveau cas de mort arrivé à la suite de l'emploi du chloroforme, malgré toute l'habileté et toute la prudence des médecins distingués qui ont eu à l'administrer. Le lendemain d'un fait si malheureux, je crois être utile à nos confrères en rappelant ici un moyen que mon oncle, le docteur Ricord, a préconisé déjà depuis longtemps, et qui, dans ses mains, a sans cesse donné les résultats les plus favorables.

Et d'abord, le 7 juillet 1857, devant l'Académie de médecine, M. Ricord disait :

« Il faut résister le plus possible aux demandes d'éthérisation que » vous adressent les malades. Les éthers sont sans doute une admirable » découverte, mais ils constituent une complication terrible pour les » opérations, complication plus grave que les hémorrhagies... Pour » ma part, je ne consens à éthériser les malades que dans le cas d'opé» rations longues et douloureuses; toutes les fois que l'opération doit » être courte ou peu douloureuse (comme pour l'hydrocèle), je m'y » refuse absolument. »

Frappé des dangers du chloroforme, M. Ricord a été surtout préoccupé des moyens de les combattre, car, que l'on se serve d'appareils ou non, il est impossible de toujours les prévenir. L'important est donc d'en triompher lorsqu'ils viennent nous surprendre.

Jusqu'à présent, le procédé par excellence, le plus puissant de tous, celui qui n'a pas encore fait défaut, c'est la *respiration artificielle bouche à bouche,* respiration artificielle qu'il faut pratiquer à la moindre menace de mort, sans hésitation, avec énergie, et surtout sans chercher autre chose.

Pour juger la valeur de ce précieux moyen, il faut qu'on sache que, dans les cas où il a été employé sans succès, ce n'est pas à lui qu'on s'est adressé d'abord. Presque toujours, dans les cas malheureux, on cherche du vinaigre, on donne de l'air, on introduit le doigt dans la gorge, on tire la langue, on applique des révulsifs, toutes choses excellentes, mais peu efficaces; puis, quand elles ne réussissent pas, en dernier lieu, on pense à la respiration artificielle, mais il est souvent trop tard : le malade est mort.

C'est donc par la *respiration bouche à bouche* qu'il faut commencer; c'est ainsi que M. Ricord l'a toujours fait, et déjà cinq fois, soit à l'hôpital du Midi, soit en ville, il a rappelé à la vie des malheureux opérés pour lesquels une seconde d'hésitation aurait été la mort.

En présence de ces faits, je prie MM. les chirurgiens du Gros-Caillou de bien vouloir nous faire savoir si la *respiration artificielle,* signalée dans l'observation, a été pratiquée *immédiatement* ou si ce n'a été qu'après avoir tout épuisé que l'on a eu recours à elle.

Cette question, faite au nom de la science, sera, j'en suis assuré, accueillie favorablement par les médecins distingués qui ont assisté à l'opération du 27 mai, et leur réponse sera un véritable service qu'ils rendront à l'humanité.

Veuillez, mon cher ami, croire à mes sentiments très affectueux,

Dr Calvo.

21 Juin 1858.

COURRIER.

L'Association de médecine de la Seine-Inférieure a tenu *sa première* assemblée *générale annuelle* le 4 juin. Cette réunion a été très favorable aux principes que nous défendons, et a été suivie d'un banquet qui a resserré les liens de la confraternité.

Pour l'exercice 1858-1859, le bureau est ainsi formé :

Président, M. Vingtrinier, à Rouen; vice-présidents, MM. Flaubert, à Rouen; ***, maire au Havre; secrétaire général, M. Bouteiller fils, à Rouen; secrétaire adjoint, M. Morel, à Rouen; trésorier, M. Mélays, à Rouen. — Conseil judiciaire, M. Frédéric Deschamps, avocat, membre du conseil général du département.

— Dans sa dernière réunion générale, l'Association médicale de Loir-et-Cher a chargé son bureau d'adhérer au projet d'Association générale aussitôt que cela serait possible.

Plusieurs membres de cette Association ont intenté un procès en dommages et intérêts à deux individus exerçant illégalement la médecine, et qui ont été condamnés par le tribunal de Blois à 300 francs de dommages en faveur des confrères qui s'étaient portés partie civile.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 75. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 26 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 JUIN 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

C'est par erreur que nous avons annoncé la mort de M. Blume, membre correspondant. Le célèbre botaniste dont M. Flourens a appris la perte à ses collègues est M. Robert Brown, de Londres, associé étranger.

Lundi dernier, c'est M. Élie de Beaumont qui a dépouillé la correspondance, et, de tout ce qu'il a dit, nous n'avons pu deviner que trois choses :

D'abord, que M. Lebas, président de l'Institut, invite, par une lettre, les membres du bureau de l'Académie des sciences à préparer une lecture, afin d'augmenter l'intérêt de la séance publique annuelle qui réunira les cinq Académies le 15 août prochain.

Ensuite, que M. le docteur Collongues adresse une nouvelle note relative à son instrument nommé *dynamoscope* et aux bourdonnements musculaires qu'il fait percevoir;

Et, enfin, que la Société d'agriculture envoie le compte-rendu de ses séances. Des remerciements seront adressés à M. Chevreul, son président, et à M. Payen, son secrétaire.

Après la correspondance, M. Becquerel, prenant la parole, lit un mémoire sur la distribution de la chaleur au-dessous du sol, à diverses profondeurs, et dans les couches atmosphériques à des hauteurs différentes.

L'administration, sur la demande de M. Becquerel, a fait construire, au Muséum, un petit pavillon pour étudier les phénomènes physiologiques déterminés par la chaleur et la lumière sur les animaux et les végétaux. C'est là que, pour la première fois, les appareils thermo-électriques ont été employés par M. Becquerel, désireux de remédier à l'imperfection des thermomètres ordinaires. Le mémoire lu aujourd'hui par le savant professeur est surtout relatif à la construction de ces appareils.

M. Boussingault donne lecture de la suite de ses Recherches sur la quantité d'acide nitrique contenue dans les pluies, les brouillards et la rosée.

L'Académie, pendant les lectures, procède à la nomination, par la voie du scrutin, d'une commission de cinq membres pour les prix de mécanique. Sont nommés : MM. Combes (34 voix), Poncelet, Morin, Piobert et Clapeyron (18 voix).

M. Dausse lit un travail sur certaines constructions hydrauliques de la Savoie et de la Suisse.

M. Duméril, au nom de M. Guibourt, présente à l'Académie un produit singulier, qu'un pharmacien de Constantinople avait envoyé à l'Exposition de 1855. C'est une matière inconnue dans nos climats, et qui, paraît-il, est fort employée en Perse ; elle est composée de sucre, de gomme et d'amidon, et elle sert de coque à certaines larves de charançon.

M. Cloquet, au nom de M. Larrey, dépose sur le bureau de l'Académie le rapport adressé à M. le ministre de la guerre sur l'état sanitaire du camp de Châlons.

M. le maréchal Vaillant annonce que, grâce à l'obligeance de M. de Kissleff, ambassadeur de Russie, il est en mesure de compléter les renseignements transmis par lui, à l'Académie, au mois de septembre 1857, relativement aux balles forées par un insecte qui ont été rapportées de Crimée. Un entomologiste distingué de Saint-Pétersbourg, à qui les balles et les insectes ont été soumis, s'est rencontré de tous points, pour la détermination de ceux-ci, avec ce qu'en avait dit M. Duméril. Il s'agit bien de la larve de l'*Urocerus juvencus*. Cet insecte n'existe pas en Russie, mais il est assez commun en Thessalonie, en Suède et dans certaines parties de l'Est de la France. Il a été importé en Crimée par nos troupes, et dans les caisses mêmes qui contenaient les cartouches. Ces caisses étaient en sapin de Lorraine.

L'insecte creuse des galeries dans les balles, non pour manger le plomb, mais pour se frayer un passage. Rien de semblable n'a été observé sur les balles russes.

La note de M. le maréchal Vaillant sera renvoyée à M. Duméril, puis déposée dans les archives de l'Académie. Les conclusions seront insérées dans les *Comptes-rendus hebdomadaires*.

— M. B. Cauvy, dans la précédente séance, avait adressé une note sur les eaux minérales de Sylvanès (Aveyron). Ces eaux sont thermales. Le 1er novembre 1847, la température de ces eaux était, pour les différentes sources, désignées dans le pays par les nos 1, 2, 3, 4, de 33°,6; 31°5; 34°; 31°,5. Ces eaux ne sont nullement sulfureuses, quoiqu'elles aient été indiquées comme telles par quelques expérimentateurs, qui, analysant des eaux transportées à distance, avaient probablement regardé comme principe sulfureux préexistant dans ces eaux, celui qui s'était développé par l'action réciproque des matières organiques et des sulfates qu'elles contiennent.

Les eaux de Sylvanès sont arsenicales.

L'analyse d'indication a montré que les quatre sources avaient une composition très analogue : on n'a soumis à l'analyse quantitative que les eaux des sources 3 et 4.

Les eaux de Sylvanès contiennent au fond des réservoirs, une matière ocreuse qui est entraînée au dehors sous forme de flocons d'un jaune plus ou mois foncé.

L'analyse quantitative du résidu ocreux de l'eau n° 4 indique que ce résidu se compose d'une partie soluble avec effervescence dans les acides, et d'une partie insoluble dans cet acide et dans l'eau, mais soluble dans le carbonate de soude à la chaleur rouge. La partie soluble dans l'acide chlorhydrique renferme de la silice, du fer en grande quantité, de la chaux, de la magnésie et de l'*arsenic*. La partie insoluble dans l'acide chlorhydrique et attaquée par le carbonate de soude se compose de silice, d'alumine et de fer.

L'arsenic a été dosé sous la forme de sulfure arsénieux dans les ocres provenant des eaux n° 3 et n° 4.

100 gr. de l'ocre n° 3 ont produit : sulfure arsénieux .	1.976
qui correspondent à acide arsénieux	1,570
100 gr. de l'ocre n° 4 ont produit : sulfure arsénieux .	1,827
qui représentent acide arsénieux	1,450

Ces ocres sont insolubles dans l'acide carbonique.

Un mot maintenant pour une affaire personnelle. — Un confrère qui habite le Calvados et qui, entre parenthèses, se montre, à propos de la grammaire, d'une sévérité à donner le frisson, a envoyé au rédacteur en chef de ce journal, une lettre qui commence ainsi. Je transcris servilement : « Dans le compte-rendu

Feuilleton.

CAUSERIES.

SIMPLES NOTES SUR LES ORATEURS DE L'ACADÉMIE.

M. Trousseau a souvent frappé à la porte de l'Académie, qui a été lente à s'ouvrir pour lui. Rappeler, après les succès oratoires qu'il vient d'obtenir, que cet orateur ne fait partie de l'Académie que depuis deux ans à peine, c'est rappeler comment les compagnies savantes sont quelquefois difficiles à éclairer sur leurs propres intérêts, et comment le principe, excellent en soi, de l'élection libre, peut néanmoins faire fausse route. Nous qui, dans toutes ses candidatures, avons ouvertement fait des vœux pour le succès de M. Trousseau, nous avons le droit de reprocher à l'Académie de s'être trop longtemps privée du concours de ce rapporteur zélé et de ce discoureur éminent. A M. Trousseau il faut reconnaître de nombreuses qualités parmi celles qui font l'orateur. Voix sonore et d'un timbre agréable, accent pur et harmonieux, — accent des Tourangeaux, — mimique vive, facilité et abondance d'élocution, toutes les facultés extérieures, M. Trousseau les possède. Il a le trait, le tour, la spontanéité, la répartie prompte ; il manie l'ironie avec finesse ; sa critique, toujours spirituelle, est quelquefois trop pénétrante peut-être ; mais quelle que soit la sévérité du fond, elle est presque toujours tempérée par la grâce et l'aménité de la forme.

Cependant les oraisons de M. Trousseau ne sont pas sans défaut. La facilité devient quelquefois de la prolixité. Une longue pratique de l'enseignement imprime une forme à ses discours, qui, très convenable dans une chaire de professeur, est moins bien à sa place à la tribune académique. M. Trousseau tourne et retourne sa pensée ; il ne se contente pas du premier jet qui, d'ordinaire, est clair et saisissant, et qu'il trouble par un jeu puéril de kaléidoscope. Il aime l'antithèse et le parallèle ; ce qu'il affectionne surtout, c'est l'image, la figure, la comparaison qu'il emprunte volontiers à quelques phénomènes curieux de l'histoire naturelle. Sa doctrine de la spécificité, sous la forme brillante et imagée dont il sait la couvrir, l'entraîne incessamment vers les idées de germination, de dispersion des germes, de terrains et de conditions propres à la fructification des plantes. Il se complaît dans ses comparaisons qu'il pousse quelquefois jusque dans les régions de l'idéalisme. C'est une chose utile que l'analogie; mais que M. Trousseau ne s'y méprenne pas, ce ne sera jamais qu'un instrument provisoire, et propre tout au plus à soutenir la faiblesse de l'esprit humain. L'analogie n'est que la béquille du raisonnement, il ne faut s'en servir que lorsqu'il ne peut se tenir droit et ferme sur ses jambes. Je sais fort bien qu'en semant du froment, il ne poussera pas du chanvre ; mais cela ne me dit en aucune façon pourquoi dix individus placés dans les mêmes conditions pathogéniques, l'un prendra l'érysipèle, l'autre la variole, celui-ci le rhumatisme, celui-là la pneumonie, et les autres ne prendront rien.

Je ferai un autre petit reproche à M. Trousseau ; il a l'air de trop se méfier de l'intelligence de ses auditeurs ; il insiste trop sur certaines pensées, il accentue trop certaines phrases, trop souvent il souligne certains mots. Tout cela lui donne parfois un ton tranchant, absolu, pédagogique très éloigné au fond de son caractère, car personne de plus déférent que lui pour la critique, personne de plus souple dans la discussion, de plus naïf même dans la controverse.

Il n'en est pas moins vrai que des qualités supérieures dominent ces petits défauts. Tout discours de M. Trousseau forme un ensemble harmonieux et charmant ; on se prend à désirer que l'orateur ait toujours raison, tant l'esprit est séduit et caressé par ce beau et pur langage. M. Trousseau a le sens et le goût littéraires ; il parle latin comme un savant du XVIIe siècle. On voit qu'une solide instruction classique lui permet de puiser aux sources pures du bien dire, et c'est là un avantage que dédaignent seuls ceux qui ne le possèdent pas.

Il serait injuste d'établir aucune comparaison entre l'orateur dont je viens d'esquisser quelques traits et M. Depaul. L'honorable accoucheur dont le nom se trouve sous ma plume n'a élevé aucune prétention pour lutter d'élégance, d'éloquence et d'éclat avec M. Trousseau. C'est surtout dans son dernier discours que M. Depaul a montré ce qu'il peut être, et ce qu'il peut est considérable. Si M. Depaul n'a pas la brillante facilité de M. Trousseau, il possède un avantage précieux, à savoir, la précision. Le mot propre, cette faculté souveraine, ne lui fait jamais défaut, et il est remarquable par la logique et l'enchaînement de ses démonstrations. Par la sévérité et la rigueur de sa dialectique, M. Depaul est un jouteur redoutable. Il excelle à trouver le défaut de la cuirasse ; il touche avec une habile justesse le point faible de ses adversaires. Mais quelquefois, soit défaut dans la forme, soit emportement de caractère, la critique, chez M. Depaul, prend des allures aggressives, un air de dédain et de superbe qui peuvent froisser et irriter. Quelquefois encore, il ne ménage pas assez ses coups, il veut trop que son contradicteur succombe ; il ne paraît satisfait que lorsqu'il le voit à ses pieds. Je ne lui ferai pas reproche de montrer un peu de passion, un peu de rancune et de colère contre ceux qui ont eu le malheur actuel ou éloigné de se trouver en opposition avec lui, car dans ces lignes je veux chasser tout souvenir personnel aussi bien de la douce et précieuse affection qui m'unit à M. Trousseau que de quelques griefs que je pourrais reprocher à M. Depaul. Ni affectueuse partialité, ni injustice haineuse, tel est le sentiment que je voudrais pouvoir traduire ici. Quant à M. Depaul, c'est sans effort que je reconnais la valeur de son esprit et le talent réel dont il a fait preuve dans cette discussion ; ce talent ne s'élève pas sans doute à la hauteur des maîtres en l'art de parler, mais sans trop se préoccuper de la forme un peu lourde de ses oraisons, il y faut reconnaître de solides qualités de discussion et de démonstration. M. Depaul est encore jeune, d'ailleurs, et l'habitude de la tribune ne peut que perfectionner ses qualités.

M. Beau est plus à son aise la plume à la main qu'à la tribune académique. Son premier discours a laissé beaucoup à désirer pour la forme ; des phrases courtes et hachées, de grandes négligences et même des incorrections de style ont nui à sa démonstration. M. Beau doit éviter ces casse-cous de l'improvisation où les plus forts ne réussissent pas toujours. Plus sûr de lui dans sa seconde action, parce qu'il avait écrit son discours, cet honorable académicien a été aussi plus écouté et mieux apprécié. Esprit original, indépendant, M. Beau est difficile à classer dans les hommes de sa génération médicale. Plus pathologiste que beaucoup d'entre eux, il se soumet cependant moins qu'eux aux exigences quelquefois rigoureuses des observateurs modernes. S'il eût été nourri du lait médical de Montpellier, M. Beau serait carrément vitaliste ; les chaînes de l'anatomisme, qu'il n'a pu secouer franchement encore, lui donnent un pied à Paris et l'autre à Montpellier. Il n'y a que des colosses qui peuvent se tenir en équilibre dans cette position gênante.

A l'encontre de cet académicien, M. Cazeaux se montre plus libre et plus dégagé dans l'improvisation que dans le discours écrit. A cet esprit vif il faut le grand air de la discussion orale ; la discussion écrite le gêne et l'alourdit, et cet orateur n'est complétement heureux que lorsqu'il cherche moins à l'être. M. Cazeaux a une bonne petite littérature courante ; qu'il ne la montre pas trop. Avec un peu de goût, avec cet esprit si pénétrant qui caractérise les orateurs de son pays, et qui ne lui fait pas faute, M. Cazeaux deviendra un des académiciens les plus écoutés, si, de son côté, il sait écouter sans impatience les orateurs qui ne sont pas de son avis.

Amédée LATOUR.

de la séance de l'Académie des sciences du 17 mai, M. M. Legrand a négligé de mentionner une lecture faite par lord Brougham, ou M. lord Brougham, comme a dit le président. A vrai dire, je ne sais si cette communication a été faite en anglais ou en français; mais, enfin, la justice et la courtoisie voulaient au moins qu'on en parlât comme du reste. » La fin de la lettre ne me concerne pas, heureusement. Or, je ne suis pas de ceux qui, à la moindre observation, répliquent irrités : Monsieur ! je prétends ne recevoir de leçons de personne ! je suis, au contraire, reconnaissant envers ceux qui veulent bien m'en donner. Mais que, de son côté, mon correspondant indirect,

« Ne se mette point en colère,
Et bien plutôt qu'il considère »

que s'il ne sait pas, lui qui assistait à la séance, en quelle langue a été faite la communication de lord Brougham, j'aurais été fort embarrassé, malgré toute la justice et toute la courtoisie du monde, d'en parler comme *du reste;* qu'il considère encore que le reste dont je parle habituellement, n'embrasse jamais qu'une partie des communications faites pendant une séance. M'adressant à un public spécial, je choisis, et mes *Bulletins doivent* être nécessairement incomplets.

Toutefois, afin de prouver à mon confrère normand ma bonne volonté, j'ai lu le travail de lord Brougham dans les *Comptes-rendus hebdomadaires*, et je vais lui dire pourquoi je n'ai pas comblé la lacune qu'il me signale dans mon *Bulletin* du 22 mai.

La note dont le noble naturaliste a donné lecture à l'Académie est intitulée : *Recherches analytiques et expérimentales sur les alvéoles des abeilles.*

Après avoir dit que « les hypothèses sur la formation des hexagones et des pyramides, pour prouver que leur formation vient de pression et non pas de l'art de l'insecte, ne méritent pas de réfutation. Celle de Buffon, par exemple, est basée sur une illusion optique qui lui a fait croire qu'il y a des hexagones par pression comme dans les bulles de savon, quoiqu'il n'existe pas de pression dans la formation du gâteau et point d'hexagones dans les bulles de savon, » lord Brougham passe à la détermination de la forme des alvéoles, au moyen des formules mathématiques de l'analyse, formules impossibles à reproduire ou à résumer dans ce journal, et arrive aux conclusions suivantes :

« On ne peut pas douter de l'importance de tout ce qui démontre que l'abeille a résolu le problème exactement, même sous des conditions qui n'avaient pas été ci-devant examinées, et que leur architecture est plus parfaite que tout ce que l'on puisse imaginer, si l'on réfléchit que c'est le chef-d'œuvre de toutes les opérations de l'instinct. Il est impossible de dire avec Virgile, quand il chante les mœurs de l'abeille, *in tenui labor*, sans ajouter *at tenuis non gloria*, mais non pas gloire du poète ni du naturaliste, car il n'est pas permis de penser, avec Descartes, que les animaux sont des machines. Au contraire, l'hypothèse, ou plutôt la doctrine de Newton, paraît mieux fondée, savoir que ce que nous appelons *instinct* est l'action continuelle de Dieu, et que ces spéculations tendent sinon à la gloire, du moins à faire notre devoir en expliquant et éclaircissant ses œuvres et ses desseins. »

J'avoue humblement que je ne savais point du tout ce que c'est que l'instinct et que je ne le sais pas davantage malgré ce que lord Brougham appelle « la doctrine de Newton. » Pour oser parler de « l'action continuelle de Dieu, » et croire qu'on sera compris, ce n'est pas tout d'être un des plus puissants génies de l'humanité, il faut encore avoir fait comme Newton quelques commentaires sur l'Apocalypse.

Quand j'aurai lu — et je suis honteux de ne l'avoir pas lu — le livre de M. Flourens sur l'instinct et l'intelligence, peut-être pourrai-je en donner une définition moins... sublime.

Si je ne le puis pas, je le dirai.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'URÉTRITE CHRONIQUE; — DE SES CAUSES;

Par le docteur L.-Aug. MERCIER.

L'urétrite chronique, ou inflammation chronique de l'urètre, est souvent désignée sous les noms d'*écoulement chronique*, de *gonorrhée habituelle*, de *blennorrhée*, *goutte militaire*, etc. Tous ces noms me semblent impropres, parce qu'ils entraînent avec eux l'idée d'un écoulement qui, bien souvent, n'existe pas. J'en dirai autant du mot *chaude-pisse* chronique, qui suppose l'existence d'une douleur en urinant, tandis que, dans beaucoup de cas, ce symptôme est complétement absent.

Toute l'étendue de l'urètre peut être affectée d'inflammation chronique; mais, le plus souvent, la maladie est bornée à un ou deux points. La plupart des auteurs croient que c'est la partie antérieure du canal, c'est-à-dire la fosse naviculaire qui en est le siége le plus ordinaire : c'est une erreur. Le lieu le plus souvent affecté, c'est la partie profonde, la région prostatique.

Un mot sur la marche habituelle de l'urétrite aiguë fera comprendre comment l'urétrite chronique se produit dans un grand nombre de circonstances.

L'urétrite aiguë débute ordinairement par la fosse naviculaire, soit qu'elle succède à une balanite par continuité du tissu, soit que la matière qui la produit ait pénétré à l'entrée du canal. De là l'inflammation gagne de plus en plus profondément. Dans la plupart des cas, elle ne dépasse pas les deux tiers antérieurs du canal, et elle disparaît en sens inverse de son développement, c'est-à-dire qu'elle abandonne les parties qu'elle avait envahies en dernier lieu, se circonscrit de plus en plus, et finit par ne plus occuper que la fosse naviculaire, qu'elle n'abandonne que beaucoup plus lentement et comme à regret. Aussi n'est-il pas rare qu'elle y persiste indéfiniment et devienne chronique; la sécrétion produite par une surface si peu étendue, s'échappe insensiblement pendant le jour, et n'est pas assez abondante pour laisser des traces apparentes sur le linge; mais, pendant la nuit, elle s'accumule à l'entrée du canal, derrière l'orifice dont les lèvres se sont séchées et agglutinées; et si, en se levant, le malade comprime cette partie, il en sort une gouttelette blanchâtre muco-purulente. C'est spécialement cet état qui, fréquent à la caserne, a reçu des malades et de certains chirurgiens le nom de *goutte militaire.*

Mais, dans d'autres circonstances presque aussi fréquentes que celles dont je viens de parler, l'urétrite aiguë ne s'arrête pas dans sa marche, ainsi qu'il vient d'être dit; elle s'enfonce de plus en plus profondément, envahit la portion membraneuse, puis la région prostatique; il n'est même pas rare de la voir alors gagner les canaux séminifères, les épididymes et les testicules, la vessie, les uretères et les reins. On sait que c'est lorsque l'urétrite aiguë a déjà une certaine durée, que ces complications sont le plus à craindre.

Quoi qu'il en soit, du moment que l'inflammation a gagné la région prostatique, qu'elle a envahi les canaux et le parenchyme de la prostate, elle s'y établit pour ainsi dire, et devient très difficile à déraciner complétement, surtout s'il s'y joint quelques conditions qui seront examinées plus loin.

Voici ce qui se passe alors : ou bien elle persiste dans toute l'étendue du canal, ou bien elle se sépare en quelque sorte en deux, persiste dans la partie profonde et dans la région antérieure, ou bien elle ne persiste que dans l'une d'elles, mais surtout dans la première, avec une opiniâtreté désespérante.

Je rappellerai ici qu'il y a une très grande analogie, sous ce rapport, entre l'inflammation vénérienne des organes génitaux des deux sexes, analogie que j'ai signalée depuis longtemps déjà (1). Dans les cas de blennorrhagie que j'ai observés chez la femme, j'ai presque toujours remarqué que l'inflammation avait débuté par la muqueuse vulvaire; les malades y éprouvaient une démangeaison incommode qu'augmentait la marche et surtout l'introduction d'un tube à injection. Les petites lèvres, alors, étaient rouges, tuméfiées, et leur état pouvait très bien rendre compte des douleurs que les malades ressentaient dans un certain nombre de cas en urinant. Au bout d'un temps variable, mais ordinairement très court, l'inflammation s'étendait aux canaux aboutissants, l'urètre et le vagin. Je n'ai pas remarqué si elle gagnait l'urètre plus rapidement et avec plus d'intensité (cela se pourrait à cause de l'urine qui le traverse à chaque instant); mais ce dont je doute, c'est qu'elle débute par lui, c'est qu'elle y reste presque toujours bornée, comme l'a soutenu M. Gibert (*Mal. vén.*, p. 283. — *Revue méd.*, septembre 1843, p. 11). Et, en effet, chacun sait que, pour peu qu'elle se prolonge, elle gagne la cavité du col et du corps de l'utérus; on a même signalé l'ovarite comme fréquente en pareils cas. J'ai, de mon côté, fait connaître une autre complication : j'ai fait voir que, de la face interne de la matrice, elle peut gagner les trompes de Fallope, leur pavillon et même le péritoine à son point de jonction avec la muqueuse des organes génitaux, et qu'elle détermine, par cela même, une agglutination des franges et une oblitération des trompes, d'où résulte nécessairement la stérilité, si l'oblitération existe des deux côtés (2).

Faut-il donc admettre que l'inflammation saute alors de l'urètre à l'utérus, sans affecter le vagin? Point du tout : Si elle est moins apparente dans les parties supérieures du vagin qu'à son entrée, c'est uniquement parce qu'elles sont moins richement pourvues de vaisseaux, de nerfs, de villosités et de follicules muqueux. Aussi, y est elle moins tenace et il vient un temps où elle disparaît dans cette région, tandis qu'elle persiste dans l'utérus, à la vulve et dans l'urètre.

Cette analogie établie, je reviens à mon sujet.

Quand l'inflammation de l'urètre s'est enfoncée dans les canaux et jusqu'aux granulations de la prostate, on se rend assez bien compte de sa ténacité : l'inflammation des tissus parenchymateux est, toutes choses égales d'ailleurs, plus difficile à déraciner complétement que celle des membranes.

Néanmoins, on ne peut disconvenir que l'inflammation de la prostate offre une opiniâtreté toute particulière, et que rarement on guérit parfaitement d'une prostatite, quel qu'ait été son début. Et d'ailleurs, quand la blennorrhagie n'a pas encore gagné cette glande, pourquoi dure-t-elle si longtemps comparativement à l'inflammation des muqueuses des voies aériennes ou digestives? Pourquoi a-t-elle tant de tendance à devenir chronique?

Les uns ont supposé qu'elle est de nature syphilitique et qu'elle doit sa durée au virus qui lui a donné naissance; d'autres, tout en rejetant cette opinion, assignent néanmoins à cette inflammation un caractère *spécifique*, sans s'expliquer davantage à cet égard.

L'opinion que la gonorrhée est un des symptômes de la vérole, a été pendant longtemps universelle; mais elle était trop contraire à ce que l'observation nous présente chaque jour, pour qu'il ne s'élevât pas à la fin quelques doutes. C'est vers la fin du siècle dernier, et en Dannemark, que Tode les manifesta d'abord (1); puis les mêmes opinions furent exposées en Angleterre par Duncan (2) et adoptées par B. Bell; mais ce n'est qu'au commencement de celui-ci que des hommes de talent, Bosquillon, Hernandez, Freteau, etc., l'adoptèrent en France, et elle s'y généralisa assez peu pour qu'un grand nombre de médecins de ce pays la croient aujourd'hui beaucoup plus nouvelle qu'elle ne l'est réellement.

Cette opinion souleva d'abord, comme tout ce qui choque les idées reçues, des résistances nombreuses et quelques-unes même violentes. Cependant, les premiers orages se calmèrent, quelques observateurs semblèrent s'interposer entre les partis, en admettant qu'il existe deux inflammations vénériennes de l'urètre différentes, l'une syphilitique, et l'autre produite par un principe contagieux, non susceptible de se généraliser. Hecker fut de ce nombre, et ce parti compte encore aujourd'hui un certain nombre de représentants.

A mon avis, l'immense majorité des faits milite contre l'ancienne opinion, et j'adopte la seconde. Cependant, j'avoue qu'il existe quelques faits qu'elle explique difficilement et qui pourraient faire pencher vers la troisième. Mais ces faits me paraissent si rares que, sans les mettre de côté, j'aime mieux supposer qu'ils offrent une inconnue dont une observation plus complète donnera probablement un jour la clef. Voici le seul cas de ce genre que j'aie observé.

Une jeune femme, élevée dans les meilleures conditions de moralité, venait de se marier. Au bout de quinze ou vingt jours, je fus appelé pour une inflammation excessivement intense des organes génitaux externes sans aucune ulcération apparente. Je ne pus m'expliquer cette inflammation que par les premières approches que je présumai avoir été fort laborieuses, et mon traitement fut purement antiphlogistique. Tout rentra dans l'ordre; des signes de grossesse se manifestèrent presque immédiatement et elle marcha régulièrement jusqu'au cinquième mois.

Rappelé vers cette époque pour de gros boutons qui s'étaient produits sur presque toute la surface du tronc, la partie supérieure des cuisses, et particulièrement autour des organes génitaux; j'insistai sur la nécessité d'une inspection, et je ne fus pas peu surpris de trouver une éruption confluente de papules muqueuses. Je soumis la malade à un traitement par le deuto-chlorure de mercure, et, au bout de peu de semaines, tout avait disparu. L'accouchement se fit régulièrement et amena au jour un enfant bien portant; seulement la mère eut quelques accidents assez graves de métro-péritonite.

Quelle était l'origine de cette infection, sur la nature syphilitique de laquelle il ne peut guère y avoir de doute? Pour moi, cette dame était à l'abri de tout soupçon, et d'ailleurs, les circonstances dans lesquelles sa maladie débuta ne s'y prêtent guère. Quant au mari, voici ce qu'il m'a dit avec toutes les apparences de la franchise, et ceci m'a été confirmé par son médecin, qui est instruit: Il avait, depuis quelque temps, un écoulement urétral, dont quelques injections l'avaient complétement débarrassé au moment de son mariage; cependant, les premiers rapports ramenèrent un léger suintement qui disparut ensuite spontanément. Il m'a toujours paru un homme fort rangé, et son médecin ni moi nous n'avons pu découvrir aucune trace de chancre ancien ou récent. Je n'oserais cependant pas affirmer qu'il n'en avait jamais eu, car il y a douze ou quatorze ans que j'ai observé ce fait; mais les détails que je viens d'exposer m'ont tellement frappé que je les ai toujours eus, depuis, présents à la mémoire. J'ai soumis le mari à un traitement mercuriel.

D'autres ont également cité des cas d'infection syphilitique communiqués par un écoulement urétral, et comme ces faits étaient contraires aux idées de certains syphilographes, on a dit qu'il fallait qu'il y eût alors un chancre dans le canal. Je ne pourrais soutenir qu'il n'y en avait pas dans le cas précédent; mais remarquons que ce chancre aurait été déjà bien ancien, et que, suivant les mêmes auteurs, le chancre, arrivé à une certaine période, ne fournit plus de pus infectant. Aujourd'hui, que la contagion des symptômes secondaires a été démontrée dans certaines circonstances, on pourrait se demander si quelques urétrites chroniques qui ont donné la vérole n'étaient pas un symptôme secondaire. Nous reviendrons sur ce sujet.

J'ai dit plus haut que, sans s'expliquer plus clairement, des chirurgiens reconnaissent à la blennorrhagie un caractère spécifique auquel ils attribuent sa grande tendance à devenir chronique.

Je ne dirai pas, comme je l'ai entendu soutenir dernièrement dans une Société médicale, que la blennorrhagie est une inflammation simple, et que le liquide qui la produit n'agit que comme le ferait une solution irritante; et, quoique je sache que diverses sécrétions, à une certaine période de l'inflammation, sont âcres et irritantes, que les larmes enflamment les joues dans certaines ophthalmies, que la lèvre supérieure est enflammée et même excoriée dans beaucoup de coryzas, je ne puis cependant me refuser à voir une notable différence entre la marche d'une urétrite blennorrhagique et celle qui est provoquée par le passage ou le séjour d'un corps étranger. Mais dire que c'est à ce caractère spécifique qu'on doit rapporter la ténacité de la maladie, c'est ce qui ne me paraît pas démontré.

Il y a longtemps que j'ai signalé d'autres causes qui m'en ren-

(1) *Quelques remarques sur la marche de la blennorrhagie chez les femmes* (*Revue médicale*, novembre 1843).

(2) *Mémoire sur la péritonite considérée comme cause de stérilité chez les femmes* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 577).

(1) *Erleichte Kenntniss und Heilung des Trippers.* — La 3e édition, que je possède, est de 1790.

(2) *Medical cases*, p. 217; 1778.

dent parfaitement raison (1). Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de l'influence de la prostate quand elle participe à l'inflammation; mais remarquons que la muqueuse urétrale est constamment en contact avec elle-même, circonstance défavorable dans les phlegmasies des membranes tégumentaires. Que la peau soit longtemps dans cette condition, elle s'enflamme; interposez un corps étranger, l'inflammation cesse aussitôt. Dans les balanites, laissez le prépuce en contact avec le gland, non seulement l'inflammation ne se guérira pas, mais encore elle ira en augmentant et arrivera souvent à l'ulcération; tandis que si vous séparez les surfaces par du vieux linge ou de la charpie, l'inflammation rétrogradera aussitôt. Chose remarquable, et qui pourrait être invoquée par ceux qui regardent la blennorrhagie comme n'ayant aucun caractère spécifique, j'ai vu des balanites qui, presque guéries d'abord par la simple précaution dont je viens de parler, avaient, après sa cessation trop prompte, repris leur marche progressive, envahi l'urètre et donné lieu à des urétrites qu'il aurait été impossible de distinguer des blennorrhagies les mieux conditionnées. Et d'ailleurs, le tamponnement du vagin n'a-t-il pas une utilité incontestable dans la blennorrhagie des femmes? Bien plus, Mayor n'a-t-il pas préconisé l'interposition d'une mince couche de coton entre les paupières et le globe de l'œil dans les ophthalmies? Si les inflammations des muqueuses des voies aériennes et digestives durent généralement moins que celles des organes génitaux, il faut convenir qu'elles sont, à ce point de vue, dans de bien meilleures conditions.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la membrane interne de l'urètre est, dans l'état normal, enduite, comme les autres muqueuses, d'une sécrétion visqueuse qui la protége contre l'urine; mais qu'à l'état d'inflammation, ce mucus est devenu du pus, qu'il a perdu sa viscosité, que le premier jet d'urine l'entraîne, et que la muqueuse, se trouvant ainsi sans enduit protecteur, est en contact immédiat avec le liquide irritant qui la parcourt, et éprouve, par cela même, chaque fois un redoublement d'inflammation que le malade ne sent que trop bien.

Enfin, personne ne révoquera en doute les fâcheux effets des excitations érotiques que souvent la maladie elle-même ne fait que rendre plus fréquentes et plus opiniâtres.

Un autre ordre de causes qui font passer très souvent l'urétrite aiguë à l'état chronique, ce sont les mauvais traitements, et, par ces mots, je n'entends pas seulement les traitements incomplets, mal suivis, et les pratiques irrationnelles mises en œuvre par les charlatans, et auxquelles les gens atteints de maladies vénériennes ne se livrent que trop souvent, mais encore des traitements conseillés par des médecins du reste très instruits.

Ainsi, les uns emploient les antiblennorrhagiques à tous les degrés de la maladie, c'est une erreur. Je ne dirai pas avec M. Viguier, auteur d'un bon mémoire, qu'il faut se garder d'y recourir tant que la maladie est dans sa période de progrès (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, t. I, p. 152 et 221), parce que je crois avoir conjuré de véritables blennorrhagies en administrant ces médicaments tout à fait au début; mais je pense aussi qu'ils ne font rien de bon quand la maladie est parvenue à un certain degré d'acuité. Le mieux alors c'est de faire usage des antiphlogistiques et des délayants, et d'amener ainsi l'inflammation à sa période décroissante.

Mais d'autres praticiens tombent dans un excès contraire : ils emploient la médication antiphlogistique et surtout les boissons diurétiques et abondantes, les bains fréquents et prolongés, comme méthode générale et invariable depuis le commencement de la maladie jusqu'à sa fin... quand elle finit. Ce n'est certes pas l'observation, mais un raisonnement spécieux qui leur a inspiré une confiance aussi persévérante : le canal, se disent-ils, est enflammé, très irritable, rendons les urines aussi douces que possible pour permettre à l'inflammation de se calmer.

Quand l'urétrite s'accompagne de réaction générale et surtout de fièvre intense, il est bon, en effet, de calmer ces phénomènes et d'étendre les urines à l'aide du traitement antiphlogistique et délayant; mais, sitôt qu'on a obtenu ce résultat, presque toujours il faut s'arrêter et recourir à d'autres moyens. Par les délayants et les diurétiques, on rend, en effet, les urines plus douces, mais on les rend aussi plus abondantes, et le malade éprouve plus souvent le besoin de les expulser, d'où il résulte que la membrane interne de l'urètre, non protégée par sa sécrétion, se trouve à chaque instant lavée, distendue par un liquide peu concentré, il est vrai, mais qui n'a pas perdu, pour cela, toute propriété irritante. Aussi, la miction est-elle presque toujours suivie d'une sensibilité qui n'existait pas auparavant, et n'est-il pas rare de voir l'urine, qui était très claire en commençant, apparaître rougeâtre, sanguinolente vers la fin, preuve que son passage sur la muqueuse détermine un afflux sanguin capable d'arriver à l'exhalation.

Ajoutons que le passage d'une grande quantité d'eau dans l'appareil circulatoire n'active pas seulement la sécrétion urinaire, mais qu'elle rend toutes les autres plus abondantes, notamment celles de l'urètre. Or, il ne faut pas croire qu'on éteindra complétement l'inflammation d'un organe en surexcitant ses fonctions. Quand, dans les écoulements chroniques de l'urètre, on voit la sécrétion augmenter, les autres symptômes ne deviennent-ils pas en même temps plus intenses? Ne suffit-il pas souvent d'un bain pour rappeler un écoulement qui était entièrement terminé?

Je crois inutile de rappeler que quelquefois l'affaiblissement général qui résulte de cette médication trop prolongée a une fâcheuse influence sur la terminaison de l'affection locale (1).

Mais, dans beaucoup de cas, le malade a été soumis et il s'est conformé aux prescriptions les mieux entendues, et cependant son urétrite passe à l'état chronique. Pourquoi? C'est qu'aux conditions défavorables que nous venons d'étudier il s'en joint très souvent encore d'autres que nous exposerons incessamment, et qui sont parfois assez actives pour produire à elles seules et d'emblée l'urétrite chronique.

(La suite prochainement.)

(1) *Des rapports qui existent entre les écoulements chroniques et les rétrécissements de l'urètre* (*Gaz. méd.*, 1848, p. 727).

BIBLIOTHÈQUE.

ANNUAIRE DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE POUR 1858. Résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1857. Traduit de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par M. le docteur L. NOIROT. — Deuxième année, 1858, in-12, 386 pages. Paris, Victor Masson, libraire.

L'année dernière, à pareille époque, nous annonçions à nos lecteurs l'apparition du premier volume de cet *Annuaire*, et, en même temps que nous prophétisions à l'auteur un succès certain, nous lui soumettions quelques observations critiques. En recevant le second volume de cette publication, nous avons été tout à la fois content et quelque peu fâché. Content, parce que notre prophétie se réalise et cela était, en vérité, trop facile à prévoir pour que nous en tirions grande vanité. C'est, en effet, une idée excellente en soi, que de rassembler en un volume d'un format commode et d'une typographie soignée, les principaux mémoires de médecine qui se publient à l'étranger : tous les médecins doivent vouloir se tenir au courant de ce qui s'imprime chez nos voisins, puisque cela leur est offert à si peu de frais et sans perte de temps. Mais, nous le répétons, nous avons été un peu fâché de voir que l'auteur avait fait aussi bon marché de nos observations? N'étaient-elles pas fondées? Nous aurions pu le croire peut-être l'année dernière, alors que nous les formulions, parce qu'alors nous étions le premier, et, par conséquent, le seul à les formuler. Mais, à présent que nous les avons entendu répéter, sous d'autres formes, par différents acheteurs, nous serions plus difficiles à convaincre. Est-ce parce qu'il en a été fait de meilleures que les nôtres? Mais non, puisqu'il n'y a rien, absolument rien de changé dans l'ordonnance du livre. Dans l'ordonnance, disons-nous; dans le défaut d'ordonnance, devrions-nous dire, car c'est de cela précisément que nous nous plaignons. Tout y est pêle-mêle, à l'aventure; rien n'y est rangé. Les travaux de toutes sortes et sur tous les sujets, se suivent sans liaison aucune entre eux. On dirait — et nous l'avons déjà dit il y a un an — qu'ils sont composés par l'imprimeur au fur et à mesure de leur apparition, au hasard et au mépris de tout ordre. C'est ainsi qu'on emplit un sac; ce n'est pas de cette façon que doit se faire un livre.

M. L. Noirot dira que, tel qu'il est, son sac est bon, et il invoquera le succès obtenu. Cela est vrai, mais c'est parce que nous le voudrions parfait et que nous croyons qu'il y aurait peu de chose à faire pour cela, que nous le lui disons avec tant de vivacité. Il nous pardonnera en faveur de nos intentions. Quant à nous, nous désirerions trouver une raison qui l'excusât de laisser aussi défectueuse l'exécution d'un ouvrage excellent au fond et qui répond à un besoin réel. Nous avouons n'en pas découvrir. Si l'*Annuaire* était un livre *de lecture*, c'est-à-dire un livre destiné à être lu en commençant à la première page pour finir à la dernière, nous imaginerions, à la rigueur, que ce changement continuel de sujets, cet *entremêlement* d'auteurs de toutes les nationalités, a été prémédité afin de rompre la monotonie, et d'éviter la fatigue par la variété. Mais ce n'est pas cela; c'est un livre de recherches, une sorte de *memento*, et cet éparpillement de choses qui demanderaient à être ordonnées, n'a plus d'objet.

Pour savoir si les écrivains anglais ont traité tel sujet, où chercher? Si tel auteur s'est occupé d'une question qui nous intéresse, où chercher? Pour trouver quelques renseignements sur une affection quelconque, il faut parcourir la table d'un bout à l'autre; pour... mais à quoi bon continuer? Nous aimons mieux nous arrêter sur une possibilité d'accommodement que nous suggère l'idée de table. Que l'auteur persiste dans son plan incohérent, puisqu'il y tient; qu'il laisse subsister sa table alphabétique, puisqu'il l'a recommencée sur le modèle de celle de 1857, soit; nous passons condamnation et nous lui demandons simplement d'y ajouter, pour 1859, une table alphabétique des auteurs, et, si la prière ne lui semble pas exorbitante — une table méthodique, ou bien par ordre de nationalités, des matières contenues dans son livre.

Ces additions insignifiantes et qui ne lui prendront pas une journée de travail, rendront son *Annuaire* infiniment précieux pour tous ceux qui connaissent la valeur du temps. A ces conditions, nous lui prédisons un double tirage l'année prochaine.

Dr Maximin LEGRAND.

(1) On pourrait me demander ce que je pense au point de vue qui nous occupe, des injections concentrées de nitrate d'argent, de sublimé, de chlorure de zinc, qu'on préconise depuis plusieurs années comme traitement abortif de la blennorrhagie. Desruelles les a accusées de faire souvent succéder une inflammation chronique à une inflammation aiguë (*De la blennorrhée*, p. 98). J'ai vu également un certain nombre de cas semblables; mais cette transformation est si fréquente dans d'autres conditions que je n'oserais en accuser ces injections, d'autant plus qu'on en retire de grands avantages dans les urétrites chroniques. J'y ai presque entièrement renoncé dans les blennorrhagies; mais voici pourquoi : 1° il faut, pour avoir quelque chance de succès, qu'elles soient employées tout à fait au début; or les malades nous arrivent presque toujours trop tard; 2° à cette période de début, il est souvent impossible de savoir si l'on aura affaire à une maladie assez sérieuse pour qu'il soit utile de la conjurer par une médication si énergique et si douloureuse, ou bien s'il ne s'agit pas d'un simple suintement qu'un traitement beaucoup plus simple ferait cesser en quelques jours; 3° je crois en outre qu'au début, j'ai arrêté de véritables blennorrhagies au moyen du cubèbe et du copahu convenablement administrés. Je ne me déciderais aujourd'hui à l'emploi des injections abortives que lorsqu'il y aurait de grands inconvénients à ce que la blennorhagie suivît son cours ordinaire, et qu'il importe de la prévenir à tout prix. Ce sont aussi ces malades qu'on a le plus de chances de voir au début.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 22 février 1858. — Présidence de M. MOREAU.

Sommaire. — Correspondance. — Paralysie du voile du palais à la suite de l'angine gangréneuse. — Traitement de la colique de plomb par la belladone. — Accidents produits par l'abus du camphre.

La correspondance comprend :

1° Deux brochures allemandes sur le *petit-lait* et l'*hydrothérapie*, par le docteur Schneider. — M. Morpain rapporteur.

2° Trois numéros du journal de médecine espagnol *Iberia medica*. — Renvoi, avec les numéros antérieurs, à M. Bonnassies.

Après le dépouillement de la correspondance, M. A. MAYER, secrétaire de la commission générale des délégués des Sociétés de médecine de Paris, chargée de réclamer la répression de l'exercice illégal de la médecine, fait savoir que M. le doyen de la Faculté de médecine ayant été plus d'un mois à répondre à l'avis des commissaires, on se décida à lui envoyer une seconde lettre. Celle-ci a été suivie d'une réponse dans laquelle M. le baron P. Dubois déclare, qu'après réflexions, il ne pense pas pouvoir obtenir une audience de S. M. l'Empereur, que le moment n'est pas opportun; dans cette occurrence, M. Mayer a cru devoir écrire lui-même à l'Empereur, et envoyer avec sa demande, un double de la pétition; quinze jours après l'envoi, M. le grand chambellan, dans une lettre très gracieuse, a fait savoir que la pétition était parvenue et qu'une réponse serait faite incessamment à M. le secrétaire.

Le même membre communique l'observation suivante : Il y a un mois environ il fut appelé auprès d'une femme de cinquante ans, marchande au Temple, et que la rumeur publique accusait de folie. Arrivé auprès d'elle, il trouva une vigoureuse gaillarde, atteinte d'une fièvre intense, la face injectée, en proie à un délire bruyant, avec agitation excessive et accès de suffocation répétés. La poitrine était saine; un examen minutieux fit reconnaître une double amygdalite des plus violentes, des plaques gangréneuses épaisses recouvraient largement les deux amygdales qui se touchaient.

On fit appliquer 12 sangsues à l'angle de chaque mâchoire, et on toucha avec le nitrate d'argent.

Le lendemain, la suffocation était moindre, la langue sale, il y avait des phénomènes saburraux; on prescrivit un vomitif. Le sixième jour, la malade était convalescente, et le dixième, la guérison confirmée.

M. Mayer avait perdu cette femme de vue, lorsqu'au bout de quinze jours, elle vint le consulter, se plaignant de ne pouvoir manger : les aliments lui revenaient par les narines; lorsqu'elle buvait, la chute du liquide donnait lieu à un glou-glou très fatigant; le fond de la gorge était sain; le voile du palais était le siége d'une hémiplégie.

Il y a deux mois environ, dit M. Mayer, un de nos confrères, aidant un de ses collègues dans une opération de trachéotomie, fut légèrement piqué à l'index, il ne fit aucune attention à cette petite lésion, quoiqu'on lui eût dit de prendre garde; le croup ne se transmet pas par inoculation, disait-il. Peu à peu le doigt devint douloureux, et puis il y eut des frissons, malaise général, et une amygdale devint le siége d'une plaque gangréneuse. On cautérisa avec le nitrate d'argent.

Le lendemain, la femme du confrère était malade aussi, elle avait une amygdalite de même nature; on fit des cautérisations et on eut recours au chlorate de potasse. Il y avait fièvre, dysphagie très intense, paralysie de la moitié du voile du palais; le pain était très difficile à avaler, et, de plus, il y avait une aphonie qui a persisté depuis. On observait, en outre, une sensibilité excessive à la pulpe des doigts, une maladresse très grande à tenir une plume; il y avait amblyopie, une espèce de paraplégie des membres inférieurs; cette dame ne sentait pas le sol, elle vacillait en marchant. Tous les remèdes employés n'ayant amené aucun résultat avantageux, on fit partir la malade à la campagne. Depuis plusieurs jours, le mari ressent quelques douleurs à l'extrémité des doigts.

Chez cette malade, on a eu recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent, elles n'ont rien produit; puis aux fumigations d'éther et de camphre, qui ont été assez avantageuses. Le goudron distillé sur des plantes aromatiques procura aussi quelques améliorations.

M. Mayer savait bien que M. Bretonneau avait signalé la paralysie du voile du palais à la suite de la diphthérite, qu'un médecin de Dunkerque avait récemment parlé de cette lésion, mais il croit qu'on ne l'a pas signalée à la suite de l'angine gangréneuse. Peut-être y a-t-il là une question de pathologie générale intéressante?

M. MORPAIN a vu un jeune homme de ses amis, qui, à la suite d'une angine, fut pris de paralysie du voile du palais. Il eut recours à l'électricité, qui amena immédiatement des contractions, mais il n'a pas revu le malade qui est soigné par M. Trousseau.

M. PERRIN trouve la question très intéressante; les accidents signalés par M. Mayer l'ont déjà été par MM. Bretonneau, Trousseau, Faure et par lui-même, à l'occasion d'une lettre d'un médecin de Dunkerque, qui était le sujet de sa propre observation. Comme traitement, il pense que le temps seul guérit. Il a payé dans ces derniers jours, son tribut à l'épidémie de grippe qui s'est abattue sur la capitale; il a éprouvé quelques accidents du côté de la gorge, de l'enrouement, de la difficulté pour avaler, mais tout cela plus profondément que les amygdales, du côté de la glotte. Un jour, en toussant, il expectora un magma sanglant, composé de fausses membranes; pendant quelques jours il ne put bâiller.

M. MAYER demande si le confrère de Dunkerque était atteint de diphthérite, d'angine couenneuse ou d'angine gangréneuse.

M. PERRIN répond que le médecin breton était atteint de diphthérite. Quant à lui, il désirerait savoir quels sont les caractères de l'angine gangréneuse, que M. Mayer n'a pas assez précisés.

M. MAYER pense que rien n'est plus facile à diagnostiquer que l'angine gangréneuse, elle présente des plaques noirâtres, qui, éliminées par la cautérisation, laissent une perte de substance grisâtre, frangée, déchiquetée; il y a, de plus, une odeur caractéristique. Dans l'angine couenneuse, les plaques, une fois éliminées, laissent une perte de substance uniforme.

M. MESNET ne regarde pas le diagnostic comme aussi aisé; les plaques couenneuses ont-elles été amollies par les gargarismes, elles ont une odeur facile à confondre avec celle de la gangrène. L'angine gan-

gréneuse est excessivement rare; elle est souvent la manifestation locale d'un état général des muqueuses; lorsqu'elle est limitée aux amygdales, le diagnostic est très difficile. Si la partie mortifiée se détache, la muqueuse est rouge, cramoisie, sanguinolente. Il pense que l'angine gangréneuse doit être mise de côté pour la paralysie du voile du palais, cet accident se rattache à l'angine couenneuse.

M. Mayer : Si le diagnostic est difficile au bout de quelques jours de l'emploi des gargarismes, il n'en est plus de même lorsque l'on n'a pas recours à ce moyen. Pour lui, la gangrène est quelquefois la terminaison d'une inflammation excessive.

M. Ameuille déclare le diagnostic difficile. Il y a eu dans ces derniers temps un grand nombre d'affections couenneuses, diphthéritiques; quant à l'angine gangréneuse, elle a été très rare. L'odeur dans l'angine couenneuse est souvent fétide et insupportable.

M. F. Martin : Les deux affections pourraient bien n'être qu'une même maladie à deux degrés différents.

M. Perrin croit à l'angine gangréneuse. Il y a quelque temps, il fut appelé pour donner des soins à une petite fille, très belle, très forte, qui avait été prise subitement de frissons, de malaise général. Le soir, une plaque gangréneuse, franche, noirâtre, offrant la consistance du parchemin, et faite comme à l'emporte-pièce, recouvrait une des amygdales. Une forte cautérisation fut pratiquée; au bout de vingt-quatre heures, cette plaque se détacha, elle exhalait une très mauvaise odeur. La petite malade éprouva tous les accidents de la résorption putride, et vécut quarante-huit heures, conservant la connaissance jusqu'à ses derniers moments.

M. Mesnet ne nie pas l'angine gangréneuse; mais il pense que depuis que l'angine diphthéritique a été bien étudiée, le nombre des premières a beaucoup diminué. Dans le cas de M. Perrin, les accidents lui paraissent avoir été amenés plutôt par une condition générale que par un mal local.

M. Dreyfus rapporte deux cas de colique saturnine, dans lesquels il a employé avec succès la belladone.

Le premier malade avait été plusieurs fois atteint de cette affection. Il y avait rétraction de l'épigastre, liseré des gencives, douleurs très violentes dans les jambes. Le traitement de la Charité, l'huile de ricin à hautes doses, ne purent soulager cet homme : il vomissait tout. Déjà antérieurement il avait souffert, et pendant longtemps.

On lui donna de l'huile de ricin à doses réfractées, une cuillerée à café toutes les demi-heures; on fit des frictions laudanisées sur le ventre; on administra des quarts de lavements laudanisés toutes les demi-heures; on donna matin et soir, pendant trois jours, une pilule de un centigramme de belladone. Au bout de ce temps, cet homme était parfaitement guéri; les autres fois le mal avait duré trois semaines, un mois.

Sur le second malade, le même traitement amena une guérison aussi rapide.

M. Simonot : Il y a quelque temps, M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, a publié dans la *Gazette de médecine et de chirurgie* un mémoire *sur la nature et le traitement de la colique nerveuse endémique des pays chauds*, dans lequel l'honorable praticien se loue beaucoup de l'emploi de la belladone, que son confrère, M. Dutrouleau, regarde aussi comme le moyen le moins inefficace et le moins infidèle qu'on puisse opposer à une affection aussi tenace qu'horriblement douloureuse. A la suite de l'emploi de la belladone les purgatifs agissent mieux. L'honorable membre a employé lui-même, avec succès, l'acétate de morphine à hautes doses, 25 centigrammes par cuillerées à café, dans la colique nerveuse, et il en a obtenu d'excellents résultats; comme avec la belladone, l'action purgative était rendue plus efficace.

M. Perrin : Les malades broyaient-ils les couleurs, ou bien étaient-ils peintres?

M. Dreyfus n'a pas fait de question à ce sujet.

M. Perrin : M. Marchal de Calvi a avancé que la colique des peintres était le résultat de l'essence de térébenthine dans la composition de la peinture. M. Favrot a déclaré que l'essence de térébenthine n'était rien moins que nuisible. M. Perrin lui-même a fait une espèce d'enquête chez les individus se livrant à l'emploi de l'essence qu'il a eu à soigner, aucun n'a éprouvé de coliques à la suite de l'emploi de la térébenthine.

M. Ameuille a été appelé récemment auprès d'une dame 30 ans, bien constituée et portant à l'aine un petit bubon. Cette dame occupait un appartement assez vaste, mais couchait dans une espèce de boudoir, pièce retirée, très petite, dépourvue de fenêtre et basse de plafond; il prescrivit une pilule de proto-iodure de mercure, des cataplasmes, et ajourna sa visite au lendemain.

Le matin, la malade déclara que le cataplasme l'avait beaucoup soulagée. Exhalant une forte odeur de camphre, elle avoua avoir eu recours à des frictions de pommade camphrée, que M. Ameuille proscrivit fortement. Le conseil ne fut pas suivi; non seulement les frictions furent renouvelées, mais de plus la malade saupoudra son cataplasme de camphre. Dans l'après-midi, un petit garçon, qui était en vacances, éprouva des battements dans les tempes, de la céphalalgie, des envies de vomir, des vomissements; on l'envoya à la promenade, en route les vomissements continuèrent.

Pendant ce temps, la mère ayant voulu broder ne vit plus son ouvrage; elle eut des bourdonnements d'oreilles, des battements de tête, de la faiblesse et se trouva mal. Le garçon revint et se trouva mal aussi. Dans la soirée, à une heure assez avancée, le concierge apercevant encore de la lumière, crut devoir monter pour savoir ce qui arrivait, et s'empressa d'envoyer chercher M. Ameuille. A son arrivée, la mère était sans connaissance, l'écume à la bouche, la face vultueuse, congestionnée, dans un véritable état apoplectique. On ouvrit les fenêtres; une forte saignée ne produisit qu'un léger mouvement du bras; des sinapismes furent promenés sur les extrémités, des sangsues apliquées derrière les oreilles. Le lendemain matin, la malade était bien. Quant à l'enfant, il avait été emporté à temps dans une chambre aérée.

Le secrétaire annuel, J. Gimelle.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

British medical Journal. — Décembre 1857.

BALLE DE FUSIL AYANT SÉJOURNÉ QUARANTE-DEUX ANS DANS LA POITRINE, par le docteur R. H. Leach. — M. Henry Barrott était âgé de 27 ans, lorsqu'il reçut cette blessure. Il raconte de la manière suivante l'accident :

« J'étais au premier régiment des *life guards;* nous étions à Waterloo, le 18 juin 1815; nous combattions en colonnes serrées, lorsque je fus blessé. Une balle traversa les muscles de mon bras gauche, et entra dans le côté gauche de ma poitrine, en me cassant deux côtes. Un chirurgien essaya de l'extraire, mais il ne put y réussir; on m'envoya alors à l'hôpital de Bruxelles, où je restai jusqu'en mars 1816, époque où je fus renvoyé dans mes foyers avec une pension. A l'hôpital, on m'avait pratiqué une large incision au côté pour donner issue à une quantité considérable de pus qui s'était formé dans ma poitrine. »

Barrott retourna donc dans son pays, où il fut sujet à de fréquentes attaques de pneumonie. Lorsque l'auteur commença à lui donner des soins, le malade avait souvent des accidents inflammatoires du côté de la poitrine, avec une expectoration abondante qui, dans ces derniers temps, prit le caractère muco-purulent. Il mourut le 13 octobre 1857, quarante-deux ans et cent vingt-sept jours après avoir reçu sa blessure. Les renseignements donnés par sa femme font savoir que, lors de l'accident, le malade a craché du sang et qu'il a été saigné plusieurs fois. Ses états de service portent qu'il est resté neuf ans et demi au régiment et qu'il a été réformé pour « blessure de la poitrine avec abcès du poumon. »

Autopsie. — Les cicatrices produites par le passage de la balle dans les muscles de la partie supérieure du bras et le côté gauche de la poitrine sont parfaitement visibles. En enlevant le sternum, on voit le poumon gauche atrophié, condensé et solidement fixé sur les côtes par de fortes adhérences, donnant au couteau la sensation de cartilages. En coupant les adhérences, on ouvrit un vaste abcès du poumon contenant environ une pinte d'un pus fétide; en détachant le poumon de la paroi postérieure du thorax, on ouvrit accidentellement la poche qui renfermait la balle, laquelle tomba dans la poitrine; elle pesait 5 drachmes et 34 grains, environ 25 grammes. — Cette pièce a été déposée au musée d'anatomie pathologique du Collége des chirurgiens.

SUR UNE VARIÉTÉ PEU COMMUNE D'IRITIS; par le docteur W. Moore, de l'armée des Indes. — Le corps d'armée auquel l'auteur était attaché reçut l'ordre de construire une batterie pour la défense d'un poste important; on creusa des mines pour faire sauter des quartiers de roche, et l'un de ces fourneaux ayant fait explosion sans qu'on s'y attendît, il y eut un grand nombre de blessés, parmi lesquels se trouvait l'officier commandant le détachement. Cet officier reçut dans les yeux et dans la figure une grande quantité de grains de poudre; ceux de la face furent soigneusement extraits un à un à l'aide d'une lancette. Il en était entré deux dans l'œil droit, l'un s'était implanté dans le centre de la cornée, l'autre dans la conjonctive, auprès de la caroncule; on put les extraire, puis on recommanda au malade de se reposer, de se tenir à une lumière modérée et de prendre un léger purgatif. L'œil, du reste, était parfaitement sain.

Le lendemain, la conjonctive était considérablement injectée, et la pupille était un peu dilatée. Le matin du troisième jour, cette dilatation de la pupille augmenta : bien qu'elle se contractât sous l'influence de la lumière aussi promptement et aussi énergiquement que celle de l'œil gauche, dès que la chambre devenait un peu obscure, elle se dilatait considérablement, beaucoup plus que celle du côté opposé; l'iris offre une teinte gris rougeâtre, et le petit cercle est un peu déformé. En présence de ces symptômes, on ordonne une application de sangsues et des paquets de calomel et opium. Le lendemain, quatrième jour après l'accident, le malade devient subitement aveugle. En examinant l'œil, on voit un épanchement de sang qui remplit la chambre antérieure, et, autant qu'on peut s'en assurer, la chambre postérieure, dans les deux tiers de leur hauteur : à la partie supérieure, on aperçoit l'iris complétement rétracté sous forme de ligne, duquel pend un filament rouge, — un caillot linéaire, — indiquant que l'hémorrhagie s'est faite par cet endroit. La masse sanguine est un peu mobile et suit les mouvements du globe de l'œil, continuant ce que l'on pourrait appeler un immense hypopyon sanguin. Nouvelle application de sangsues; continuer le calomel.

Le sang commença bientôt à se résorber, laissant voir l'iris qui avait repris sa couleur normale, mais était toujours énormément dilaté. On prescrivit la strychnine, et l'on appliqua de petits vésicatoires. Petit à petit, la vision s'améliora, et finalement elle se rétablit complétement.

— Un marin, occupé à installer à terre des baraques pour la troupe, après la prise de la ville de Mahomrah, reçut un coup sur l'œil droit. Trois jours après, survint un iritis intense avec dilatation de la pupille : on administra le traitement ordinaire, à l'exception de la belladone. L'inflammation oculaire céda promptement, mais, comme dans le cas précédent, la pupille demeura plusieurs mois dans un état de dilatation considérable. — D.

COURRIER.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 17 juin 1858, un congé jusqu'à la fin de la présente année classique est accordé, pour cause de maladie, à M. Dassier, professeur titulaire de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. le docteur Battut est chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, des fonctions de professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, et sera, en cette qualité, spécialement attaché à la chaire de clinique externe.

— On lit dans la *France médicale :*

« La double succession de M. Bégin au conseil de santé et à l'inspection est, à ce qu'il paraît, définitivement dévolue à M. Hutin, médecin en chef des Invalides, et ce choix, dicté d'ailleurs par un haut patronage, rencontre généralement un sympathique accueil. La place de M. Guyon, au poste d'inspecteur, est briguée par trois candidats également honorables, mais dont les titres scientifiques n'ont pas précisément une égale valeur. Ces trois candidats sont par ordre alphabétique : M. Ceccaldi, médecin du Gros-Caillou; M. Scoutteten, chirurgien de l'hôpital de Metz, et M. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. En présence de ces trois noms, également protégés par une brillante renommée d'honneur et de services militaires, mais en ne tenant compte que des titres scientifiques, l'hésitation ne semble pas être possible, et toutes les préférences paraissent devoir se réunir en faveur de M. Sédillot. »

ERRATUM. — Une erreur s'est glissée dans notre dernier compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine. Nous avons mentionné une vacance dans la section de chimie médicale et toxicologie; *c'est dans la section de physique et chimie médicale que cette vacance existe.*

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 76. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 29 Juin 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 JUIN 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Robert communique à la Société un cas fort embarrassant qui s'est présenté tout récemment dans son service à l'hôpital Beaujon.

Il s'agit d'un homme qui a été renversé sous une voiture de porteur d'eau. La roue a passé presque transversalement sur la poitrine et sur le moignon de l'épaule. L'acromion est fracturé à sa base. L'humérus est fracturé à la partie la plus supérieure du col chirurgical ; de plus, la tête, ainsi séparée du corps sous la forme d'un fragment presque sphérique, a été chassée de sa cavité. On la sent très bien dans le creux de l'aisselle. Il y a donc à la fois fracture et luxation, comme dans le cas qui sert de base au travail de M. Richet (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 445). Le succès obtenu par M. Richet a engagé M. Robert à recourir au même procédé, c'est-à-dire à la réduction de la tête humérale par impulsion directe, à la faveur du relâchement musculaire produit par l'anesthésie. Le blessé a donc été endormi jusqu'au complet relâchement ; puis, pendant que les aides faisaient l'extension du bras, le chirurgien, recourbant ses doigts en forme de crochets, a exercé dans l'aisselle, sur la tête de l'humérus, une pression méthodique, continue et vigoureuse. Lorsque M. Robert a été fatigué, M. Huguier, qui assistait à la tentative, puis diverses personnes du service, ont successivement et inutilement essayé de faire rentrer la tête humérale dans sa cavité ; cette tête n'a pas même subi le plus petit déplacement.

M. Robert s'est demandé si on ne pourrait pas agir avec plus d'efficacité sur ce fragment d'os presque sphérique, et qui ne donne presque aucune prise, en l'attaquant avec un crochet mousse et volumineux. Mais il craindrait que, dans une tentative de ce genre, les vaisseaux et nerfs du voisinage fussent contus et écrasés. En quittant l'hôpital Beaujon pour aller prendre le service de l'Hôtel Dieu, M. Robert a laissé ce malade sous la direction de M. Malgaigne, qui lui a succédé. Il croit savoir que M. Malgaigne n'a fait jusqu'ici aucune nouvelle tentative ; mais le cas est encore tout récent, et M. Robert demande à M. Richet s'il croit qu'il y ait encore quelque chance de succès.

M. Richet répond que, depuis la publication de son travail, il a eu à traiter deux cas de ce genre, et qu'il a eu un succès et un échec. Il publiera bientôt ces deux faits, dont il ne donne aujourd'hui qu'un résumé succinct. Dans un cas, la blessure datait de treize jours. On avait déjà fait de nombreuses tentatives lorsque M. Richet fut appelé. La tête humérale était sous la clavicule, en dedans de l'apophyse coracoïde. Le blessé fut chloroformisé jusqu'au relâchement le plus complet, et, néanmoins, les efforts vigoureux faits par M. Richet et par ses aides n'eurent aucun résultat. Cet homme est resté estropié.

L'autre malade de M. Richet a été plus heureux. Il était tombé sur le bord d'un trottoir et s'était fait une luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture du col chirurgical de l'humérus. On le conduisit aussitôt à l'hôpital Saint-Antoine. M. Richet eut recours, dès le premier jour, à son procédé de réduction, mais il échoua complétement. Le lendemain, il recommença la tentative d'une manière un peu différente, et il eut la satisfaction de voir la tête se déplacer d'abord légérement, puis un peu plus, et enfin rentrer dans sa cavité. Le bras fut fixé dans un bandage inamovible, et la guérison s'effectua parfaitement. M. Richet, d'après ce dernier fait, pense qu'il y aurait lieu de faire encore de nouvelles tentatives chez le malade de M. Robert.

M. Huguier a vu le malade de M. Robert ; il a assisté et a même pris part aux tentatives de réduction. Il est disposé à croire qu'il y a chez cet homme, outre les lésions indiquées par M. Robert, une fracture de la cavité glénoïde. Il serait possible que cette complition contribuât à rendre la luxation irréductible.

M. Lenoir a vu un cas de fracture du col anatomique de l'humérus avec déplacement et version du fragment supérieur, dont la face fracturée était dirigée en haut. On ne put obtenir ni réduction ni consolidation. La malade, qui était une vieille femme, resta infirme ; elle mourut au bout de sept à huit mois, et M. Lenoir a fait déposer la pièce dans le Musée. A. Cooper a publié un fait semblable ; un troisième fait a été observé, il y a longtemps déjà, par M. Lenoir, à l'hôpital de Meaux, dans le service de M. Houzelot. Dans ces trois cas, le déplacement a été tout à fait irréductible.

M. Robert ne partage pas l'opinion de M. Huguier, et pense que chez son malade, il n'y a point de fracture de la cavité glénoïde ; si cette fracture existait, la tête humérale serait mobile, tandis qu'elle est tout à fait immobile. M. Robert ajoute que ce cas diffère doublement de ceux dont M. Lenoir vient de parler : en premier lieu, parce que la fracture est située un peu au-dessous du col anatomique, et en second lieu parce que le fragment supérieur de l'humérus n'est pas retourné. On sent très bien à travers la peau de l'aisselle que la surface fracturée de ce fragment regarde directement en bas.

Pour M. Larrey, les difficultés extrêmes, pour ne pas dire l'impossibilité absolue de la réduction établie par M. Lenoir dans les cas de ce genre, les circonstances particulières du fait exposé par M. Robert, et surtout les rapports de la tête de l'humérus fracturé à son col, la saillie qu'elle forme sous la peau souple, extensible de cette région, l'impuissance enfin des mains les plus exercées pour réduire cette luxation, tels sont les motifs qui lui suggèrent l'idée d'un moyen mécanique, dont l'essai paraît possible, sans inconvénient. Ce serait l'application médiate de l'une des branches, sinon des deux branches du forceps, ou bien d'un instrument faisant office de levier ou de curette, et agissant, malgré la peau, comme les doigts en crochet, mais avec une puissance fixe et infatigable, pour déplacer, soutenir et refouler la tête de l'os dans sa cavité articulaire. M. Larrey ne propose, du reste, ce moyen qu'avec la plus grande réserve.

M. Morel-Lavallée croit devoir rappeler qu'avant le premier fait de M. Richet, il y avait déjà dans la science d'autres cas où la réduction a été obtenue par le moyen des pressions directes exercées sur le fragment supérieur de l'humérus à la fois luxé et fracturé. M. Morel a rassemblé ces faits en 1851 dans sa thèse sur les *luxations compliquées*, et il a même proposé de faciliter les manœuvres en relâchant les muscles au moyen du chloroforme.

M. Houel a examiné dans le musée la pièce dont M. Lenoir vient de parler ; le fragment supérieur est intra-articulaire ; il est fort mince, et M. Houel pense que la fracture a porté en plein cartilage au-dessus du col anatomique. Le fragment était donc un véritable corps étranger, sans connexion avec l'organisme, et la consolidation était impossible.

M. Demarquay a été appelé il y a quelques mois par M. Oulmont, pour réduire une luxation de l'épaule avec fracture du col chirurgical. Les tentatives de réduction qu'il a faites ont été infructueuses. Il n'a pas eu recours au chloroforme, à cause de l'âge avancé de la malade. Celle-ci est restée infirme.

— M. Boinet présente un calcul cylindrique ou plutôt légèrement conique, long de 3 centimètres et large d'environ 5 millimètres à sa partie moyenne. Ce calcul est un peu courbé sur son axe. Il vient probablement du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. En s'engageant dans l'urètre, où il s'est arrêté, il a donné lieu à une rétention d'urine. M. Boinet, n'ayant pu passer avec une sonde élastique, eut recours à la sonde d'argent, qui

Feuilleton.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ATMOSPHÈRE MARITIME.

DEUXIÈME ARTICLE.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Le docteur Fonssagrives, à qui la science doit un excellent *Traité d'hygiène navale*, rapporte cette première expérience. J'ai cru devoir la répéter parce qu'on ne peut pas trop la faire connaître et que beaucoup l'ignorent. Il s'agit d'établir que, dans des vases clos, l'eau de mer ne laisse pas échapper un atome de chlorure sodique avec la vapeur qu'elle produit. Pour rendre l'expérience aussi complète que possible, j'ai procédé sous diverses températures qui me représentaient les deux moyennes opposées de l'hiver et de l'été vénitiens.

Dans un flacon fermé et à une seule tubulure, j'ai placé 1,000 grammes d'eau de mer, puisée au large dans la lagune. De ce réservoir, partait un tube recourbé qui allait plonger à demi, dans une éprouvette, où se trouvaient 100 grammes à peu près, d'une solution fortement concentrée d'azotate d'argent. Un thermomètre placé à côté de l'appareil, permettait de lire la température entretenue près de vingt heures, entre 14 et 17° centigrades. La solution de l'éprouvette ne changea pas de couleur ; aucune parcelle de chlorure de soude n'avait pénétré dans l'eau chargée d'azotate d'argent. Pendant quatre heures, une température de 25 à 27 degrés centigrades fut entretenue, sans aucun résultat ; le liquide de l'éprouvette, qui devait accuser par une légère couleur opaline la présence du chlorure d'argent, par la décomposition du sel de soude, resta toujours muet. Évidemment, l'eau de mer n'avait laissé échapper qu'une quantité assez grande de vapeur d'eau, qui perlait en gouttelettes sur la partie libre du réservoir, les parois du tube de communication, et celles de l'éprouvette.

Il résulte de l'expérience précédente, que, dans l'hypothèse d'une surface d'eau salée immobile ou sur laquelle les vents n'exerceraient pas d'action, il n'y a pas de doute que l'eau garde le chlorure sodique, puisqu'il n'est pas possible, malgré la longueur du temps consacré à l'expérience et malgré la diversité des températures, d'en retrouver une parcelle dans l'air. Venise a des régions où les eaux demeurent immobiles, malgré l'agitation de l'Adriatique et des flots du grand canal ; il se répète en quelque sorte, dans ces quartiers de la ville, l'expérience de l'évaporation de l'eau salée, en vases clos. Si l'atmosphère pouvait y rester isolée, on n'y trouverait que de la vapeur d'eau en suspension et des produits volatils dégagés sous l'influence de la température et des mouvements alternatifs de la marée.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — L'expérience précédente n'a qu'une valeur relative ; réduite à elle seule, elle ne peut donner qu'une conclusion sans importance. Pour parvenir à un résultat qui satisfasse l'esprit, qui conduise à une démonstration féconde, il ne faut pas se créer des données artificielles, il faut les accepter comme la nature les a posées. Il s'agissait de savoir si dans Venise ou dans toute autre station maritime, l'atmosphère, dans ses divers états de calme et d'agitation, contenait du chlorure sodique ; si ce sel s'y trouvait à une hauteur assez grande pour porter son influence sur les habitants de la ville et pénétrer dans tous les quartiers indistinctement ; et si, malgré la diversité des conditions météorologiques, il s'y maintenait en permanence et dans des proportions suffisantes pour expliquer les effets médicateurs de l'air marin. Voici comment je procédai à l'expérience qui devait me servir à répondre à ces questions.

J'établis à 8 mètres au-dessus d'un canal, situé entre une vaste place et le grand canal lui-même, un appareil composé d'un flacon à deux tubulures et d'un réservoir contenant à peu près six litres d'eau. Le flacon portait un tube d'un assez fort diamètre, plongeant par une de ses extrémités dans l'eau distillée dont ce flacon était à moitié rempli, et en communication par l'autre avec l'air extérieur. Un autre tube faisait communiquer le flacon avec le réservoir muni d'un robinet à sa partie inférieure. Le réservoir était gradué et on le remplissait d'eau par une ouverture disposée pour être facilement ouverte et exactement rebouchée. En cet état, l'appareil était prêt à marcher ; en ouvrant le robinet du réservoir, on le mettait en mouvement. Cet appareil de déplacement que j'ai décrit pour les médecins qui ne le connaîtraient pas et qui pourraient répéter la même expérience sur d'autres points du littoral maritime, fonctionnait par le mécanisme le plus simple. L'eau du réservoir, en se déplaçant, faisait pénétrer dans le premier flacon un égal volume d'air ; et si cet air portait avec lui des principes solubles dans l'eau, il devait s'en dépouiller en passant par l'eau distillée. C'est donc là, c'est dans cette eau distillée du flacon dont un tube prolongé au-dessus du canal allait y chercher l'air extérieur, que je devais trouver le sel, si réellement il y avait du sel dans l'atmosphère vénitienne.

Pour faire passer 100 litres d'air à travers l'eau distillée, mon appareil fonctionne pendant plusieurs jours. J'eus soin de procéder sous des influences differentes, mais toutes favorables au but que je poursuivais. J'évitai les vents de terre, les jours de grand vent, les pluies et les orages. A l'exception de ces temps contraires, j'acceptai tous les autres, choisissant pourtant de préférence, pour mettre en mouvement mon appareil, les journées qu'on pourrait appeler médicales pour l'influence qu'on en espère sur l'état du malade, ces journées heureuses qui se distinguent par la douceur de la température et l'état de calme de l'air.

Je m'attendais à découvrir le sel au moyen de l'azotate d'argent dans cette eau distillée, qui avait pris 100 litres d'air non loin de la mer, au centre de la lagune, et dans les meilleures conditions pour réussir. Je comptais au moins sur des traces, mon attente fut trompée : je n'obtins pas le plus léger nuage. Je ne fis pas cette épreuve tout seul : un chimiste français distingué, établi dans le nord de l'Italie, M. Brunet, et qui avait monté avec beaucoup de soin mon appareil, opéra lui-même avec cette attention, cette perspicacité familières à ceux qui ont l'habitude des manipulations chimiques. Il n'était pas possible d'avoir le moindre doute sur le résultat. Le chlorure sodique, vainement cherché, devait être considéré comme absolument absent de cette masse d'air qui, cependant, faisait partie d'une atmosphère maritime le plus favorablement placée entre toutes pour le succès de mes observations.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Je ne me décourageai pas, et je repris une expérience que j'avais abandonnée pour procéder à celle dont j'ai parlé

heurta le calcul. Cette sonde ne put passer, mais M. Boinet, ayant introduit un doigt dans le rectum jusqu'au niveau du calcul, put diriger favorablement une sonde cannelée dans l'urètre, et réussit enfin à faire pénétrer cet instrument derrière le calcul; celui-ci fut alors repoussé avec le doigt d'arrière en avant, et fut extrait par le méat urinaire.

M. Hervez de Chégoin, dans un cas de ce genre, réussit à introduire, entre le calcul urétral et la paroi de l'urètre, une sonde de gomme élastique qu'il laissa en place pendant deux jours. Lorsqu'il la retira, le malade lança un jet d'urine qui entraîna le calcul jusqu'à l'extérieur. Mais il arrive quelquefois que les calculs arrêtés dans la région prostatique s'opposent à la fois à la miction et au cathétérisme. M. Hervez a vu deux faits de ce genre, et il a eu recours avec succès à l'incision périnéale, qu'il juge bien préférable, en pareil cas, à la ponction sus-pubienne de la vessie.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE CHORÉE TRAITÉE PAR L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE,

(Communiquées à la Société médicale des hôpitaux)

Par M. Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants.

Mon intention, dans la présente note, n'est point d'insister avec détails sur la méthode de Laënnec dans le traitement de la chorée, telle que l'a modifiée avec avantage M. Gillette, et telle qu'il l'a exposée lui-même devant la Société; je ne veux pas refaire la thèse excellente que M. Bonfils a composée sous la direction de son chef de service et qu'il a soutenue avec talent à la Faculté : dix observations détaillées sont consignées dans cette thèse, et M. Bonfils en annonce dix autres semblables qu'il aurait recueillies postérieurement et qui auraient présenté la même physionomie pour la forme de la maladie, pour les effets physiologiques de la médication stibiée et pour la rapidité de la guérison. Ayant employé ou vu employer par M. Blache ce mode de traitement avec un succès remarquable sur douze malades, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ces faits de ceux qui ont été publiés, en assez grand nombre déjà pour que la médication stibiée soit particulièrement recommandée, et de fournir ainsi une masse assez imposante de pièces justificatives.

OBSERVATIONS (1).

PREMIÈRE CATÉGORIE. — GUÉRISONS.

Obs. I. — *Chorée (troisième attaque de six semaines) traitée par le tartre stibié à haute dose; guérison rapide.*

Marie Senet; 11 ans 1/2; entrée le 7 juillet.

Antécédents : Première attaque à l'âge de 7 ans, sans cause connue, traitée en province par les bains froids et le sirop de strychnine. La guérison ne fut obtenue qu'après six mois. Deuxième attaque en janvier 1856, traitée pendant deux mois dans le service de M. Bouneau par la gymnastique, les bains sulfureux et les préparations de fer et de quinquina.

Troisième attaque, actuelle, datant déjà de six semaines, traitée par des bains. Pas de cause occasionnelle : jamais de rhumatisme. Bonne santé habituelle.

État actuel : Anémie légère, pâleur générale; pas de souffle au cœur, ni dans les vaisseaux du cou. Fonctions digestives excellentes. Chorée peu intense, plus prononcée du côté gauche, et surtout dans le membre supérieur; parole peu gênée; l'enfant s'habille et mange seule; elle écrit même son nom, mais irrégulièrement.

(1) Neuf de ces observations ont été recueillies par M. Millard, et deux (nos 7 et 11) par M. Péter, tous deux internes très distingués de l'hôpital des Enfants.

Le 8 juillet, julep gommeux, 100 grammes, avec tartre stibié, 0,25, et sirop diacode, 10 grammes, administré de façon à obtenir la tolérance. (Trois selles liquides et un vomissement abondant.)

Le 9 juillet, tartre stibié, 0,50. Il y a encore plusieurs vomissements.

Le 10 juillet, on constate une diminution sensible dans les mouvements choréiques; on porte à 75 centig. la dose de tartre stibié.

11 juillet. L'amélioration, observée dès hier, augmente; elle frappe beaucoup les parents le 12 juillet.

23 juillet. La guérison peut-être regardée comme complète. La petite malade prend de l'embonpoint et un teint vermeil. (Eau de Spa; le fer réduit.)

Le 27 juillet, on lui accorde la gymnastique sur sa demande.

Le 29 août, elle sort de l'hôpital en parfait état de santé, sans que depuis un mois la guérison de la chorée se soit démentie.

Obs. II. — *Chorée légère (troisième attaque); guérison rapide par le tartre stibié à haute dose.*

Denise Chartier; 12 ans 1/2; entrée le 10 août.

Anémie très caractérisée; aspect cachectique; cicatrices de scrofules; intelligence peu développée; jamais de rhumatisme.

A l'âge de 9 ans, première attaque de chorée traitée dans le service de M. Bouneau par la gymnastique, les bains sulfureux et le fer.

A l'âge de 10 ans 1/2, deuxième attaque provoquée par une peur; traitée pendant quatre mois de la même façon; la guérison était incomplète lors de la sortie de l'hôpital.

Troisième attaque, actuelle, datant de quinze jours environ; sans cause occasionnelle. Les mouvements choréiques sont peu prononcés; pas de différence d'un côté à l'autre; pas d'affaiblissement musculaire.

Dès le 12 août, elle est soumise au tartre stibié à 25 centig.; le 13 août, 50 centig.; le 14, 75 centig.

Le 16 août, seulement, on constate une légère amélioration, qui va en augmentant les jours suivants.

Le 26, la chorée peut être regardée comme guérie; mais la malade reste encore un mois à l'hôpital pour fortifier sa constitution.

Le 27 septembre, elle sort sans avoir éprouvé de récidive.

Obs. III. — *Chorée générale, datant de six semaines, traitée sans succès en ville, par le sirop de strychnine; guérison rapide par le tartre stibié.*

Emma Liotard; 8 ans; entrée le 13 janvier. La chorée est survenue il y a six semaines, sans cause appréciable; elle a été traitée sans succès en ville par des lotions froides et le sirop de strychnine administré jusqu'à dose roidissante.

Enfant pâle, délicate, très intelligente; de bonne santé habituelle. Pas de souffle cardiaque, ni vasculaire; jamais de rhumatisme.

Le 13 janvier : elle ne peut marcher seule; parole très difficile. La chorée, quoique générale, est plus prononcée du côté droit; la force musculaire et la sensibilité paraissent avoir diminué de ce côté.

Le 15, on administre 20 centigrammes de tartre stibié (plusieurs vomissements).

Le 16, 40 centigrammes avec sirop diacode, 6 grammes (bien tolérés).

17 janvier : 60 centigrammes; bien tolérés, mais grande faiblesse le soir; physionomie légèrement altérée; appétit conservé cependant.

Le 20, pour la première fois, on remarque une amélioration réelle, et, le 21, elle est également constatée par les parents; Emma enfile assez facilement une aiguille; elle se lève tous les jours, et marche assez régulièrement; la parole est bien moins gênée. Le côté droit conserve toujours des mouvements choréiques un peu plus prononcés.

29 janvier. L'amélioration fait des progrès lents, mais continus. Emma a acquis assez de précision dans les doigts pour découper des images avec des ciseaux. De plus, elle prend de l'embonpoint et des couleurs.

Le 14 février, la guérison peut être regardée comme complète; cependant, il y a encore une très légère irrégularité dans les mouvements de la main droite, et, quand elle parle, ses traits se contractent encore un peu.

Obs. IV. — *Chorée récente et grave, à forme hémiplégique; tartre stibié : guérison rapide.*

Françoise Gustarde, 8 ans; entrée le 30 janvier.

Constitution très forte, pléthorique; teint habituellement coloré. Douleurs de tête fréquentes, rattachées à des accidents de congestion cérébrale; jamais de rhumatisme; rien au cœur; fonctions digestives excellentes.

Le 27 janvier, sans cause connue, elle a été prise, au moment de déjeûner, d'un grand éclat de rire, suivi bientôt de pleurs, et d'une très grande irrégularité dans les mouvements. Le côté droit est devenu beaucoup plus faible, comme paralysé; l'enfant n'a pu se tenir debout; elle n'a eu ni convulsions, ni perte de connaissance. La parole a été très gênée dès le lendemain de cette attaque. Les mouvements choréiques sont tels, qu'il faut tenir la malade au lit et la surveiller, de peur qu'elle ne tombe. L'agitation est continuelle et permet difficilement l'exploration du pouls qui est d'ailleurs calme. Les mouvements choréiques sont sensiblement plus intenses du côté droit; elle ne peut rien saisir de la main correspondante. La force musculaire est aussi très diminuée dans tout le côté; le membre inférieur fléchit sous le poids du corps, et ne permet ni la station ni la marche. La parole est très difficile, et l'intelligence paraît très affaiblie. La physionomie a une expression d'idiotie des plus marquées.

Le 31 janvier, on donne 25 centigrammes de tartre stibié (vomissements abondants). Le 1er février, plus de calme (50 centigram. de tartre stibié); le 2, au lieu d'élever la dose à 75 centigram., on revient à une potion de 25 centig. seulement. *Dès le soir*, la malade est assez bien pour pouvoir être levée. Elle marche beaucoup mieux, quoiqu'en trébuchant encore; elle soupe avec appétit.

Le 3, physionomie beaucoup plus intelligente; parole moins difficile. L'enfant reste très calme, si elle est assise ou couchée, mais la chorée reparaît quand elle essaye de se lever, ou de saisir quelque objet. Le 4, l'expression du visage continue à s'améliorer. Les mouvements des doigts sont plus précis. Elle commence à piquer une épingle, quoique avec des mouvements encore bien saccadés.

Le 16, la parole est redevenue presque naturelle; la marche est très assurée; la chorée ne se révèle plus que par de rares mouvements encore un peu irréguliers.

Le 25 février, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. V. — *Chorée générale très intense (troisième attaque) avec affaiblissement intellectuel très prononcé : insuccès de la gymnastique et des bains sulfureux; guérison rapide par le tartre stibié à haute dose.*

Louise Massera; 13 ans; non réglée; entrée le 12 septembre 1857.

Antécédents : Première attaque de chorée en 1853, sans cause connue, traitée en ville pendant six semaines. Deuxième attaque ayant suivi de près la première, mais beaucoup moins forte; non traitée. Bonne santé habituelle, sauf des épistaxis et des maux de tête assez fréquents; jamais de rhumatisme.

État actuel : Teint coloré, constitution forte; signes de pléthore plutôt que d'anémie; rien au cœur ni dans les vaisseaux du cou. Physionomie hébêtée; expression d'idiotie; yeux hagards; l'intelligence et la mémoire, qui sont habituellement assez développées, sont très affaiblies; la parole est excessivement gênée. La chorée est générale et très intense; elle date de quelques jours seulement, et a été provoquée par les reproches et les mauvais traitements d'une maîtresse d'apprentissage; les bras et les jambes sont dans une agitation continuelle; la physionomie est sans cesse grimaçante; impossibilité de manger seule. On commence le traitement par la gymnastique et les bains sulfureux.

Le 27 septembre, la chorée a plutôt augmenté, ainsi que l'idiotie; on se décide à employer le tartre stibié à haute dose (25 centigrammes, dans un julep gommeux). Trois vomissements.

Le 29 septembre, 75 centigrammes; la malade est déjà plus calme, et comprend mieux les questions qu'on lui adresse.

Le 1er octobre, les parents sont émerveillés de l'amélioration vraiment surprenante qui s'est produite en quelques jours. A partir de cette époque, elle va toujours en progressant; les mouvements se régularisent

---

précédemment. Elle consiste dans un moyen d'une grande simplicité : il s'agit d'exposer à l'air libre une tresse de coton suffisamment purifiée de tout principe hétérogène, après l'avoir préalablement trempée dans une solution d'azotate d'argent. L'air se déplace rapidement même par une brise modérée; sa masse se renouvelle vite sur les corps qu'il effleure ou pénètre en passant. S'il porte du sel avec lui, le composé peut ne pas être arrêté mécaniquement par le coton ainsi préparé, mais il doit être fixé par affinité chimique. J'exposai donc mon réactif à l'air extérieur, non pas une fois et pendant un espace de temps limité, mais fréquemment et dans les conditions les plus favorables, en variant le choix des lieux, le degré d'élévation au-dessus des eaux, la durée d'exposition à l'air libre, en opérant le jour comme la nuit, au soleil comme à l'ombre, à haute comme à basse marée. Voici ce que j'obtins:

Sous l'influence de la lumière, et plus promptement au soleil qu'à l'ombre, le coton contracta une coloration d'un rouge noirâtre, très prononcée; c'était la conséquence de la réduction d'une partie du sel d'argent à l'état d'oxyde. Plusieurs bouts de coton, résultats divers d'un certain nombre d'expériences, furent renfermés dans des éprouvettes remplies d'eau distillée; après une assez longue macération, ils me donnèrent des précipités différents. J'obtins, des uns, un seul précipité et une seule coloration formés par l'oxyde d'argent; des autres, un précipité blanchâtre occupant le fond de l'éprouvette, et, au-dessus, une coloration provenant de la formation d'un peu d'oxyde. Le précipité blanchâtre devait être du chlorure d'argent, ce qui semblait établir la certitude de la présence dans l'air de ce que j'y cherchais. Il ne m'était pas permis de tirer d'autres conséquences, à savoir : que le chlorure de soude faisait partie de l'atmosphère maritime. Mais le précipité était si abondant que sa vue devait faire naître des doutes dans l'esprit le plus prévenu. Cet excès de richesse ne provenait pas de la même source; il devait y avoir erreur dans le résultat. Cette erreur qu'il fallait chercher, fut trouvée bien vite par le savant honorable qui m'avait préparé les cotons, le pharmacien Galvani, de Venise, connu par d'excellents travaux en chimie. L'opération du blanchiment avait laissé du chlore dans cette substance organique, et le lavage avec ébullition dans l'eau distillée n'avait pas suffi à l'en dépouiller. En opérant par l'azotate d'argent, j'eus enfin des cotons qui, cette fois, ne contenaient plus de principes hétérogènes.

Les nouvelles épreuves que je fis ne me donnèrent pas de précipité blanchâtre, ou m'en donnèrent un si faible, qu'il n'y avait rien de suffisamment accusé dans le résultat. Évidemment, ce précipité était bien du chlorure d'argent; mais toutes les épreuves ne m'en avaient pas fourni; et puis il était si peu marqué, qu'il pouvait bien provenir de molécules de sel accidentellement lancées dans l'air. J'étais autorisé à tirer des conclusions après cette série d'expériences. Je ne voulus pas le faire pourtant sans en tenter une dernière, pour prendre la question sous un aspect différent.

Par une belle journée, je suivis en gondole découverte toute la longueur du grand canal, depuis le palais Cavalli jusqu'aux quartiers lointains qui avoisinent le *Canarreggio*. L'eau était à peine ridée par un vent du nord-est qui émerge de la Carniole et traverse l'Adriatique après avoir franchi Trieste. Je tenais suspendu, à 20 centimètres environ au-dessus de la surface de l'eau, un bout de mon coton réactif; j'avais eu soin de me placer loin du jaillissement produit par la rame, pour ne recueillir que le sel échappé par le mouvement naturel des flots. Au bout d'un temps assez court, la lumière avait produit son effet ordinaire; il s'était formé de l'oxyde d'argent. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il se formait aussi quelques cristaux de chlorure de soude et quelques points blanchâtres sur les parties de la tresse les plus voisines de l'eau. De cette extrémité à l'extrémité opposée on voyait s'affaiblir et puis disparaître entièrement ces formations diverses. Le lavage dans l'eau distillée me fit voir clairement que la zone d'air chloruré s'élevait de bien peu au-dessus du niveau des flots, soit par un temps calme, soit par un temps assez faible, pour ne pas produire d'agitation. Au lieu d'opérer en masse ce lavage, j'avais divisé la tresse par parties d'un centimètre de longueur et les avais placées séparément pour procéder à cette opération. Le n° 1, c'est-à-dire la partie la plus rapprochée de l'eau pendant l'expérience, me donna une opacité blanchâtre avec un faible précipité; le n° 2, une opacité moins forte et un précipité presqu'invisible; avec le n° 3 commença une décroissance plus marquée dans le degré de la teinte; le n° 4 ne me permettait pas de voir de différence entre le liquide provenant du lavage et l'eau distillée.

Ces diverses expériences portent avec elles leurs conclusions. Je n'avais pas besoin, ce me semble, d'avoir recours à des moyens d'analyse plus compliqués, pour obtenir un résultat plus parfait. S'il se fût agi de poursuivre une molécule de sel dans l'atmosphère maritime, de montrer que, sur une masse d'air considérable, on doit toujours en trouver, quelque petite que soit la particule dont on peut y constater la présence, j'aurais dû ne pas me borner à ce que j'ai fait. Mais qu'on sache bien que ce n'est pas le chimiste qui s'est livré à ces recherches, c'est le climatologiste. Il s'agissait pour celui-ci, de savoir s'il y avait assez de sel dans l'air de la mer pour déterminer des effets thérapeutiques, et non pas si cet air en portait des traces; on a vu que les traces ont à peine été trouvées, et dans des circonstances qui ne se sont pas reproduites régulièrement. Je crois donc être en droit d'affirmer les propositions suivantes.

Le rôle du chlorure de soude dans l'atmosphère maritime est connu; on peut dire qu'il n'y en remplit aucun. L'air marin a des qualités réelles, nonobstant l'absence du sel qui forme l'étoffe essentielle de la mer; elles n'étaient pas rattachées à leur véritable cause, puisqu'on les croyait le résultat de la présence de ce composé : il faut donc le chercher ailleurs. Puisqu'il n'existe pas, à proprement parler, d'atmosphère à chlorure de soude, d'atmosphère qui le contienne à l'état de permanence et qui puisse servir de moyen médical, le moment n'est-il pas venu d'en créer une artificiellement? Laënnec avait couvert de varech le plancher d'une salle d'hôpital où il avait placé des phthisiques; on peut mieux réaliser aujourd'hui l'atmosphère artificielle qu'avait voulu le faire ce grand médecin. Mais toutes ces propositions doivent être traitées avec développement, pour qu'il ne leur manque aucun genre de preuves.

(*La suite prochainement.*)

Dr Éd. Carrière.

---

de jour en jour; la parole devient plus libre; la malade recouvre toute son intelligence, devient propre, très soigneuse, etc.

Elle sort parfaitement guérie à la fin d'octobre. Elle n'a pas eu de récidive de chorée depuis cette époque.

Les observations qui précèdent concernent toutes les cinq, des malades dont l'état a été rapidement amélioré par le tartre stibié donné suivant la méthode de M. Gillette, à de hautes doses, progressivement croissantes et par séries de trois jours, séparées par des intervalles variables, en général, de trois jours pareillement. Chez ces cinq malades, l'amendement a été tellement prompt, qu'il n'a pas été besoin de donner le remède plus de trois jours de suite. Dans tous ces cas, la guérison complète a été rapide et était obtenue vers le quinzième jour.

Si l'affection était légère dans les observations I et II, elle était très intense et offrait même un certain caractère de gravité dans l'observation V, et, surtout, dans la quatrième.

Dans l'observation II, une première attaque était incomplétement guérie après quatre mois, malgré un traitement suivi par la gymnastique et les bains sulfureux, et chez la première malade, la guérison n'avait été obtenue qu'après un intervalle encore plus long (six mois); la médication ayant consisté en bains froids et sirop de morphine : trois jours d'administration du tartre stibié à la dose de 0.25 à 0,75 centigrammes suffirent pour faire cesser presque entièrement une seconde récidive.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

LXXVIII

Il s'agit d'arriver à la prophylaxie de la fièvre puerpérale en sachant ce qu'on fait et où l'on va, sans scepticisme comme sans illusion. Voilà pourquoi j'ai voulu poser des principes et donner, dans l'article précédent, une base scientifique à cette Médecine libérale et sensée qui ne regarde l'espèce nosologique ni comme naturelle ni comme purement accidentelle, et qui, par conséquent, sans croire jamais à une guérison radicale de l'humanité malade, espère que les progrès incessants de l'hygiène publique atténueront indéfiniment la puissance des maladies aiguës ou épidémiques; et que les progrès de l'hygiène et de la morale privées, auront le même effet sur la puissance des maladies chroniques ou individuelles.

Pour cela, il fallait montrer que la maladie n'est ni nécessaire ni fortuite. Si certains sujets parcourent une carrière de longévité sans essuyer aucune des maladies chroniques ou personnelles de nos cadres; si certaines contrées sont exemptes de toute maladie aiguë ou épidémique; si, remontant le cours des siècles, on trouve des peuples qui ont pu traverser de longs âges de santé publique et d'eucrasie individuelle, force sera bien de conclure que les maladies ne sont pas nécessaires; qu'elles ne sont pas toutes formées en nous; que nous n'en recélons que les éléments; et que puisqu'elles ont pu se composer à travers les âges dans l'individu et dans l'espèce, elles peuvent se décomposer aussi et se réduire soit à leurs éléments, soit tout au moins à leurs puissances les plus faibles et les moins délétères.

Mais si, d'un autre côté, nous naissons organiquement faibles et viciés; s'il est incontestable qu'il existe en nous des éléments de maladie; incontestable que nous soyons actuellement chargés de la somme des germes morbifiques fécondés dans le temps par toutes les influences malsaines du dehors; incontestable, enfin, qu'un travail incessant d'incubation sous les mêmes influences, ait ajouté à ces affections primitives et simples des superfétations plus ou moins nombreuses, des jets ou des poussées de la même espèce de plus en plus vigoureusement funestes, force sera bien aussi de conclure que les maladies ne sont pas fortuites et superficielles comme si elles n'avaient que des causes extérieures et aucune racine en nous; et que s'il est possible de les atténuer, c'est à la faveur d'une dégénération interne de nos éléments morbides — s'il est permis de s'exprimer de la sorte en parlant du mal, — et couche par couche, siècle par siècle, révolution par révolution, que cette délivrance nosologique s'accomplira indéfiniment.

LXXIX

Mais on le voit : cela suppose que les maladies sont formées d'éléments morbides en voie incessante de conception, d'évolution, de dégénération, de croisement et de transformation; et que les espèces nosologiques qui en naissent sont elles-mêmes dans un mouvement continu de composition et de décomposition, d'abâtardissement et de régénération où elles s'affaibliraient indéfiniment, si une forte hygiène publique et privée, morale et physique, faisait dominer de plus en plus dans les individus et les populations, les éléments sains de l'organisme sur ses éléments malsains. On a une preuve clinique de la réalité de ce travail incessant dans l'existence des maladies bâtardes et innommées. Il est, en effet, tout un ordre illimité d'affections, désespoir de la pratique, honte des nosologies, témoins vivants de ma doctrine. Ce sont ces états intermédiaires entre la maladie et la santé, ces affections ébauchées, ces espèces vagues ou informes, débris, avortons, anomalies, métis pathologiques, etc..., monstruosités du règne nosologique qui éclairent la nature et la formation des maladies franches, comme en anatomie, l'étude des monstres dévoile les lois de l'organisation normale.

Eh bien, la clinique puerpérale est pleine aussi de ces affections indéterminées, sans droits dans nos classifications arbitraires où ne trouvent place que les belles maladies à qui rien ne manque pour faire le sujet d'un diagnostic exact. C'est pourtant par l'intelligence de ces maladies tronquées, de ces anomalies et de ces déviations, qu'on peut concevoir la théorie des maladies complètes et bien formées, comprendre les rapports ou les lois de groupement de leurs diverses parties. C'est un point que je ne dois que signaler. Dans un mémoire intéressant, publié en 1841 dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mon cher collègue M. Tardieu, a rassemblé un bon nombre d'affections puerpérales très diverses de siége et de forme, dans le dessein de montrer sous quelle infinie variété d'aspects cette maladie pouvait se manifester, et j'ajoute en combien d'accidents elle est décomposable. On peut dire que ceux de ces accidents qui se développent dans le premier septénaire de la couche, comme ceux aussi qui, retardataires, n'apparaissent qu'après cette époque, c'est-à-dire dans le laps de temps qui s'écoule jusqu'au retour de la première menstruation et qu'on désigne sous le nom de maladies post-puerpérales, ne sont, si je peux ainsi dire, que des morceaux de fièvre puerpérale qui déposent de la facilité avec laquelle cet état morbide peut se résoudre en une foule de petites maladies dont la gravité décroît avec le temps qui les sépare de l'accouchement, et en raison surtout de leur sporadicité.

LXXX

C'est sur ces faits systématiquement exclus de la discussion; c'est sur la série des divers degrés de détermination de la fièvre puerpérale que j'ai esquissée dans mes articles du 8 et du 22 mai, qu'il faut avoir les yeux toujours fixés comme sur l'échelle métrique de la prophylaxie. Si la pathologie ne s'en est pas inspirée, que l'hygiène publique en fasse au moins son profit.

Le problème prophylactique peut donc s'écrire ainsi : Décomposer la fièvre puerpérale et la ramener à ses formes les plus simples. Ce n'est pas à la Matière médicale, cette partie précaire et humiliante de l'art, qu'il faut demander ce résultat.

LXXXI

On se rappelle ce que j'ai dit des superfétations d'éléments morbides dont les maladies aiguës graves, les fièvres, paraissent formées. J'ai pris un exemple dans notre fièvre typhoïde, parce que c'est une maladie dont les périodes, lorsqu'elle est régulière, s'enchaînent, germent et montent de manière à mettre dans tout son jour le procédé de la nature. Si la fièvre puerpérale ne le fait pas aussi bien voir dans une de ses formes prise isolément, en revanche, il éclate dans la série de ses formes comparées. Or, on doit les considérer comme les diverses puissances d'une même maladie, et supposer par la pensée, une fièvre puerpérale unique qui en serait formée, ou dont elles représenteraient les périodes successives. Cette supposition n'est d'ailleurs pas gratuite. On peut voir, on voit se dérouler dans la même fièvre puerpérale et chez le même sujet, les symptômes inflammatoires, purulents, typhoïdes et pernicieux de cette fièvre; on peut voir, on voit plus souvent encore la scène s'ouvrir par les symptômes inflammatoires et s'y borner; par les les symptômes généraux d'une infection purulente primitive, qui s'y termine; par ceux de l'état putride qui peut former aussi l'unique caractère de la maladie; enfin, par la fièvre nerveuse et sidérante qui, lorsqu'elle se déclare d'emblée, n'admet pas d'autre forme. La distinction de diverses puissances, de plusieurs couches ou superfétations d'éléments morbides susceptibles de s'ajouter dans cette maladie, et par conséquent aussi d'en être soustraites de manière à ce que sa décomposition et sa simplification puissent s'opérer comme son aggravation et selon les mêmes lois, mais en sens inverse, ce grand fait n'est donc pas douteux; et il est, je le répète, la base de la prophylaxie, son principe et sa fin. Cela est même plus évident pour la fièvre puerpérale que pour la fièvre typhoïde. L'une est certainement plus facile à décomposer que l'autre, parce qu'elle a moins d'unité et de spécificité, et que moins une maladie est spécifique, moins l'évolution de ses diverses périodes est nécessaire. Elle peut être ou n'être pas; elle n'a pas toujours été; elle a été plus intense qu'elle n'est; elle peut donc ou cesser ou s'atténuer indéfiniment.

Cette théorie permet de comprendre les diverses puissances de détermination et de gravité des fièvres chez les divers sujets et sous diverses constitutions médicales. Pour la fièvre puerpérale, en particulier, elle fait voir en même temps, combien sont subtiles et scolastiquement vaines les barrières infranchissables qu'on veut poser entre les phlegmasies et les pyrexies. Mais surtout, elle éclaire l'histoire des fièvres dans les âges, et dévoile, comme on le verra mieux tout à l'heure, les rapports de l'épidémicité, de la contagiosité et de la sporadicité de ces maladies populaires si semblables et si différentes d'elles-même tout à la fois. Par elle, on voit comment sous des influences cosmiques et sociales données, et par des incubations délétères plus ou moins profondes, la même maladie est susceptible de plusieurs degrés de détermination et de puissance pathologiques que les civilisations tiennent en quelque sorte dans leur main, et peuvent lâcher ou suspendre sur la tête des sociétés.

LXXXII

Si une fièvre palustre pernicieuse, une fièvre dothiénentérique grave, un typhus puerpéral, etc., considérés dans l'individu ou dans l'espèce, ne sont pas formés de plusieurs ordres d'éléments morbides successivement conçus et engendrés, représentant chacun une plus haute puissance de leur espèce; et si chacun de ces degrés ne forme pas un tout complet; s'il n'est qu'une simple exagération de l'ordre inférieur, il s'en suit que ces maladies ont toujours été et seront toujours ce que nous les voyons dans leur état le plus grave; qu'elles sont comme chacun des ordres d'éléments dont je les crois formées, complètes dans leur espèce, ne pouvant ni augmenter ni diminuer. L'humanité en a donc toujours joui; elle peut, elle doit espérer les posséder toujours.... Il ne reste qu'à les décrire avec une fidélité Linnéenne et à les classer religieusement, afin que nul n'ose y toucher. C'est ce que font les nosologistes systématiques. Ils dressent autant de genres et d'espèces séparés, comme en histoire naturelle, qu'il y a de variétés de formes ou de puissances d'une même maladie. Leur pyrétologie est d'une richesse effrayante. C'est à qui y ajoutera un nom. L'astronome qui a découvert une étoile, n'est pas plus fier que le nosologue qui vient de dédoubler une maladie pour en faire deux. C'est un luxe et une magnificence qu'on semble étaler avec le même bonheur que si elles racontaient les gloires de la création.

Heureusement, une maladie aiguë, une fièvre peut exister à tous les degrés en restant elle-même. Et chacun de ces degrés, puissances ou superfétations, peut apparaître isolément, se détachant de ceux qui le précèdent ou le suivent ordinairement dans un cas complet de son espèce, et constituer, à lui seul, toute la maladie. L'ensemble de ses puissances n'est donc pas nécessaire ni contenu *hic et nunc* dans le premier ou le plus simple; et le dernier ou le plus grave en suppose de moins graves auxquels on peut retourner, sans jamais, toutefois, en extirper la racine, ni jamais pouvoir, comme fait le physiologisme, rejeter la maladie dans les purs accidents.

LXXXIII

Toute maladie aiguë, toute fièvre graduée, et, par exemple, toute fièvre typhoïde, puerpérale, etc., à plusieurs périodes ou puissances de gravité, est un total de fièvres puerpérales ou typhoïdes. On doit la considérer comme formée d'autant de fièvres puerpérales qu'elle présente de périodes ou de couches d'éléments morbides. Ceux-ci sont des superfétations de fièvres puerpérales conçues les unes sur les autres, et caractérisées chacune par une puissance morbide plus grande. Quoique sorties d'une racine commune; quoique liées ensemble dans un cas donné, comme les périodes d'une même vie, elles sont susceptibles d'exister isolément et de constituer à elles seules toute la maladie. Ramassées chez l'individu dans un seul drame nosologique de une, deux ou trois semaines, elles représentent des semaines de siècles pour l'espèce. Engendrées successivement sous l'influence de conditions hygiéniques de plus en plus funestes, elles sont susceptibles de dégénérer, elles dégénèreront sous l'influence de conditions inverses... qui oserait en douter? Mais chez nous, ce n'est pas comme en histoire naturelle : dégénérer, c'est le progrès, c'est l'idéal.

Ainsi seront réduites à leur type le plus simple et le plus bénin les espèces pyrétologiques. Mais elles ne cesseront pas d'être elles-mêmes; elles conserveront pour fonds les éléments morbides dont elles sont sorties une première fois. Dans les exemples choisis, la synoque imputride et la fébri-phlegmasie puerpérale simple à inflammations circonscrites et adhésives, espèce de rhumatisme puerpéral aigu, doivent être l'idéal de la prophylaxie dans l'espèce, comme ils le sont de la thérapeutique dans l'individu.

Cette grande expérience est en voie de s'accomplir actuellement sous nos yeux pour les fièvres palustres. La peste, la fièvre jaune, le choléra, la FIÈVRE PUERPÉRALE, la suette, tous les typhus échapperont-ils à cette loi? Dans cent ans la liberté et la civilisation auront répondu.

LXXXIV

Je ne veux pas demander pardon au lecteur des développements dans lesquels je l'ai entraîné. Ils ne furent jamais plus nécessaires. La dernière vue que je viens d'exposer n'a pas son égale en intérêt dans la pyrétologie, c'est-à-dire dans l'étude des maladies aiguës ou épidémiques. La Médecine individuelle s'est toujours inspirée instinctivement de cette pensée; les praticiens éminents de tous les siècles l'ont sentie; mais ce qui la grandit, c'est qu'elle est le fondement de la Médecine de l'espèce ou de la Médecine sociale. Elle donne une existence, une réalité scientifique à ce nouveau domaine de la Médecine, et l'inaugure. Or, sans le complément de la Médecine de l'espèce, la Médecine de l'individu se traînera éternellement dans le Galénisme; elle sera toujours digne d'être célébrée par Molière. Quelque richesse qu'il acquière, son domaine est mesquin, il est condamné au charlatanisme. Percé à jour dans notre société, il ne peut échapper à la misère et à la déconsidération qu'en s'élevant à la Médecine sociale, en se fondant en elle et en s'y subordonnant.

LXXXV

Que les maladies aiguës se composent et se décomposent, se renforcent ou s'affaiblissent, se croisent et s'altèrent à travers les temps et les lieux, c'est ce que l'histoire de chaque espèce nosologique ne permet pas de contester.

Qui le prouve mieux que les étonnantes différences de gravité que présente la fièvre puerpérale, selon qu'elle est sporadique ou épidémique, développée dans telle ou telle condition, tantôt simple et bénigne, tantôt composée et funeste, ici transmissible, là ne se

communiquant pas? Une maladie aiguë peut donc tout à la fois être et n'être pas contagieuse, etc. ?

C'est à quoi il faut nécessairement répondre avant de conclure sur la question de prophylaxie. Je vais donc essayer quelques mots sur ces difficultés et montrer les rapports de l'épidémicité et de la contagiosité avec les divers degrés de concentration et de puissance morbide d'une même maladie.

LXXXVI

Je pourrais prendre l'une après l'autre toutes nos maladies aiguës, les montrer, dans l'espèce comme dans l'individu, assujetties à la même loi, et prouver qu'elles ont parcouru et parcourent toutes une échelle de gravité formée d'un certain nombre de poussées d'éléments morbides représentant autant de superfétations de la même espèce de plus en plus puissantes et délétères, et dont les rapports et l'unité sont méconnus comme l'étaient autrefois ceux des fièvres innombrables que l'observation moderne a renfermées dans les palustres et la typhoïde. La confusion où se débat aujourd'hui l'histoire des angines, n'a pas d'autre cause que l'ignorance des lois de pathogénie que je signale. La dysenterie nous en fournirait aussi un bel exemple. Sporadique ou épidémique, elle semble différer profondément d'elle-même. Entre un ténesme éphémère et sans fièvre, et la dysenterie gangréneuse et putride qui terrasse en quelques jours les plus vigoureuses organisations, il y a un intervalle que rien ne paraît pouvoir combler, car il est formé quelquefois par le développement de propriétés nouvelles d'un ordre si éminemment morbide, qu'on ne les croit pas susceptibles de pousser sur un même tronc. Ainsi, il se peut qu'en vertu d'une plus grande concentration de ses éléments primitifs, et en concevant un ordre de propriétés plus actives, la dysenterie devienne contagieuse. Et si les causes de cette génération plus concentrée et plus pernicieuse d'éléments dysentériques ont été communes à toute une population, la maladie pourra être tout à la fois contagieuse et épidémique. On oppose toujours l'une à l'autre ces deux propriétés pathologiques comme si elles s'excluaient, lorsqu'au contraire, rien n'est plus naturel que leur coexistence et leur solidarité.

C'est qu'en effet, plus les éléments d'une maladie aiguë ont acquis de puissance délétère et représentent de force morbide, plus cette maladie est susceptible de se transmettre, plus elle contracte de contagiosité. De sorte que, en se concentrant et en prenant leur plus haute puissance, les éléments des maladies aiguës tendent de plus en plus à engendrer leurs semblables dans d'autres organismes.

Or, ce fait n'est jamais plus marqué que lorsque la maladie est en même temps épidémique, ou qu'elle passe de la sporadicité à l'épidémicité. Mais si ces deux faits sont presque toujours simultanés, il faut bien qu'il y ait entre eux plus qu'une coïncidence, et que leurs raisons d'être aient quelque chose de commun.

LXXXVII

Atteindre sa plus haute puissance, c'est, pour une maladie, prendre le plus d'être possible. La contagion est le signe le plus certain de cette propriété; et l'épidémicité, on va le comprendre, en est une conséquence presque nécessaire.

Une maladie purement aiguë, bien formée et à sa plus haute puissance, est naturellement épidémique. Aussi, toute maladie épidémique est-elle nécessairement aiguë. C'est vrai à ce point, que je proposerais volontiers de définir par là ce grand ordre de maladies et de dire : toute maladie non héréditaire, épidémique ou SUSCEPTIBLE DE L'ÊTRE, est une maladie aiguë.

La maladie chronique serait définie par les caractères opposés : Elle est essentiellement héréditaire et n'est jamais épidémique. Voilà pourquoi il est vrai de dire que les maladies chroniques sont les maladies des individus, et les maladies aiguës les maladies des populations.

Or, plus les maladies aiguës sont fortement elles-mêmes, et ont acquis de puissance morbide, et plus elles ont de tendance à se comporter comme des espèces. C'est alors qu'elles sont le plus transmissibles, le plus capables de se reproduire par voie de génération — quel qu'en soit le mode, infection, contagion, inoculation — ce qui est la marque de l'espèce.

En même temps, que voit-on? Un fait trop grand pour passer par l'étroite porte de nos nosologies : que la vie générale des maladies aiguës, n'est qu'un mouvement, un va et vient continu de la sporadicité à l'épidémicité, et de celle-ci à l'état sporadique. Ces deux caractères si souvent simultanés des maladies aiguës, d'être solidairement contagieuses et épidémiques, et dans un passage continuel de la contagiosité à l'incontagiosité, et de l'épidémicité à la sporadicité, viennent de ce que ces maladies dépendent le moins possible de la nature particulière et personnelle de chaque individu. Et en effet, les maladies aiguës sont impersonnelles; elles ne sortent pas du fond de notre constitution; elles ne sont ni organiques ni susceptibles de le devenir. Il faut donc que leurs éléments se forment dans les parties les plus extérieures et les plus accessoires de notre organisme, celles qui font encore le moins partie de nous-mêmes, celles que nous ne tenons pas de notre fonds personnel et héréditaire, celles, par conséquent, que nous avons communes avec tous les individus qui vivent dans les même conditions que nous. Qu'en résulte-t-il? Que quand ces maladies sont bien formées, bien mûres, elles éclatent nécessairement sur un grand nombre de sujets, avec un singulier caractère d'uniformité qui égalise devant elles tous les âges, toutes les personnalités morbides, tous les tempéraments. Tel est le caractère essentiel de la maladie aiguë pure et fortement elle-même.

LXXXVIII

Lorsque ce mouvement, qui accuse le plus haut degré d'activité et de vie d'une maladie aiguë est épuisé, il permet aux cas isolés qui apparaissent encore, de laisser se mêler aux traits propres de l'espèce morbide, les traits pathologiques propres de l'individu. Moins elle-même, la maladie, en même temps que moins épidémique, est aussitôt moins contagieuse. Dépouillée de cette propriété, qui lui donnait quelque apparence d'une espèce naturelle, on voit aussi l'homme en être alors affecté bien plus comme individu que comme espèce ou population. Telle est la phase sporadique des maladies aiguës. La contagiosité et l'épidémicité s'affaiblissent donc simultanément. Ce sont deux propriétés distinctes, quoique étroitement réunies par les mêmes conditions générales.

Mais, alors même que la sporadicité domine, ce n'est, pour la maladie aiguë qui en est à cette phase de sa vie dans l'espèce, qu'un temps de relai. Elle est toujours susceptible de repasser à l'état d'épidémicité, foyer vital où, selon Haller, se retrempent les maladies aiguës : EPIDEMIAS MORBORUM NEMPÈ VITAS. Là, elles se déterminent de nouveau plus puissamment, et, redevenant espèces morbides, renaissent à une contagiosité plus énergique.

Ce sont ces retours et ces revivifications qu'il s'agit d'empêcher dans les fièvres puerpérales; c'est cet état de sporadicité où s'abâtardissent les maladies aiguës par la prédominance des qualités pathologiques individuelles, qu'il s'agit de faire régner et de maintenir dans celle qui nous occupe spécialement.

On verra dans un prochain et dernier article, combien étaient indispensables à la solution philosophique de ce grand problème de Médecine sociale, les principes de pathologie générale que je viens d'établir aussi substantiellement que possible.

(La fin à un prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

British medical Journal. — Décembre 1857.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE DATANT DE TRENTE ANS, OPÉRATION, GUÉRISON; par le docteur BROWN. — A. V..., 55 ans, mariée, mère de trois enfants, entre à l'hôpital le 14 octobre 1857. Quand elle accoucha de son premier enfant, il y a trente ans, au moment du passage de la tête, elle s'aperçut que quelque chose se déchirait; le travail fut long et difficile. Bientôt la santé générale se rétablit, mais la malade était pour ses amis et pour elle-même un objet de dégoût; quels que fussent les aliments qu'elle prenait, elle ne pouvait retenir ses matières fécales, qui s'écoulaient constamment. Le périnée était rompu et la déchirure avait compris le sphincter; en outre il y avait une ulcération du col de l'utérus : la malade souffrait beaucoup.

Le 21 octobre, la malade est opérée. Les lèvres de la plaie, soigneusement ravivées, furent mises en contact et réunies par des sutures profondes et superficielles; la malade fut constipée par quelques doses d'opium. On la soumit à un régime généreux et à l'usage du vin.

Le 22 octobre, on prescrit à prendre 125 grammes de vin de Porto, 60 grammes d'eau-de-vie, un litre de bouillon et deux œufs.

Le 24, on enlève des points de suture profonds; les parties sont réunies. On continue le régime stimulant et l'on augmente la nourriture.

Le 30, les autres points de suture sont enlevés; les plaies ont le meilleur aspect.

Le 1er novembre, on donne une dose d'huile de castor et un lavement simple. Pour la première fois depuis trente ans, la malade va à la garde-robe volontairement. La plaie est complètement réunie.

Le 20 novembre, la malade est parfaitement guérie et quitte l'hôpital. Elle peut, à sa volonté, retenir ses matières fécales. Le bon résultat de cette opération a produit les meilleurs effets et sur le moral et sur le physique de cette femme. — D.

COURRIER.

Le Conseil impérial de l'Instruction publique a tenu sa première séance, le mercredi 23 juin, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique et des Cultes. Son Excellence, en déclarant la session ouverte, a prononcé un discours dans lequel on trouve le passage suivant :

« L'enseignement des facultés se distingue autant par la sûreté de » ses doctrines que par l'éclat de ses connaissances et de ses talents. Il » revèle, chaque jour, à côté de nos glorieux vétérans, des hommes » appelés à prendre une large place dans le monde des lettres et des » sciences. »

— LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice ont signé le 27 juin le contrat de mariage de M. le comte d'Escayrac avec Mlle Marie Rayer, fille de M. Rayer, médecin ordinaire de l'Empereur. — (*Moniteur.*)

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu le 24 juin, sous la présidence de M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en présance de M. le docteur Danyau, chirurgien-accoucheur en chef et professeur de cette École, de M. Désormeaux, chirurgien-accoucheur, professeur adjoint, et de M. Delpech, médecin de l'établissement.

A l'ouverture de la séance, M. Davenne, dans un discours qui a été accueilli par les plus vives sympathies, a rappelé les éminents services rendus par la précédente sage-femme en chef, Mme Charrier, dont la mort a si douloureusement affecte l'École il y a quelques mois; puis, il a engagé les élèves à continuer, sous l'habile et sage direction de Mme Alliot, la digne héritière de Mme Charrier, à faire preuve de zèle et d'application dans leurs études.

M. le président a ensuite annoncé que, sur sa demande, appuyée par le préfet de la Seine et le doyen de la Faculté de médecine, S. Exc. le ministre de l'Instruction publique avait décidé que les élèves de l'École de la Maternité de Paris, ayant obtenu un certificat de capacité à la suite de leurs études, seraient considérées comme sages-femmes de 1re classe.

Cette décision équitable, a ajouté M. Davenne, témoigne du haut intérêt qu'un ministre aussi bienveillant qu'éclairé porte à l'École d'accouchement de Paris, de même qu'aux élèves qui en sortent, et lui mérite de la part de celles-ci une vive reconnaissance.

M. le docteur Danyau a ensuite pris la parole, et, dans un discours qui a constamment ému et captivé l'auditoire, il a retracé les principales circonstances de la vie si bien remplie de Mme Charrier, et rendu un pieux hommage à sa mémoire en la proposant pour modèle aux élèves de l'École.

Puis, M. le président a procédé à la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Bertin (Ernestine-Félicie), élève à ses frais, qui a obtenu, en outre, un autre prix.

Les élèves qui ont été le plus fréquemment nommées, sont :

MMmes Brun, élève à ses frais; Billarent, élève aux frais du département de la Seine; Tremblay, élève aux frais du département de Seine-et-Oise.

— Le *Nord* a dernièrement annoncé, et plusieurs autres journaux ont répété, que la fièvre jaune avait reparu à Lisbonne. Des renseignements positifs, confirmés par une dépêche télégraphique du 25 courant, nous autorisent à déclarer que ce bruit est dénué de tout fondement, et que l'état sanitaire de Lisbonne ne laisse absolument rien à désirer. —(*Mon.*)

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 1er Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE CHORÉE TRAITÉE PAR L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE,

(Communiquées à la Société médicale des hôpitaux)

Par M. Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfants (1).

OBS. VI. — *Chorée légère et récente ; traitement par le tartre stibié en deux séries ; guérison.*

Laure Poichet ; 12 ans 1/2 ; entrée le 8 août.

Antécédents : Jamais de rhumatisme ; bonne santé habituelle. La chorée n'a été remarquée par les parents que depuis le 3 août. Pas de cause occasionnelle.

État actuel : Pâleur ; constitution chétive ; maigreur assez prononcée. Rien au cœur, ni dans les vaisseaux du cou ; pas de toux. Fonctions digestives en bon état. Chorée peu prononcée ; marche assez régulière ; petits mouvements brusques et irréguliers de la tête et des membres supérieurs ; pas de différence d'un côté à l'autre.

9 août. 25 centigrammes de tartre stibié dans 80 grammes de solution gommeuse, avec sirop diacode, 8 grammes (un seul vomissement ; pas de selles).

Le 10, on constate déjà une légère amélioration ; la malade boit très facilement avec un verre, se peigne elle-même, etc. On porte à 50 centigrammes la dose de tartre stibié (tolérance).

Le 11, 75 centigrammes de tartre stibié sont également bien tolérés, et, le 12, on cesse toute médication. Le 13, l'amélioration, stationnaire depuis plusieurs jours, est très sensible aujourd'hui. La malade peut remplir elle-même une cuiller de tisane et la vider dans une bouteille à goulot étroit, sans en répandre une goutte. Le 20 août, quelques mouvements choréiques persistent encore dans les mains, on recommence une nouvelle série par 25 centigrammes (trois vomissements).

Le 23, les 75 centigrammes de la veille ont été bien tolérés. Il y a encore un progrès réel ; la malade ramasse facilement des aiguilles à terre et les introduit une à une avec facilité dans un étui de petit calibre.

Le 28, la précision des mouvements augmente ; la santé générale s'améliore beaucoup.

Le 13 septembre, la guérison peut être considérée comme complète.

La sortie a lieu le 15.

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 juin 1858.

OBS. VII. — *Chorée intense récente ; médication stibiée ; amélioration rapide ; erreur dans l'administration, et accidents graves d'intoxication ; guérison.*

Le 25 janvier 1858, la jeune Marie Roche, âgée de 10 ans, se présente à la consultation de l'hôpital des Enfants ; elle est née de père et de mère bien portants. La mère a eu dans sa première enfance des phénomènes nerveux mal dessinés et consistant dans une agitation continuelle ; actuellement, c'est une robuste femme de 38 ans.

La jeune Marie n'a jamais eu de convulsions ni de phénomènes nerveux d'aucune sorte ; elle est seulement assez impressionnable. Elle n'a jamais eu non plus de rhumatismes. Ce fut donc au milieu d'une santé parfaite que, le 4 décembre, elle éprouva une très vive émotion à la suite d'une punition infligée à l'école. Cependant on n'observait encore rien de remarquable dans la santé de la jeune fille ; quand, le 1er janvier, on constata une singulière excitation des mains qui étaient continuellement en mouvement. Puis la même agitation se remarqua dans les membres inférieurs. Quelques jours plus tard, la bouche grimaça et la phonation devint difficile.

Tous ces phénomènes choréiques allèrent en s'aggravant jusqu'au 25 janvier, jour où nous la voyons pour la première fois. L'état actuel est le suivant : mouvements continuels, mais peu étendus des membres inférieurs, lesquels ne cessent que pour être aussitôt remplacés par des mouvements des bras ou des épaules, ou par des contorsions de la bouche. Quand la malade veut maintenir ses membres au repos, ses épaules se soulèvent rapidement ou la bouche se contourne. La parole est bredouillante, l'action de coudre et d'écrire est presque impossible. Le sommeil est troublé, agité ; l'intelligence est un peu amoindrie. D'ailleurs, aucun trouble de la santé générale.

Il n'y a pas encore eu de traitement. On ordonne, le 26 janvier, une potion gommeuse avec 25 centig. de tartre stibié, à prendre par cuillerées d'heure en heure. La deuxième cuillerée fait vomir la malade, qui a trois vomissements en tout dans la journée.

Le 27, la potion stibiée est de 50 centig. ; prise de la même façon que la première, elle ne détermine qu'un vomissement. Du reste, la médication n'altère en rien la santé, et l'appétit, resté vif, est satisfait par la malade. Le soir, on constate une amélioration des plus sensibles. La malade jouit d'un repos presque absolu des membres. Il n'y a plus de mouvements involontaires que des lèvres ; la langue, plus maîtresse de ses mouvements, articule très nettement les paroles.

Le 28, l'enfant vient nous voir à l'hôpital, elle n'a pas pris sa potion, qui devait être de 75 centig. Elle n'a, dans l'espace d'une demi-heure où nous l'observons, que deux très légers mouvements involontaires des membres supérieurs, plus marqués du côté gauche. Toutefois, les mouvements volontaires des bras manquent encore de précision. La malade écrit bien, mais après quelques contorsions des bras et des doigts. La parole est nette ; il n'y a plus de grimaces.

La malade va néanmoins reprendre la potion stibiée à 75 centig. le 29, et une quatrième potion à 50 centig. le 30.

29 janvier. La potion a été prise et a déterminé quatre vomissements bilieux qui ont peu fatigué la malade et ne l'ont pas empêchée de manger. Il n'y a plus de mouvements choréiques, sinon de légers dans la bouche ainsi que dans le bras gauche. Bon sommeil ; plus d'agitation la nuit.

Le 30, potion stibiée à 50 centig. Pas de vomissements.

1er février. Très bon état. Il n'y a plus que quelques mouvements très limités dans le bras gauche ; plus de grimaces ; la malade parle et écrit très bien.

8 février. Il y a quinze jours que le traitement a été commencé, et treize jours que l'amélioration s'est manifestée. Le bon état se soutient. Pour compléter et assurer la guérison, on fait reprendre la potion stibiée par doses de 20, 40 et 60 centig. dans un demi-verre d'eau.

Le 12, les 20 centigrammes de tartre stibié sont pris par inadvertance en une seule fois ; une heure après environ, il y a des vomissements répétés et des selles nombreuses ; phénomènes qui persistent pendant près de cinq heures. Cependant, la jeune malade mange le soir avec appétit.

Le lendemain, la même erreur est commise, les 40 centigrammes sont avalés d'un trait ; bientôt après, vomissements et selles innombrables ; décomposition rapide de la face ; excavation des yeux ; extinction de la voix ; prostration extrême ; refroidissement et sueurs profuses. Tous ces phénomènes d'intoxication durent quatorze heures, au bout desquelles la malade s'endort d'un bon sommeil.

Le 14, amélioration rapide ; appétit vif ; l'enfant soupe le soir comme d'habitude.

Le 15, nous renvoyons la malade qui n'a plus de traces de mouvements choréiques ; le bras gauche lui-même jouit d'une précision remarquable.

22. Il n'y a plus d'apparence aucune de mouvements choréiques. Très bon état général. La malade est considérée comme guérie.

Chez ces deux malades (obs. VI et VII), la chorée était légère et récente et cependant, chose singulière, il a fallu deux séries de trois jours chacune d'administration de l'émétique pour amener une amélioration décisive. D'ailleurs, et comme par compensation, cette amélioration s'est montrée plus vite encore que d'habitude. Dès le second jour du traitement, et même dès le premier (obs. VI) il y avait une diminution sensible dans les mouvements choréiques.

Le sujet de l'observation VII a dû sa guérison complète à une erreur dans la prise du médicament. A la seconde série, sa mère se méprenant sur les termes de notre consultation, lui administra 20 centigrammes de tartre stibié en une seule fois, et, le lendemain, malgré des évacuations nombreuses par haut et par bas, elle lui fit ingérer encore d'un seul coup 40 centigrammes. Des phénomènes cholériformes très graves se montrèrent aussitôt ;

Feuilleton.

ESSAI SUR LES PROGRÈS DE L'OPHTHALMOLOGIE

En Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Belgique, en Italie, en Grèce et en France (1).

Angleterre (SUITE).

A côté de Frédéric Tyrrell se trouvait à l'hôpital de Moorfields son collègue John Scott ; ces deux hommes offraient un constraste frappant : Scott était aussi impatient et irritable que Tyrrell était doux et tranquille, aussi ne pouvait-il supporter le moindre accident. Peu de chirurgiens ont eu aussi souvent que lui une procidence du corps vitré pendant l'extraction de la cataracte, et chaque fois que cela lui arrivait, il s'emportait contre la fluidité de ce corps. Il avait une singulière idée sur les causes de l'insuccès dans l'opération de la cataracte par extraction : suivant lui, l'insuccès tenait à une inflammation de l'iris produite par la compression de cette membrane entre le cristallin et le plat du couteau, aussi imagina-t-il de faire faire un couteau à lame très mince, à dos étroit, dans le but de diminuer cette compression de l'iris ; l'emploi de ce couteau ne lui donna pas de plus beaux succès, aussi cet instrument est-il tombé dans un oubli complet, et tous les chirurgiens se servent du couteau de Beer dont la lame trouve sa force de résistance dans l'épaisseur du dos de l'instrument. Après la mort de Tyrell et de Scott, John Dalrymple, dont l'étoile commençait à briller depuis quelque temps, arriva au premier rang ; un concours de circonstances heureuses amena Dalrymple à ce haut degré d'élévation. Scott avait entrepris la publication d'un ouvrage sur la *Pathologie de l'œil*, et pour l'illustration de cet ouvrage, il avait réuni à grands frais une riche collection de dessins coloriés, mais sa santé s'altérant rapidement, il comprit qu'il lui serait impossible de mettre son œuvre à exécution, et confia ses matériaux à Dalrymple. Celui-ci ne négligea rien pour faire de cet ouvrage un monument scientifique ; aussi l'apparition de chacun des fascicules augmenta la réputation et la clientèle de Dalrymple ; mais il semble qu'une sorte de fatalité était attachée à cet ouvrage, car, quelques semaines après la publication de la dernière livraison, Dalrymple mourut, ayant atteint l'apogée de la gloire et de la fortune.

La publication de cette œuvre capitale fit époque dans la bibliographie ophthalmologique : la savante rédaction du texte, l'habile exécution des planches, distancèrent de beaucoup tous les ouvrages publiés jusque là, dont les gravures, généralement négligées, étaient plutôt faites pour induire les lecteurs en erreur que pour les instruire ; aussi, depuis lors, comprit-on la nécessité de soigner davantage la partie graphique. En effet, la plus scrupuleuse exactitude est indispensable dans la représentation des maladies des yeux : de légères différences dans la teinte, dans la place donnée à une ombre, la direction et la disposition des vaisseaux sanguins, sont autant de marques de distinction entre les diverses maladies ; si l'artiste ne saisit pas et ne reproduit exactement toutes ces nuances, tous ces détails qui lui semblent futiles, son dessin devient inutile et quelquefois même dangereux, car il peut induire en erreur. L'ouvrage de Dalrymple a été tiré à un trop petit nombre d'exemplaires, aussi est-il très difficile de se procurer aujourd'hui ; heureusement, nous le disons ici en passant, l'admirable *Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel est venue combler cette lacune.

Les chirurgiens anglais ne semblent pas faire très grand cas de l'ophthalmoscope, parce que tantôt la projection de la lumière dans un œil enflammé peut être suivie d'accidents fâcheux pour le malade, tantôt, au contraire, elle n'a aucun résultat pour celui-ci, l'ophthalmoscope montrant des altérations organiques incurables. Bornons-nous à dire que cette manière de faire est entachée d'exagération ; plus tard nous reviendrons sur les résultats donnés par cette précieuse invention.

Il est assez curieux de voir que les ophthalmologistes anglais se fassent une gloire de donner à leurs malades *des soins empressés et intelligents !* Est-ce que ce n'est pas le devoir de tout homme exerçant la médecine de mettre tous ses soins, de faire appel à toutes les ressources de son intelligence, pour arriver à guérir son malade ? N'est-ce pas là précisément ce qui distingue le praticien consciencieux et instruit du charlatan qui ne connaît qu'un seul résultat, l'argent, et qui, pour arriver à ce but, pratique des opérations quand même, exagère la gravité d'une maladie pour extirper au malade une plus grosse somme d'argent. Il est assez plaisant de voir les Anglais proclamer que leurs chirurgiens seuls au monde sont instruits et honnêtes ? Grâce au ciel, la probité n'est pas à l'usage exclusif de l'Angleterre ; la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Amérique comptent aussi de grands chirurgiens, qui ont au moins la modestie et la pudeur de ne pas se battre à eux-mêmes la grosse caisse, et honorent sans bruit la profession médicale.

Mais laissons les Anglais se prodiguer à eux-mêmes les éloges qu'ils croient avoir mérités, et revenons à notre sujet. Parmi les ophthalmologistes anglais, quelques-uns ont produit des ouvrages qui attestent des énormes progrès réalisés par eux en oculistique ; la *Philosophie de la vision* de Thomson, le *Traité de la chromatopseudopsie* (*Colour Blindness*) de Wilson, la *Physiologie de la vue* de Mackenzie, enfin le *Traité pratique* de Mackenzie, arrivé à sa quatrième édition et reproduit dans la plupart des langues européennes.

La science de l'oculistique est très répandue en Angleterre, cela tient à ce que le gouvernement, comprenant l'utilité de cette science, lui a donné tous les moyens possibles de se développer, en créant des établissements spéciaux, la seule ville de Londres possède aujourd'hui huit établissements ophthalmiques : ce sont le *Royal London ophthalmic hospital*, le *Royal Westminster hospital*, *Royal infirmary*, *North London infirmary*, *Central London ophthalmic hospital*, *Western Dispensary*, *West London and chelsea infirmary*, et *Saint-Marylebone institution*. En outre de ces huit maisons spécialement destinées aux maladies des yeux, il y a encore trois hôpitaux généraux qui ont un service ophthalmologique spécial, ce sont le *Guy's Hospital*, dont le chirurgien oculiste est le docteur France ; *Saint-Mary's*, avec le docteur White Cooper, et le *University College hospital*, avec le docteur Wharton Jones. Cependant, à côté de ces institutions, où l'enseignement ophthalmologique est largement établi, il est des hôpitaux où l'oculistique est complètement négligée, tels sont le *College of physicians*, le *College of surgeons* et la *Society of apothecaries* ; cette division n'est-elle pas caractéristique ? N'y voit-on pas l'opposition formelle des partisans des vieux principes, n'est-ce pas un refus de marcher avec le progrès, n'est-ce pas une protestation contre la spécialité ? Dans ces trois établisse-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juin.

mais, dès le lendemain, tous les phénomènes morbides, tant ceux de ce choléra artificiel que ceux de l'affection convulsive, avaient cessé définitivement.

Obs. VIII. — *Chorée intense et générale; pleuro-pneumonie intercurrente traitée par le tartre stibié à dose élevée et progressive; guérison simultanée de la pneumonie et de la chorée.*

Adèle Pucelle, 11 ans 1/2; entrée le 30 novembre.

Chloro-anémie très prononcée; souffle au cœur et dans les veines du cou; très mauvais teint. Pas de rhumatisme; on ne peut préciser le début de la chorée; c'est une première attaque survenue sans cause occasionnelle. Mouvements choréiques très prononcés, sans différence d'un côté à l'autre; parole très gênée; grimaces incessantes (eau de Spa; fer réduit 0,10; b. sulf.).

Le 6 décembre, à six heures du matin, frisson violent et redoublement de mouvements choréiques; fièvre, malaise général, vomissements, douleur épigastrique très vive.

Le 8, fièvre, agitation, chaleur vive de la peau, sueurs abondantes.

Le 9, éruption d'herpès labialis cette nuit; la fièvre continue; on constate une diminution de sonorité avec expiration soufflante à la base du poumon gauche. On diagnostique une pleuro-pneumonie et on prescrit 25 centigrammes de tartre stibié (six vomissements provoqués par la potion).

Le 10, l'agitation choréique est manifestement moindre; les signes locaux de la pleuro-pneumonie sont plus caractérisés (50 centigrammes de tartre stibié; tolérance).

Le 11, les mouvements choréiques ont encore sensiblement diminué; la pneumonie commence à entrer en résolution (râles sous-crépitants de retour). On porte à 75 centigrammes la dose de tartre stibié (deux vomissements).

Le 12 et les jours suivants, à mesure que la résolution de la pneumonie s'achève, on voit simultanément la chorée s'améliorer progressivement, la parole devenir beaucoup plus facile, et les mouvements bien plus réguliers. La santé générale s'améliore aussi rapidement; et, le 17 janvier, la malade sort, guérie depuis longtemps de sa chorée, et méconnaissable, tant elle a pris de fraîcheur et d'embonpoint.

Obs. IX. — *Chorée générale (deuxième attaque). Pleuro-pneumonie intercurrente, traitée par le tartre stibié à haute dose: guérison des deux maladies.*

Modeste Gaborian, âgée de 7 ans 1/2, entrée le 2 mars. — Déjà traitée en 1856 par M. Bouneau d'une première attaque de chorée très violente, qui avait été provoquée par la vue de plusieurs bœufs qu'on assommait dans un abattoir. Le traitement par la gymnastique, les bains sulfureux et le fer dure six semaines.

Le 15 février 1858, la malade fait une course forcée à la suite du bœuf gras, et est reprise dès le lendemain de mouvements choréiques généralisés, mais d'intensité moyenne; la parole est difficile. Constitution chétive; maigreur; teint pâle, aspect tuberculeux. Jamais de rhumatisme; pas de souffle au cœur ni dans les vaisseaux du cou; digestions excellentes.

On attend quelques jours avant d'adopter aucune médication. Le 10 mars, la malade est prise de torticolis rhumatismal, avec fièvre, malaise, anorexie. — Le 12, on constate une pleuro-pneumonie à la base du côté gauche; 120 pulsations. On prescrit le tartre stibié (20 centigrammes); un seul vomissement.

Le 13, plus de calme dans les mouvements; moins de gêne de la respiration; le pouls s'est abaissé à 112. (50 centig. de tartre stibié.)

Le 14, amélioration très sensible de la chorée et de l'affection thoracique. — Matité moindre; râles de retour; toute douleur de torticolis a disparu; 88 pulsations. La malade se sent beaucoup mieux, demande à se lever et à manger. On constate sur la langue et le voile du palais un assez grand nombre de pustules produites par le tartre stibié. (60 centig. en 12 *pilules* de 0,05 centig. chacune d'heure en heure, qui sont parfaitement tolérées.)

Le 15 mars; pouls à 72; la résolution de la pneumonie continue ses progrès; les mouvements choréiques sont moins prononcés mais n'ont pas disparu: la parole est encore brève et saccadée. (Deux potages; l'enfant garde encore le lit.)

Le 20 mars; elle est en convalescence et commence à se lever; elle conserve une toux à timbre assez creux et des râles de catarrhe; la chorée s'affaiblit de jour en jour. Elle ne tarde pas à disparaître complètement. La malade prend des couleurs et de l'embonpoint, et quitte l'hôpital le 15 avril dans l'état le plus satisfaisant. Nous l'avons revue depuis; la chorée n'a pas reparu.

Nous avons rangé les deux petites malades qui font le sujet des observations VIII et IX dans une section à part, et nous les avons rapprochées l'une de l'autre, parce qu'une même complication s'est montrée dans le cours de la chorée dont elles étaient atteintes. Elles furent prises, après environ une semaine de séjour à l'hôpital, d'une pleuro-pneumonie, qui était, chez l'une de ces enfants, de nature rhumatismale, ayant débuté la veille par un torticolis.

La manifestation de la phlegmasie pulmonaire intercurrente décida à donner l'émétique suivant la méthode rasorienne, et, après trois ou quatre jours de cette médication, les deux maladies, marchant simultanément, et sans influence réciproque appréciable, s'amendaient pour guérir dans l'intervalle de temps ordinaire à la résolution de la pneumonie.

On pourrait penser ici que la complication d'une phlegmasie a eu la plus grande part à la guérison de la chorée, en raison de cet axiome, souvent mais non toujours vrai: *Febris solvit spasmos.* Mais on sait que, dans les cas où la fièvre vient à diminuer l'intensité des mouvements choréiques, les phénomènes convulsifs reparaissent habituellement dans la convalescence de l'affection intercurrente, si la névrose est de date récente; dans le cas présent, la danse de St-Guy ne datait que de vingt-cinq jours; elle n'avait été aucunement traitée; et, dès le premier jour de la médication stibiée, une amélioration sensible commençait et se continuait avec régularité les jours suivants, sans revenir pendant la période de convalescence de la pneumonie. La rapidité de la guérison, qui s'est maintenue, autorise à attribuer à l'émétique une part importante dans ce résultat favorable.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

DE LA STATISTIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS SES RAPPORTS AVEC LA VACCINE ET LA VARIOLE; — ET QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SCROFULE;

Rapport fait à la Société médicale d'émulation, à propos de la candidature du docteur Perrin,

Par le docteur J. Gimelle.

Messieurs,

Dans la dernière séance, le docteur Perrin, médecin du bureau de bienfaisance du 7me arrondissement et du 3me dispensaire de la Société philantropique, secrétaire général de la Société médico-pratique de Paris, etc., a sollicité l'honneur d'être admis parmi nous comme membre titulaire. Il a envoyé, à l'appui de sa candidature, deux brochures, savoir:

1° *Note statistique sur la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la vaccine et la variole.* (Publiée dans l'Union Médicale, 1854.)

2° *Considérations nouvelles sur la maladie scrofuleuse.* (Mémoire publié dans le dernier *Bulletin* de la Société médico-pratique de Paris.)

Nous avons été chargés, MM. Fournet, Maurice Perrin et moi, d'examiner ces mémoires, dont je viens rendre compte à la Société en qualité de rapporteur.

Vous connaissez tous les attaques dont la vaccine est redevenue tout récemment l'objet. Vous savez que son adversaire principal est M. Carnot, officier d'artillerie, qui attribue à l'inoculation vaccinale l'augmentation de la mortalité dans la jeunesse. Réfuté victorieusement par M. Ch. Dupin, et surtout par notre confrère M. Bertillon, M. Carnot fut soutenu par deux médecins distingués, MM. Ancelon de Dieuze et Bayard de Cirey, dont l'un, M. Ancelon, porta l'attaque jusqu'au sein de l'Académie impériale de médecine. Cette Société savante, par l'organe de M. Roche, a fait énergiquement justice de la doctrine imprudente émise par les détracteurs de la vaccine.

Restait M. Bayard, soutenant que l'accroissement de la mortalité de la jeunesse n'était bien réellement que la triste conséquence de l'introduction de la vaccine, qui, en prévenant le développement naturel de la variole dans l'enfance, ne faisait que la rejeter cruellement sur l'âge fécond de la vie, sous forme de variole intestinale, plus généralement connue, de nos jours, sous le nom de fièvre typhoïde. S'appuyant sur l'opinion qui regarde la fièvre typhoïde et la variole comme deux affections de même nature, M. Bayard formule ainsi sa doctrine:

1° Les épidémies de variole et de fièvre typhoïde ne règnent jamais ensemble.

2° La variole et la fièvre typhoïde ne frappent qu'une fois le même sujet.

3° Un sujet qui a été atteint de la variole ne l'est pas plus tard de la fièvre typhoïde, *et vice versâ.*

Déjà M. Barth (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* octobre 1853) et M. Teissier, de Lyon (même journal, décembre 1853), avaient démontré, au moyen d'observations nombreuses, combien cette opinion était erronée, lorsque M. Perrin vint, à son tour, payer son tribut et faire connaître le résultat de ses recherches sur ce sujet important.

L'argumentation que M. Roche a tirée de Stoll, notre confrère l'emprunte à Sydenham, à Huxham, à Rœderer, à Wagler, puis aux modernes.

Ainsi, en 1853 (18 mars), M. Michel Lévy observait, au Val-de-Grâce, une trentaine de varioles avec le double de fièvres typhoïdes (*Rapport sur les épidémies,* 1850).

M. Teissier, de Lyon, du mois d'août au mois de décembre 1853, vit sévir tout à la fois, à Lyon, avec intensité, la variole et la fièvre typhoïde.

M. Girin, dans un excellent article publié dans la *Gazette médicale de Lyon* (octobre 1853), déclara que la variole marchait de front avec la fièvre typhoïde pendant le trimestre de juillet à octobre.

M. Bouchet, médecin des épidémies dans le département du Rhône, note la même coïncidence pour l'année 1852. Dans un rapport demandé par le préfet, il insista beaucoup sur la simultanéité des deux épidémies de fièvre typhoïde et de variole, dans plusieurs communes du département.

Dans son rapport à la Société impériale de médecine de Marseille, sur les maladies régnantes pendant l'année 1852, M. le docteur Dugas a signalé:

1° Les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, variole;

2° La fièvre typhoïde.

La variole a régné pendant toute l'année avec une recrudescence épidémique manifeste en automne. La fièvre typhoïde a suivi la même marche, dit M. Dugas, que la petite vérole, elle a régné pendant toute l'année 1852, mais c'est surtout vers l'automne qu'on a constaté une recrudescence considérable (Société impériale de médecine de Marseille, rapport sur les travaux de l'année 1852).

M. Perrin lui-même observa pendant l'espace de six mois (1853), dans le service de M. Piédagnel, 43 cas de variole et 114 cas de fièvre typhoïde.

Quant à la seconde proposition, tout en regardant les faits de seconde variole comme exceptionnels, il n'en est pas moins reconnu aujourd'hui que cette maladie peut attaquer deux fois le même individu. Sans recourir à l'exemple bien connu de Louis XV, la science renferme des observations incontestables de récidive.

Le président d'Héricourt, inoculé de la variole dans sa jeunesse par Tronchin, eut, après quelques années, une éruption varioliforme fort semblable à la varioloïde intense qu'on voit survenir chez quelques vaccinés, affection qui lui laissa de nombreuses cicatrices, et qui fut généralement considérée comme une seconde variole. Un neveu de ce

---

ments, il n'y a pas d'examen spécial sur l'oculistique, il n'y a pas de cours spéciaux, il est vrai qu'on peut s'en passer, puisque les étudiants ont un grand nombre d'établissements où ils peuvent puiser l'instruction ophthalmologique. Le seul *London Royal ophthalmic hospital* reçoit annuellement *douze mille malades*; n'est-il pas juste de reconnaître que les chirurgiens à qui il passe par les mains, en une année, une quantité aussi énorme de maladies des yeux doivent rapidement acquérir une expérience de ces maladies bien plus considérable et plus complète que les chirurgiens qui, dans le même espace de temps, voient tout au plus une centaine d'affections oculaires.

Ici s'arrête notre travail sur les progrès de l'ophthalmologie en Angleterre; si ce pays a produit des noms illustres comme Dalrymple, Mackenzie, Tyrrell, Travers, etc., il le doit à la solidité de l'instruction première exigée des chirurgiens qui ont embrassé la spécialité de l'oculistique, il le doit surtout aux nombreux établissements spéciaux fondés et soutenus par un gouvernement intelligent.

Amérique.

Dans ce pays nouveau, longtemps agité par les secousses politiques, l'ophthalmologie vient à peine de naître, et cependant on rencontre déjà, dans un certain nombre de capitales des principaux États, des établissements spéciaux qui rendent de grands services. A New-York, à Boston, etc., on compte plusieurs institutions ophthalmologiques; mais celle qui mérite le plus d'attention est, sans contredit, le *Will's hospital,* à Philadelphie. Fondé par la munificence d'un citoyen de cette ville, l'hôpital ophthalmique est situé au milieu d'un parc immense qui l'isole complètement des habitations voisines et lui donne les meilleures conditions d'hygiène; sa construction et son aménagement sont parfaitement appropriés au but particulier que cet établissement avait à remplir. Livré au public en 1834, il a reçu, depuis lors, un nombre considérable de malades; les indigents y sont admis gratuitement, mais les malades dont la position n'exige pas des soins gratuits sont traités dans des chambres particulières, moyennant une légère redevance qui permet d'augmenter le bien-être des malades indigents. Le nombre des consultations gratuites données annuellement aux malades externes est considérable. Le Will's hospital est dirigé par quatre médecins, parmi lesquels se trouve le professeur Little, attaché à l'établissement depuis sa fondation.

Nous n'hésitons pas à prédire que l'ophthalmologie fera de rapides progrès en Amérique, car les diverses cliniques ophthalmologiques d'Europe sont assidûment suivies par un grand nombre de jeunes médecins américains, dont quelques-uns déjà, aussitôt rentrés dans leur patrie, ont fondé des établissements spéciaux.

Allemagne.

Si de l'Angleterre et de l'Amérique nous passons en Allemagne, nous arrivons sur la terre classique de l'ophthalmologie, c'est de là que sont partis les premiers travaux spéciaux d'oculistique; c'est là que nous trouvons les noms les plus illustres dans cette science, Beer, Schmidt, d'Ammon, Jœger, Græfe, Arlt, etc.; c'est là que nous trouvons encore aujourd'hui l'enseignement ophthalmologique le plus complet; c'est que les Allemands, travailleurs sérieux, sont loin de rejeter la fragmentation du travail, qui, pour eux, est le plus sûr moyen d'arriver au perfectionnement général. Il y a de plus, chez eux, un amour de l'étude qui parfois les fait dévier de la vraie route, mais cet excès est facile à éviter, et l'on peut dire, d'une manière générale, que les Allemands lisent beaucoup, les Anglais un peu, et les Français pas du tout.

Mais revenons à l'ophthalmologie, et jetons un coup d'œil général sur les hommes et les travaux de l'Allemagne. Toutes les Universités d'Allemagne ont une chaire spéciale d'ophthalmologie et quelques-unes même y joignent une ou deux cliniques ophthalmologiques. A Vienne, l'étude spéciale de l'ophthalmologie, et la première chaire d'oculistique remontent au siècle dernier, à 1773; le premier professeur fut Barth, élève distingué de Wenzel. Il fut remplacé par Beer, dont l'enseignement supérieur attira longtemps à Vienne une foule de médecins de tous les pays, qui venaient puiser à ses leçons les préceptes d'une science qu'on ne trouvait nulle part ailleurs; c'est lui qui fit les premières leçons de clinique oculaire (1812); c'est lui, en un mot, qui fut le père de l'ophthalmologie, car la plupart des grands hommes qui s'illustrèrent dans cette science, Mackenzie, entre autres, furent ses élèves. Depuis lors l'école de Vienne n'a pas dégénéré, de Rosas, Frédéric Jœger et son fils Edouard Jœger, Arlt, Stellwag de Carion ont hérité du talent et de la gloire du maître, et donnent à leurs nombreux élèves l'enseignement ophthalmologique le plus complet. La chaire de pathologie oculaire est actuellement occupée par le professeur Arlt, et à côté de lui se trouvent les professeurs Stellwag et Ed. Jœger qui, tous deux, ont une importante clinique; une riche bibliothèque est à la disposition des élèves, l'appareil instrumental est des plus complets; enfin les étudiants sont exercés aux opérations des yeux sur des *fantômes,* disposés de façon que les yeux frais d'hommes et d'animaux qu'on y adapte puissent se mouvoir dans tous les sens comme sur le vivant. Enfin, à Vienne, existe une institution qu'on ne retrouve nulle part: ce sont les oculistes des pauvres, au nombre de trois, le premier seul reçoit un traitement annuel de 500 florins; c'est le professeur Gulz qui est titulaire de cette place.

A Berlin, l'enseignement ophthalmologique ne le cède en rien à celui de Vienne: les noms des professeurs Jünken et von Græfe sont trop célèbres pour que nous devions énumérer leurs titres: anatomie et physiologie oculaire, pathologie, clinique et opérations, sont enseignés par d'habiles professeurs que dirige avec le plus grand succès M. de Græfe.

Enfin nous ne quitterons pas l'Allemagne sans citer les noms des principaux oculistes qui honorent la spécialité dans ce pays: MM. d'Ammon, à Dresde, Coccius et Ruete, à Leipzig, Rothmund, à Munich, et Hasner, à Prague.

(La fin à un prochain n°.)

Dr A.-P. Doumic.

---

même d'Héricourt ayant eu une première fois la variole, en éprouva plus tard une seconde assez intense.

Dans les épidémies de Marseille et de Digne en 1827, dans celles qui ravagèrent l'Angleterre en 1828, on vit des personnes variolées reprendre la petite vérole.

En 1829, M. Parer, dans les Pyrénées-Orientales, en signale 2 cas.

Sur 36 cas de variole observés par M. Guérétin dans une épidémie qui régna dans la commune du Lion d'Angers en janvier et février 1840, il y eut un cas de récidive chez un homme de 63 ans qui portait des traces nombreuses de la première invasion.

Sur 14,285 cas de variole signalés en France en 1840, il y eut 25 exemples d'une seconde variole chez des sujets qui en avaient déjà éprouvé une première, l'un plus de soixante ans auparavant, les autres quarante-huit, trente-six, vingt-cinq, vingt, quinze et un cinq ans auparavant.

En 1841, sur 19,620 cas de variole, il y eut 10 récidives chez des adultes de 25, 29, 40 et 60 ans; l'un d'eux avait 7 ans. Tous avaient conservé des marques incontestables de la première variole, et même un homme du département de Tarn-et-Garonne en avait été horriblement défiguré. Plusieurs fois, la seconde variole fut confluente et fort grave, ce qui eut lieu surtout pour l'enfant de 7 ans.

La même année, lorsque l'un des membres de notre Société, M. Bonnafont, passa la revue du 21ᵉ régiment d'infanterie légère, il trouva 3 cas de récidive de la variole, sur 126 sujets qui avaient eu cette maladie dans leur enfance.

En 1843, M. Gillette en rappela un exemple dans un travail sur les anomalies de la vaccine. (*Journal de médecine*, novembre 1843, p. 340).

En 1850, M. Des Alleurs en a fait connaître 2 cas.

En 1844, M. le docteur de Nolhac, dans le département de l'Allier, observa deux épidémies de variole offrant la fièvre typhoïde comme épiphénomène (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844).

En septembre 1844, un homme du service de M. Blache, convalescent d'une fièvre typhoïde, fut affecté de variole, après avoir reçu, à son lit, la visite d'un variolé (*Gazette des hôpitaux*, t. VI, n° 111).

En septembre 1846, un jeune homme de 22 ans, atteint de fièvre typhoïde, fut amené dans le service de M. Briquet, à l'hôpital de la Charité; il se rétablit assez promptement. Pendant sa convalescence, une variole confluente se déclara chez lui, bien qu'il eût été vacciné et présentât sur les bras des cicatrices évidentes (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1846).

Notre savant collègue M. Barth a rencontré, en trois semaines, dans une division de 52 lits, 4 malades portant les traces d'une variole contractée dans l'enfance et qui ont présenté une fièvre typhoïde plus ou moins grave. D'autre part, remontant un peu plus haut, le même observateur a signalé, dans le même service, un certain nombre de malades qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, ont été pris d'une éruption varioleuse plus ou moins intense.

Sur 170 individus atteints de fièvre typhoïde, M. Teissier, de Lyon, en a trouvé 30 au moins, présentant des traces évidentes de variole.

Parmi 38 sujets non vaccinés, et atteints de fièvre typhoïde, M. Perrin en a vu 4 offrir ultérieurement une variole confluente.

M. Barth avait trouvé ses observations trop peu nombreuses pour en tirer aucune conclusion absolue. Mais, disait-il, que des recherches persévérantes soient faites à ce point de vue, que les observations se multiplient, et que les résultats en soient rassemblés et soigneusement analysés, en tenant toujours compte du nombre relatif des individus variolés et de ceux qui ont été soumis à la vaccine, et l'on décidera, mieux que par des assertions téméraires, la question de l'affinité ou de l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde; on verra si la vaccine est réellement une cause d'accroissement de la mortalité, et s'il y a un motif sérieux à l'anathème si imprudemment lancé par quelques hommes contre un moyen préservatif d'une affection hideuse et meurtrière, qui n'épargnait aucun âge, et que La Condamine appelait, en 1754, « une maladie affreuse et cruelle, qui détruit, mutile et défigure un quart du genre humain (*Mémoire sur l'inoculation*, lu à l'Académie des sciences, 24 avril 1754). »

En répondant par des faits à l'appel de notre savant collègue, M. Perrin a bien mérité de la science et de l'humanité. Bien que sa brochure, par la date de sa publication, ne soit plus une nouveauté, elle ne méritait pas moins d'être signalée. L'importance des résultats qu'il a obtenus, jointe à ceux déjà fournis par d'autres médecins, montrent ce que l'on pourra faire quand chacun aura apporté son concours à la solution de cette importante question.

La scrofule a été le sujet de travaux innombrables, et, chose étrange autant que cruelle, malgré les progrès incessants de la science, la proportion des scrofules dans le passé et le présent est toujours la même, comme le prouve M. Devot, jeune chirurgien militaire, dans une thèse très remarquable, soutenue le 29 août 1857, devant la Faculté de Paris, et ayant pour titre : *Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire, et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique en France.* Sur 3,295,202 jeunes gens examinés de 1831 à 1849 inclusivement, il y a eu 32,921 exemptions pour vice scrofuleux, ce qui donne une moyenne de 1,732 sur 173,431 examinés. Après avoir augmenté en 1845, le chiffre diminue les années suivantes pour augmenter de nouveau en 1849.

Médecin du Bureau de bienfaisance et du Conseil de salubrité dans un des arrondissements les plus populeux de Paris (le 7ᵉ), M. Perrin était dans une position des plus favorables pour répandre la lumière sur cette triste affection.

Son travail est divisé en trois sections principales.

Dans la première, il expose les caractères d'un nouveau signe qu'il regarde comme éminemment propre, en dehors de toute localisation morbide actuelle, à faire soupçonner dans l'individu ou dans la famille, l'existence du vice scrofuleux. Ce signe consiste dans le manque d'ensemble, dans le défaut d'équilibre que le vice strumeux apporte presque toujours dans l'évolution organique et fonctionnelle de l'être ou du groupe scrofuleux.

Ainsi, comme Alibert l'avait déjà signalé, pris en masse, les scrofuleux présentent des géants et des nains : c'est ainsi que le géant du café de Mulhouse affirmait que ses père et mère, ses frères et sœurs, étaient de taille au-dessous de la moyenne. L'auteur cite un petit malade scrofuleux dont le père, ex-cuirassier, est aujourd'hui fort de la Halle, dont les oncles sont tambours-majors, l'un au 39ᵉ, l'autre au 68ᵉ de ligne. Une tante a cinq pieds et demi; la mère est une Allemande, grande, forte, mais lymphatique.

Sous le rapport de l'accroissement, tel à 16 ans ne paraît pas en avoir 10 à 12; tel autre, au contraire, à ce dernier âge, offre le développement d'un jeune homme de 17 ans.

Sous le rapport de la menstruation, les filles scrofuleuses sont parfaitement réglées et formées de très bonne heure. Dès l'âge de 12 à 13 ans, M. Perrin en a vu présenter un embonpoint et jouir d'un développement des organes génitaux et des mamelles extrêmement remarquables.

Sous le rapport de l'énergie musculaire, bon nombre de scrofuleux sont d'une force herculéenne, et d'autres d'une débilité extrême.

Comme activité sexuelle, il est assez fréquent d'en rencontrer qui sont d'une ardeur extraordinaire. Une fécondité prodigieuse n'est pas rare. Ainsi, sur 3 femmes citées, 2 ont eu 12 enfants chacune, la troisième 26.

La digestion, l'intelligence offrent les mêmes contrastes.

M. Perrin présente une idée nouvelle sur la valeur de laquelle il nous paraît impossible de prononcer sur-le-champ; toute idée pratique nouvelle demande, pour être admise dans la science, à être vérifiée par les praticiens; car, avec quelque conscience et quelque habileté que son auteur ait analysé les faits antérieurs à lui et ceux qui lui sont personnels, avec quelque logique et quelque légitimité apparente qu'il ait déduit cette idée de ces faits, il est possible que des faits nombreux et importants lui aient échappé, capables de renverser sa théorie, ou du moins de lui ôter de sa généralité. Nous croyons donc que l'opinion émise par M. Perrin a besoin d'être vérifiée.

Dans la deuxième section, notre confrère s'occupe de l'étiologie de la maladie scrofuleuse. Il rejette la plupart des causes qui tour à tour ont été signalées par les auteurs. Il croit difficilement à la scrofule d'emblée. En dehors de l'hérédité, il ne connaît aucune cause susceptible de développer la scrofule chez un individu qui, congénialement, n'y serait pas prédisposé. Il ne peut cependant nier que le tempérament lymphatique et l'altération de l'air, si bien étudiée par Baudelocque, Treille (*Nouveaux documents sur les prisons pénitentiaires et la déportation*, 1844), et Fourcault (*Influence du régime pénitentiaire sur le physique et le moral de l'homme*, 1846), n'aient une influence réelle sur la production de cette maladie.

Enfin, dans la troisième section, il apporte des faits et des arguments qui tendent à établir qu'il y a identité parfaite entre le rachitisme, les tubercules et les scrofules. Il reproche aux anatomo-pathologistes d'avoir augmenté la confusion qui existe encore aujourd'hui dans l'étude de la scrofule. Tout en rendant justice aux recherches de notre confrère, nous ne pouvons nous résoudre à adopter, sur un aussi petit nombre d'observations (10), une opinion contre laquelle nous voyons s'élever une foule d'auteurs, tels que MM. J. Guérin, Lebert, Jolly (art. SCROFULES du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*), Hérard (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1849), Beylard thèse de Paris, 1852). Ces questions délicates de diagnostic nous paraissent loin d'être complètement résolues.

M. Perrin, au début de son mémoire, l'annonce comme un chapitre d'un travail inachevé, espérons que de nouvelles observations viendront compléter une étude si bien commencée, et que nous le verrons bientôt nous offrir les moyens d'éclairer une question encore en litige.

Travailleur consciencieux, n'avançant jamais une opinion qu'en pouvant la soutenir au moyen d'observations nombreuses et bien recueillies, M. le docteur Perrin est digne à tous égards de faire partie de notre Société.

Nous venons donc vous proposer, Messieurs, de déposer honorablement ses deux mémoires dans nos archives et de lui accorder le titre de membre titulaire.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Juin 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur LACAZE, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855 et en 1856 dans la commune de Montgeron. (Seine-et-Oise.) — (Comm. des épidémies.)

2° Trois rapports de M. le docteur DUCLAUX, sur des épidémies de variole, de cholérine et de fièvre typhoïde qui ont régné dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne) en 1857. (Comm. de vaccine et des épidémies.)

3° Un mémoire de M. STURNE, de Blandecques (Pas-de-Calais), sur un nouveau mode de traitement du croup et de l'angine.

4° Les rapports sur le service médical, en 1856, des eaux minérales suivantes : 1° Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. le docteur CALVET; — 2° de Gréoux (Basses-Alpes), par M. le docteur JAUBERT; — 3° de Digne (Basses-Alpes), par M. le docteur SILVE; — 4° de Lamotte (Isère), par M. le docteur BUISSARD. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le professeur GAVARRET, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales. (Renvoyée à la section.)

2° Une lettre de M. le docteur GOFFRES, médecin principal des armées, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, qui sollicite l'honneur d'être compris au nombre des candidats pour l'une des places vacantes de correspondants nationaux. (Com. des correspondants nationaux.)

3° Une lettre de M. le docteur H. LABARRAQUE, ainsi conçue :

« Monsieur le Président,

» Il se fait, depuis quelque temps, un certain bruit à l'occasion d'un prétendu radical du quinquina que l'on décore du nom de quinium, et qui se présente au public comme fabriqué par une maison de commerce Alfred Labarraque et compagnie, au Havre.

» Cet emploi d'un nom qui ressemble à celui de votre ancien collègue et qui est aujourd'hui le mien, devait prêter à la confusion, et c'est ce qui n'a pas manqué d'arriver, car tout dernièrement un journal de province, la *Gazette médicale de Lyon*, à la suite d'un article intitulé : *Emploi et invention du quinium*, ajoutait ce qui suit :

« Il nous paraît intéressant de rappeler que le mémoire de M. Guil-
» liermont père fut présenté à la Société de pharmacie par M. Pelletier,
» inventeur de la quinine, et que le rapport en fut fait par M. Labar-
» raque, dont le fils veut attacher aujourd'hui son nom au quinium. »

« Seul fils de feu Antoine Germain Labarraque, votre collègue, il est de mon devoir de réclamer contre une assertion essentiellement contraire à la vérité.

» La vérité, Monsieur le Président, est :

» Qu'ainsi que mon honoré père, *je suis et j'ai toujours été* complètement étranger à toute exploitation de produits extraits du quinquina, et spécialement du quinium;

» Que, personnellement, je ne me suis jamais occupé d'aucune affaire commerciale, industrielle, ou financière quelconque;

» Enfin, je n'ai aucune relation quelconque, directe ou indirecte, de parenté, ni même de simple connaissance, avec MM. Labarraque et Comp., qui se disent les inventeurs du quinium.

» Veuillez, Monsieur le Président, en accepter la déclaration formelle et catégorique, et agréer l'assurance du profond respect avec lequel j'ai l'honneur d'être,

» Dʳ LABARRAQUE.

» Paris, le 29 juin 1858. »

4° Une nouvelle note de M. le docteur ROMANOWSKI, de Bédouin (Vaucluse) sur la fièvre puerpérale. (Réservée pour la future commission.)

5° Une note de M. le docteur MATTEI, relative au retrait de l'utérus après l'accouchement. (Même commission.)

6° Une note et une statistique de M. le docteur BROUILLET, sur les vaccinations qu'il a pratiquées depuis dix-huit ans dans le canton de Geispolsheim (Bas-Rhin). — (Com. de vaccine.)

7° Une note sur une nouvelle formule de pilules ferrugineuses, par M. le docteur JAYEUX, de Mirecourt (Vosges).

M. DEPAUL expose que si la commission de vaccine, dans son rapport pour l'année 1855, n'a pas mentionné les états de vaccination du département des Deux-Sèvres, cela tient à ce que les pièces nécessaires ne sont pas parvenues à la commission en temps opportun.

M. le préfet des Deux-Sèvres ayant demandé que des récompenses fussent accordées aux personnes qui se sont le plus signalées par leur zèle dans la pratique des vaccinations, M. Depaul, au nom de la commission, propose qu'une médaille d'argent soit décernée à Mᵐᵉ X..., sage-femme, qui a fait le plus grand nombre de vaccinations dans ce département. (Adopté.)

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission des correspondants nationaux. Sont nommés : MM. Bouvier, Louis, Danyau, Robert et Moquin-Tandon.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est donnée à M. le Secrétaire perpétuel, qui lit une note envoyée par M. DANYAU, forcé de s'absenter.

M. Danyau regrette de n'avoir pas été en mesure, lors de son premier discours, d'opposer des chiffres à la statistique de M. Tarnier, d'après laquelle 1 femme seulement mourait sur 322 nouvelles accouchées, dans le 12ᵉ arrondissement, alors qu'il en mourait 1 sur 19 à la Maternité. Il est en mesure aujourd'hui de combler cette lacune. Une ancienne élève sage-femme de la Maternité, très occupée dans le 12ᵉ arrondissement, a observé, en 1854, une épidémie de fièvre puerpérale qui sévit aux mois de février et de mars, et pendant laquelle, sur 35 accouchements de sa pratique personnelle, elle eut 20 malades et 14 décès.

De plus, il résulte des relevés faits par M. Tarnier, à l'occasion de cette même épidémie, sur les registres de la douzième mairie, que 20 femmes, au moins, sont mortes de fièvre puerpérale, en janvier, février, mars et avril 1854, dans le 12ᵉ arrondissement. Pendant cet espace de temps, il y a eu, dans cette circonscription, 1,205 accouchements non compris ceux des hôpitaux, ce qui donne, pour la ville, la proportion de 1 décès sur 60 accouchées.

M. Danyau en conclut l'impossibilité de rien établir de précis d'après une seule statistique, et la nécessité d'en dresser un grand nombre, si l'on veut arriver à des proportions quelque peu exactes.

M. BOUILLAUD : Messieurs, je me propose de présenter à l'Académie quelques nouvelles réflexions avant le résumé que va faire M. Guérard; je serai court.

Quels que puissent être les résultats de cette discussion, on peut dire que, depuis bien des années, aucune n'avait passionné autant l'Académie, la presse et le public. Le sujet s'est beaucoup agrandi, et l'on a voulu s'occuper de toutes les maladies puerpérales sans distinction; c'était une encyclopédie, et il n'est aucun de nous qui se chargeât de faire un cours d'une année entière sur un aussi vaste sujet. Il fallait, au contraire, le limiter; toutes les phlegmasies locales devaient être mises hors de cause, et l'on devait chercher à élucider l'entité morbide qui les domine, au dire de quelques-uns de nos collègues et à propos de laquelle se sont ouverts ces débats. Je l'avais compris ainsi, mais cette voie n'a pas été suivie, et je crois devoir répondre quelques mots à MM. Trousseau et Depaul, relativement à la spécificité et aux altérations du sang.

Dès l'année 1826, dans mon *Traité des fièvres essentielles*, j'ai admis deux sortes d'altérations du sang : les unes primitives (constituant les typhus), les autres secondaires. Depuis ce temps, j'ai constamment enseigné les mêmes idées, j'ai montré dans mon service sur quoi elles s'appuient, et, dans ma *Nosographie* publiée en 1846, les typhus forment une classe à part.

Quant à la fermentation septique, j'en parle également dans mon *Traité des fièvres* (1826), composé pour remettre en honneur les altérations du sang niées par Broussais et son École, et je fais voir que cette fermentation se retrouve même dans la fièvre inflammatoire traumatique. N'ai-je donc pas lieu d'être surpris que M. Depaul m'ait contesté des opinions que je soutiens depuis plus de trente ans.

M. Trousseau a longuement disserté sur la *spécificité*, mais cette spécificité, prise dans un sens général, les écoliers l'admettent. Elle est depuis longtemps connue; on la retrouve dans la *Nosographie* de Richerand. Toutes les maladies ne sont que des espèces; les cliniciens vont même plus loin, puisqu'ils ne voient dans les malades, et, par conséquent dans les maladies, que des individus. J'ai toujours et partout soutenu ces idées, et, en vérité, il y a quelque scandale à adresser à un collègue, contre lequel on a concouru et qui, dans une thèse de concours, a affirmé l'existence de la spécificité morbide, le reproche de méconnaître cette spécificité.

On nous accuse d'être localisateur. Eh! sans doute, nous le sommes; ne faut-il pas toujours donner un siége à une affection quelle qu'elle soit. Mais ce siége peut être un des systèmes généraux dont la description a fait la gloire de Bichat — le sang en est un — localiser, comme

nous l'entendons, ne veut pas du tout dire circonscrire; ce sont deux choses différentes que nos adversaires affectent de confondre sans cesse.

Pour nous, la fièvre est toujours un état général se traduisant par des symptômes généraux, quel que soit son point de départ. Mais, abstraction faite des fièvres consécutives à un point de départ connu, et sans parler des fièvres éruptives proprement dites, combien peut-on admettre de ces fièvres primitives? Deux, Messieurs, pas davantage : la fièvre inflammatoire et la fièvre typhoïde, qui serait mieux appelée fièvre putride, comme le faisaient les anciens. — Si la fièvre puerpérale existe, elle constituera une troisième espèce, — mais c'est précisément ce qu'il fallait démontrer. Quant à moi, je l'ai cherchée et ne l'ai jamais trouvée. Permettez-moi, Messieurs, de vous dire quelques mots d'une observation prise dans mon service au commencement de cette discussion.

Il s'agit d'une jeune femme, déjà mère d'un premier enfant, qui, à la suite d'une grossesse heureuse et d'un accouchement facile, fut prise, au bout de quatre ou cinq jours, de tous les accidents attribués d'ordinaire à la fièvre puerpérale, et qui succomba rapidement sans avoir offert aucune douleur locale. A l'autopsie, on ne trouva rien, pas la moindre lésion, j'en suis sûr. Seulement, les sinus utérins contenaient quelques caillots putrides, baignant dans un liquide putrilagineux bien caractérisé. Cela suffisait pour expliquer l'infection générale à laquelle avait succombé cette femme.

Il faut donc, pour que nous admettions une fièvre puerpérale, nous montrer une fièvre dans laquelle nous ne puissions trouver ni les symptômes de la fièvre inflammatoire, ni ceux de la fièvre typhoïde ou putride. En effet, nous admettons que, d'un côté, les inflammations les plus franches peuvent se terminer par gangrène, et, par conséquent, par la septicité, et, d'un autre côté, nous admettons un état général typhoïde d'emblée. Cela est si vrai, Messieurs, qu'en entendant M. Cruveilhier parler de typhus puerpéral, je me suis rallié à cette expression, comme à l'expression de la vérité.

M. Depaul a donné des caractères particuliers du sang comme appartenant en propre à la fièvre puerpérale; mais ces caractères se retrouvent tous dans ceux, plus complets, que j'ai attribués, et que d'autres avant moi avaient attribués à la septicité. Quels sont donc, encore une fois, les altérations spécifiques qui, selon vous, font reconnaître la fièvre puerpérale? Car il ne suffit pas de nous parler d'altérations, il faut nous dire lesquelles sont pathognomoniques.

M. Depaul : Mais vous admettez la variole : quelles sont les altérations du sang particulières à cette fièvre?

M. Bouillaud : D'abord, l'inoculation reproduit identiquement, ici, la même maladie; ensuite, tout le monde admet l'existence de la variole, et tout le monde n'admet pas la fièvre puerpérale; d'où viennent, en ce dernier cas, les résistances? — Personne ne conteste le caractère puerpéral imprimé à certaines affections survenant chez les femmes en couches; c'est ainsi, par exemple, que tout le monde admet une pneumonie puerpérale; mais quand vous dites : fièvre puerpérale, sans nous dire en quoi elle consiste; quand vous dites altérations du sang, et que vous ne nous montrez pas quelles sont ces altérations, alors, vous ne satisfaites pas aux justes exigences de l'école exacte, et je me renferme dans une incrédulité absolue.

Comme saint Thomas, je ne demande qu'une chose, c'est qu'on me fasse toucher anatomiquement ou cliniquement une fièvre qui n'offre rien de commun aux autres fièvres. Je ferais volontiers cent lieues en chemin de fer pour en voir une. Jusque là je dirai : *Etiam si omnes, ego non*, et je resterai le saint Thomas de la fièvre puerpérale.

Quant à M. Beau, je n'aime pas discuter contre lui, car nous sommes en complet désaccord, nous formons une antithèse et s'il a raison, je n'ai plus qu'à me mortifier.

Je crois rêver, Messieurs, en l'entendant invoquer une diathèse inflammatoire pour expliquer les accidents de la fièvre puerpérale. Quoi! voilà une femme plongée au sein de miasmes et d'éléments putrides, une femme qui s'infecte elle-même en respirant à pleine bouche, à pleine trachée ces éléments septiques, et vous invoquez une diathèse inflammatoire. Mais j'admets, comme Chomel, une diathèse inflammatoire dans le rhumatisme aigu et dans d'autres affections qui ont de la tendance à se disséminer, sans rien voir de semblable dans la fièvre puerpérale. Et puis, contre cette diathèse inflammatoire vous préconisez le sulfate de quinine! Les expressions me manquent pour exprimer mon étonnement. Depuis vingt-cinq ans, j'ai montré que le traitement antiphlogistique, *convenablement mesuré*, triomphe, mieux qu'un autre, de toutes les inflammations franches. J'ajoute que le sulfate de quinine est sans action contre elles et je porte à M. Beau le défi de me prouver le contraire.

Je répète en terminant que je considère avec M. Hervez de Chégoin l'infection purulente et l'infection putride comme les deux éléments de l'état général. Je dis encore que, dans certaines circonstances, le typhus peut se déclarer chez les femmes nouvellement accouchées comme ailleurs.

M. Guérard : Messieurs, ce n'est pas chose facile que de résumer une discussion qui dure depuis quatre mois, et à laquelle ont pris part tous les organes de la Presse et une foule de praticiens étrangers à cette Académie. Je regrette que le temps m'ait manqué pour rassembler tous les documents qui m'eussent été nécessaires pour présenter le tableau complet de tout ce qui s'est dit ou écrit à ce sujet; je le regrette d'autant plus que la division me semble exister plutôt dans les mots que dans le fond des choses, et ce que vient de dire M. Bouillaud ne fait que confirmer ce que j'avance.

Je me propose d'examiner : 1° les opinions qui se sont produites à propos de la fièvre puerpérale en elle-même; 2° ce qui a été soutenu relativement à son mode de transmission; 3° enfin, ce qui a trait à la thérapeutique.

Et d'abord, quelques mots sur certaines assimilations.

Je ne saurais admettre la similitude qu'on a voulu établir entre la surface interne de l'utérus après l'accouchement et une plaie ordinaire. L'accouchement est un phénomène physiologique et point du tout un phénomène pathologique. Les vaisseaux ne sont pas divisés comme ils le sont dans une plaie; ces vaisseaux n'étaient pas continus, ils n'étaient qu'enchevêtrés, etc.

Quelques orateurs ont paru regarder les lochies blanches comme des lochies purulentes. Cette assimilation ne me semble pas non plus admissible.

Il en est de même de la fièvre de lait assimilée à une fièvre puerpérale légère. Doublet avait déjà fait cette assimilation. M. Raciborski, couronné par l'Académie en 1840, avait soutenu cette opinion. M. Mattei veut y voir les symptômes du premier degré de l'influence puerpérale. Cette assimilation n'est pas acceptable, et je renvoie, à ce propos, à M. Jacquemier, qui a parfaitement montré que l'établissement d'une fonction aussi éminemment physiologique que la sécrétion lactée pouvait bien déterminer un peu de réaction par suite du mouvement fluxionnaire vers les seins, mais n'avait rien de pathologique.

J'arrive maintenant aux opinions émises sur la fièvre puerpérale.

Sur quatre accoucheurs qui ont pris part à cette discussion, trois professent une même doctrine, et M. Depaul a donné la raison de cette concordance d'opinions; c'est que, pour bien connaître la fièvre puerpérale, il faut l'avoir vue à l'état épidémique, non pas une fois, mais un grand nombre de fois.

La doctrine de MM. Dubois, Danyau et Depaul m'a frappé par son caractère de simplicité, de netteté, de lucidité. Elle se réduit en dernière analyse, à ceci : chez les accouchées, il y a plusieurs ordres de phénomènes pathologiques; les uns bénins, peu de temps après l'accouchement, les autres extrêmement graves; l'un de ces derniers, qui apparaît après le dixième jour qui suit les couches, c'est-à-dire après l'époque où fait explosion la fièvre puerpérale, est l'intoxication septique. Il n'est pas hors de propos de faire remarquer ici que, chez les animaux, on ne trouve pas d'analogue de la fièvre puerpérale, mais que chez les animaux qui ont le placenta cotylédoné, on observe assez fréquemment quelque chose d'analogue avec la fièvre putride; c'est quand un ou plusieurs des cotylédons placentaires sont restés dans la matrice et qu'il y a eu résorption.

Rien de tout cela n'est la fièvre puerpérale.

On observe encore deux ordres de phénomènes à l'époque où apparaît la fièvre puerpérale : l'un est l'embarras gastrique se montrant du deuxième au troisième jour; c'est un troisième phénomène purement bilieux et qui cède à l'administration d'un éméto-cathartique. Ce n'est pas là encore la fièvre puerpérale. L'autre est relatif aux phénomènes inflammatoires qui peuvent compliquer le diagnostic. Quand les phlegmasies sont franches, simples, il n'y a jamais de fièvre puerpérale. La métrite, l'ovarite, etc., observées avec la fièvre puerpérale proprement dite, ne sont que des complications; ces phlegmasies se différentient de la fièvre puerpérale par leur terminaison (elles suppurent), par leur durée, qui peut être longue. Mais elles guérissent presque toujours, pour ne pas dire toujours. Sur une femme accouchée dans mes salles, Blandin ouvrit un énorme abcès du bassin. Cette femme, restée dans mon service en qualité d'infirmière, mourut deux ans après de la dysenterie. A l'autopsie, on trouva l'ancien trajet qui avait donné passage au pus; il était transformé en une sorte de ligament. La phlegmasie locale franche n'est pas non plus la fièvre puerpérale.

Qu'est-ce donc que la fièvre puerpérale? C'est un trouble de toutes les fonctions survenant tout d'un coup, avec du subdelirium, de la pâleur de la face, de la fréquence du pouls (130) sans réaction. La malade ne souffre pas, elle n'a pas la conscience de la gravité de son état. Le médecin expérimenté ne s'y trompe pas. Les antiphlogistiques sont fatalement funestes. Le début de cet état est caractéristique; quelquefois il a lieu pendant l'accouchement, quelquefois même avant.

Il est à remarquer que ceux de nos collègues qui tiennent aux lésions locales, admettent, quelles que soient d'ailleurs leurs opinions, la fièvre puerpérale épidémique et transmissible par contagion ou par infection. On a dit, à la vérité, que la dysenterie et l'ophthalmie l'étaient aussi, mais si elles le sont, c'est qu'il y a alors une cause septique épidémique qui fait sentir son influence d'une manière générale.

M. Guérard, vu l'heure avancée, renvoie la suite de son discours à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Le Mont-Dore, 25 juin 1858.

Mon cher ami,

J'ai lu avec reconnaissance, dans votre dernier feuilleton, les vœux que vous avez formés pour moi et que vous avez exprimés d'une manière si simple et si cordiale, au moment où j'échangeais l'atmosphère brûlante et épaisse de Paris contre l'air frais et pur du Mont-Dore. Ces vœux, qui sont venus me trouver dans les belles montagnes de l'Auvergne, j'ose espérer qu'ils ne seront pas stériles. Les baigneurs arrivent; les hôtels se remplissent; la saison des eaux s'ouvre pour le Mont-Dore, et elle s'ouvre sous un beau ciel bleu.

La saison des eaux s'ouvre, ai-je dit; mais pourquoi n'est-elle pas ouverte depuis longtemps déjà? En effet, en arrivant ici, un fait qui a tout d'abord attiré mon attention est celui-ci : on croit généralement que le climat du Mont-Dore n'est supportable que pendant les deux mois de juillet et d'août. D'après cette croyance, qui a été accréditée par une longue tradition, les baigneurs arrivent tous à la fois au commencement de juillet, et, bien que les essaims de malades se renouvellent en partie à la fin de ce mois, déjà, dans le courant d'août, les rangs s'éclaircissent rapidement. La saison des eaux a duré six ou sept semaines, jamais plus de deux mois. Mais, pendant ces six semaines, les malades sont entassés dans les hôtels, où le nombre des chambres et des lits ne se trouve plus assez considérable; les médecins ne peuvent suffire à répondre à la foule qui vient les consulter et à diriger les traitements qu'ils ont prescrits. En un mot, pendant ces six semaines, le Mont-Dore est agité par un effroyable coup de feu, au milieu duquel baigneurs, médecins, hôteliers, tout le monde a peine à se reconnaître, et qui rend les services de toute nature extrêmement difficiles.

Cependant, le mois de juin est ordinairement beau au Mont-Dore, et l'on serait fort embarrassé de dire en quoi le mois de juillet l'emporte sur lui. Pourquoi donc ne pas en profiter? C'est la tradition qui le veut ainsi. Mais la tradition se trompe; il faut, dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt du pays, réformer ses arrêts.

La saison des eaux au Mont-Dore doit commencer du 10 au 15 juin, et non le 1er juillet. Non seulement l'état de l'atmosphère le permet, mais encore n'est-ce pas juin qui est le mois des longs jours? n'est-ce pas en juin que la végétation est dans toute sa beauté? En étendant la saison des eaux, on donnerait nécessairement place à un nombre plus considérable de baigneurs, au grand avantage d'une population dont l'établissement thermal est la principale fortune.

Il est vivement à désirer que cette vérité se répande et s'établisse, et que les moyens de transport qui, chaque année, sont mis à la disposition des voyageurs de Clermont au Mont-Dore, soient organisés, dans un avenir prochain, à ce nouveau point de vue. Si, par les considérations qui précèdent, je puis éclairer l'opinion publique et concourir à faire adopter le changement de date que je conseille, je croirai avoir rendu un véritable service à ce pays intéressant du Mont-Dore.

On a assez parlé de l'influence favorable des eaux du Mont-Dore dans le traitement des affections chroniques des voies respiratoires, notamment dans celui des maladies des organes de la voix, pour que je n'aie rien à en dire quant à présent. Il en est de même pour les affections de nature rhumatismale; tout le monde connaît leur efficacité contre ces maladies à formes si variées.

Mais peut-être n'a-t-on pas généralement une notion assez précise du parti qu'on peut tirer des thermes du Mont-Dore pour combattre la chloro-anémie, cette maladie qui attriste l'existence de tant de jeunes sujets des deux sexes. Les eaux de ces thermes ne sont pas ferrugineuses, mais nous savons que le fer, même à haute dose, même quand il est parfaitement supporté, ne suffit point toujours pour amener la guérison de cette affection souvent si tenace et si sujette à récidiver. Ce qui, dans nos villes, manque à nos traitements contre la chloro-anémie, nous le trouvons ici, à savoir, l'action excitante de l'eau minérale convenablement administrée à l'intérieur et surtout à l'extérieur, des conditions de climat fort remarquables, un air merveilleusement tonique, et de salutaires promenades, soit à pied, soit à cheval, dans les forêts de sapins et sur la croupe des montagnes, promenades que le médecin règle et dirige selon les forces des malades. Un pareil traitement a nécessairement pour conséquence le réveil de l'appétit, et, par suite, une alimentation plus abondante et plus réparatrice, une nutrition plus normale, un sang plus riche, un accroissement notable de la vitalité et le sentiment de force et de bien-être qui en découle; il est le complément rationnel des traitements par les ferrugineux et les amers, que les malades ont suivis chez eux avec plus ou moins de succès; dans les cas où une amélioration satisfaisante a été obtenue, il consolide la guérison; il la détermine dans ceux où la maladie avait résisté.

Telles sont les quelques considérations que je désirais vous soumettre, mon cher ami, et dont je vous prie de faire part à vos lecteurs, parce que je crois qu'elles ne sont point sans un certain intérêt.

Agréez mes compliments affectueux,

G. Richelot.

P. S. Je m'empresse de saisir cette occasion pour rendre hommage au caractère honorable des médecins-inspecteurs du Mont-Dore, qui se distinguent par leur zèle pour leurs fonctions et par leur affabilité avec leurs confrères.

MM. les membres du Comité de rédaction de l'Union Médicale sont prévenus qu'il n'y aura pas réunion du Comité demain vendredi.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 78. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 3 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 JUILLET 1858.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Président de la Société zoologique d'acclimatation, a donné lundi dernier une preuve nouvelle de l'honorabilité de son caractère et de son amour sincère pour la science. Il est venu annoncer à ses collègues de l'Académie que M. Hardy, directeur du *Jardin d'essai* à Alger, avait obtenu la fécondation et l'éclosion des œufs d'autruche en captivité. Faire part de la naissance de quelques *autruchons*, ne semble pas, au premier abord, plus difficile que de faire part de la naissance d'un petit hippopotame (qu'est-il devenu?). Mais si l'on songe que la Société d'acclimatation n'avait inscrit, au nombre des *échassiers coureurs* susceptibles de domestication, que le Nandou d'Amérique et le Casoar de la Nouvelle-Hollande, on trouvera peut-être qu'il y avait quelque courage à se hâter d'annoncer la réalisation d'une chose qu'on avait, ou peut s'en faut, regardée comme impossible. D'autant plus que cette réalisation a été obtenue du premier coup, sans efforts, et tout naturellement. M. Hardy s'est borné, au mois de janvier, époque de la ponte, à renfermer dans un parc ombragé deux couples d'autruches. Voilà toute la partie active de son expérimentation. Pour le reste, il n'a été que spectateur : il vit bientôt les autruches construire leurs nids-terriers, et les femelles pondre d'abord quelques œufs en dehors du nid, puis dedans. Il vit encore l'incubation commencée par la femelle, être reprise aux deux tiers de sa durée, et continuée jusqu'à la fin par le mâle ; tant et si bien que sur quatorze œufs, il y en eut neuf de fécondés, et que les autruchons se portent parfaitement. L'expérience fut recommencée et réussit également ; il y a maintenant douze petites autruches au Jardin d'Alger.

Il ne s'agissait donc que d'essayer.

A cette occasion, M. Velpeau a demandé des nouvelles des poules de M. Séguier. Mais cette demande, faite d'une voix discrète, n'a pas été entendue par le bureau, et nul n'y a répondu.

— L'Académie a procédé, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission pour les prix d'astronomie. Ont été nommés : MM. Mathieu (38 voix), Laugier, Liouville, Delaunay, Leverrier (20 voix).

M. Léon Dufour, membre correspondant, a donné lecture d'un mémoire sur l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle des Galéotes.

M. Boussingault, au nom de M. Dumas, absent, a présenté un mémoire sur de nouvelles allumettes, dans la composition desquelles il n'entre ni phosphore ni aucune substance vénéneuse. Ce mémoire, dont M. Boussingault n'a pas nommé l'auteur, sera renvoyé à la commission des arts insalubres.

— M. Bussy, de la part de M. Loir, professeur de chimie à Besançon, a déposé sur le bureau un travail relatif aux combinaisons des iodures de mercure avec les éthers.

— M. Balard a lu une note de M. Marcellin Berthelot, sur la matière sucrée contenue dans le *tréhala*, cette coque de charançon dont nous avons parlé samedi dernier. La composition de ce sucre est la même que celle du glucose ; il est plus stable que le sucre de canne ; il n'est pas altéré par les acides et possède un pouvoir rotatoire trois fois plus grand que le sucre ordinaire.

— M. le docteur Magne a lu les conclusions de quatre observations recueillies par lui et relatives à la *diphthérite conjonctivale* ou *croup des paupières*, qu'il ne faut pas, selon l'auteur, confondre avec la conjonctivite pseudo-membraneuse. « Cette affection, dit M. Magne, est particulière aux enfants ; elle n'est pas contagieuse ; son traitement n'exige pas d'exutoires ; elle est rare et curable. »

M. Flourens a communiqué à l'Académie une lettre par laquelle on l'informe que la vingt-cinquième séance du Congrès archéologique se tiendra, très prochainement, à Cambrai.

Au commencement de la séance, M. le Secrétaire perpétuel a mentionné parmi les pièces de la correspondance :

— Une note de M. Mène sur le séchage et le pesage des précipités chimiques.

— Un nouveau travail de M. Colin sur la lymphe et le chyle.

— Une note de M. Harting sur les corpuscules sanguins de la grande salamandre du Japon. Cette note confirme de tous points les résultats auxquels était arrivé, il y a dix-sept ans, M. Vander-Oven, en expérimentant sur le même animal conservé depuis ce temps au Jardin zoologique d'Amsterdam. M. Harting a envoyé, avec la précédente note, un diamant contenant des cristaux qu'il croit être des cristaux de pyrite de fer.

— Une brochure sur l'*apoplexie cérébelleuse*, que l'auteur, M. Hillairet, destine au concours pour les prix de médecine. Cette brochure, portant la date de 1858, ne pourra concourir que l'année prochaine.

— Un catalogue dressé par M. Planchon, des plantes cultivées dans les jardins du prince Demidoff, à Santo-Donato, près de Florence.

— Six fascicules sur les reptiles fossiles de la Bretagne, par M. Ower (?).

— Enfin, le treizième volume des *Œuvres complètes* de M. Arago, formant le premier tome de ses *Mémoires scientifiques*, et contenant dix-sept mémoires, dont quatre seulement ont été publiés du vivant de l'auteur. M. Barral, qui fait hommage de ce volume à l'Académie, la prie, en même temps, d'accepter un volume dont il est l'auteur et qui est intitulé : *Le bon fermier, aide-mémoire de l'agriculteur*.

M. Flourens, en faisant cette dernière présentation, s'est étendu sur les mérites et l'utilité de l'œuvre de M. Barral.

— Une note nouvelle de M. le docteur Albert Puech, de Toulon, relative à l'hématocèle, qui, selon ce chirurgien, peut provenir de trois sources :

1° De la rupture des plexus utéro-ovariens ;
2° De l'apoplexie de l'ovaire ;
3° De l'hémorrhagie des trompes de Fallope.

M. Puech nous prie de rectifier ce que nous avons dit d'une note envoyée par lui à l'Académie et mentionnée parmi les pièces de la correspondance, dans la séance du 14 juin. La lettre de M. Puech nous a été remise trop tard pour que nous pussions l'insérer dans notre dernier *Bulletin*. Nous le regrettons, et nous laissons la parole à notre honorable confrère :

« Le travail signalé dans le n° 72 de l'UNION MÉDICALE n'est point relatif à un cas de maladie bronzée, mais est le résumé de quelques recherches historiques sur ce point. Je n'ose les soumettre à vos lecteurs, mais vous me permettrez, à titre de curiosité, de signaler un mémoire lu à la Société médicale du sud de Londres, et que la *Revue médico-chirurgicale* a résumé en 1849. Ce mémoire *sur une nouvelle espèce d'anémie dépendant d'une maladie des capsules surrénales*, rappelle singulièrement, par ses symptômes, la maladie dite bronzée. L'auteur, M. Addison, y professe une grande sympathie pour les capsules surrénales, et croit ces organes mystérieux appelés à jouer un grand rôle. Je ne veux point rechercher si le mémoire de 1849 et le mémoire sur le *bronzed skin* de 1855 émanent du même auteur, je me borne à remarquer que, nulle part, la coloration bronzée n'y est signalée, malgré la lésion des capsules surrénales. »

Dans la séance du 21 juin, M. C. Davaine avait envoyé une note extrêmement intéressante *sur le développement et la propagation du tricocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde*. Nous ne pouvons, faute d'espace, qu'en reproduire les points de vue principaux.

« Le tricocéphale *dispar*, dit M. C. Davaine, se rencontre communément dans le cæcum de l'homme. D'après mes recherches, j'estime qu'à Paris un individu sur deux en est atteint. Le développement de cet entozoaire n'a pas été observé, et son mode de transmission est tout à fait inconnu. Dès 1853, j'ai vu que des œufs du tricocéphale étaient fréquemment évacués avec les garde-robes. L'examen souvent réitéré d'ovules pris dans les matières intestinales des cadavres ou dans celles qui étaient évacuées par ces malades, me permit de conclure que ces ovules n'acquièrent aucun développement dans l'intestin de l'homme et qu'ils sont toujours expulsés dans l'état où ils se trouvent au moment de la ponte. »

D'autres expériences ont conduit l'auteur à cette seconde conclusion : « que l'apparition de l'embryon du tricocéphale et de l'ascaride lombricoïde n'a lieu qu'après huit mois au moins pour l'un et six mois pour l'autre.

» Dans ce long intervalle de temps, les œufs du tricocéphale et de l'ascaride lombricoïde peuvent, sans nul doute, être transportés par les pluies dans les ruisseaux, les rivières et les puits dont l'eau sert comme boisson ou est employée dans la préparation des aliments. Ces œufs, complétement développés, ou l'embryon, peuvent arriver, par cette voie, dans l'intestin de l'homme, et y acquérir un développement ultérieur et complet. »

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE CHORÉE TRAITÉE PAR L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE,

(Communiquées à la Société médicale des hôpitaux)

Par M. Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfants (1).

DEUXIÈME CATÉGORIE. — INSUCCÈS.

OBS. X. — *Chorée générale intense ; insuccès du traitement par la gymnastique. Tartre stibié et purgatifs ; guérison. Récidive : deux séries de traitement par le tartre stibié ; insuccès. Hydrothérapie : pas de modification après six semaines.*

Mlle T..., âgée de 14 ans 1/2 ; tempérament lymphatico-sanguin. Menstruation irrégulière, depuis plus d'un an. Chorée générale et intense, datant de la fin d'octobre 1857, sans cause connue. Accroissement continuel jusqu'à la fin de décembre (traitement par la gymnastique). Au commencement de janvier, constipation opiniâtre, augmentation extrême de la névrose. Le 8 janvier, accidents nouveaux, délire : traitement par le tartre stibié ; premier jour à dose vomitive : dès le second vomissement, cessation du délire et de la crise. Les trois jours suivants, tartre stibié, 25, 50 et 75 centigrammes ; la tolérance s'établit : amélioration très grande, et, après l'administration d'un purgatif (sept jours en tout), cessation presque complète des mouvements choréiques pendant près de trois mois. (Gymnastique de temps en temps.)

A la fin de mars, récidive (suppression des menstrues). Nouvelle série de tartre stibié, 25, 50, 75 centigrammes, sans aucun résultat. La tolérance s'obtenait difficilement.

Le 15 avril, nouvel essai du tartre stibié (30 centigrammes) ; vomissements violents : on est obligé de suspendre. Insuccès complet.

Au commencement de mai, traitement hydrothérapique (à Bellevue) : la chorée semble limitée à la face et au cou. Au bout de quinze jours, retour des menstrues, cessation de la constipation, la chorée est plus générale, mais au bout de six semaines, elle est encore très peu modifiée (22 juin).

OBS. XI. — *Chorée généralisée ; insuccès à peu près complet du tartre stibié administré en cinq séries. Bains sulfureux et gymnastique ; guérison après 77 jours de durée.*

David (Léon), âgé de 11 ans, fils de cultivateurs domiciliés à Massy, près de Longjumeau ; d'un tempérament nervoso-sanguin, fort et né de parents également robustes, a eu, sans suite fâcheuse, des attaques convulsives à l'âge de 2 ans.

Il y a trois semaines que, sans cause connue, la chorée a débuté, chez cet enfant qui se présenta à l'hôpital à notre consultation, par les membres inférieurs, et a bientôt gagné les membres supérieurs. Quinze jours plus tard, la chorée envahit les muscles de la face et ceux de la langue. Bon sommeil ; pas d'excitation intellectuelle appréciable ; bon état général.

État actuel, le 12 avril 1858 : Mouvements continuels des membres, surtout à droite. Phonation lente, mal articulée et difficile. Grimaces fréquentes.

Le 13, il prend la potion stibiée à 25 centigrammes ; il a trois à quatre vomissements bilieux, sans malaise, avec conservation de l'appétit.

Le 14, potion à 50 centig. Même nombre de vomissements sans plus de malaise, sinon un peu d'abattement. L'enfant ne se lève pas. Le 15, potion à 75 centig. ; encore trois à quatre vomissements ; les mouvements choréiques diminuent. Le 16, tout mouvement choréique a cessé ; mais, dès le lendemain, la chorée reparaît presque aussi intense qu'auparavant, et, les 18 et 19, même état de la chorée qu'avant l'administration de la médication stibiée.

La médication est reprise les 20, 21 et 22 avril, à la dose de 30, 60 et 80 centig., sans aucune amélioration. Il y a même eu, le 20, une exagération évidente des mouvements choréiques, qui n'a pas persisté les jours suivants ; l'état général reste bon.

La série stibiée est reprise à 35, 70 et 95 centig., le 26, avec vomissements bilieux ; le 27, deux seulement ; et le 28, trois. Dégoût pour le tartre stibié, mais sans malaise ; l'enfant mange et dort comme d'habitude.

Mais il n'y a pas eu un seul jour d'amélioration de la chorée, de sorte qu'actuellement, 29 avril, il y a un sautillement continuel, des mouvements fréquents et saccadés des membres supérieurs ; des grimaces avec projection fréquente de la langue en avant. L'articulation des mots est difficile et l'air un peu hébété ; cependant l'intelligence est suffisante, et si l'enfant hésite à parler ou même ne parle pas, c'est en raison de la difficulté qu'il éprouve à le faire et de la honte qu'il en ressent.

On laisse reposer l'enfant du 29 avril au 3 mai. A cette époque, la chorée est la même. On reprend une quatrième série stibiée à 35, 70 et 95. Le 4, nombreux vomissements de matières alimentaires ; profond

(1) Suite. — Voir les numéros des 29 juin et 1er juillet 1858.

dégoût pour la potion stibiée. Le 5, deux vomissements seulement, mais nausées et coliques continuelles. Le 6, amélioration légère : la marche est plus assurée, les mouvements des membres supérieurs sont moins fréquents; mais la phonation est plus difficile. A l'inverse d'autrefois, le membre supérieur gauche est plus agité que le droit. On reprendra pour une dernière fois la potion stibiée à 35, 70 et 95 centigrammes. A partir du 10, il y a peu de tolérance; amélioration partielle : à droite, les mouvements volontaires sont devenus réguliers et il n'y a plus guère de mouvements involontaires de ce côté; mais, à gauche, les mouvements volontaires sont très irréguliers et les mouvements involontaires fréquents; cependant, ces derniers sont moins étendus et moins fréquents qu'autrefois. Projection involontaire de la langue en parlant, phonation difficile, bredouillante, peu améliorée; grimacement moindre.

On renonce à la médication stibiée pour la remplacer par trois bains sulfureux par semaine, alternant avec trois séances de gymnastique.

Le 20, pris les bains sulfureux et les leçons de gymnastique. Loin de s'être améliorée, la chorée a plutôt augmenté. Le malade écrit, par exemple, plus mal qu'autrefois; mais, dans la deuxième semaine de cette médication, amélioration sensible et permanente. Il y a toujours des mouvements involontaires, mais ils sont moins étendus et la parole est plus facile.

Dans la troisième semaine, il n'y a plus de mouvements choréiques. Bien que la guérison paraisse complète, on recommande de reprendre encore la médication sulfureuse et gymnastique pendant plusieurs semaines.

Sans nous arrêter à tout ce que cette observation a de remarquable, par exemple, le passage, de droite à gauche, de la prédominance des mouvements choréiques, résumons seulement ce qui a rapport à la médication et à la durée de la maladie : la chorée, généralisée, et de gravité moyenne, a duré 77 jours, c'est-à-dire 21 jours avant toute médication, 32 jours pendant lesquels on a mis en usage la médication stibiée, et 23 jours où la médication sulfureuse et gymnastique a été employée.

Pendant les 32 jours qu'a duré la médication stibiée, le malade a pris, en cinq séries, 9 gr,20 du médicament. Il y a eu intolérance légère de la part de l'estomac, et tolérance complète de celle de l'intestin; l'action a été très marquée, mais aussi très fugitive, sur le système nerveux après la première série stibiée; puis la chorée ne s'est que très peu modifiée.

On ne sait guère si l'amélioration, constatée au bout de 32 jours de médication, est due à la marche naturelle de la maladie, qui durait déjà depuis 53 jours, ou si elle est l'effet de la médication, tant fut peu manifeste la coïncidence entre l'amélioration et l'administration du médicament.

Maintenant, en 23 jours il a été pris 9 bains sulfureux et 9 leçons de gymnastique : la chorée s'est aggravée la première semaine; puis elle s'est améliorée progressivement et d'une manière permanente depuis lors. Mais la réflexion que nous faisions tout à l'heure peut être répétée ici, et la nature doit être pour beaucoup dans cette guérison qui vient après onze septénaires.

Obs. XII. — *Chorée très intense, à forme hémiplégique (première attaque); tartre stibié à haute dose; insuccès. Gymnastique et bains sulfureux. Guérison après quatre mois de ce dernier traitement.*

Alexandrine Guignan; 8 ans; entrée le 16 janvier. Grande, mais maigre et pâle; teint cachectique; caractère très impressionnable. Du reste, bonne santé habituelle; jamais de rhumatisme; pas de souffle ni au cœur ni dans les vaisseaux.

Première attaque de chorée provoquée par une frayeur le jour de Noël. Aujourd'hui, chorée générale très intense; agitation plus grande du côté droit qui est aussi notablement plus faible que le gauche; parole extrêmement gênée; physionomie hébétée.

Dès le 17 janvier, on commence le traitement par 20 centigrammes de tartre stibié; il y a une tolérance presque complète pendant les trois jours que l'on continue la médication en augmentant les doses; mais on n'observe à la suite aucune espèce d'amélioration.

Le 23 janvier, agitation plus grande que jamais; accès hystériformes avec pleurs et cris de bête fauve.

Le 28 janvier, on recommence une deuxième série de trois jours de traitement, en débutant par 25 centigrammes. La tolérance est moins complète.

Le 2 février, on ne constate encore aucune amélioration. Le 4, nouveaux accès hystériformes (pleurs, cris, etc.) Le 9, l'agitation a plutôt augmenté; le membre inférieur est très faible et traîne pendant la marche, comme chez les hémiplégiques. M. Blache prescrit la gymnastique et le massage, sans bains sulfureux.

Le 25 février : Aucune amélioration de la chorée; mais la santé générale se fortifie.

Le 14 mars : La malade prend des couleurs et de l'embonpoint, mais elle est toujours aussi agitée. On continue la gymnastique.

Le 18 mars, elle commence à pouvoir manger *seule* de la main droite; mais le côté gauche est toujours très faible; elle marche en fauchant, comme les hémiplégiques et ne peut absolument rien saisir de la main gauche. (Bains sulfureux.)

A partir du 1er mai, se manifeste une amélioration très marquée; Alexandrine redevient de plus en plus maîtresse de ses mouvements; sa démarche redevient plus régulière et plus sûre; la main gauche arrive peu à peu à pouvoir saisir différents objets, à soulever des fardeaux, etc.

Le 12 mai, elle peut enfiler une aiguille sans trop de difficulté; la main gauche a toujours moins de précision que la droite.

Le 23 mai, *exeat* sur sa demande; elle peut être considérée comme guérie, tant est légère l'irrégularité qui persiste encore dans certains mouvements; la santé générale est excellente.

La durée totale de la maladie a été de cinq mois.

Sur les douze observations que nous venons de communiquer à la Société, il y en a trois où la méthode de M. Gillette a donné des résultats beaucoup moins favorables. Si, chez deux des malades de cette catégorie, l'administration du tartre stibié a produit de bons effets, cet amendement dans les symptômes choréiques ne fut que momentané.

Dans l'observation XI, la chorée, qui était générale et intense, comme elle l'était aussi dans les deux autres cas, cesse tout à coup dès la troisième dose d'émétique; mais cette amélioration est bien courte, puisque, dès le lendemain, la chorée reprend et augmente même en dépit d'une seconde série de traitement, et qu'elle résiste à trois autres. Les bains sulfureux et la gymnastique finissent par amener la guérison, mais après que la maladie a duré plus de deux mois et demi.

Dans l'observation X, le tartre stibié et les purgatifs décident assez promptement une guérison qu'on n'avait point obtenue par les exercices gymnastiques; mais, après environ trois mois de disparition, la chorée récidive avec une intensité nouvelle; elle résiste à deux séries de traitement par le tartre stibié, comme elle résistera encore pendant six semaines à l'hydrothérapie. Aujourd'hui, après huit mois, la névrose convulsive persiste sans modification sensible.

Chez la malade de l'observation XII, le remède échoue tout à fait; une première et une seconde série de traitement, loin d'améliorer la maladie, semblent l'aggraver. La chorée se complique d'hystérie et d'hémiplégie. La gymnastique et les bains sulfureux amènent la guérison, à la vérité au bout de quatre mois.

En résumé, les faits que nous venons d'ajouter à ceux qui sont déjà connus, nous semblent de nature à mériter toute l'attention des praticiens. Sans doute, le tartre stibié ne guérit point toutes les chorées; il est possible même qu'il en guérisse moins que plusieurs séries de cas heureux, où le hasard a pu intervenir, ne l'avaient fait espérer; mais il n'en est pas moins vrai que la plupart des chorées s'amendent et disparaissent avec une rapidité étonnante sous l'influence spécifique de l'émétique; nous disons *spécifique*, car nous avons toujours cherché, comme le recommande M. Gillette, à obtenir la *tolérance* en éloignant les doses, et le plus souvent cette tolérance a été à peu près complète (1).

La chorée est une affection généralement très longue : il suffit de se rappeler les moyennes de durée consignées dans des monographies récentes (voyez la thèse remarquable de M. Moynier), moyennes fixées entre 70 et 80 jours, pour reconnaître les avantages d'un médicament qui, dans l'immense majorité des cas, améliore en quelques jours la maladie, et la guérit en deux ou trois semaines.

Quant à l'*innocuité* de la médication, avec les précautions et les intervalles de repos prescrits par M. Gillette et auxquels nous nous sommes rigoureusement conformé, elle est surabondamment prouvée par l'observation ancienne et récente; elle nous a paru incontestable chez les malades dont nous avons donné l'histoire.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille adopter la médication par le tartre stibié à l'exclusion de toute autre, et se priver des autres ressources que fournit la thérapeutique. Non certes, et, à côté du traitement empirique de la maladie, il y a celui des indications chez les malades. Les purgatifs, les toniques peuvent rendre des services dans les diverses périodes de l'affection; les bains sulfureux et surtout la gymnastique, dont M. Blache a démontré les notables avantages, ont parfois réussi là où l'émétique avait échoué.

(1) Pour obtenir la tolérance, l'abstention des aliments et des boissons est une condition importante : le mode qui nous a paru le meilleur est de commencer l'administration de la potion stibiée le matin de très bonne heure, de manière à avoir fini vers midi : le malade, qui a jeûné jusque là, peut prendre, après et impunément, une plus grande quantité d'aliments.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR L'HÉMÉRALOPIE. — OBSERVATION D'UN CAS DE CE GENRE RAPIDEMENT GUÉRI A L'AIDE DE VAPEURS AZOTÉES;

Par Ch. Deval, d.-m. p.

L'héméralopie (aveuglement de nuit, cécité nocturne, amblyopie crépusculaire de Sauvage, *visus diurnus* de Boerhaave) est une forme d'amaurose dans laquelle on voit dans la journée, tandis qu'on ne voit pas, ou qu'on voit peu, tant que le soleil est sous l'horizon. Lazare Rivière, Dujardin, etc., l'appellent *nyctalopie*, expression qu'il vaut mieux réserver à l'affection opposée. Les œuvres de Celse, de Pline, de Paul d'Egine, d'Alexandre de Tralles, témoignent que l'héméralopie n'était point inconnue des anciens. Au rapport d'Arrachart, les sujets, qui en étaient affligés, étaient désignés, chez les Romains, sous le nom de *lusciosi*.

Parfois, et ces cas sont les plus nombreux, l'héméralopie consiste dans l'épuisement de la sensibilité de la rétine, par suite de l'exposition des yeux à une lumière très vive, directe ou réfléchie, la membrane perdant, quand elle n'est plus impressionnée par elle, le ressort nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions. Aussi, cette affection est-elle fréquente, sous les formes endémique et épidémique, dans les pays où le jour a beaucoup d'éclat, comme sous les tropiques, où nos marins l'ont souvent contractée, et où Telfort et Bampfield l'ont vue accompagner le scorbut, tandis qu'elle est rare dans les climats tempérés. Certaines causes toutefois, presque toujours enveloppées d'un profond mystère, peuvent l'y faire naître. C'est ainsi qu'elle a sévi épidémiquement à Belle-Ile-en-Mer, à Montpellier, du temps de Sauvage; à Strasbourg en 1762 et en 1832; à Maussane (Bouches-du-Rhône) en 1841. L'héméralopie congénitale, l'héméralopie liée à des maladies diverses, sont aussi des amauroses à type toujours asthénique dans le premier cas, presque toujours asthénique dans le second, et dans lesquelles l'excitation est trop faible, tant que le soleil n'éclaire pas l'horizon, pour que l'exercice des fonctions visuelles puisse avoir son cours. Dans d'autres circonstances la cécité nocturne est une névrose intermittente, à accès revenant le soir, et le docteur Pye, qui l'observa dans des localités où régnaient des fièvres paludéennes, l'attribua aux mêmes influences. On lit dans les *Lettres édifiantes* du P. d'Entrecolles que l'héméralopie est commune en Chine, où la culture du riz demande de vastes inondations.

Observation. — Le 30 mars 1858, Charruel, demeurant à Belleville, rue de Paris, n° 15, amena à mes consultations cliniques son fils Hippolyte, âgé de 10 ans 1/2. Cet enfant, habituellement bien portant, était affligé, depuis une quinzaine de jours, d'une affection qui inspirait des craintes sérieuses à sa famille. Pendant dix jours environ, sa vue avait graduellement baissé, seulement le soir; trouble d'abord, elle subit peu à peu une telle détérioration, que l'enfant devenait aveugle à la tombée de la nuit. Il ne reconnaissait aucun des objets qui l'entouraient, à moins qu'ils ne fussent vivement éclairés par une lumière artificielle; il les voyait alors, mais d'une manière vague et confuse. Dans la rue, il ne pouvait se conduire. Le matin, tout rentrait dans l'ordre; la vision redevenait normale.

Mes investigations sur les influences qui auraient pu donner lieu à cette héméralopie, ne me conduisirent à aucune donnée capable d'en fournir une explication satisfaisante. Le père affirma que son enfant était exempt de toute habitude d'onanisme. Il n'avait pas rendu de vers (1). La localité qu'il habitait était saine et privée d'humidité. Aucune personne de sa famille ni de son voisinage n'était devenue héméralope. Je pris quelques informations sur les dispositions de l'école où travaillait l'enfant; je demandai si, à la place qu'il y occupait, il n'était pas exposé à l'éclat d'un mur réflétant fortement les rayons solaires (2). La réponse fut négative.

En présence d'une nullité aussi complète d'éléments étiologiques, sur quelle base fonder une thérapeutique rationnelle? Je me décidai pour la prescription de pilules de sulfate de quinine, d'extrait de valériane et d'extrait gommeux d'opium, me retranchant ainsi derrière la périodicité du mal, mais assez peu convaincu de l'efficacité de mon remède.

Le 6 avril, l'état est stationnaire; pas de fièvre; pas de céphalalgie; rien du côté du tube digestif. Les pupilles offrent leurs dispositions normales. L'enfant continue à devenir aveugle le soir, tandisque, durant le jour, il s'adonne sans efforts et sans aucune gêne à ses occupations habituelles.

C'est alors que je me décidai à mettre en œuvre un expédient dont on a beaucoup préconisé les merveilles, et qui, en supposant qu'il fût impropre à soulager, ne pouvait nuire. Je recommandai de soumettre les yeux du jeune malade à l'action de vapeurs émanant d'une décoction de foie de bœuf, d'après le mode qu'indique Dupont dans un document qui sera produit tout à l'heure. Quel fut mon étonnement, le 8 avril, quand on m'annonça que la cécité s'était à peu près évanouie après la seconde application des vapeurs, application qui, faite soir et matin, durait chaque fois de dix minutes à un quart d'heure. Le 10 du même mois, le père me ramena son enfant, plus pour me remercier que pour demander mes conseils, car la guérison était complète. On avait continué à pratiquer deux fois par jour les fumigations azotées. Je recommandai de les continuer encore quelque temps et seulement le soir, de crainte de rechute.

Les vapeurs azotées jouissent depuis longtemps d'une vogue populaire contre l'héméralopie.

Je lis dans le *Dictionnaire de l'industrie* (Paris, 1795; tom. IV) : « Les Chinois sont très sujets à cette maladie. On dit que, pour » la guérir, ils font cuire un foie de mouton enveloppé d'une » feuille de nénuphar, après l'avoir saupoudrée de salpêtre; on » met le tout dans un pot, qu'on remue souvent, ayant sur la tête » un grand linge qui pend jusqu'à terre, afin que la fumée qui » s'exhale du foie ne se dissipe point, et que le malade la reçoive » entière. »

Dupont rapporte (3) que ce fut un vieux soldat qui indiqua à ses camarades le remède suivant, lorsqu'il y eut, en 1762, une si grande quantité d'aveugles de nuit à Strasbourg :

« Les soldats, dit-il, font cuire une tranche de foie de bœuf, » pesant environ une demi-livre, dans un pot de terre de gran» deur telle qu'il soit complétement rempli par quatre livres d'eau. » Lorsque le foie est cuit, comme pour le manger, et que la » vapeur est d'une chaleur supportable, ils portent le pot sur leur » lit, et, inclinant la tête de très près, ils se font jeter une cou» verture par-dessus eux, de manière à y être exactement enfermés » avec le pot. Ils y restent jusqu'à ce que le bouillon ne produise » plus de vapeurs, ou que la gène de la respiration les oblige d'en » sortir. En général, une seule application suffit pour les guérir » radicalement.

» J'ai connu des soldats entêtés qui n'avaient voulu rien faire » pendant trois semaines; je l'ai même quelque fois souffert, afin » de savoir si le remède serait aussi efficace pour une maladie » ancienne que pour une récente. Je n'y ai pas observé de diffé» rence; et à présent que je crois avoir fait toutes les épreuves » nécessaires à ma conviction, je fais administrer de force le même » traitement. Il existe actuellement au régiment plus de deux cent » cinquante hommes traités de cette manière.

J'ajouterai que, lors d'une héméralopie qui sévit à Paris en 1847, dans deux régiments d'infanterie casernés dans la même localité, je priai le docteur Hübsch de vouloir bien s'enquérir de tout ce

(1) Chez un enfant de 11 ans, le docteur Atançon (de La Flèche) a vu l'héméralopie dépendre de la présence d'ascarides lombricoïdes dans le tube intestinal.

(2) Au rapport du docteur Coqueret (thèse inaugurale, Paris, 1849), la cécité nocturne est fréquente à Cadix, parmi les nombreux mendiants qui passent les nuits dans les rues et à la porte des églises. Cette ville est bâtie sur une langue de terre, couverte d'un sable fin et très brillant, sur lequel le soleil darde pendant presque toute la journée, ses rayons ardents, lesquels sont réflétés encore par les maisons blanchies à la chaux. Souvent aussi l'héméralopie a régné parmi les corps d'armée en marche dans des pays couverts de neige, dont l'éclat affectait leurs yeux.

(3) Dupont. *Mémoire sur la goutte sereine nocturne épidémique.*

qui se rattachait à cette épidémie. Un chirurgien militaire, avec lequel il se mit en rapport, lui dit que le contact des yeux avec les vapeurs de mou de veau ou de mouton, faisait disparaître la maladie comme par enchantement. Les vapeurs azotées sont également recommandées par un ophthalmologiste distingué, le docteur Stœber. Bien qu'empirique, ce moyen si simple ne devra donc pas être perdu de vue dans la pratique. L'expérience clinique aura, d'ailleurs, à démontrer si l'on n'arriverait pas aux mêmes résultats à l'aide de fumigations avec de l'eau simple ou avec des infusions de plantes aromatiques.

Il est quelques cas d'héméralopie dans lesquels les indications curatives sont assez tranchées pour que les ressources de la médecine rationnelle puissent être invoquées avec fruit. Telle est, par exemple, l'amaurose syphilitique, maladie beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement, et qui est susceptible de s'associer à un tel degré d'engourdissement de la membrane sensitive, que les malades ne voient, bien qu'imparfaitement, que dans la journée, tandis qu'ils ne voient que peu, ou ne voient presque pas, lors de l'arrivée du crépuscule. Cette condition donne lieu à une forme héméralopique d'autant plus digne d'être mentionnée que je ne la trouve signalée nulle part. J'en ai cité des observations dans mon *Traité de l'amaurose* (1). Mon respectable ami, le docteur Delarroque, dont la famille médicale déplore la perte récente, me racontait qu'un de ses clients, contraint par le mauvais état de ses yeux de quitter le service militaire, distinguait pendant le jour, les corps de grande dimension, et pouvait, avec précaution, se conduire, mais était aveugle le soir et ressemblait à un idiot. Cet homme avait été plusieurs fois infecté de maladies syphilitiques; la dernière vérole datait de cinq années. Delarroque prescrivit la tisane de Feltz iodurée et des frictions aux extrémités inférieures, avec l'onguent mercuriel uni au sulfure de chaux (4 grammes de ce dernier et 32 grammes d'onguent napolitain pour huit frictions), addition qui tendrait à prévenir la salivation, d'après son expérience. La vue se rétablit au bout de vingt-cinq jours; le traitement fut par prudence continué jusqu'au cinquantième jour.

Remarquez que, dans l'héméralopie proprement dite, la cécité, bien qu'apparaissant le soir, n'a pas lieu dans un local vivement éclairé par une lumière artificielle; elle se manifeste pendant le jour, si les sujets se placent dans un lieu sombre. Dans l'amaurose intermittente, au contraire, qui peut être héméralopique, si les accès se montrent à la tombée de la nuit, la privation de la lumière règne que durant l'accès, les malades jouissant, pendant l'apyrexie, de l'exercice des fonctions visuelles, qu'ils soient dans un lieu clair ou dans un endroit sombre. Les cas de ce genre, d'ailleurs, sont des plus rares. Le docteur Stœber, qui admet la distinction qui vient d'être émise, a relaté l'exemple d'une femme qui commença par devenir aveugle, au moment du coucher du soleil. Plus tard les accès changèrent d'heure, revinrent au milieu du jour (nyctalopie), et de quotidiens qu'ils étaient, se convertirent en tierces: ils affectèrent, en un mot, l'allure des fièvres périodiques. Le sulfate de quinine ne tarda pas en triompher. J'ai rapporté dans mon *Traité de l'amaurose*, l'observation d'une juive qui devenait, depuis quelque temps, aveugle vers l'heure de midi; elle se couchait le soir, ne pouvant guère distinguer que la lumière d'une chandelle ou celle du feu; le matin, à son réveil, elle jouissait d'une vue parfaite et éprouvait seulement un sentiment de pesanteur et de roideur dans les paupières supérieures. Ces phénomènes se renouvelaient régulièrement tous les jours à la même heure. Après avoir essayé sans succès des onctions stimulantes sur les régions voisines des orbites, deux vésicatoires aux tempes et l'usage interne du fer, le docteur Austin tenta le quinquina dont il fit précéder l'emploi d'un émétique. Les quatre premiers jours, cette médication n'eut aucun effet sensible; au cinquième jour, l'accès ne vint qu'à trois heures; il retarda successivement de plusieurs heures. Cette femme fut entièrement guérie en moins d'un mois. Demours parle également d'une amaurose qui, tous les deux jours, ôtait au malade le pouvoir de se conduire; ses pupilles étaient alors doublées de diamètre; il ne voyait presque rien pendant le paroxysme, qui durait depuis le commencement du jour jusqu'à la fin de la nuit suivante. Le quinquina ne parut avoir ici aucune influence. L'affection s'évanouit avec une telle lenteur, dans l'espace d'une année, que les progrès de la guérison ne purent être appréciés d'une manière exacte.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE L'INFLUENCE DES ÉMANATIONS DES ÉGOUTS.

A Monsieur Amédée Latour.

La *Revue sanitaire de Londres*, du mois d'avril, contient une série d'expériences aussi intéressantes qu'ingénieuses instituées par le docteur Herbert Barker, à l'effet d'étudier l'influence des émanations des égouts sur l'organisme humain.

J'ai consigné, dans le numéro de juillet des *Annales d'hygiène*, les détails et les résultats qui font l'objet du mémoire de notre savant confrère de Londres, mais j'ai pensé que nos lecteurs habituels de l'Union Médicale me sauraient gré de leur donner une idée succincte et précise de ces études.

Le plan de M. Barker est très simple: il commence par étudier l'influence que peuvent avoir les émanations des égouts sur une série d'animaux, puis, connaissant par l'analyse chimique les principaux gaz que l'on rencontre dans ces émanations, il étudie successivement leur influence.

(1) Ch. Deval, *Traité de l'amaurose* ou *Goutte sereine* (Paris, 1851). Traduction allemande du même ouvrage, par le docteur Herzfelder (de Würzbourg). Leipzig, 1853.

L'hydrogène sulfuré, le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide carbonique, sont introduits dans l'appareil où se répandait tout d'abord l'air de l'égout, et par la comparaison des effets obtenus dans chacune de ces circonstances spéciales, il a pu déterminer à quel agent particulier devait être attribué un symptôme donné.

Les instruments ou moyens d'expériences sont aussi simples que le plan. Le choix de notre confrère se fixe d'abord sur un large puisard ou petit étang (cesspool-capsule) recevant à la fois les excrétions animales et les eaux sales et ménagères des maisons voisines; elle répand en tout temps une odeur désagréable, mais pendant les temps chauds, son voisinage est intolérable. Une petite chambre est construite sur cet égout; deux tubes de gutta-percha d'un pouce de diamètre, terminés par deux entonnoirs renversés, descendent à quelques lignes de la surface de l'excavation, les deux autres extrémités se terminent dans la chambrette. Ils sont construits de manière à pouvoir être ouverts ou fermés à volonté.

Au moyen de soufflets adaptés aux extrémités libres de l'un ou de l'autre des deux tubes, on peut à tout instant aspirer l'air répandu à la surface de l'égout, afin de le soumettre à l'analyse.

Une boîte en bois et en verre, mesurant une capacité de 5,832 pouces cubes, reçoit, à la partie inférieure, un tube de gutta-percha donnant passage à un courant d'air venant de l'égout; à sa partie supérieure, un second tube figurant une cheminée auquel est assujetti à angle droit un renflement conique muni d'une lampe à esprit-de-vin.

Lorsque cette boîte est fermée et que la lampe est allumée, une colonne d'air de l'égout inférieur la traverse constamment.

Un soufflet adapté sur la paroi supérieure facilite l'aspiration de l'air nécessaire aux analyses chimiques sans interrompre les expériences, et un entonnoir situé non loin de là permet l'introduction des aliments.

Ces expériences ont eu lieu dans les circonstances les plus variées: lorsque le temps était très chaud et le voisinage de l'égout très dangereux; lorsque la température était très basse et qu'il ne se répandait autour aucune mauvaise odeur.

Toujours mêlé à l'air ordinaire, le docteur Barker a constaté la présence du gaz acide carbonique, de l'hydrogène sulfuré, du sulphydrate d'ammoniaque. C'est cette circonstance qui l'a déterminé à s'occuper plus spécialement de ces trois agents.

Laissons la parole à notre savant confrère pour l'exposition des principaux faits:

Jeune chien placé dans la boîte à midi; en allumant la petite lampe, je fais traverser la chambre par un courant d'air pris à la surface du puisard et j'obtiens des symptômes très marqués. Au bout d'une demi-heure, l'animal est inquiet et mal à son aise; il vomit, il a des frissons; dans le cours de la journée, il survient de la diarrhée, du ténesme.

Après douze heures, on lui fit respirer de l'air frais, mais, le lendemain, lorsqu'il fut tout à fait retiré, il était épuisé. La diarrhée et les vomissements avaient cessé; pendant quelques heures, il avait refusé de la nourriture; toutefois, il s'était assez promptement rétabli.

L'air respiré par cet animal montra, à l'analyse, des traces évidentes d'hydrogène sulfureux. Deuxième chien, résultats analogues.

Une souris contenue dans une cage fut descendue à la surface de l'étang: l'air de l'égout se mêlait librement à l'atmosphère ambiante et l'animal était convenablement nourri. Après avoir été ainsi exposée pendant quatre jours, la souris paraissait pleine de vie et mangeait de bon cœur, mais, le lendemain, on la trouva morte dans sa cage.

Un troisième chien fut soumis douze jours aux émanations de l'air de l'égout. Pendant cette période, il ne respira de l'air libre qu'au moment où l'on nettoyait rapidement la boîte; on lui fournit constamment une nourriture abondante; voici les résultats observés:

Pendant le premier jour, l'animal fut inquiet, mal à son aise, refusant la nourriture; le deuxième, il survint à plusieurs reprises des vomissements; dans la soirée on constata de la diarrhée, de la soif, de l'impatience.

Le matin de la troisième journée, il ne veut pas manger, il a des frissons manifestes, ses pattes sont tant soit peu enflées, vers le soir, il s'endort, mais chaque inspiration s'accompagne d'un tremblement particulier.

Quatrième jour. L'animal prend un peu de lait. Il dort dans la matinée et reste un peu engourdi le soir.

Cinquième et sixième jour. Rien de nouveau. Même état.

Septième jour. Inquiet, abattu, ne touche pas à sa nourriture.

Huitième jour. Il prend quelques aliments, mais il est inquiet, et depuis ce moment, il devient maigre et faible.

Neuvième jour. Il reste vingt-quatre heures sans manger et il paraît très malade et très misérable. Au moment où on le retire de la boîte pour la nettoyer, on lui présente de la nourriture qu'il avale avec voracité et à satiété; sa peau est alors aride et brûlante; sa démarche est chancelante et dénote une très grande faiblesse.

Le dixième jour, l'appétit est meilleur, cependant il a, dans la soirée, des vomissements et de la diarrhée.

Onzième jour. L'inquiétude augmente; l'appétit diminue.

Douzième jour. Mêmes symptômes. On retire alors l'animal de son chenil; il marche lentement, mais, bientôt après, il mange de bon cœur; la maigreur et la faiblesse se maintiennent encore pendant six semaines.

Après avoir ainsi constaté les phénomènes dus à l'exposition prolongée de l'air émanant des égouts, j'ai entrepris une nouvelle série d'expériences.

J'ai remplacé, dans le même appareil, l'air de l'égout par de l'air imprégné de certaines quantités des gaz que j'avais précédemment trouvés dans ses émanations.

Hydrogène sulfuré. — J'ai placé dans la boîte un petit chien, comme dans les expériences précédentes, et j'ai introduit 100 pouces cubes d'hydrogène sulfuré, soit 1,714 p. 100; la respiration devient immédiatement laborieuse. En deux minutes, l'animal tombe insensible sur le flanc, une demi-minute après, il était mort sans la moindre agitation.

Une heure après la mort, on trouva les cavités droites du cœur pleines et distendues par un sang fluide; dans les cavités gauches, le sang était en partie coagulé. Le sang fluide se coagulait promptement lorsqu'il était placé sur un morceau de verre; les corpuscules se trouvaient à l'état normal; les poumons étaient congestionnés à leur partie postérieure et inférieure, les autres points étaient pâles et n'offraient aucune injection. L'estomac et les viscères abdominaux ne présentaient rien d'anormal; les vaisseaux répandus à la surface du cerveau étaient faiblement distendus.

A quatre heures trente-six minutes un chien fut placé dans la boîte et 12 pouces cubes d'hydrogène sulfuré, soit 0,205 p. 100 furent promptement introduits. Dans la première minute, l'animal tombe sur le flanc, saisi par des tremblements; l'action du cœur devient irrégulière, et, avant la fin de la quatrième minute, la respiration a cessé en apparence. Cet état dure deux minutes, au bout desquelles il commence à respirer lentement. Bientôt la respiration se fait prompte et laborieuse; au bout de trois quarts d'heure, les inspirations s'élevaient de 112 à 120 par minute; la respiration devint alors profondément stertoreuse, comme chez l'apoplectique. Je retirai ce chien de la boîte à six heures cinquante minutes, l'ayant ainsi soumis pendant une heure trente-huit minutes à cet air ainsi altéré; la respiration, comme je l'ai déjà dit, était, à ce moment, stertoreuse; les membres étaient roides et la tête pendante; la respiration devient peu à peu plus lente, comme si elle était uniquement diaphragmatique, avec une espèce de hoquet. Le corps était en général froid; je remarquai un fait particulier, deux petites inspirations correspondaient à chaque mouvement expiratoire; à deux heures cinquante minutes de la nuit, le chien mourut, c'est-à-dire neuf heures trente-huit minutes après le commencement de l'expérience.

L'autopsie cadavérique eut lieu au bout de vingt heures. La rigidité cadavérique était modérée. Le cerveau était finement congestionné à sa surface antérieure, mais il ne présentait, dans sa masse, aucune infiltration sanguine. Les poumons étaient affaissés, congestionnés et d'une coloration noirâtre sur certains points. Le cœur était énormément distendu par des concrétions fibrineuses. L'oreillette droite, l'artère pulmonaire, l'oreillette gauche étaient littéralement distendues par lesdites concrétions, à l'exclusion entière du sang rouge. Les deux ventricules contenaient une grande quantité de sang noir et coagulé, où l'on trouvait aussi quelques fragments de fibrine.

Les concrétions fibrineuses de l'oreillette droite et de l'artère pulmonaire présentaient une blancheur éclatante: celles du côté gauche étaient rouges et striées, ayant tout à fait l'apparence de la fibre musculaire.

Le foie et la rate étaient engorgés; les reins à l'état normal. La surface extérieure de l'estomac semblait injectée, mais sa surface muqueuse était saine. Il n'y avait pas traces d'effusion séreuse dans la cavité abdominale, pas de distension gazeuse dans tout le trajet du canal alimentaire.

Une choucas (espèce de corneille) fut placée dans la boîte; l'air contenait 9 pouces cubes d'hydrogène sulfuré, soit 0,154 p. 100. Deux minutes après l'oiseau essaya de vomir, et peu d'instants après il fut instantanément purgé. Il avait toujours été inquiet, la respiration était très difficile et très gênée. Lorsqu'il eut aspiré du gaz pendant dix minutes, ses mouvements devinrent si faibles, qu'il avait beaucoup de peine à se tenir sur pied. Les pupilles, d'abord contractées, devinrent bientôt largement dilatées; le bec béant, la langue aride et noire à son extrémité, était portée en avant à chaque inspiration. Cet état se prolongea pendant une heure et demie que dura l'expérience: l'exposition à l'air libre fit cesser immédiatement les phénomènes morbides.

Un seconde corneille fut placée dans l'appareil avec 6 pouces cubes du même gaz, soit 0,102 p. 100. Avant la fin de la deuxième minute, l'oiseau commence à vomir, et bientôt après survient une abondante purgation. Ces symptômes se continuent pendant vingt minutes; bientôt après la respiration s'embarrasse. Après l'avoir gardé pendant deux heures dans la boîte, sans observer de nouveaux symptômes, nous le mettons en liberté.

Dans la même boîte, contenant la même quantité de gaz, j'introduis un verdon; à la seconde minute, il tombe insensible et reste encore une minute dans cette position. La respiration se fait difficile et précipitée. Il essaie de se relever, mais il chancelle sans force, et retombe de nouveau sur le dos. Au bout de six minutes, il se manifeste des vomissements, des convulsions, et à la quinzième survient la mort.

Une linote remplaça le verdon sans introduction ultérieure de gaz. La respiration devint d'abord haletante, puis elle se fit calme au bout d'une demi-heure. Je la retirai après une heure et sept minutes; elle était en apparence bien portante, mais elle mourut dans la soirée.

Finalement, un dernier chien fut introduit dans l'appareil avec 3 pouces cubes de gaz hydrogène sulfuré, soit 0,056 p. 100. Il souffrit d'abord de tremblements musculaires; la respiration s'embarrassa et les mouvements du cœur se précipitèrent; il semblait toutefois assez vivace. Après deux heures de séjour, il fut mis en liberté. Les pulsations du cœur étaient si intenses à ce moment, que l'on pouvait les entendre à une petite distance. Il survint quelques déjections alvines; mais, quelques heures après, il était complétement rétabli.

(*La fin prochainement.*) Dr Prosper de Pietra Santa.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 mars 1858. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Communication d'une brochure du docteur Hooker, par M. Cahen. — *Du traitement de la chorée par le tartre stibié*, par M. Gillette. Discussion: MM. Roger (Henri), Sée, Barthez (Ernest), Legroux et Natalis Guillot.

M. Cahen demande à signaler à la Société un mémoire qu'il a reçu de M. le docteur Hooker, professeur à Philadelphie, *sur la diète dans les maladies*. Il y a deux mois environ, la Société a discuté la question de l'alimentation dans la fièvre typhoïde; une majorité dont M. Cahen faisait partie a paru reconnaître qu'il était utile d'alimenter de bonne heure les malades affectés de fièvre typhoïde. Notre savant confrère d'Amérique a établi, dès 1855, qu'il était *toujours* bon de faire prendre des aliments solides même dès le début de la maladie et même contre le gré des malades. Les résultats qu'il a obtenus, et dont il fournit les chiffres, confirment complétement cette opinion.

M. Gillette, sur l'invitation de M. le Président, expose les résultats de son observation, relativement à l'emploi du tartre stibié à haute dose dans la chorée.

Les faits de chorée dans lesquels j'ai employé le tartre stibié, dit M. Gillette, démontrent que, par ce moyen, l'on obtient une transforma-

tion presque certaine des chorées graves en chorées très légères. Sur une trentaine de cas, un seul a résisté, ce qui s'expliquait par l'ancienneté de la maladie, qui datait de dix-huit mois. Dans tous les autres, la guérison a été complète ou à peu près complète après neuf jours de traitement *non continu*. Je donne, en effet, le tartre stibié à trois reprises différentes, trois jours de suite et avec un intervalle de trois autres jours entre chaque reprise.

Des deux derniers enfants que j'ai traités par ce moyen, l'un avait une chorée médiocre, qui a été modifiée moins sensiblement que dans les cas où la chorée est plus intense; cette dernière condition est, en effet, la plus favorable au traitement. Dans le second cas, relatif à une petite fille admise le 25 février, l'agitation était telle, que la malade ne pouvait articuler les mots, ni porter ses aliments à la bouche, ni enfiler une aiguille, ce qui a été possible au bout de neuf jours de traitement. Un pareil résultat s'est montré dans les trente et quelques autres faits que j'ai observés. J'insiste de nouveau sur ce fait de la transformation de la chorée intense en chorée légère par l'emploi de l'émétique, et sur la rapidité plus grande avec laquelle cette médication, comparée aux autres, fait parvenir à ce résultat.

Voici quelles sont les doses d'émétique que j'emploie. Je dois faire observer que certains faits m'ont semblé démontrer qu'il ne faut pas toujours atteindre des doses aussi élevées que celles que je vais indiquer.

Laënnec, qui a eu recours à l'émétique dans un très petit nombre de cas de chorée, donnait 7 à 8 grains chaque jour, d'une manière continue, une semaine et plus, tant que la maladie résistait. Breschet eut recours ensuite à une méthode mixte, l'émétique et les drastiques. J'ai agi différemment pour savoir à quoi m'en tenir sur l'effet de l'émétique : je l'ai donné seul et à doses à peu près égales pour tous les enfants, qui étaient âgés de 7 à 14 ans, en le faisant dissoudre dans 100 grammes d'eau sucrée chaque jour.

Le *premier jour* du traitement, je donne une solution de 20 centig. de tartre stibié, par cuillerées d'heure en heure. Ce jour-là, il y a ordinairement quelques vomissements et de la diarrhée; on éloigne les doses au besoin.

Le *deuxième jour*, le tartre stibié est porté à 0gr,40. Il est supporté avec beaucoup plus de facilité que la veille; les garde-robes diminuent.

Le *troisième jour*, je porte la dose à 0gr,60. Les vomissements et la diarrhée sont rares; les petits malades demandent même des aliments, qui sont bien supportés.

Après ces trois jours, je m'arrête pendant trois ou quatre autres jours, et le seul effet appréciable, en dehors de la maladie, est la baisse du pouls, dont les pulsations ont diminué de 10, 15 et 20 pulsations. Quant à la chorée, il y a une amélioration sensible dès le deuxième ou le troisième jour de traitement, ou bien il n'y a pas encore de résultat favorable obtenu.

Après cet intervalle de repos, si la chorée persiste, je redonne l'émétique encore pendant trois jours, mais aux doses progressives de 0gr,25, 0,50 et 0,75. Il est ordinairement parfaitement toléré, et, après une nouvelle interruption de trois jours, si le traitement est continué, je porte la dose à 0gr,30, 0,60 et 0,90, sans plus d'accidents.

Cette extrême tolérance de l'émétique est remarquable, car elle ne tient pas, comme on le voit, à l'existence d'une maladie fébrile, comme cela a lieu pour la pneumonie.

Quant aux récidives, il est difficile de les préciser lorsqu'il s'agit de malades d'hôpital. Je n'ai vu qu'un seul de mes malades revenir, cinq mois après la première sortie.

Je rappellerai, en terminant, que M. Brierre de Boismont a traité récemment par l'émétique une chorée tellement intense, que le jeune malade, âgé de 14 ans, devait être enfermé dans une chambre matelassée. 30 centigrammes de tartre stibié ont suffi pour rendre la chorée très légère. Ce fait a été publié.

M. Roger (Henri) : En restaurant le traitement employé par Laënnec dans la chorée, traitement qui était complétement oublié, M. Gillette a rendu un véritable service à la pratique. Les médecins qui auront recours au tartre stibié dans cette maladie obtiendront sans doute des résultats semblables à ceux que M. Gillette vient de vous exposer. Pour ce qui me concerne, j'ai employé, dans douze cas de chorée, l'émétique à haute dose; suivant la méthode indiquée dans la thèse de M. Bonfils, ancien interne de notre confrère, et mes observations confirment les nombreux, sinon les constants succès obtenus par cette méthode. Je demanderai à la Société la permission de lui communiquer ces faits, qui me semblent dignes d'attention. (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Sée : J'ai employé une seule fois le traitement par le tartre stibié contre une chorée très intense dont le sujet avait été vu déjà par M. Gillette, qui l'avait traité quatre mois auparavant, et qui en était à sa seconde attaque de chorée. J'avoue que je n'ai pas été heureux, puisque le sujet a succombé.

M. Gillette fait remarquer que cette malade était atteinte d'une maladie chronique qui excluait tout traitement de la chorée. Elle était épuisée par une coxalgie et par la diarrhée des scrofuleux; elle avait, en outre, une tumeur du genou du même côté que la coxalgie, et enfin les mouvements choréiques se remarquaient du côté droit seulement, ce qui pouvait faire craindre une lésion cérébrale. Je me bornai à la garder pour sa diarrhée, qui était diminuée lors de sa sortie. La chorée s'était aussi améliorée sensiblement.

M. Sée : L'enfant est bien mort de la chorée. Quand il a été reçu dans ma division, il y a trois semaines, il était épuisé, scrofuleux, affecté d'une coxalgie suppurée avec diarrhée, et il présentait des mouvements très légers de chorée, qui constituaient une troisième attaque. J'ai établi, dans mon mémoire sur cette maladie, que la troisième attaque était ordinairement bénigne, sauf dans des cas exceptionnels; celui-ci en est un exemple évident; l'agitation est devenue extrême jour et nuit, et l'intelligence même s'est prise.

En présence de ces accidents choréiques si intenses, je résolus d'employer le tartre stibié. Malgré la diarrhée et l'épuisement, il fut parfaitement supporté, et il n'y eut de vomissements que le premier jour. Après la deuxième série du traitement, je n'avais rien obtenu; le malade alla de mal en pis, et, quatorze jours après, la mort survint au milieu d'une extrême agitation, qui avait déterminé des excoriations nombreuses au niveau des parties saillantes du corps.

A l'autopsie, je constatai une ostéite suppurée simple, sans tubercules, au niveau de la hanche et du fémur. Dans le cerveau et les méninges, il n'y avait aucune lésion, si ce n'est une ou deux de ces granulations fréquentes chez les scrofuleux non tuberculeux, et qui ont été décrites par M. Robin et M. Bouchut. Des granulations semblables existaient sur les plèvres et sur la rate; et les organes respiratoires et digestifs étaient sains, même le foie, que notre regrettable collègue Legendre a toujours trouvé altéré chez les enfants atteints de diarrhée. Mon malade est donc mort malgré le tartre stibié, et l'on peut dire que l'innocuité du médicament a même été remarquable.

M. Barthez (Ernest) : J'ai peu de chose à dire de l'emploi du tartre stibié dans la chorée des enfants. Je n'ai traité que deux malades par cette médication dans mon service, et tous les deux avaient une chorée peu intense.

L'un était âgé de 5 ans et malade depuis un mois. Quoique la chorée fût légère chez lui, et ne rentrât pas par conséquent dans les conditions indiquées par M. Gillette, j'eus recours à l'émétique pour hâter la terminaison. Le premier jour, 20 centigrammes de tartre stibié produisirent d'abondants vomissements; le lendemain 0gr,30 ayant produit des vomissements et des selles nombreuses, je suspendis l'emploi du médicament; il y avait de l'amélioration. J'ai repris le traitement de la deuxième série et administré 30, 50, puis 75 centigrammes d'émétique, puis la chorée a cessé immédiatement, le pouls ayant perdu en fréquence et en force d'une manière très remarquable.

Le second malade était atteint de chorée depuis environ six semaines, et dès le deuxième jour du traitement, il présenta une diminution des mouvements choréiques des plus marquées. Cet enfant est encore en traitement.

J'ai aussi admis dans mon service un enfant atteint de chorée, et qui m'a dit avoir été traité sans succès par l'émétique; en apprenant cette circonstance, je n'ai pas cru devoir employer le tartre stibié.

M. Roger fait observer que la question des récidives n'est pas encore jugée, et que d'ailleurs il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le tartre stibié n'eût pas, sous ce rapport, plus de vertu que les autres médications.

Pour prouver les avantages du traitement par l'émétique, il ajoute que, contrairement à ce que font parfois les inventeurs d'une méthode thérapeutique, lesquels, pour être plus sûrs du succès, choisissent les cas, la médication rasorienne a été appliquée par M. Gillette et par lui, dans la chorée, en prenant indistinctement tous les cas de chorée qui se présentaient dans le service.

A propos de la chorée, M. Roger rappelle qu'en 1854 il en a communiqué à la Société une observation très curieuse, chez une femme âgée de 83 ans. Il avait pensé alors qu'il s'agissait bien réellement, malgré la grande vieillesse de la malade, d'une chorée *essentielle* telle qu'elle se montre chez les jeunes filles. Et, en effet, cette femme a succombé récemment à une pneumonie, survenue quelques jours après une fracture du col du fémur, et, jusqu'à sa mort, la guérison de la chorée s'était maintenue et jamais cette malade n'a présenté aucun symptôme du côté des centres nerveux qui pût faire croire à l'existence d'une affection cérébrale avec altération matérielle et donnant lieu à des mouvements choréiformes symptomatiques.

M. Legroux demande si, chez les sujets traités par M. Gillette, la chorée coïncidait avec la diathèse rhumatismale.

M. Gillette n'a pas constaté cette coïncidence.

M. Sée, rappelant le mémoire qu'il a publié sur ce point de l'histoire de la chorée, recommande de tenir compte de la marche naturelle de la maladie pour distinguer les rechutes des récidives. Les récidives reviennent presque toujours six mois ou un an après l'attaque précédente, et se développent surtout dans certaines saisons. C'est ce qui fait que, pour le traitement jugulant de M. Gillette, on ignore encore le résultat. Par les traitements ordinaires, la maladie s'épuise en quelque sorte; elle s'use en cinquante-cinq à soixante jours, dans la généralité des cas, chez les sujets âgés de 4 à 12 ou 15 ans. Avant comme après cette période d'âge, c'est différent.

Il faut tenir compte aussi de la coïncidence rappelée par M. Legroux. Il en est ici, en effet, comme de l'hystérie, qui diffère suivant qu'elle est simple ou liée à la chlorose.

Il faudra donc, pour juger des résultats du traitement de la chorée par le tartre stibié, tenir compte : 1° de l'âge de l'individu; 2° de la marche de la maladie; 3° de sa nature.

M. Guillot : J'ai vu à Necker un premier cas de récidive après un traitement par le tartre stibié à hautes doses. J'ai observé un second malade, âgé de 16 ans, qui avait été traité aussi à l'hôpital des Enfants, et qui était affecté de nouveau de chorée; il s'est refusé au traitement. Enfin, une jeune fille de 18 ans, atteinte de chorée et d'hystérie, a pris seulement un jour du tartre stibié; elle a été très soulagée, mais elle a refusé de continuer le traitement. En présence de ces faits, on doit reconnaître que la question des récidives est encore à l'étude.

Le secrétaire, Dr Woillez.

COURRIER.

On lit dans le *Morning Chronicle :* D'un bout à l'autre de Londres retentit le tocsin d'alarme à l'occasion des émanations fétides et dangereuses de la Tamise. Doit-on s'étonner, si l'on pense que les excréments de trois millions d'habitants sont lancés dans la Tamise, au taux de 92 millions de gallons par jour, 630 millions de gallons par semaine, 2,520,000,000 de gallons par mois, 30,240,000,000 de gallons par an! Le secret réel de l'infection de la Tamise le voici : Nous avons construit 300,000 water-closets, réunis dans un seul canal insuffisant pour enlever tout ce que renferment 300,000 fosses indépendantes. De rivière pure et salubre qu'elle était avant, la Tamise est devenue un égout artériel. Aujourd'hui que faut-il faire? un autre canal, une autre Tamise pour les égouts, et rendre à la Tamise sa pureté primitive. Un travail gigantesque est devenu indispensable, dût-il demander cinq cents ans!

De la réorganisation du Muséum d'histoire naturelle, par Aug. Dupoty, ancien rédacteur en chef du *Journal du Peuple*. — Prix : 1 fr.
Paris, 1858, Gustave Havard, éditeur, librairie moderne, boulevard de Sébastopol (rive gauche) et rue de La Harpe.

Études sur la Maladie dite Fièvre puerpérale, Lettres à Monsieur le professeur Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., par J. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr.
Paris, 1858, aux bureaux de l'*Union Médicale*, 56, faubourg Montmartre.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 79. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 6 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 JUILLET 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Nos lecteurs ont dû comprendre le motif de réserve qui a jusqu'ici arrêté notre plume à l'égard de l'Association générale. Mais le temps s'écoule, et l'impatience de plusieurs de nos honorables correspondants commence à se traduire sous une forme plus ou moins inquiète. La nôtre n'est pas moins vive, quoiqu'elle soit exempte de toute appréhension. Il n'a dépendu de personne que du sujet lui-même que les choses ne marchassent pas plus vite. Si l'on veut bien se souvenir que la Commission avait à résoudre un grave et difficile problème; qu'elle s'est trouvée en présence de plusieurs systèmes très différents les uns des autres, et plutôt indiqués qu'étudiés; que le but qu'elle voulait surtout atteindre était un but de conciliation générale, afin de calmer les craintes des uns, d'éteindre l'opposition des autres, et d'obtenir le concours de tous; si l'on pense qu'il a fallu rédiger et formuler le projet sous une forme prudente et acceptable par les pouvoirs publics, on ne s'étonnera plus du long intervalle de temps qui s'est écoulé depuis que le projet d'Association générale a été mis sérieusement à l'étude.

Depuis plusieurs jours déjà ces études sont terminées; le projet est entré dans une phase nouvelle, il est soumis aujourd'hui à l'approbation du gouvernement.

Si, comme nous en avons la ferme espérance, et par les motifs les plus légitimes, les statuts de l'Association générale sortent triomphants de cette dernière épreuve, ils seront immédiatement soumis à l'examen du corps médical. Le corps médical aura ainsi une base certaine d'appréciation, et, du même coup, il saura ce que la Commission propose et ce que le gouvernement approuve.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Verneuil lit un rapport sur la réclamation adressée à la Société par le docteur H. Thompson, de Londres, et relative à un plagiat commis à son préjudice par M. José Pro (de Lima).

L'UNION MÉDICALE ayant publié le 6 mai dernier, par les soins de notre collaborateur, M. le docteur Max. Legrand, une appréciation de la thèse de M. Pro sur les *rétrécissements de l'urètre*, M. H. Thomson nous adressa une lettre par laquelle il nous priait de signaler le plagiat dont il se plaint. M. Thompson nous annonçait l'envoi de son livre, afin que nous puissions juger par nos yeux et de la réalité et de l'étendue du larcin de M. Pro. Ce livre ne nous est pas parvenu.

M. Verneuil, après avoir raconté à ses collègues par quelles circonstances il fut amené à faire, le 31 décembre 1856, un rapport très favorable sur la thèse de M. Pro, s'exprime ainsi :

« L'ouvrage de M. Thompson, intitulé *Pathology and treatment of stricture of the urethra*, avait mérité, en 1852, le prix Jackson, délivré par le Collége des chirurgiens de Londres. C'est un ouvrage très remarquable, très laborieusement et très soigneusement étudié, et qui ne ressemble en rien à une foule de publications faites sur ce sujet dans un simple espoir de lucre. M. José Pro, trouvant sans doute plus commode la besogne faite que la besogne à faire, eut l'audace de donner comme sien et de signaler comme la partie originale de sa thèse le fruit des travaux de M. Thompson. Il copia sans façon à peu près trente pages du livre en question, en fit la traduction la plus consciencieuse, sans changer pour ainsi dire un seul point, une seule virgule; puis il nous apporta sa thèse comme un travail qui lui avait coûté les plus grands labeurs. C'est précisément ce passage qui avait attiré mon attention de rapporteur, et sur lequel j'avais fait surtout porter la discussion. En réalité donc, c'est M. Thompson que vous et moi nous avons argumenté; c'est à M. Thompson que reviennent les éloges qu'à ma demande vous avez adressés au copiste.

» Il n'est pas besoin, Messieurs, de s'étendre longtemps sur un pareil acte et de faire de longues phrases pour stigmatiser une semblable conduite. Nous avons été trompés, il faut l'avouer humblement, et exprimer hautement le profond mépris que nous inspire le plagiaire, qui heureusement n'est pas Français. Certes, il est dur d'exécuter de la sorte un homme qui porte le titre de confrère, mais il faut savoir aussi que la propriété littéraire est aussi sacrée que toute autre. La législation n'a pas encore consacré ce principe, il est vrai, mais les gens honnêtes savent au besoin trouver en eux des règles de conduite là où le Code pénal est muet.

» J'ai l'honneur de vous proposer :

» 1° D'adresser à M. Thompson l'expression de nos regrets pour la méprise à laquelle la thèse de M. José Pro a donné lieu;

» 2° D'y joindre nos remerciments sincères pour la confiance qu'il nous a montrée et pour l'envoi de son livre;

» 3° D'inscrire M. Thompson sur la liste de nos futurs membres correspondants. »

— M. Baizeau présente un malade qu'il a guéri d'une perforation de la voûte palatine, grâce à un nouveau procédé d'uranoplastie. La perforation était déjà ancienne; elle avait été produite par l'introduction d'un pieu dans la bouche. Voici l'observation :

Petitjean, caporal au 35e de ligne, âgé de 30 ans, ayant fait, le 14 avril 1852, une chute du haut d'un grenier à foin, tomba la face sur des fagots et s'enfonça dans la bouche un morceau de bois qui, après avoir détaché un lambeau à la partie supérieure de la langue, pénétra dans les fosses nasales en perforant la voûte palatine. Il éprouva immédiatement une vive douleur et une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta d'elle-même. La guérison, confiée à la nature, fut rapide : au bout de 15 jours, toutes les plaies étaient cicatrisées, mais il restait sur le milieu de la langue une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, formée par le lambeau irrégulièrement réappliqué, et une perforation à la voûte palatine.

Quoique gêné par cette infirmité, ce militaire, la croyant incurable, n'avait rien tenté pour sa guérison, lorsque, au mois de mars dernier, il entra au Val-de-Grâce pour une gingivite ulcéreuse. Frappé par le timbre nasonné de sa voix, j'examinai la cavité buccale; j'observai d'abord la tumeur linguale, et je constatai ensuite, sur la ligne médiane de la voûte palatine, à 4 centimètres 1/2 des incisives supérieures, c'est-à-dire au niveau du point d'intersection des lignes suturales des os palatins et maxillaires supérieurs, une perforation arrondie ayant 8 millimètres de diamètre, à bords lisses, amincis et enfoncés vers les fosses nasales, surtout à la partie antérieure. Une voix fortement nasonnée, une prononciation vicieuse, le passage des mucosités nasales dans la bouche, la sortie fréquente des aliments et des boissons par le nez, tels étaient les inconvénients résultant de cette fistule, et qui me décidèrent à en tenter l'occlusion. Deux moyens se présentaient : l'application d'un obturateur ou la palatoplastie. J'optai pour cette dernière, malgré ses insuccès presque constants,

Feuilleton.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ATMOSPHÈRE MARITIME.

TROISIÈME ARTICLE.

Il n'y a pas de doutes à avoir sur la place que tient le sel marin dans l'atmosphère maritime; il s'y trouve accidentellement par un temps calme, et, dans les circonstances ordinaires, on ne parvient pas à y découvrir sa présence. Si un petit nombre de particules s'élève, comme je l'ai constaté, de quelques centimètres au-dessus du niveau des eaux, c'est tout. Une ville comme Venise, située au centre de la lagune, ne profite pas même de cet éparpillement du sel produit par le mouvement du flot. La limite de présence du sel dans l'air ne franchit pas une couche légère du fluide gazeux qui pèse immédiatement sur sa nappe liquide; au-dessus de cette sorte de ligne de démarcation, les expériences ne donnent plus rien. A plus forte raison, ces conditions existent-elles pour les villes maritimes moins favorablement placées que Venise, séparées de la mer par des quais, des plantations, de vastes édifices, ou se trouvant, par la disposition des terrains, encore plus éloignées des bords. En pleine mer, naturellement la situation change. Là, la lame est large, le flot a de la puissance et la projection de l'eau salée atteint plus haut dans l'atmosphère. Mais je le répète, dans les temps calmes, la pleine mer n'est pas mieux partagée que le littoral, ou, pour être plus exact, la différence n'est pas grande.

Par un vent plus ou moins violent, lorsque le flot reçoit une impulsion plus ou moins vigoureuse, les conditions de l'atmosphère se modifient. L'air devient à la fois plus humide et plus salé; il se forme à une certaine hauteur une véritable atmosphère à chlorure de soude. Toutefois, le sel ne reste pas longtemps suspendu dans l'air. Dès que s'est faite l'évaporation de la goutte d'eau qui la porte, il retombe dans le réservoir d'où il est sorti. Cette espèce de va et vient, au milieu des grands mouvements atmosphériques, ne serait pas un inconvénient si un air ainsi tourmenté était réellement respirable. Mais le malade doit se confiner; il doit fuir comme une cause active, redoutable d'aggravation, je ne dis pas les états violents du ciel, qui peut l'ignorer? mais même ces conditions météorologiques de caractère divers qui peuvent porter quelque perturbation dans un organisme d'une sensibilité aussi vive. Cependant, l'air marin possède, dans son état normal, des qualités propres, qui servent avec avantage au traitement de la phthisie. Puisqu'elles ne tiennent pas à la présence du chlorure sodique, il faut en demander l'origine à un autre ordre de faits.

C'est à la réunion d'un ensemble de causes qu'il faut attribuer les effets remarquables de l'air marin sur la phthisie pulmonaire et d'autres maladies chroniques. En mer, l'air ne passe pas brusquement du sec à l'humide, comme sur les continents; il y règne presque toujours une humidité modérée, aujourd'hui reconnue salutaire aux poumons malades. La température s'y maintient dans des limites qui ne comportent pas ces oscillations étendues, dont les effets sont si nuisibles aux organisations délicales ou épuisées. D'après tous les climatologistes, les vents d'ouest, connus pour être les vents dominants de l'Europe occidentale, constituent la principale influence par laquelle les hivers se maintiennent moins froids et les étés moins chauds, dans les régions voisines de l'Océan et de la Méditerranée; les stations maritimes les plus justement estimées sont précisément celles qui reçoivent plus que tout autre lieu, les bienfaits de cette influence. On sait que, pour les tuberculeux et surtout pour combattre les congestions pulmonaires et les hémoptysies, ce n'est pas un air rare qui convient mais un air condensé par la force de la pression atmosphérique; les bords des mers formant en général, les régions les plus déclives des continents, ce sont eux qui supportent les pressions les plus hautes. Les stations maritimes ouvertes du côté de la plage, fermées du côté opposé, reçoivent, dans un temps donné, plus d'air du côté de la mer que de celui de la terre, c'est-à-dire plus d'air pur que d'air chargé des détritus et poussières continentales; ce sont deux marées atmosphériques en présence, dont la plus pure, la plus salutaire aux poumons malades par l'absence de causes matérielles d'irritation, est précisément la marée dominante. Cette condition est bien puissante à elle seule; elle suffirait à produire de bons effets en restant isolée. Que sera-ce si elle agit de concert, avec des causes qui ont aussi une grande part d'influence !

Un médecin connu, le docteur Darralde, qui traite les affections pulmonaires par les eaux sulfureuses, recommande, dans la période où il faut fortifier, l'habitation sur les bords de la mer et même les bains de mer. Je ne sais s'il agit en vertu de l'erreur qui a cours maintenant, s'il croit, en prescrivant l'atmosphère maritime, prescrire à ses malades l'inhalation de l'air salé; mais les bons effets qu'il obtient de cette thérapeutique, ce qui doit lui arriver quand cette médication est prise en temps utile et dans des conditions favorables, sont la conséquence de la pureté de l'air, avant toutes les autres propriétés des climats maritimes. L'air est pur, parce qu'il est réduit à ses éléments chimiques, qu'il ne porte pas avec lui ces émanations vicieuses qui échappent, pour la plupart, à nos investigations; l'air est pur, parce qu'il n'est pas le véhicule obligé de ces poussières qui peuvent déterminer des foyers d'irritation dans le système respiratoire ou raviver ceux qui s'y trouvent déjà formés. Il n'en faut pas davantage pour se rendre compte des résultats qui sont le fruit nécessaire de l'inhalation de l'air marin pour les phthisiques.

Telles sont les causes, la pureté de l'air et les autres qualités des climats maritimes, dont l'ensemble produit sur l'économie des influences attribuées à tort à l'air salé. Qu'on compare les effets aux causes et on reconnaîtra que ces deux ordres de phénomènes sont liés entre eux, de manière à prouver que ces causes ne sont pas illusoires et qu'il serait difficile de leur en substituer d'autres qui se trouvassent plus rigoureusement en rapport, avec les effets. Il n'y a pas à induire de cela que le chlorure sodique ne soit pas apte à rendre des services, lorsqu'il est administré sous la forme respiratoire. Ceci est une autre question. Elle rentre dans la classe des faits qui appartiennent à la médication topique, dans le traitement des affections tuberculeuses des poumons. On a porté bien des matières dans le foyer même du mal, jusqu'à l'iode à l'état de vapeur, et tout récemment jusqu'aux eaux sulfureuses à l'état de poussière humide. Il faut procéder de la même manière avec le chlorure sodique, pour lequel il est indispensable de passer sérieusement par des expériences, avant d'affirmer sa valeur, son efficacité dans des maladies déterminées. Je n'ai pas besoin de répéter de nouveau qu'il ne s'agit du chlorure de soude que comme topique pulmonaire; administré par les voies gastriques, on connaît depuis longtemps, après les travaux du docteur Amédée Latour, les résultats heureux qu'on lui doit.

Pour réaliser l'inhalation véritablement substantielle des eaux minérales sulfureuses, M. le docteur Sales-Girons a imaginé la pulvérisation qui rend les principes chimiques respirables sans leur faire contracter aucune altération. Pour réaliser l'inhalation vraiment substantielle de

pensant obtenir mieux d'un procédé nouveau qui me semblait beaucoup plus avantageux que les autres. En cas d'échec, je me réservais de recourir à l'obturateur.

Le 10 avril, je procédai à l'opération : je fis de chaque côté, à 1 1/2 millimètre du bord de la perforation, une incision courbe à concavité interne, se prolongeant en avant et en arrière, de manière que les deux incisions vinssent se réunir à 8 millimètres de l'orifice. J'avais ainsi circonscrit la fistule par une incision elliptique ayant 24 millimètres dans le sens antéro-postérieur, et 11 millimètres transversalement. Je pratiquai ensuite latéralement, à 15 millimètres en dehors de cette ellipse, parallèlement à l'arcade alvéolaire, une incision longitudinale ayant la même longueur que les premières incisions. Dans un second temps de l'opération, à l'aide de pinces à griffes très allongées et des petits bistouris de Roux coudés sur le plat, je détachai des os, en allant de dehors en dedans, les parties molles comprises de chaque côté entre les deux incisions. J'obtins ainsi deux voiles ou lambeaux mobiles de forme quadrilatère, se continuant en avant et en arrière par une base de 15 millimètre avec la voûte palatine. Ayant constaté qu'ils pouvaient se rapprocher facilement l'un de l'autre, je plaçai, à l'aide d'une aiguille à châs brisé, deux fils simples à droite et deux fils doubles à gauche, les anses de ces derniers dirigées vers la voûte; les extrémités nasales des fils de droite furent passées dans les anses des fils de gauche, qui servirent à les ramener dans la cavité buccale. Les fils furent enfin fixés à la manière de Galli par de petits tubes en plomb aplatis avec une forte pince.

Après l'opération, la réunion était parfaite sur la ligne médiane et, de chaque côté des incisions externes, on voyait une petite perte de substance semi-lunaire à courbure légèrement convexe en dehors. Quoique les tiraillements soient moins à redouter à la voûte palatine qu'au voile du palais, cependant je prescrivis au malade le silence le plus absolu; je lui recommandai de boire le plus rarement possible et d'éviter de tousser, de se moucher et tout effort de succion ou mouvement de déglutition. Au bout de quarante-huit heures, les sutures furent enlevées : les lambeaux présentaient un bon aspect et étaient réunis. Le quatrième jour il s'établit, au niveau de la suture antérieure, un petit pertuis qui augmenta les jours suivants et atteignit 2 millimètres de diamètre.

Le 20 avril, je fis une cautérisation très légère avec un stylet rougi, et au bout de dix jours le trou avait diminué de moitié. Deux autres cautérisations à huit jours d'intervalle complétèrent la guérison. Aujourd'hui, toute trace de fistule a disparu, et la voix a repris sa force et son timbre naturels.

Depuis Krimer, qui un des premiers a employé l'uranoplastie, les tentatives faites pour oblitérer les perforations palatines ont été assez nombreuses, mais les succès ont été fort rares; et, en consultant les différents recueils de médecine, je n'ai trouvé que deux cas de guérison, un de Blandin et un autre de M. Botrel, à ajouter à celui de Krimer. L'imperfection des procédés suivis jusqu'ici explique facilement ces insuccès. Le renversement des lambeaux, leur alimentation insuffisante, doivent infailliblement amener la gangrène. Dans le procédé que j'ai mis en usage, l'absence de torsion, de renversement et de tiraillement des lambeaux, la facilité de la circulation, les nombreux vaisseaux qui leur arrivent par leurs larges points d'attache à la voûte palatine, sont autant de conditions favorables qui font le mérite de cette opération, et qui doivent faire espérer le succès. Au lieu de l'avivement, j'ai porté l'incision un peu plus en debors, afin de mettre en contact des tissus plus épais, plus vasculaires que ceux qu'auraient fournis les bords amincis et indurés de la fistule, et pour n'avoir pas, en cas d'insuccès et de gangrène, à regretter d'avoir augmenté l'étendue de la perforation. Ce procédé n'étant inscrit dans aucun traité de chirurgie et dans aucune revue périodique, j'aurais pu m'en attribuer l'invention et la priorité d'exécution, mais il m'a été dit que M. Nélaton aurait fait quelque chose d'analogue.

M. Demarquay remarque que les perforations traumatiques de la voûte et du voile du palais guérissent souvent sans aucune opération. Il a observé cette réunion spontanée chez un individu qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. Cette arme, chargée avec du gros plomb, avait été appliquée entre la langue et le plancher de la bouche. La langue était profondément déchirée, ainsi que le voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine. Le gonflement consécutif fut tel, que le malade était sur le point d'asphyxier, et que M. Demarquay fut obligé de le soumettre à la trachéotomie. La canule fut maintenue pendant douze à quinze jours.

M. Demarquay ajoute que cet homme était dans un état d'asphyxie tellement avancé, qu'il n'éprouva aucune douleur dans la trachéotomie. Il a observé la même insensibilité chez un autre malade à qui il a depuis lors pratiqué la même opération pour un œdème de la glotte.

M. Larrey fait remarquer que le cas, d'ailleurs intéressant, communiqué par M. Demarquay, n'a pas de rapport direct avec celui de M. Baizeau, et soulève plusieurs questions distinctes qui ne sont point nouvelles.

« En premier lieu, dit M. Larrey, le mode de suicide indiqué était assez fréquent autrefois pour que, vers le commencement de ce siècle, un médecin militaire, M. Moizin, ait soutenu sa thèse *sur les effets du coup de pistolet tiré dans la bouche*, et rapporté plusieurs observations de ce genre de blessure.

» En second lieu, l'engorgement consécutif des parties molles dilacérées est bien connu des chirurgiens, et détermine souvent par la tuméfaction de la langue et des tissus de l'arrière-gorge, des accidents de suffocation et d'asphyxie auxquels on peut remédier par divers moyens.

» De là, en troisième lieu, comme dans certaines mutilations de la région sus-hyoïdienne, l'indication de la trachéotomie pratiquée quelquefois, mais alors seulement que les autres ressources ont été sans succès. »

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. Robert.

SOMMAIRE. — Coxalgie hystérique. — Cataracte double opérée; synchysis étincelant. — Sur une forme rare de fracture de clavicule.

COXALGIE HYSTÉRIQUE. — Élisabeth Isambert, âgée de 18 ans, est couchée au nº 9 de la salle Saint-Paul. Elle est blonde, pâle, peu développée, mal réglée; tempérament lymphatico-nerveux, leucorrhée.

En novembre 1856, elle glissa dans la rue et tomba sur la hanche gauche; son médecin crut à une luxation et l'envoya à l'hôpital : la hanche et le haut de la cuisse étaient le siége de douleurs vives et de gonflement; les mouvements étaient difficiles, surtout à cause de la douleur qu'ils produisaient. C'était une simple contusion; et, après quelques jours, la malade sortit considérablement améliorée. Elle reprit son état d'ouvrière en coton; mais bientôt, sans cause apparente, les mêmes symptômes se reproduisirent, et elle entra de nouveau à l'hôpital. M. Boyer constata un peu de gonflement de la hanche; mais le phénomène capital était l'impossibilité d'imprimer à l'articulation coxo-fémorale le moindre mouvement, sans déterminer aussitôt des douleurs très vives. Quelle était la partie malade? L'article, les os ou les muscles? Cela était assez difficile à établir. Quelque temps après son admission, survinrent des phénomènes nerveux singuliers, avec perte de connaissance durant quelquefois plusieurs jours.

M. Verneuil, prenant le service après la mort de M. Boyer, continua le traitement institué par celui-ci, dans l'hypothèse d'une lésion organique; un cautère fut appliqué à la partie supérieure et externe de la cuisse. Les choses étaient toujours dans le même état depuis dix-huit mois.

Lorsque j'arrivai à l'Hôtel-Dieu, je trouvai la malade couchée sur le dos, la jambe fortement étendue, et dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement; le pied était dans la rotation en dedans, peut-être par la contraction des muscles; rien à signaler du côté de la jambe. Si l'on communique à la cuisse le plus léger mouvement, la malade jette aussitôt des cris perçants et accuse de telles douleurs, qu'il faut cesser tout examen. La malade fut donc chloroformée, et nous procédâmes à l'examen des parties, lorsque l'on eut obtenu l'insensibilité et la résolution musculaire, double condition indispensable en pareil cas, la douleur provoquant la contraction spasmodique des muscles. Alors la jambe fut fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin; tous les mouvements dont la hanche est susceptible purent être accomplis facilement et dans la même étendue qu'à l'état normal; l'articulation était saine et libre dans toutes ses parties. Mais n'y avait-il pas du côté du fémur quelque altération résultant de la chute sur la hanche? On trouva le fémur parfaitement sain; les muscles présentaient un certain degré d'amaigrissement; mais cela se comprend facilement, si l'on songe que la malade est restée couchée depuis dix-huit mois. Enfin il n'y a aucune lésion organique qui puisse rendre compte des phénomènes que l'on rencontre chez cette jeune fille.

Comment expliquer cette coxalgie singulière? La malade est chloro-anémique, elle a eu des attaques d'hystérie avec perte de connaissance prolongée; les troubles fonctionnels qu'elle présente reconnaissent évidemment pour cause occasionnelle la chute sur la banche, qui n'aurait été suivie d'aucun accident chez un sujet bien constitué, mais qui, survenant chez une jeune fille chloro-anémique, a produit cette névralgie et cette contracture musculaire. En effet, on trouve chez elle un ensemble de phénomènes nerveux singuliers, la cuisse est hyperesthésiée, très douloureuse au toucher; certaines parties du tronc, au contraire, sont insensibles, elle a, de temps à autre, des accès hystériformes; en un mot, elle offre tout ce cortége de troubles fonctionnels signalés par M. Sandras, et récemment par M. Landry, comme appartenant à la chloro-anémie. Les faits de ce genre sont nombreux, et montrent des troubles fonctionnels occupant différentes parties du corps; ainsi Sanson rapporte deux faits d'amaurose que le fer et les toniques ont complétement guérie; il y a des observations de névralgie intercostale, d'hémiplégie, de paraplégie etc. Ces faits sont fréquents, et l'on cite des paralysies, des contractures, chez des jeunes filles qui ont été guéries par un pèlerinage, notamment à Notre-Dame-de-Fourvière; le public attribue ces guérisons à des miracles, mais il est très probable que c'étaient des paralysies

---

l'eau de mer, c'est à la pulvérisation qu'il faut avoir recours. J'avais déjà pensé à ce moyen d'action en poursuivant moi-même, l'année dernière, mes expériences. Le chlorure sodique est absent de l'air maritime ou presqu'absent; on ne peut l'y porter que sous l'impulsion d'une force mécanique qui en fasse une poussière respirable. La solution du problème est donc dans l'instrument pulvérisateur du docteur Sales-Girons. Depuis cette époque, j'appris que cet auteur avait eu la même idée que moi. Le moyen qui avait réussi pour les eaux sulfureuses était, selon lui, applicable aux eaux de mer et devait également réussir. Je suis heureux que cette opinion ne soit pas seulement la mienne et que nous soyons deux à la défendre et à la patroner.

Cet auteur n'avait jusqu'ici préconisé la pulvérisation des eaux de mer que pour les stations balnéaires, je la préconise pour les stations climatologiques de la Méditerranée et de l'Océan. L'air de ces stations, qui sont la retraite d'hiver de tant de malades, constitue un milieu favorable pour un traitement actif. Réduit à sa seule influence, il resterait impuissant dans les cas graves; comme auxiliaire d'un moyen thérapeutique de quelque énergie, il peut rendre des services. Ce moyen consisterait-il dans l'eau de mer pulvérisée pour l'incorporer dans l'atmosphère et faire passer son principal élément dans le système respiratoire? Il ne m'appartient pas d'anticiper témérairement sur l'avenir; il faut que l'expérience parle, et c'est le seul langage qui doit être écouté. Toutefois, les analogies portent à admettre que, porté sur le lieu malade, le chlorure sodique pourrait y produire de favorables changements. Il est admis que le sel marin est un bon moyen d'action dans la phthisie pulmonaire; qui de nous, après M. le docteur Amédée Latour, n'en a pas fait l'expérience et ne s'en est pas bien trouvé dans plus d'un cas! La différence des voies d'absorption, choisies pour l'administration du remède, entraînerait-elle une différence dans les effets? et s'il y en avait une, ne serait-elle pas, d'après tout ce qu'on sait sur la question, tout en faveur de l'absorption par les voies aériennes? Les travaux de M. le docteur Sales-Girons, sur la pulvérisation, conduisent à cette conséquence. En effet, l'expérience a depuis longtemps montré les avantages des eaux sulfureuses, dans le traitement des affections bronchiques d'état chronique et la phthisie pulmonaire; avec l'inhalation de ces eaux minérales pulvérisées, les effets paraissent être en même temps et plus rapides et plus sûrs. Il serait difficile de ne pas conclure en faveur de l'inhalation des eaux de mer à l'aide du même moyen, ou, en d'autres termes, en faveur de la réalisation d'une atmosphère réellement salée, dont l'existence n'a été jusqu'ici qu'une illusion pour la science médicale.

Je voudrais donc que, dans les principales stations maritimes comme Hyères, Nice, Pise, Venise, Naples, etc., on construisît pour cet usage non pas d'étroites chambres d'inhalation où pourraient être renfermés seulement un petit nombre de malades, mais des galeries spacieuses, des promenoirs élégants, où plusieurs appareils pulvérisateurs, disposés avec intelligence, entretiendraient partout une atmosphère à peu près identique. Un traitement par le climat seul est, en général, trop souvent interrompu par les changements météorologiques qui s'opposent aux excursions; il faut rester chez soi et perdre un temps précieux, en présence d'une maladie qui ne s'arrête pas dans sa marche. Avec les salles d'inhalation, cet inconvénient ne serait pas à craindre; on prendrait des précautions pour s'y rendre et en revenir, et chaque jour serait utilement employé à soutenir la lutte contre l'ennemi par les belles journées, l'influence du ciel ne ferait que corroborer celle du traitement.

J'ai recommandé, dans d'autres écrits, les petits voyages en mer, non pas sur une barque qui sortirait à peine du port ou de la rade, mais sur un bateau à vapeur qui irait toucher dans une île voisine ou sur un point plus ou moins éloigné du littoral. C'est que le bateau à vapeur, qui ne s'ouvre pas un passage dans les flots, à la manière des autres navires, mais qui les frappe pour s'en faire un point d'appui, est un véritable instrument de pulvérisation. A l'avant et à l'arrière, cet effet de pluie fine et salée, produite par le mouvement rapide des palettes, ne se fait pas sentir généralement; à la partie moyenne, on se trouve placé en pleine atmosphère maritime, dans la sérieuse acception qu'il faut donner à ces mots. De pareils voyages seraient avantageux, au point de vue du traitement; par les chambres à inhalation, ils le continueraient dans une mesure plus modérée, moins régulière, sans doute, mais au moins ils ne le suspendraient pas entièrement. Ils auraient pour second résultat de rompre l'uniformité qui crée la mélancolie, par la variété qui la conjure. Les excursions en bateau à vapeur seraient à la fois un moyen de traitement, d'exercice, de distraction; il ne faut rien de plus pour prescrire d'y avoir recours, lorsque le permettraient l'état du temps et celui des malades.

Je n'ai pas lu sans surprise, dans un nouveau livre de climatologie médicale (1), que, pour leurs voyages à Madère, les Anglais préféraient les navires à voile aux bateaux à vapeur. Ils rejetaient ceux-ci à cause de ce mouvement de trépidation imprimé au vaisseau par le jeu régulier de la machine, dans la pensée que ce mouvement était nuisible aux phthisiques, parce qu'il était incommode à la plupart des passagers. Mais les voyages par la vapeur sont plus prompts et plus sûrs que par tout autre moyen, ce qui est à considérer, lorsqu'il s'agit d'une longue traversée à faire. D'autre part, comme je l'ai déjà dit, ils se font sur des navires qui ont le privilége de créer autour d'eux une atmosphère salée, condition d'une certaine importance dans bien des cas, si les arguments à l'appui de ma cause n'ont pas égaré ma logique. Les avantages sont assez grands pour passer sur l'inconvénient prétendu de la trépidation.

On me permettra de faire observer, en finissant, que ces incertitudes qui règnent sur la climatologie médicale, viennent de ce qu'on n'a pas suffisamment fait l'analyse des causes, en rattachant les plus importantes à leurs effets les plus importants. Le travail qu'on vient de lire a été fait pour essayer de dissiper toute confusion sur une des parties de cette science. Le nom d'atmosphère maritime n'était pas compris; il donnait une fausse idée de l'air marin, souvent recommandé aux phthisiques. J'ai voulu montrer qu'il y avait deux atmosphères maritimes; l'une, expression du climat et des lieux; l'autre, tirant sa puissance médicatrice du principal élément de l'eau de mer. J'ai essayé de montrer la différence de leurs effets, en les rattachant aux causes complexes qui les produisent. Je crois être parvenu, enfin, à prouver que ces deux atmosphères sont en quelque sorte indépendantes l'une de l'autre; et que si la première, celle qui est l'expression des lieux et du climat existe par elle-même, la seconde doit être créée artificiellement. De là je suis arrivé à l'indication des moyens pratiques, comme conséquence nécessaire de ce travail. En procédant de cette manière, je crois avoir contribué à introduire des éléments d'ordre et de certitude dans une des questions les plus importantes de la thérapeutique des climats. C'est la voie qui doit conduire à fonder une véritable clinique climatologique et à enrichir notre noble et bienfaisante médecine d'une utile science de plus.

Dr Ed. CARRIÈRE.

(1) *Le Climat de Madère*, par le docteur P. Garnier.

hystériques, des phénomènes simplement nerveux développés sous l'influence de la chloro-anémie.

Les résultats donnés par le traitement sont venus confirmer le diagnostic. Je prescrivis le fer, les bains sulfureux alternant avec les douches froides, le massage, les mouvements artificiels, et l'application de l'électricité sur tout le membre, enfin une bonne alimentation et un peu de mouvement actif. La malade se leva bientôt et, soutenue sur des béquilles et aidée par des voisines, elle fit quelques pas dans la salle. Aujourd'hui, 23 juin, malgré une attaque d'hystérie survenue il y a peu de jours, la malade est considérablement améliorée. Tout fait espérer qu'elle arrivera promptement à une guérison complète.

Cataracte double opérée; synchysis étincelant. — Salle Saint-Jean, n° 5. Pierre Chevalier, 56 ans, sabotier, demeurant à Paris, 6, rue du Bon-Puits, né à Courtet (Corrèze).

Le malade, doué d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'ophthalmies. Sa vue était bonne, meilleure cependant, pour le travail, de l'œil gauche que de l'œil droit. Il y a trois ans environ qu'une cataracte commença à se développer dans l'œil gauche, et se compléta dans l'espace d'une année; il continua néanmoins à travailler avec l'œil droit seul jusqu'au 25 novembre 1856, époque à laquelle le travail devint impossible, l'œil droit étant également atteint d'une cataracte qui ne fut complète que dans le courant de janvier 1858.

Il entra à l'hôpital le 19 octobre 1857, et, trois jours après, M. Verneuil pratiqua l'opération de la cataracte de l'œil gauche par extraction : le résultat immédiat fut excellent, et, pendant quelques jours, il ne survint aucun accident; mais bientôt le malade, peu intelligent et surtout peu docile, se livra à des mouvements intempestifs qui amenèrent la déchirure de la cicatrice et une violente inflammation de l'œil. Malgré le traitement le plus actif, les accidents marchèrent et se terminèrent par la fonte du globe qui est aujourd'hui réduit à un petit moignon aplati occupant le fond de l'orbite.

Les accidents déterminés par l'indocilité du malade décidèrent le chirurgien à recourir à une autre méthode opératoire pour l'œil droit; c'est donc avec l'aiguille que cette cataracte fut abaissée le 8 février 1858; il y eut peu d'inflammation, et au bout de peu de temps la vision était bonne. Mais bientôt survint une opacité capsulaire ronde, qui, actuellement, a environ 2 millimètres de diamètre et qui, heureusement, n'est pas centrale; elle est située un peu en dehors et au-dessus du diamètre horizontal de l'œil; depuis trois mois cette opacité n'a pas fait de progrès, elle ne gêne pas considérablement la vision. De cette opacité naissent des prolongements filiformes, constitués par des débris capsulaires opaques; ils sont au nombre de cinq ou six, affectant diverses directions et ne paraissant pas avoir aucune mauvaise influence sur la vision.

Dans les mouvements du globe, on aperçoit flottant dans le corps vitré liquéfié des fragments de cristallin, montant et descendant rapidement : ils sont mélangés de petites paillettes linéaires, longues de 1 à 2 millimètres, brillantes, d'un jaune d'or; la plupart de ces paillettes sont mobiles et simulent une pluie d'or, mais quelques-unes sont fixes dans la moitié inférieure de la pupille largement dilatée; elles occupent surtout le côté externe, au-dessous et en dehors de l'opacité capsulaire. En ce point on aperçoit deux traînées de 3 à 4 millimètres de long, situées horizontalement, parallèles entre elles, et séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1 millimètre environ, linéaires, d'un jaune éclatant, brillantes comme un fil d'or.

Lorsque dans les mouvements de l'œil les fragments du cristallin en voie de résorption viennent à passer dans le champ pupillaire, le malade voit des mouches noires qui ne sont pas très opaques et ne le gênent que très peu, à ce qu'il dit. Phénomène assez singulier, il n'y pas chez ce malade de *tremulus iridis*, et cependant il n'a plus de cristallin et son corps vitré est liquide; peut-être cette absence de tremblement tient-elle à ce que l'iris est assez fortement rétracté vers ses attaches ciliaires, bien que l'emploi de l'atropine soit suspendu depuis longtemps. Cependant, quand on se place devant le grand jour, la pupille se contracte un peu, mais lentement, et on n'observe pas de tremulus iridis.

M. Sichel décrivit le premier cette maladie sous le nom de *spinthéropie;* M. Desmarres, qui lui donna le nom de *synchysis étincelant*, crut d'abord que les paillettes brillantes étaient formées par des plis de l'hyaloïde, hypothèse inadmissible, car les mouvements de ces paillettes, qui simulent quelquefois très bien une pluie d'or, sont incompatibles avec cette idée. Ce sont des cristaux de cholestérine, comme l'avait annoncé M. Malgaigne, semblables à ceux que l'on retrouve dans d'autres hydropisies des séreuses, l'hydrocèle, par exemple. Ces paillettes sont tantôt complétement libres dans le corps vitré liquide, tantôt elles adhèrent à l'hyaloïde et présentent, comme chez notre malade, une fixité qui explique, jusqu'à un certain point, la première hypothèse proposée par M. Desmarres sur la nature de cette maladie.

Le synchysis simple ou simple ramollissement du corps vitré, est assez fréquent chez les vieillards : bien qu'il puisse exister sans altération notable de la vision, cependant il est quelquefois compliqué d'une congestion chronique de la choroïde. Le synchysis étincelant ou ramollissement du corps vitré avec production de cholestérine semble lié, le plus souvent, à une congestion, à une inflammation chronique des membranes internes; aussi est-ce surtout après les opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille qu'on a observé cette singulière maladie. Cependant j'ai, dans la séance de l'Académie de médecine du 27 juillet 1847, rapporté l'observation d'une malade atteinte de synchysis étincelant, chez qui il n'y avait pas eu d'opération de cataracte, mais le cristallin luxé était tombé dans la chambre postérieure, la vision s'était notablement affaiblie, et la malade présentait tous les symptômes d'un amblyopie congestive. Quelquefois la cholestérine disparaît peu à peu, ce qui semble indiquer la cessation de la phlegmasie; M. Desmarres a signalé un fait de ce genre. Mais, dans certains cas, et particulièrement chez notre malade, le pronostic doit être très réservé : en effet, la paresse de la pupille et les hémicrânies fréquentes auxquelles il est sujet semblent indiquer un état d'inflammation, de scléro-choroïdite qui pourrait, à la longue, se terminer d'une manière fâcheuse. On ne connaît aucun moyen thérapeutique à opposer à cette maladie.

Sur une forme rare de fracture de clavicule. — Chez l'adulte, les fractures de clavicule, résultat ordinaire d'une chute ou d'un coup, sont presque toujours obliques; le périoste est déchiré; il y a du déplacement des fragments, l'externe est attiré en bas, en dedans et en avant par l'action tonique du muscle grand pectoral et par le poids du moignon de l'épaule. Quelquefois chez l'adulte, mais plus fréquemment chez l'enfant, la fracture de clavicule se fait en rave, le périoste est conservé, et, par conséquent, il n'y a pas de déplacement.

C'est le cas d'un petit garçon, maigre et chétif, âgé de 16 ans, mais n'en paraissant avoir que 9 ou 10 au plus. Il est apprenti doreur; dans son atelier, il tomba en avant, et la clavicule gauche porta sur le bord d'une table; il y a donc chez lui cause directe. Il n'y eut pas de déplacement, mais le petit malade souffrait dans un point fixe de l'os, et les mouvements du bras augmentaient cette douleur. Quand il vint à l'hôpital, nous pûmes constater que la clavicule présentait son aspect normal; il n'y avait pas trace d'ecchymose, aucune saillie, aucune dépression; mais, en explorant l'os dans sa longueur, à l'aide d'une pression modérée des doigts, nous trouvâmes un point douloureux sur lequel on percevait une légère mobilité. Toutes les fois qu'un os long, ayant subi une violence extérieure sans qu'il en résulte aucune déformation, reste le siége d'une douleur sur un point très limité de son trajet, ce symptôme suffit pour faire soupçonner une fracture; cela est très ordinaire pour les os longs et grêles comme les côtes, le péroné, la clavicule.

Chez notre petit malade, il y a donc à la partie moyenne, et un peu en dehors de la clavicule, un point fixe douloureux, sur lequel on perçoit une légère sensation de mobilité; mais il n'y a pas de déplacement, le périoste est donc intact; aussi faut-il bien se garder d'imprimer aux fragments des mouvements trop énergiques, dans le but de reconnaître la crépitation, on déchirerait le périoste et l'on augmenterait la gravité des accidents. Il faut se contenter de soutenir le bras contre la poitrine, en recommandant au malade de ne pas se servir de ce membre, précaution fort utile, car il n'y a pas de déplacement, la douleur n'est pas très vive, et le patient, croyant ne pas avoir une fracture, pourrait se livrer à des mouvements intempestifs.

Voici ce qui se passe au bout de quelques jours : les tissus qui environnent le point de l'os fracturé s'enflamment, le périoste se gonfle et constitue une virole saillante qui unit les deux fragments et les maintient au contact. La formation de cette virole vient confirmer le diagnostic porté dès l'abord, et confirmer en certitude les soupçons qu'avait fait naître la douleur localisée, qui, avec une légère mobilité, constitue au début le seul symptôme appréciable.

J'ai vu des cas où le malade venant à l'hôpital huit ou quinze jours après l'accident, il ne restait plus que la virole saillante circulaire dont on ne pouvait pas bien apprécier la nature, d'autant plus que les malades ont souvent oublié qu'ils ont fait une chute ou reçu un coup. Il est bon d'en être averti, car on pourrait prendre cette saillie pour une périostite ou une exostose; on reconnaîtra que c'est une virole constituant un cal provisoire à une fracture, en imprimant à l'os des mouvements que l'on pourra facilement apprécier, cette virole n'étant encore que fibreuse ou cartilagineuse. Il m'est, en effet, plusieurs fois arrivé de constater des faits semblables. Peu à peu cette virole s'ossifie et fait place à un cal définitif peu volumineux.

Les fractures ordinaires de la clavicule ne s'accompagnent presque jamais de la production de cette virole provisoire, qui se trouve seulement dans les cas de fracture avec conservation du périoste.

Tous les phénomènes que nous venons d'énumérer se sont, en effet, produits chez notre petit malade; au bout de quelques jours est survenu un gonflement du périoste; au niveau de la fracture, on sentait à travers la peau une virole dure, assez volumineuse, circulaire; toute mobilité des fragments avait entièrement disparu. Ce gonflement diminua graduellement, et le malade quitta l'hôpital après un séjour de deux semaines. On ne sentait plus alors au niveau ds la fracture qu'une légère saillie circulaire formée par le cal.

Dr A.-P. Doumic.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

LA VACCINATION CHEZ LES ADULTES (1);

Par M. le docteur Zandyck.

M. le docteur Zandyck, ayant eu occasion de vacciner un assez grand nombre de militaires, voulut mettre cette circonstance à profit pour éclairer un point de science qui n'a pas été suffisamment étudié. La vaccine se développe-t-elle chez l'adulte comme chez l'enfant? A-t-elle la même évolution chez l'un et chez l'autre? Est-il indifférent de vacciner les adultes avec du vaccin pris sur des enfants ou sur des adultes, et réciproquement? Telles sont les questions que s'est posées notre savant confrère. Voici maintenant les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° La vaccination des adultes diffère essentiellement de celle des enfants par les caractères physiques des pustules, leur peu de vigueur, le peu d'importance des phénomènes généraux qui accompagnent leur développement. Ainsi la coloration de l'aréole a toujours été moins vive, et il n'y a jamais eu de fièvre. De plus, M. Zandyck a trouvé que les succès du premier coup étaient beaucoup moins rares que ne l'avait dit M. Bousquet. Soixante-dix vaccinés ont donné trente-cinq succès après une première vaccination, huit après une seconde, quatre après une troisième, et vingt-trois insuccès.

2° La transmission du vaccin d'adulte à adulte produit rarement de belles pustules inoculables. Il est de toute nécessité, pour obtenir un bon succès, de recueillir le fluide sur les boutons d'un jeune enfant qui offrira les meilleures garanties de santé. En passant, M. Zandyck exprime l'opinion de l'affaiblissement progressif du vaccin, alors qu'un bouton a déjà fourni beaucoup de fluide.

Enfin, comme question subsidiaire : 3° Il est indifférent de déposer le liquide sous l'épiderme ou de le faire pénétrer plus profondément.

(1) Chez Labé, libraire-éditeur.

EMPLOI DU MASSAGE DANS LE TRAITEMENT DU SCLÉRÈME DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS;

Par M. Legroux.

Obs. I. — Une femme est accouchée, le 23 juillet, d'un enfant non à terme (sept mois). A la visite du 24, on constate que l'enfant est maigre, chétif, d'une faiblesse générale extrême, d'un développement incomplet; son cri est à peine accentué, il ne prend pas le sein. La peau présente une coloration rouge intense presque générale, se rapprochant beaucoup du noir aux extrémités inférieures et supérieures. Le corps est froid et dur; la dureté et la réfrigération sont manifestement plus grandes dans le point où la coloration est plus foncée. Les pulsations de l'artère radiale sont impossibles à noter; les battements du cœur sont à peine perceptibles. Traitement manuel : massage, agitation musculaire, provocation artificielle de la respiration, etc. Une amélioration immédiate se manifeste; le cri de l'enfant semble se réveiller; les mouvements d'élévation du thorax sont visibles. On répète cette manœuvre plusieurs fois par jour; on enveloppe l'enfant de flanelle chaude; on lui donne un bain aromatique, et on lui verse dans la bouche quelques cuillerées de lait. Le 26, on lui injecte dans l'estomac 200 grammes de lait en deux fois. Le 27, la coloration du corps a disparu; aux pieds, aux mains, elle est notablement diminuée; chaleur revenue, mouvements respiratoires assez amples; les fonctions s'exécutent bien. Le 30 août, plus de trace de coloration violacée.

Obs. II. — L'enfant présente à peu près les mêmes particularités. En cinq jours, le massage, l'agitation musculaire, la gymnastique des membres ramène la coloration normale et l'exercice régulier des fonctions. Le cri, la chaleur, la respiration, tout est revenu, et l'enfant prend le sein. On n'en continue pas moins le traitement pendant trois jours encore. — (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1858.)

KYSTE DE L'OVAIRE DÉVELOPPÉ SIMULTANÉMENT AVEC LA GROSSESSE. — GUÉRISON RADICALE PAR UNE SEULE INJECTION IODÉE;

Par le docteur Lacroix, de Béziers.

Une femme était, depuis 2 ans, affectée d'un kyste de l'ovaire gauche, et la tumeur, grosse comme la tête d'un enfant à terme, était restée complétement stationnaire pendant ce temps. Cette femme devint enceinte, et le kyste commença à se développer avec une rapidité assez grande pour forcer la malade à ne pas quitter le lit pendant les deux derniers mois de sa grossesse; à terme, le ventre mesurait une circonférence quatre fois plus grande que dans une grossesse simple. Lorsque le médecin fut appelé, la femme X... souffrait depuis cinq jours des douleurs de l'enfantement sans pouvoir accoucher, et, à chaque douleur, elle vomissait des matières verdâtres extrêmement amères. Le col de l'utérus était peu dilaté, mais très dilatable. L'enfant se présentait par le sommet, au détroit supérieur; la poche des eaux était intacte.

Une première ponction exploratrice amena quelques gouttes d'un liquide visqueux et transparent et fut immédiatement suivie d'une ponction définitive qui laissa écouler *seize litres et demi* d'un liquide albumineux et filant comme de l'huile. Au bout de peu de temps, les douleurs devinrent plus vives et plus normales, et, dix heures après, la malade accoucha spontanément d'une petite fille bien développée. Au bout d'un mois, le liquide s'était reproduit en pareille quantité, l'amaigrissement était extrême; les vomissements verdâtres étaient revenus. Une nouvelle ponction donna quinze litres d'un liquide moins visqueux et plus transparent.

Trois semaines après, il fallut en revenir à une nouvelle ponction; comme l'amaigrissement allait en augmentant, le docteur Lacroix résolut de la faire suivre d'une injection iodée, d'après une formule de M. Boinet :

Teinture d'iode	150 grammes.
Iodure de potassium. . . .	4 —
Eau distillée.	150 —

Le liquide extrait par cette troisième ponction n'était plus visqueux, et l'acide nitrique n'y précipita que quelques légers flocons. L'injection fut pratiquée, l'orifice de la canule fermé pendant dix minutes, et le ventre malaxé. Pas une goutte de l'injection ne sortit ensuite, quelque effort que l'on fît dans ce but. Il n'y eut, malgré cela, qu'une très légère inflammation, qui disparut le sixième jour; à cette époque, le ventre renfermait une tumeur dure, sensible à la pression, du volume d'un melon. Quinze jours après l'état général s'était déjà amélioré. Au bout de six semaines, la tumeur n'a plus que le volume du poing; l'appétit est excellent. L'amélioration progressive ne fut point entravée par un énorme abcès sous l'aisselle droite, amené par la suppression de l'allaitement; et le 1er mai, trois mois après l'injection iodée, tout était rentré dans l'ordre chez la malade; elle avait repris son embonpoint ordinaire. — (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1858.)

LUXATION SPONTANÉE DU CRISTALLIN; RÉDUCTION AU MOYEN DE L'ATROPINE;

Par M. le docteur MAHIEUX.

Voici l'analyse de cette observation si remarquable :

Un homme de 65 ans avait perdu l'œil droit depuis vingt ans; l'œil gauche avait conservé l'intégrité de ses fonctions, lorsque, il y a quinze mois, des troubles de la vision se manifestèrent subitement et sans cause connue. Au bout d'un an, nouveaux symptômes ainsi caractérisés : le malade ne voyait plus que les objets faiblement éclairés et seulement ceux placés en haut. Ceux qui étaient vivement éclairés et ceux qui étaient placés au bas n'étaient plus aperçus. Il arrivait même que des objets d'abord bien distingués disparaissaient tout à coup derrière une sorte de voile noir.

A l'examen de l'œil, M. le docteur Mahieux constata que la moitié inférieure de la chambre antérieure de l'œil était occupée par le cristallin. Ce corps, parfaitement mobile, avait ses bords découpés et dépassait par son bord supérieur le centre de la pupille. Cette position, jointe à la mobilité de l'organe, expliquait suffisamment les troubles singuliers de la vision. La résorption de ce cristallin paraissait fort douteuse, puisqu'il n'avait rien perdu depuis quinze mois; l'extraction en pouvait être dangereuse, puisque l'autre œil était déjà perdu. M. le docteur Mahieux songea donc à le réduire, et voici comment il s'y prit : Le malade fut couché sur le dos; plusieurs instillations de sulfate d'atropine furent faites et la pupille se dilata graduellement, grâce au ralentissement des fonctions de l'iris occasionné par le contact prolongé du cristallin. Au bout de deux ou trois heures, le cristallin, amené au centre de la pupille à l'aide des mouvements de la tête appropriés, s'engagea dans l'ouverture et tomba dans la chambre postérieure. Le lendemain, le malade avait recouvré la vue dans toute sa perfection, il voyait également bien en haut et en bas, et quelle que fût l'intensité de la lumière; il distingue nettement la coloration des objets, mais il lui reste la presbytie qu'il avait avant tous ces accidents et quelques mouches noires qui, de temps en temps, traversent le champ de la vision. Quinze jours après, l'inflammation de la conjonctive a disparu, la dilatation physiologique de la pupille s'exécute bien, et la lecture est facile. — (*Moniteur des hôp.*, avril 1858, et *Bulletin de thérap.*)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* l'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans l'UNION MÉDICALE du 18 mai dernier un article extrait de l'*Abeille* du 19 avril, ayant pour titre : *Hygroma de la bourse séreuse anti-rotulienne, guéri par des badigeonnages à la teinture d'iode*, par M. le docteur Baudisson.

Depuis trois ans, j'emploie avec succès dans mon établissement de Bouquéron une médication locale analogue contre les hydarthroses en général.

Le procédé dont je me sers intéressera peut-être vos lecteurs, et c'est surtout dans cette prévision que je vous adresse cette note.

J'imprègne de teinture d'iode un pinceau gros comme le doigt indicateur, et formé par une bande de drap roulée, et pour conserver l'expression de M. le docteur Baudisson, je badigeonne toute l'articulation malade jusqu'à ce que la peau ait pris une teinte brune très foncée. Immédiatement après, j'applique une compresse de linge en six ou huit doubles, trempée dans l'eau froide et bien tordue, que je fixe ensuite avec une bande de flanelle, en ayant soin d'exercer sur toute l'articulation une compression douce et méthodique.

Ce pansement est renouvelé deux fois par jour. Exercice très modéré; le repos absolu n'est pas de rigueur.

La teinture d'iode provoque la chute de l'épiderme seulement, et l'on ne tarde pas à obtenir une amélioration très sensible.

Je fais ordinairement administrer en même temps des douches froides, et la guérison marche plus rapidement avec le secours de cet adjuvant. Néanmoins, je crois qu'il serait facile de s'en passer, et que les résultats, pour être moins prompts, n'en seraient pas moins satisfaisants.

Je vous transmettrai dans quelques jours des observations sur la petite médication locale que je viens de vous exposer.

Agréez, etc.

Dr Armand REY,
Médecin-directeur de l'établissement de Bouquéron près Grenoble (Isère).

Paris, 30 juin 1858.

Monsieur le rédacteur,

L'UNION MÉDICALE du 22 juin dernier publie une lettre du docteur Jubiot (1), datée de Marseille, le 29 mai dernier. Cette lettre fait connaître à vos lecteurs que M. T... a bu en un seul trait une demi-bouteille de sirop antiphlogistique préparé par Briant, et que, satisfait du bien-être qu'il en avait obtenu, M. T... en avait, peu de temps après, avalé de la même manière une deuxième demi-bouteille, dont il s'était trouvé sérieusement indisposé, mais que cette indisposition, qualifiée selon nous bien sévèrement par M. Jubiot, d'empoisonnement, avait cédé *rapidement* aux moyens conseillés par ce médecin. Ladite lettre fait comprendre aussi que M. T..., victime de son regrettable entraînement, était rétabli non seulement de l'accident, mais aussi de l'affection pour laquelle il avait pris le sirop antiphlogistique.

Nous venons vous prier, Monsieur le rédacteur, d'accueillir quelques explications qui atténueront sans doute le préjudice que peut nous causer la publicité donnée à la lettre de M. le docteur Jubiot.

Notre préparation, depuis bien longtemps répandue, est d'un usage quotidien alors qu'il s'agit de ces indispositions sans gravité, qui se guérissent par un régime hygiénique et dont le sirop antiphlogistique ne fait qu'abréger la pénible durée. En dehors de ces indispositions, nous partageons entièrement l'avis de M. le docteur Jubiot, et nous disons avec lui : *qu'il est dangereux de n'avoir pas recours à son médecin quand il y a lieu;* nous ajouterons seulement que, lorsqu'un médecin rencontrera lui-même un malade aussi désireux de guérir que M. T..., et qui, par exemple, prendra en cinq minutes une potion calmante qui devrait être prise en vingt-quatre heures, ce médecin n'aura absolument aucun moyen de se mettre à l'abri d'accidents bien plus graves que ceux éprouvés par M. T...

Quant au sirop antiphlogistique *préparé par nous*, sa vertu principale réside dans une forte dose de coquelicot, papavéracée, dont l'énergique propriété calmante est bien connue. Ainsi s'expliquent les phénomènes observés dans le cas rapporté et qu'il ne faut attribuer qu'à une indigestion et à l'abus fait d'un sirop dont la parfaite innocuité est constatée par l'usage général qu'on en fait, et attestée par l'examen de l'Académie de médecine, de même que par l'analyse de MM. Chevalier, O. Henry et Lassaigne qui, dans leur rapport à la Cour impériale de Dijon, le 21 janvier 1854, concluent en ces termes :

« 1° Que le sirop du docteur Briant, désigné sous le nom de *sirop* » *antiphlogistique ou contre les inflammations*, NE RENFERME AUCUN » PRINCIPE NUISIBLE OU DANGEREUX.

» 2° Qu'il est préparé avec des principes extractifs retirés de *plantes* » *jouissant de propriétés* ADOUCISSANTES ET CALMANTES *qui le rendent* » *propre à l'usage pour lequel il a été composé.* »

Veuillez agréer, etc.

L. LAMOUROUX et PUJOL,
Succ. de M. Briant, pharmaciens à Paris.

(1) L'auteur de cette observation est, en effet, M. le docteur Jobiot et non Julécot, comme cela a été imprimé par erreur. — (*Note du rédacteur en chef.*)

COURRIER.

HOMŒOPATHIE EN ANGLETERRE. — Nous avons, dans un précédent numéro, rapporté un petit fait qui s'est passé récemment à Philadelphie, et qui prouve ce que peut l'esprit de corps pour sauvegarder la dignité de la profession. Il existe en ce moment dans le public médical anglais une de ces *agitations* lentes, mais puissantes à la longue, si familières à nos voisins, et qui montrerait une fois de plus, s'il était nécessaire, qu'en Europe comme en Amérique, le sens moral est vivace dans notre corporation et n'a besoin pour se manifester que d'une occasion favorable; or, voici l'occasion.

Un gentleman des environs de Stamford, souffrant d'une affection des organes génito-urinaires, était soigné par le docteur Philbrick, chirurgien recommandable du voisinage. Le malade, fatigué de souffrir ou encouragé par sa famille, demanda qu'un médecin homœopathe fût appelé et partageât avec le chirurgien la direction du traitement. Son choix s'était fixé sur M. Bell, homœopathe, ou, comme on dit en Angleterre, *globuliste*, à Londres. Le docteur Philbrick refusa positivement de continuer ses soins, déclarant qu'il était contre sa conscience d'accepter la coopération d'un confrère dont il repoussait tout au moins les doctrines. Le médecin homœopathie vint donc seul, mais, comme l'intervention d'un chirurgien lui paraissait nécessaire, il eut recours à un docteur Jackson, qui opéra sous sa direction. Cependant, la maladie ne s'améliorait pas, des complications graves étaient survenues, la famille et le malade insistèrent pour que le professeur Ferguson fût mandé. Le célèbre chirurgien fit en effet une visite ou une opération en compagnie du médecin homœopathe et du docteur Jackson.

L'opinion publique s'émut et craignit l'influence que pourrait exercer l'exemple d'un homme placé aux plus hauts rangs de la science. Le fait fut déféré à la presse, le plus vigilant des tribunaux de l'Angleterre, qui demanda au professeur Ferguson des explications. Il répondit dans une courte lettre, qu'il ne se trouvait pas en consultation avec les homœopathes, mais que, dans ce cas urgent, il n'hésitait pas à sacrifier à l'intérêt du malade ses sympathies ou ses antipathies; que, dans l'espèce, il avait paré à une nécessité impérieuse, n'avait en rien conféré sur le traitement et n'avait jamais revu ni le malade, ni le médecin.

Cependant, et malgré la réponse catégorique de Ferguson, la question de déontologie avait été soulevée : et de toutes parts on se demanda quelle était la règle de conduite à tenir en pareille occurrence.

Les médecins d'Édimbourg n'avaient pas attendu qu'un cas particulier fît sentir l'utilité de fixer sur ce point la conduite à tenir par les médecins. Dès 1851, les colléges de médecine et de chirurgie assemblés, sous la présidence du docteur Syme, avaient pris la résolution suivante : Tout membre ou licencié d'un des colléges qui consultera avec un homœopathe encourt de droit la censure de la Compagnie. La Société des médecins de Southampton et d'autres corporations locales viennent de suivre cet exemple et de s'engager sur l'honneur à n'avoir de consultation ni avec les homœopathes ni avec les somnambules.

Aujourd'hui, la presse médicale anglaise est unanime à s'associer à ce mouvement, et les adhésions se multiplient.

Les raisons qu'on fait valoir sont exprimées en termes si vifs, que nous nous dispensons de les reproduire dans leur forme. Au fond, elles sont inattaquables et peuvent se réduire à une seule considération : Il est concevable qu'un homœopathe se trompe et soit convaincu, il n'est pas permis à un médecin, qui n'a pas de convictions pour excuse, de participer à des erreurs qu'il répudie dans sa pratique.

Consulter avec un homœopathe, en suivant la qualification plus sévère des Anglais, avec un *quack*, homœopathe, somnambule ou autre, c'est manquer à la loi morale, c'est établir une barrière infranchissable entre les confrères qui se respectent et celui qui a abdiqué.

Les choses en sont à ce point, et avec les aspirations actuelles de l'Angleterre vers une organisation médicale qui offre de meilleures garanties, il n'est pas douteux que les résolutions prises par les divers comités de médecine ne finissent par devenir, pour tous, une loi absolue, et par en constituer un article fondamental de la jurisprudence professionnelle. — (*Archives générales de médecine.*)

— On lit, dans le journal du collége des docteurs de Vienne (*Œsterreichische Zeitschrift für pratische Heilkunde*), la mention suivante : « La Société des veuves de la Faculté de médecine vient d'acheter la maison du n° 514 sur la Landstrasse. » Cette simple nouvelle n'est pas sans intérêt et surtout sans actualité. Il s'agit, en effet, de l'installation d'une Association médicale, dans le but de venir en aide aux veuves des docteurs en médecine reçus à la Faculté de Vienne. Par une innovation qui a ses bons côtés, le domicile du médecin est mis hors de cause, et, lors même qu'il a dû se séparer de l'*alma parens* universitaire pour exercer dans les provinces les plus éloignées, il reste attaché à l'université où il a pris ses grades par le lien du souvenir et par celui de l'Association charitable. — (*Archives générales de médecine.*)

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 80. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 8 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.................. 32 Fr.
6 Mois................ 17
3 Mois................ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 JUILLET 1858.

BULLETIN.

SIMPLES NOTES SUR LES ORATEURS DE L'ACADÉMIE.

Elle est close enfin cette longue discussion sur la fièvre puerpérale, et M. Guérard, qui l'avait ouverte, a eu l'honneur de la fermer. On avait annoncé que cet honorable membre ferait un résumé de ces débats ; si telle était l'intention de M. Guérard, il faut reconnaître que le fait a trahi l'intention, car à la place d'un résumé, c'est un nouveau discours que nous avons entendu, discours dans lequel M. Guérard a très ouvertement défendu la doctrine de l'essentialité. De cela, certainement, M. Guérard n'est pas blâmable, il était bien libre d'adopter l'opinion qui lui paraît la mieux fondée ; mais on s'est étonné qu'acceptant le rôle de rapporteur, M. Guérard se soit très complaisamment étendu sur les arguments propres à appuyer ses opinions, et très légèrement ait glissé sur ceux qui leur étaient contraires. M. Guérard, en effet, a développé avec luxe la doctrine de MM. Paul Dubois, Danyau et Depaul ; mais à peine a-t-il indiqué celles de MM. Bouillaud, Trousseau, Cazeaux, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Guérin ; à peine a-t-il fait mention des beaux travaux qu'en dehors de l'Académie cette discussion a fait naître, quelques-uns même ont été complètement passés sous silence.

Nous reconnaissons, d'ailleurs, que M. Guérard a rempli avec talent la difficile mission qu'il s'était imposée. En terminant son discours, il a fait valoir avec discrétion les avantages qu'il a cru reconnaître dans cette discussion ; nous aurions mauvaise grâce à le troubler dans sa satisfaction très contenue ; seulement, si petite qu'elle soit, nous ne pouvons la partager.

Amédée LATOUR.

Nous étions bien informé en annonçant que la commission chargée par M. le ministre de l'instruction publique d'examiner la question du rétablissement du baccalauréat ès-lettres pour les candidats au grade de docteur en médecine, avait conclu pour l'affirmative.

Nous apprenons que la question a fait un pas considérable de plus. Dans sa dernière séance, qui a eu lieu lundi dernier, le Conseil impérial de l'instruction publique, à la majorité imposante de 26 voix contre 3, a voté le rétablissement du baccalauréat ès-lettres. Si nous sommes bien renseigné, M. le ministre de l'intruction publique se serait montré complétement édifié par les motifs qui ont été présentés en faveur du rétablissement de ce grade ; tout fait croire qu'il sera très prochain.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que M. le professeur Denonvilliers, qui remplit par intérim les fonctions de M. Bérard empêché, a puissamment contribué à ce résultat. — A. L.

THÉRAPEUTIQUE.

DU LINIMENT OLÉO-CALCAIRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE ;

Par le docteur TOURNIÉ.

L'érysipèle, sans être une maladie d'une gravité absolue, n'en est pas moins une affection sérieuse qui peut, soit à cause de son étendue, soit à cause du siége qu'il occupe, revêtir un caractère inquiétant. Je ne parle pas de l'érysipèle phlegmoneux, de l'érysipèle gangréneux, qui constituent toujours une maladie des plus graves. Je ne veux parler que de l'érysipèle simple, de l'érysipèle exanthémateux, parce que ce n'est que sous cette forme que j'ai eu occasion de le traiter ; mais cette forme même exige une grande surveillance, des soins éclairés. Aussi, de tout temps, le traitement de l'érysipèle a-t-il exercé la sollicitude des médecins qui se sont occupés, à l'envi, de trouver les moyens les plus efficaces et les plus prompts pour en arrêter les progrès. De mon côté, j'ai dû, dans une circonstance grave, chercher un de ces moyens. Connaissant l'infidélité de la plupart de ceux qui avaient été préconisés et le danger de quelques-uns ; trouvant d'ailleurs une certaine analogie dans les phénomènes externes de la brûlure et ceux de l'érysipèle, il me sembla que le topique qui réussissait si bien dans les brûlures, pourrait avoir le même succès contre l'érysipèle ; ce topique, on le devine déjà, c'est le liniment oléo-calcaire, composé de parties égales d'huile d'amandes douces et d'eau de chaux.

Ce liniment a un avantage manifeste sur tous les autres moyens dont on a fait usage dans le traitement de l'érysipèle. Ainsi, les vésicatoire, l'onguent mercuriel, les cautérisations, les solutions de sulfates de fer, sont les moyens les plus actifs que l'on ait mis en pratique. Ils présentent tous, chacun dans sa spécialité, des inconvénients et quelquefois des dangers qu'il est inutile d'énumérer, mais que l'on peut pressentir, si déjà l'on n'en a fait la fâcheuse expérience, tandis que le liniment oléo-calcaire, exempt des mêmes dangers, est d'une application très facile et très agréable au malade ; il peut être employé sur toute la surface du corps, aussi bien sur la tête, sur le visage, que sur les autres régions. Nous pensons donc que, se recommandant par son efficacité d'abord, et par la facilité de son application, les praticiens doivent lui donner la préférence, et qu'ils y trouveront des succès que les autres moyens thérapeutiques leur refuseraient.

Dans une circonstance grave, j'eus recours à ce liniment, sans négliger le traitement général, auquel il faut, selon moi, toujours s'adresser dès le principe ; les vomitifs, les purgatifs forment, ce me semble, le meilleur des traitements généraux. Cet essai modifia si rapidement la maladie, que j'en fus émerveillé ; et je me promis bien de le continuer à la première occasion favorable. Elle ne se fit pas attendre. Par un hasard singulier, quelques jours après, j'eus encore à traiter un érysipèle, qui fut suivi de plusieurs autres, à tel point que, depuis le 16 février 1857 jusqu'à la fin du mois d'avril, j'eus à donner des soins à cinq malades pour des érysipèles, dont quatre occupaient la face et un seul la jambe gauche.

La première personne pour laquelle je fus appelé était une dame âgée de 55 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant cessé d'être réglée depuis plusieurs années.

Le 16 février 1857, elle fut prise de frisson, de fièvre intense, avec céphalalgie, nausées et quelques vomissements.

Le lendemain, dans la soirée, j'aperçus sur le nez une rougeur légère, un peu diffuse, avec sensibilité à la peau. Quoiqu'il n'y eût pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, évidemment on avait affaire à un érysipèle commençant ; et, en effet, il fit des progrès si rapides, que, le lendemain, tout un côté de la face était envahi, et l'autre l'est en partie. Je prescrivis 5 centigrammes de tartre stibié avec 1 gramme d'ipécacuanha. Il y eut des vomissements abondants, après lesquels la céphalalgie fut moins intense. Comme topique, des fomentations sur toute la surface de l'érysipèle, avec une infusion de fleurs de sureau ; pour boisson, limonade citrique.

Le 19, l'érysipèle occupe toute la face et les oreilles. Le pouls est à 110, souple, régulier. Une bouteille d'eau de Sedlitz à 60 grammes, à prendre en deux jours. Les garde-robes furent abondantes et très bilieuses. Le pouls tomba à 100, la rougeur était moins vive, la peau du visage moins tendue, en un mot, une amélioration sensible s'était produite, et il semblait que la maladie fût en voie de guérison. Nous étions au septième jour, mais ce n'était qu'un temps d'arrêt, qu'une espèce de rémission.

Le neuvième jour, nouveau frisson, précurseur d'un nouvel érysipèle, ou plutôt de la continuation du premier. Le front, le cuir chevelu se cou-

---

Feuilleton.

ESSAI SUR LES PROGRÈS DE L'OPHTHALMOLOGIE

En Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Belgique, en Italie, en Grèce et en France (1).

Belgique.

La Belgique compte *sept* établissements spéciaux, *Instituts ophthalmiques*, répartis entre les différentes provinces du Royaume, et à la tête desquels se trouvent des hommes sinon spéciaux, du moins fort habiles, MM. Van Roosbrooke, J. Ausiaux, Hairion, etc. Au dire de M. Fallot, la Belgique possède un grand nombre de praticiens connaissant à fond l'oculistique, mais peu d'hommes en font leur pratique exclusive et prennent le titre d'oculistes. Le nom ne fait rien à l'affaire, et nous ne pouvons que féliciter nos voisins du rang honorable qu'ils ont pris en ophthalmologie : les affections oculaires trop fréquentes en Belgique ont fait aux médecins de ce pays une nécessité d'étudier sérieusement ces maladies, et l'énergique impulsion donnée à cette étude par Fl. Cunier a porté ses fruits. L'ophthalmie militaire, exerçant ses ravages non seulement dans l'armée, mais encore dans toute la population où le contact des militaires en congé a propagé la maladie, a éveillé l'attention du gouvernement, qui a opposé au fléau tous les moyens dont il pouvait disposer : des établissements spéciaux ont été créés, des médecins instruits ont été appelés à la direction de ces établissements, et insensiblement, la pratique sinon exclusive, du moins presque particulière des maladies des yeux, a donné à ces médecins des connaissances étendues sur cette partie de la pathologie. C'est ainsi que la Belgique est arrivée à posséder un grand nombre d'hommes éminents versés en ophthalmologie, à la tête desquels brille le savant comité de rédaction des *Annales d'oculistique*. Il nous semble bien pourtant que ce fait seul de la publication d'un journal spécial d'ophthalmologie à Bruxelles, journal qui a conservé le monopole des travaux d'oculistique de tous les pays, malgré les tentatives infructueuses de publication en France, en Angleterre et en Italie, donnait à penser fortement qu'il existait, en Belgique, un certain nombre de médecins oculistes faisant de l'ophthalmologie leur étude de prédilection ; mais M. Fallot affirme qu'il n'en est rien, qu'il n'y a pas, en Belgique, d'*hommes spéciaux*, et il le regrette, car « un homme n'a pas trop de tout son temps pour se tenir au courant de toutes les connaissances requises pour l'ophthalmologie. » Que M. Fallot se console, si la Belgique n'a pas d'*oculistes*, elle possède d'excellents *ophthalmologistes*, c'est donc une simple affaire d'*étiquette !*

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 juin et 1er juillet.

Italie, Grèce, Égypte.

De ces trois pays, je ne parlerai que très sommairement, tant j'ai hâte d'arriver à la France.

En Italie, Parme, Padoue, Turin, Milan, Naples, Palerme possèdent des chaires d'ophthalmologie ; s'il n'y a pas d'établissements spéciaux, il y a au moins, dans chacune de ces Universités, un hôpital dont une salle ou une division est exclusivement consacrée aux maladies des yeux et sert aux leçons de clinique oculaire : on a même organisé, à Naples, un service d'oculiste des pauvres, dont la direction est confiée, si je ne me trompe, au docteur Al. Quadri. Mais toutes ces institutions sont de date trop récente pour avoir encore donné des résultats bien satisfaisants, et surtout pour porter le moindre ombrage à la mémoire de Scarpa.

En Grèce, une chaire d'ophthalmologie vient d'être fondée à l'Université d'Athènes, elle est occupée par le docteur Anagnostakis, jeune et ardent travailleur, qui est venu compléter son instruction ophthalmologique à Vienne d'abord ; puis à Paris auprès de MM. Sichel et Desmarres. Je doute que, malgré ses efforts, M. Anagnostakis réussisse à jamais faire quelque chose de ses compatriotes, car pendant deux mois que j'ai passés à Athènes et au Pirée en 1856, j'ai trouvé un grand nombre de malades à qui j'ai proposé mes soins gratuits, j'ai même été jusqu'à leur offrir les médicaments et de l'argent pour faire accepter mes soins, ces superbes fils de Périclès et de Thémistocle retroussaient fièrement leurs moustaches, se drapaient dans leurs sordides haillons, mettaient mes *lepta* et mes *drachmes* dans leur poche, et refusaient obstinément même de se débarbouiller.

En Égypte, c'est autre chose ; les borgnes et les aveugles forment au moins un bon tiers de la population, et j'affirme que, si l'on examinait les yeux des deux autres tiers des indigènes, on pourrait compter ceux dont les conjonctives sont saines. Là, M. Anagnostakis a pu constater, comme moi-même, qu'il est impossible d'instituer aucune espèce de traitement ; on n'arrivera jamais à soigner ces gens-là, et l'on serait tenté de croire que l'ophthalmie est une des conditions nécessaires à leur existence.

France.

C'est avec un véritable sentiment de douleur que nous constatons en France l'absence de toute institution ophthalmologique patronée par le gouvernement, par la Faculté de médecine ou par l'administration des hôpitaux. Nous nous occuperons seulement de cette dernière. Un de mes bons amis, jeune chirurgien du Bureau central, se plaignait au directeur général que le service des maladies des yeux (car il y a un service spécial) ne soit confié à chacun des chirurgiens que pour un mois seulement ; c'est, disait-il, lorsque le chirurgien commence à acquérir un peu d'expérience par le grand nombre des malades qu'il a à traiter, c'est au moment même où il trouve le plus d'attraits à l'étude des maladies des yeux, et où, par conséquent, il commence à être le plus utile aux malades, qu'il est obligé de céder la place à un autre. Le directeur répondit gravement : Nous ne voulons pas de *spécialistes*, et si un chirurgien faisait seulement pendant une année le service des maladies des yeux, il y prendrait goût et ne voudrait plus faire autre chose. C'était déclarer hautement que l'administration des hôpitaux est anti-spécialiste. Eh bien ! je déclare qu'elle est spécialiste par excellence, spécialiste avec raffinement, et cette destination spéciale de différents hôpitaux de Paris ne saurait être trop louée, car c'est à cette mesure que nous devons les Ricord, les P. Dubois, les Depaul, les Cazenave, etc.

Quel but se proposait donc l'administration des hôpitaux en affectant l'hôpital Saint-Louis aux maladies de la peau, le Midi aux syphilitiques (hommes), Lourcine aux syphilitiques (femmes), etc. ? Est-ce parce qu'il y a nécessité à séparer l'ivraie du bon grain ? Est-ce pour empêcher la contagion ? Nous ne le pensons pas, c'est bien plutôt parce qu'il était convenable de réunir dans un même établissement les malades qui, réclamant le même genre de traitement, pouvaient être soumis plus facilement et plus économiquement aux mêmes règles hygiéniques et aux mêmes médications thérapeutiques. Personne ne niera que les maladies des yeux, en général, ne forment un groupe réclamant l'observation des mêmes règles hygiéniques qui constituent un élément important de la guérison et qu'il est impossible aux ophthalmiques de rencontrer dans les salles des hôpitaux généraux. Voyez, par exemple, dans quelles conditions déplorables se trouve un malheureux opéré de cataracte perdu dans un hôpital général ! A ce malade il faut le silence, le repos, une demi-obscurité, tandis qu'à son voisin, atteint d'ostéite, de nécrose, ou d'abcès strumeux, il faut l'air et la lumière : alors on isole le pauvre opéré, on ferme les rideaux de son lit, on les double, à grands renforts d'épingles, d'une étoffre noire ou verte, j'en ai même vu dont le lit était fermé en haut par une pièce d'étoffe qui, recouvrant le baldaquin, complétait la boîte dans laquelle ce malheureux était enseveli, avec 2 mètres cubes d'air pris sur une salle de 70 ou 80 lits, où se trouvait un grand nombre de plaies en suppuration. Dans quelles conditions se trouve ce pauvre malade ? N'est-ce pas là une des causes principales des nombreux insuccès de Roux dans ses opérations de cataracte ?

Mais revenons aux hôpitaux spéciaux de Paris, et en particulier à l'hôpital St-Louis, qui se prête mieux que tout autre au but que nous nous proposons : à St-Louis nous trouvons deux grandes divisions générales, médecine et chirurgie ; les salles de chirurgie reçoivent les nombreux blessés que fournissent les ateliers des quartiers environnants, sans distinction de maladie ; au contraire, dans les salles de médecine exclusive-

vrent d'un rougeur très vive; la peau de cette région est très douloureuse au toucher; le pouls s'élève à 120 pulsations.

Huile de ricin, 30 grammes; fomentations sur le front; onctions sur le cuir chevelu avec l'axonge bien fraîche.

L'érysipèle envahit la région postérieure du cou et les épaules. Le pouls conserve sa souplesse et n'augmente pas de fréquence. Cependant il y a une grande agitation nerveuse, de l'exaltation dans les idées, un véritable subdelirium.

M. le professeur Trousseau est appelé en consultation, et nous prescrivons 1 gramme de musc en vingt pilules, dont on prendra une toutes les heures. Sous l'influence de ce traitement, l'agitation spasmodique s'apaisa, la malade fut plus calme, mais l'érysipèle ne semblait pas vouloir arrêter sa marche.

C'est alors qu'il survint de la toux; et craignant le danger de continuer les fomentations froides sur la région postérieure de la poitrine, j'eus l'idée, par les raisons que j'ai déjà indiquées, de faire usage du liniment oléo-calcaire, qui sembla produire un excellent effet.

Dès ce moment l'érysipèle ne fit plus de progrès; cette espèce de chaleur mordicante qui agitait la malade diminua sensiblement. On faisait plusieurs fois par jour des onctions avec ce liniment sur la région enflammée, et on la recouvrait d'une ouate enduite de ce même liniment. Après quatre jours de ce traitement l'érysipèle fut guéri.

Y avait-il là simple coïncidence ou action réelle du topique? L'expériencee seule pouvait résoudre la question; il fallait attendre de nouveaux faits. Ainsi que je l'ai déjà dit, un hasard singulier vint me favoriser, puisque, en moins de deux mois, il se présenta quatre nouveaux érysipèles à traiter, et je ne manquai pas de faire usage du liniment dont je croyais avoir à me louer.

De ces cinq érysipèles, quatre occupaient la face et un seul les deux tiers du mollet d'une jambe assez volumineuse. Je n'entrerai pas dans des détails minutieux sur chacun de ces érysipèles; qu'il me suffise de dire qu'ils subirent tous le traitement général, d'abord par un vomitif, et ensuite par des purgatifs, soit avec l'huile de ricin, le sel d'epsum et l'eau de Sedlitz. Le liniment oléo-calcaire, comme traitement local, produisit l'effet que j'espérais. Après les premières applications, un amendement immédiat se manifesta dans la marche de la maladie, et le sixième jour, la guérison était opérée.

Parmi ces guérisons rapides, je ne puis m'empêcher de citer celle d'un érysipèle survenu chez une dame âgée de 80 ans, demeurant rue du Dragon. Je ne fus appelé à visiter cette malade que le troisième jour après le début de la maladie : tout le côté gauche de la face était envahi; les paupières de ce côté étaient gonflées, de manière que l'œil se trouvait complétement fermé. Déjà l'érysipèle avait gagné l'oreille, qui était très rouge et très douloureuse au toucher. Eh bien, aussitôt que les premières onctions avec le liniment oléo-calcaire eurent été pratiquées, et qu'on eut recouvert la région malade de ouate enduite de ce liniment, il y eut soulagement très prompt. L'érysipèle s'étendit encore un peu derrière l'oreille; mais, deux jours après les premières applications de ouate, il s'était arrêté, et il pouvait être considéré comme guéri, quoique, pendant plusieurs jours, il restât un peu de bouffissure du visage, sans rougeur de la peau.

Dans ce dernier cas, j'ai eu lieu de remarquer combien il est important d'insister sur les purgatifs, et de les répéter plusieurs fois pendant le cours de la maladie. Comme cette dame était d'un âge très avancé, dans la crainte de trop l'affaiblir, je ne la purgeai qu'une fois, avec 30 grammes de sulfate de magnésie; et puis, je ne l'avais vue pour la première fois que le troisième jour après la naissance de la maladie. L'érysipèle n'en fut pas guéri moins rapidement. Mais, plus tard, il survint certains accidents qui pouvaient être les suites de l'érysipèle, contre lequel le traitement général n'avait pas été suffisant. Un abcès se forma, quinze jours après, derrière l'apophyse mastoïde du côté opposé à celui de l'érysipèle; ensuite, un eczéma qui envahit une partie du cuir chevelu. Enfin, il me paraît bien certain et de la plus saine pratique, que plus les moyens qui sont dirigés localement contre l'affection érysipélateuse sont efficaces, plus la médication générale doit être active et énergique.

Quant à l'érysipèle de la jambe, les symptômes généraux furent très intenses : son apparition fut précédée d'un frisson d'une assez longue durée, auquel succéda une fièvre vive, avec 120 pulsations par minute, et une forte céphalalgie. Il y eut des vomissements bilieux abondants, avec une grande prostration de forces. A ma deuxième visite, qui était le troisième jour de la maladie, il n'y avait pas de changement dans l'état général; la malade me dit qu'ayant voulu se lever, elle avait éprouvé une douleur aiguë à une jambe; je demandai à la voir, et je trouvai au mollet de la jambe gauche, un érysipèle qui en occupait les deux tiers inférieurs. Il fut traité de la manière que j'ai indiquée, et le résultat fut satisfaisant, c'est-à-dire que l'inflammation de la peau ne s'étendit plus, et que, sous l'influence des purgatifs, l'état général de la malade s'améliora rapidement, en même temps que l'état local. Il y eut cependant cette différence entre la cure de cet érysipèle et ceux que j'avais déjà traités, que ce dernier laissa son empreinte pendant plusieurs jours encore, on peut dire, après sa guérison, puisqu'il n'y avait plus à la jambe ni chaleur, ni douleur, et que la malade n'avait plus de fièvre. Mais la jambe était restée colorée d'une rougeur foncée, congestive et œdématense. Cet état dura encore une huitaine de jours, pendant lesquels, du reste, la malade avait pu reprendre ses occupations de cuisinière.

Aux cinq faits observés dans l'année 1857, je puis en ajouter deux autres que je viens de traiter pendant le mois de mai 1858. L'un, sur une jeune fille de 15 ans, d'un tempérament lymphatique, mais généralement bien portante, forte et réglée depuis un an. Après deux jours de fièvre, de céphalalgie, de nausées, l'érysipèle a paru sur le nez et la lèvre supérieure qui était très gonflée.

Le traitement a consisté en onctions répétées avec le liniment oléo-calcaire, un vomitif avec 5 centigrammes de tartre stibié et 1 gramme d'ipécacuanha, deux purgatifs avec 30 grammes chaque fois d'huile de ricin. Le cinquième jour, la maladie était guérie; il ne restait plus qu'un peu de bouffissure de la joue gauche, et encore un léger gonflement de la lèvre, sans rougeur. La malade commençait à s'alimenter, et je ne l'ai pas revue.

Le second érysipèle a été observé sur un jeune homme de 24 ans, commis dans un magasin de nouveautés. Après les prodrômes ordinaires, l'érysipèle s'est manifesté, comme chez la dernière jeune fille, sur le nez et la lèvre supérieure. Lorsque j'ai été appelé pour voir ce malade, il y avait deux jours que l'érysipèle existait, et déjà il occupait le front et presque toute la joue gauche; les paupières étaient gonflées, et l'œil de ce côté était fermé. La fièvre était peu vive, il n'y avait au pouls que 90 pulsations par minute; mais la langue était très saburrale; le mal de tête était léger. Quoique à ce moment l'érysipèle fût assez étendu, surtout si l'on considère le peu de temps qui s'était écoulé depuis son début, aussitôt que les premières onctions du liniment oléo-calcaire ont été pratiquées, le malade a senti diminuer la chaleur sur les régions enflammées; la marche de l'érysipèle s'est arrêtée presque entièrement; c'est à peine s'il s'est élevé de 2 centimètres sur le cuir chevelu.

Un vomitif, une bouteille d'eau de Sedlitz et 30 grammes d'huile de ricin, ont constitué le traitement général. Le sixième jour, mon malade était assez guéri, pour pouvoir aller à Dreux passer quelques jours dans sa famille.

J'avais lu, à la Société médicale du 1er arrondissement, une note sur le sujet qui m'occupe; quelques-uns de mes collègues ont bien voulu, après cette communication, faire l'essai du traitement dont je les avais entretenus. Parmi eux, il m'est permis de citer mon excellent confrère et ami M. le docteur Mouzard, secrétaire général de la Société, dont la nombreuse clientèle, fournie surtout par le bureau de bienfaisance, lui a donné de nombreuses occasions de traiter des érysipèles. Il m'a assuré qu'en faisant usage de ce traitement, la durée de la maladie avait été beaucoup moins longue que lorsqu'il avait employé d'autres moyens.

Mon distingué confrère et ami, M. le docteur Mac-Carthy, ayant eu occasion de donner des soins à deux malades affectés d'érysipèle, expérimenta le traitement local, par le liniment oléo-calcaire, et il obtint des résultats bien supérieurs à ceux qu'il avait obtenus antérieurement. Du reste, il avait recueilli les deux observations, et il a eu l'obligeance de me les communiquer, avec l'autorisation de les publier. Je les rapporte ici textuellement :

Mlle F. H..., âgée de 17 ans, bien réglée, d'un tempérament lymphatique, grande, très maigre, se fit percer les oreilles au mois d'août 1857. L'oreille droite avait, depuis cette époque, été le siége d'une suppuration constante. Le 1er novembre, à la suite d'un refroidissement passager, il se manifesta un gonflement considérable dans le lobule de l'oreille malade et dans toute la région sous-maxillaire droite. Je fus appelé à lui donner des soins le 3 novembre. Je la trouvai dans l'état suivant :

Lobule de l'oreille enflammé et douloureux; gonflement, rougeur, élancements très vifs dans la région sous-maxillaire du même côté, sensibilité très vive à la moindre pression. Un peu de rougeur s'étendait jusqu'à la moitié de la joue correspondante. Pouls à 80, chaleur sèche de la peau; langue naturelle; garde-robe le matin.

Traitement : Enlever la boucle d'oreille, cataplasme de farine de graine de lin; pédiluves sinapisés.

4 novembre. La douleur sous-maxillaire est plus intense; le gonflement a augmenté; céphalalgie, inappétence; pouls à 96; peau chaude.

La rougeur occupe toute la joue; ses limites sont nettement dessinées par le bourrelet érysipélateux. Vésication spontanée au centre de la joue.

Traitement : 10 centigrammes de calomel en deux doses; huit sangsues derrière l'oreille droite; une poudre de Sedlitz après les deux prises de calomel; liniment oléo-calcaire étendu sur toute la surface de l'érysipèle; pédiluve sinapisé. Bouillon.

Le soir, la douleur sous-maxillaire avait diminué; mais l'érysipèle avait un peu gagné en étendue.

5 novembre. La malade accuse un sentiment de bien-être local, lors de l'application du liniment. L'érysipèle a gagné le côté droit du nez, et les paupières de l'œil droit sont gonflées et fermées. Le front est envahi au-dessus de l'œil. Une garde-robe. Pouls à 72.

Traitement : Liniment oléo-calcaire; pédiluves.

6 novembre. Pouls à 100, peau chaude, nuit agitée, céphalalgie, la joue gauche est atteinte; l'oreille droite est guérie; le gonflement sous-maxillaire a diminué, ainsi que la douleur. Les paupières de l'œil gauche sont gonflées; tout le front est occupé par l'érysipèle.

Traitement : Liniment oléo-calcaire.

7 novembre. Le pouls est à 108, la peau chaude. L'érysipèle s'éteint sur la joue droite, mais il a gagné jusqu'à 3 centimètres au-dessus du front, dans le cuir chevelu. Céphalalgie.

Traitement : Calomel, 15 centigrammes, poudre de James, 50 centigrammes, nitrate de potasse, 75 centigrammes, à partager en trois.

Liniment oléo-calcaire, pédiluves.

La première prise a déterminé deux garde-robes.

8 novembre. Amélioration très grande. L'érysipèle s'éteint partout à la fois; la nuit a été bonne. Pouls à 72.

Continuer le liniment; demi-prise de calomel.

---

ment destinées aux maladies de la peau, on ne reçoit que les malades atteints d'affections cutanées : nous avons donc d'un côté chirurgie générale et de l'autre médecine spéciale. Étudions la conséquence de cette division : Pour les chirurgiens, St-Louis est un hôpital tout comme un autre, et même moins agréable qu'un autre, en ce sens qu'il est très éloigné du centre; pour les médecins, au contraire, c'est un vaste musée de dermatologie, où des cas innombrables d'affections cutanées se renouvelant sans cesse sous leurs yeux, viennent chaque jour agrandir le champ de leurs études et de leurs connaissances; aussi voit-on les chirurgiens quitter cet hôpital avec empressement dès que leur rang d'ancienneté les appelle à un hôpital du centre, où ils pourront continuer leurs travaux, tandis que les médecins, après avoir consacré dix ou quinze ans de leur vie à l'étude des maladies de la peau, tiennent essentiellement à continuer leurs investigations sur ce sujet, et refusent de passer aux hôpitaux du centre, où ils ne trouveraient plus ces affections cutanées avec lesquelles ils sont familiarisés.

A l'hôpital du Midi, au contraire, on ne reçoit que des syphilitiques, aussi bien en médecine qu'en chirurgie; aussi médecins et chirurgiens, ayant fait de la syphiliographie l'objet spécial de leurs études, préfèrent rester attachés au même hôpital et s'occuper des maladies qui leur sont familières, plutôt que de retourner à la médecine et à la chirurgie générales.

Quel enseignement tirer de là? C'est que l'esprit humain, renfermé dans de certaines limites par la main du Créateur, a besoin de se livrer exclusivement à un sujet pour le posséder à fond : c'est pour avoir reconnu la vérité de ce princique, que les Cullerier, les Ricord en syphiliographie, les Baudelocque, les P. Dubois, les Depaul en accouchements, es Cazenave, etc., en dermatologie, sont arrivés, chacun dans sa sphère, à faire progresser la partie de la science dont ils se sont spécialement occupés.

Mais, comme le dit l'honorable M. Fallot, est-il une spécialité qui exige plus de connaissances que l'ophthalmologie? Ne faut-il pas, pour être un ophthalmologiste sérieux, être hygiéniste, médecin, chirurgien? La science illustrée par Beer, Mackenzie, Sichel, etc., est-elle donc inférieure à la science des accouchements, à celle de la syphiliographie? MM. les encyclopédistes crient bien fort que la spécialité fait le charlatanisme; singulière logique! La médecine générale n'a-t-elle pas aussi ses charlatans? Ne voit-on pas des somnambules *guérir* toutes les maladies, d'audacieux fripons diagnostiquer les maladies par l'inspection des urines? Ne voit-on pas, à côté des Ricord et des Cazenave, des marchands de pommades et de robs? Le charlatanisme de ces industriels éhontés ne rejaillit aucunement sur les praticiens sérieux, et je ne sache pas que la fabrication des pierres fausses ait jamais déprécié le diamant.

Ces préliminaires n'étaient pas inutiles à l'histoire de l'ophthalmologie : c'est à l'antipathie généralement professée en France contre les spécialités qu'il faut attribuer l'infériorité de notre pays en fait d'oculistique.

Malgré les travaux de Maître-Jan, de Saint-Yves, de Janin, de Demours, la science de l'oculistique était restée entre les mains de charlatans ignorants exploitant audacieusement les souffrances du public. En vain le professeur Sanson essaya de créer à l'Hôtel-Dieu une clinique ophthalmologique à laquelle fut attaché M. le docteur Caffe; avec lui son œuvre périt, et nous sommes encore à attendre un enseignement officiel sur un sujet aussi important que les maladies des yeux. Quelques chirurgiens des hôpitaux s'occupaient accidentellement d'ophthalmologie, mais ce n'était guère qu'au point de vue chirurgical; et l'on voit encore aujourd'hui tous les malades atteints d'affections des yeux placés dans les services de chirurgie, tandis qu'un grand nombre de ces affections réclament un traitement purement médical.

C'est à M. Sichel que revient l'honneur d'avoir ramené en France l'ophthalmologie à une saine pratique, et d'avoir un peu vulgarisé cette science. Formé à l'école de Fr. Jœger, M. Sichel fit ses premières leçons à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service d'A. Bérard; bientôt après il fonda sa Clinique, qui fut longtemps le seul établissement de ce genre à Paris, et où les malades accoururent en grand nombre. A ce maître seul se rattachent tous les médecins qui, actuellement, s'occupent d'ophthalmologie en France, MM. Desmarres, Guépin, Dubois (de Bordeaux), Rivaud (de Lyon), etc.; de même qu'un certain nombre de chirurgiens des hôpitaux, MM. Lenoir, Chassaignac, etc. Sous cette même influence, cette brillante pléiade de jeunes chirurgiens, MM. Broca, Cusco, Follin, Verneuil, comprennent la nécessité de faire des maladies des yeux une étude approfondie, et la jeunesse des Écoles réclame ardemment la création d'un vaste établissement où ils puissent apprendre l'opthalmologie, comme ils vont à la Clinique suivre l'enseignement de M. P. Dubois, au Midi dévorer les spirituelles leçons de M. Ricord, etc.

Ce retours vers l'étude sérieuse de l'ophthalmologie constitue un des plus beaux titres de M. Sichel, qui vient de compléter son enseignement par la publication de son *Iconographie*, résumé de la longue expérience du maître, rempli d'excellentes indications pratiques.

Je puis, sans crainte d'être contredit, qualifier l'apparition de M. Sichel, de restauration de l'ophthalmologie en France. En effet, c'est depuis lors, et à son exemple, que se sont ouverts les cliniques ou dispensaires de M. Desmarres à Paris, Guépin à Nantes, Dubois à Bordeaux, etc., les seules institutions qui existent en France, établissements qui sont entièrement aux frais de leurs directeurs.

A côté de l'*Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel, se trouve le *Traité des maladies des yeux* du docteur Desmarres, ouvrage entièrement rédigé d'après les nombreux documents recueillis par l'auteur à sa clinique, et qui constitue, avec le travail de M. Serres, d'Uzès, *sur les phosphènes*, tout le bagage de bibliographie ophthalmologique fournie par la France. L'enseignement de M. Sichel, plus médical que chirurgical, avait déjà réalisé un grand progrès; mais il restait encore beaucoup à faire pour la chirurgie oculaire; c'est principalement dans ce but qu'a travaillé M. Desmarres, qui, ajoutant ses efforts à ceux de M. Sichel, a complété l'étude de l'oculistique.

Mais, en dehors de ces deux noms, que trouvons-nous? Hélas! rien, pas un auteur, pas un ouvrage! A quoi faut-il attribuer cette localisation de l'ophthalmologie en France? Une seule cause empêche la vulgarisation de cette science chez nous, c'est l'absence non pas d'une chaire d'ophthalmologie, mais bien d'une clinique ophthalmologique et surtout d'un établissement spécial, où les affections des yeux, toujours réunies en grand nombre, offriraient aux élèves un vaste champ d'études, un enseignement large et complet qu'ils ne peuvent trouver dans les hôpitaux, où les cas d'ophthalmologie sont trop rares et trop disséminés pour qu'on en puisse tirer des résultats sérieux. La seule ville de Londres possède *huit* établissements spéciaux parmi lesquels l'hôpital de Moorfields reçoit à lui seul 12,000 malades par an. Toutes les grandes villes d'Angleterre ont un Institut ophthalmologique, aussi les maladies des yeux sont-elles bien mieux connues de la généralité des médecins que chez nous. La Belgique, la Russie, l'Italie, l'Espagne possèdent un grand nombre d'établissements spéciaux : l'Allemagne en a depuis longtemps reconnu la nécessité, et elle a donné l'exemple à toutes les autres nations. Au contraire, en France, tout est encore à faire. Nous avons, il est vrai, les *Jeunes aveugles* et les *Quinze-Vingts*, c'est-à-dire des établissements où sont recueillis les aveugles incurables; mais n'y aurait-il pas avantage à prévenir les progrès du mal, et ne pourrait-on pas, en traitant les malades dans un hôpital spécial, diminuer l'effectif de la population de ces deux hospices? C'est ce progrès que nous voudrions voir réaliser. Est-il donc bien difficile de créer un hôpital spécial où l'on traiterait les maladies des yeux? Les malades y gagneraient de bonnes conditions hygiéniques qui leur manquent ailleurs, et les élèves, trouvant réunies un grand nombre d'affections oculaires, puiseraient à cette source un enseignement puissant que les faits isolés sont incapables de leur donner.

En un mot, c'est un grand hôpital ophthalmique, c'est un établissement et un enseignement dignes de notre belle France que nous réclamons de tous nos vœux. Ce que nous désirons, c'est de voir la science de l'oculistique se répandre en France, de voir tous les médecins connaître parfaitement les maladies des yeux. C'est le seul moyen de nous débarrasser des charlatans qui sont la plaie de la profession et qui, se disant oculistes sans savoir les premiers éléments de l'oculistique, exploitent honteusement la crédulité et la bourse des patients.

Dr A.-P. Doumic.

9 novembre. Convalescence. L'érysipèle est guéri.

Cesser le liniment. Alimentation légère.

M. D... est âgé de 34 ans; il est d'une constitution saine, d'un tempérament lymphatiquo-sanguin. Il se plaint depuis plusieurs semaines d'un dérangement gastro-intestinal léger. C'est un homme occupé d'affaires commerciales importantes avec l'Amérique, et qui a eu de grandes préoccupations depuis un mois et demi.

Je suis appelé le 4 décembre 1857. La peau est chaude et sèche, le pouls à 96; et, depuis hier matin, la joue droite est douloureuse et tendue; la langue est blanche; goût amer de la bouche; constipation. Je diagnostique un érysipèle de la face.

Traitement : Liniment oléo-calcaire.

Tartre stibié, 5 centigrammes.

Ipécacuanha, 1 gramme.

En trois doses.

Le soir, pédiluve, et 15 centigrammes de poudre de James.

5 décembre, troisième jour. Pouls à 90. Trois gardes-robes hier. L'érysipèle a gagné le front, au-dessus du sourcil droit. Un peu de céphalalgie; la rougeur est très intense. Transpiration très abondante dans la journée. Abattement.

Traitement : Calomel, 5 centig.; poudre de James, 25 centigrammes; nitrate de potasse, 1 gramme. A partager en deux poudres à prendre dans la journée.

Liniment oléo-calcaire. Bouillon de poulet.

6 décembre, quatrième jour. Tout le front, la joue et l'oreille gauche sont envahis. Pouls à 92. Peau sèche. Langue saburrale.

Traitement : Liniment oléo-calcaire. Répéter les poudres, *ut suprà*. Arrowroot.

7 décembre, cinquième jour. Pouls à 88. L'érysipèle a gagé 3 ou 4 centimètres de cuir chevelu, au-dessus du front. La peau est encore très rouge et très tendue. Langue blanche, humide. Une garde-robe.

Traitement : Sulfate de quinine. . . . . 10 centigrammes.
Huile de ricin . . . . 8 grammes.

Liniment oléo-calcaire.

Le soir, le pouls tombe à 68; la face est moins rouge.

8 décembre, sixième jour. L'éruption est arrêtée. L'érysipèle s'éteint partout. L'huile a déterminé une garde-robe abondante.

La convalescence se prononce.

9 décembre, septième jour. Aucun traitement.

Le malade est guéri.

Dans ce petit nombre d'érysipèles qu'il m'a été donné d'observer, et dans les deux faits observés par mon confrère M. Mac-Carthy, on voit que la plus longue durée de la maladie a été de six jours; tandis que, tout le monde le sait, et les livres classiques le disent, la durée ordinaire d'un érysipèle de cause interne, est de douze à quinze jours. Je n'ignore pas qu'il ne faille un plus grand nombre d'observations pour pouvoir se prononcer d'une manière absolue sur la valeur et la supériorité de ce traitement, mais j'ai cru devoir signaler à mes confrères les moyens qui avaient été employés, avec tant de succès, dans ces neuf cas d'érysipèle, sans me faire illusion sur le doute que peut laisser dans l'esprit le petit nombre de faits observés. Malheureusement, dans la pratique de la ville, une série de faits, assez longue pour satisfaire les exigences des esprits sérieux, est trop rare, pour permettre des expériences nombreuses. Ce n'est guère qu'une indication que je donne; l'avenir prouvera si elle est la meilleure; mais certainement elle est la plus commode et la moins désagréable aux malades, surtout lorsque l'on a à traiter des érysipèles de la face ou du cuir chevelu, et l'on doit voir dans quelle énorme proportion cette affection prend son siége dans cette région. Sur neuf érysipèles, il y en a un seul en dehors de la tête et de la face. Comment pourrait-on, dans ces cas, faire usage des vésicatoires, des cautérisations, même des onctions mercurielles et de la solution de sulfate de fer?

Je crois donc que le traitement oléo-calcaire l'emporte de beaucoup sur tous les moyens connus, jusqu'à ce jour, comme traitement local de l'érysipèle. Il l'emporte, comme je l'ai dit, par la commodité dans l'application, et, sans aucun doute, par son action. Ce n'est pas qu'il arrête toujours immédiatement les progrès de l'érysipèle, qu'il l'empêche encore de s'étendre, mais il l'éteint à mesure qu'il gagne du terrain, et en le poursuivant activement, c'est-à-dire en faisant de fréquentes onctions sur toutes les parties qu'il occupe successivement, on en triomphe dans un espace de temps très court, puisque la guérison s'obtient généralement dans l'espace de six jours.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE L'INFLUENCE DES ÉMANATIONS DES ÉGOUTS [1].

A Monsieur Amédée Latour.

Sulfhydrate d'ammoniaque. — Je remplaçai l'hydrogène sulfuré par du sulfhydrate d'ammoniaque, dont les vapeurs se répandaient dans l'appareil en émanant d'une solution aqueuse de ce sel.

Un gros chien fut placé dans la boîte, où l'on avait introduit une solution contenant 6 drachmes de sulfhydrate d'ammoniaque. Il se manifesta aussi du larmoiement, de l'inquiétude, des vomissements d'où s'élevait une fumée blanchâtre. A chaque expiration on entendait un son rauque particulier. Au bout de cinq heures, l'animal, rétabli, était mis en liberté.

Une corneille fut aussitôt placée dans les mêmes conditions. L'oiseau vomit des matières d'une couleur jaunâtre : le bec était béant, le bout de la langue aride et noir; d'abondantes déjections alvines eurent lieu. Il étendait ses deux ailes pour supporter le poids de son corps. La respiration devint plus gênée et il mourut en deux heures. A l'autopsie, on trouva le sang fluide, les poumons engorgés, le cerveau congestionné; les autres viscères à l'état normal.

[1] Suite et fin. — Voir le numéro du 3 juillet 1858.

Une troisième expérience eut lieu sur un chien avec une once de sulfhydrate d'ammoniaque. Il fut aussitôt atteint d'un larmoiement, d'une salivation abondante; puis il se manifeste de l'inquiétude, et du ténesme; la respiration se fait courte et difficile, et l'animal meurt en dix minutes.

Vingt-quatre heures après la mort. Les cavités droites sont remplies d'un sang entièrement liquide; les gauches et les veines caves contiennent un peu de sang fluide. Les vaisseaux du cerveau sont engorgés; l'estomac est distendu par des aliments; il présente l'apparence rougeâtre des surfaces muqueuses. Rien d'anormal dans les autres viscères.

Six autres expériences ont fourni des résultats complétement analogues.

Acide carbonique. — Un hérisson fut placé dans l'appareil, où l'on introduisit 88 pouces cubes (soit 1 1/2 p. 100) d'acide carbonique.

Pendant un quart d'heure, il resta pelotonné sur lui-même; puis la respiration devint plus pressée, parfois irrégulière, interrompue de temps à autre par une longue inspiration : l'inquiétude augmente et il fait des efforts pour s'échapper; après d'abondantes évacuations alvines il devient plus calme et lorsqu'il est retiré de la boîte après quatre heures et demie de séjour, il se rétablit promptement.

J'ai entrepris d'autres expériences avec l'acide carbonique, et j'ai exposé les animaux à l'inhalation d'un air imprégné d'une quantité de gaz variant de 5 à 2 1/2, 1 1/2 p. 100. Les premiers effets portaient sur la gêne de la respiration; dans un cas seulement, la diarrhée constitua le premier phénomène.

Les conclusions que nous devons tirer de ces expériences, quelque petit qu'en soit le nombre, me paraissent cependant d'une certaine importance.

Nous avons constaté l'influence de l'air rendu impur par les émanations d'un égout; nous avons vu l'influence spécifique de certains poisons gazeux qui, en se dégageant de la surface du petit étang en question, ou du tas de fumier, agissaient seuls ou mélangés.

En premier lieu, il est impossible de mettre en doute l'effet pernicieux des émanations du puisard. Les chiens qui l'ont respiré ont tous été plus ou moins malades.

Les symptômes ont été ceux d'un dérangement intestinal, suivi de prostration, chaleur excessive de la surface du corps, aversion pour la nourriture, phénomènes que l'on retrouve dans les fièvres continues qui s'engendrent dans les maisons basses et mal ventilées de la classe pauvre.

L'action délétère de l'hydrogène sulfuré est parfaitement déterminée par cette série d'expériences. Il faut observer que les symptômes produits par la même dose diffèrent en intensité sur des animaux de la même classe; tel animal meurt en respirant une dose de gaz qui a été à peine suffisante pour produire chez un autre quelques phénomènes morbides.

Les symptômes occasionnés par l'hydrogène sulfuré sont très précis et peuvent être considérés comme spécifiques.

Les premiers et les plus importants sont le vomissement et la diarrhée. Cette dernière s'accompagne de ténesme; le vomissement est difficile, énervant; il amène l'insensibilité, la prostration.

Lorsque la dose de poison est tout d'abord considérable, la prostration et l'insensibilité sont immédiates.

L'anatomie pathologique de ces empoisonnements varie :

Si la mort est arrivée promptement, on observe les lésions que l'on retrouve dans les cas d'asphyxie.

Si le poison a été injecté lentement et à petites doses, la fibrine du sang se prend en concrétions qui dilatent et encombrent les parois du cœur.

La dose d'hydrogène sulfuré, nécessaire pour produire des phénomènes spécifiques, est assez minime.

Une quantité de 0,428 p. 100 suffit pour amener rapidement l'empoisonnement, celle de 0,205 p. 100 peut être mortelle, celle enfin de 0,056 p. 100 suffit pour produire des symptômes appréciables : éructations, tremblements, respiration courte et irrégulière, pulsations accélérées du pouls, diarrhée.

Les effets du sulfhydrate d'ammoniaque diffèrent de ceux que nous venons d'énumérer.

Le symptôme prédominant dans ce genre d'empoisonnement c'est le vomissement, la diarrhée et le ténesme n'apparaissent qu'à de rares occasions.

Lorsque la dose est abondante, la mort survient rapidement, la respiration étant accélérée et laborieuse.

Lorsque l'administration du gaz a lieu par petites fractions, on a les symptômes dus à une circulation accélérée, un sentiment de soif, un affaissement rapide. La surface du corps devient froide, la langue est portée en avant, elle est aride, noirâtre, froide. Agitation continuelle des membres, soubresauts des tendons, pouls faible, accéléré; au milieu de cette scène survient la mort; parfois la terminaison fatale a lieu plusieurs heures après l'exposition de l'animal à l'air libre.

L'anatomie pathologique fournit aussi quelques différences. Lorsque l'inhalation a été prolongée et que la mort est arrivée lentement, la surface muqueuse du canal alimentaire présente de l'injection sur plusieurs points. Le sang ne se prend pas en concrétions fibrineuses, il est noir, faiblement coagulé ou entièrement fluide. Les corpuscules du sang sont aussi dissous, leur forme est altérée; tous les organes sont engorgés de sang.

La dose de sulfhydrate d'ammoniaque, nécessaire pour produire de graves symptômes, est difficile à déterminer, cela doit être; car dès que la vapeur s'élève dans un espace limité où se trouve enfermé un animal qui respire, il se forme instantanément des cristaux de bicarbonate d'ammoniaque qui se fixent sur les parois de la chambre. Ce dépôt se fait avec tant de rapidité, qu'il est difficile de tenir un compte exact de l'action du poison.

Le docteur Richardson, dans son remarquable ouvrage sur le sang, décrit les symptômes dus à l'action de l'ammoniaque et de ses sels en termes qui rendent parfaitement notre pensée :

J'ai étudié, dit cet auteur, par des expériences directes, l'action de l'ammoniaque lorsqu'elle était introduite en une certaine dose dans le corps. C'est la série des symptômes observés dans les fièvres typhoïdes.

Langue aride et noirâtre; mouvements involontaires des muscles depuis le soubresaut jusqu'à la convulsion; insensibilité générale; surdité; obscurcissement de la vue; mort par le coma. L'anatomie pathologique offre un enseignement manifeste : le sang est noir et fluide; les membranes séreuses sont parsemées de pétéchies; les tissus sont relâchés. Dans une expérience que j'ai faite dernièrement sur un chien, l'inhalation du sulfhydrate d'ammoniaque a produit le long du canal alimentaire de véritables ulcérations.

Pendant plusieurs mois, le traitement que j'ai opposé aux cas de fièvre typhoïde, était constitué par l'administration de petites doses d'acide hydrochlorique dilué; les résultats ont été aussi satisfaisants dans ma pratique que dans celle des docteurs Chambers et Richardson.

Les symptômes dus à l'action de l'acide carbonique ont été si bien et si souvent décrits par les auteurs, qu'il ne me paraît pas nécessaire d'insister sur ce point.

Le poison agit tout d'abord sur la respiration, puis arrive la prostration, finalement survient la diarrhée.

Les effets varient avec la dose, depuis les symptômes que je viens d'énumérer, lorsque la dose est petite et graduée, jusqu'à l'insensibilité, le coma, l'asphyxie, lorsque la quantité est plus considérable.

L'anatomie pathologique offre aussi quelques nuances. Pendant que la congestion et l'engorgement des poumons constituent, pour la plupart des auteurs, le signe pathognomonique, il est certain que cette règle a des exceptions.

Dans une de mes expériences, l'inhalation de gaz acide carbonique ayant été faible et graduée, j'ai trouvé les poumons d'une coloration vermeille, normale, sans trace de congestion.

On ne retrouve, dans ces cas, ni les concrétions fibrineuses de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré; ni la fluidité complète due au sulfhydrate d'ammoniaque. Toutefois, la force de coagulation, la plasticité du sang est faible; sa couleur est parfois noirâtre.

Si le gaz a été respiré constamment, pendant un certain temps, et à petite dose, le cerveau est engorgé de sang, et la membrane muqueuse de l'estomac est injectée en rouge.

Lorsque le gaz a été respiré pendant longtemps en petite quantité, de manière à ne pas amener l'insensibilité, les effets ne sont pas détruits aussi vite qu'on le pense, dès que l'animal est exposé à l'air libre. Dans une de mes expériences, l'animal avait respiré pendant deux heures un air imprégné de 2 p. 100 d'acide carbonique; mis en liberté, il ne donna aucun signe de souffrance; cependant il mourut quelques heures après.

La dose d'acide carbonique, la plus petite pour produire des symptômes graves, ne peut être déterminée en plaçant un animal dans une chambre fermée, car de la respiration de ce même animal s'exhale à chaque instant une dose minime d'acide carbonique. Je pense toutefois qu'une dose de 1 ou 2 p. 100 suffit pour produire, après une longue inhalation, des symptômes manifestes d'intoxication imparfaite du sang.

En comparant toutes ces expériences, je suis autorisé à conclure :

1° Que l'inhalation de l'air qui émane d'un égout produit des symptômes morbides;

2° Que ces symptômes sont dus principalement à l'hydrogène sulfuré contenu dans les eaux de l'égout.

Nous n'ajouterons aucun commentaire à cette narration, qui brille par une clarté d'exposition à nulle autre pareille, et qui démontrera à nos chers lecteurs la vérité de notre assertion première sur l'intérêt et l'utilité de semblables études.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Juillet 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur DELAMONTAGNE, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Soulosse (Vosges).

2° Un rapport de M. le docteur RAGAINE, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans diverses communes de l'arrondissement de Mortagne.

3° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Loir-et-Cher, de la Loire-Inférieure et de la Côte-d'Or. (Com. des épidémies.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes : 1° de Contrexéville (Vosges), par M. le docteur BAUD; 2° de St-Honoré (Nièvre), par M. le docteur ALLARD; 3° de Neyrac (Ardèche), par M. le docteur TAILHAND. (Com. des eaux minérales.)

5° Une note de M. le docteur REBORY, sur un cas de vaccine généralisée qui s'est produit à Saint-Jurson. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. LANGLOIS, pharmacien aux Invalides, et REGNAULD, pharmacien de la Charité, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats pour la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales.

2° Des lettres de M. le docteur JACQUEZ, de Lure, et de M. MOUCHON, président de la Société des pharmaciens du Rhône, qui sollicitent l'honneur d'être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

3° Un mémoire de M. le docteur ANDRIEU, intitulé : *Maladie du bon pasteur d'Amiens*. (Comm. MM. Grisolle et Baillarger.)

4° Une note de M. POUILLIEN, sur divers appareils destinés à l'usage des irrigations continues. (Comm. MM. Nélaton et Cloquet.)

5° Une lettre de M. le docteur FAURE, sur le mode de production de la mort par le chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie, au nom du bureau, de nommer pour la commission de la fièvre puerpérale, destinée à examiner les travaux envoyés à l'occasion de la discussion actuelle et les propositions formulées par les membres de l'Académie, MM. Cruveilhier, Danyau, Davenne, Depaul, Dubois, Guérard et Hervez de Chégoin. — L'Académie adopte.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale. — La parole est à M. GUÉRARD.

L'honorable orateur rappelle en peu de mots ce qu'il a dit dans la dernière séance, à savoir que, dans les premiers jours qui suivent les couches, deux sortes d'accidents peuvent se produire : les embarras gastriques et les phlegmasies franches; qu'après le huitième ou le dixième jour, l'infection putride peut se manifester, et que ni les uns ni les autres de ces accidents, non plus que l'infection purulente, ne sauraient être confondus avec la fièvre puerpérale, ainsi que l'a montré

M. Depaul. Il continue en ces termes : « Qu'est-ce donc, Messieurs, qui différentie la fièvre puerpérale ?

C'est d'abord l'époque de son apparition : elle se montre soit immédiatement après, soit pendant, soit même avant les couches ; avant, par conséquent, que l'on puisse invoquer, pour l'expliquer, les phlegmasies locales dont les conditions n'existent pas encore, pas plus que la théorie mécanique du retrait de l'utérus exposée par M. Guérin. La fièvre puerpérale n'apparaît après le huitième jour que très exceptionnellement.

Ce sont ensuite ses caractères spéciaux, consistant en troubles profonds de l'innervation, de la circulation et de la respiration (frissons, délire, altération des traits, etc.)

On a demandé quels étaient ses caractères anatomiques ? — On peut les trouver dans la variabilité des lésions, selon les épidémies, les symptômes principaux restant les mêmes ; — dans la formation rapide du pus et la multiplicité des foyers où il se rassemble dans toute l'économie ; — enfin, dans l'absence même des lésions, absence avouée par les hommes les plus compétents et les plus désireux de découvrir des lésions. »

M. Guérard proteste encore contre l'assimilation de l'état de l'utérus après l'accouchement à une plaie ordinaire ; assimilation qui a conduit à confondre l'état des blessés et l'infection purulente avec la fièvre puerpérale. Il ajoute que les femmes en couches peuvent être prises d'infection purulente, mais que ce n'est point là la fièvre puerpérale. Les symptômes sont différents.

Il se demande si le caractère contagieux de la fièvre puerpérale, reconnu par tous les observateurs, et la rapidité de la marche des accidents ne pourraient pas la faire comparer à un empoisonnement ; il cite, à l'appui, les phénomènes si promptement mortels qui succèdent à la morsure d'un serpent de la Martinique, le *bothrops lancéolé*, qui, d'après M. Rufz, fait périr, chaque année, un nombre considérable de personnes. Immédiatement après la morsure, le sang est décomposé, comme la fécule sous l'influence de la diastase ; en moins de deux heures, le membre piqué est tuméfié, crépitant ; le sang est coagulé, épanché hors de ses vaisseaux, et, en grande partie, transformé en pus.

« N'est-ce pas avec cette rapidité, dit M. Guérard, que sont frappées les victimes de la fièvre puerpérale ? N'est-ce pas ainsi que les choses se sont passées chez cette jeune sage-femme dont M. Depaul nous a dit l'histoire. On n'a pas, il est vrai, inoculé le virus de la fièvre puerpérale avec une lancette, mais, à en juger par ses effets, il peut être légitime de la considérer comme causée par l'introduction dans l'économie d'un miasme putride.

Il existe, entre la piqûre du bothrops et la fièvre puerpérale, plus d'une analogie. Ainsi, après la morsure du serpent, il n'y a pas toujours des accidents locaux ; ils sont alors remplacés par des accidents nerveux généraux ; absolument comme dans la fièvre puerpérale.

D'autres exemples pourraient être invoqués, en faveur de l'empoisonnement miasmatique : Un des premiers symptômes de la fièvre puerpérale est la diarrhée ; c'est aussi le premier qui annonce l'influence des miasmes sur l'économie, dans les amphithéâtres de dissection.

On demandera sans doute quelle est la cause de la génération première de ce miasme. Mais, Messieurs, ne sait-on pas que beaucoup d'affections contagieuses se développent spontanément chez les animaux, le sang de rate, par exemple ; la maladie charbonneuse chez les animaux forcés par la marche, etc.

Un de mes clients, homme politique rentré dans le barreau, s'alite après deux jours de fatigues excessives : tout un membre inférieur est frappé de gangrène en quarante-huit heures, et il succombe rapidement. Il y a là, évidemment, une décomposition spontanée du sang.

Je crois donc pouvoir dire que le miasme puerpéral est dû à l'action combinée des influences atmosphériques et des conditions dans lesquelles se trouvent les femmes en couches.

En résumé, la fièvre puerpérale est caractérisée :

1° Par l'époque de son apparition (avant le huitième jour) ;

2° Par l'évolution et la nature de ses symptômes ;

3° Par ses caractères anatomiques, consistant en une altération du sang inconnue dans sa nature, et se traduisant par la formation rapide du pus ;

4° Par la transmissibilité par infection et par contagion.

Je vais maintenant passer rapidement en revue les opinions de nos adversaires, s'il m'est permis d'employer cette expression.

Pour M. Beau, la fièvre puerpérale est le plus souvent une péritonite, liée à une diathèse inflammatoire, dépendant de l'altération du sang ; — son siége est déterminé par les parties lésées dans l'accouchement ; — sa gravité dépend de l'extension de la phlegmasie.

Pour M. Piorry, c'est une phlegmasie (utérite, phlébite, péritonite, infection putride ou septicémie, infection purulente ou pyémie).

Pour M. Cazeaux, c'est aussi une phlegmasie grave, parce qu'elle affecte un organe important et qu'elle est très étendue. — Le sang est, selon lui, profondément altéré à la fin de la grossesse, pour les cas sporadiques ; et il invoque un génie épidémique pour les épidémies.

Pour M. Jacquemier, c'est une métro-péritonite ; — ainsi que pour M. Legroux, de l'Hôtel-Dieu, qui considère la fièvre puerpérale comme constituée par des phlegmasies locales (phlébites, lymphangites, métrites, métro-péritonites, etc.), dont le plus ou moins d'extension mesure la gravité. — Ces messieurs ne préjugent rien sur la cause inconnue des épidémies. M. Legroux ajoute que souvent, dans les mêmes salles, des phlegmasies franches revêtent plus tard la physionomie qu'on a attribuée à la fièvre puerpérale. En un mot, qu'il y a transformation d'un des ordres de ces affections dans l'autre. Je dois faire remarquer, à ce propos, que rien ne s'oppose à ce que des phlegmasies franches existent simultanément avec la fièvre puerpérale chez la même femme. Cette coïncidence ne prouve pas l'identité. Nous réagissons chacun à notre manière contre les causes morbifiques ; mais il est possible que telle femme qui avait d'abord réagi sous forme de phlegmasie franche, affaiblie par le traitement antiphlogistique opposé à cette phlegmasie, se laisse ensuite envahir par la fièvre puerpérale, lorsque le niveau de sa vitalité a été abaissé. C'est le cas d'une personne de ma famille à laquelle M. Dubois a donné des soins, et chez laquelle un état phlegmasique, qui avait d'abord exigé l'application de sangsues, se changea en un état puerpéral rapidement mortel.

Pour M. Béhier, c'est une phlébite.

Pour M. Bouillaud, c'est une infection septique et purulente du sang, en tenant compte de l'élément phlegmasique.

Pour M. Velpeau, c'est une péritonite, ou une angioleucite, ou une phlébite, ou une infection purulente, modifiée par l'état puerpéral.

Pour M. Trousseau, ce sont des phlegmasies d'une nature particulière dues à une cause spécifique. Quoique je ne partage pas cette manière de voir, je reconnais cependant qu'il y a dans la science quelques faits qui semblent la justifier. Ainsi les observations de M. Botrel (*Archives*, 1845), relatives à des cas d'angioleucite utérine, revêtant le caractère puerpéral chez des femmes nouvellement accouchées, ces observations ont été prises pendant une épidémie en 1842.

Pour M. Cruveilhier, la fièvre puerpérale est une maladie par infection, contagieuse, miasmatique, dont le trait le plus caractéristique est la purulence des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses dépendances (typhus puerpéral).

Pour M. Hervez de Chégoin, c'est une infection putride ou purulente.

Pour M. Guérin, une infection putride, consécutive au non-retrait de l'utérus.

Pour M. Raciborski (prix Portal de 1840), c'est l'extension des lésions produites par le travail de l'accouchement ; c'est une fièvre traumatique d'abord.

Pour M. Mattei, c'est le deuxième degré d'une affection dont la fièvre de lait est le premier.

M. Murphy, professeur d'accouchement au Collége de l'université de Londres, a publié un mémoire dans le *Dublin quartely Journal of science* (august, 1847), traduit dans la *Revue médico-chirurgicale étrangère*, dans lequel il dit que la fièvre puerpérale est le résultat d'un poison morbide (matières animales en putréfaction) et que les symptômes de cette maladie sont des manifestations de l'action de ce poison.

Enfin, pour M. Faye, de Christiania, c'est une affection miasmatique contagieuse, due à l'altération du sang, naissant spontanément, sans cause spécifique, dans les salles *encombrées*, et qui se transmet par inoculation directe. Ce travail a été publié, en 1850, par l'UNION MÉDICALE.

Il est d'autres opinions encore, mais je dois me borner.

Voyons maintenant quels sont les avis sur le mode de transmission de la fièvre puerpérale.

La plupart des orateurs qui ont pris la parole admettent une transmission par infection, et quelques-uns seulement par contagion. MM. Danyau et Depaul reconnaissent franchement la contagion, puisqu'ils avouent avoir été eux-mêmes les agents du transport des miasmes morbides. La contagion est admise aussi par les auteurs anglais. Mais M. P. Dubois a discuté ces faits, surtout les faits anglais ; il a fait la part des coïncidences et cette part est assez large pour laisser place au doute. La discussion de M. Dubois a ébranlé mes convictions ; je crois plus que jamais à l'infection, mais j'avoue ne plus croire autant à la contagion proprement dite.

M. Piorry croit à l'existence possible d'un virus transmissible.

M. Hervez de Chégoin croit à la propagation de la maladie parmi les femmes réunies en foyer, au moyen de l'air respiré, mais non par transport direct, parce que le miasme transportable est à trop petite dose.

M. Cazeaux proteste contre l'expression de *typhus puerpéral*. L'encombrement n'est pour rien, dit-il, dans la production des épidémies ; avec le même nombre de lits, la même aération, les mêmes conditions hygiéniques, on voit tout à coup éclater une épidémie des plus meurtrières. Or, si ces conditions en étaient la cause, la maladie devrait être permanente.

Je dois, Messieurs, dire quelques mots du traitement.

Il a été avancé ici et dans la Presse bien des assertions contradictoires à ce sujet ; les praticiens se sont émus et les gens du monde se sont demandé comment des médecins pouvaient ainsi abandonner leur poste.

Il est vrai, Messieurs, que nous ne possédons pas de traitement formulé, unique, contre la fièvre puerpérale, et je me suis assuré que les divergences d'opinions à cet égard tenaient simplement à ce que l'on ne s'entendait pas absolument sur le diagnostic : toutes les guérisons qu'on a citées regardaient des phlegmasies franches, et ici la confusion est dangereuse, car nous avons vu tout à l'heure que le traitement antiphlogistique pouvait favoriser la transformation des phlegmasies en fièvre puerpérale.

Cela veut-il dire que le médecin soit complétement désarmé en présence de la fièvre puerpérale ? Mais, Messieurs, on n'a pas non plus formulé un traitement unique contre le choléra algide ; cela empêche-t-il le vrai médecin d'agir ? Mis en face des cas particuliers, il s'inspire des indications qui naissent des circonstances, et l'art peut encore être actif quand la science est muette. On a vu naguère, dans une grande ville, lors d'une épidémie de choléra, les désastreux effets de l'inaction. — La médecine des symptômes reste toujours : les évacuants seront toujours utiles pour combattre les phénomènes gastriques morbides ; les injections seront employées contre les accidents putrides ; il y aura toujours des mesures à emprunter à l'hygiène et des ressources à puiser dans la thérapeutique.

Je ne veux pas revenir sur le sulfate de quinine, la question me semble avoir été jugée, notamment par ce qu'en a dit M. Dubois.

Je suis, par ce qui précède, amené à parler de la prophylaxie et de la proposition formulée par M. Cruveilhier.

Cette proposition, on se le rappelle, a été appuyée par MM. Depaul et Danyau, avec quelques amendements. Elle se réduit à demander la création, hors de Paris, de petits établissements contenant 12, 15 ou 20 femmes en couches, chaque femme ayant une chambre particulière ; je dois faire remarquer que ce système, appliqué en partie à Saint-Louis, a donné de bons résultats ; de 1852 à 1856 inclusivement, sur 3,748 accouchements, il n'y a eu que 9 décès ; soit 1 sur 416.

Cette question de l'encombrement est cependant encore fort obscure :

Le travail de M. Faye, traduit par M. Richelot, en 1850, dans l'UNION MÉNICALE, établit qu'en 1849, il y eut, à Copenhague, où toutes les précautions d'aération furent prises dans les salles, 1 décès sur 20 accouchées. L'administration confia les femmes en couches aux sages-femmes de la ville, et la mortalité s'accrut. Nous sommes donc en présence d'un des plus difficiles problèmes d'hygiène publique. Rien ne le prouve mieux que la comparaison des tableaux suivants :

A la Maternité, en 1854,	sur 3,185 accouch.	il y eut	1 décès.			
	1853,	2,849	—	72	»	soit 1 sur 39
	1856,	2,478	—	99	»	soit 1 sur 25
Clinique . . . en	1852,	1,233	—	22	»	soit 1 sur 56
	1853,	847	—	32	»	soit 1 sur 26
	1856,	630	—	32	»	soit 1 sur 19
Hôtel-Dieu . . en	1854,	1,439	—	26	»	soit 1 sur 55
	1853,	1,208	—	39	»	soit 1 sur 30

On voit que le nombre des décès est loin d'être en rapport avec celui des accouchements. M. Cazeaux aurait donc raison.

J'ai eu la pensée de chercher l'influence du voisinage des amphithéâtres de dissection sur la mortalité, et voici ce que j'ai trouvé :

A la Clinique, pendant les années 1852, 53, 54, 55 et 56, le relevé des semestres d'hiver a donné 1 décès sur 38 accouchements.
— d'été — 1 — 36,5 —

Mais, en 1856, l'épidémie a duré l'hiver et l'été ; il convient donc de retrancher cette année. Il reste :

Pour l'hiver des années 1852, 53, 54 et 55, 1 décès sur 38 accouch.
Pour l'été — — 1 — 51 —

A l'Hôtel-Dieu, pour les mêmes années, et en faisant abstraction également de 1856 :

	Hiver. . . .	1 sur 44	accouchements.
	Été.	1 sur 58	—
Avec 1856, on avait :	Hiver. . . .	1 sur 33	—
	Été.	1 sur 45	—

L'été serait donc moins malsain ; mais pour l'Hôtel-Dieu, on ne peut pas invoquer le voisinage des amphithéâtres pour expliquer le fait. Il est fâcheux que des statistiques plus nombreuses ne nous permettent pas d'élucider cette question d'une façon plus rigoureuse. »

M. Guérard termine en s'applaudissant d'avoir provoqué ces longs débats. Il espère qu'ils ne seront pas stériles.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 81. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 JUILLET 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance de lundi dernier n'est pas de celles dont nous puissions dire, selon l'adage vulgaire : courte et bonne. Terminée à quatre heures et demie, elle n'a présenté, au point de vue médical, qu'un faible intérêt.

M. Jobert de Lamballe a lu une note relative à la détermination du siége qu'occupe, chez le gymnote, l'appareil électrique; il a déposé, sur le bureau, des planches explicatives.

M. Dausse a donné lecture d'une cinquième note sur les inondations.

« M. Guérin-Menneville, a dit M. le Président, a la parole pour un sujet qui sera peut-être mort demain, » et M. Guérin-Menneville est venu mettre sous les yeux de l'Académie une nouvelle espèce de ver à soie, originaire de Chine — probablement le véritable *Cynthia* des auteurs. Cette espèce est précieuse en ce qu'elle n'éclot que pendant l'été, et ne demande pas, par conséquent, les soins si minutieux qu'exige pour les vers ordinaires l'éducation d'hiver.

A cette occasion, M. le maréchal Vaillant a lu un fragment d'une lettre que M. de Quatrefages lui a récemment adressée. M. de Quatrefages, envoyé par l'Académie dans les Cévennes pour étudier la maladie des vers à soie, annonce qu'il croit être à la veille de posséder des procédés thérapeutiques d'une efficacité réelle contre cette maladie, et demande que l'Académie lui permette de prolonger encore un peu son séjour dans les montagnes.

M. Chevreul a lu un mémoire sur certains bois non colorés naturellement, mais qui le deviennent sous l'influence de la lumière; tels que le bois d'amaranthe de l'Amérique méridionale et des Antilles. L'air n'est pas nécessaire pour cette transformation, car, ainsi que l'a observé M. Arnaudon, elle peut, a dit M. Chevreul, avoir lieu dans le vide.

M. Despretz a présenté à l'Académie la traduction d'un livre anglais, intitulé : *La clef de la science,* et dont l'auteur est M. Brower (si nous avons bien entendu). « Cet ouvrage, a dit M. Despretz, ne donne pas la clef de toutes les sciences, comme son titre pourrait le faire supposer, mais il contient les réponses à un nombre considérable de questions, et peut être très utile. Les matières y sont rangées sous forme de *pourquoi* et de *parce que.* »

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de la commission pour le prix de physique générale. MM. Pouillet, Becquerel, Regnault, Duhamel et Despretz, obtiennent la majorité des suffrages.

En rendant compte, dans notre dernier *Bulletin,* de la communication de M. le docteur Magne, relative à la diphthérite des paupières, nous avons dit que cette affection n'exige pas d'exutoires. M. Magne craint que sa pensée ne soit pas bien saisie, sous cette forme, et nous prie d'ajouter que, selon lui : « il faut proscrire les exutoires dans le croup des paupières, parce que, eu égard à l'état diphthéritique général, des couennes tenaces pourraient se développer sur les surfaces dénudées et établir de fâcheuses complications. »

Dans la séance précédente, M. le docteur Guépin (de Nantes) a envoyé un mémoire intitulé : *Nouvelle théorie de l'intelligence humaine.* « Cette théorie, dit l'auteur, est basée sur la distinction qui existe entre le pouvoir télégraphique des nerfs, le pouvoir moteur et surtout des ganglions, et sur la distribution des ganglions en trois ordres : ganglions des sens, ganglions de la vie végétative et de la vie organique, ganglions de la vie intellectuelle. »

Dans la même séance, M. Boussingault a présenté pour M. Dumas absent et au nom de M. Canouil, de nouvelles allumettes sans phosphore ni poison.

« Ces nouvelles allumettes, dit l'auteur, sont absolument sans phosphore blanc ou rouge, ordinaire ou amorphe. Elles ne peuvent plus être transformées en agent d'empoisonnement, elles ne sont plus même incendiaires, si on les réduit à leur dernier degré d'inflammabilité, à la condition d'allumettes de sécurité. Elles sont essentiellement formées de chlorate de potasse additionné d'une petite quantité d'un bioxyde, d'un bibromate ou d'un oxysulfure métallique, lorsqu'on veut les rendre plus facilement inflammables. J'ai trouvé le moyen de manier et de broyer, même à sec, le chlorate de potasse, sans possibilité aucune d'explosion ou de déflagration.

» La pâte qui forme le bout de l'allumette n'est nullement toxique; un chien peut en avaler plus d'un kilogramme sans éprouver d'autre accident qu'une soif un peu intense.

» Elles ne répandent aucune odeur, ni dans la fabrication, ni dans l'emmagasinement, ni dans l'usage; elles s'allument sans explosion et sans projection.

» Un dernier avantage de la nouvelle fabrication, c'est qu'elle laissera à l'agriculteur de très grandes quantités de phosphore ou phosphate de chaux animal, engrais ou amendement d'une très grande valeur. »

Ce mémoire, d'après la demande de l'auteur, a été renvoyé au concours pour le prix dit des arts insalubres. Nous le mentionnons, parce qu'il intéresse l'hygiène publique et la toxicologie. On sait combien les empoisonnements par le phosphore sont devenus fréquents depuis la découverte des allumettes chimiques et les mesures restrictives apportées à la vente de l'arsenic.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE, A L'OCCASION DES DÉBATS ACADÉMIQUES;

Par M. le docteur PIDOUX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

LXXXIX

La fièvre puerpérale est inconnue en province, surtout dans les campagnes, a-t-on dit; elle n'existe qu'à Paris et dans les grands centres de population. C'est l'encombrement, ce sont les Mater-

Feuilleton.

CAUSERIES.

A Monsieur le Docteur RICHELOT, Médecin consultant au Mont-Dore.

Mon cher ami,

Que le Mont-Dore et ses sites enchanteurs, et ses magnifiques ombrages, et ses sources bienfaisantes aient ouvert votre esprit à l'admiration et votre cœur à la reconnaissance, je le conçois. Mais que ces impressions nouvelles vous fassent oublier Paris, je ne le crois pas, et c'est, j'en suis certain, vous être agréable que de vous consacrer cette *Causerie,* qui vous rappellera nos chers et intimes entretiens de l'UNION MÉDICALE. Paris est la femme aimée dont on se sépare toujours avec déchirement de cœur, l'absence embellit sa beauté, donne la perfection à ses charmes et répand une douce teinte sur ses imperfections. Ainsi dans ce moment vous apparaît notre chère capitale, et, avouez-le, malgré les solennelles beautés de la nature au Mont-Dore, vous regrettez quelquefois nos promenades du soir sous ces arbres rabougris du boulevard, qui s'obstinent à ne pas croître dans l'asphalte municipal.

Un mot de votre lettre : Je vois avec plaisir qu'un pronostic fâcheux ne s'est pas vérifié; les malades affluent au Mont-Dore, me dites-vous; eh bien, c'est ce qui devait ne pas être. La mort de M. Bertrand père, la démission de M. Bertrand fils, les deux derniers médecins inspecteurs de ces thermes, avaient, disait-on, porté un coup funeste à ces sources. Grâce à Dieu, cela n'est pas. Que le Mont-Dore ne doive conserver une grande, une éternelle reconnaissance aux deux médecins qui, pendant un demi-siècle, ont présidé à peu près seuls à l'administration des eaux du Mont-Dore, cela est de toute justice, et une statue du granit le plus dur, tiré de la montagne, ne serait pas de trop pour honorer la mémoire de M. Bertrand père. Mais ce tribut payé à la reconnaissance due aux hommes, il en est un autre au moins aussi légitime et qu'il faut rendre aux eaux elles-mêmes; en perdant l'honorable dynastie des Bertrand, le Mont-Dore n'a pas perdu ses sources, et ses sources n'ont pas perdu leurs bienfaisantes propriétés. C'est ce que vous avez pensé en allant planter votre tante de médecin libre sur la montagne du Mont-Dore. Avec les deux honorables médecins que M. le ministre vient d'appeler à l'inspection et à la sous-inspection de ces eaux, MM. Vernières et Goupil, avec notre honorable confrère M. Boutan, de Gannat, qui, comme vous, a eu foi dans les vertus thérapeutiques de ces sources, avec M. le docteur Chaborry, enfant de ces montagnes, avec quelques autres confrères encore, dont le nom ne vient pas sous ma plume, jamais le Mont-Dore n'aura joui d'un pareil luxe médical, et je comprends que vous y trouviez affluence de malades. Succès à tous et pour tous, c'est mon refrain confraternel, vous le savez.

J'arrive aux choses de Paris. Notre chère Association générale est en aussi bon chemin que possible. Ce n'est pas à vous, placé aux premières loges pour voir ce qui se passait, que j'ai besoin de dire que ce n'est ni le travail, ni le dévouement, ni l'ardeur qui ont manqué pour mener les choses plus vite. Mais dites à nos bons confrères de l'Auvergne, dont je connais les excellentes intentions, qu'une institution semblable à celle dont nos braves confrères de Bordeaux ont pris l'initiative, ne s'improvise pas en quelques heures. Il a fallu prévoir les obstacles afin de n'avoir pas à les surmonter plus tard, obstacles qui pouvaient venir du dehors comme du sein de la famille médicale elle-même. Dans l'intérêt de l'œuvre et pour son succès, il a fallu déposer sur l'autel de la conciliation, l'amour-propre, les idées particulières, quelquefois les convictions, et ce sacrifice a peu coûté à ceux qui préfèrent le bien général au triomphe de leurs opinions, à ceux qui savent d'ailleurs que toutes les institutions humaines se perfectionnent par l'expérience, par l'application, et qu'il n'y a d'éternel que la vérité et le bon sens. Dites bien que la déférence pour toutes les opinions, que le respect pour toutes les existences ont été la loi suprême de la Commission, et que si à la seule vue des statuts toutes les appréhensions, toutes les inquiétudes, toutes les oppositions ne tombent pas, c'est que les intentions de la commission seront méconnues ou incomprises.

Vous le savez déjà, la longue discussion qui, pendant quatre mois, a occupé l'Académie de médecine, a été close mardi dernier. L'UNION MÉDICALE, par elle-même, s'est peu mêlée à ce débat, parce qu'elle ne pouvait ni le diriger ni l'éclairer, elle en fait l'humble aveu. Elle a laissé la parole à qui a voulu la prendre dans sa collaboration, et vous savez le grand rôle qu'a joué notre collaboration dans cette discussion. Ce rôle finit aujourd'hui même avec le beau travail que nous devons à la plume éloquente de M. Pidoux. On m'a fait reproche à l'Académie et ailleurs du sentiment de découragement exprimé dans nos colonnes au sujet de cette discussion. Mieux qu'un autre, vous pouvez dire que ces impressions prennent leur source dans l'idée élevée et digne que nous nous faisons ici de la science et de ses ministres. Ces longues et retentissantes discussions qui n'aboutissent pour la science qu'à un point d'interrogation, pour la pratique qu'à une négation, pour les hommes, qu'à de cruelles blessures d'amour-propre, ces discussions nous affligent plus qu'elles ne nous intéressent. A leur occasion, dans ces luttes oratoires de l'Académie, au milieu de ce conflit d'opinions diverses, dans la mêlée de toutes ces doctrines qui, en fin de compte, restent toutes sur le carreau, je me remémore sans cesse ces terribles mais significatives paroles du grand moraliste du XVIe siècle, et avec lui, mais plus tristement que lui, je m'écrie :

« Mais ils ont failly, veulx ie dire (les médecins), de ce qu'à ce beau
» commencement ils n'ont adiousté cecy, De rendre leurs assemblées et
» consultations plus religieuses et secrètes : aulcun homme profane n'y
» debvoit avoir accez, non plus qu'aux secrètes cerémonies d'Aescu-
» lape; car il advient de cette faute, que leur irrésolution, la faiblesse
» de leurs arguments, divinations et fondements, l'aspreté de leurs
» contestations, pleines de haine, de ialousie, et de consideration parti-
» culière, venants à estre descouvertes à un chascun, il fault estre
» merveilleusement aveugle, si on ne se sent bien hazardé entre leurs
» mains. » (*Essais,* livre II, chap. XXXVII.)

Mais quittons ce sujet pour une plus consolante prévision. Le baccalauréat ès-lettres va probablement être rétabli pour les aspirants au doctorat. Cette grande réparation envers notre science illustrera l'administration de M. Rouland, ce ministre ferme et courageux dont l'initiative énergique jette une si grande perturbation dans la famille des tardigrades, famille nombreuse et puissante que vous rencontrez partout et principalement dans les grands établissements d'instruction publique. Ne vous semble-t-il pas, mon cher ami, que notre ministre de l'instruction publique est mû par une idée vraiment libérale en voulant que ces établissements soient encore plus utiles à la science, à la jeunesse et au travail qu'à quelques professeurs endormis sur leur vieille renommée? En ne cherchant, comme on doit le faire, que le côté généralement utile des choses et des idées, on ne verra que cela dans les réformes accomplies ou préparées par M. Rouland.

Quant au rétablissement du baccalauréat ès-lettres, n'oublions pas que c'est sur les motifs savamment et éloquemment développés par M. Denonvilliers que le Conseil impérial de l'instruction publique a pris cette décision importante. M. Rouland s'est immédiatement rendu aux bonnes raisons présentées par notre habile défenseur, et, chose plus étonnante, M. Dumas, à qui on imputait bien à tort la suppression de ce grade, a voté par acclamation pour son rétablissement. Trois opposants seulement sur vingt-neuf votants, c'est une victoire, mon cher ami; cette majorité est trop imposante pour n'être pas prise en considération.

Je vous laisse sous l'impression de ces bonnes nouvelles, en vous souhaitant excellente moisson hydrologique.

A vous,

Amédée LATOUR.

nités qui la font de toutes pièces. Supprimez ces conditions, c'est une maladie rayée des nosologies.

Une seule et même maladie avec la fièvre purulente des opérés, la fièvre puerpérale est un produit nosocomial. Observe-t-on la première dans les petites localités? Non, et pas davantage la seconde.

Conçoit-on que ce langage ait été tenu par un spécificiste absolu? Eh! où donc est la spécificité, si on peut faire et défaire ainsi les maladies? et comment voir dans la fièvre puerpérale une maladie spécifique, si elle n'existe pas à part et comme espèce nosologique, si elle ne diffère en rien de la fièvre purulente des opérés? Veut-on dire que lorsqu'elle acquiert ce degré de malignité qui, à un moment donné, la rend funeste à presque toutes les femmes qui ont le malheur d'être recueillies par l'Assistance publique, elle représente un principe de pestilence semblable aux poisons morbides qui caractérisent les fièvres et les phlegmasies spécifiques? Mais cela ne suffirait pas encore pour en faire une fièvre de ce genre, car ce qui distingue une maladie spécifique, c'est d'être telle à tous ses degrés, au plus faible comme au plus puissant. La variole n'a pas besoin d'être confluente, il n'est pas nécessaire que la scarlatine soit maligne pour mériter le nom de spécifiques. Elles le sont, et contagieuses aussi, par elles-mêmes et indépendamment de leur degré ou de leur gravité. Or, considérée en soi et indépendamment de toute malignité de circonstance, la fièvre puerpérale est aussi loin que possible d'une pareille nature. Semblable aux maladies aiguës les plus communes, rien, dans ses formes simples et saines, ne la distingue des affections inflammatoires franches, si ce n'est un cachet de généralité et de mobilité, une certaine apparence rhumatique par laquelle se traduit l'existence d'une fermentation morbide générale, centralisée pourtant vers les organes du bassin. Rhumatoïde, inflammatoire, purulente, putride, nerveuse sidérante, elle peut s'élever, comme je l'ai déjà dit tant de fois, à ces puissances de toutes les maladies aiguës communes, et contracter par là la contagiosité et l'épidémicité; mais ces propriétés, elle les partage — au plus haut degré, il est vrai, — avec toutes les maladies aiguës simples. Toutes, en effet, commencent par un état rhumatique ou inflammatoire superficiel, mobile, catarrhal; c'est leur première puissance; la fièvre inflammatoire adhésive est leur seconde; l'inflammation purulente et la purulente d'emblée leur troisième; enfin la putride et la nerveuse sidérante forment leur dernière et plus haute expression.

C'est l'échelle des maladies aiguës communes, presque toutes phlegmasies ou fébri-phlegmasies, se rapprochant du caractère des fièvres graves au fur et à mesure qu'elles contractent une nouvelle puissance, et que touchant aux plus décidément morbides, ou, ce qui est la même chose, aux plus délétères, elles revêtent la propriété épidémique et la contagiosité. Si l'état morbide puerpéral prend plus facilement qu'aucune autre disposition morbide aiguë le type des pyrexies; s'il présente, sous le même fonds et la même dénomination, suivant les circonstances, et quelquefois dans la même épidémie, le caractère et les formes des phlegmasies, des pyro-phlegmasies et des fièvres, c'est que l'affection générale de l'économie y est bien plus déterminée et bien plus mûre que dans les dispositions inflammatoires ordinaires et communes; c'est, en particulier, que l'état du sang et de l'appareil circulatoire, siége du mouvement fébrile, c'est que toute la constitution de la femme sont bien plus énergiquement, bien plus spécialement prédisposées aux désordres inflammatoires multiples, disséminés, à la fièvre et à tous les accidents des fièvres que dans aucune autre maladie aiguë. Dans l'imminence morbide puerpérale, il y a tout ce qu'il faut pour produire simultanément la fièvre et l'inflammation, puis l'ordre spécial des phlegmasies et l'ordre spécial des fièvres. Il n'y a donc rien d'étonnant si cette même disposition générale est féconde en toutes les formes des maladies aiguës, phlegmasies, fébri-phlegmasies et fièvres. Ce qui devrait surprendre, c'est qu'il en fût autrement. Mais les maladies spécifiques aiguës n'ont pas de ces transformations. Ce qui les distingue, c'est la régularité et l'immutabilité du type, autant toutefois que le comportent les choses de la pathologie.

LC

On n'a voulu voir dans la fièvre puerpérale que la purulence; et c'est pourquoi le nom de fièvre pyogénique a été proposé pour remplacer celui de puerpérale. Voilà un des inconvénients de fonder la nosologie sur les symptômes ou sur les lésions particulières suivant la méthode des naturalistes. A ce compte, la confusion de la fièvre puerpérale avec la fièvre purulente des blessés était inévitable. Embrassez toute la nosologie puerpérale, et cette confusion n'est plus possible. J'ai parlé, dans l'article précédent, d'affections post-puérales, les plus communes peut-être de cette nosologie. Eh bien, y a-t-il une nosologie des opérés? Connait-on des affections post-traumatiques? Un homme qui a la fièvre purulente des opérés dans un hôpital est un homme perdu. La mort est la règle; la guérison l'exception, pour ne pas dire l'inconnu... En est-il donc ainsi de la fièvre puerpérale? A Dieu ne plaise! Chez la femme en couches, l'explosion de la maladie se fait peu de temps, deux ou trois jours et souvent moins, après l'accouchement. C'est que les éléments, la matière morbide sont disposés bien auparavant, comme dans toutes les affections spontanément formées en nous. Que de femmes qui, dans les deux derniers mois de la gestation, souffrent de congestions diverses, de pléthore, de fièvre, d'anasarque, d'une albuminurie, présage d'accidents convulsifs redoutables, etc.

Comparera-t-on la femme qui accouche dans cet état, et d'ailleurs, toute femme grosse prise de fièvre puerpérale quarante-huit heures après la délivrance, — et qui pouvait être prise de toute autre affection puerpérale, — la comparera-t-on à un homme bien portant qui se fracasse un membre, qu'on ampute, et qui, quinze jours après, succombe à une infection purulente? Qui ne voit que, dans le premier cas, tout le plan de la maladie était organisé avant le travail qui en a déterminé la manifestation et les symptômes; que, d'ailleurs, des affections diverses par la forme et le siége pouvaient en sortir suivant les influences externes et les prédispositions individuelles, etc.; tandis que, dans le second cas, dans celui de l'opéré, rien ne préexistait à l'accident et à la plaie avec lesquels l'esprit de système a confondu l'accouchement et la surface placentaire de l'utérus après la délivrance? Triste destinée de l'erreur de rouler toujours d'un excès dans l'autre. On fait de la maladie un être spécifique, comme une espèce naturelle; et puis, cette situation n'étant pas longtemps possible, il n'y a pas de milieu, on est bientôt forcé de faire de cette espèce un simple accident, un empoisonnement fabriqué de toutes pièces.

Pourquoi aussi s'est-on systématiquement renfermé dans le typhus puerpéral? Qu'on y ait tout rapporté, je le comprends; mais c'est que précisément on n'y a rien rapporté du tout, et qu'on ne l'a rapporté à rien. On l'a considéré à la manière d'une chose absolue, et sans rapports, comme s'il était indépendant du fonds commun à toute la nosologie puerpérale, et qu'il fût seul de cette famille. On s'est ainsi exposé à le confondre avec la fièvre des opérés; car, à ne voir que ce terme de la série, l'analogie s'impose d'elle-même. Ceux qui ont commis cette erreur ne sont donc pas les seuls coupables. Les essentialistes qui ont isolé carrément leur typhus de toutes les autres affections puerpérales aiguës, comme si semblable en cela au typhus des opérés, il était la seule suite de couches redoutable et qu'il fût une maladie spécifique radicalement distincte de ses congénères, les essentialistes ont singulièrement prêté à la confusion. De leur côté, les anatomistes, qui tout les premiers ont assimilé et ont dû assimiler l'utérus délivré à une plaie compliquée de phlébite, et la fièvre puerpérale — par eux conséquemment niée — à la métastase du pus formé d'abord dans un point de l'appareil circulatoire, les anatomistes, en rétrécissant le terrain encore plus, ont consommé la confusion. Elle sortait donc des deux camps ennemis : directement du camp des localisateurs, indirectement de celui des essentialistes; elle était inévitable. Il faut la détruire par l'idée contraire à celle qui lui a donné naissance.

LCI

Mon lecteur n'en doute plus : Il y a une nosologie puerpérale, c'est-à-dire toute une série d'affections à formes et à siéges divers, dont le typhus puerpéral occupe le sommet de gravité, et qui toutes procèdent d'un même fonds. C'est comme il y a une nosologie vénérienne, une nosologie scrofuleuse, goutteuse, etc., où l'on retrouve les formes communes à toutes les maladies. Nier les fièvres puerpérales au nom des phlegmasies, n'est pas moins faux que de nier les phlegmasies puerpérales au nom des fièvres.

La fièvre des opérés est une maladie accidentelle ou chirurgicale, la complication d'une plaie ou d'un accident. Elle ne peut donc pas être assimilée à un état morbide qui naît spontanément de l'altération des propriétés particulières de l'organisme puerpéral, et qui, analogue en cela à toutes les affections générales lentement et intimement formées en nous, a pour caractère de se pouvoir manifester, comme les diathèses par des expressions nosologiques multiples, variables de siége et de forme, quoique unes et identiques par le fonds, phlegmasies, fièvres, douleurs, névroses, cachexies, etc... C'est qu'en effet, la clinique puerpérale ne déroule pas seulement une série de maladies aiguës; elle a aussi ses maladies chroniques : les praticiens n'en doutent pas. Je ne veux pas y pénétrer; mais j'en prends acte pour protester contre la suppression de la fièvre puerpérale prononcée au nom de ses analogies avec la fièvre purulente des opérés. L'analogie extérieure des deux fièvres a fait conclure à l'identité de leur cause interne ou de leur nature. Une chose devait en détourner, c'est la nosologie aiguë des *suites de couches*, dont la fièvre pyogénique n'est qu'un des tableaux; c'est surtout que cette nosologie a, comme je l'ai dit, ses maladies chroniques, fait inouï dans les *suites d'opérations*. Vit-on jamais des affections chroniques comme produits de ce qu'on a appelé la diathèse purulente des blessés et des opérés? Et pourtant, si cette infection partait d'une diathèse, elle aurait, à n'en pas douter, ses affections chroniques, car c'est le propre de la diathèse d'en être le principe.

LCII

L'idée des *laits répandus* a disparu de la science moderne; mais les faits où cette idée avait pris naissance n'ont pas disparu de la nature. Pour les anciens, — et les anciens, nous y touchons, ce sont nos pères immédiats, — pour les anciens, ces flots de sérosité purulente où nagent des fragments caséiformes, et qui remplissent le péritoine souvent si peu enflammé des femmes mortes en couches, ce liquide, d'aspect laiteux, en avait plus que l'aspect. C'était comme une déviation de la sécrétion laiteuse. Croyaient-ils voir là du lait en sa propre nature? Cela est peu probable. Ils connaissaient parfaitement le pus, et ne pouvaient pas méconnaître la ressemblance du liquide lactescent de la péritonite puerpérale avec le pus en général. Sans doute, ils entendaient par là, que si le produit des phlegmasies puerpérales n'est pas du véritable lait, les matériaux de cette sécrétion naturelle n'y sont pas étrangers et y jouent un rôle.

C'était une idée grossière et physiquement fausse que celle des Alexandrins, croyant que les artères ne renfermaient que de l'air, et que ce gaz y pénétrait par la trachée. Mais cette idée n'était grossière que parce qu'elle était grossièrement vraie. Les artères contiennent du sang, mais du sang imprégné d'un des éléments de l'air atmosphérique incessamment introduit par la trachée. Les *laits répandus* sont aussi une idée physiquement fausse, mais une idée pathologique grossièrement vraie. Qui oserait dire que le sang de la femme n'est pas imprégné de qualités toutes spéciales et assez bien connues aujourd'hui, en rapport avec les besoins intra-utérins et plus tard extra-utérins de l'enfant? Et qui pourrait nier que ces matériaux, si altérables, si facilement malades, ne forment ceux des sécrétions morbides plastiques et purulentes qui pleuvent chez la puerpérale sous l'influence de la moindre irritation? N'y a-t-il pas une ressemblance, anatomique au moins, entre le sang du rhumatisme aigu et le sang de la femme arrivée aux derniers mois de la grossesse? Quoi de plus commun aussi chez elle que les affections rhumatoïdes aiguës et chroniques?

Ce n'est pas que les suites de couches réfractaires et devenues personnelles, aient un cachet spécial de puerpéralité. Non; ce cachet, cette physionomie s'effacent au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement; mais soit à elles seules, soit fondues avec quelque diathèse excitée et développée par elles, elles n'en forment pas moins des maladies chroniques du caractère le plus rebelle. Je ne signale ces faits ignorés dans nos nosologies et nos cliniques, mais si bien connus dans les familles et la pratique particulière, que pour établir l'existence d'une nosologie puerpérale, et ruiner cette opinion irréfléchie qui anéantit la fièvre grave des couches devant la fièvre grave des opérés, sous prétexte que l'accouchement n'est qu'un traumatisme. D'ailleurs, on verra tout à l'heure, que l'existence de cette nosologie est le fondement d'une bonne prophylaxie de la fièvre puerpérale grave. Avant son accident et son traumatisme, celui qui sera opéré se porte bien. Il n'y a en lui aucune disposition à la maladie, ni même aucun de ces changements d'état qui, sans être la maladie, créent pour elle une susceptibilité prochaine particulière et bien définie : la dentition, la puberté, la ménopause, la GROSSESSE surtout, sont de ces états.

LCIII

Il sort de la grossesse une foule d'affections, les unes indéterminées et sans nom dans la nosographie, les autres bien déterminées et dont on a fait des entités morbides, des maladies proprement dites. La fièvre puerpérale en est une. Mais comme toutes les maladies qui ne sont qu'une des branches nombreuses d'un tronc commun, une espèce d'un genre, elle a beaucoup de points de contact avec les autres espèces congénères, péritonite, métro-péritonite, phlébite, lymphite utérine, toutes fébri-phlegmasies dont le fonds, en contractant une puissance morbide de plus, atteint au typhus puerpéral.

C'est même ce qui explique le malentendu dont l'Académie vient de donner un exemple qui restera mémorable dans l'histoire des fièvres et des phlegmasies. Les accoucheurs placés à la tête des *Maternités*, y observent les maladies puerpérales à leur plus haute puissance et dans les conditions les plus propres à engendrer le typhus : ils sont essentialistes ou généralisateurs, et presque tous contagionistes ou y inclinant fort. Les anatomistes ou localisateurs, au contraire, observent tous dans les hôpitaux ordinaires où les formes du typhus puerpéral sont rares, la mortalité moins considérable, les cas moins malins, la mort moins rapide, les lésions cadavériques mieux formées. On a vu des élèves sortant d'observer dans ces dernières conditions, passer à la Maternité, et superbes de phlébitisme, confesser au bout de quelques mois la fièvre puerpérale à qui ils étaient venus donner une leçon. Donc, du même fonds, et suivant les circonstances qui le modifient, naissent des phlegmasies, des fébri-phlegmasies et des fièvres dans un mouvement continuel de transformation. Tous les efforts des essentialistes n'empêcheront pas cela, parce qu'ils n'empêcheront pas la maladie d'être simultanément locale et générale, explosion pyrexique centralisée vers les organes du bassin sous forme de phlegmasies, de suppurations, de gangrénescences, de ramollissements, de sidérations locales. Les étroites obstinations des localisateurs ne la feront jamais, non plus, prendre pour une maladie exclusivement et primitivement traumatique, se généralisant mécaniquement à la manière dont une maison ou une cité s'infectent par des eaux malsaines puisées dans quelque sentine et transportées par une pompe à tous les habitants. Quelle pensée de prophylaxie peut naître de cette pauvre conception?

LCIV

Il faut rendre cette justice aux essentialistes : Si quelque importante mesure d'hygiène publique surgit tôt ou tard de ces débats, si graves par le sujet, si grands par l'intention et le but, ce résultat devra leur être reporté. C'est un essentialiste qui a ouvert la discussion dans un sentiment d'humanité. C'est un essentialiste qui l'a close par des conclusions radicales et généreuses dans le sens de la révolution et du progrès en Assistance publique. Les localisateurs n'ont eu à offrir, contre un fléau populaire, que des sangsues, de la térébenthine, des vésicatoires, du sulfate de quinine, du mercure, des drogues !...

Placés plus haut que leurs adversaires, embrassant un horizon plus vaste, les essentialistes ont saisi plus de vérité. Qui peut plus peut moins. Tout en reconnaissant dans la puerpéralité un état morbide primitivement général, ils ne nient pas les maladies locales du genre. A leurs yeux, les unes n'empêchent pas les autres. Cela même leur permet de voir les maladies locales avec

plus de justesse que les localisateurs, qui ne voyant qu'elles et tout par elles, les connaissent ordinairement d'une manière incomplète. Tandis que l'essentialisme ne cache pas la vue des maladies locales, l'anatomisme cache bien souvent, au contraire, la vue des maladies générales. L'un a donc un grand avantage sur l'autre. Je n'invente pas cela, je le constate; c'est, l'histoire de la Médecine en main, un fait général et qui a force de loi.

Embrassant plus de vrai en principe, les essentialistes ont aussi embrassé plus de vérité pratique, c'est-à-dire plus de bien. Ils ont tourné le dos à la pharmacie impuissante, complice par ses longs abus, de l'homœopathie, et ont tendu la main à la Médecine de l'espèce, à l'hygiène. Il ne leur manque que deux choses pour dominer de tous points les localisateurs. La première, je l'ai longuement exposé, c'est d'organiser leur fièvre puerpérale. Elle a besoin d'être *désontologisée*. Ce n'est pas tout de professer les fièvres : il faut leur donner des bases organiques, mais prises dans l'anatomie d'évolution et non dans l'anatomie morte. Broussais ne se doutait pas qu'il ne renversait les fièvres que pour qu'on les restaurât sur des fondements anatomiques; non pas les siens, à la vérité, car l'anatomie même générale de Bichat, qui l'suivait, ne pouvait pas servir à cette restauration et ne devait aboutir qu'à l'anatomie pathologique descriptive; mais sur les données de l'anatomie vivante ou de l'embryologie.

J'ai tenté cette organisation de la fièvre puerpérale d'après ce principe. On le peut, on le doit pour toutes les autres fièvres. Les anatomistes, les localisateurs qui ont droit à une satisfaction, l'obtiennent ainsi; et n'ayant plus rien à réclamer, plus de raison d'être, leur système disparaît par la force des choses.

LCV

Le second défaut des essentialistes, au moins dans la discussion académique, est d'avoir isolé leur fièvre puerpérale de toutes les autres affections aiguës congénères, et d'en avoir fait une une espèce aussi distincte de celles-ci, que la rougeole de la pneumonie. Ils ont, par là, heurté si fort les localisateurs, que ceux-ci se sont cramponnés plus opiniâtrément que jamais à leur système, comme si on avait voulu leur enlever leurs lésions locales, leurs phlegmasies, leur phlébite et tout ce qui s'en suit.

Quelle probabilité, en effet, qu'une fièvre n'existe qu'à l'état grave, ne règne qu'épidémiquement, n'apparaisse qu'en typhus? Où donc est la fièvre puerpérale simple, bénigne, à la première puissance, la fièvre puerpérale sporadique? Montrez-la moi. Pas de fièvre qui n'existe sous ces deux types; et la fièvre puerpérale seule ferait exception!

Les maladies puerpérales aiguës à l'état sporadique sont des phlegmasies et des fébri-phlegmasies plus ou moins graves, expression d'une altération du sang et des humeurs puerpérales.

Lorsqu'une constitution épidémique — l'encombrement hospitalier aidant — élève cet état impersonnel et aigu à sa plus haute expression, elle en fait une de ces maladies pestilentes où le nerf et le vaisseau, les centres de l'innervation et le sang, simultanément frappés de stupeur et de dissolution, déconcertent toute réaction saine et salutaire comme toute thérapeutique, et qu'on nomme les typhus : typhus puerpéral dans l'espèce, qui, aux caractères communs du genre, joint ceux de toutes les affections puerpérales aiguës, la purulence généralisée et la concentration des lésions vers les organes du bassin, lorsque la précipitation de l'empoisonnement général ne leur ôte pas le temps de se former.

L'encombrement n'explique donc pas tout; mais il fournit une matière à typhus abondante et concentrée. Les grandes villes, Paris, sont sous ce rapport doublement funestes. Encombrement de la cité, et par-dessus, encombrement de l'hôpital, tout s'y réunit pour aggraver les fièvres puerpérales.

LCVI

Mais la fièvre puerpérale grave ne règne-t-elle qu'à Paris et dans les grands centres? Est-il vrai qu'elle soit inconnue dans les petites localités, comme on se plaît systématiquement à le dire? Qu'on se garde de le croire; on s'exposerait à de cruelles déceptions. Elle est rare, incomparablement plus rare qu'à Paris; mais elle existe; et chose remarquable, quand elle sévit, c'est épidémiquement. A l'état sporadique, on ne connaît guère en province et dans les petites localités, que les phlegmasies puerpérales plus ou moins circonscrites, plus ou moins saines. Puis, à certains moments, on entend parler de femmes en couches mortes rapidement de fièvre puerpérale grave avec ou sans symptômes de péritonite foudroyante. Ces cas se reproduisent, se multiplient plus ou moins dans la même contrée. Un bon nombre en sont tout à fait exemptes; on n'y a jamais rien observé de semblable. Dans d'autres, cela se renouvelle à de certains intervalles, mais toujours infiniment plus rares qu'à Paris.

Dans mon département (Jura), les femmes en couches succombent parfois, dans les villages surtout, avec une rapidité terrible à une fièvre puerpérale grave qu'on appelle dans le pays le pourpre ou millet. Un frisson avec décomposition des traits et dyspnée nerveuse, ouvre la marche. Le ventre se ballonne, le pouls est petit et précipité; puis la peau se recouvre du pourpre ou millet. Celui-ci est rouge ou blanc, c'est-à-dire formé, dans le premier cas, par des vésicules enflammées, et dans le second, d'emblée purulentes. L'apparition de ce signe, quel que soit l'un des deux caractères qu'il revête, est funeste. La femme meurt en très peu de temps. Je n'ai pas d'autres détails. J'ignore surtout ce que l'anatomie pathologique pourrait apprendre sur l'état du péritoine et des organes génitaux dans ce typhus. Ce que je sais bien, c'est qu'il est puerpéral, et que sauf l'éruption fatale qui lui a donné son nom (le pourpre ou millet des femmes en couches), il ressemble trait pour trait au typhus puerpéral épidémique de nos Maternités. Il éclate par bouffées épidémiques, et frappe, entre tous, les paysans pauvres et mal conditionnés. Il est bon d'ajouter que la suette miliaire règne de temps en temps dans le département. Hors de cela, la nosologie puerpérale aiguë y est simple et bénigne.

Revenons à Paris.

Le problème devrait être de l'amener progressivement, dans un temps plus ou moins long, à l'état sanitaire puerpéral de la province. Là ce qui domine, ce sont les formes inflammatoires, rhumatiques et assez rarement purulentes des affections puerpérales aiguës; puis, les suites de couches chroniques. Voilà l'idéal que doit se proposer la Métropole. En province, les épidémies dont j'ai parlé sont très rares. La matière y manque. A Paris, elles sont d'une fréquence désespérante. L'encombrement, l'empoisonnement de l'homme par l'homme, une misère toute spéciale, le grand nombre des filles-mères, des conditions typhigènes de toutes sortes, semblent les attirer et les tenir comme en permanence avec des rémissions plutôt que des intermittences parfaites. Quand la fièvre puerpérale ne règne pas, c'est qu'elle se prépare à régner. La latence et l'incubation sont des lois de la vie; et l'intermittence qui n'est pas autre chose qu'une incubation, est la loi même des maladies.

LCVII

De même que pendant l'apyrexie d'une fièvre paludéenne périodique, l'accès se charge pour éclater le lendemain; et que ce temps de repos apparent, n'est que le repos des symptômes pendant lequel s'accomplissent des actions pathologiques intimes très importantes, de même pendant l'intermittence épidémique, les éléments morbides incubent et mûrissent pour un accès à venir. L'encombrement fournit les matériaux de cette incubation. Paris est un foyer permanent de fièvre puerpérale dont les accès font de temps en temps explosion, et qu'il faut attaquer non pendant qu'ils sévissent, mais pendant qu'ils se forment, pendant l'apyrexie, si je peux m'exprimer ainsi. Les marais non plus ne donnent pas lieu continuellement aux fièvres palustres. Ces fièvres apparaissent aussi par accès épidémiques, toutes choses égales d'ailleurs, je veux dire, indépendamment de l'état de débordement ou de dessèchement des *palus*. On supprime les marais : Il faut supprimer les encombrements de femmes en couches, ces mares infectes où dorment les accès de fièvre puerpérale épidémique.

LCVIII

Remarquez que la fièvre puerpérale ne règne pas épidémiquement à Paris, comme ferait une maladie spécifique, la fièvre typhoïde, la scarlatine, le choléra. Il n'y a pas d'épidémies toutes spéciales et uniques de cette fièvre. C'est un argument péremptoire contre les essentialistes. A un moment donné, la fièvre purulente des blessés se met à sévir plus fréquente et plus maligne dans les hôpitaux. Les opérations se compliquent d'érysipèle. Puis, apparaissent en ville des furoncles, des anthrax, des orgeolets, des panaris, des angines, etc., les rhumatismes aigus suppurent : toutes maladies qui dénoncent une transformation purulente facile. C'est alors que le typhus puerpéral se réveille dans les Maternités, tandis que dans les hôpitaux ordinaires, les phlegmasies puerpérales suppurées, les abcès péri-utérins et mammaires, les affections post-puerpérales plus ou moins graves, sont communes. Or, à quoi tient-il que Paris soit l'atelier où se fabrique incessamment la matière de ces accès épidémiques, si ce n'est à son double encombrement? Les hôpitaux, les Maternités sont les plus frappés, parce qu'ils sont l'encombrement de l'encombrement. Quelquefois même, et dans les accès les moins graves, ils ont seuls à souffrir. C'est là que la maladie éclate à sa plus haute puissance, atteint au typhus et devient infectieuse. Ces conditions attirent et favorisent les épidémies, ai-je dit. Il est donc urgent de faire dominer de plus en plus la sporadicité sur l'épidémicité. Or, la sporadicité, c'est le temps de repos, c'est l'apyrexie des maladies aiguës dont l'exacerbation constitue l'épidémicité.

LCIX

Il semble que pour régner, les maladies aiguës aient besoin des masses ou des populations. C'est, en effet, quand elles agissent sur les masses, c'est dans les constitutions médicales et les épidémies, qu'elles possèdent au plus haut degré tous leurs caractères. J'ai cette conviction, que si les maladies susceptibles de sévir épidémiquement, les maladies aiguës, pouvaient cesser d'éprouver ces recrudescences, ces accès qu'on nomme des épidémies, elles s'atténueraient indéfiniment. Je l'ai déjà dit : Haller appelait les épidémies la vie des maladies aiguës. Ce grand homme n'a peut-être pas émis deux idées de la force de celle-là. L'épidémicité, en effet, est encore plus caractérisée par la malignité et la léthalité des cas, c'est-à-dire par leur vie morbide plus intense, que par leur nombre dans un temps donné. Une épidémie est une unité morbide, et non un total fortuit de cas individuels. Il faut rompre ce corps des épidémies, et en disséminer les membres. La sporadicité où s'abâtardissent les maladies aiguës, n'est pas autre chose.

C

Qu'on ne croie pas que ce soit sans raison, qu'au commencement de cet article, j'ai tant insisté sur l'importance de considérer la nosologie puerpérale dans son ensemble pour comprendre une des affections dont elle est composée; et que j'y ai fait remarquer — chose qui pouvait d'abord paraître un hors-d'œuvre — des affections post-puerpérales, sub-aiguës, aiguës-chroniques, chroniques enfin.

Si les maladies aiguës sont fort distinctes des chroniques, elles ont pourtant une certaine tendance à s'associer et à former des espèces bâtardes. Ces associations, ces croisements sont plus ou moins faciles; et cela suppose qu'il y a des degrés ou des puissances d'acuité variables. Or, le plus haut degré d'acuité est mesuré par le plus haut degré d'épidémicité ou de susceptibilité de régner à l'état épidémique. Réciproquement, le degré le plus faible se mesure par la moindre capacité épidémique et par la disposition plus habituelle à la sporadicité. C'est dans ce dernier état que s'opèrent le plus facilement les associations des maladies aiguës avec des affections personnelles ou chroniques. Aux maladies aiguës fortement elles-mêmes ou fortement épidémiques, se marient difficilement les maladies chroniques.

Ce qu'il faut obtenir, c'est cette déconcentration des maladies puerpérales aiguës, c'est de les réduire à leur plus faible puissance, de leur faire descendre l'échelle de gravité à laquelle je me suis tant attaché, comme à un instrument qui servait à mesurer le progrès de la prophylaxie ou de la Médecine de l'Espèce. Or, pour démolir les superfétations épidémiques de la fièvre puerpérale et la simplifier, il faut la rendre individuelle autant que possible, et favoriser par ce moyen la prédominance des éléments morbides personnels ou chroniques, sur celle des éléments épidémiques ou aigus. Les premiers s'useront ensuite par l'invigoration croissante de l'espèce. C'est le procédé de la nature pour l'abâtardissement, c'est-à-dire la dégénération et l'affaiblissement des maladies épidémiques. Il faut que la civilisation la seconde dans cette œuvre réparatrice. Or, *sporadiser* la fièvre puerpérale, c'est, je le répète, en disséminer les foyers.

Je me rallie au vœu de M. Depaul.

CI

Le désencombrement nosocomial poussera au désencombrement domestique. Si la puerpérale soignée à domicile ne devait pas y trouver l'air, la lumière, le calme, le reconfort de ses entrailles, la sécurité matérielle, — au moins jusqu'au jour des solides relevailles et de l'aptitude au travail; — si elle ne devait pas y trouver aussi l'intérêt de l'Assistance publique personnifié dans ses représentants de tous les degrés, cet intérêt qui en se particularisant, paraîtra moins banal et inspirera de toutes les influences la plus médicatrice, la reconnaissance d'une créature relevée à ses propres yeux et aux yeux de la société, il est évident que la suppression des Maternités ne serait qu'un demi-bienfait. Mais ce progrès clocherait trop scandaleusement, pour tarder à s'accomplir. On ne retournerait pas aux entassements et aux empoisonnements mutuels. Alors, comme je l'ai dit, on serait forcé de dissiper l'encombrement domestique et celui de la cité, comme l'encombrement hospitalier. Un progrès en commande toujours beaucoup d'autres.

Le typhus puerpéral qui a fait l'objet des débats académiques, est le produit accumulé de plusieurs siècles d'une Assistance publique rudimentaire, et malgré ses progrès, encore barbare. Il ne faut donc pas s'attendre à voir disparaître le fléau tout à coup en même temps que les Maternités. Les maladies arrivées à ce point se sont faites lentement, elles se décomposeront de même. Il y a du mal qui s'est amassé avec le temps, que le temps seul détruira. Or, le temps, ici, c'est l'action indéfiniment bienfaisante de la civilisation.

CII

Ceux qui ont le malheur de ne croire qu'à ce qu'ils voient, ne goûteront pas fort ces résultats en espérance, et toute la doctrine pathologique qui les explique et les justifie, qui les expliquent et justifient à leur tour. Ils voudraient jouir *hic et nunc*. Eh! *modicæ fidei*, vous mangez les fruits de la foi de vos pères. Sans elle, vous seriez serfs, corvéables, matière d'hôpital et d'amphithéâtre, et vos femmes, peut-être, sujettes du typhus des Maternités. L'humanité est solidaire. Méritez par vos œuvres de vivre en vos neveux, et vous verrez en eux un jour, ce que vos pères voient en vous aujourd'hui.

CIII

L'Académie de Médecine remplit depuis quelque temps une grande fonction. La Faculté n'existe plus que comme institution de l'État. Elle fait des docteurs; mais elle ne fait plus ni doctrine ni science. La vie, l'intérêt se sont transportés à l'Académie. On dirait que, par une sorte d'instinct, ce corps savant cherche à combler le vide de l'École. Sa tribune est une chaire autour de laquelle la Presse rassemble le public médical du monde entier. Elle va sentir, elle sent déjà le besoin de parler de haut à ce grand auditoire. Parler de haut, c'est parler avec une croyance et des principes. L'Académie ne s'adresse pas à des élèves; elle n'a pas charge de les préparer à leurs examens; et pourtant, elle enseigne par le fait, et déjà ils se pressent à ses séances. Mais l'anatomie pathologique, la séméiologie et la statistique qui font aujourd'hui toute la science des maladies à l'École, ne suffisent pas à une Académie.

BIBLIOTHÈQUE.

DES PRINCIPALES EAUX MINÉRALES DE L'EUROPE (ALLEMAGNE ET HONGRIE);

Par Armand ROTUREAU. Un volume in-8° de 574 pages. — Paris, 1858, Victor Masson, libraire.

Rapport lu à la Société médicale du 1er arrondissement, séance du 1er juillet 1858,

Par le docteur T. GALLARD.

Messieurs,

Je ne veux pas entreprendre d'analyser ici le livre de M. Rotureau, je

préfère conseiller à chacun de le lire par lui-même, car je suis certain que tout le monde gagnera à ce qu'il en soit ainsi, et que personne, pas même l'éditeur, ne songera à se plaindre d'un tel arrangement. Quant à M. Rotureau, il est du petit nombre des auteurs qui ne peuvent rien perdre à être lus et étudiés de près. Travailleur consciencieux, il a vu par lui-même tout ce dont il nous parle, et ce qu'il a vu il nous l'expose avec tant de clarté, dans un style si net et si concis, qu'il nous semble impossible de rien retrancher à ses descriptions pour les abréger, de façon à vous en présenter un résumé à peu près satisfaisant. Je renonce donc à analyser ce livre, et j'y renonce avec grand plaisir, car cette opération intellectuelle, qui consiste à mettre en pièces un ouvrage, à le déchiqueter, puis à le pétrir et le pressurer, afin d'en faire sortir le suc et la substance sous prétexte d'en donner un extrait, me semble plus propre à le dénaturer qu'à le faire réellement connaître. Et les personnes à qui de tels comptes-rendus suffisent, me font l'effet de celles qui ne connaîtraient, en fait de légumes, que les produits desséchés de la maison Chollet. Quel est donc celui d'entre vous qui songerait à user de ces affreuses tablettes, quand il voit de succulents petits pois et de délicieux haricots verts orner l'étalage de tous nos fruitiers? Celui-là seul pourrait se croire lésé en ne trouvant pas ici l'extrait qu'il compte y rencontrer. Mais sa déception nous touche d'autant moins que le livre de M. Rotureau n'est pas un de ceux qui se prêtent facilement à une semblable manipulation. Vous le comprendrez sans peine, quand je vous aurai dit que cet ouvrage renferme, en autant de chapitres séparés, trente-trois monographies complètes, représentant dans leur ensemble l'histoire des principales stations d'eaux minérales de l'Allemagne et de la Hongrie. Chacune de ces trente-trois monographies est indépendante des autres; et pour rendre un compte fidèle de l'ouvrage, il faudrait successivement les passer toutes en revue. On comprend combien un tel travail est impraticable, surtout quand il s'agit d'un livre où, comme je l'ai dit en commençant, il n'y a pas de superfluités.

Chacune de ces descriptions particulières, qui sont toutes tracées sur le même plan, comprend d'abord quelques renseignements généraux sur l'itinéraire à suivre pour se rendre de Paris à la station dont il est question. Ces indications, suffisantes pour faire apprécier les distances et les facilités offertes pour le transport, sont utiles au médecin et lui permettent soit de donner à ses clients une idée du voyage qu'ils vont entreprendre, soit de choisir pour eux, entre deux sources similaires, celle qui sera plus à leur portée ou à leur convenance. On ne trouve, du reste, dans ce paragraphe, non plus que dans les suivants, destinés à faire connaître les localités et les ressources qu'elles offrent au baigneur, aucun de ces détails oiseux ou de ces descriptions minutieuses et inutiles qui feraient, sans doute, fort bel effet dans un *guide de voyage* ou dans un *keepseake*, mais qui eussent certainement déparé un livre grave et sérieux comme celui dont nous nous occupons ici. Dans le plus grand nombre des cas, quinze ou vingt lignes suffisent à l'auteur, rarement il lui faut plus de deux pages pour exposer tout ce qu'il nous importe à nous, médecins, de savoir sur cette partie du sujet. Puis il entre vivement au cœur de la question scientifique, en débutant par l'examen physique et chimique des eaux de toutes les différentes sources exploitées dans chaque station importante.

L'action physiologique des eaux, employées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, est ensuite étudiée sur l'homme sain d'abord, puis sur l'homme malade, et l'article se termine par des considérations étendues sur les diverses maladies auxquelles le traitement par les eaux en question peut être appliqué. Ces développements sur les indications des eaux minérales d'une source déterminée dans telle ou telle maladie, amènent nécessairement des développements analogues sur leurs contre-indications dans d'autres maladies, et cette partie du sujet, qu'on appellerai la partie vraiment médicale et clinique, celle qui nous intéresse le plus, nous praticiens, est aussi celle que M. Rotureau a étudiée avec le plus de soin, et nous pouvons dire qu'il l'a généralement traitée avec succès. A propos de certaines sources importantes et qui, soit par leur composition chimique, soit par leur action thérapeutique, se rapprochent beaucoup d'autres sources également célèbres, M. Rotureau a ajouté aux paragraphes précédemment indiqués un parallèle entre les sources qui sont souvent conseillées indifféremment l'une ou l'autre par le plus grand nombre des médecins. Il trouve rarement entre elles une similitude telle qu'il puisse être indifférent, comme on le croit généralement, d'aller à l'une ou à l'autre. Ainsi, à propos d'Ems, nous le voyons établir entre ces eaux et celles de Vichy un parallèle qui se continue et se complète lorsqu'il parle de Karlsbad. Nous regretterions cependant que ces parallèles, constituant des aperçus généraux sur les médications thermales considérées dans leur ensemble ne fussent ni assez nombreux, ni assez complets si le volume que nous avons entre les mains constituait à lui seul toute l'œuvre de M. Rotureau. Mais ce n'est là qu'une partie importante d'un travail plus complet qui doit embrasser dans son ensemble les principales eaux minérales de toute l'Europe occidentale, et il n'est pas étonnant qu'à propos de ce volume ainsi détaché du reste de l'ouvrage, l'auteur ne nous ait pas encore donné des vues d'ensemble sur les sources de même nature ou de nature analogue, envisagées tant suivant leurs points de contact que suivant leurs divergences. Espérons que ce point difficile et pourtant capital sera traité par lui avec le même bonheur que le reste du sujet, et qu'après nous avoir fait connaître isolément chacune des eaux minérales auxquelles nous pouvons avoir recours, et nous avoir indiqué séparément toutes les propriétés spéciales à chacune d'elle, il réunira dans un même chapitre toutes celles qui, par leurs qualités tant physiques que chimiques ou thérapeutiques peuvent former un groupe naturel, et les comparant ainsi les unes aux autres, il nous dira laquelle nous devrons préférer dans tel ou tel cas bien déterminé. Sans ce travail ultime, que M. Rotureau semble, du reste, nous annoncer, et dont il nous donne, en quelque sorte, le plan à son article des *Eaux minérales transportées*, son livre aurait certainement une grande valeur descriptive, mais il manquerait de la synthèse, qui doit le rendre encore plus fructueux et plus utile à consulter. Ces études générales sur les médications *sulfureuse, alcaline, chlorurée*, etc., par les eaux minérales ne peuvent, nous le répétons, être données qu'après la description, en autant de chapitres séparés, de toutes les sources qui devront être comparées entre elles. Peut-être même eussions-nous préféré que toutes les eaux du même groupe, quel que soit le pays auquel elles appartiennent, fussent décrites successivement, puis comparées les unes aux autres dans le parallèle général ou chapitre d'ensemble dont nous venons de parler. Mais pour cela faire, il eût fallu ne pas consacrer un volume spécial à l'Allemagne, un autre à la France, etc.; il eût fallu traiter successivement de toutes les *eaux sulfureuses*, de toutes les *eaux bi-carbonatées*, de toutes les *eaux sulfatées*, de toutes les *eaux chlorurées*, de toutes les *eaux ferrugineuses*, enfin de toutes les *eaux thermales* dont la composition chimique n'explique pas suffisamment l'efficacité, etc., et en agissant ainsi, au lieu de parler d'Aix-la-Chapelle entre Ems et Kreuznach, on en eût parlé en même temps que des eaux des Pyrénées et de celles de Mebadia, en Hongrie, qui sont également sulfureuses. Puis, quoique voisines de Mebadia par leur situation sur le territoire hongrois, on en eût séparé celles de Szliacs, pour les rapprocher de nos eaux ferrugineuses de Bussang et de Luxeuil, etc., et des eaux allemandes de Pyrmont, Homburg, Kissingen, etc.; de ce dernier rapprochement on aurait fait ressortir entre autres ce fait intéressant que M. Rotureau signale à l'attention des praticiens, savoir, que la Hongrie possède dans Szliacs les seules eaux connues pour être en même temps ferrugineuses et hyperthermales, et que de plus, ces eaux comme celles de Homburg, malgré la présence d'une forte proportion de fer parmi leurs principes minéralisateurs, exercent sur le tube digestif une action plutôt laxative qu'astringente. Je n'insiste pas davantage sur ce point, il me suffit de l'avoir indiqué. Et, puisque M. Rotureau n'adoptant pas de prime-abord la marche que j'aurais préférée, a cru devoir consacrer un volume spécial à l'Allemagne et à la Hongrie, pour s'occuper ensuite des autres contrées, je conviens qu'il devenait moins utile de classer les eaux de chaque pays par groupes naturels, puisque chacun de ces groupes aurait eu besoin d'être complété par des chapitres empruntés aux autres volumes. En présence donc de cette difficulté, dont il faut bien tenir compte, l'auteur a peut-être eu raison d'adopter un ordre qui ne préjuge rien, l'ordre topographique, qui a au moins sur l'ordre alphabétique l'avantage de placer à côté les unes des autres les stations qui se touchent sur la carte d'Europe.

Considéré non plus comme un ensemble qui ne peut encore exister, mais comme une collection détachée d'un tout destiné à devenir complet, le volume que nous avons sous les yeux présente un grand intérêt. La méthode rigoureuse, suivie pour l'exposition de ce qui est relatif à chaque station minérale, rend les recherches d'autant plus promptes et plus faciles, qu'indépendamment d'une table analytique fort bien faite, l'ouvrage est complété par trois tableaux, dans lesquels les eaux sont classées : 1° d'après leurs principes fixes; 2° d'après leurs principes gazeux; 3° d'après leur température. Ces tableaux sont donc, pour ce qui concerne l'Allemagne et la Hongrie, une espèce de sommaire des chapitres généraux par lesquels nous désirerions voir se terminer l'ouvrage quand il sera dans son entier. Ce volume étant destiné à devenir le deuxième de la collection complète, ne renferme pourtant, en fait de généralités, renfermer que celles relatives aux eaux d'Allemagne; c'est donc dans le premier et dans le dernier que tout ce qui manque ici devra se retrouver. Cependant certaines considérations, applicables même aux eaux des autres pays, ont dû trouver leur place ici, car elles se rapportent plus directement à cette contrée. C'est ainsi que l'Allemagne possédant les plus riches eaux chlorurées et les plus chargées en acide carbonique, on comprend que ce soit sur son territoire que l'on ait songé à utiliser les eaux-mères, puis les bains ou douches de gaz se dégageant au-dessus des sources. Ces deux modifications, ou plutôt, si l'on veut, ces deux compléments de la médication thermo-minérale, trouvaient donc naturellement dans ce volume la place que l'auteur leur a consacrée, en étudiant, comme pour les eaux prises soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, leur action physiologique et thérapeutique, ainsi que les contre-indications qui peuvent s'opposer à leur emploi.

Je ne sais, Messieurs, si, en furetant ainsi que je viens de le faire au travers du livre de M. Rotureau, je suis parvenu à vous convaincre de ce que je vous disais en commençant, à savoir qu'il ne peut être analysé et qu'il renferme des faits nombreux utiles à connaître. Si je n'ai pas réussi, la faute en est à moi seul, ou plutôt à votre président qui m'a confié une tâche au-dessus de mes forces. Je me suis évertué à la remplir de mon mieux, j'ai étudié le livre de M. Rotureau avec tout le soin qu'il me semblait mériter, et cette étude, aussi attentive que possible, me conduit, malgré mon incompétence en pareille matière, à conclure que cet ouvrage est destiné à prendre place non pas dans la bibliothèque, mais sur le bureau de travail de tous les praticiens, car il renferme, ou il est destiné à renfermer tous les documents les plus complets que nous possédions sur l'hydrologie médicale. Je ne serais même pas étonné que ce *vade mecum* du médecin hydrologue ne prît un peu aussi faveur parmi les gens du monde, peut-être même par cela seul qu'il ne leur est pas adressé et qu'il ne se produit pas comme certains autres aux troisième et quatrième pages des journaux politiques. Car nous savons tous avec quelle avidité les gens du monde, malades ou oisifs, à plus forte raison ceux qui sont en même temps malades et oisifs comme les baigneurs, s'emparent de tout ce qui traite de médecine. Puisqu'ils dévorent même les ouvrages auxquels ils ne comprennent rien, que sera-ce donc du livre de M. Rotureau, dans lequel, indépendamment de descriptions techniques au-dessus de leur compétence, ils trouveront une partie descriptive de nature à les charmer par l'élégance et la sobriété du style? N'en doutez pas, tous vos clients, avant de partir pour les thermes d'Allemagne, auront lu ce livre, et il serait honteux que vous fussiez prévenus par eux. Hâtez-vous donc, et ne vous contentez pas de venir consulter l'exemplaire que j'ai l'honneur de vous proposer de déposer très honorablement dans vos archives, en remerciant notre collègue de l'hommage qu'il en a fait à votre Société.

La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 14 juillet. — Voici la composition du bureau pour l'année 1858-1859:

Ont été nommés : président, M. Deguise fils; vice-président, M. Marjolin; secrétaire, M. Alph. Guérin; vice-secrétaire, M. Laborie; bibliothécaire-archiviste, M. Verneuil; trésorier, M. Houël.

M. Broca a été nommé secrétaire-général pour la période quinquennale de juillet 1858 à juillet 1863, en remplacement de M. Marjolin, dont l'exercice est terminé.

— Le sieur Séguin, coupable, en état de récidive, d'exercice illégal de la médecine, *mais sans usurpation de titre*, avait été condamné à 30 francs d'amende et à 2 mois d'emprisonnement. La Cour de cassation, chambres réunies, a cassé cet arrêt, en s'appuyant surtout sur ce considérant, que la pénalité dépasse les limites assignées par le Code à la simple *contravention*.

L'exercice illégal, sans usurpation de titre, n'est pas un *délit*, mais une simple contravention, dont l'état de récidive ne change pas le caractère, *alors même que l'infraction est déférée à une juridiction qui connaît ordinairement des délits*, c'est-à-dire au tribunal de police correctionnelle.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 82. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 13 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

OPINION SUR UN CAS DE PRÉTENDUE PRESCRIPTION D'HONORAIRES MÉDICAUX.

Le docteur X... expose qu'il a donné des soins pendant dix mois consécutifs, *pour une seule et même maladie*, au sieur Z..., jusqu'au jour de la mort de celui-ci, arrivée le 18 décembre 1855. Après s'être en vain et à plusieurs reprises adressé à la famille par les voies amiables, le 15 décembre 1856, le docteur X... a fait assigner les héritiers. Ceux-ci ont opposé la prescription pour toutes les visites qui ont été faites avant le 15 décembre 1855, et ils ont nié qu'aucun soin eût été donné par le docteur X... à leur auteur du 15 au 18 décembre, jour de son décès. Saisi de ces prétentions respectives, le tribunal de Toulouse a prononcé, à la date du 2 mai 1858, le jugement suivant :

« Attendu que la demande du docteur X..., qui a pour objet la rémunération des soins qu'il aurait donnés au sieur Z..., comme médecin depuis 1853 jusqu'à l'époque de sa mort, mais que cette demande a été repoussée par une exception fondée sur la prescription annale, et que cette exception doit également être déclarée bien fondée; — Attendu, en effet, que la citation en conciliation, à l'aide de laquelle cette prescription aurait été interrompue, n'a été donnée par X... aux représentants du sieur Z.. que le 15 décembre 1856, lorsqu'il est constant que ce dernier est décédé le 18 décembre 1855; qu'il résulterait, en conséquence, du rapprochement de ces dates et de la combinaison des articles 2272 et 2274 du Code Napoléon, que le sieur X... ne pourrait, à l'aide de la citation précitée, réclamer ses honoraires que pour les soins qu'il aurait donnés au sieur Z... pendant les deux ou trois jours écoulés du 15 au 18 décembre 1855, s'il était justifié que Z... a reçu les soins de X... pendant ces trois jours; mais que ce fait même a été dénié par les représentants de Z..., qui ont soutenu tout le contraire; qu'appelé seulement pour traiter Z... à raison d'une maladie des yeux, tout à fait indépendante de celle à laquelle il a succombé, X... n'avait pas eu des soins à donner à Z... pendant ses derniers moments, que ces soins lui avaient été donnés par un autre médecin ; — Attendu, en conséquence, que la demande de X... doit être rejetée ; — Attendu que les dépens, etc., condamne X... aux dépens. »

M. le docteur X... se déclare prêt à prouver en fait la réalité des soins donnés par lui au sieur Z..., et il demande si, en droit, la prescription annale lui est opposable.

Sans doute la question est délicate, et le seul monument que contiennent sur ce point les recueils de jurisprudence est dans le même sens que le jugement de Toulouse. C'est un arrêt de la Cour royale de Limoges du 3 juillet 1839 (1). Mais nous ne pouvons admettre cette solution, qui est condamnée par tous les auteurs. Nous citerons seulement Pothier, qui pose avec une grande netteté les principes de la matière : « Je penserais qu'on ne devrait pas regarder la créance d'un médecin ou d'un chirurgien qui a eu soin d'un malade pendant une maladie, comme composée d'autant de créances séparées que ce chirurgien a fait de pansements, mais comme une seule et même créance qui n'a été consommée que lorsque les soins du médecin ou du chirurgien ont été achevés, soit par la guérison ou par la mort du malade qui ont mis fin à la maladie, ou lorsque le médecin ou le chirurgien ont été congédiés. C'est pourquoi je pense que la prescription ne doit courir que du jour de la mort du malade, lorsque le malade est mort de la maladie, ou du jour de la dernière visite ou du dernier pansement, lorsque le malade a été guéri, ou que le médecin ou chirurgien a été congédié. Mais si le médecin ou chirurgien a traité quelqu'un dans différentes maladies, ce sont autant de créances et d'actions différentes qu'a ce médecin ou chirurgien qu'il y a eu de maladies, lesquelles actions doivent se prescrire séparément, du jour de la fin de chaque maladie. » (*Des obligations*, n° 716.) Dans l'ancien droit, la doctrine et la jurisprudence étaient unanimes sur ce point. Sous le Code Napoléon, tous les auteurs qui ont traité la question se sont prononcés dans le même sens que Pothier. Nous citerons notamment Troplong, *De la prescription*, n° 959, et Duranton, n° 413. — Delvincourt (t. II, p. 198, n° 5) propose une distinction ; suivant lui, dans les maladies aiguës, il faut suivre la doctrine de Pothier; mais dans les maladies chroniques, la prescription court du jour de chaque visite. Cette distinction, que personne n'a adoptée, n'a rien de sérieux et doit être absolument repoussée.

Aux termes de l'article 2274 visé par le jugement de Toulouse, et c'est là la source de l'erreur, « la prescription a lieu quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraisons, services et travaux. » Mais il faut, avec les auteurs que nous avons invoqués, dire que les soins donnés pendant le cours d'*une même maladie* ne constituent pas des travaux ou services isolés, mais un travail continu et un, une suite non interrompue de services qui se confondent, un ensemble d'efforts dirigés vers un même but, la guérison du malade.

Donc, tant que la maladie dure et que le médecin continue à donner des soins, la prescription ne commence pas.

Elle commence à courir quand la maladie finit d'une manière ou d'une autre, ou que le médecin cesse ses soins.

La maladie pour laquelle a été appelé le docteur X... a persisté jusqu'à la mort du sieur Z... Les soins du docteur X... ont été continués jusqu'à la même époque. Il en résulte, selon nous, que le prix des soins donnés pendant le cours de cette maladie lui est dû intégralement, et que le tribunal de Toulouse a mal à propos déclaré sa créance prescrite pour partié.

Seulement, s'il s'agit d'une somme inférieure à 1,500 fr., le jugement est en dernier ressort; l'appel en Cour impériale n'est pas possible, et il ne reste au docteur X... d'autre voie de recours que le pourvoi en cassation.

Paul ANDRAL,
Avocat à la Cour de Paris.

(1) C'est à tort qu'on invoque en ce sens un arrêt de cassation du 20 octobre 1810; dans cet arrêt, la Cour suprême a décidé avec raison que la mort n'interrompt pas la prescription; elle n'a préjugé ni dans le dispositif ni dans les considérants la question qui nous occupe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Robert a excisé, il y a quelques jours, le col utérin pour un fongus très vasculaire, qui donnait lieu depuis longtemps à des hémorrhagies extrêmemement graves. La malade était presque exsangue, et la moindre perte de sang eût pu compromettre sa vie.

Pour ce motif, M. Robert a donné la préférence à la méthode de l'écrasement linéaire. La section a été faite en vingt minutes, sans la plus petite hémorrhagie. Il n'est depuis lors survenu aucun accident, et la malade est en bonne voie de guérison.

A ce propos, il s'est élevé, au sein de la Société de chirurgie, une discussion sur les dangers de l'amputation du col par l'instrument tranchant.

Selon M. Robert, lorsqu'on emploie le bistouri, les principaux dangers viennent de l'hémorrhagie immédiate ou consécutive, de la métro-péritonite, et de la lésion accidentelle des organes voisins. M. Robert a lui-même ouvert une fois le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine malgré toutes les précautions qu'il a pu prendre. L'hémorrhagie est grave à la fois par elle-même et par le traitement qu'elle réclame. Elle oblige souvent à tamponner le vagin, et la présence du tampon provoque de graves accidents d'inflammation. M. Robert reconnaît que la manœuvre de l'abaissement forcé est fort dangereuse; mais, sous ce rapport, la méthode de l'écrasement linéaire n'a aucune supériorité, car on est obligé d'abaisser très fortement l'utérus pour pouvoir placer la chaîne de l'écraseur à une hauteur suffisante; peut-être même faut-il l'abaisser davantage que pour faire la section au bistouri.

M. Cazeaux rappelle qu'à une certaine époque on a beaucoup blâmé Lisfranc de la facilité avec laquelle il se décidait à amputer le col ; on l'accusait de faire cette grave opération pour des affections curables, pour de simples ulcérations. Depuis quelques années, on avait pris le sage parti de la réserver pour les cas extrêmes. M. Cazeaux craint que la nouvelle méthode de M. Chassaignac, en diminuant les dangers de cette opération, ne dispose les chirurgiens à y recourir sans nécessité absolue. Il se demande, par exemple, si la malade de M. Robert n'aurait pas pu être guérie par de simples cautérisations au fer rouge. M. Cazeaux croit devoir faire, en terminant, une rectification anatomique. On vient de parler de l'amputation du col au-dessous de l'insertion du vagin. Mais il n'y a rien au-dessous de cette insertion. La paroi du vagin ne fait que s'appliquer à la surface du col, et elle descend jusqu'à l'ouverture du museau de tanche. Par conséquent, toutes les fois qu'on coupe le col utérin à une hauteur quelconque, on coupe nécessairement la paroi vaginale.

M. Huguier proteste contre ce qu'on vient de dire de la gravité de l'amputation du col utérin par l'instrument tranchant. On parle des hémorrhagies, des métro-péritonites. M. Huguier a pratiqué très souvent cette opération, et il n'a jamais vu ni péritonite ni métrite. Il répète avec insistance que ces accidents ne se sont pas présentés à lui une seule fois sur un nombre très considérable d'opérations. Le procédé de Lisfranc, dont le premier temps est l'abaissement forcé, expose, il est vrai, à de graves dangers; mais il y a longtemps que Dupuytren a posé en principe qu'il fallait se dispenser de cette manœuvre. M. Huguier, pour sa part, y a complétement renoncé. Il ampute le col sur place, au fond d'un spéculum, et c'est à ce procédé qu'il attribue les heureux résultats de sa pratique. M. Cazeaux parlait tout à l'heure de détruire les tumeurs du col au moyen du cautère actuel; mais la cautérisation au fer rouge, suivant M. Huguier, est plus grave que l'amputation du col.

M. Voillemier s'étonne que M. Huguier ait guéri toutes ses opérées, tandis que M. Robert en a perdu 8 sur 12. On ne peut invoquer les succès de Lisfranc, car le livre de Pauly a montré ce qu'il fallait croire de ces prétendues guérisons. Les succès constants de M. Huguier tiennent sans doute à la nature des maladies pour lesquelles il ampute le col, car il n'y a aucune comparaison à établir entre une opération pratiquée pour un prolapsus ou pour une hypertrophie simple, et une opération pratiquée pour toute autre lésion organique. M. Huguier croit à tort que Dupuytren amputait le col sur place; c'est une erreur, car ce chirurgien abaissait l'utérus avant de l'exciser.

M. Huguier répond qu'il a amputé le col treize fois pour des prolapsus, quatre fois pour des hypertrophies simples avec allongement, sans compter les cas *plus nombreux* où il a pratiqué cette opération pour des cancers, des fongus, ou pour toute autre lésion organique; il n'a pas perdu une seule de ses opérées. On parle de la possibilité d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du péritoine; cela est arrivé une fois à M. Robert, mais c'est une exception. M. Huguier n'a jamais eu cet accident, qui ne s'est pas présenté non plus dans la pratique de Lisfranc. On vient de mettre en doute les succès annoncés par ce chirurgien; on l'a accusé d'avoir donné comme guéries beaucoup de malades qui avaient succombé, et pour preuve on a cité à tort l'ouvrage de Pauly. — Pauly n'a pas dit que Lisfranc eût perdu beaucoup de malades des suites de l'opération, il a dit, ce qui est plus grave encore, que ce chirurgien faisait des opérations tout à fait inutiles pour les affections légères et faciles à guérir.

M. Forget, prenant à son tour la parole, s'exprime ainsi : « Puisqu'on a évoqué dans cette discussion un livre dont l'auteur a cessé d'exister, œuvre de polémique que, dans l'intérêt même de ce dernier, on eût mieux fait de laisser dans l'oubli, je crois de mon devoir, ancien élève de Lisfranc, qui eut avec moi des rapports de bienveillance et d'amitié, de dire ce que je sais, pour l'avoir vu, de la pratique de ce chirurgien, touchant le sujet en litige. J'ai assisté de près aux débats qui eurent lieu il y a une vingtaine d'années sur l'amputation du col. Ce n'était pas alors la valeur relative de tel ou tel procédé qui était en discussion, mais bien l'opportunité même de l'opération et son degré d'utilité pour les malades qui y étaient soumises. La polémique, si passionnée qu'elle fût, n'alla pas jusqu'à reprocher à Lisfranc d'amputer le col utérin lorsqu'il était sain, et comme on le fait aujourd'hui, par exemple, pour des prolapsus ou pour de simples hypertrophies. »

M. Forget, en qualité d'aide, a assisté Lisfranc dans un certain nombre d'opérations, et il n'a jamais vu couper par lui que des cols gravement malades, considérés alors comme cancéreux. Étaient-ce toujours de vrais cancers? Il est permis d'en douter, puisque plus d'une fois la guérison a été définitive. Ces cas heureux étaient sans doute relatifs à des affections épithéliales ou à toute autre production non cancéreuse. Mais du temps de Lisfranc, ces distinctions n'étaient pas encore établies, et il pouvait croire guérir des cancers vrais, comme M. Robert le croirait lui-même pour la malade qu'il vient d'opérer, si l'examen microscopique fait par M. Verneuil n'avait éclairé son diagnostic. Les progrès récents de l'anatomie pathologique nous ont appris qu'il y a des différences d'organisation, de structure et de vitalité entre les diverses pro-

ductions morbides qu'on considérait auparavant comme cancéreuses. Lisfranc se trompait donc, il commettait des erreurs réelles de diagnostic, et il ne fut pas le seul; car plusieurs autres chirurgiens, partisans comme lui de l'amputation du col, croyaient aussi guérir les cancers de l'utérus.

Ce fut le point de départ d'un malentendu interminable entre ces chirurgiens et leurs adversaires, qui, envisageant sous un point de vue général les affections cancéreuses, en niaient avec raison la curabilité. Ainsi, M. Forget est convaincu qu'une femme opérée en 1837 par Lisfranc, devenue enceinte depuis, et toujours parfaitement guérie, était atteinte d'une affection non cancéreuse du col utérin; et il en dit autant d'une autre femme qu'il a pu suivre pendant six ans après l'opération, et qui n'a pas eu de récidive. Dans ces deux cas, le col était fongueux, ramolli, ulcéré, mais médiocrement volumineux, et M. Forget ne doute pas que l'amputation eût pu être remplacée avantageusement par la cautérisation actuelle, dont Lisfranc exagérait outre mesure les dangers, et qu'il repoussait systématiquement. Mais ces cas douteux furent exceptionnels. Le plus souvent — et M. Forget ne parle que des faits auxquels il a assisté — l'amputation fut faite pour des altérations profondes et malignes du col utérin. Aussi, le bénéfice de l'opération, s'il y en eut, fut généralement de courte durée, et les malades que M. Forget a pu suivre, à l'exception des deux précédentes, succombèrent à des récidives.

Passant à un autre point, M. Forget se demande si la méthode de l'écrasement linéaire met toujours à l'abri de l'hémorrhagie. Lorsque le col est très vasculaire et très fongueux, lorsque la tumeur est très volumineuse, les artères utérines atteignent un volume considérable, et il est douteux que l'écraseur puisse les diviser impunément. « Ce fut l'opinion émise récemment par un de nos maîtres les plus autorisés, M. le professeur Velpeau, qui, consulté pour une malade, dit M. Forget, à laquelle j'avais proposé l'amputation par l'écraseur linéaire pour un carcinôme du col, fut d'avis de ne pas opérer, l'hémorrhagie lui paraissant un des dangers le plus à redouter. »

« Chez une femme que Lisfranc opéra dans la rue St-Paul, en 1839, ses artères utérines avaient acquis un tel volume, que le sang jaillit avec impétuosité et que l'opérée, malgré un tamponnement très exact, succomba trois heures après l'opération. » C'est, du reste, le seul cas d'hémorrhagie aussi grave que M. Forget ait vu dans la pratique de son maître.

En terminant, il fait remarquer que la question importante dans l'étude clinique du cancer du col utérin, n'est pas de savoir si tel procédé opératoire convient mieux que tel autre, mais bien s'il y a lieu, dans l'intérêt des malades, de pratiquer l'opération d'une manière quelconque.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLORATE DE SOUDE EN INSTILLATIONS DANS LA TRACHÉE APRÈS LA TRACHÉOTOMIE;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 mars 1858,

Par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

Messieurs,

La communication que je désire vous faire a trait à l'une des indications les plus restreintes du traitement du croup après la trachéotomie. Il s'agit d'instillations faites dans la trachée avec une solution tiède et assez concentrée de chlorate de soude. Voici à quelle occasion j'ai été conduit à essayer ces instillations.

Depuis deux mois environ, il règne autour de l'hôpital Sainte-Eugénie, une épidémie de croup qui, suivant ou accompagnant l'épidémie actuelle de grippe, a revêtu, peut-être en raison de cette circonstance, des caractères particuliers. Ce croup a été, suivant l'expression heureuse de M. Pidoux, plus catarrhal que diphthéritique, c'est-à-dire que la fausse membrane siégeait dans les bronches, la trachée et le larynx de préférence, et rarement sur le pharynx, presque jamais dans les fosses nasales. La fausse membrane gutturale, petite, peu étendue, n'a jamais revêtu l'apparence gangréneuse; les ganglions cervicaux n'ont été ni gros ni douloureux; ou s'ils se sont développés, ce fut toujours d'une manière peu appréciable et nullement inquiétante. Les symptômes généraux d'empoisonnement furent à peu près nuls; deux enfants à peine les présentèrent.

Après la trachéotomie, les enfants mouraient avec les symptômes d'une asphyxie lente; ils mouraient tous, sans exception, et, chez la plupart, nous trouvions la trachée et les bronches remplies de fausses membranes.

Je me rappelai alors quelques expériences que j'avais faites l'année dernière sur les effets comparés du chlorate de soude et du chlorate de potasse. Ces expériences avaient été faites dans un simple but de curiosité, et nullement dans le but de remplacer le sel de potasse par celui de soude. Le premier a une action tellement décisive dans les cas où il est applicable, et on peut l'administrer si facilement et à dose suffisante, qu'il n'y a pas lieu de lui chercher un succédané.

Le chlorate de soude est seulement beaucoup plus soluble que le chlorate de potasse, puisqu'il faut environ vingt parties d'eau pour dissoudre une partie de ce dernier sel, tandis que quatre parties d'eau suffisent pour opérer la dissolution d'une partie du premier.

Mes expériences avaient pour but de connaître l'action topique des deux chlorates sur les fausses membranes. J'avais donc pris deux lambeaux pseudo-membraneux, de dimensions à peu près égales, et je les avais mis en contact, l'un avec la solution concentrée de chlorate de potasse, l'autre avec la solution concentrée du chlorate de soude.

Les fausses membranes se modifièrent peu à peu, elles se ramollirent en perdant leur opacité; leur tissu devint moins serré, puis transparent, puis comme diffluent, et sa forme membraneuse disparut sans qu'il perdît toute cohésion. Cependant, si j'ai bon souvenir, la dissolution ne fut jamais complète.

Les choses se passèrent de la même manière dans les deux solutions, à une différence près, c'est-à-dire que les changements commencèrent beaucoup plus tard dans le chlorate de potasse que dans le chlorate de soude, et exigèrent un temps beaucoup plus long pour s'accomplir. Mes expériences ne sont pas assez nombreuses ni assez étudiées pour que je puisse indiquer le temps indispensable à produire la diffluence de la fausse membrane; mais je puis affirmer que la différence du temps nécessaire à l'action des deux sels est notable. D'ailleurs, la même membrane, mise dans l'eau simple, conserve son apparence naturelle pendant bien des jours. J'avais fait aussi des essais semblables sur le mucus sorti de la canule après la trachéotomie, mais je n'avais remarqué aucune différence sensible entre l'action de l'eau pure et celle de l'un ou de l'autre chlorate.

Me rappelant donc ces expériences, je pensai à utiliser, dans l'épidémie actuelle, les connaissances que j'en avais tirées, et j'essayai d'instiller dans la canule une solution tiède de chlorate de soude. Je n'espérais pas obtenir la diffluence des fausses membranes, mais seulement le ramollissement de leur surface, et, par suite, la destruction plus facile de leurs adhérences et leur rejet plus rapide et plus complet.

Ne sachant pas comment la trachée et les bronches supporteraient l'action directe du chlorate de soude, je commençai par la solution d'un gramme de sel pour 30 d'eau, et j'arrivai promptement à mettre 3 ou 4 grammes dans la solution, que l'on versait dans la canule, et fréquemment et en très petite quantité à la fois, quelques gouttes à peine.

Les résultats furent très encourageants. Lorsque je commençai cet essai, tous les malades antérieurement traités avaient succombé, et j'avais dans ce moment en traitement sept enfants trachéotomisés à un ou deux jours d'intervalle; peu de jours après le début de mes essais, quatre de ces enfants étaient en voie de guérison; trois de ceux-là guérirent; le quatrième mourut beaucoup plus tard chez ses parents, et lorsque son état avait été jugé assez bon pour le faire sortir de l'hôpital.

Je ne veux pas exagérer, et je ne viens pas vous dire que ces enfants ont dû leur salut aux instillations de chlorate de soude. Je dis seulement que le résultat était encourageant, en prouvant l'innocuité de l'instillation; j'ajoute que l'étude de ces faits semble prouver son utilité.

On peut peut penser, et l'on a objecté, en effet, qu'il y a une grande différence entre le séjour continu d'une fausse membrane dans une solution de chlorate de soude, et l'instillation de quelques gouttes de ce liquide promptement rejeté par la toux.

Voici cependant sur quoi je me fonde pour croire, jusqu'à preuve du contraire, que cette action, toute passagère qu'elle soit, quelque minime qu'elle paraisse, est cependant réelle.

La religieuse attachée à mon service, qui est aussi intelligente que dévouée aux malades, s'est chargée de faire les instillations répétées, et elle n'a pas tardé à remarquer qu'après un certain nombre de ces instillations, l'expectoration devenait plus facile, et s'accompagnait du rejet d'un certain nombre de fragments pseudo-membraneux. Entre autres exemples, voici comment les choses se passèrent chez l'un de nos malades :

Chez cet enfant opéré depuis plusieurs jours, la plaie s'était agrandie par suite d'une sorte de phlegmon survenu à son pourtour, et les yeux plongeaient facilement jusque dans la trachée. Une fausse membrane, jaune et continue, s'étalait depuis l'orifice externe jusqu'aussi loin que la vue pouvait s'étendre, formant un tube qui devait se mouler sur la canule lorsqu'elle était en place. Les cautérisations avec le nitrate d'argent ne détruisaient pas la fausse membrane. Le bruit que faisait l'air en traversant la canule était sec, coupé par moments par une sorte de claquement sec aussi; aucune expectoration n'avait lieu.

Les instillations, fréquemment répétées (environ de quart d'heure en quart d'heure), déterminèrent chaque fois une quinte de toux; au bout d'une à deux heures environ, une quinte plus violente fut suivie d'un terrible accès de suffocation; la religieuse se hâta d'enlever la canule, et l'interne de service, qui fut appelé, vit et enleva sur-le-champ une fausse membrane qui se présentait à l'orifice : elle était largement tubulée et ramifiée à sa partie inférieure, c'est-à-dire qu'elle remplissait la trachée et descendait jusque dans les bronches. Une amélioration notable suivit et ne fut plus entravée.

Autre objection. Les instillations étant suivies d'une quinte de toux et du rejet d'une partie du liquide mêlé de mucus et de fausses membranes, je me suis demandé, si les simples secousses causées par l'introduction de l'eau tiède ne suffisaient pas à rompre les adhérences de la fausse membrane et à faciliter aussi sa sortie.

Pour m'en convaincre, je résolus de faire faire des instillations d'eau tiède. Une petite malade se présenta bientôt avec les conditions utiles à l'expérience, c'est-à-dire qu'après l'opération, le bruit produit par l'entrée de l'air dans la canule était d'une grande sécheresse, et aucune évacuation n'avait lieu. On fit des instillations très fréquentes avec l'eau tiède pendant six heures de suite, et, malgré la toux qu'elles déterminaient, aucun autre liquide que l'eau instillée ne fut évacué. Alors la religieuse voyant la suffocation augmenter, n'eut pas le courage de continuer l'expérience, et remplaça l'eau par la solution de chlorate de soude. L'instillation fut faite comme précédemment, tous les quarts d'heure, et au bout d'une heure environ, un débris de fausse membrane fut évacué, puis d'autres en grand nombre jusqu'au lendemain. La suffocation diminua d'autant, et comme il ne se fit pas de nouvelles exsudations, la petite malade guérit très rapidement; le quatrième jour nous pûmes enlever la canule.

En vous soumettant ces faits, Messieurs, je ne les regarde pas comme assez nombreux, ni assez étudiés pour entraîner la conviction. Je crois seulement qu'ils sont encourageants, et je serai content s'ils peuvent engager mes collègues de l'hôpital des Enfants à essayer les instillations de la solution de chlorate de soude.

DERMATOLOGIE.

A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DU NOUVEAU LIVRE DE M. BAZIN (1).

I

PARALLÈLE ENTRE LES DERMATOSES PARASITAIRES ET LES FIÈVRES PUERPÉRALES.

Pendant que l'Académie aborde bravement un des sujets les plus obscurs de la pathologie, je veux par modestie et par systématique opposition, en dire le chapitre le plus clair, le plus merveilleusement élucidé qu'on puisse imaginer et pourtant un des plus inconnus aux praticiens. Je veux, simple rapporteur, leur dire comment on guérit *à coup sûr* des malades qu'ils regardaient comme incurables, des malades qu'à Paris, maîtres et disciples, avouant leur impuissance, envoyaient eux-mêmes aux guérisseurs; qu'en province, les confrères (qui n'avaient pas l'heur de posséder ces guérisseurs) abandonnaient à leur misère; je veux enfin, pour rendre honneur à la science et rassurer les défaillances, pendant que la fièvre puerpérale se dessine devant l'Académie comme un nuage épais, obscur et terrible, montrer une série d'affections qui, hier encore, le désespoir et la honte de l'art, est aujourd'hui devenue si claire, si simple, si facile, qu'il semble qu'on prend connaissance d'un chapitre de physique ou de chimie, et que guérir un malade n'est pas une entreprise plus hasardée que d'obtenir un précipité de kermès !

Mon sujet ne manquera pas plus d'à-propos que d'utilité, car il y a quelques jours, un vent propice l'avait lui-même poussé dans le port académique; il y a échoué.

Il y a peu de temps encore, l'histoire des teignes, de la gale, était aussi obscure, aussi encombrée de théories et d'observations contradictoires, aussi tissue d'incohérences que les fièvres puerpérales le sont de nos jours. La nature, l'origine, les qualités contagieuses ou épidémiques, les conditions diathésiques, les déterminations d'espèce et de genre, les caractères anatomiques et pathologiques, les symptômes, le traitement, tout n'était que contradiction, que chaos; il y avait, comme dans les fièvres puerpérales, des faits pour toutes les théories, et toutes ces théories étaient fausses; des observations en faveur de tous les traitements et les traitements étaient impuissants. On pouvait pour ces dermatoses, comme de nos jours pour la puerpéralité, faire les plus hardies théories vitalistes, métaphysiques, etc., symptôme non équivoque du vide scientifique. On ne bâtit pas sur l'hypothèse quand on peut édifier sur le réel.

Ces mystérieuses affections étaient métastatiques, capricieuses, protéiformes, larvées. Il y avait des gales sans gale, des favus *sine favis* (Bateman), absolument comme il y a aujourd'hui des fièvres puerpérales sans lésion ou sans fièvre.

Ces cruels fléaux épidémiques ou endémiques ou sporadiques, faisaient aussi un nombre prodigieux de victimes choisies dans les âges les plus précieux de la vie; aussi incurables que les fièvres puerpérales ils laissaient pourtant vivre longtemps leurs victimes; ils infectaient le monde d'impurs poisons et couvraient l'Europe de léproseries spécialement consacrées aux dermatoses contagieuses. Au lieu de mourir en quelques jours, on traînait longtemps une misérable vie; au lieu de se cacher dans les profondeurs des organes, le mal s'étendait hideusement sur toute la surface cutanée; il n'atteignait pas seulement un sexe et une époque spéciale, il menaçait tous les âges, toutes les périodes de la vie.

Mais ces différences observées, les deux affections offraient à l'esprit les mêmes incohérences, les mêmes difficultés, la même impuissance finale.

Il n'est donc pas sans intérêt ni sans à-propos de voir comment, tandis que l'une de ces affections est toujours aussi obscure, toujours aussi insaisissable, aussi triomphante de la science et de l'art, les autres sont soumises, vaincues, dévoilées, jusque dans leur cause intime et première, atteintes jusque dans leur racine et détruites à coup sûr par un traitement spécifique et pourtant rationnel.

Spécifique et rationnel ! c'est la première fois que la médecine peut s'enorgueillir d'avoir concilié ces deux termes ennemis. Une médication puissante et rationnelle, qui anéantit la *spécificité* de la maladie et non la raison du médecin ! Que de rapprochements inaccoutumés ! Que d'enseignements inattendus !

Pour n'en être pas trop ébloui, d'une part nous avons depuis longtemps étudié avec soin la matière, et, de l'autre, nous avons sous les yeux les publications des maîtres anciens et nouveaux, les premiers connus de longue date, et, parmi ceux qui ont reçu leur héritage et l'ont quelque peu transformé, nous citerons seulement M. Bazin, M. Hardy et M. Ch. Robin. Les deux premiers, praticiens habiles et sans préjugé, le troisième, savant et infatigable travailleur.

Le livre de M. Bazin, notamment, qui, au point de vue clinique, est une œuvre complète et toute nouvelle, nous guidera dans ce rapide exposé qui a seulement pour but de faire embrasser d'un coup d'œil l'ensemble de l'état actuel de la science dans sa théorie et dans son

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par le docteur BAZIN, et rédigées par M. A. POUQUET, interne des hôpitaux. Revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8° de 236 pages et 5 planches sur acier. — Chez A. Delahaye, libraire.

application, et non de descendre dans les détails de la pratique, que l'on apprend plutôt dans une clinique que dans un écrit, et qu'on trouvera d'ailleurs dans les leçons de M. Bazin.

Nous croyons que rien n'est plus propre à faire bien saisir au lecteur la révolution qui vient de s'accomplir dans la dermatologie, que le récit rapide de celle qui s'est effectuée précédemment dans la théorie et le traitement de la gale; et comme cette dernière révolution est un fait non seulement accompli, mais accepté, elle servira comme de support, de garantie et de tradition à sa jeune sœur moins connue.

II

REVUE HISTORIQUE DES PHASES QU'ONT SUBIES LA THÉORIE ET LE TRAITEMENT DE LA GALE.

La gale était, pour nos aînés, une maladie contagieuse ou spontanée, causée par un vice interne, inconnue dans sa nature, et manifestée par diverses éruptions. Ils concevaient *et par suite* voyaient des choses qui nous sont inconnues aujourd'hui. Ainsi, quand, par excès d'habileté, on faisait disparaître trop vite l'éruption galeuse avant d'avoir bien et dûment saigné, purgé et dépuré le patient, la gale n'était pas guérie, mais *rentrée*; soustraite aux yeux vulgaires, elle était répercutée sur quelque organe interne, causait des fièvres graves, des névralgies, des phthisies, etc.; si un heureux hasard ou un habile médecin rendait la gale, les affections internes étaient enrayées; elles disparaissaient. Enfin, à la chronicité près, la gale, par sa nature intime, était du même ordre que les fièvres éruptives telles qu'on les conçoit aujourd'hui. Tous les auteurs voyaient les choses ainsi; leurs observations sont si nombreuses et si précises; ils sont si unanimes dans leurs récits, qu'on en reste interdit; et l'on se demande si c'est le sujet observant ou l'objet observé qui a changé. Telle est l'étonnante puissance de l'imagination pour tromper les sens et l'esprit!

Comme spécimen de ces longues hallucinations, qu'on nous permette de rapporter, en les abrégeant, quelques observations dues à des praticiens dignes de considération.

« Le nommé Jean Ronsard gagna la gale et la garda un an et demi; *on la répercuta* en le frottant avec une pommade composée de soufre et de lierre terrestre. Un an après, il fut attaqué d'une fièvre intermittente tierce, puis quarte, elle dura un an; tant qu'elle dura, il ne se montra sur le corps aucune marque de l'humeur qu'on devait regarder comme la cause de cette fièvre. » La fièvre cesse. Survient un gonflement parotidien, puis des *dartres vives* aux cuisses. Poupart recommande qu'on les respecte. Mais le malade, aussi insoumis que le peuple d'Israël, s'adresse encore à Baal : un charlatan le guérit avec du sublimé. « Dartre de nouveau répercutée, nouvelle apparition de la fièvre, etc. (1) »

Celte observation est prise au milieu de beaucoup d'autres semblables. Le docteur Gerbier en a une où la gale, sans cesse répercutée, tourmente pendant *huit ans* un pauvre malade, et fait enfin son apparition sous forme de cancer.

Comme conclusion logique de cette théorie, Poupart propose d'étudier toutes les maladies qui peuvent être dues à la métamorphose de la gale, et de les guérir en faisant regagner la gale.

Le docteur Deidier applique cette vue. Voici un galeux qui trois fois ayant fait répercuter sa gale, trois fois est pris d'hydropisie. La dernière hydropisie ne pouvait être guérie, on fait regagner la gale; l'enflure disparaît, et la gale, soumise à un traitement général, est enfin radicalement guérie.

Jerzensky narre beaucoup de faits semblables; d'autres citent des phthisies dues à la répercussion, ils les guérissent en inoculant la gale. Ce ne sont pas là des faits épars, c'est une doctrine assise, due à plusieurs siècles de pratique et de foi. On la retrouve partout. Wenzel publie un traité « *Des gales répercutées.* »

En 1807, Navarielle Placial fait un livre qui a pour titre : « *Tableau des accidents funestes qui résultent du mauvais traitement de la gale et de sa répercussion.* »

Voilà où en étaient la théorie et la pratique avant que la notion de l'*acarus*, cause de la gale, fût irrévocablement fixée dans les esprits. Combien, depuis ce jour, les choses ont changé aux yeux des observateurs. On ne trouve plus de gales répercutées et amenant des hématuries, des cardiopathies, des arthrites, des hydropisies, des phthisies; plus de gales épidémiques, plus de gale critique et salutaire; mais aussi on ne guérit plus ni hydropisie, ni phthisie par l'inoculation de la gale; et il a suffi à notre cerveau de la notion d'un imperceptible arachnide pour dissiper toute cette fantasmagorie, pour changer et éclaircir notre horizon! Ce n'est pas pourtant qu'il vienne d'être découvert ce puissant animalcule. Dès 1634, Mouffet le décrit, en 1687, Cosimo Bonomo le signale de nouveau : « Je vis, dit-il, que le ciron était un très petit ver qui se forme sous la peau des galeux, etc. » Mais déjà, en ce temps, on eût été taxé d'anatomisme si l'on eût placé dans ce ciron la cause de la gale. Cette idée de cause, on l'estimait quelque chose de plus relevé, de plus mystérieux, c'est-à-dire de plus obscur que cela. La gale était donc due au vice galeux, force, principe, génie malfaisant, qui s'était emparé de l'économie, et qu'il n'était pas aisé de déloger. L'éruption psorique, l'acare, n'était que la manifestation extérieure de ce génie, de ce *quid divinum* caché au fond du sanctuaire, comme la fumée est la manifestation du feu qui brûle dans le foyer.

Sous la fascination de ce Dieu, les praticiens ne voyaient donc que gale rentrée, que virus répercuté. Helmerick a une excellente préparation. Il éprouve qu'elle peut guérir en vingt-quatre heures; mais il se garde de cette rapidité qui enfermerait le loup dans la bergerie. Or, ce loup n'était pas l'acare que les savants retrouvent et signalent de temps en temps, mais le terrible fétiche, le *virus psorique*. L'acare, insignifiant épiphénomène, il faisait hausser les épaules aux médecins. En vain Linné lui-même, dès 1757, le proclame auteur de tout le mal. Une fois que l'imagination médicale s'est élevée à la hauteur d'une cause occulte, d'un virus, d'un *quid divinum*, il lui répugne infiniment de reconnaître sa chimère, et de redescendre à un vil et imperceptible arachnide.

Cependant, un Allemand, Wiehmann, fait, sur ce sujet, un travail hors ligne, il prouve, en 1786, de la manière la plus explicite, que l'arachnide est bien l'artisan de la gale, sa seule et unique raison. Vain appel à la vérité nue!

(1) Poupart, *Traité des dartres*, 1782; 2e édit. aug. 1784.

La doctrine de Linné, de Wiehmann est traitée de naturalisme, d'anatomisme. Prendre un ciron pour la cause d'une maladie si évidemment générale, c'était folie sinon blasphème, c'était prendre l'effet et un effet inconstant et passager, pour la cause secrète, efficiente, siégeant au plus intime de l'être; c'était méconnaître le mystère de la vie et les autres sublimités qui remplissent le sac des grands théoriciens. Il faut que la science moderne nous ait démontré, à grand renfort de faits, d'expériences et d'analyses, que les lois physiques ne sont pas étrangères à notre économie, pour permettre aux imaginations fascinées d'abandonner l'invisible, l'idéalité pour le visible, le corporel, le palpable; le fétiche pour le ciron! Rude choc, lourde chute pour des imaginations exaltées. Cependant en 1834, quand un étudiant corse, M. Rennecci, eut montré aux maîtres comment les bonnes femmes de son pays dénichaient l'acarus (que l'on ne retrouvait plus et sur l'existence duquel on discutait à Paris), et comment elles guérissaient la gale, les discussions s'éteignirent peu à peu, on convint, mais de mauvaise de grâce, que pour guérir la gale, *il est nécessaire, mais il suffit* de tuer la bête. Cependant cette théorie, dénuée de tout idéal, ne plaisait pas; elle était subie plutôt qu'adoptée. Aussi elle ne porta aucun fruit. Le microscope ne fit pas avancer la science, comme le dit M. Devergie, car les maîtres ne faisaient aucun cas de ce qu'on y voyait; voir un sarcopte était une affaire de pure curiosité, ne faisant naître aucune idée chez le clinicien. En 1846, élève à St-Louis, nous étions témoin qu'on ne guérissait pas mieux la gale qu'avant 1834; on gardait les malades douze à quinze jours à l'hôpital, après quoi l'éruption des mains, qui seule attirait l'attention, qui seule était soignée, ayant disparu, on renvoyait les galeux. Un bon nombre, tous selon M. Bazin, reprenaient la gale. Quelques médecins, dévots fidèles du vieux fétiche, voyaient dans cette rechute une preuve de l'influence de la prédisposition interne; d'autres, une contagion nouvelle.

Cependant MM. Michel Lévy, Bazin et Hardy ont, *en France*, réinstitué le traitement sur des bases scientifiques; ils n'ont pas eu à découvrir de médication, on en avait de reste; mais seulement ils ont posé que le traitement devait être fait à ce seul point de vue, de détruire l'acare, de l'aller chercher partout où il était. Or, il peut être sur tous les points de la surface cutanée, la tête exceptée (1); il faut donc que les frictions soient générales, en insistant plus particulièrement aux lieux d'élection, à savoir, les mains, les pieds, les aisselles, le creux poplité, le périnée, la verge, les fesses, le pourtour de l'anus, les seins. De plus, comme l'acare est niché au fond d'une petite galerie sous-épidermique, il faut que la friction soit forte et rude, soit pour déchirer le sillon, soit pour y faire pénétrer la pommade parasiticide. Établi sur ces bases, le traitement a pu être réduit à deux frictions, faites à six heures de distance, avec la pommade de Helmerick, et il donne moins de récidive que ceux qui, dans les hôpitaux tant militaires que civils duraient quinze à trente jours. Cependant tout traitement de la gale peut être suivi de rechute apparente. Qu'il échappe au massacre quelques acares ou une seule femelle fécondée, et il y a récidive; pas n'est besoin de vitalisme transcendant pour expliquer cela.

Et à ce sujet, remarquons la distance qui sépare la science de l'empirisme : le traitement rapide de la gale n'a pas été inventé par M. Bazin; nous l'avons dit, Helmerich et Burdin l'avaient déjà trouvé, mais on l'avait perdu ou plutôt écarté comme dangereux. En 1810, Percy le retrouve, il se perd de nouveau et si bien que les auteurs nous apprennent encore, en 1840, qu'il faut quinze jours à un mois pour guérir les galeux! Comment cela se fait-il? C'est que, à ces époques, la manœuvre opératoire, la friction, n'étant pas fixée sur le but qu'elle doit atteindre, *faire périr tous les acares*, flotte à l'aventure, elle réussit par hasard, échoue de même.

Il en était donc du traitement comme de la bête : ils étaient tour à tour trouvés, perdus, retrouvés, *reperdus!* Et si aujourd'hui le traitement en quelques heures est irrévocablement fixé, c'est parce que la cause l'est aussi. C'est parce que le microscope a retourné la théorie des dermatologistes, et au lieu de dire : Le parasite n'est rien, la diathèse est tout, il a prouvé que le virus *n'est rien*, et que la bête est tout. Et cette proposition va éclater avec plus d'évidence encore à propos des parasites végétaux.

(*La suite prochainement.*)

Dr BERTILLON.

(1) Alibert rapporte pourtant avoir vu des vésicules sur la face d'un jeune enfant allaité par une nourrice galeuse.

ANESTHÉSIE.

DES EFFETS PROPRES DU CHLOROFORME;

Par le docteur FAURE.

(Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 6 juillet 1858.)

Si le chloroforme avait, par lui-même, la propriété de déterminer l'anesthésie; si la perte de la sensibilité et du mouvement était le résultat d'une action spéciale exercée par lui sur l'organisme; s'il agissait, en un mot, à la façon de ces corps qui, une fois déposés sur une surface muqueuse, sont absorbés et ensuite transportés dans l'universalité de l'économie par la circulation, il est évident qu'il produirait ses effets du moment que la surface qui le recevrait, quelle que fût, d'ailleurs, cette surface, présenterait des conditions d'absorption suffisantes. Dès lors, de même qu'il suffit pour donner la mort d'injecter dans un seul des poumons une solution d'opium, de belladone, de strychnine, de curare, de sulfo-cyanure de potassium, d'arsenic, etc.; il devrait suffire pour anesthésier qu'une quantité déterminée de chloroforme fût aspirée par un seul poumon.

Or, il n'en est rien.

Quand on fait arriver du chloroforme dans un seul poumon, soit en vapeur, soit à l'état liquide, quels que soient la quantité et l'espace de temps, il ne se présente rien de semblable à l'anesthésie. Le sujet éprouve un malaise extrême, mais il n'offre pas un seul de ces symptômes d'ivresse que l'on attribue communément au chloroforme.

Entre beaucoup d'expériences qui confirment ce fait, il en est une qui me paraît significative et que j'ai eu l'honneur de répéter devant M. le professeur Trousseau.

A un chien de moyenne taille, je divisai trois anneaux de la trachée artère et j'introduisis par l'ouverture un tube de caoutchouc que je laissai glisser jusqu'à ce qu'il s'arrêtât de lui-même dans l'une des grosses bronches; je le fixai alors par une épingle piquée transversalement et je fis plonger son extrémité extérieure dans un flacon contenant 6 grammes de chloroforme environ. L'inhalation dura treize minutes, Nous constatâmes que tout le chloroforme était épuisé. Cet animal aspira donc six fois plus de chloroforme qu'il n'en eût fallu pour le tuer s'il l'avait respiré avec les deux poumons, et cependant, il ne parut pas un seul instant céder à l'influence anesthésique. Durant toute l'expérience, il s'agita vivement, les yeux gardèrent toute leur activité, les pupilles ne changèrent point de diamètre; enfin, à peine l'eût-on délié, qu'on le vit marcher et courir; bientôt il se met à boire avec avidité.

Cette expérience, dis-je, me paraît on ne peut plus concluante. En effet, en n'envoyant du chloroforme que dans un seul poumon, et en maintenant dans l'autre la respiration aérienne, j'éliminais la possibilité de l'asphyxie, et je laissais, au contraire, le champ libre à l'action propre du chloroforme; elle ne s'est manifestée en aucune façon. On ne peut pourtant pas admettre ici que les propriétés de la partie soient différentes de celles du tout.

Quelle est donc la condition essentielle à la production de l'anesthésie? C'est une modification toute matérielle, très appréciable à l'œil nu, que le contact du chloroforme détermine instantanément dans la membrane pulmonaire, et qui consiste dans une stase du sang à demi coagulé dans les capillaires, stase en raison de laquelle la respiration devient mécaniquement impossible. Quand le chloroforme porte sur les deux poumons, la respiration est totalement supprimée, l'asphyxie est prochaine et l'anesthésie en est le premier symptôme; quand il ne porte que sur l'un de ces deux organes, la fonction n'est supprimée qu'à moitié, il n'y a point d'asphyxie, et partant, point d'anesthésie.

Des recherches nécroscopiques que j'ai poursuivies dans tous leurs détails mettent hors de doute le rapport réciproque des modifications produites par le chloroforme et de la gravité des effets anesthésiques qui s'en suivent.

Enfin le chloroforme, lorsqu'il est mis en contact avec des parties musculeuses, abolit instantanément leur contractilité, et, par conséquent, entraîne la paralysie des organes auxquels elles appartiennent; un nombre infini d'expériences des plus variées donnent, sous ce rapport, des résultats uniformes.

Conclusions : L'anesthésie générale est la conséquence, non d'une action propre du chloroforme sur l'organisme, mais d'un état d'asphyxie déterminé par une action directe de ce corps sur les organes respiratoires.

Cette action est caractérisée surtout, par la stase du sang dans les capillaires de la membrane pulmonaire et par la suppression des propriétés physiologiques de cette membrane.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 mars 1858. — Présidence de M. LEGROUX.

Sommaire. — Incident à l'occasion du procès-verbal. MM. Guérard, Barthez, Gillette, Aran. — Lecture, par M. Hervieux, d'une observation de *paralysie du nerf moteur oculaire commun, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde.* — Communication, par M. Barthez (Ernest), d'une note sur l'*emploi du chlorate de soude en instillations dans la trachée après la trachéotomie.* Discussion : MM. Sée, Vigla.

M. GUÉRARD demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Frappé des résultats obtenus par M. Gillette dans le traitement de la chorée par l'émétique à haute dose, il a voulu l'essayer sur deux malades, dont un, âgé de 30 ans, est épileptique depuis plusieurs années; l'autre est atteint d'accès convulsifs bizarres, mal caractérisés, accompagnés de demi-perte de connaissance. Les résultats n'ont pas été positifs; cependant, la femme épileptique dit se trouver dans un état différent de celui où elle était avant le traitement. Pendant trois jours elle a été sous l'influence de vomissements presque incessants, et cependant elle a continué à faire le service d'infirmière et n'a pas eu d'attaques. Ce fait est encore intéressant en ce sens que la crainte des congestions du cerveau n'ayant pas été étrangère à l'abandon des vomitifs dans le traitement d'un certain nombre de maladies de cet organe, il prouve que cette congestion n'est pas aussi à redouter qu'on pourrait le croire. Quant à l'autre malade qui avait des accès convulsifs portant sur le côté gauche, datant déjà de plusieurs mois, et se reproduisant au moins deux fois par jour, depuis quatorze jours elle n'a pas eu d'accès, et M. Guérard attend une nouvelle attaque pour commencer une seconde série de traitement.

M. BARTHEZ, dans la dernière séance, a rapporté trois observations de chorée traitée par la méthode de M. Gillette. Une malade a été guérie après la deuxième série, et la guérison s'est maintenue depuis quinze jours; la seconde malade a été améliorée après la première série, et elle a pris la deuxième et la troisième sans résultat. La troisième malade n'a pas été traitée par M. Barthez, parce que les renseignements pris sur son compte avaient appris qu'elle avait été traitée par l'émétique à l'hôpital des Enfants. M. Gillette, dans le service duquel elle aurait été soignée, ayant dit n'en avoir pas souvenir, M. Barthez a fait prendre les renseignements les plus circonstanciés, d'où il résulte que cette enfant aurait effectivement été traitée dans le service de M. Gillette sans succès complet, mais cependant avec amélioration telle dans son état, qu'elle a pu passer pour guérie.

M. GILLETTE n'a jamais prétendu que tous les malades ainsi traités fussent guéris. Il a dit que quelques-uns étaient guéris immédiatement, que d'autres, et presque tous, il faut le dire, étaient notablement améliorés. Dans le cas cité par M. Barthez, il est possible qu'il soit survenu des accidents, mais il est certain, même d'après son aveu, qu'il y avait eu amélioration.

M. BARTHEZ ne pense pas, du reste, qu'il faille traiter tous les malades de la même façon. Dans la chorée comme dans toute autre maladie, il y a des indications particulières qu'il faut s'attacher à remplir, et précisément la malade dont il est question avait besoin de fer. Quand on expérimente un nouveau médicament, il se présente deux méthodes à suivre : l'une qui consiste à prendre tous les malades atteints de la maladie que l'on veut traiter, et de leur administrer à tous, quels qu'ils soient, le remède en expérience, à prendre le résultat de chaque observation, à mettre les succès d'un côté, les insuccès de l'autre et à compter. Une seconde méthode consiste à raisonner ses actes et à choisir les cas dans lesquels on devra administrer le remède, c'est la méthode la plus sage et celle qui donne les résultats les plus certains.

M. Aran n'assistait pas à la dernière séance, mais il a été frappé cependant des éloges prodigués au traitement de la chorée par l'émétique. La chorée guérit presque toujours, elle s'améliore toujours, c'est une affaire de temps. Il a obtenu de si beaux succès par l'acide arsénieux, fort usité en Allemagne, qu'il est très étonné de voir qu'il n'en a pas été question dans cette discussion. L'immense avantage de l'acide arsénieux, c'est que, quand il doit guérir, il guérit tout de suite, dès les premières doses, pour ainsi dire; si, lors des premiers signes de l'empoisonnement, la maladie n'est pas guérie, c'est qu'elle ne guérira pas, et on peut abandonner le traitement. L'acide arsénieux est bien préférable à l'émétique, à cause de sa rapidité d'action, et moins pénible à prendre; on n'a rien à craindre en s'arrêtant aussitôt que les premiers symptômes toxiques paraissent. Quant à la question de doctrine soulevée par M. Barthez, M. Aran ne partage pas ses opinions; il faut voir les résultats d'une médication d'abord, et on en raisonnera les règles plus tard. Les indications sont bonnes sans doute, mais il ne faut pas en tenir un si grand compte de prime-abord, on les formulera plus tard, quand le traitement aura été expérimenté. Quant à la chorée, elle guérit quelquefois d'elle-même, et les vrais traitements sont ceux qui guérissent tout de suite, car, sans cette condition, on risque de prendre pour effet du traitement ce qui est effet du temps.

M. Gillette : Quand on commence à employer une médication inusitée, il faut multiplier les expériences autant que possible, mais il ne s'en suit nullement que l'on doive négliger les indications, et l'observation rapportée par M. Barthez prouve qu'on y avait attaché grande importance, et dans ce cas encore, quelque défavorable qu'il fût, il y a eu amélioration.

M. Hervieux lit un travail *sur une paralysie du nerf moteur oculaire commun, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde.* (Sera prochainement publié dans l'Union Médicale.)

M. Barthez communique le résultat de quelques essais de l'*emploi du chlorate de soude en instillations dans les voies aériennes après la trachéotomie.* (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. Sée insiste sur ce fait que l'épidémie actuellement régnante à Paris est infiniment plus bénigne que celles qui ont régné les années dernières. Il faut, du reste, parfaitement distinguer deux espèces de croup, celui où, comme dans l'épidémie actuelle, les fausses membranes peuvent être très abondantes, mais qui ne présente pas les caractères de malignité de la diphthérite véritable. L'an dernier, la mortalité a été déplorable. Sur les trois seuls cas de guérison que M. Sée a observés, un a guéri par la trachéotomie et les deux autres sans trachéotomie; ces deux malades n'avaient rien dans le pharynx, mais ils ont néanmoins rendu des fausses membranes plus nombreuses et plus longues que ceux qui ont été opérés pour diphthérite du larynx. Dans l'épidémie actuelle on ne voit rien dans la gorge, mais tandis que l'an dernier un seul malade a guéri par la trachéotomie sur 23 ou 24 opérés, cette année 3 ont guéri sur 7. Ces résultats, obtenus sans chlorate de soude, se rapprochent de ceux de M. Barthez; les guérisons ne peuvent donc pas être attribuées seulement au chlorate de soude. Il faut ajouter que les résultats sont les mêmes à l'hôpital des Enfants dans tous les services.

En résumé, il faut bien distinguer deux catégories de croup, l'un simple ou local, et l'autre diphthéritique, et, ce qui le prouve, c'est la proportion bien différente des guérisons suivant les statistiques; dans les unes, on trouve 1 sur 3, dans d'autres 1 sur 10.

M. Vigla proposerait à M. Barthez de ne pas attendre que l'opération fût pratiquée pour instiller le chlorate de soude; on pourrait, par ce moyen, favoriser les efforts de la nature et lui venir en aide pour hâter l'expulsion des fausses membranes. Quant à la distinction qui a été établie entre le croup local et la diphthérite ou croup toxique, elle est parfaitement juste, mais on a accordé trop d'importance au siége de la maladie; les indications du pronostic se tirent de l'état général des malades et non de l'état épidémique. En effet, dans une famille, cinq personnes furent atteintes et ne présentèrent que des symptômes benins, aussi tous guérirent facilement : la diphthérite n'a pas atteint le larynx. Dans une autre famille, l'un des membres est pris d'emblée d'une diphthérite très grave et meurt en trois jours; l'autre est atteint presque en même temps d'une angine couenneuse bénigne, dont la marche a été prévue et dont la guérison a été facile.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Medical Times and Gazette. — Janvier 1858.

EMPHYSÈME GÉNÉRAL SUITE D'UNE ULCÉRATION DU LARYNX, DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Cette complication, au moins très rare, de l'affection typhoïde, s'est présentée chez un jeune sujet qui a succombé dans le service du docteur Addison, à l'hôpital de Guy. Vers le douzième jour de la maladie, l'on remarqua de l'emphysème dans la région du cou, et, en peu d'heures, la face, la poitrine, les bras devinrent également emphysémateux. Cet état persista jusqu'à la mort, qui arriva au bout de dix jours. Outre les lésions ordinaires de l'intestin grêle, l'examen *post mortem* révéla, à la partie postérieure du larynx, une ulcération gangréneuse communiquant avec la gaîne celluleuse de la trachée et de l'œsophage; c'était à travers cette ulcération que l'air avait pénétré et dans le médiastin et dans le tissu cellulaire sous-cutané. En raison de la rareté extrême de l'emphysème dû à une telle cause, ce cas pourrait être regardé peut-être comme unique. Mais en est-il ainsi en réalité? D'une part, les ulcérations du larynx ont été décrites par plusieurs pathologistes comme se rencontrant dans la fièvre typhoïde, et, d'autre part, l'emphysème a été quelquefois signalé dans la même maladie. Il est de toute probabilité qu'il existe entre ces deux lésions une relation de cause à effet, et que c'est dans de telles conditions qu'il faut chercher l'explication de l'emphysème venant compliquer la dothiénentérie. — (*Numéro du 2 janvier.*)

OBSTRUCTION DES ARTÈRES CÉRÉBRALES PAR DES BOUCHONS FIBRINEUX, VÉGÉTATIONS SUR LES VALVULES AORTIQUES ET MITRALE. — Le docteur Van Der Byl a mis sous les yeux de la Société pathologique de Londres un remarquable exemple d'obstruction des artères cérébrales par des bouchons fibrineux, provenant d'une femme âgée de 44 ans. En examinant les vaisseaux de la base du cerveau, il avait trouvé des bouchons fibrineux dans l'artère basilaire, dans les artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure du côté droit et dans l'artère cérébrale moyenne gauche. Au delà de chaque bouchon et se continuant avec lui se trouvait un caillot moins ferme, en partie décoloré, qui s'étendait à une certaine distance. Le cœur présentait les caractères de la dégénérescence graisseuse. Les valvules aortiques et mitrale étaient couvertes de végétations verruqueuses, friables et se détachant facilement. Les concrétions trouvées dans les artères cérébrales, examinées au microscope, se montrèrent d'une structure exactement semblable à celle de ces végétations. L'utérus, dont le volume était augmenté et la lèvre postérieure tuméfiée, avait l'aspect qu'affecte la matrice à la suite d'un avortement récent. Voici d'une manière succincte l'historique des symptômes qu'avait présentés la malade dans les derniers temps de sa vie. Trois mois avant sa mort, prise d'un étourdissement soudain, elle était tombée sans connaissance, et en revenant à elle, elle s'était aperçue qu'elle était paralysée de tout le côté gauche, et, suivant ses allégations, qu'une hémorrhagie abondante s'était produite par les parties génitales. A son entrée, huit jours après, à l'hôpital de Middlesex, l'hémorrhagie durait encore, mais sans douleur ni sensibilité abdominales, l'intelligence était assez nette, il y avait hémiplégie gauche et la face était déviée à droite; en même temps, vomissements et évacuations involontaires. Au bout de quelques jours, l'hémorrhagie avait cédé, un peu de force était revenue dans le membre inférieur gauche, au point de permettre, avec de l'aide, la station debout, et la paralysie du rectum et de la vessie avait également diminué. Tout à coup, la malade s'était trouvée plus mal, sa respiration s'était embarrassée et était devenue stertoreuse, et la mort était arrivée au bout de trente-six heures, dans le coma. — (*Numéro du 2 janvier.*)

EXTRACTION AU MOYEN DE LA LITHOTRITIE D'UN FRAGMENT DE BOUGIE DE GUTTA-PERCHA RESTÉ DANS LA VESSIE. — Lors de l'entrée du malade à l'hôpital de Guy, il y avait environ un mois que l'accident était arrivé. Le fragment de bougie resté dans la vessie pouvait avoir deux pouces de longueur. M. Birkett le découvrit facilement par le cathétérisme et reconnut qu'il était déjà recouvert d'incrustations urinaires. Le chirurgien essaya de l'extraire à l'aide de l'instrument à lithotritie, mais sans succès; en raison de sa forme, le corps étranger fut saisi probablement dans le sens transversal et il fut seulement brisé. On eut de nouveau recours au même moyen au bout de huit jours. Chaque fois des débris de calculs et des portions de la bougie furent expulsés. Il survint de l'irritation dans la vessie, mais pas à un degré suffisant pour s'opposer à une troisième application de l'instrument, dix jours après la seconde. A la suite de cette opération, il se manifesta des symptômes assez sérieux; il y eut des phénomènes inflammatoires, de la douleur dans le bas-ventre. Mais enfin le malade ayant rendu par l'urètre un calcul dont l'expulsion fut suivie d'un flot de pus bien lié (environ 3 à 4 onces), les accidents s'apaisèrent et la santé se rétablit avec rapidité. — (*Numéro du 9 janv.*)

ONYXIS CHRONIQUE SOUVENT SYPHILITIQUE. — L'onyxis chronique (*onychia maligna*) est-il toujours de nature syphilitique, ainsi que l'ont avancé certains auteurs? Sans se prononcer d'une manière aussi absolue, M. Hutchinson regarde cette affection, surtout quand elle se rencontre chez des enfants cachectiques, comme étant, dans la très grande majorité des cas, une manifestation de la syphilis héréditaire, et conséquemment curable au moyen du mercure. Les deux cas suivants, traités par M. Hutchinson dans son service de Metropolitan free hospital, sont des exemples intéressants et instructifs. — Le premier a rapport à une petite fille de 9 ans à laquelle, vu la gravité du mal, il avait été question d'amputer le pouce de la main droite. Les renseignements obtenus sur son enfance étaient suspects, mais non positifs. Le résultat du traitement vint pleinement confirmer le diagnostic, car, au bout de quelques jours, quand la constitution se trouva sous l'influence du remède, la guérison fit des progrès rapides. Le seul moyen local employé consista dans l'application de poudre de chlorate de potasse. L'extrémité du pouce est restée grosse et difforme, mais un nouvel ongle commence à se former, et, avec le temps, sans doute, le volume diminuera. — Dans le second cas, il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans, qui fut apporté à l'hôpital pour une onychie maligne développée à la suite d'une contusion légère du pouce serré dans une porte. La mère ayant rappelé qu'elle avait elle-même reçu les soins de M. Hutchinson dans son enfance, l'on se reporta aux notes de cette époque, et l'on reconnut qu'en effet, elle avait été traitée à l'âge de quelques semaines pour une syphilis congénitale. Ce fait fut regardé comme d'une grande importance, parce que, à l'exception de la maladie de la matrice unguéale, rien dans cet enfant n'était de nature à faire naître le soupçon d'un vice héréditaire. Il parut évident que la violence extérieure n'avait été que la cause excitatrice de la localisation d'une diathèse encore à l'état latent. Les mercuriaux furent prescrits, et le pouce ne tarda pas à reprendre son état normal. — (*Numéro du 16 janvier.*)

ANÉVRYSME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE OUVERT DANS LA TRACHÉE. — Le sujet, homme de 38 ans, entra en juin dernier dans le service du docteur Fincham. Son pouls était faible et intermittent, non perceptible au poignet droit; le membre de ce côté était plus froid que le gauche et engourdi. Il y avait douleur dans la région cardiaque, élancements dans le bras droit, impossibilité de rester couché, quelque difficulté à avaler. Un murmure systolique s'entendait au niveau du tiers supérieur du sternum, dans la région sous-claviculaire droite et dans les carotides, phénomène qui fut rapporté à une affection de la crosse de l'aorte ou du tronc innominé. Sorti de l'hôpital, il y rentra en décembre, présentant les symptômes suivants : pouls imperceptible à la radiale droite, presque imperceptible aussi à la gauche; légère projection de la moitié interne de la clavicule droite et du sternum, au niveau de l'articulation du second cartilage costal; douleur, augmentant par la pression, consistant en élancements qui se propageaient dans le côté droit du cou jusqu'à l'oreille et dans le bras droit; sommeil impossible dans le décubitus; dysphagie augmentée, l'obstacle à la déglutition se faisant sentir surtout vers l'extrémité sternale supérieure; bruit très fort au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, et se prolongeant le long de la carotide; légère distension de la veine jugulaire externe du même côté. Le 6 janvier, épuisé par la douleur et l'insomnie, le malade expira après avoir expectoré une grande quantité de sang rutilant. — L'autopsie fit reconnaître que la tumeur était formée par un anévrysme de l'artère innominée. L'on trouva à la partie supérieure de la trachée une ouverture à bords déchiquetés, qui correspondait avec l'anévrysme. La crosse de l'aorte était dilatée et malade dans une grande étendue. En l'ouvrant, on reconnut que le sang passait dans les deux carotides, mais qu'il ne pouvait pénétrer dans l'une ni dans l'autre artère sous-clavière, la droite étant bouchée par les couches de caillots déposées dans l'anévrysme, et la gauche étant oblitérée à son origine dans l'aorte par une maladie de date déjà ancienne. Il est remarquable que le pouls gauche, faible il est vrai, ait pu être perçu assez distinctement pour que l'oblitération de l'artère principale de ce côté n'ait pu être soupçonnée. — (*Numéro du 23 janvier.*) — G.

COURRIER.

Une maladie suspecte s'est déclarée à Bengasi, province de Tripoli de Barbarie. Elle a débuté dans un campement d'Arabes réduits au dernier degré de la misère, situé à quelques lieues de la ville de Bengasi, où elle n'a pas tardé à faire irruption et à sévir avec une assez grande violence.

Les caractères de cette maladie sont très insuffisamment décrits. Les médecins du pays la qualifient de typhus épidémique, avec engorgement de ganglions.

Un brick ottoman, parti le 5 juin de Bengasi et arrivé le 14 au soir du même mois à Alexandrie d'Égypte, a été mis en quarantaine parce qu'il avait perdu un de ses hommes d'équipage en mer d'une maladie semblable à celle qui règne à Bengasi.

A raison de ces faits, les arrivages de Bengasi ont été soumis, à Marseille, à une quarantaine de dix jours, et les provenances de Tripoli et d'Alexandrie, ayant une traversée de moins de huit jours, doivent y compléter cette période, en état de séquestration.

— On lit dans le *Pays* :

« Il est question d'apporter des modifications aux importantes visites des jurys médicaux; entre autres, les membres du jury d'une localité n'inspecteraient plus les pharmacies de leur département, et ces fonctions seraient dévolues à des hommes spéciaux. »

— M. le docteur Snow, de Londres, dont les travaux récents sur l'amylène ont eu du retentissement, vient de mourir subitement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 14 juillet, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés; par le secrétaire général; — 2° Discussion sur la cataracte; communication de M. Furnari; — 3° Communications sur la fièvre puerpérale, par M. Mattei; — 4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 83. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 15 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal parait trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 JUILLET 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'attention de l'Académie de médecine a été surtout captivée, hier, par un excellent et très scientifique rapport fait par M. Poggiale sur les travaux de M. Sanson, professeur à l'École vétérinaire de Lyon et relatifs à la formation de la matière glycogène dans l'économie animale. Ce rapport, entièrement basé sur des faits de physiologie expérimentale, échappe à l'analyse et n'était susceptible d'aucune discussion immédiate. Les recherches de M. Sanson avaient pour but d'infirmer la théorie glycogénique de M. Cl. Bernard; nous avons entendu avec satisfaction M. le rapporteur l'affirmer de nouveau, et cela par des expériences qui paraissent décisives.

La séance avait été ouverte par un judicieux rapport fait par M. Pâtissier sur une réclamation de M. le docteur Lagasquie, et sur la nécessité d'une mesure d'ordre pour rendre l'administration des sources minérales plus profitable à l'humanité et à la thérapeutique.

Elle a été continuée par un rapport intéressant au point de vue pharmacologique fait par M. Boudet sur les combinaisons du fer avec le phosphore, et notamment sur les préparations de pyrophosphate de fer nouvellement introduites dans la thérapeutique.

Enfin, M. Bouchut l'a terminée par la lecture d'un travail sur l'état nerveux aigu et chronique.

Mardi prochain, M. Trousseau doit présenter le rapport de la commission instituée pour l'étude de la question relative à la ligature de l'œsophage.

Amédée LATOUR.

HYDROLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INHALATIONS D'ACIDE CARBONIQUE ET SUR LA PHARYNGITE GRANULEUSE,

A propos d'un Mémoire du Dr SPENGLER

Sur le Traitement de cette maladie par l'aspiration du gaz thermal d'Ems (1);

Par le docteur WILLEMIN, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

Depuis quelques années on a essayé d'introduire dans la pratique médicale, des inhalations de différentes sortes, pour la guérison de maladies des voies respiratoires. En dehors de l'inhalation spontanée, qui s'opère naturellement autour des sources d'eaux minérales, l'aspiration artificielle a pour but de faire pénétrer dans les organes de la respiration :

Tantôt des vapeurs d'eaux thermales recueillies sans élévation sensible de la température, comme au Vernet, à Amélie-les-Bains, à Saint-Honoré, ou obtenues par les procédés ordinaires d'évaporation, comme à Kreuznach, à Kissingen ;

Tantôt de l'eau minérale à l'état vésiculaire, comme on l'obtient à la source de Münster (à Kreuznach), à Oeynhausen, à Pierrefonds (Oise), à l'aide de différents appareils à pulvérisation ;

Tantôt enfin des gaz (acide carbonique, hydrogène sulfuré), ou des substances fixes, réduites en vapeur, telles sont les fumigations de sel ammoniac, récemment préconisées par le docteur Gieseler (2), celles d'acide acétique recommandées par le docteur Mandl (3).

Peut-être conviendrait-il de consacrer le nom, déjà employé, de *humage*, à l'aspiration de ces dernières substances, lorsqu'elle s'opère au moyen d'un appareil spécial, et de réserver le nom général d'*inhalation* aux inspirations qui se font naturellement dans une atmosphère plus ou moins imprégnée de substances médicamenteuses. Quant aux inhalations d'acide carbonique, bien que l'idée en soit déjà ancienne, l'application thérapeutique n'en a été faite, sur une échelle un peu large, que dans ces derniers temps, et principalement en Allemagne. Cette pratique étant encore peu connue en France, je crois utile de publier le résultat des recherches auxquelles je me suis livré à ce sujet.

I

Hufeland, dont M. Herpin (de Metz) a rappelé le témoignage, avait dit déjà (1), que l'inhalation d'une petite quantité de gaz carbonique, mélangé à de l'air et à de la vapeur d'eau, donnait des résultats fort heureux dans certaines affections des organes de la respiration.... qu'elle calmait la toux, facilitait l'expectoration (2).

Bischoff et Ennemoser ont fait des expériences avec l'acide carbonique qui s'échappe du Probler sur les bords du Rhin, et ils ont conclu que : lorsque le gaz n'est pas respiré pur, ni trop longtemps, il ne produit pas d'effets fâcheux ; au contraire, la respiration du malade en devient plus facile, et l'expectoration plus abondante. Les premiers médecins qui s'occupèrent de l'emploi thérapeutique de ce gaz, songèrent à l'appliquer au traitement de la phthisie pulmonaire, afin de modérer l'irritation développée dans les poumons. Beddoës (3) et Girtanner (4) ont préconisé ces inhalations dans ce but. Percival (5) les a recommandées contre l'angine gangréneuse, Sundelin (6) contre l'asthme sec (7) : il y avait été conduit par la théorie de Laënnec sur le mode de production de l'emphysème pulmonaire; il espérait augmenter ainsi la contractilité des poumons ; la respiration du gaz carbonique amenait un accès, qui était bientôt suivi d'une amélioration marquée. Dœbereiner (8) a prescrit, dans certaines névralgies, l'aspiration du gaz qui s'échappe du malt en fermentation, il en a fait usage pour lui-même avec succès.

L'Allemagne possède aujourd'hui un grand nombre d'Établissements où l'on pratique le humage méthodique de l'acide carbonique plus ou moins mêlé d'air et de vapeur d'eau. C'est ainsi qu'à Meinberg (principauté de Lippe) on utilise dans ce but, deux sources très riches en gaz, puisque l'une, l'Altbrunnen, pour 100 volumes d'eau, en contient 131 d'acide carbonique (9). Le gaz est recueilli au moyen d'un appareil auquel s'adapte un tube en caoutchouc qui permet de le diriger dans l'intérieur de la bouche, sur le cou ou toute autre partie. Il y existe aussi un cabinet dit pneumatique, où le gaz est disséminé. A Pyrmont (princi-

(1) *Bad-Ems im Sommer* 1856, *Curbericht, nebst Bemerkungen über pharyngo-laryngitis granulosa, und deren Behandlung mittelst Inhalation der Emser thermalgase.*

(2) *Die therapeut. Anwendung der Daempfe des chlor-ammonium* ; compte-rendu de M. Strohl, *Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1858.

(3) *Bull. Acad. des sciences*, 30 novembre 1857.

(1) *Étude médic. et statistiq. sur les princip. sources d'eaux minérales....* Paris, 1856, p. 34.

(2) Hufeland, *Examen pratiq. des eaux minérales de l'Allemagne*, p. 256.

(3) *Betrachtungen über den med. Gebrauch künstl. Luftarten*, aus d. Engl. v. Zollikoffer, 1796. Journ. de Hufeland, t. IX, p. 2-124.

(4) Mühry, *Dissert. de aeris fixi inspiratione*, 1796. Journal de Hufeland, t. I, p. 199; t. III, p. 375.

(5) *Samml. auser. Abhandl.*, t. II, p. 1-152 ; t. V, p. 397 ; t. X, p. 205.

(6) *Spec. Heilmittel-lehre*, t. I, p. 349.

(7) Déjà Beddoes avait cité (*l. c.*, Journal de Hufeland, t. IX, p. 2), un asthmatique, qui, au moment de ses accès, ne se trouvait nulle part mieux que dans l'atmosphère lourde et viciée d'une salle de théâtre qu'il allait respirer dans la galerie la plus élevée.

(8) *Gilberts Annal. der Physik.*, N. F. 1819, t. I, p. 73.

(9) Helfft. *Handbuch der Balneotherapie*. Berlin, 1857, p. 23, 88, 89, 90.

Feuilleton.

HISTOIRE DES TRAVAUX DE GEORGES CUVIER;

Par M. P. FLOURENS, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Muséum et au Collége de France, etc., etc. 3me édition, augmentée et en partie refondue. Un volume in-12. — Paris, 1858, Garnier.

J'aurai, je l'espère, à rendre compte de plusieurs ouvrages de M. Flourens, et peut-être n'est-il pas hors de propos de prévenir dès à présent mes lecteurs de la façon dont j'entends faire ces comptes-rendus. M. Flourens occupe dans la science contemporaine une position considérable; il serait impertinent à moi, obscur, de prendre vis-à-vis d'une autorité si haute le ton d'un juge, voire même d'un critique, deux mots qui n'ont pas tout à fait le même sens, en dépit du jardin des racines grecques.

Je sais que la masse du public se laisse subjuguer encore par les allures pédantesques de ce qu'on nomme la grande critique, la critique à prétentions d'infaillibilité, qui fait consister la dignité à rendre des arrêts sans appel, qui dédaigne de discuter avec ses justiciables, ou qui, lorsqu'elle discute, s'appuie sur une esthétique à elle et sur un critérium qu'elle se garde de divulguer. Mais ce n'est pas à la masse que je m'adresse, c'est à un public de médecins, c'est-à-dire à des hommes ayant des habitudes d'esprit indépendant, émancipés de longue main par la nature de leurs recherches et par la constitution de leur science; en un mot, à cette partie du public éclairé qui, malgré les défectuosités de l'éducation actuelle, reçoit encore les enseignements les plus sains, parce qu'ils sont, eu égard surtout à la méthode, véritablement scientifiques. Ces articles seront donc des impressions de lecture, rien de plus. La plupart des ouvrages dont je parlerai n'en sont plus à leur première édition, et sont, par conséquent, déjà connus de mes confrères. Je viens simplement en causer avec eux.

Le livre sur G. Cuvier, par lequel je commence, est réimprimé pour la troisième fois : cette édition, comme l'indique la première page, a été en partie refondue, et je dois dire brièvement en quoi ont consisté les remaniements qu'elle a subis. Les éditions précédentes contenaient l'*éloge* de Cuvier; l'appréciation de ses œuvres était subordonnée à l'ordre chronologique de sa biographie, et il résultait de cette disposition, entr'autres inconvénients, des répétitions continuelles et forcées. M. Flourens a placé en tête de la présente édition une notice biographique sur Cuvier, très courte, mais suffisante à la rigueur; et, d'autre part, il a inséré l'*éloge*, tel qu'il a été prononcé, dans le volume à part qui contient la collection de ses *éloges* proprement dits; de cette façon, il n'avait plus à s'occuper de certains détails touchant la vie du grand naturaliste, son prédécesseur et son maître, et pouvait désormais suivre avec toute liberté l'exposition et le développement de sa pensée scientifique. Ainsi a-t-il fait, et le lecteur doit l'en remercier.

Dans ce livre, M. Flourens n'avait donc à se préoccuper que de faire saisir clairement les idées de Cuvier. C'est ce qu'il a accompli avec une lucidité ferme et magistrale dont nous lui sommes particulièrement reconnaissants et dont lui sauront gré les personnes qui, n'étant pas vouées aux études exclusives de l'histoire naturelle, n'auront peut-être jamais, à leur grand regret sans doute, ni le temps ni l'occasion de lire les ouvrages eux-mêmes de Cuvier.

Toutefois, M. Flourens ne se borne pas toujours au rôle d'historien et de descripteur des découvertes et des idées d'autrui, et, quand on y réfléchit, on voit bien que cela était impossible à un homme aussi riche de son propre fonds. Il prend donc souvent parti et tantôt confirme, tantôt rectifie et complète les vues du grand anatomiste dont il vulgarise les vues générales, la philosophie.

Ainsi, c'est en son nom, tout autant qu'au nom de Cuvier, qu'il défend la cause de l'immutabilité de l'espèce, cette cause si passionnément controversée depuis bientôt deux siècles et dont les adversaires ne sont pas moins illustres que les partisans. Si elle a pour elle : Wiseman, G. Cuvier, de Blainville et M. Flourens; elle a contre elle : de Maillet, Bauman, Robinet, de Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Burdach, etc.

M. Flourens a institué de nombreuses expériences pour prouver l'invariabilité de l'espèce; disons mieux : les expériences ont été instituées par lui afin de chercher si l'espèce était invariable ou non, et jusqu'à quelles limites s'étendaient les variations. Il ressort de ses travaux que l'espèce est fixe.

Parmi les nombreux titres de gloire de M. Flourens, on comptera le degré de précision qu'il a su donner à ces expériences et la détermination exacte des caractères de l'espèce et du genre qu'il en a tirée. — On le sait maintenant, depuis qu'il l'a dit, le caractère de l'*espèce* est la fécondation continue; celui du *genre* est la fécondation limitée. Cela nous paraît incontestable dans les conditions où s'est placé l'expérimentateur, c'est-à-dire dans les conditions de la fixité actuelle des milieux. Mais, si nous ne nous trompons, les savants qui plaident la mutabilité de l'espèce considèrent moins le fait actuel et ce qui se passe sous nos yeux, que les faits antérieurs à notre époque géologique et que les transformations possibles de l'avenir.

A la vérité, M. Flourens a prévu l'objection et il y a répondu — non suffisamment, à mon sens — pourquoi ne le dirais-je pas ?

« La constance des *espèces actuelles* une fois établie, dit-il, une autre question se présente. Les espèces des âges précédents avaient-elles aussi leur constance ? ou bien ont-elles varié, et les espèces actuelles peuvent-elles être regardées comme n'étant qu'une modification de ces espèces perdues ?.... Les animaux des divers âges du globe ne sont-ils que des modifications les uns des autres ? Par exemple, les animaux de l'âge actuel ne sont-ils que des modifications des animaux de l'âge qui avait précédé, de l'âge des *mammouths* et des *mastodontes* ? et ceux-ci n'étaient-ils que des modifications des animaux d'un âge plus avancé encore, de l'âge des *palæothériums* et des *lophiodons* ? »

Voilà l'objection ou plutôt le doute; voici la réponse :

« Mais, comme le dit très bien M. Cuvier, si cette transformation a eu lieu, pourquoi la terre ne nous en a-t-elle pas conservé les traces ? Pourquoi ne découvre-t-on pas, entre le *palæothérium*, le *mégalonix*, le *mastodonte*, etc., et les espèces d'aujourd'hui, quelques formes intermédiaires ?

» Il y a plus, ajoute M. Flourens. Pour concevoir la transformation

pauté de Waldeck) une cloche a été établie sur une source d'où le gaz jaillit ; il en part trois tuyaux de dégagement. A Franzensbad on a mis en pratique une autre disposition. On a construit un bassin où l'on descend par plusieurs marches, et au fond duquel le gaz se dégage. La couche d'air supérieur contient déjà 15 pour 100 d'acide carbonique ; à mesure que l'on s'habitue à cette atmosphère on se rapproche de l'orifice qui donne issue au gaz (1).

L'Établissement de Saint-Alban est, à ma connaissance, le seul en France où l'on ait employé ce moyen thérapeutique. M. Nepple dans une notice (2) rappelée par M. Durand-Fardel (3), rend compte de la pratique de M. Goin, qui, outre les inhalations à la source, faisait respirer aux malades, pendant leurs paroxysmes nocturnes, le gaz renfermé dans de petits sacs imperméables.

L'expérience déjà vaste, que nos confrères d'outre-Rhin ont pu acquérir à l'égard de cette médication, leur a permis d'en faire connaître les effets, d'en établir les indications et les contre-indications.

Le premier effet serait, d'après eux, une stimulation exercée sur les voies respiratoires, effet conforme à l'action générale du gaz carbonique sur tout l'organisme, et qui peut se formuler ainsi : activation de la circulation et des fonctions qui en dépendent, suivie de dépression de la fonction des centres nerveux. Ainsi Sundelin (4) attribue à ce gaz la propriété d'augmenter la contractilité des organes de la respiration ; il lui reconnait une action stimulante, tonique. D'après Helfft (5), une proportion de 2 à 4 pour 100 d'acide carbonique dans l'air, active déjà la respiration de l'homme à l'état de santé : les inspirations deviennent plus courtes, l'expiration devient plus longue et plus forte ; la circulation s'accélère ; il se produit une sensation de chaleur dans la poitrine, et de sécheresse dans le gosier, suivie d'une augmentation graduelle de la transpiration.

D'après le professeur Lœschner de Prague, ce serait à l'absorption du gaz carbonique, qui s'opère dans le poumon, qu'il faudrait principalement rapporter les effets obtenus par les bains d'eaux acidules (6) ; et ces effets seraient une activation de la circulation, liée à un sentiment d'angoisse et à des phénomènes d'excitation primitive, suivie de sédation de la fonction de l'appareil cérébro-spinal ; l'équilibre se rétablirait par l'augmentation de sécrétion des éléments de l'urine et de la sueur modifiés par l'acide carbonique.

Le docteur Krasnoglædoff (1) fit usage, durant le choléra de Tiflis en 1847, d'inhalations d'acide carbonique, dans la période algide ; sous leur influence, dit-il, la respiration devint plus facile, le pouls se releva (pour se ralentir, après dix minutes d'inspirations) ; le froid extérieur diminua aussi bien que la chaleur intérieure ; les crampes cessèrent pour se reproduire quand on interrompit les inhalations.

Ce mode d'action primitive du gaz carbonique semble donc établi chez l'homme, soit à l'état physiologique, soit dans différentes conditions de maladie. C'est grâce à cette même propriété stimulante que récemment Scanzoni a employé ce gaz en injections vaginales pour produire l'accouchement prématuré (2). Cette action est remarquable quand on la compare à l'effet calmant, anesthésique, produit dans d'autres conditions, par ces mêmes injections. Déjà Ingenhouz (3), Rozier (4), les avaient recommandées comme très avantageuses contre le cancer de la matrice. En 1847, le docteur Oesterlen (5) les a préconisées de nouveau, pour combattre les cruelles souffrances causées par cette maladie. Récemment M. Simpson a rendu compte du succès qu'il en a obtenu dans certaines affections douloureuses de l'utérus (6) ; ces résultats ont été confirmés par les expériences de M. Follin (7), par celles de M. Demarquay (8). En présence de ces faits, le célèbre chirurgien d'Edimbourg en est venu à se demander si les eaux de Nauheim, de Marienbad, etc., utilisées en injections dans ces cas, n'agissaient pas précisément par l'acide carbonique dont elles sont chargées ?....

De là à établir l'action *anesthésique générale* des inhalations de ce gaz, il n'y avait qu'un pas. Ce pas a été fait par M. Ozanam, qui, dans la séance du 22 février dernier, a entretenu l'Académie des sciences d'expériences faites par lui sur des lapins. Dans la période d'excitation, qui précède celle d'anesthésie, la respiration était accélérée, les battements du cœur devenaient plus fréquents comme dans les observations dont nous avons rendu compte plus haut. Quand l'anesthésie s'est établie, la respiration comme la circulation, se sont ralenties.

L'acide carbonique agit-il simplement en empêchant l'abord de la quantité normale d'oxygène dans les voies respiratoires ? Il ne semble pas qu'il en soit ainsi, si l'on en juge par la promptitude d'action de cet agent, par les expériences de Collard de Martigny, qui montra qu'en substituant aux 79 d'azote qui entrent dans la composition de l'air, 79 parties de gaz carbonique, mêlées à 21 d'oxygène, il survenait des signes d'asphyxie. Aussi cet habile observateur avait-il conclu que les accidents primitifs causés par l'acide carbonique provenaient d'une action spéciale sur les nerfs et les centres nerveux (1). Nysten (2) avait déduit de ses expériences d'injection de ce gaz dans les veines, qu'il n'agissait pas directement sur le cerveau ; à doses assez fortes il ne gênait pas la respiration ; mais ce médecin ne faisait pas attention que le gaz était éliminé, au fur et à mesure de son injection, par le poumon. Vogel (3) a constaté que sous l'influence des inhalations d'acide carbonique il se produisait un léger rétrécissement de la pupille ; mais chez les asphyxiés par ce gaz, de même que chez les animaux anesthésiés par M. Ozanam, la pupille a été trouvée dilatée. Kelsch (4) a noté, après les douches d'acide carbonique, la perte du goût et une lourdeur de la langue.

Les *indications* de cette médication sont ainsi résumées par Lersch (5) : elle est surtout avantageuse dans les cas de dyspnée dépendant de l'accumulation de mucosités dans les vésicules pulmonaires ou d'un emphysème du poumon. Helfft (6) conclut de même, et trouve dans les effets physiologiques cités plus haut, comme dans les effets thérapeutiques, la preuve de l'action stimulante de ce gaz sur les voies respiratoires. On le recommande contre l'inflammation chronique du larynx, du pharynx, contre le catarrhe bronchique, l'asthme humide. Suivant M. Goin ce gaz agit sur les tissus, « à la manière des stimulants astringents, en améliorant les phlegmasies catarrhales, humides, atoniques, de mauvaise nature, de même que les affections névralgiques et spasmodiques » (7). C'est surtout contre les névroses des voies respiratoires, contre l'asthme, comme aussi contre la fièvre intermittente que ce médecin a recommandé ces inhalations. M. Kuster, qui fait faire à Kronthal de cinq à dix séances d'aspiration par jour, dit avoir constaté, après chacune d'elles, que l'inflammation de la gorge avait diminué (8).

Quant à la *contre-indication* de ces inhalations, elle a aussi été nettement posée : elle existe toutes les fois qu'une affection des voies respiratoires est accompagnée d'éréthisme du système circulatoire ou d'une disposition à l'inflammation franche (Lersch). L'emploi de ce gaz tend à aggraver les phlegmasies « qui s'accompagnent d'éréthisme, de rougeur érysipélateuse et de sécheresse » (Goin). Les médecins allemands sont unanimes aujourd'hui à proscrire cette médication chez les phthisiques. Selon Græfe, elle est absolument nuisible lorsqu'il s'est formé des cavernes, celles-ci étant presque toujours entourées d'une zone phlogosée. Sous l'influence des inhalations, l'expectoration est diminuée, la fétidité de la sécrétion corrigée, mais l'inflammation du parenchyme pulmonaire augmente ; il faut même en éviter l'usage chez les hémoptysiques (9). Le professeur Clarus est arrivé à la même conclu-

---

(1) Davy avait conclu de ses expériences, que dans une atmosphère contenant 40 p. 100 d'acide carbonique, la respiration n'était plus possible. Mudge, Girtanner avaient proposé des appareils à l'aide desquels ils faisaient respirer sans inconvénient à leurs malades une atmosphère où l'acide carbonique était mêlé à trois quarts ou deux tiers seulement d'air. Richter a montré que, mêlé à deux tiers d'air, ce gaz peut être respiré longtemps sans effets fâcheux ; il cause seulement un peu de vertige ; mêlé à moitié d'air, il produit un sentiment d'astriction à la poitrine, de l'angoisse, enfin la perte de connaissance, si l'on n'interrompt pas l'expérience ; respiré pur, il amène promptement un état de mort apparente, sans entraîner pourtant de conséquences fâcheuses, si l'on se hâte de rendre au poumon de l'air atmosphérique. (*Ausführ. Arzneimittell*, t. IV, p. 148.)

(2) *Notice sur l'emploi du gaz acide carbonique pur dans l'établissement des eaux minérales de St-Alban*, in *Journal de médecine de Lyon*, 1842, t. II, p. 291.

(3) *Traité thérapeutique des eaux minérales*, p. 434.

(4) *Arzneimittellchre*, t. I, p. 343.

(5) *Hanbuch der Balneother*, p. 88.

(6) *Vierteljahrschrift f. die prakt. Heilkunde Prag.*, 1857, t. I, p. 112. Dans son intéressant travail, M. Lœschner a pour but de prouver que les bains minéraux agissent particulièrement par les gaz et par les autres éléments entraînés avec eux dans l'inhalation naturelle. Il s'appuie sur la déclaration du docteur Beneke, d'après lequel l'air de mer agit de la même manière que le bain de mer, ce dernier augmentant seulement l'effet produit. M. Lœschner admet que les bains n'agissent que par endosmose au moyen d'une véritable macération de la peau : dès lors, comment expliquer l'action des différents bains d'après leur composition ?....... A propos des bains iodurés et bromurés, l'auteur déclare que la respiration de gaz artificiels, analogues à ceux qui se dégagent de ces bains, produirait le même effet que ces derniers ; pour les bains d'eaux indifférentes, tels que Teplitz, Pfæffers, Wildbad, etc., leur action, que jusqu'ici l'on ne pouvait comprendre, trouverait son explication dans l'inhalation qui s'y fait, d'une plus grande quantité d'azote et, probablement, de protoxyde d'azote. M. Lœschner interprète de même l'action des bains de matières animales, aromatiques, sulfureux, des bains de boue, etc. Et l'alcalisation de l'urine, que nous avons maintes fois observée au bout de cinq minutes d'immersion dans un bain de Vichy, tiède, donnant lieu à une si faible évaporation, comment l'auteur en rendrait-il compte ?

(1) *Med. Zeitung Russlands*, 1848 (nos 27 et 28).

(2) *Wiener. med. Wochenschr.*, 1856 (no 11). Il y avait été conduit par la connaissance de l'observation de M. Brown-Séquard sur la propriété qu'a ce gaz, de déterminer rapidement des contractions des fibres musculaires lisses. Il avait remarqué d'ailleurs que, conformément à ce qu'avait annoncé M. Mojon sur les avantages de ces injections dans les cas de dysménorrhée (*Bibliothèque du méd. prat.* de Fabre, t. XIV, p. 63), les parties génitales exposées pendant quelque temps à un courant de ce gaz, deviennent le siége d'une congestion sanguine, capable de vaincre l'aménorrhée.

(3) *Miscellanea*, 1795.

(4) *Sammlung aus. Abhand*, t. III, p. 726.

(5) *Würtemberg. Corresp. Bl.*, 1847, no 10.

(6) *Edimb. med. Journal*, juillet 1856. M. Simpson rappelle dans son intéressant mémoire, des expériences fort curieuses d'Ingenhouz, répétées par Beddoes, pour prouver cette action anesthésique de l'acide carbonique. Ainsi, un vésicatoire ayant été appliqué sur un doigt, et l'épiderme enlevé, la partie devenue douloureuse est plongée dans un vase rempli de ce gaz : presque instantanément la cuisson cesse ; elle se reproduit à l'air.

C'est donc à tort que M. Blache traitait de gratuites les allégations produites depuis soixante ans à ce sujet. (V. *Répertoire général des sciences médicales*, t. VI, p. 370.)

(7) *Union Médicale*, 1856, p. 627.

(8) *Ibid.*, 1857, p. 119.

(1) *Archives générales de médecine*, t. XIV (1827), p. 205.

(2) *Toxicologie d'Orfila* (5e édit.), t. II, p. 738.

(3) *Einlcitung in die mineral Quclleulchre.* (V. Lersch), t. I, p. 381.

(4) Lersch, *ibid.*, p. 384.

(5) *Ibid.*, p. 395.

(6) *Handbuch der Balneother*, 3e édit, p. 88.

(7) Bouchardat, *Manuel de matière médic.*, 3e édit., t. II, p. 219.

(8) Lersch, *Einleitung in die min. Quell. L.*, t. I, p. 395.

(9) Lersch (*Ibidem*, t. I, p. 395). Sur cent malades auxquels Selle a administré l'acide carbonique en boisson, par la méthode de Rivière, il n'y en a que trois qui en aient retiré quelqu'avantage ; chez plusieurs, ce traitement a paru occasionner des hémoptysies.

---

d'une espèce en une autre, on est forcé d'admettre des modifications lentes et graduées, et, par conséquent, des événements, des causes qui aient agi graduellement aussi. Or, de telles causes n'ont point existé. Les catastrophes qui sont venues couper les espèces ont été subites, instantanées. La preuve en est dans ces grands quadrupèdes du Nord, saisis par la glace, et conservés jusqu'à nos jours avec leur peau, leur poil, leur chair.

» Lors donc qu'on irait jusqu'à accorder que les espèces anciennes auraient pu, en se modifiant, se transformer en celles qui existent aujourd'hui, cela ne servirait à rien, « car, comme le dit encore M. Cuvier, elles n'auraient pas eu le temps de se livrer à leurs observations. »

Mais, dirai-je humblement à mon tour, cette dernière réflexion empruntée à Cuvier ne détruit-elle pas la précédente empruntée également à Cuvier ? Si, entre deux époques géologiques, il n'y a pas eu de transition, il est clair que la terre n'a pu conserver les traces de cette transition et, par conséquent, le premier argument de Cuvier n'existe pas ; quant au second, il est un peu sommaire et tranche un nombre considérable de problèmes en trop peu de mots. Est-ce que les modifications subies par les espèces impliquent nécessairement un temps considérable pour leur accomplissement. Les modifications des espèces sont surtout corrélatives aux modifications des milieux : qu'y a-t-il de contradictoire à supposer que, sous l'influence des grandes catastrophes qui ont, à plusieurs reprises, bouleversé le globe, les milieux aient été modifiés brusquement ? Cuvier admettait des créations successives ; qu'y a-t-il de contradictoire à admettre, du même coup, la réapparition des espèces détruites, modifiées en raison des conditions nouvelles ? Je n'en finirais pas, si je voulais énumérer tous les doutes qui me restent après cette affirmation trop brève. Au surplus, j'ai l'espérance de les voir dissiper bientôt. M. Flourens, en effet, dans une note, annonce qu'après de longues méditations sur la grande question des créations successives, il a cru pouvoir prendre la thèse contraire, et que bientôt il publiera un livre ayant pour titre : *De l'unité de la création*. Puisse-t-il paraître promptement ! Un tel livre, venant d'une plume si justement autorisée, et traitant un tel sujet, sera lu, si j'en juge par mon impatience, avec un intérêt sans égal.

En attendant, j'eusse désiré — c'est un vœu, non un reproche — que cette question de la variabilité ou de l'immutabilité de l'espèce, question à laquelle tout ramène forcément l'esprit dans les œuvres de Cuvier, j'eusse désiré, dis-je, qu'elle fût traitée d'une façon plus complète, plus étendue, ou, si l'on veut, plus détaillée.

Dans un livre où sont abordés tant de sujets, on ne pouvait certainement pas tout dire sur chacun d'eux ; mais celui-là, étant le sujet principal, le fondement même de la doctrine de Cuvier, demandait, me semble-t-il, des développements particuliers. Néanmoins, je n'insiste pas et en voici la raison : Trois hypothèses sont en présence, à l'aide desquelles les naturalistes expliquent la persistance sur ce globe des espèces animales à travers les révolutions géologiques : la filiation, la translation, les créations successives. M. Flourens abandonne la dernière, celle des créations successives, et je ne doute pas qu'il ne sache, mieux que personne, les objections que les partisans de la première, de la filiation, adressent à l'hypothèse de la translation ; il sait aussi, mieux que tout le monde et avant tout le monde en sa qualité de *secrétaire perpétuel* de l'Académie des sciences, quel poids ont apporté aux théories de Robinet, les récents travaux de M. Agassiz sur l'embryologie comparée aux fossiles ; — quels arguments la thèse de la variabilité de l'espèce peut emprunter à la faune aveugle des grottes du Kentucky décrite par Wilson ; — quels arguments encore fournissent, et les résultats de la domestication, et les expériences de M. Ville, son collègue au Muséum, sur l'inégal développement des animaux selon les conditions différentes dans lesquelles on les place à l'époque de l'incubation ou de la naissance, etc. Si donc M. Flourens, connaissant tout cela, ne s'y est pas arrêté plus qu'il ne l'a fait, c'est que, d'une part, il a traité à fond cette question dans des ouvrages que je ne connais pas encore ou bien qu'il la traitera dans son livre *sur l'unité de la création* ; et que, d'autre part, le point précis qu'il se proposait en offrant au public l'*Histoire des travaux de Georges Cuvier*, était moins la démonstration de la fixité de l'espèce que la vulgarisation même des doctrines de Cuvier.

Une chose me confirme dans cette interprétation, et c'est une chose que j'ai eu l'honneur d'entendre dire à M. Flourens lui-même : Il y a deux parties à considérer dans les sciences, l'une est la partie qu'on peut appeler matérielle, celle qui est constituée par les faits ; on doit l'étudier dans les ouvrages du jour, parce que ce sont les plus avancés, des faits nouveaux se produisant tous les jours ; — l'autre est constituée par l'esprit qui a présidé au groupement, à la *théorisation* des faits ; par les grandes vues d'ensemble des classificateurs, en un mot, par l'histoire de la science. C'est cette dernière seulement que l'on doit chercher dans Aristote, par exemple, dans Cuvier et dans tous ceux qui ont imprimé une impulsion à leur temps.

Or, sous ce rapport, le livre de M. Flourens est admirable. Il est impossible, après l'avoir lu, de ne pas connaître — je dis connaître parfaitement — tout ce qui nous intéresse maintenant de cette grande figure de Cuvier. M. Flourens n'est pas seulement un anatomiste, c'est encore un grand physiologiste ; aussi il ne se contente pas d'exposer les procédés, les découvertes, la méthode de Cuvier, il les explique ; il montre la loi qui a présidé à l'évolution de cette magnifique carrière scientifique, la raison qui relie l'une à l'autre tant de conceptions prodigieuses ; il livre le secret de ces tours de force du génie qui, à l'heure qu'il est, nous confondent encore et nous frappent d'un étonnement presque craintif.

C'est en voyant cette pénétration profonde et lucide de la pensée d'un homme par un autre, que mon compatriote Jacotot eût pu, sans être accusé de folie, répéter sa fameuse phrase : comprendre, c'est égaler.

Un mot encore, peut-être indiscret, peut-être puéril, mais que M. Flourens, en consacrant le génie éclatant de Cuvier provoque lui-même. Pourquoi, d'un bout à l'autre de son livre, écrit-il : *M. Cuvier* ? Est-ce une habitude de longue et respectueuse intimité ? Est-ce ?... mais je m'arrête. Qui connaît *monsieur* Cuvier ?

Louis XIV posait devant le peintre Mignard. Un courtisan se permit de l'appeler Mignard, tout court. Le roi lui fit des reproches de cette inconvenante familiarité. Sire, dit Mignard, je travaille depuis trente ans pour que l'on ne m'appelle plus Monsieur.

Cuvier a travaillé plus longtemps ; il a mieux travaillé. Ce serait blesser sa mémoire que de nous en user envers son nom de cette *familiarité* qu'ambitionnait le peintre du *grand Roi*.

Dr Maximin LEGRAND.

sion (1) : « Les inspirations d'acide carbonique étendu, qu'autrefois, dit-il, j'ai souvent employées chez les tuberculeux, n'ont jamais arrêté les progrès du mal ; elles ont au contraire produit souvent des effets fâcheux par l'irritation qu'elles occasionnaient au poumon. » Ce résultat est encore conforme, d'après M. Pâtissier (2), à celui qu'a obtenu M. Gay, médecin à Saint-Alban.

Il me semble résulter de tous ces faits que :

Les inhalations d'acide carbonique mêlé à l'air agissent en produisant d'abord une excitation plus ou moins vive des voies respiratoires, action analogue à celle du même gaz dirigé sur la peau, sur l'œil, etc.; c'est cet effet qui doit en faire proscrire l'emploi dans tous les cas où il existe une disposition à l'inflammation franche ;

L'excitation est suivie d'un effet de sédation qui paraît dépendre d'une action spéciale de ce gaz sur les nerfs et sur les centres nerveux ; la respiration devient plus facile, la toux se calme, la circulation se ralentit, la rougeur dépendant d'une phlegmasie chronique des muqueuses diminue ;

Continuées plus longtemps, ou faites avec une proportion de gaz plus considérable, les inhalations amènent le vertige, la résolution des membres, l'anesthésie ; (cet effet peut être obtenu aussi, mais plus lentement, lorsque l'acide carbonique est absorbé par la peau, ainsi qu'il résulte des expériences de Collard de Martigny (3)) ;

Outre cette action générale, ce gaz possède une action anesthésique locale sur les plaies, sur les parties dénudées d'épiderme ;

C'est surtout contre les inflammations chroniques avec atonie de la muqueuse, sécrétion exagérée, et dans les névroses des organes respiratoires, que ces inhalations ont paru efficaces ; elles doivent être évitées chez les phthisiques.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

TOUX NERVEUSE CAUSÉE PROBABLEMENT PAR UNE CHORÉE DU DIAPHRAGME, GUÉRIE PAR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE;

Par le docteur NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, etc.

Au moment où l'attention des médecins est appelée sur l'efficacité du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la chorée, on ne lira peut-être pas sans quelque intérêt l'observation suivante :

Mlle X..., âgée de 17 ans, habitant la campagne, à quatre lieues de Lisieux, née de parents sains et actuellement bien portants, a toujours été d'une très bonne santé. Aucun des membres de sa famille n'a été atteint d'affections nerveuses.

Il y a trois ans, pour la première fois, elle fut prise, sans cause appréciable, d'une petite toux sèche, sourde, presque continuelle, contre laquelle son médecin ordinaire prescrivit une saignée et quelques tisanes insignifiantes. Au bout d'un an, n'éprouvant aucun soulagement, elle vint me consulter. La toux avait le même caractère qu'aujourd'hui. La poitrine était saine à la percussion et à l'auscultation. La luette était bien conformée. Je prescrivis la belladone à doses successivement croissantes. Au bout de deux mois, la malade était guérie. La guérison persista pendant un an.

Il y a quatre mois, la toux reparut, sans cause appréciable, au milieu de la plus parfaite santé, et, depuis, elle a toujours persisté sans un seul moment de calme.

Aujourd'hui, 15 juin 1858, la malade est dans l'état suivant : sujet bien développé, ayant de l'embonpoint. Petite toux continuelle se reproduisant plus de vingt fois par minute, commençant le matin, lorsque la malade s'éveille, et ne cessant que lorsqu'elle s'endort, ne la réveillant pas la nuit. Le sommeil est très calme ; la toux ne s'accompagne d'aucun chatouillement au larynx ni le long de la trachée. La malade dit qu'il lui semble que le besoin de tousser vient de l'estomac et elle désigne l'épigastre avec la main. La toux n'est pas pleine et forte comme celle d'un rhume ; je ne saurais mieux la comparer qu'à celle d'un malade affecté de douleur des parois abdominales et qui, par conséquent se retient ; il n'y a pas d'expectoration. L'isthme du gosier ne présente ni rougeur ni granulations. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées ; pas de procidence de la luette. Apyrexie ; la poitrine est parfaitement saine à l'auscultation et à la percussion. La malade est bien réglée. L'appétit est bon. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie.

Je prescris de nouveau la belladone à la dose de 0,03 centigrammes, en recommandant d'augmenter d'une pilule tous les cinq jours.

Le 30 juin, il n'y a aucune amélioration. La belladone commence à troubler un peu la vue. J'en suspends l'usage. Je prescris alors la potion suivante :

Julep gommeux.	100 grammes.
Sirop diacode.	15 grammes.
Tartre stibié	25 centigrammes.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

La malade commence cette potion le 1er juillet au matin. Elle vomit quatre fois dans la journée et va onze fois à la garde-robe.

Dès midi la toux a complétement cessé. Le soir, la malade soupe avec appétit. Nuit calme.

2 juillet. Même potion, seulement la dose d'émétique est portée à 0,40 centig. Il y a dans la journée trois vomissements et cinq garderobes ; la toux n'a pas reparu. La malade soupe avec appétit.

3 juillet. Même potion avec 0,50 centig. d'émétique : cinq vomissements et quatre évacuations dans la journée. Le soir, elle est fatiguée ; néanmoins, elle mange avec appétit.

Le 10 juillet, je revois la malade qui va très bien. La toux n'a pas reparu.

RÉFLEXIONS. — Il est de toute évidence que la toux de cette jeune fille est de nature nerveuse. Il n'y aucun symptôme qui puisse faire soupçonner seulement l'existence d'une lésion, soit des poumons, soit de leurs annexes. D'ailleurs, le traitement par la belladone, qui m'avait si bien réussi la première fois, vient à l'appui de cette manière de voir. Aussi n'hésitai-je pas, lorsque la malade vint me consulter pour la seconde fois, à lui prescrire la même médication. Au bout de quinze jours, la malade, n'éprouvant aucun soulagement, revint me voir ; je l'examinai de nouveau fort attentivement. Il me sembla que sa toux provenait d'une contraction spasmodique du diaphragme. La malade elle-même, interrogée à plusieurs reprises sur ce sujet, désignait le creux épigastrique comme le point de départ de sa toux. Rien, d'ailleurs, du côté du larynx ou de l'arrière-gorge n'en justifiait l'existence. Je m'arrêtai donc à l'idée d'un spasme nerveux, d'une sorte de chorée du diaphragme.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, à laquelle on pourrait peut-être adresser plus d'une objection, je dois avouer que ce fut elle qui m'inspira la pensée d'employer le tartre stibié à haute dose.

Les résultats ont été des plus satisfaisants, puisque dès le premier jour, après quelques heures de l'emploi de la potion, la toux, qui persistait depuis quatre mois, cessa pour ne plus revenir. J'ai continué l'émétique, à dose progressive, d'après la méthode de M. Gillette, pendant les deux jours suivants, afin de bien assurer la guérison, qui date aujourd'hui de dix jours et paraît devoir persister.

Quelle que soit l'explication de cette toux nerveuse, qu'elle soit due à une chorée du diaphragme, ou à un spasme de la glotte, ou à toute autre cause, toujours est-il que ce fait montre d'une manière bien remarquable la puissance antispasmodique de l'émétique à dose rasorienne, et doit engager les médecins à l'expérimenter dans d'autres affections nerveuses que la chorée proprement dite, où il a donné de si beaux succès.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Juillet 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur BOSSARD, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné, en 1856, dans la commune de Tigué.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Finistère en 1857. (Comm. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur MILLET, sur le service des eaux minérales de Montmirail (Vaucluse) en 1856. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur L. FIGUIER, qui prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales.

2° Les lettres de MM. les docteurs FONSSAGRIVES (de Cherbourg), ZANDYCK (de Dunkerque), Eugène MARCHAND (de Fécamp), Martin DUCLAUX (de St-Julia), MILLON (de Revel), qui sollicitent le titre de membre correspondant.

3° Une note de M. le docteur LAFORÊT, de Lavit, sur la variole et la vaccine. (Comm. de vaccine.)

4° Une note sur un nouveau forceps-céphalotribe, par M. le docteur TARSITANI, de Naples. (Comm. MM. Moreau et Depaul.)

5° Un relevé de tous les cas de médecine légale qui se sont produits dans le canton de Geispolsheim pendant l'année 1857, par M. le docteur BROUILLET. (Comm. M. Devergie.)

6° Un travail intitulé : *Essai sur la topographie médicale d'Ambert* (Puy-de-Dôme), par M. le docteur MAVEL. (Comm. des épidémies.)

M. BARTH dépose sur le bureau : 1° Une note sur l'application de la dynamoscopie à la physiologie, par M. le docteur COLLONGUES. — 2° Deux observations relatives à la production spontanée et à la transmission du muguet, par M. le docteur Sirus PIRONDI.

M. GIBERT fait hommage à l'Académie, au nom de M. Prosper YVAREN, de la traduction des *épidémies et éphémérides de Guilllaume de Baillou.*

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur SERVICEN, président de la Société impériale de médecine de Constantinople, assiste à la séance.

M. PATISSIER, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport sur une réclamation de M. le docteur LAGASQUIE, et sur la nécessité d'une mesure d'ordre pour rendre l'administration des sources minérales plus profitable à l'humanité et à la thérapeutique.

« L'Académie, dit M. le rapporteur, ne doit pas se lasser d'en appeler avec insistance à la haute et bienveillante sollicitude du gouvernement pour obtenir la réforme de l'ordonnance du 18 juin 1823, et la promulgation d'un nouveau règlement général qui protége à la fois la santé des valétudinaires et les besoins de la science hydrologique.

» Convaincu de la légitimité de la réclamation de M. le docteur Lagasquie, ainsi que des plaintes réitérées de plusieurs autres médecins-inspecteurs, votre commission estime qu'une mesure d'ordre est indispensable. En conséquence, elle vous propose d'inviter M. le ministre à insérer dans le futur règlement administratif concernant les sources minérale, une clause conçue à peu près en ces termes :

» Nul ne sera admis à faire une cure dans les thermes s'il ne s'est présenté devant le médecin-inspecteur titulaire ou adjoint, ou s'il n'est muni d'une ordonnance émanant d'un médecin éloigné ou résidant dans la station balnéaire. »

L'Académie adopte.

M. POGGIALE lit, en son nom et au nom de MM. Longet et Bouley, un rapport sur un mémoire de M. SANSON, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, ayant pour titre : *De la formation de la matière glycogène dans l'économie animale.*

Contrairement aux idées de M. Claude Bernard, M. Sanson se propose de prouver :

Qu'il existe dans le sang de la circulation générale et dans celui de la circulation abdominale, ainsi que dans le tissu des principaux organes de l'économie, une matière analogue à la dextrine, pouvant se convertir en glycose sous l'influence de la diastase. La dextrine du sang aurait sa source chez les animaux herbivores dans l'action de la salive sur les principes amylacés des aliments, et, chez les carnivores, dans la viande dont ils se nourrissent où elle se rencontre toute formée. Enfin, le foie ne sécréterait, dans aucun cas, ni sucre, ni matière glycogène.

Quel est le procédé qu'il convient d'employer pour l'extraction de la matière glycogène; quelle est la nature de cette substance ; la trouve-t-on, chez les carnivores, dans d'autres organes que le foie ; d'où vient la matière glycogène qui existe constamment dans le foie ; est-elle formée exclusivement par le foie, ou bien a-t-elle sa source dans les matières amylacées des aliments; existe-t-elle dans tous les organes des herbivores, et quelle est l'influence de l'alimentation sur la production de cette matière ? — Telles sont les questions importantes que nous avons essayé de résoudre dans ce rapport.

Relativement au procédé d'extraction de la matière glycogène, il est une remarque importante faite par la commission : c'est que le procédé de M. Bernard, qui consiste à précipiter cette matière de sa dissolution aqueuse par l'alcool et à la purifier par l'ébullition avec la potasse caustique, peut devenir la cause de quelques erreurs. En effet, lorsqu'on fait réagir la potasse caustique bouillante sur des substances albuminoïdes, il se produit une petite quantité de matière qui se transforme en sucre en présence de l'acide sulfurique et qui, après cette conversion, fermente et réduit la liqueur de tartrate de cuivre et de potasse. On évite cette source d'erreur en précipitant la matière glycogène au moyen de l'acide acétique cristallisable en excès.

La composition et les caractères de la matière glycogène, permettent de la ranger dans le groupe des substances ternaires. Elle peut être représentée par la formule: $C^{12} H^{12} O^{12}$.

Traitée par la salive ou par la diastase, cette matière se transforme en glycose, mais il importe de faire remarquer que la preuve de la présence du sucre ne peut être fournie que par la fermentation alcoolique, et que la réduction de la liqueur de Barreswill ne doit être considérée que comme indice. Quant à la fermentation alcoolique elle-même, il est une cause d'erreur que la commission croit devoir signaler. Dans une des expériences entreprises devant elle par M. Sanson, une décoction de viande de bœuf traitée par la levûre de bière et par la salive avait donné des signes de fermentation. Mais, dans une expérience comparative, on produisit sensiblement la même quantité de gaz avec de l'eau distillée et de la levûre de bière. Ce qui démontre que, dans ces deux expériences, le gaz était fourni par quelques traces de sucre ou d'amidon contenues dans la levûre employée.

Parmi les expériences rapportées par M. Poggiale, il en est quatre faites par M. Sanson lui-même en présence de la commission, et il en résulte, de l'aveu de M. Sanson, que la viande de bœuf, de mouton et la chair de lapin ne contiennent pas, normalement, de matière glycogène.

En résumé :

« Les expériences que nous avons exposées sommairement dans ce rapport, dit en terminant M. Poggiale, nous permettent de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

1° La séparation de la matière glycogène, à l'aide de l'acide acétique cristallisable, est préférable au procédé primitivement employé;

2° Une décoction concentrée de foie, de chair musculaire, etc., mêlée avec de la salive et chauffée doucement, fermente, en présence de la levûre de bière, si elle contient de la matière glycogène. On doit s'assurer préalablement qu'elle ne renferme pas de sucre;

3° Les propriétés de la matière glycogène semblent la placer entre l'amidon et la dextrine;

4° Lorsqu'on agit sur des chiens nourris constamment avec de la viande, la matière glycogène ne se rencontre pas dans le foie. Dans l'état actuel de la science, et sans se prononcer sur la question de doctrine, on est donc obligé d'admettre que, chez les carnivores, cette substance se produit dans le foie et qu'elle ne se forme pas dans le tissu de l'économie;

5° La matière glycogène se rencontre abondamment dans le foie des herbivores. On ne la trouve dans les autres organes de l'économie que lorsque ces animaux sont nourris avec des aliments riches en substances amylacées;

6° Dans un très grand nombre d'expériences, nous n'avons constaté qu'une fois la présence de la matière glycogène dans la viande de boucherie. Dans d'autres expériences, nous l'avons trouvée constamment dans la chair musculaire des chevaux bien portants. Mais ce fait intéressant, qui est dû aux recherches de M. Sanson, ne prouve pas que la matière glycogène soit toujours fournie par les aliments;

7° Enfin, votre commission a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Sanson, et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

M. F. BOUDET, en son nom et au nom de MM. Bouchardat, Depaul, Trousseau et Velpeau, lit un rapport sur le mémoire de Er. Robiquet, intitulé : *De l'emploi thérapeutique du pyro-phosphate de fer.*

« Le but des recherches dont nous avons à rendre compte à l'Académie était d'obtenir une nouvelle combinaison soluble du fer associé à celui des acides du phosphore, qui semble le mieux répondre aux indications de la thérapeutique, c'est-à-dire l'acide pyro-phosphorique.

» M. Persoz, dès l'année 1847, avait déjà indiqué quel heureux parti la médecine pouvait tirer de l'emploi du pyro-phosphate de fer et de soude, sel parfaitement soluble dans l'eau et n'ayant nullement la saveur d'encre des composés ferrugineux. Malheureusement, cette combinaison contient une trop petite proportion de fer et ne peut être employée qu'à l'état de dissolution dans l'eau additionnée d'une énorme quantité de pyro-phosphate de soude.

» En 1851, M. Greenish, pharmacien anglais, eut l'idée de dissoudre le phosphate de fer dans l'acide méta-phosphorique étendu d'eau, mais

(1) *Handbuch der spec. Arzneimittel-lehre.* Clarus, Leipzig, 1856, première partie, p. 305.

(2) *Rapport sur le service médical des établissements thermaux*, 1851 et 1852, p. 103, in *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVIII.

(3) *Archives générales de médecine*, t. XIV, p. 205. Cet expérimentateur se plongea le corps dans une cuve pleine d'acide carbonique, et où il respirait, à l'aide d'un tube, l'air du dehors : après vingt-neuf minutes, il avait presque perdu connaissance.

ette modification ne fut pas adoptée, et ne devait pas l'être, car cet acide est très corrosif et précipite l'albumine.

» M. Er. Robiquet a réussi à tourner la difficulté en dissolvant le phosphate de fer dans une solution chaude et concentrée de citrate d'ammoniaque.

» Ainsi obtenue, cette nouvelle combinaison ferrugineuse se présente sous forme d'écailles d'un jaune légèrement verdâtre, parfaitement solubles dans l'eau et sans aucune saveur.

» L'auteur a désigné son sel sous le nom de pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal. Il contient 0/0 19,283 de fer métallique.

» M. Robiquet annonce, dans son mémoire, que le pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal est soluble en toutes proportions dans l'eau ; que cette dissolution se conserve sans altération et ne présente aucune saveur désagréable ; enfin que le fer y est chimiquement dissimulé, et que, comme médicament, il peut être employé sous forme de dragées ou de sirop que les malades prennent sans répugnance (1).

» La commission a reconnu l'exactitude de ces faits. Voyons maintenant quels sont les avantages particuliers que le pyro-phosphate présente au point de vue thérapeutique :

» Son efficacité n'est pas douteuse ; elle est la conséquence naturelle de sa composition ; et d'ailleurs, elle a été constatée par l'un des membres de la commission et par le docteur Vigla, dans un grand nombre d'observations. Ce qui est certain, c'est que les malades les plus délicats l'emploient sans répugnance et que l'estomac le supporte facilement. Pouvant être obtenu à l'état solide, il est d'une application plus commode, et se prête mieux aux diverses formes médicamenteuses que le pyro-phosphate de soude et de fer, qui ne peut être employé qu'à l'état de dissolution aqueuse.

» En résumé, la commission estime :

» 1° Que le mérite d'avoir découvert dans le pyro-phosphate de soude un dissolvant du phosphate de fer, appartient à M. Persoz ;

2° Que M. Robiquet a montré, le premier, que le citrate d'ammoniaque dissout parfaitement le pyro-phosphate de fer, et forme ainsi une combinaison dans laquelle les propriétés caractéristiques de la base sont dissimulées. En même temps, il a ajouté un nouveau composé à la classe des médicamens ferrugineux.

» La commission a l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Robiquet de sa communication. »

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. Bouchut lit un travail intitulé : *De l'état nerveux aigu et chronique,* travail qui est la reproduction d'une leçon faite, en 1857, à la Faculté de médecine, pendant qu'il suppléait M. Duméril.

« Tous les individus nerveux, dit M. Bouchut, ne sont pas nécessairement, comme on a trop de tendance à le croire, des hystériques ou des hypochondriaques.

» Il est impossible d'admettre, avec Sydenham, que l'inanition et l'épuisement par la saignée soient une cause d'hystérie et d'hypochondrie, et je pense qu'il est scientifiquement préférable de rapporter à une nouvelle espèce morbide, le *nervosisme,* les phénomènes nerveux observés dans ces différentes circonstances et ceux décrits par Lorry, Robert Whytt et Pougens, sous le nom de cachexie nerveuse, marasme ou état nerveux, par d'autres, sous le nom de fièvre nerveuse, d'affections vaporeuses (Pomme), de vapeurs (Lange), d'affections hystériques (Sydenham), de névropathie (Malcolm, Flemming), d'hystéricisme (Cullen, Louyer-Villermé), de névropathie générale (Fleury), de névropathie protéiforme (Cerise), et de diathèse nerveuse.

» Le nervosisme est une névrose générale, continue ou rémittente, quelquefois accompagnée de fièvre, caractérisée par un grand nombre de troubles nerveux erratiques et variables de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions organiques. Il se présente sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

» Ses principales causes sont : l'âge adulte, la puberté, le tempérament nerveux, les émotions morales, les passions dépressives, les excès de tout genre, une éducation mal dirigée, l'affaiblissement de l'organisme, l'anémie et la chlorose.

» Le nervosisme aigu, qui est très rare, est caractérisé par du malaise, de l'inappétence, quelquefois des nausées et des vomissements, par de la constipation opiniâtre et une irritabilité générale avec fièvre. Plus tard, surviennent des accidents névralgiques et cérébraux très graves, douleurs générales ou partielles, délire, hallucinations, contracture, convulsions, assoupissement, coma et enfin la mort après un ou deux mois de souffrances inouïes.

» Les manifestations du nervosisme chronique sont infiniment plus communes et se retrouvent à chaque pas dans la pratique. Les fonctions de la sensibilité générale ou spéciale, de l'intelligence, du mouvement, de la respiration, de la circulation, de la digestion, des sécrétions isolément ou simultanément troublées donnent lieu à un grand nombre de symptômes très caractéristiques de la nature du mal.

» Ordinairement apyrétique et incidemment traversé par la fièvre, il présente des alternatives remarquables, des exacerbations et des paroxysmes suivis d'une amélioration momentanée, et il se prolonge ainsi des mois et des années sans faire de sensibles progrès.

» Le traitement du nervosisme doit être basé sur la connaissance des causes. Il faut combattre les complications organiques qui peuvent se développer. »

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger, Jolly et Gibert.

— La séance est levée à cinq heures.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, 9 juillet 1858.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre dernier feuilleton, M. le docteur Doumic publie son troisième et dernier *Essai sur les progrès de l'ophthalmologie en Angleterrs, en Amérique,* etc. En parlant de la France, cet honorable confrère dit : « C'est avec un véritable sentiment de douleur que nous constatons, en France, l'absence de toute institution ophthalmologique patronée par le gouvernement, par la Faculté de médecine ou par l'administration des hôpitaux. »

Et plus loin : « Mais, en dehors de ces deux noms, que trouvons-nous? Hélas! rien, pas un auteur, pas un ouvrage! »

En ma qualité de Strasbourgeois, je viens protester contre cette double assertion.

La Faculté de médecine de Strasbourg et l'administration des hôpitaux patronent, depuis longues années, l'excellent cours de clinique d'ophthalmologie que fait dans cette ville, avec le plus grand succès, mon savant condisciple, M. le professeur Stœber. M. le docteur Doumic me permettra de lui recommander la lecture : 1° de l'excellent *Manuel pratique d'ophthalmologie* du professeur Stœber (Paris, 1834), et que j'ai en ce moment sous mes yeux; 2° ses nombreux travaux sur les maladies des yeux dans la *Gazette médicale de Strasbourg,* gazette qui se distingue par la solidité, l'érudition de ses articles de fond, rédigés par MM. les professeurs Ehrmann, Forget, Schutzemberger, Sédillot, Stoltz.

Comme d'habitude, vous accueillerez avec bienveillance, mon savant et honorable rédacteur, ma réclamation faite dans l'intérêt de la science et de la vérité, et, je dois l'avouer, aussi un peu par amour pour ma ville natale.

Recevez, etc.

Dr Dreyfus.

Paris, 10 juillet 1858.

Très cher et très honoré confrère,

A tous les cœurs bien nés que la patrie est chère!

En sa qualité de Strasbourgeois, M. le docteur Dreyfus s'insurge contre moi, parce que, dans une courte esquisse sur l'état de l'ophthalmologie en France, je n'ai pas cité le *Manuel pratique d'opthalmologie* du professeur Stœber, Paris, 1834; le même M. Dreyfus semble prendre un très vif intérêt à mon instruction ophthalmologique et il a l'extrême bonté de me recommander la lecture du *Manuel* de M. Stœber. Comme vous pourriez recevoir d'ici à peu d'autres réclamations accompagnées d'indications bibliographiques, je vais du même coup répondre à celle de M. Dreyfus, de Strasbourg, et aller au-devant de celles qui vous pourraient venir d'ailleurs.

Dans mon petit *Essai sur l'état de l'ophthalmologie,* j'ai constaté simplement quel est l'état actuel de cette science parmi nous, et, je le dis de nouveau, je regrette qu'à côté des ouvrages de MM. Sichel et Desmarres, M. Dreyfus veuille absolument placer le *Manuel* du professeur Stœber. Personne plus que moi n'apprécie le talent de M. Stœber, et je connais trop bien la modestie de son caractère pour craindre de le blesser en disant que son *Manuel,* qui était excellent en 1834, est aujourd'hui en retard de vingt-quatre ans sur le cours de la science.

Quant à M. Dreyfus, il me paraît que ses recherches de bibliographie ophthalmologique s'arrêtent à l'an de grâce 1834, puisqu'il ne trouve que l'ouvrage de M. Stœber à me recommander; qu'il me permette donc de lui faire observer que je n'ai pas parlé des ouvrages de Demours, de Carron du Villars, de Weller, de MM. Denonvilliers et Gosselin; des travaux de M. Béraud sur les tumeurs et fistules lacrymales, de M. Follin sur l'ophthalmoscopie, de M. Landouzy sur l'amaurose albuminurique, et tant d'autres, parce que ce sont de simples monographies isolées, ou des ouvrages fort bons, il est vrai, mais qui, par cela même qu'ils sont antérieurs aux traités de Mackenzie, Sichel et Desmarres, sont moins complets et moins au courant de la science que ces derniers ouvrages.

Enfin, je connais très bien M. Stœber, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, faisant, *propria motu,* des cours d'ophthalmologie, mais je ne savais pas qu'il fût, de par la Faculté, professeur d'oculistique; M. Dreyfus (de Strasbourg) a eu l'extrême bonté de me l'apprendre : je l'en remercie bien sincèrement.

De cette réclamation résulte ceci : Nous n'avons pas, en France, d'institution ophthalmologique patronée par le gouvernement, ni par l'administration de l'assistance publique.

Agréez, très honoré confrère, l'expression de mon sincère dévouement.

Dr A. P. Doumic.

COURRIER.

Le Comité de rédaction de l'Union Médicale ne pourra pas se réunir demain vendredi.

— On lit dans l'*Aigle* du 9 juillet, journal publié à Toulouse :

« Quelques accidents graves et extraordinaires se sont produits à l'hôpital militaire de Toulouse, à la suite de la revaccination opérée sur les hommes du 10e régiment d'artillerie monté.

» Prévenu, le 2 juillet au matin, de ces faits inquiétants, le maréchal ministre de la guerre envoyait, le même jour, le baron Larrey, chirurgien ordinaire de S. M. l'Empereur, médecin inspecteur et membre du conseil de santé des armées, pour apporter de nouveaux secours aux malades et lui faire un rapport sur les causes de ces accidents.

» Le docteur Larrey a passé deux jours à Toulouse; il a pu reconnaître combien les soins donnés par les médecins militaires avaient été bien entendus, s'assurer, en même temps, que le danger, provenant de causes purement accidentelles, était passé, et indiquer de nouvelles mesures de prévoyance qui ont été ordonnées immédiatement par l'autorité militaire.

» Cette rapide visite d'un praticien distingué aura prouvé, une fois de plus à la France et à l'armée, toute la sollicitude constante dont S. M. l'Empereur entoure ses fidèles soldats. »

Nous croyons savoir que M. Larrey se propose de donner quelques renseignements à l'Académie de médecine, mardi prochain, sur ces accidents, qui ne paraissent avoir ni *graves* ni *extraordinaires.*

— M. le docteur Desmarres vient de recevoir de Sa Majesté la reine d'Espagne, la décoration de commandeur de 1re classe d'Isabelle-la-Catholique.

Le Gérant, Richelot.

Tous les médecins connaissent, soit par leurs observations pratiques, soit par la lecture des travaux de MM. Magendie, Barbier d'Amiens, Martin Solon, Williams Grégory, Aran, Vigla, G. Dumont, etc., les propriétés éminemment sédatives de la codéine.

Presque tous lui accordent, contre les affections nerveuses, bronchiques et catarrhales, une action toute spéciale dénuée des inconvénients de la morphine et de ses sels; un petit nombre, au contraire, lui contestent la plus importante de ses propriétés, c'est-à-dire la sédation sans narcotisme et sans congestion.

A quelle cause attribuer cette divergence d'opinions ?

Pour M. Berthé, dont les travaux sur cet alcaloïde ont été le point de départ des nouvelles expériences cliniques faites avec la codéine, deux raisons expliquent parfaitement ce désaccord :

La première, c'est le remplacement fréquent de la codéine par la morphine, substance d'une valeur dix fois moindre et si différente dans ses effets.

La seconde, c'est l'absence de formule obligatoire pour la préparation du sirop de codéine.

Cette lacune du *Codex,* en laissant à chaque pharmacien le droit de doser ce médicament à sa fantaisie, jette la plus grande incertitude dans son emploi et produit sans cesse des variations dans ses effets; il suffit, pour s'assurer de la vérité de cette assertion, de consulter MM. Cap et Guibourt, sans parler des autres pharmacologistes les plus éminents, et l'on sera convaincu que les doses indiquées par ces auteurs diffèrent de cent pour cent.

Comment, après cela, s'étonner des idées peu fondées de quelques praticiens sur la valeur thérapeutique insignifiante de la codéine.

Pour remédier à cette fraude et à cette espèce d'anarchie dans les formules, M. Berthé, amené par ses recherches et les observations cliniques de MM. Aran et Vigla à considérer la codéine comme un médicament précieux doué de propriétés toutes spéciales, s'est décidé à préparer lui-même un sirop de codéine chimiquement pur, et régulièrement dosé; de plus, il présente ce sirop aux médecins et au public avec une réduction de prix considérable, conséquence de son travail chimique.

Le but de M. Berthé, dans cette circonstance, n'a pas été seulement de faire un sirop pectoral nouveau et d'une efficacité certaine; il a encore l'espérance, tant sa conviction est profonde, de voir le sirop de codéine ordonné par les médecins dans un grand nombre de circonstances où ils prescrivent les préparations opiacées (sirop, extrait, laudanums), préparations dont l'activité est et sera toujours, quoi qu'on fasse, forcément irrégulière, ainsi qu'il l'a prouvé dans une note récente sur l'opium. (Voir *Moniteur des hôpitaux* des 6 et 13 février 1858, sous ce titre : *Examen critique des divers procédés qui ont été proposés pour doser la morphine dans l'opium.)*

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) « Les dragées de M. Robiquet contiennent chacune 0,10 centig. de pyrophosphate de fer, et son sirop ferrugineux 1 p. 100 du même sel. »

Tome XII. — N° 84. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 17 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 JUILLET 1858.

UNE RÉVOLUTION AU JARDIN-DES-PLANTES.

Le Jardin-des-Plantes est placé sous l'imminence d'une révolution.

Cette révolution sera-t-elle légitime, quelles causes l'ont amenée, quelles en seront les conséquences? voilà ce que nous voudrions rechercher dans cette note.

I

L'établissement célèbre connu sous le nom de Jardin-des-Plantes et de Muséum d'histoire naturelle, intéresse la médecine à plus d'un titre. Nous ne referons pas ici son histoire, si souvent et partout faite. Personne n'ignore que l'origine de cette institution est due à un médecin, à Guy de La Brosse, médecin ordinaire de Louis XIII, qu'il ne faut pas juger par la diatribe sanglante de Guy-Patin. Il eut le malheur de donner dans l'émétique, d'en prendre même dans sa dernière maladie et de refuser la saignée, *inde iræ*; de là la foudroyante oraison funèbre du violent satirique. Guy de La Brosse, le premier intendant du Jardin-des-Plantes (1626), était un médecin habile et très érudit; il obtint du roi des lettres patentes pour la fondation d'un jardin destiné à la culture des plantes médicinales, et situé au bout de la rue Saint-Victor. Pendant plus d'un siècle, l'intendance de cet établissement demeura une des fonctions officielles du premier médecin du roi; longtemps l'anatomie humaine a été enseignée au Jardin-des-Plantes; les premières démonstrations publiques de médecine opératoire en France y ont été faites par le célèbre Dionis; des noms illustres en médecine ont figuré de tout temps parmi les professeurs de cet établissement; aujourd'hui même plusieurs de ses professeurs actuels s'honorent du titre de docteur en médecine; les sciences qui y sont cultivées et enseignées présentent les affénces les plus étroites avec la médecine; voilà bien des motifs pour que les destinées de cet établissement ne nous soient pas indifférentes.

II

Depuis soixante-cinq ans, le Jardin-des-Plantes est régi par la constitution que lui donna la Convention nationale, en juin 1793. Plus heureuse que tant d'autres constitutions, celle-là est restée immuable quand tout changeait et rechangeait autour d'elle. Est-ce son excellence qui a fait sa durée? Non, car cette constitution est oligarchique, le pire des gouvernements, le plus antipathique au progrès, le plus âpre aux intérêts de caste et de famille, le plus insouciant des intérêts généraux. Il nous étonnerait que cet arbre ait pu porter de bons fruits; les meilleurs principes, et souvent par la faute des hommes, ne donnent pas toujours d'excellents résultats à l'application; mais la réciproque n'est pas vraie; de mauvais principes, quelles que soient l'intelligence et les bonnes intentions des hommes, il ne peut jamais découler que de mauvaises conséquences; nous allons voir si le Jardin-des-Plantes, qui a été de tout temps et qui est encore de nos jours si riche de grandes intelligences et de nobles intentions, a pu échapper à cette loi.

En ces derniers mots se trouve le sentiment qui guide notre plume : respect profond pour les hommes, vénération et gratitude pour des savants illustres, morts ou vivants; mais liberté complète d'examen et d'appréciation de l'institution et des résultats qu'elle a produits.

III

Disons en quelques mots en quoi consiste cette constitution et cela par le texte même des principaux articles du décret conventionnel du 10 juin 1793 :

Art. 3. Tous les officiers du Muséum porteront le titre de professeurs et jouiront des mêmes droits.

Art. 4. La Convention nationale, voulant consacrer l'égalité entre des hommes que l'Europe savante met sur le même rang, supprime la place d'intendant du Jardin-des-Plantes et du Cabinet d'histoire naturelle.

Art. 6. Il sera nommé parmi les professeurs et par les professeurs, un directeur qui sera chargé uniquement de faire exécuter les règlements et les délibérations de l'assemblée qu'il présidera.

Art. 7. Le directeur sera nommé pour un an, et il ne pourra être continué qu'au scrutin et pour une année seulement.

Un règlement fixé par un arrêté du comité d'instruction publique de la Convention, et dont les dispositions ne sont que la mise en pratique des principes posés par le décret, fut donné au Muséum. C'est ce règlement qui est encore en vigueur.

Les dispositions de ce règlement « montrent l'assemblée générale de professeurs administrant seule le Muséum, nommant et » destituant au scrutin tous les employés, choisissant à l'élection » les suppléants des professeurs, conférant aux voyageurs des » missions scientifiques, distribuant aux musées et jardins botaniques des départements des objets d'histoire naturelle, des » graines et des plantes, faisant les acquisitions et les échanges, » autorisant les travaux extraordinaires, exerçant enfin, sur les » différents services de l'établissement, un contrôle absolu, et » sur les professeurs eux-mêmes, un pouvoir disciplinaire qui » s'étend jusqu'à prononcer contre eux, dans certains cas, la » déchéance (1). »

Il importe de dire que la Convention avait compris que la forme complétement oligarchique de cette administration avait besoin d'être tempérée et devait pouvoir être ramenée, au besoin, dans le système de l'administration générale de l'État. Aussi avait-elle arrêté qu'un représentant du peuple, membre du comité de l'instruction publique, devait assister aux assemblées des professeurs et veiller à l'exécution des règlements. Mais ce lien qui rattachait le Muséum aux pouvoirs publics, fut brisé avec la Convention elle-même, et, depuis, nul autre ne l'a remplacé.

IV

Telle est donc la situation : dans notre société française actuelle, si admirablement unitaire au point de vue administratif, il existe un grand établissement dont les richesses sont estimées à cent millions au moins, dont le budget annuel s'élève à près d'un demi-million, et qui administre ce budget sans contrôle, sans immixtion de l'État, sans ce concours administratif qui s'exerce sur le budget municipal de nos plus humbles communes.

V

C'est cet état de choses anormal que M. le minitre actuel de l'instruction publique a voulu changer. Par un arrêté du 21 mai dernier, que nous avons publié, M. le ministre a nettement exposé les intentions du gouvernement dans les considérants suivants :

« Considérant que l'organisation actuelle du Muséum d'histoire » naturelle, telle qu'elle résulte du décret rendu par la Convention » le 10 juin 1793, et du réglement intérieur rédigé le 21 septem-

(1) Rapport à M. le ministre de l'instruction publique, par une commission composée de MM. Héricart de Thury, Ch. Deville, Boussingault, Gaudichaud, F. Génin, I. Geoffroy St-Hilaire, de Lafresnaye, Michelin, Passy (Antoine), de Verneuil et Corne, rapporteur. Janvier 1850.

Feuilleton.

TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE DU SUICIDE (1).

Hahnemann a consacré, dans son *Organon der Heilkunde*, le véritable, le seul évangile de la doctrine, quelques pages au traitement des maladies mentales. Ses aphorismes ne sont pas moins dogmatiques sur ce sujet que sur tous les autres, et la médication homœopathique ne compte pas moins de succès. « Il est rare, dit-il, que la folie confirmée se guérisse d'elle-même. Les maisons de fous sont remplies jusqu'aux combles, et les aliénés qui attendent leur admission n'y trouvent jamais de place, à moins que quelques malades ne succombent dans l'établissement; *pas un* (c'est lui qui souligne) *n'en sort guéri d'une manière durable.* Preuve frappante entre les autres de la nullité de l'art actuel de ne pas guérir (*Unheilkunst*), que les fanfarons d'allœopathes ont décoré ridiculement du nom de *médecine rationnelle*. Que de fois, au contraire, la vraie, la saine médecine, la pure homœopathique n'a-t-elle pas déjà remis ces malheureux en possession de leur santé physique et morale, combien n'en a-t-elle pas rendus à leur famille réjouie et à la société ! »

Il est bien entendu que la cure consiste à guérir le vice psorique « qui, des parties grossières du corps, s'est rejeté sur les organes délicats et immatériels de l'intelligence et de la sensibilité. Il est évident encore que les remèdes appropriés sont ceux qui produisent, chez l'homme sain de corps et d'esprit, une puissance morbide (*Krankeits Potenz*), aussi semblable que possible à la forme de la folie, et, de plus, que hors de là il n'y a pas de salut.

Hahnemann touche accessoirement à la question du traitement moral et donne les plus sages conseils, mais son traitement moral n'est rien moins que conséquent avec l'axiome fondamental : *similia similibus*, car il conseille d'opposer à l'agitation du maniaque, le sang-froid et la force de volonté; à la loquacité, le mutisme, etc.

Depuis lors, des essais ont été sans doute pratiqués suivant la parole du maître, mais nous ne sachons pas qu'ils aient été assez heureux pour convertir les médecins d'aliénés et les guérir de leur fanfaronnade. En dehors d'une brochure de M. Hermel, il n'existe, à notre connaissance, aucun traité spécial où on trouve la réalisation des splendides promesses de l'*Organon*. Les établissements d'aliénés ont continué à déborder, et les asiles homœopathiques attendent encore les pensionnaires pour les rendre aux joies de la famille. Et cependant, tandis que la folie était laissée dans un si regrettable abandon, la cuisinière bourgeoise homœopathique (*Kochbuch rein homœopatische*) arrivait en Allemagne à quelque huitième édition. Il est vrai qu'elle contient 120 recettes de soupes et légumes, 183 plats de viande et 81 crèmes ou gelées expressément à l'usage des maladies en traitement par l'homœopathie.

Il était réservé au journal l'*Art médical* (juin 1858) de réagir contre les défiances des médecins en leur montrant par quels procédés cliniques on triomphe des formes les plus rebelles de l'aliénation. Personne n'accusera l'auteur de s'en tenir aux menues lésions. Sa note a pour titre : *Sur les médicaments qui sont indiqués par le symptôme suicide, d'après la loi de similitude.*

Nous reproduisons en entier, sans réflexion ni commentaire, ce fragment qui, d'après les intentions de l'auteur, résume l'état actuel de la thérapentique pure sur ce point de pathologie mentale.

« Un certain nombre de médicaments produisent, quand ils sont expérimentés chez l'homme sain, des phénomènes qui ont une grande analogie avec les symptômes observés dans les diverses formes de la monomanie suicide. Nous avons cru utile de présenter, réunis dans une note, les divers renseignements que la matière médicale fournit sur ce point particulier, afin que ces médicaments puissent être employés suivant des indications positives dans le traitement des maladies où on observe une tendance au meurtre de soi-même. Nous rapporterons en même temps les observations cliniques qui sont venues justifier en ce point l'application de la loi de similitude.

« I. *Suicide anxieux.* — Un grand nombre de médicaments produisent le désir anxieux de mourir : ce sont l'arsenic, l'or, la belladone, le charbon végétal, le foie de soufre, le mercure, la noix vomique, la pulsatille, le sumac vénéneux et la silice.

« L'arsenic, la noix vomique et la pulsatille produisent une anxiété avec palpitations ou constrictions au cœur; la belladonne; mais surtout le mercure et la silice, développent une envie de mourir qui s'accompagne de phénomènes hystériques, de pleurs involontaires, et qui s'aggrave au moment des règles. Voici, du reste, les phénomènes produits par chacun de ces médicaments.

» L'*arsenic* développe des phénomènes qui se rapportent parfaitement à la *monomanie anxieuse,* non seulement à la monomanie suicide, mais encore à la monomanie homicide, comme le prouve le passage suivant emprunté au livre des *Maladies chroniques* de Hahnemann, article *Arsenic* : « Il est tourmenté par la crainte de ne pouvoir s'empêcher de commettre un meurtre (10). » Les paragraphes de 7 à 27 donnent les caractères de l'anxiété produite par l'arsenic : elle s'accompagne habituellement de chaleurs, de tremblements des membres, de palpitations de cœur et d'oppression; elle se manifeste surtout la nuit et après les repas.

« La belladone se rapporte davantage au suicide maniaque ou lypémaniaque; cependant elle détermine aussi le désir anxieux de la mort :

« Dans les moments exempts de fureur, il se plaint d'une insupportable anxiété qui lui fait désirer la mort (1325). »

« En allant au grand air, elle est prise d'anxiété et d'envie de pleurer, elle est lasse de la vie et veut aller se jeter à l'eau (1381). »

« La pathogénésie de l'or contient quelques symptômes qui caractérisent parfaitement le suicide anxieux :

« Grande anxiété allant jusqu'à l'idée du suicide avec constriction spasmodique du bas-ventre (10). »

« Le mercure est un médicament important dans la thérapeutique du suicide; non seulement sa pathogénésie contient des symptômes qui justifient complétement son emploi, mais encore je puis rapporter une observation à l'appui de son efficacité. Voici les principaux paragraphes qui, dans l'histoire du mercure, ont trait au suicide anxieux :

« *Pendant les règles*, anxiété telle qu'elle ne sait où se mettre (691). »

« Il désire la mort, tout lui est indifférent, même ce qu'il aime le plus (1239). »

« Il verse presque involontairement des pleurs qui le soulagent. »

« Ces différents symptômes, fournis par la pathogénésie du mercure, montrent la convenance de ce médicament dans la monomanie suicide anxieuse qui survient chez les hystériques et les hypochondriaques. L'observation suivante est un exemple de guérison obtenue dans ces circonstances.

(1) Extrait des *Archives générales de médecine*, juillet 1858.

» bre suivant par le comité d'instruction publique (1), n'est plus » en harmonie avec les besoins de cet établissement et avec les » règles de comptabilité et d'administration publique consacrées » par notre législation;

» Considérant que, tout en conservant aux professeurs la direc- » tion scientifique du Muséum d'histoire naturelle si légitimement » confiée à des hommes illustres par leur savoir et leurs travaux, » il est impossible de continuer un système administratif qui fait » peser exclusivement sur une assemblée de savants voués à » l'étude et à l'enseignement la responsabilité et les détails de » la gestion matérielle et quotidienne;

» Considérant, en outre, qu'un examen complet des services » du Muséum est indispensable pour arriver à la connaissance » précise des innovations et des développements dont il importe » de doter cet établissement, si digne de l'intérêt du gouvernement » de l'Empereur;

» Arrête ce qui suit :

» Art. 1er. Une commission est instituée à l'effet de rechercher » et d'indiquer toutes les améliorations qu'il convient d'introduire » dans la constitution actuelle du Muséum d'histoire naturelle, et » qui doivent assurer la surveillance directe et la responsabilité » réelle de l'État, l'application des règles générales d'administra- » tion publique, la meilleure installation des services et la con- » servation des collections scientifiques. »

La commission nommée s'est immédiatement mise à l'œuvre. Elle a procédé par voie d'enquête et d'examen direct; elle ne tardera pas, sans doute, à adresser son rapport à M. le ministre de l'instruction publique; il ne nous appartient pas de le préjuger; ce sont de simples impressions personnelles que nous voulons faire connaître, et qui résultent d'anciennes ou de récentes visites que nous avons faites au Muséum, comme tout le monde peut en faire, avec le désir de voir par soi-même et à l'abri de toute influence.

VI

La vérité et la justice obligent à rappeler avant tout que la tentative de réorganisation du Muséum faite par M. le ministre actuel de l'instruction publique, n'est ni la première ni la seule. Déjà sous le Consulat, Lucien Bonaparte, alors ministre de l'intérieur, voulut ramener le Muséum aux règles communes de l'administration générale et obtint du premier Consul la création d'une place de directeur général du Muséum dont les professeurs étaient ramenés aux simples fonctions de l'enseignement et aux soins des collections qui leur étaient confiées. Ce décret, malgré les vives protestations du Muséum, et malgré le refus d'acceptation de de Jussieu, l'un de ses professeurs, nommé directeur-général, allait néanmoins être exécuté, quand Chaptal, succédant à Lucien Bonaparte au ministère de l'intérieur, donna gain de cause aux observations des professeurs.

Sous la Restauration et sous le règne de Louis-Philippe, plusieurs ministres de l'instruction publique cherchèrent à porter des modifications plus ou moins étendues à l'organisation du Muséum; ils trouvèrent de telles résistances, que pour les surmonter, il leur eût fallu plus de loisirs et plus de liberté que ne leur en laissaient à ces époques les débats politiques.

A toutes les époques, la Cour des comptes a signalé les inconvénients de l'état actuel des choses.

Enfin, en 1849, l'Assemblée nationale, par l'organe de sa commission du budget, avait proclamé la nécessité d'une réforme du Muséum, et le ministre de l'instruction publique, cédant au vœu de l'opinion, fit précisément ce que vient de faire M. Roulland, il nomma une commission d'après des motifs analogues et avec la même délégation qui sont indiqués dans l'arrêté du 20 mai dernier (1).

Ainsi, M. le ministre actuel de l'instruction publique ne fait que continuer, pour ainsi dire, une tradition constante de l'administration générale, et celle de son ministère en particulier à l'égard du Muséum d'histoire naturelle. Toutes les tentatives précédemment faites ont échoué; elles ont rencontré de puissantes résistances; M. le ministre actuel pourra-t-il les vaincre et sera-t-il plus heureux?

VII

Pourquoi ces résistances? Les imperfections de l'état actuel des choses ont frappé tous les yeux qui ont voulu voir. Cet état des choses a été indiqué avec une réserve pleine de bon goût par la commission de 1850; nous ne saurions ni mieux ni plus convenablement dire, laissons-la parler :

« Il est certain qu'un pouvoir isolé, qui ne tire point sa vitalité » et sa force du pouvoir central, manquera souvent d'initiative, » sera faible pour l'impulsion vers le progrès, faible pour com- » battre l'invasion constante des abus.

» Il est certain qu'un directeur choisi par ses pairs pour un » temps très limité, investi d'une autorité très restreinte, ne pourra » rien entreprendre, rien réaliser de considérable, se renfermera » dans les détails routiniers de l'administration, et se tiendra » pour satisfait s'il peut traverser, sans trop de déboires, sa ma- » gistrature éphémère.

» Il est certain qu'une autorité partagée entre quinze profes- » seurs administrateurs égaux en droits, très divers dans leurs » spécialités, dans leurs préférences scientifiques, amènera néces- » sairement des rivalités, des coalitions, des luttes pénibles ou des » concessions excessives.

» Il est certain, enfin, que le défaut d'unité dans le pouvoir » administratif amènera le défaut d'harmonie dans l'ensemble de » l'institution. Après des tentatives plus ou moins énergiques » pour établir une coordination satisfaisante entre toutes les par- » ties, chacun finira par se renfermer avec ses qualités et ses dé- » fauts, dans son cercle particulier, il en résultera des disparates » choquantes, des parties brillantes et d'autres défectueuses; ici » du zèle, du travail soutenu, des résultats recommandables; » ailleurs, peut-être, de l'inertie et du désordre. »

VIII

Cet état de choses, si discrètement indiqué, ne s'est pas modifié depuis 1850, et naguère un de nos savants confrères en journalisme pouvait écrire ceci sans crainte de contradiction :

« Cependant, depuis une vingtaine d'années, il était de notoriété publique que le Muséum d'histoire naturelle était tombé » dans un état regrettable de décadence et de confusion, et que, » depuis la mort de Cuvier, il était loin d'avoir suivi la carrière » de développement et de progrès à laquelle sa destinée l'appe- » lait, de telle sorte qu'il tendait à devenir de plus en plus inférieur » aux établissements analogues de Londres, de Vienne et de Ber- » lin, non sous le rapport du nombre et de la richesse des collec- » tions, auxquels rien encore aujourd'hui ne saurait être com- » paré, mais sous le rapport de l'ordre, de la distribution métho- » dique et de la facilité offerte aux études de chacun (1). »

M. Victor Meunier, dans son courageux journal, l'*Ami des sciences*, a plusieurs fois et énergiquement appelé l'attention du monde savant et de l'administration sur quelques abus regrettables et résultant de l'organisation actuelle du Muséum.

Dans une brochure toute récente et qui traduit les plus libérales intentions (2), M. Dupoty, l'un des auditeurs les plus constants et les plus zélés des cours du Muséum, indique tout un système de réorganisation matérielle et intellectuelle de ce vaste et magnifique établissement.

Enfin, une voix plus autorisée encore, car elle est partie du Muséum lui-même, de l'un de ses professeurs, zoologiste éminent, s'est faite entendre. Le prince Charles Bonaparte, parlant des magasins ou greniers du Muséum, n'a pas craint de publier ces sévères réflexions :

« Oubliettes autrement profondes que les cartons des commis- » sions académiques; nécropole dont personne ne connaît le con- » tenu, pas même les *fossoyeurs*-administrateurs du Muséum; » sorte de concession à perpétuité octroyée à tant de dépouilles » précieuses acquises des deniers publics ou rapportées par d'in- » trépides voyageurs, qui ont cru travailler pour la science et » n'ont travaillé que pour les mites. Les professeurs qui commis- » sionnent ces voyageurs pourraient les mettre à bien moins de » frais en mesure de rendre de plus grands services à l'histoire » naturelle : ils n'auraient qu'à les retenir à Paris et à leur donner » le Muséum à explorer. »

IX

Tous ces témoignages concordants et univoques nous avaient vivement frappé. Cependant un élément manquait à notre conscience; nos souvenirs du Muséum, comme tous ceux de nos confrères absorbés par d'autres préoccupations, étaient trop lointains pour pouvoir être fidèles. Nous avons voulu revoir ces collections, ces amphithéâtres, ces jardins qui nous rappelaient les jours heureux de notre jeunesse studieuse, ces lieux où plane encore l'ombre de Buffon, et où nous avons eu le bonheur d'entendre les grandes voix de Cuvier, de Desfontaines, de Gay-Lussac, de de Lamarck, de de Blainville, et de tant d'autres illustres professeurs. C'est, nous l'avouons, avec une respectueuse inquiétude que nous avons parcouru cet établissement célèbre, dont les professeurs-administrateurs portent aujourd'hui les noms illustres de Serres, Brongniart, Chevreul, Cordier, Flourens, Becquerel, Geoffroy Saint-Hilaire, etc., etc. Oui, nous sommes-nous dit, si de pareilles intelligences et des dévouements semblables à la science sont impuissants pour prévenir ou arrêter la décadence de cette grande et nationale institution, c'est que l'organisation de cette institution est vicieuse. Exonérons les hommes de tout reproche, de toute récrimination; l'organisation seule est coupable.

Après ces préliminaires qui nous ont paru indispensables, si le

(1) Nous avons vainement cherché ce décret et ce règlement dans le *Moniteur* (édition réimprimée par Plon). Ces pièces ne sont pas indiquées aux tables et ne se trouvent pas dans le compte-rendu des séances de la Convention. Les citations que nous en faisons nous-même sont extraites du rapport de la commission dont l'honorable M. Corne a été le rapporteur.

(1) Cette commission, dont nous avons indiqué la composition dans une précédente note, présenta au ministre, le 6 janvier 1850, un rapport très remarquable, rédigé par M. Corne, membre de l'Assemblée nationale. Nous ne savons si ce rapport a été livré à la publicité; le hasard nous en a mis sous les yeux un exemplaire lithographié, et nous déclarons que c'est le document le plus complet et le plus impartial que nous ayons lu sur la matière.

(1) L. Figuier, la *Presse*, numéro du 26 juin.

(2) *De la réorganisation du Muséum d'histoire naturelle*, par A. Dupoty. In-8°, Paris, 1858.

« Mme B..., âgée de 33 ans, vient me consulter au dispensaire pour une syphilide. Cette femme, menstruée régulièrement, est depuis longtemps atteinte d'une monomanie homicide et suicide anxieuse, qui se manifeste surtout au moment des règles. Cette aliénation est caractérisée par de la tristesse, des pleurs involontaires, une sorte d'indifférence pour toutes choses, et principalement par une grande anxiété avec crainte de faire du mal et de se tuer; l'impulsion homicide a pour objet son mari, qu'elle aime cependant beaucoup; elle le prie de cacher les rasoirs et les couteaux, parce que c'est avec un instrument tranchant qu'elle est portée à faire du mal ou à se tuer. *Mercurius vivus*, douzième dilution, 6 globules dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour, à fait disparaître complétement ces symptômes pendant plusieurs mois. »

« *Noix vomique*. La matière médicale de la noix vomique contient plusieurs paragraphes qui établissent que ce médicament détermine chez l'homme une tendance à la monomanie suicide anxieuse. Du § 1226 au § 1245, nous trouvons plusieurs paragraphes qui peuvent se résumer ainsi :

« Anxiété quelquefois avec palpitations de cœur et tendance au suicide. »

« Suicide; elle se jette par une fenêtre. »

« L'histoire du *rhus toxicodendron* fournit les phénomènes suivants :

« Pendant le crépuscule, anxiété qui lui donne des idées de suicide (971). »

« La *silice* est plus importante, puisque c'est surtout à l'époque des règles que se manifeste la tendance au suicide produite par cette maladie, et que cette indication se rencontre fréquemment dans la pratique. « *Pendant les règles*, anxiété mélancolique au creux de l'estomac, qui porte au suicide *par submersion* (626). »

« *Hepar sulfuris* produit aussi quelques phénomènes importants :

« Anxiété terrible le soir, avec tristesse poussée presque jusqu'au suicide. »

« La *pulsatille*, dans sa pathogénésie, offre des caractères un peu plus tranchés.

« Anxiété à la région du cœur, qui va jusqu'au suicide, avec sensation d'envie de vomir, dans le creux de l'estomac (1112). »

« II. *Suicide automatique*. — *Alumina, antimonium crudum* et le *solubilis*, sont les trois médicaments qui produisent des symptômes analogues au suicide automatique.

« *Alumina*. « Toutes les fois qu'on voit du sang ou un couteau, affluence d'idées terribles avec envie de se tuer, quoiqu'on ait le suicide en horreur » (Jahr, *des Maladies nerveuses*, p. 510).

« *Antimonium crudum*. « Propension à se tirer un coup de pistolet la nuit, et non à un autre genre de suicide; obligation de se lever pour chasser ces idées (8). »

« Le *mercure* n'offre pas, dans sa pathogénésie, des symptômes de suicide automatique, mais seulement des phénomènes qui peuvent être rattachés à la *monomanie automatique*; tels sont les suivants :

« Désir presque irrésistible de voyager au loin (1256). »

« En se promenant, il avait la plus grande envie de prendre par le nez les personnes qu'il rencontrait (1262).

« Le recueil de faits cliniques publié par le docteur Hermel (1) contient l'observation d'un hypochondriaque avec tendance au suicide automatique, guéri par le mercure soluble. Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, à la suite de la suppression d'une sueur habituelle aux pieds, fut atteint de céphalalgie violente avec vertiges, tristesse, idées noires et tendance au suicide.

« Soit que ses yeux se portent sur une fenêtre ouverte, soit qu'ils rencontrent un instrument tranchant, une sueur lui parcourt tout le corps, le rouge lui monte au visage, et il éprouve un besoin presque irrésistible de se donner la mort. » Cet homme a été guéri avec le mercure. (*loc. cit.*, p. 82.)

« III. *Suicide maniaque*. — C'est la belladone qui est le médicament principal dans le suicide maniaque.

« Elle cherche à s'étrangler, et prie les assistants de la tuer, parce qu'elle doit mourir cette fois (14-37). »

« Il se donne des coups de poing dans le visage (14-13). Furieux, il se blesse lui et les autres, et frappe tout autour de lui (14-19). »

« L'*or* a guéri un suicide maniaque (Hermel, *loc. cit.*, p. 23).

« IV. *Suicide lypémaniaque*. — L'*arsenic*, le *charbon végétal*, la *jusquiame* et l'*or*, sont les quatre médicaments dont la pathogénésie offre des phénomènes analogues à ceux de la monomanie du suicide.

« La pathogénésie de l'*arsenic* fournit le renseignement suivant : « Il est porté au suicide par des hallucinations effrayantes. Il veut se pendre (Hahnemann, 92). » Mais, en outre, il y a des faits cliniques qui démontrent l'action curative de ce médicament. Ainsi, Hahnemann rapporte qu'un suicidé mélancolique éprouva, après l'ingestion de l'arsenic, un repos de l'âme tout à fait inaccoutumé (66). Une observation rapportée dans la brochure de M. Hermel (p. 20) nous offre des symptômes qui ont une grande ressemblance avec les phénomènes indiqués dans le paragraphe 92 de la *Matière médicale*. « Un homme de 36 ans, à la suite de soucis et de tracas sérieux que lui causait une construction, s'imagina voir un fantôme qui lui ordonnait de se précipiter à l'eau. Il guérit avec arsenic (24°), une goutte. »

« Le *carbo vegetabilis* produit aussi chez l'homme sain des phénomènes analogues au suicide lypémaniaque.

« Grande tristesse, dans laquelle elle veut se tuer. Elle désire la mort, tant elle se sent malheureuse (40-41). »

« Impatience; désespoir, il se tuerait volontiers (21). »

« La *jusquiame* est dans le même cas.

« Désespéré, il veut s'arracher la vie et se jeter à l'eau (476). »

« L'*or* est un des médicaments les plus fréquemment employés dans le traitement des maladies qui présentent des symptômes de lypémanie suicide. Cependant, je ne connais pas d'observations particulières qui démontrent l'efficacité de ce médicament. Hahnemann, dans son *Traité des maladies chroniques*, dit bien, en parlant de l'*or* : « J'ai traité avec succès des mélancolies poussées jusqu'au suicide » (*loc. cit.*, t. I, p. 439), mais il ne cite aucun fait particulier. Dans le même livre, nous trouvons les symptômes à la pathogénésie de l'*or* : « Mélancolie; il croit être déplacé dans le monde, et désire la mort (5). » D'où nous pouvons conclure que l'*or* est positivement indiqué, d'après la loi de similitude, dans le traitement des maladies qui offrent pour symptômes le suicide lypémaniaque.

» P. Jousset. »

(1) *Recherches sur le traitement de l'aliénation mentale*, par le dr Hermel.

lecteur veut maintenant nous suivre dans nos pérégrinations, nous allons chercher à lui rendre le chemin, sinon agréable, du moins court et facile.

(*La suite prochainement.*) Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Parmi les pièces de la correspondance, ont été mentionnés :

Un travail de M. Carbonel, sur l'*huîtriculture*, — ce néologisme appartient à l'auteur — nous nous plaisons à croire que ce n'est pas la seule chose neuve que contienne sa communication.

— Une note du docteur Mabru, relative au mémoire de M. Boussingault, sur les effets de la radiation nocturne, et, en particulier, sur la gelée de la vigne. M. Boussingault conseillait, pour s'opposer au rayonnement du calorique, d'étendre entre la vigne et les espaces célestes un rideau de fumée obtenu par la combustion de matières résineuses à bas prix, du goudron, par exemple ; combustion dont le foyer aurait été placé au-dessus du vent, par rapport à la vigne qu'il s'agissait de protéger. M. Mabru rappelle que ce moyen était connu de toute antiquité. Les Romains l'employaient, au dire de Pline, et les Incas en faisaient un habituel usage.

— L'annonce de la découverte d'un nouvel acide par M. Desenne. L'auteur croit cet acide (obtenu par l'oxydation de l'acide malique) identique avec l'acide nicotique qu'a trouvé M. Barral. En attendant que cette identité soit constatée, il propose de nommer le nouvel acide *acide malonique*.

— « Un auteur qui s'appelle Alexandre, dit M. le Secrétaire perpétuel, a envoyé une note sur l'*omniscience*. »

— Un chirurgien de Catane a fait parvenir à l'Académie un petit volume en italien, dans lequel il examine : à quel degré d'une fracture compliquée on doit pratiquer l'amputation, et à quel moment il faut la pratiquer ; il conclut que la méthode, ou mieux, que la règle de conduite est différente pour le chirurgien civil et pour le chirurgien militaire : le civil, placé dans des conditions qui lui permettent de temporiser, peut, en ne se pressant pas, sauver le membre au blessé ; le militaire, en se hâtant, peut, de son côté, sauver la vie au malade. L'ouvrage de ce chirurgien (M. Reino ?), étant imprimé, ne peut être soumis à l'examen que d'un seul commissaire. Il est renvoyé à M. Velpeau, dans les œuvres de qui l'auteur a pris son épigraphe.

M. Flourens, après avoir dépouillé la correspondance, annonce avec douleur à ses collègues la mort de M. Bonpland, résidant au Paraguay, et membre correspondant de la section de botanique. « M. Bonpland était l'ami de M. de Humboldt; il était âgé de 85 ans; jusqu'au dernier jour, il conserva l'intégrité de ses facultés, et jusqu'à sa dernière heure, il s'occupa des progrès de la science. »

M. Despretz, au nom de M. Boutan, professeur au collége Saint-Louis, dépose sur le bureau une réclamation de priorité à propos du mémoire lu récemment par M. Becquerel, et relatif aux appareils thermo-électriques employés pour observer les températures. La réclamation de M. Boutan s'appuie sur un document imprimé depuis plusieurs années. « Il est impossible, ajoute M. le Président, de lire tous les ouvrages qui se publient dans le monde. »

— M. Coste, revenu de Bretagne, a commencé la lecture des observations, sur la pisciculture, que lui ont permis de faire les pêcheries de Concarneau.

— L'Académie, par la voie du scrutin, a procédé à la nomination de deux membres chargés d'examiner les comptes de l'Académie. Ont été élus : M. Mathieu (membre sortant) et M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

— M. Eschericht, naturaliste et physiologiste célèbre de l'Académie de Copenhague, a lu un mémoire étendu et très intéressant sur les cétacés. Nous ne pouvons apprécier un travail de cette importance d'après la seule audition, mais il nous a paru écrit de cette manière simple et forte, se prêtant volontiers aux détails familiers, qui est l'inimitable marque à laquelle se reconnaissent les vrais amants de la science. M. Eschericht a terminé sa lecture en annonçant que, grâce à l'éditeur, M. Victor Masson, il serait bientôt en mesure de faire paraître une édition française du grand ouvrage dont il a extrait le mémoire présenté à l'Académie.

— M. Baudoin lit un mémoire sur les câbles des télégraphes sous-marins. Il résulte des études de cet ingénieur que la cause de la rupture de ces câbles réside surtout dans le poids de l'armure dont on a revêtu le fil conducteur, en vue précisément d'augmenter sa résistance. Moins protégé et revêtu d'une armure plus légère, il serait infiniment plus fort.

— M. Ch. Sainte-Claire Deville communique une lettre de M. Maury, de Washington, sur la répartition des températures dans la mer des Antilles. Le savant américain rapporte les différences considérables observées dans le golfe du Mexique, aux eaux de pluie qui restent à la surface, quoique froides, parce que n'étant pas salées, elles sont plus légères.

— M. Babinet présente à l'Académie la description de la machine à calculer, destinée à la construction des tables astronomiques. Cette machine avait été offerte par l'inventeur à l'Observatoire de Paris, qui ne voulut pas s'en rendre acquéreur. Elle a été achetée par la ville d'Albany (États-Unis d'Amérique). M. Leverrier croit devoir donner à ses collègues les motifs du refus d'achat, et, à cette occasion, il entre dans quelques détails sur la règle intérieure sévère à laquelle doivent être soumis les calculateurs d'un observatoire, et sur les précautions qu'il est bon de prendre contre eux ; — ce à quoi M. Bienaymé répond qu'il serait et plus simple et plus digne de faire appel aux sentiments d'honnêteté et d'honneur des gens choisis pour s'acquitter de ces calculs.

Il est résulté, en somme, des explications dans lesquelles est entré M. Leverrier, que les machines à calculer sont encore loin de tenir les promesses qu'on a faites en leur nom; qu'elles ne remplissent qu'une tâche insignifiante et qu'elles ne dispensent nullement, pour les calculs utiles, de l'intelligence humaine.

— M. Dumas présente — à voix trop basse pour que les noms des auteurs parviennent jusqu'à nous à travers le bruit — 1° une note sur le stéréomonoscope; 2° plusieurs échantillons d'étoffes teintes au moyen de l'urexine, nouveau produit obtenu en traitant l'urée par l'acide azotique.

— Dans la précédente séance, M. Kœnig a soumis au jugement de l'Académie un travail ayant pour titre : *De la curabilité de la phthisie*, et portant pour épigraphe cette phrase extraite du texte même du mémoire :

« Un certain nombre de maladies a pour cause, dans l'enfance » et la jeunesse, l'insuffisance des calcaires dans l'économie ; dans » l'âge adulte et la vieillesse, c'est la surabondance des sels de » chaux. »

Ce mémoire a été renvoyé, comme l'avait été la lettre du même auteur, à la commission chargée d'examiner la note de M. Baud et celle de M. Churchill.

Un passage de la lettre d'envoi de ce mémoire a soulevé un incident que nous croyons utile de faire connaître à nos lecteurs, à titre de renseignement. M. Kœnig avait adressé le 7 juin, à l'occasion d'une note de M. Baud sur l'emploi des corps gras phosphorés, une sorte de réclamation de priorité, il ajoute qu'il s'était fait inscrire depuis deux ans pour la lecture de ce mémoire, et que son tour n'est jamais venu.

« Cette dernière assertion n'est pas exacte, ont dit MM. les secrétaires, l'Académie, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ne fixe point de jours pour les lectures des personnes inscrites; lorsque les travaux de l'Académie le permettent, ces personnes sont appelées suivant leur ordre d'inscription, et ne sont rayées de la liste qu'après avoir manqué de répondre à l'appel. Elles ont toujours le moyen, quand elles se sont tenues éloignées des séances, de savoir si leur nom est maintenu sur la liste et au besoin de l'y faire rétablir. La date d'inscription pour la lecture d'un mémoire ne donne du reste aucun titre pour établir une question de priorité.

— M. Billod, qui avait précédemment adressé une note sur le ramollissement de la substance blanche dans une partie de la moelle épinière des aliénés pellagreux, a envoyé, dans la même séance, deux opuscules relatifs à la même question, et ayant pour titre : l'un, *Endémie de pellagre observée dans les asiles d'aliénés des départements d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire ;* l'autre, *D'une variété de pellagre propre aux aliénés.*

Ces deux ouvrages sont, ainsi que la précédente note, destinés aux concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Dr Maximin LEGRAND.

HYDROLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INHALATIONS D'ACIDE CARBONIQUE ET SUR LA PHARYNGITE GRANULEUSE,

A propos d'un Mémoire du Dr SPENGLER

Sur le Traitement de cette maladie par l'aspiration du gaz thermal d'Ems (1);

Par le docteur WILLEMIN, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

II

M. le docteur Spengler a publié récemment un mémoire sur l'emploi des inhalations du gaz thermal d'Ems dans le traitement de la pharyngo-laryngite granuleuse.

Ce médecin distingué fait précéder ce travail d'un rapport sur le service médical d'Ems pendant l'année 1856. Il montre l'augmentation croissante du nombre des malades qui ont fréquenté cet établissement; la même remarque a été faite, depuis un certain nombre d'années, à presque toutes les stations thermales. Pour un total de 6,358 étrangers, il a été pris à Ems 45,937 bains, ce qui ne fait que 7 1/2 bains par personne. Là, comme ailleurs, l'affluence a été la plus grande en juillet et août ; M. Spengler profite de l'occasion pour renouveler une recommandation si souvent faite par nous-même aux malades, de ne pas choisir cette époque, mais de se rendre aux bains, soit avant, soit après cette période de tumulte et d'encombrement (2). Dans le courant de la saison on y a fait usage d'un millier de grandes douches utérines, et trois mille fois environ de la célèbre *Buben-Quelle* (Source-aux-Garçons), qui remplit un but à peu près analogue. L'usage relativement fréquent, que l'on fait à Ems, de ces douches spéciales, mérite attention ; dans le travail que j'ai publié l'an passé, sur l'emploi des eaux de Vichy pour les affections chroniques de l'utérus, j'ai rappelé qu'à cet établissement l'expérience semble avoir démontré qu'on ne retirait pas de bons effets, dans ces maladies, de ce mode d'application des eaux. J'ai montré au contraire l'efficacité remarquable des simples *irrigations* faites pendant le bain, dans les cas où un engorgement avec ou sans déviation de l'utérus n'était pas accompagné d'un état phlegmasique de cet organe.

M. Spengler produit les observations météorologiques faites pendant la saison, puis les tables de la mortalité des malades de 1829 à 1856 (1). Un dernier chapitre est relatif aux améliorations et embellissements réalisés à Ems. On ne peut que s'associer au sentiment de reconnaissance exprimé par l'auteur envers le gouvernement de Nassau, lorsqu'on apprend que l'administration du domaine, qui a retiré d'Ems pour toute l'année 1856 une somme de 62,800 flor., en a consacré 60,000 (équivalant à 129,000 fr.), à ces améliorations (2).

Avant de rendre compte de la partie du travail de M. Spengler, relative à la *pharyngite granuleuse*, je crois nécessaire de faire connaître sommairement les opinions qui ont été émises sur cette maladie par les différents auteurs qui s'en sont occupés.

Sans être rare, la pharyngite granuleuse n'a pourtant fait l'objet d'études spéciales que depuis quelques années. Je n'en connais point de description antérieure à celle qui en a été donnée par M. Chomel dans ses leçons cliniques en 1846 (3). Le savant professeur en avait réuni trente observations en l'espace d'une année, dont vingt-deux recueillies par lui. Il insiste sur la fréquente coïncidence de cette maladie avec les affections herpétiques ; comme la cause locale la plus fréquente, il signale une conformation particulière en ogive, de la voûte palatine, d'où résulte l'habitude de tenir, même pendant le sommeil, la bouche ouverte. Ce sont surtout des chanteurs, des avocats, des instituteurs, qui ont présenté cette affection. Les granulations, parfois isolées, sont groupées d'autres fois en chapelet, non seulement sur les parois du pharynx, mais sur le voile du palais, la luette. Le siége du mal est dans les follicules mucipares, souvent hypertrophiés; la marche en est très chronique, la durée illimitée : sur quatorze sujets traités par M. Chomel et revus dans la suite, quatre seulement étaient guéris! Ce médecin, de regrettable mémoire, recommandait l'usage des eaux d'Enghien, qui lui paraissaient agir principalement par leur élément calcique; les caustiques, surtout liquides, devaient être concurremment employés.

M. Bouland confirma entièrement les propositions émises par M. Chomel. Dans un ouvrage publié en 1851 (4) il décrit la pharyngite et la laryngite granuleuses ; il expose avec soin l'aspect de la muqueuse, qui finit par présenter une apparence mamelonnée, due à des réunions de follicules hypertrophiés. M. Bouland cite plusieurs exemples de guérison obtenue à l'aide de lotions avec l'eau d'Enghien.

Cette maladie a encore été étudiée par le Dr Green de New-York, par le professeur Bennett d'Edimbourg, qui publia en 1853 (5) des observations, desquelles il tira les conclusions suivantes: 1° On prend assez souvent pour des phthisies pulmonaires des affections de la muqueuse pharyngienne ou laryngée ; 2° Même dans des cas de phthisie, la plupart des symptômes fatigants ne tiennent pas tant à la maladie du poumon qu'à des complications du côté du larynx ou du pharynx ; 3° Un traitement local peut non seulement les faire disparaître, mais, combiné à des moyens généraux, il tend à arrêter la marche de l'affection du poumon.

Enfin, M. Noël Guéneau de Mussy a publié en 1856 un *Traité sur l'angine glanduleuse* avec des Observations sur l'action des Eaux-Bonnes dans cette affection. Conformément encore à l'opinion émise par M. Chomel, l'auteur insiste sur la connexion de cette maladie avec la diathèse herpétique. La lésion locale demande une médication directe et immédiate ; parmi les modificateurs internes de l'état général, la médication sulfureuse tiendrait le premier rang en raison de son action spéciale dans les affections herpétiques. En résumé « l'angine glanduleuse constituerait une affection à part, dont la lésion pathologique ne serait que l'expression secondaire. »

M. Spengler, à son tour, a décrit avec soin les signes de la maladie ; la muqueuse pharyngée est pâle et injectée, toujours épaissie, chagrinée. Très souvent aussi on trouve une exsudation dans le tissu cellulaire sous-muqueux, un ramollissement de la muqueuse avec l'état variqueux des vaisseaux. Il est certain, dit l'auteur, que, dans bien des cas, ces granulations ne sont pas simplement constituées par des follicules hypertrophiés, mais qu'elles sont de nouvelles formations. Un exsudat s'organise non seulement dans les couches superficielles de la muqueuse, mais entre les follicules et l'épithélium qui les recouvre. Ces granulations auraient, d'après M. Spengler, leurs analogues dans celles de la conjonctive ; M. Chomel les avait comparées à celles qui se développent sur le col de l'utérus. Quant à ces dernières, j'ai déjà insisté (6) sur le fait de la non constante identité de ce symptôme ;

---

(1) Voir le numéro du 15 juillet.

(2) En un seul jour, le 24 juillet, il avait été donné 863 bains. A côté de ce chiffre déjà si élevé, rappellerai-je celui qui a été atteint l'année dernière à Vichy, où, un jour, il s'est élevé à 2,288 ! La population qui a fréquenté cet établissement, a été de 8,085 malades (698 de plus que l'année précédente) ; ils ont pris un total de 163,048 bains, ce qui donne une moyenne de vingt environ par personne.

(1) Elles ne me semblent pas présenter de différences bien tranchées pour divers groupes d'années; les mêmes variations s'y produisent à peu près constamment. Cependant, M. Spengler croit devoir rapporter la plus grande mortalité observée pendant quelque temps aux idées fausses qu'on avait répandues sur la vertu curative de ces eaux dans la phthisie; les malheureux tuberculeux qui s'y sont rendus ont succombé, dit-il, en assez grand nombre pendant ou peu après la cure.

(2) La même munificence s'est montrée pour les établissements de Schwalbach, de Schlangenbad, de Weilbach, où les recettes calculées pour le budget de 1857 s'élevaient à 120,000 florins, et où l'administration en a dépensé, dans le seul printemps de 1856, 116,000 pour le même objet, à savoir, près de 250,000 francs. Ce sont là des pratiques avec lesquelles le parallèle est difficile à soutenir,

(3) V. *Gazette méd. de Paris*, 18 avril 1846.

(4) *Etudes sur les propriétés physiques, chimiques et minérales des eaux d'Enghien.*

(5) *Gazette méd. de Paris*, 1853, p. 458.

(6) *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus,* Paris, 1857, p. 11.

formées le plus souvent par le boursouflement de follicules muqueux dont l'orifice est obstrué, d'autres fois ces granulations paraissent n'être que des bourgeons, résultant d'une vascularisation exagérée ; d'autres fois enfin on les voit succéder à des excoriations ou à des ulcérations, parfaitement comparables alors aux bourgeons charnus de la surface d'une plaie en voie de cicatrisation.

Comme complications de la maladie, M. Spengler indique : le catarrhe bronchique, l'emphysème pulmonaire, une douleur particulière dans la langue, très fatigante pour le malade. Le plus petit refroidissement ramène un nouveau catarrhe, un nouvel enrouement ; il s'établit même « une sorte de *crase qu'on pourrait être tenté de considérer comme la condition étiologique de cette affection*. » Il ne signale chez ses malades ni la disposition particulière du palais, notée par M. Chomel, ni aucune des manifestations dartreuses que M. Guéneau de Mussy a reconnues, chez presque tous les sujets, pendant le développement de cette angine. Si d'après la proportion observée aux Eaux-Bonnes (où sur 45 sujets il ne s'en trouvait que 4 qui n'eussent pas de manifestation herpétique très prononcée), si l'on était tenté de supposer que plusieurs des malades de M. Spengler devaient être atteints de cette diathèse, à l'état larvé en quelque sorte, nous répondrions par cette importante remarque, que ces sujets ont guéri par les eaux d'Ems, où manque entièrement l'élément sulfureux, spécial sinon spécifique contre le vice constitutionnel dont il s'agit.

L'idée de cette connexion n'a d'ailleurs pas été admise en Allemagne, où les états diathésiques ont été étudiés depuis longtemps avec bien plus de faveur qu'ils ne le sont maintenant en France. D'après Helfft (1) l'angine granuleuse s'observe d'abord fréquemment chez les scrofuleux ; assez souvent aussi elle est liée à un trouble de la digestion et de l'assimilation ; enfin on la rencontre chez des sujets affectés de congestions hémorrhoïdaires, et c'est dans ce dernier cas qu'il conseille le traitement sulfureux, en bains, boisson et inhalations de vapeurs. M. Kuster (2) en parlant des angines catarrhales qui amènent souvent un état apparent de phthisie laryngée, donne aussi pour cause à cette maladie : la constitution scrofuleuse, une fatigue des organes de la respiration, le refroidissement, la suppression des règles ou des hémorrhoïdes ; la disposition herpétique n'est pas signalée.

Il en résulterait que, d'une part, si certaines diathèses favorisent le développement de cette affection, il s'en faut qu'elle soit l'attribut presqu'exclusif de la diathèse herpétique ; et d'autre part, qu'elle peut prendre naissance en l'absence de tout état diathésique sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles la fatigue des organes de la respiration, le refroidissement paraissent jouer le rôle principal. J'ai observé plusieurs cas, où (sans qu'il y eût le moindre indice d'une disposition scrofuleuse ou dartreuse) cette dernière cause semble avoir évidemment produit l'angine granuleuse. En 1845, je fus moi-même atteint de cette maladie pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu ; j'occupais une petite chambre humide de la dépendance (rue St-Julien-le-Pauvre) ; je fus traité pendant plusieurs semaines par des gargarismes de toutes sortes, par les cautérisations répétées, par les Eaux-Bonnes en boisson, etc. Même après avoir quitté l'Hôtel-Dieu, j'étais exposé, pour le plus petit refroidissement, à de continuelles exacerbations de cette affection si incommode : j'en fus débarrassé par une simple précaution hygiénique.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) *Handbuch der Balneotherapie*, 3e édit., p. 17, 23, 24.

(2) *Einleit. in die mineral Quell. lehre.* v. Lersch, t. I, p. 395.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Janvier 1858.

SURDITÉ SYPHILITIQUE ; par le docteur FARRE. — Un jeune homme de 20 ans, entre à l'hôpital le 8 janvier 1858, portant, sur toutes les parties du corps, une abondante éruption syphilitique : il est ouvrier en papier peint, et a contracté la vérole il y a environ deux ans ; les accidents primitifs ont été promptement guéris. Dernièrement, il a eu une attaque de rhumatisme, et, bientôt après, s'est manifestée cette éruption syphilitique tellement abondante qu'elle a nécessité son entrée à l'hôpital. Il y était à peine depuis quelques jours, qu'il devint complétement sourd des deux oreilles. On appliqua un vésicatoire derrière l'oreille droite, et, le 15 janvier, il pouvait entendre un peu de cette oreille. Il fut mis en outre à l'usage de l'iodure de potassium ; l'état de l'oreille gauche n'a pas changé, tandis que celui de l'oreille droite s'est considérablement amélioré.

Le docteur Harvey, dans son *Traité sur les maladies de l'oreille*, attribue la surdité syphilitique à une inflammation de la muqueuse du tympan, qui s'est communiquée de la gorge à l'oreille interne, à l'aide de la trompe d'Eustache ; on prend souvent cette maladie pour une affection nerveuse. Il est très probable que, chez ce jeune homme, la surdité dont il est atteint reconnaît pour cause l'inflammation de la gorge transmise à l'oreille, car il a encore, en ce moment, des plaques ulcéreuses au fond de la gorge.

GLAUCOME AIGU GUÉRI PAR L'IRIDECTOMIE ; par le docteur CRITCHETT. — Cette observation est des plus intéressantes sous tous les rapports ; cette opération, si facile à exécuter, a été suivie d'un si beau résultat, que les détails de ce fait auront le plus grand intérêt pour les chirurgiens. Le malade est un mécanicien, âgé de 24 ans : peu de jours avant son entrée à l'hôpital, il a été subitement atteint d'une violente inflammation du globe avec d'horribles douleurs. La pupille était largement dilatée et fixe ; le cristallin avait un aspect louche et la vue était si faible qu'à peine le malade pouvait-il distinguer la lumière de l'ombre. L'autre œil était perdu depuis cinq ans. Le chirurgien introduisit une large aiguille dans la cornée, près de son bord sclérotical, il attira, par cette ouverture, une portion d'iris qu'il excisa au ras de la cornée, en laissant dans la plaie une partie du lambeau iridien. Le résultat immédiat fut la cessation complète de la douleur ; la vue s'est graduellement améliorée, et, au bout de quinze jours il pouvait facilement lire un caractère d'imprimerie ordinaire.

M. Critchett regardait cette affection comme un cas de glaucôme aigu, il pratiqua l'iridectomie dans le but de diminuer la pression intra-oculaire, en ayant soin de laisser une portion d'iris engagée dans la plaie cornéenne, afin d'éviter l'accumulation de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure. C'est la quatrième fois que le docteur Critchett pratique l'iridectomie dans des cas de glaucôme aigu, et les résultats qu'il a obtenus viennent confirmer de tous points les assertions de M. de Græfe.

FRACTURES COMMINUTIVES MULTIPLES DES OS DU CRANE ET DE LA FACE, GUÉRISON ; par le docteur WILKING STABB. — Jane Stone fut apportée à l'hôpital dans la soirée du 11 novembre 1857 ; elle était dans un état d'évanouissement complet à la suite de blessures qu'elle venait de recevoir à la tête. Elle est née à Exeter, elle a un tempérament lymphatico-sanguin avec une belle constitution ; elle est enceinte de sept à huit mois. On découvrit bientôt qu'elle avait quatre fractures comminutives compliquées, dont deux chacune de forme étoilée et d'un pouce de diamètre, occupaient l'os frontal, au-dessus des orbites. La lèvre supérieure était coupée, et le maxillaire supérieur droit était fracturé au niveau de la canine ; cette dent était mobile et dut être arrachée, ainsi que cinq ou six autres dents du même côté qui devinrent mobiles en l'espace de quelques jours. Les os du nez, la cloison et l'ethmoïde étaient cassés et enfoncés. Outre ces fractures graves, la malade portait de nombreuses plaies, une au menton, laissant l'os maxillaire à nu, une autre au pavillon de l'oreille, et une autre enfin sur le côté droit de la tête. On avait ramassé la malade sur le lieu de l'assassinat, vingt minutes environ après qu'il avait été commis ; elle était étendue par terre, froide, évanouie, et l'on eut beaucoup de peine à lui faire recouvrer ses sens. On examina sur-le-champ ses blessures, et l'on retira, de la fracture qu'elle avait à la tempe gauche, un fragment de la pierre avec laquelle elle avait été frappée. La malade semblait avoir perdu beaucoup de sang ; le pouls, à peine perceptible, était à 100 ; la respiration, lente et difficile, était à 20 : les paupières, extrêmement gonflées, cachaient complétement les yeux. On administre quelques stimulants et on panse les plaies simplement avec de l'eau fraîche ; la nuit fut assez bonne. Le lendemain matin, la réaction commence à se produire, le pouls est à 120 : les plaies sont lavées, puis réunies avec des bandelettes agglutinatives, mais sans suture. Les choses allèrent ainsi pendant deux jours, la malade ne souffre pas, elle est lourde et endormie, cependant la mémoire et l'intelligence sont nettes ; la peau est bonne, le pouls a repris un peu de force et est tombé à 90 ; la malade mange un peu, elle urine librement, on aide les garde-robes par des lavements d'huile. Les plaies donnent bientôt une suppuration de bonne nature, et la malade, soumise à un bon régime, se rétablit promptement sans aucun accident. Quelques petites portions des os du nez s'exfolièrent, ce qui retarda un peu la cicatrisation de cette plaie : malgré cela, Jane put assister aux assises à Exeter, le 12 décembre, puis elle revint à l'hôpital, où elle accoucha, le 31 décembre, d'un garçon bien portant. Elle s'en retourna chez elle, complétement guérie, le 20 janvier 1858. — D.

COURRIER.

M. Gustave Mercier, de Dijon, élève distingué de la Faculté de Paris, et près de passer sa thèse, a été frappé d'apoplexie pulmonaire foudroyante, mercredi soir. Tombé devant le restaurant Foyot, rue de Tournon, il a reçu les soins empressés de M. le docteur Verneuil, agrégé de la Faculté, qui l'a reconnu pour lui avoir fait subir récemment un des derniers examens.

M. Verneuil l'a fait placer dans une voiture et l'a accompagné à l'hôpital de la Charité, où les secours de toutes sortes lui ont été prodigués avec persistance par les internes de service. Tout a été inutile ; M. Gustave Mercier était mort.

La famille, grâce à la diligence de M. Roger, directeur de l'hôpital, qui, dès les premiers moments, s'était mis en quête des renseignements nécessaires ; la famille, prévenue par le télégraphe, a pu venir à temps pour emmener le corps dans son pays.

M. l'aumônier Louvat, M. Lutton, interne, M. le directeur, tout le personnel administratif et médical de la Charité, et avant tous M. Verneuil, se sont montrés admirables de zèle dans cette déplorable circonstance.

Au nom de la solidarité qui relie tous les membres de la famille médicale, comme au nom de l'humanité, nous les en remercions publiquement.

— Par décision du 11 juillet, MM. Hubin et Ceccaldi, médecins principaux, ont été promus au grade de médecins inspecteurs, en remplacement de MM. Bégin et Guyon, admis à la retraite.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physiologie comparée.* — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, le 20 juillet 1858, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

L'objet du cours de cette année sera l'étude des forces nervales.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 85. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

INTERVENTION EN DEMANDE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS CONTRE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Blois, le 14 juillet 1858.

Mon cher confrère,

Je crois utile de faire connaître aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE les *considérants* du jugement rendu le 11 juin dernier, par le tribunal correctionnel de Blois, en ce qui concerne l'action civile.

Nous n'avions pu agir en qualité d'Association médicale, mais un certain nombre de membres de l'Association s'étaient portés collectivement partie civile.

Le tribunal n'a pas admis l'action collective ; il a déclaré que les dommages-intérêts seraient partagés également entre les médecins admis à l'intervention civile ; enfin il a repoussé la demande des confrères qui n'exercent pas dans la zone la plus rapprochée du domicile du charlatan poursuivi.

Il résulte de cette dernière considération que les Associations médicales ne devront pas désigner spécialement dans leur sein une commission des poursuites, mais que les demandes en dommages-intérêts devront être faites par les médecins qui ont réellement et personnellement souffert dommage.

Bien plus, le tribunal aurait pu exiger de chacun de nous la peuve du tort dont nous venions demander compensation.

En vérité, on pourrait se demander qui la loi protége ici.

Le Parlement anglais discute en ce moment un *bill* de réforme de la médecine. C'est que nos confrères d'outre-Manche savent pétitionner. Pourquoi ne suivrions-nous pas leur exemple avec assez de persistance pour obtenir enfin que justice nous soit rendue.

Ne trouvez-vous pas, cher confrère, que la dénomination même d'*exercice illégal de la médecine* est pour nous injurieuse, en ce qu'elle nous assimile, sauf la condition de légalité, à des gens dont la probité égale l'ignorance?

Je me propose, la première fois que j'aurai occasion de serrer la main de M. Paul Andral, de lui demander pourquoi ce qu'on appelle exercice illégal de la médecine ne se nomme pas tout simplement escroquerie. Quelle est donc la différence, au fond? Et ce simple changement transformerait une contravention en délit; d'où résulterait : condamnation non seulement à une amende sérieuse, mais à la prison; aggravation de peine en cas de récidive...., etc., etc.

En attendant mieux, voici un premier pas vers l'équité; ce devra être un encouragement pour les Associations existantes.

Agréez, cher confrère, etc.

Dr DUFAY,
Secrétaire général de l'Association médicale de Loir-et-Cher.

« Statuant sur les conclusions des parties civiles.

» Attendu que les médecins ont eu juste sujet de s'émouvoir, eux qui ont obtenu leurs titres par des sacrifices considérables, par de longs travaux et qui sont portés sur les listes, en voyant un homme qui n'a aucune espèce de titre, donner publiquement des consultations médicales depuis plusieurs années dans la localité où ils exercent.

» Qu'encore, bien que les médecins ne forment pas une corporation, il ne s'ensuit pas qu'ils soient privés du droit accordé à toute personne de demander, chacun en ce qui le concerne, la réparation d'un préjudice qui les atteint personnellement, en causant un dommage à la masse des médecins et que le silence gardé par plusieurs d'entre eux doive élever une fin de non recevoir contre ceux qui jugent convenable d'agir.

» Reçoit les sieurs Lunier, Dufay, Egret, Baschet, Yvonneau, Brocheton, Derrivière, Satis père, Chautard, Ferrand, Bonamy, Dolbeau, Houssay, Bourgougnon, Picard et Bernier; intervenant comme parties civiles à l'action publique dirigée contre Berthe (1) et Cazin (2).

» Et statuant au fond,

» En ce qui touche Berthe,

» Attendu que tout fait quelconque de l'homme qui cause du dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer,

» Qu'il résulte pour les médecins du fait imputé à Berthe un dommage non seulement sous le rapport moral, mais encore au point de vue matériel.

» Sous le rapport moral, car ce fait a jeté sur leur profession une sorte de défiance qui l'a déconsidérée.

(1) Berthe est un paysan des environs de Blois.
(2) Cazin, pharmacien à Blois.

» Au point de vue matériel, car des malades ont été ainsi détournés de réclamer les soins des médecins de la localité et ont même abandonné plusieurs d'entre eux.

» En ce qui touche Cazin.

» Attendu qu'il est établi aux débats que Cazin, par suite des conventions particulières avec Berthe, délivrait habituellement des médicaments sur les ordonnances de ce dernier.

» Que Berthe donnait des consultations dans l'officine de Cazin, que Veiller écrivait même par l'ordre de Cazin, son patron, des ordonnances que lui dictait Berthe.

» Qu'il suit de ces faits que Cazin a participé sciemment au fait dommageable dont réparation est demandée par les parties intervenantes.

» Mais, attendu que, parmi les intervenants, plusieurs, les nommés Satis père, Ferrand, Chautard, Bernier, Dolbeau, Houssay et Bourgougnon, à raison de leur éloignement du lieu où Berthe exerçait, n'ont éprouvé aucun préjudice; qu'il y a lieu, dès lors, de les déclarer mal fondés dans leur demande en intervention.

» Que le tribunal a des documents suffisants pour apprécier le dommage fait aux autres et fixer le chiffre de la réparation qui leur est due.

» Par ces motifs; déclare bien fondée l'intervention formée par Lunier, Dufay, Egret, Baschet, Yvonneau, Brocheton, Desrivières, Bonamy et Picard.

» Condamne Berthe et Cazin solidairement, à payer aux susnommés 300 francs, à répartir entre eux par portions égales et aux frais de l'intervention liquidée à..........................

» Déclare mal fondée la demande formée par Satis père, Chautard, Ferrand, Bernier, Dolbeau, Houssay et Bourgougnon, et les condamne proportionnellement, chacun en ce qui le concerne, aux dépens de leur intervention.

» Condamne les parties civiles solidairement aux frais faits à la requête du ministère public, sauf leur recours contre Berthe et Cazin qui, en définitive, y demeurent condamnés, lesquels frais sont liquidés à 129 francs 25 centimes, compris les coûts du présent jugement et extraits, port de pièces, 3 francs. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Morel-Lavallée présente un homme chez lequel il a fait avec le plus grand succès l'application de son appareil en gutta-percha, pour maintenir réduite une fracture de la mâchoire inférieure. Voici cette observation :

« Le 10 mai 1858, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle St-François, 17, Hennequin (Jean-Baptiste), âgé de 39 ans, poêlier, demeurant avenue de la Roquette, 16. C'est un homme d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle. Le jour même, il avait été renversé par un cheval qui l'avait foulé aux pieds.

» Le lendemain, à la visite, la face présente de larges ecchymoses et un aplatissement de la joue du côté gauche. On constate une fracture dont le trait passe verticalement entre les deux incisives médianes, et semble conserver cette direction jusqu'au bord opposé de l'os. Le fragment gauche, qui a dû subir la pression du pied du cheval, est déplacé en haut légèrement et en arrière, au point de chevaucher un peu sur l'autre, les deux incisives droites sont brisées dans leurs alvéoles; les deux incisives gauches sont vacillantes, et dépassent le niveau des dents voisines. Au menton, un peu à droite, existe une plaie contuse d'environ 2 centimètres, par laquelle le doigt arrive jusqu'à la fracture.

» Malgré une certaine mobilité des fragments, il fut impossible d'obtenir une réduction complète, et, comme le déplacement se reproduisait immédiatement, on se borna à tenter de les immobiliser dans leurs rapports à l'aide d'une bande dont les circonvolutions embrassaient successivement les unes la partie inférieure du maxillaire pour se porter au vertex, les autres la face externe de l'os pour se diriger à la nuque. Cependant, dans le but de refouler peu à peu en arrière le fragment droit, une compresse pliée en plusieurs doubles avait été appliquée sur le menton au niveau de son extrémité antérieure; ce fut sans succès. Du reste, pas d'accidents, qu'un crachotement sanguinolent qui dura les quinze premiers jours.

» Vers le 20 mai, M. Richet se décida à attacher les fragments ensemble avec un fil d'argent passé à droite entre deux petites molaires, à gauche entre la deuxième petite molaire, et la première grosse molaire. On dut bientôt renoncer à cette ligature métallique, qui amenait l'ébranlement des dents.

» Quand je pris le service le 1er juin, les fragments offraient les mêmes déplacements et la même mobilité que le premier jour. En saisissant fortement les fragments avec les doigts, qui, bien qu'imparfaitement, les mettaient en rapport dans les quatre cinquièmes de leur épaisseur, je rétablis à peu près la ligne de l'arcade dentaire. Mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient aussitôt leur position vicieuse. Je n'en avais pas moins obtenu la seule chose qu'il me fallait, c'est-à-dire une réductibilité suffisante. Avec cette condition, s'il y a tendance à la reproduction, cela ne regarde pas mon procédé. Il y avait cependant une complication qui pouvait paraître embarrassante, c'était l'absence des deux incisives droites et l'ébranlement excessif des deux incisives gauches. Ces deux paires de dents, le plus favorablement placées chacune à l'extrémité correspondante des fragments, n'offraient plus de prise ni à la réduction ni à la contention. Instruit par l'expérience, j'annonçai néanmoins que le succès serait complet, et que les deux incisives qui menaçaient de tomber se consolideraient en même temps que la fracture. L'événement a pleinement répondu à mes prévisions.

» Le 3 juin, je procédai à l'application de l'appareil de gutta-percha de la manière suivante :

» N'ayant pas sous la main de fil de lin, j'embrassai les deux petites molaires gauches, dans une anse de fil métallique, beaucoup moins commode que le fil végétal à placer et à retirer. Quoi qu'il en soit, les deux bouts de l'anse ramenés en avant, sont enroulés autour de la partie moyenne d'un bâtonnet de gutta-percha, que je confie à un interne. Cet aide est chargé d'opérer ainsi la réduction et de la maintenir par une traction constante et uniforme pendant l'application et le durcissement de l'appareil. Une lame courbe de gutta-percha, ramollie dans l'eau chaude, est placée entre les deux arcades dentaires, qui sont à l'instant rapprochées de façon à s'imprimer profondément dans la substance qui leur est interposée. Le malade incline alors la tête pour abaisser un des angles de la bouche. Des injections d'eau glacée sont immédiatement et continuellement poussées par l'angle supérieur, et ressortent par l'autre. En quelques minutes, le moule est refroidi et durci. Il est enlevé et taillé à l'aide d'un couteau ; puis replacé, pendant que l'aide reprend ses tractions. J'ajoute le ressort, dont la plaque buccale s'adapte sur le moule en gutta-percha, et dont la pelotte externe loge le menton, et qui concourt ainsi à la solidité et à l'exactitude de la contention.

» Le jour même, le malade mange des soupes, de la mie de pain, et les jours suivants de la viande. Il a, en outre, retrouvé la parole, ce qui est d'une plus grande portée qu'on ne le croirait.

» Le quinzième jour, je lève l'appareil; la consolidation est opérée et les fragments réunis exactement dans les rapports que leur avait donnés la réduction. Les deux incisives gauches ont repris en grande partie leur niveau et leur solidité.

» Le 24 juin, le malade se plaint, à ma grande surprise, de la mauvaise odeur de l'appareil. J'examine le moule et je m'aperçois qu'il est comme feuilleté. J'avais été obligé, pour avoir une épaisseur suffisante, de coller plusieurs minces lames de gutta-percha; la légère couche humide qui les recouvrait avait empêché leur fusion en une seule masse compacte, et les liquides avec des débris d'aliments avaient pu s'insinuer dans les interstices et s'y altérer, d'où la mauvaise odeur. J'appliquai un morceau de gutta-percha taillé dans une seule lame de 1 centimètre 1/2 d'épaisseur, et aucune trace de l'inconvénient ne s'est remontrée.

» Je refroidis le moule par un procédé nouveau, préférable aux injections continues, parce qu'il est plus simple et plus sûr. Le malade aspira l'eau frappée avec un tube de verre et en fit ainsi passer un courant continu sur le moule. Réglant lui-même ce courant, il n'était pas exposé, comme dans l'injection à des mouvements forcés de déglutition, qui pouvaient contrarier plus ou moins la coaptation.

» Je supprimai le ressort, à raison du degré avancé du cal et de la solidité avec laquelle le moule seul restait en place.

» Cette réunion, obtenue en quinze jours, dans un cas dont M. Richet avait constaté toute la difficulté, paraîtra, j'espère, digne d'attention, surtout si l'on se rappelle que mon appareil n'a été appliqué que vingt-trois jours après l'accident. »

— M. Huguier demande la parole à l'occasion du procès-verbal; c'est à lui que M. Forget a fait allusion dans la dernière séance, en disant que Lisfranc n'avait jamais songé à amputer le col de l'utérus pour de simples prolapsus ou pour de simples hypertrophies. M. Huguier veut qu'on sache bien que s'il coupe quelquefois le col dans ces affections, c'est seulement lorsqu'il y a des accidents sérieux, lorsque les femmes souffrent beaucoup, qu'elles sont tout à fait incapables de travailler, et que, de plus, tous les autres moyens ont échoué. Il explique ensuite pourquoi les opérations de cette catégorie ne lui ont jamais donné d'hémorrhagie inquiétante. C'est parce que l'utérus étant naturellement abaissé et situé près de la vulve, on peut, en divisant le tissu de

cet organe couches par couches, lier les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre.

HYDROLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INHALATIONS D'ACIDE CARBONIQUE ET SUR LA PHARYNGITE GRANULEUSE,

A propos d'un Mémoire du Dr Spengler

Sur le Traitement de cette maladie par l'aspiration du gaz thermal d'Ems (1);

Par le docteur Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

III

Les détails où je suis entré précédemment, ont montré que c'est pour ainsi dire exclusivement par les eaux sulfureuses que l'angine granuleuse a été traitée parmi nous.

On a pu voir que MM. Bouland et N. Guéneau de Mussy ont obtenu des guérisons par l'emploi de cette médication, qui ne semble pas avoir donné, entre les mains de M. Chomel, des résultats bien avantageux, puisque sur 14 sujets traités par cet habile praticien et *revus par lui*, 4 seulement étaient guéris. Les inhalations sulfureuses ont été employées à Saint-Honoré par M. Allard, qui déclara, dans son rapport à la Société d'hydrologie (2) « n'en avoir pas retiré une amélioration bien manifeste; » il est vrai, ajoute-t-il, que les malades ne voulurent presque jamais donner au traitement tout le temps qu'il eût exigé. De son côté M. Sales-Girons a récemment annoncé (3) que les aspirations faites à Pierrefonds « ont produit un effet *plus marqué* sur les pharyngites granuleuses ;.... la laryngite a montré pareillement les bons effets de l'eau poudroyée » (4).

D'après Helfft, qui résume l'opinion de la plupart des praticiens allemands, ce sont surtout les sujets scrofuleux qui sont atteints de l'angine granuleuse. Aussi ce médecin conseille-t-il (5) les inhalations d'eaux salines froides, comme à Nauheim, dans les bâtiments de graduation, à Ocynhausen, à Kreuznach, où l'on a établi en outre une salle pour la pulvérisation de l'eau. « Quand il existe un plus haut degré d'irritation et de stase inflammatoire, » il recommande les inhalations de vapeurs d'eaux salines chaudes, celles de Münster près Kreuznach (6), de Kissingen ; ou enfin de véritables bains de vapeurs d'eaux salines, comme on en trouve : à Ischl, où l'on pratique aussi le humage direct de ces vapeurs (7), à Kœsen, où l'on évapore une eau-mère naturelle, contenant par conséquent ce principe résineux, auquel Berzélius accordait une si grande importance ; à Elmen, enfin, où les vapeurs sont immédiatement tirées de l'eau-mère à sa sortie du sol, sans la faire passer par la graduation.

Dans ces mêmes cas d'angine chronique d'origine scrofuleuse, qui ont souvent commencé par l'hypertrophie des amygdales, l'application locale du gaz acide carbonique s'est montrée souvent très utile ; l'établissement de Meinberg a été signalé dans ce but. Suivant le docteur Eimer, les aspirations gazeuses à Langenbrücken ont toujours amélioré l'emphysème pulmonaire, elles guérissent rapidement les catarrhes bronchiques et les enrouements chroniques (8) ; or le gaz qu'on y respire est formé de 200 parties d'acide carbonique pour 1 d'hydrogène sulfuré. J'ai rappelé qu'à Kronthal, M. Kuster applique aussi les inhalations d'acide carbonique au traitement de ces angines catarrhales qui, conformément aux observations de M. Bennett, finissent par simuler l'existence d'une phthisie laryngée.

M. Spengler, au travail duquel je reviens, a songé à son tour à traiter la pharyngo-laryngite granuleuse par le gaz thermal d'Ems, qui, d'après l'analyse de Fresenius, est formé pour 1,000 volumes de 997,26 d'acide carbonique et de 2,74 d'azote.

On avait remarqué depuis longtemps à Ems, dit M. Spengler, que les vapeurs émanant des bains, ou directement du Kesselbrunnen causaient une sensation de bien-être aux personne qui souffraient de la poitrine ; elles semblaient calmer l'irritation et faciliter l'expectoration. En 1855, il fit recouvrir une source nommée Augenquelle (dont la température est de 45° centig. et qui renferme par demi-litre, 32 pouces cubes d'acide carbonique libre) d'un gazomètre en zinc, de l'extrémité supérieure duquel partent huit tuyaux en caoutchouc terminés par des embouts applicables aux lèvres. Pour augmenter le développement du gaz, il fit arriver dans le bassin, sous une forte pression, un courant d'eau thermale destiné à produire dans la source une vive agitation. Au début, dit M. Spengler, les malades sont légèrement éprouvés par ces inhalations de gaz thermal mêlé d'air et de vapeur d'eau ; ils ressentent un peu d'irritation des bronches, de pesanteur de tête ; mais quand ils ont fait leur apprentissage, ces séances sont pour eux une véritable jouissance. Elles sont en général d'une heure par jour ; dans quelques cas, je les ai fait répéter. Les résultats thérapeutiques de ces inhalations ont été des plus surprenants ; elles ont réussi dans des cas où la cure ordinaire échouait.

A la fin de la saison de 1855, 8 malades atteints d'angine granuleuse, furent soumis à ce traitement (soutenu par la boisson d'eau minérale, et par les bains), et 31 sujets en 1856. De ces 39 malades, 2 seulement n'ont pu supporter ces inspirations, et chez eux l'angine était liée à une affection tuberculeuse. (Conformément aux observations de Dobson, Graefe, Selle, Clarus, etc., M. Spengler a toujours trouvé que les tuberculeux étaient incommodés par les inhalations, de sorte que dans les cas douteux, cette expérience peut servir de moyen diagnostique.) « Tous les autres sujets ont quitté Ems très satisfaits du résultat de cette médication. »

Quant aux faits particuliers, nécessaires pour fixer à ce sujet l'opinion des médecins, l'auteur en donne trois, choisis parmi les les huit de la première année, les observations recueillies en 1856 n'ayant pas encore, dit-il, la sanction d'une expérience suffisamment prolongée. En voici l'analyse sommaire.

I. — Un employé, âgé de 30 ans, souffrait depuis 1847, durant des mois entiers, d'angine catarrhale. En 1854, il est atteint de gonorrhée, et au commencement de 1855, « il lui survient derrière le gland un petit soulèvement ; » on le sature d'iodure de mercure et de salsepareille. Les signes de l'angine ne tardent pas à reparaître : rougeur et gonflement du voile du palais et des amygdales, développement de petits abcès folliculaires superficiels ; bientôt il se déclare de l'enrouement, et, par moments, de l'aphonie. M. Schœnlein conseilla Ems, et spécialement les inhalations. Au mois d'avril 1855, toute la muqueuse pharyngienne était couverte de granulations ; les amygdales portaient les traces évidentes d'ulcérations superficielles. Durant la cure, il survint quelques petits abcès folliculaires, qui guérirent rapidement après avoir donné issue à des espèces de bourbillons formés d'épithélium et de globules purulents. Après quatre semaines d'inhalations quotidiennes d'une heure, le malade était complétement rétabli. A son retour chez lui, il lui restait un peu d'enrouement. Au mois de janvier suivant, son médecin m'écrivit que l'enrouement avait disparu après quelques légères applications de nitrate d'argent ; il n'y avait eu qu'une petite récidive de courte durée. En février, le sujet m'informa lui-même qu'il se portait mieux que jamais. Il s'est marié depuis, et jouit de la santé la plus satisfaisante.

II. — Un officier de cavalerie était enroué depuis plus d'un an ; aucun remède n'avait eu d'effet : il dut interrompre son service. Le moindre refroidissement ramenait une angine. A son arrivée à Ems au mois d'août 1855, il présente une rougeur uniforme de toute la muqueuse du pharynx, parsemée de mamelons de la grosseur d'un grain de millet ; rougeur également de l'isthme du gosier et des amygdales ; sensibilité du larynx, avec sensation de sécheresse qui s'étend jusqu'au-dessous de cet organe ; amaigrissement ; point de signes de tubercules. Il existait en outre un gonflement de la prostate. (Eaux minérales en boisson, bains, douches sur le périnée, et inhalations d'une heure chaque jour, qui d'abord causèrent au malade un sentiment de constriction pénible, mais auxquelles il finit par prendre goût.) Après trois semaines de traitement, les granulations ont diminué, la voix reprend insensiblement son timbre, et le malade quitte au bout d'un mois, dans un état d'amélioration marquée ; son aspect cachectique avait entièrement disparu. A la fin de janvier 1856, j'appris que l'enrouement avait complétement cessé, que l'influence du froid ne ramenait plus d'angine. Aujourd'hui, après un laps d'une année, cet officier est dans un état de santé parfait ; il a une apparence vigoureuse et remplit sans difficulté son pénible service.

III. — Un instituteur de 22 ans, était enroué depuis longtemps ; il était amaigri et paraissait menacé de phthisie. A son arrivée à Ems, je constatai une toux violente avec expectoration abondante, enrouement très prononcé ; faiblesse générale ; à l'auscultation, point de signes de tubercules, mais ceux d'un catarrhe bronchique très étendu. Rougeur et soulèvement de la muqueuse du pharynx et de l'isthme du gosier ; à la paroi pharyngienne postérieure, il existe une foule de granulations du volume d'un grain de millet ou de chènevis, couvertes en partie d'un mucus épaissi, très adhérent, et qui se prolongent jusque sur l'épiglotte. Perte d'appétit, respiration très difficile, sueurs nocturnes, impossibilité de monter les escaliers. (Eau minérale en boisson, bains, gargarismes, inhalations du gaz.) Aucun effet pendant les quinze premiers jours ; puis il survint une cholérine ; après quarante-huit heures d'interruption, la cure est reprise ; elle dure en tout quatre semaines. Le malade avait déjà meilleur aspect ; l'enrouement avait diminué, mais il persistait. A son retour chez lui, le rétablissement fit de rapides progrès ; la voix revint au point que, dans le courant de décembre, il put lire l'office à l'église ; il a complétement perdu son apparence de phthisique ; sa voix est aujourd'hui aussi pleine qu'avant sa maladie.

« Ces trois faits suffiront, ajoute M. Spengler, les autres étant semblables à ceux-ci. »

Conclusions.

Des faits et des recherches dont j'ai précédemment rendu compte, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Lorsque la pharyngite granuleuse est accompagnée d'un état diathésique évident, l'indication est de traiter, comme dans toute autre maladie, l'état général en même temps que l'affection locale.

D'après les travaux des médecins allemands, la constitution scrofuleuse serait la base ordinaire sur laquelle cette maladie se développe ; les eaux salines, bromo-iodurées, conviennent alors. S'il existe une diathèse herpétique, on aura recours aux eaux sulfureuses ; les succès obtenus à Enghien, aux Eaux-Bonnes, montrent l'avantage qu'on en peut retirer.

Une difficulté ordinaire du diagnostic, qu'on ne devra jamais perdre de vue, consiste à reconnaître les cas où l'angine dépend d'une syphilis constitutionnelle.

En dehors de toute diathèse appréciable, cette maladie peut se rattacher à des causes différentes, telles que la suppression des règles, de la transpiration ; il faut alors chercher à combattre cette cause morbide.

Parmi les moyens locaux, les cautérisations sont le plus souvent inefficaces ; les inhalations d'acide carbonique paraissent avoir agi favorablement.

Elles semblent produire d'abord une excitation plus ou moins vive des voies respiratoires, laquelle est suivie d'un effet de sédation ; si la proportion du gaz carbonique mêlé à l'air est plus considérable, elles amènent la perte de connaissance, l'anesthésie générale.

Les applications locales de ce gaz, qui stimulent vivement la peau, ainsi que les muqueuses et tous les tissus, procurent l'anesthésie sur les plaies, les surfaces dénudées d'épiderme.

Ces diverses applications de l'acide carbonique produiront des résultats thérapeutiques d'autant plus satisfaisants, qu'on les associera à un traitement général, par exemple par les eaux minérales les mieux appropriées à la constitution du sujet ou aux autres éléments morbides qu'il peut présenter.

Les succès obtenus à Meinberg, à Kronthal, à Ems, montrent tout le parti que l'on pourrait retirer de ce traitement combiné, si l'on instituait en France, auprès de nos sources les plus riches en acide carbonique, les appareils si simples, destinés à l'inhalation de ce gaz.

Dans ce mémoire, il n'a été question que de l'inhalation du gaz carbonique, mais il y aurait évidemment lieu à créer en France, en même temps que les appareils à aspiration, *des bains de ce gaz*, comme il en existe aujourd'hui dans une foule d'établissements en Allemagne. Je ne puis que m'associer au vœu exprimé à ce sujet par M. Herpin, de Metz (1). Nous sommes, à cet égard, fort en arrière de nos voisins d'outre-Rhin, et pourtant, les richesses naturelles ne nous manquent point ! A Vichy, par exemple, l'acide carbonique jaillit en abondance de plusieurs sources ; pourquoi ne pas l'utiliser dans ce but ?

L'efficacité des bains et des douches d'acide carbonique n'est plus contestable. Les traités d'eaux minérales, publiés en Allemagne, fourmillent des renseignements les plus positifs. Ces bains seraient très utiles dans les maladies qui reconnaissent pour cause une suppression de la transpiration, des règles, du flux hémorrhoïdal ; d'après les expériences de M. Küster (2), ils suffisent, chez les sujets les plus réfractaires, pour produire une forte transpiration, avec cet avantage sur les bains russes qu'ici la respiration se fait sans gêne ; et ils n'ont pas non plus les inconvénients inhérents aux procédés hydrothérapiques. On les a prescrits avec avantage contre les raideurs musculaires, les paraplégies commençantes, contre certaines névralgies rebelles, l'atonie des organes génitaux. Les douches de gaz, employées dans ces derniers cas, l'ont aussi été pour certaines affections des organes des sens, dans certains cas d'affaiblissement de la vue, de surdité, etc.

Sans doute ici, comme dans bien des questions de thérapeutique hydro-thermale, une étude est presque tout entière à faire : celle des indications spéciales de l'application de cette méthode ; mais il appartient à l'Administration de nous fournir les moyens de l'appliquer, et nous espérons qu'en présence des succès obtenus à l'aide de ces moyens en Allemagne, elle se montrera jalouse de ne pas nous en laisser privés plus longtemps.

Note du rédacteur en chef. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que depuis que cette note a été écrite, M. Willemin a obtenu de la Direction des eaux de Vichy, l'établissement de bains, et d'un appareil pour les douches et l'inhalation de l'acide carbonique, qui se dégage de l'une des sources les plus importantes de Vichy (le *Puits-Carré*). En ce moment l'application de ce moyen si longtemps négligé parmi nous, se fait chaque jour dans cet établissement thermal ; nous espérons pouvoir bientôt faire connaître le résultat des observations qui seront recueillies par nos confrères de Vichy, dans le but d'élucider cette intéressante question de thérapeutique.

DERMATOLOGIE.

A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DU NOUVEAU LIVRE DE M. BAZIN (1).

III

HISTOIRE ET TRAITEMENT DES DERMATOSES PARASITAIRES.

Pour que l'expérience du passé serve à instruire le présent et garantisse l'avenir, nous avons rapporté l'affligeante histoire des aberrations médicales au sujet de la gale. Nous avons vu les charlatans et les malades s'obstiner à vouloir une prompte guérison contre les médecins affolés d'un fétiche, en crainte duquel ils ne consentent à guérir qu'après avoir longtemps tourmenté le patient. Cette édifiante histoire ne doit pas être répétée, et elle ne le sera pas, malgré les oppositions que soulèvent et le microscope et ceux qui en acceptent sérieusement le puissant secours.

En effet, ce que le microscope et l'observation clinique dégagée de toute superstition, ont fait pour la gale, voilà qu'ils viennent de l'accomplir pour tout un groupe de maladies cutanées, dont la plupart faisaient jusqu'à ce jour le désespoir de l'art ; le *favus*, la *teigne tonsu-*

(1) Voir les numéros des 15 et 17 juillet.

(2) *Annales de la Société d'hydrologie médicale*, t. III, p. 149.

(3) *Ibid.*, t. IV, p. 293.

(4) De nombreuses stations thermales sont recommandées par les médecins allemands pour les inhalations sulfureuses, dont ils recommandent l'usage dans la laryngite chronique.

(5) *Handbuch der Balneother.*, 1857, p. 18-24.

(6) On a maintes fois élevé des doutes sur la minéralisation de ces vapeurs ; elle a été démontrée par l'analyse de Polstorf, qui, en les condensant, a obtenu un liquide ayant un poids spécif. de 1,021 et 2,62 p. 100 de substances salines. Mais cette forte proportion ne se retrouve que quand le feu est poussé assez fort pour porter les eaux-mères, non pas seulement à la vaporisation, mais au point d'ébullition.

(7) D'après Erlach, ces vapeurs renferment de l'acide hydrochlorique libre et de l'hydrochlorate d'ammoniaque, du brome et une substance empyreumatique ; elles ont une odeur acide et saline.

(8) V. *Guide aux bains de la vallée du Rhin, de la Forêt-Noire et des Vosges*, par le docteur Aimé Robert, 1857, p. 248.

(1) *Etudes médicales et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales*, 1856, p. 35.

(2) *Uber den therapeut. Nutzen des kohlens. Gazes.* (Casp. Wschr., 1847. n° 34-35.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet.

rante, l'*herpès circiné*, le *pityriasis alba*, la *mentagre*, ou sycosis, la *teigne pelade*, décalvante ou achromateuse, le *pytiriasis versicolor*, le *pytiriasis nigra*, le *chloasma*, les *taches hépatiques*, les *éphélides lenticulaires*, n'ont plus rien de mystérieux. Ces affections sont aujourd'hui aussi claires dans leur cause, aussi simples dans leur traitement que la gale elle-même.

Grâce au microscope qui a montré que tous ces états pathologiques étaient dus à des végétations cryptogamiques, grâce à une observation clinique dirigée par cette révélation, le mystère de ces dermatoses est dévoilé, le traitement simple, rationnel, est suivi d'une *guérison certaine*.

Exposons d'abord dogmatiquement et rapidement l'état de la science, telle qu'elle est présentée dans le livre de MM. Bazin et Pouquet; nous dirons ensuite les motifs tout à fait péremptoires qui attestent la certitude de ces résultats, la faiblesse des théories et la vanité des objections qui leur sont opposées.

Toutes les affections de la peau que nous avons énumérées plus haut, sont dues à l'implantation parasitique de cryptogames, appartenant à la famille des mucédinées ou à celle des urédinées; ou si l'on adopte, à l'exemple de M. Ch. Robin, l'excellente classification du docteur Léveillé, on rapportera ces cryptogames aux arthrosporés (1).

Mais, au point de vue pathologique, et surtout thérapeutique, les affections parasitaires dues à ces végétaux se divisent en trois groupes :

1° Celles dans lesquelles le cryptogame se développe de préférence sur la racine du poil, dans l'intérieur de sa capsule; ce sont les TEIGNES.

2° Les affections dues au développement des cryptogames sur ou dans la couche épidermique elle-même; ce sont les CRASSES PARASITAIRES.

3° Les affections dues au développement de parasites sur les surfaces muqueuses, tel est le MUGUET. Cette troisième branche de la science est fort peu avancée, et nous ne nous en occuperons pas aujourd'hui. Nous parlerons seulement des *teignes* et des *crasses parasitaires*.

Il y a trois espèces de teigne, dont chacune a son cryptogame attitré :

a. La TEIGNE FAVEUSE, due à l'*achorion*, le plus apparent de ces arthrosporés.

b. La TEIGNE TONSURANTE et l'HERPÈS CIRCINÉ, deux variétés d'une même affection, due au développement du *trichophyton*.

La MENTAGRE, due aussi au développement d'un arthosporé, serait causée par le même trichophyton que la teigne tonsurante (2).

c. Enfin la TEIGNE PELADE ou décalvante, due au plus petit de ces arthrosporés, le *microsporon*.

Nous ne nous arrêterons pas à la description du favus, généralement bien faite par les auteurs.

En ce qui concerne la teigne due au au trichophyton, l'étude clinique et des inoculations artificielles ont conduit M. Bazin à regarder l'*herpès circiné*, le *pityriasis alba*, la *mentagre* comme répondant à trois périodes successives de la vie du trichophyton, qui donne lieu aussi à la teigne *tonsurante* (1).

Il est certain que des liens étroits réunissent les *teignes :*

Même cause génératrice, le développement d'un cryptogame dans la capsule du poil;

Même indication thérapeutique, faire parvenir un agent parasiticide jusqu'au fond du follicule pilifère; et, pour l'y amener,

Même moyen préparatoire, l'*épilation*.

Voilà pour les analogies des teignes : on voit qu'elles embrassent la nature intime, le siége anatomique et le traitement de ces maladies que l'on regardait comme si dissemblables.

Les différences se tirent surtout de la succession des symptômes; chaque végétal produit, par son évolution, ses phénomènes spéciaux. Tous altèrent le poil, mais d'une façon différente. Dans le favus, le poil, lentement altéré, conserve longtemps sa résistance, le plus souvent s'arrache *facilement et tout entier*. Dans les teignes tonsurante et décalvante, le poil est altéré plus vite; dans la teigne tonsurante, il est sec et friable, même dans sa partie aérienne; au microscope, on reconnaît que ces fibres sont disjointes longitudinalement, et écartées par les spores, ce n'est plus *une* tige, mais un faisceau de fibrilles désunies. Dans la teigne décalvante, les poils, encore plus promptement altérés, souvent décolorés, sont atteints, dans leur gaîne, de gonflements noduleaires, siége fréquent de rupture, ils s'arrachent un peu mieux que dans la tonsurante, mais plus souvent incomplétement et sans la capsule.

J'omets le détail des symptômes de ces diverses affections : on les trouvera décrites assez correctement dans les auteurs, surtout si, en lisant leurs ouvrages, on y introduit les données précédentes, qui rectifient et éclaircissent singulièrement leurs tableaux.

Traitement. — Le traitement victorieux (œuvre capitale de M. Bazin) se résume en ceci : faire arriver une liqueur mortifère partout où se trouvent les sporules. Or, pour les teignes chez lesquelles le microscope nous montre les spores *jusqu'au fond* de la capsule du poil, la première indication est d'enlever ce poil, la seconde de mettre, à l'orifice externe du follicule pileux vide, une liqueur parasiticide qui, par capillarité, s'introduise jusqu'au fond de ce follicule.

L'épilation se pratique directement avec des pinces *ad hoc*.

D'après M. Bazin, les poudres ou les pommades épilatoires n'existent pas. Celles qu'on a décorées de ce nom sont :

Ou de la poudre aux yeux du public mystifié; ainsi, la fameuse poudre des Mahon;

Ou des pâtes caustiques qui détruisent le poil dans sa partie aérienne au lieu de le déraciner.

La maladie elle-même est le meilleur épilatoire; le poil dont la gaîne est irritée par la présence des sporules ne tient guère. Du reste, l'épilation doit se faire largement, généreusement, en plusieurs séances si le mal est étendu ou le malade irritable; *elle doit déborder* les parties atteintes. On la répète jusqu'à guérison. Dans la teigne tonsurante et dans la pelade, elle offre des difficultés spéciales, à cause de la friabilité des poils; beaucoup se rompent et ne peuvent être arrachés aux premières épilations, il faut s'armer de patience. Les agents parasiticides qu'on met en contact avec le sommet de ces poils rompus et l'orifice de leur gaîne, diminuant les parasites, permettent au poil de reprendre quelque force et le rendent plus docile aux épilations ultérieures.

A mesure qu'on a dénudé une petite surface, on l'imbibe de la solution libératrice par une friction douce, soit avec une brosse, soit avec une éponge.

La teigne faveuse est celle dans laquelle l'épilation est la plus facile, aussi permet-elle la curation la plus prompte.

La liqueur est ainsi composée, suivant la sensibilité de la peau :

Sublimé	50 centig. à 1 gramme.
Alcool	10 grammes.
Eau teintée.	90 grammes.

Voilà les principes généraux qui dominent dans le traitement des teignes. Le livre de M. Bazin apprendra les difficultés de détails qui, ici comme en toute chose, font hésiter la main inexpérimentée. Cependant, dans la grande majorité des cas, il n'y a aucun obstacle sérieux qui ne puisse être tourné ou aplani par les moyens connus des praticiens. On comprend d'ailleurs qu'un traitement qui a pour but d'attaquer plusieurs milliers... plusieurs millions de spores invisibles, et pour terme *d'atteindre et de désorganiser le dernier de ces spores*, exige nécessairement de la persévérance. Quelquefois, une ou deux épilations suffiront : quelquefois, il en faudra un grand nombre. La guérison pourra donc être immédiate ou exiger bien des mois; elle pourra se faire attendre, mais elle ne manquera pas.

L'affection que M. Bazin désigne sous le nom de *crasse parasitaire*, offre plusieurs apparences morbides que les dermatologistes élevaient au rang de maladies distinctes sous les noms de *pityriasis versicolor, pityriasis nigra, chloasma, taches hépatiques, éphélides lenticulaires*. Ce ne sont, en fait, que des aspects divers dus au développement d'un seul cryptogame, le *microsporon furfur*, dont les filaments et les sporules en chapelet forment un lacis plus ou moins serré dans l'épiderme. Ici, comme dans les teignes, le traitement consiste à détruire le cryptogame; on y arrive par des frictions un peu rudes avec un linge ou une brosse imbibée de la liqueur mortifère.

Telles sont, dégagées des détails, les nouvelles doctrines que la science doit aux micrographes et que la thérapeutique doit à M. Bazin.

IV

DES NÉGATIONS OPPOSÉES AUX MALADIES PARASITAIRES.

A. *Opposition systématique, son illogisme.* — Ce ne sont pas les parasites seulement que les micrographes ont troublés dans leur domaine; d'autres victimes ont bu aussi le sublimé corrosif!

D'une part, il régnait à Saint-Louis de vénérables doctrines « consacrées par le temps, » comme le dit M. Devergie ; leurs partisans se reposaient à l'ombre de leurs travaux nombreux et estimables. Les teignes insoumises et le tribut annuel payé aux frères Mahon altéraient bien un peu l'éclat de leur règne; mais cette humiliation était passée en usage. Les maîtres la dissimulaient un peu, en assurant que le secret des Mahon ne consistait guère qu'en une *poudre épilatoire* et en petits soins manuels dont on leur abandonnait sans regret le menu détail.

D'une autre part, il y eut de grands théoriciens de la pathologie générale, ayant une doctrine posée, qui furent naturellement blessés de voir toute une série d'affections qu'ils n'avaient pas pressenties. Ils firent donc cause commune avec les vétérans de la dermatologie contre la nouveauté micrographique; et ils dogmatisent ainsi contre les novateurs : « L'apparition et le développement d'un parasite ne sont que la manifestation extérieure d'un état général anormal et morbide ; c'est cet état qui est la maladie, c'est lui qu'il faut attaquer et détruire, et non le parasite, insignifiant épiphénomène. »

Ou résumant comme M. Devergie : « Il n'y a pas de maladies parasitaires, mais des maladies avec parasites. »

Cette profession de foi, on le voit clairement, n'est qu'une restauration de celle qui a été opposée avec tant de succès à l'acarus de la gale.

C'est le culte du fétiche réhabilité en dépit des progrès et de la raison (1).

Confesseurs de l'antique foi, le connaissez-vous, l'avez-vous vu et palpé? a-t-il frappé quelqu'un de vos sens, cet état général morbide que vous posez sur l'autel, que vous affirmez si résolument? Si oui, faites-nous en donc apercevoir la figure; dites-nous ses caractères distinctifs. Chaque parasite est l'indice d'un état pathologique spécial sans doute; établissez les signes spécifiques de chacun, que nous sachions quelque chose de l'état morbide qui produit le favus, qui la mentagre, qui la décalvante.

Le monde est à saint Thomas : si vous voulez que nous croyions à votre *quid divinum*, faites-nous voir et toucher.

Il connaissait bien le fin de la doctrine, cet audacieux médecin dont parle Gallot (1805) (2). On lui présente deux petites filles portant des glandes cervicales hypertrophiées. Il reconnaît l'état morbide précurseur du favus; *la diathèse favique!* Il diagnostique donc : « une *teigne interne* qui n'est jamais sortie du corps! » Inflexible logicien, il poursuit le traitement sur cette base, et, afin d'ouvrir une porte à ce venin, à cette teigne incluse, le malheureux recouvre les deux innocentes têtes de cataplasmes tout imprégnés de matière faveuse! Ce terrible disciple a oublié de nous instruire sur le caractère de la teigne interne, *favus sine favis!* A vous donc, renommés maîtres, à nous montrer cette maladie générale, interne, cette diathèse dont le parasite n'est qu'un accident! Ne dites-vous pas : « MALADIES *avec parasites?* » C'est nous qui vous l'avons fait voir ce parasite, cet accessoire; faites-nous voir, ô maîtres, le principal? J'interroge vos ouvrages, mais sans résultat; vos livres sont muets. Les préambules, les discours d'apparat étant écartés, je cherche en vain ces êtres dont vous m'avez annoncé l'existence, et que vous me mettez en demeure de combattre! Vous établissez bien des classes, des genres, des espèces, j'espérais donc y voir le développement de vos vues transcendentales; mais voilà que, par un singulier contraste, vos classifications ne relèvent que des formes matérielles! L'œil et le doigt en font tous les frais! Vous ordonnez les dermatoses, comme certains amateurs placent des volumes sur les rayons de leur bibliothèque en ne considérant que le format et les nuances de la couverture. En vain de grands maîtres, tels qu'Alibert, Rayer, ont repoussé ce système anglais sans nulle portée; en vain on vous a montré que la papule et la pustule, la papule et le tubercule, la vésicule et la pustule, l'exanthème et le bulbe, etc., n'étaient souvent que des formes accidentelles ou successives pouvant dériver d'une même cause; en vain on fait voir des maladies fort voisines, telles que la scarlatine, la miliaire et la variole, l'impétigo et l'exéma, etc., affecter des formes très différentes; d'autres très éloignées, telles que la gale et l'herpès, les teignes et l'impétigo, etc., avoir la même forme (je parle d'après vous). Bien plus, vous avez vu une même maladie, telle que la syphilis ou la scrofule ou la gale, etc., se travestir successivement de vos *caractéristiques*. Rien ne vous a convaincus de la futilité de cette classification britannique, vous la tenez pour bonne et utile, quoiqu'elle prenne peu de souci de ces causes morbides intimes et générales auxquelles vous êtes si attachés ; et la syphilis, la scrofule et le spore (virus psorique, si vous voulez), se jouent en vain sous votre classification pittoresque. Ainsi, vos conceptions théoriques sont si bien dénuées de réalité, qu'en présence du réel vous en perdez d'abord le souvenir. Ayant, en premier lieu, philosophé sans regarder, vous vous reposez de cette œuvre en regardant sans philosopher. Vos principes sont des idées sans substance, et votre pratique de la substance sans idée !

(*La suite prochainement.*) A. BERTILLON.

(1) Ces champignons, tout à fait microscopiques, ne se décèlent qu'au moyen de grossissements de 250 à 400 diamètres; ils se composent de quelques filaments déliés et de spores ayant au plus $0^{mm},005$ de diamètre, très nombreux, souvent encore agrégés en chapelet (arthrosporés).

(2) M. Robin, se basant sur une différence dans les caractères microscopiques, sépare l'arthrosporé qu'on trouve dans la mentagre de celle de la teigne tonsurante. M. Bazin, se fondant sur l'observation clinique et sur des inoculations artificielles qui lui ont permis de voir la transformation d'une affection en l'autre, suivant l'âge et le lieu du développement, confond ces deux espèces en une. La solution de ce différend importe aux sciences naturelles et à la pathologie mais non à la thérapeutique.

(3) Nous devons avertir les médecins qui voudraient rechercher les spores sur un poil de mentagre, que si le hasard, à défaut d'expérience, ne leur présente pas le poil convenable, ils pourront souvent ne pas découvrir les spores qui, à une époque avancée, sont altérés par le pus.

(1) *Du féchitisme à propos de la dermatologie*, par le docteur Bertillon. *Monit. des hôp.*, 1858.

(2) Rayer, *Traité pratique et thérapeutique des maladies de la peau*, 1835.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DEUXIÈME ARRONDISSEMENT DE PARIS,

Compte-rendu trimestriel. — Présidence de M. DEMARQUAY.

Sommaire. — Kératite intermittente; guérison par le sulfate de quinine. — Observation de scorbut de terre; son traitement. Discussion sur le scorbut et sur le purpura hémorrhagica.

M. MARROTTE communique à la Société l'observation suivante :

Un homme de 46 ans fut atteint, il y a douze ans, d'une kératite causée par une parcelle de coke qui avait été projetée dans son œil. Le traitement employé consista principalement en purgatifs qui amenèrent la guérison. Six ans après la kératite reparut; mais elle fut de nouveau combattue avec succès et guérit rapidement. Tout récemment, chez cet homme, dont un des enfants a été également affecté de kératite spontanée, il se manifesta une injection de la conjonctive sans que la cornée fût d'abord intéressée dans l'inflammation. Mais trois ou quatre jours après le début de la conjonctivite, il se déclara une nouvelle kératite avec ulcération, accompagnée de douleurs continues. Des sangsues et des purgatifs, employés immédiatement, amenèrent un amendement notable. Toutefois, au bout de quelques jours, les accidents reparurent. Combattus de nouveau par les évacuations sanguines et les purgatifs, et principalement par le calomel, ils se calmèrent encore, et tout faisait espérer une guérison complète et prochaine, lorsque les symptômes d'une kérato-conjonctivite se manifestèrent une troisième fois, avec cette particularité que tous les soirs, de cinq à six heures, il y avait recrudescence ; la nuit était inquiète, agitée, et le sommeil ne venait que le matin. Tous les deux jours, il se produisait une congestion vers l'œil et les gencives. Peut-être cette dernière était-elle augmentée par l'usage du calomel. De plus, une iritis vint s'ajouter à l'inflammation de la cornée. C'est alors que M. Marrotte eut recours au sulfate de quinine, et les accidents, qui avaient résisté à l'emploi du calomel, commencèrent à s'amender. M. Nélaton, appelé en consultation, partagea complétement l'opinion de M. Marrotte sur l'opportunité de l'administration du sel antipériodique, et lui dit que Lisfranc avait plusieurs fois observé des faits dans lesquels les signes de la kératite présentaient une véritable intermittence. L'état de l'œil s'améliora beaucoup sous l'influence du sulfate de quinine, et on put en suspendre l'usage. Mais il fallut y revenir encore pour combattre un nouvel accès.

M. DEMARQUAY a suivi avec beaucoup d'intérêt tous les détails de l'observation rapportée par M. Marrotte; et il en a été d'autant plus frappé, qu'il a eu occasion d'observer trois fois des faits analogues, et que, dans les trois cas, l'administration du sulfate de quinine a complètement échoué. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, pendant dix-huit mois, eut une série de kératites et de conjonctivites. Sous l'influence de soins convenables, les accidents disparaissaient en quinze jours; mais bientôt une récidive survenait. Le sulfate de quinine fut administré sans aucun succès, et on ne put obtenir la guérison complète qu'à l'aide d'une médication thermale. Le second malade est un chimiste chez lequel, il y a deux ou trois ans, une kératite a amené la perte d'un œil. L'autre œil ayant été bientôt affecté d'une inflammation de la cornée, les émissions sanguines et le calomel ont amené une amélioration très rapide. Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une dame qui présentait des phénomènes analogues à ceux du malade de M. Marrotte. Elle fut atteinte d'une kérato-conjonctivite, dont les émissions sanguines et le calomel firent justice. Dix ou douze jours après, les mêmes accidents reparurent encore, et le même traitement les jugea de nouveau. Mais une nouvelle récidive ayant eu lieu, on donna le sulfate de quinine sans aucun succès. Il fallut avoir une dernière fois recours aux sangsues et au calomel.

M. MARROTTE fait remarquer qu'il y a des kérato-conjonctivites à répétition et d'autres à intermittence. Les premières sont liées à un état diathésique dans lequel on n'observe pas le type intermittent comme chez son malade qui a offert le type tierce et double tierce, avec un état fébrile, accompagné d'une véritable poussée de moiteur. Il existe une grande différence entre les paroxysmes et les accès. Il y a des maladies à paroxysmes qui n'indiquent pas le quinquina. Son malade avait de véritables accès.

M. PIOGEY est tout à fait de l'avis de M. Marrotte, et trouve que ces faits sont distincts. Quand les kératites sont liées à un état diathésique, il faut s'occuper de l'état général en même temps que l'on traite l'affection locale, si l'on ne veut pas voir la maladie récidiver. Il a vu une jeune dame, atteinte de syphilis constitutionnelle, qui eut une kérato-conjonctivite, compliquée d'un élément intermittent consistant en douleurs très violentes : le sulfate de quinine fut administré sans succès. Une roséole, puis une syphilide papuleuse s'étant déclarées, on administra les prépa-

rations mercurielles, et l'on obtint une amélioration très rapide avant même que l'on eût fait aucun traitement local.

M. Roussel a observé un scorbut de terre à Batignolles, chez une dame qui est dans d'excellentes conditions hygiéniques. L'état des gencives et des dents ne permettait aucun doute sur la nature de la maladie. Il prescrivit le traitement acide, que la malade refusa de suivre à cause d'une gastralgie dont elle était atteinte. Un dentiste, consulté, arracha plusieurs dents et cautérisa les gencives. Plus tard, des taches noires ont paru à la peau, ainsi que trois tumeurs à la jambe droite et une à la jambe gauche. Puis est survenu un amaigrissement considérable, de la fièvre, du refroidissement. C'est alors que M. Roussel, rappelé, prescrivit le chlorate de potasse à haute dose, du jus de citron, des préparations de quinquina, des bains de tannin, qui ont beaucoup amélioré l'état de la malade ; les gencives se sont guéries, les tumeurs ont disparu, les forces et l'embonpoint ont repris leur état normal.

M. Coster a observé un cas de scorbut avec gencives saignantes et dents ébranlées, dans lequel il a obtenu une amélioration en deux ou trois jours, par l'emploi du chlorate de potasse.

M. Frémy n'a pas la même confiance que M. Coster dans le chlorate de potasse. Il ne croit pas que l'amélioration obtenue par M. Roussel puisse être attribuée à ce médicament, qui n'a aucune action sur le scorbut, affection bien grave, puisque, d'après les relevés donnés dans ces derniers temps, on a trouvé 15 morts sur 60 malades. Le traitement qui a le mieux réussi à l'hôpital militaire est celui qui a pour base les acides.

M. Sée partage l'opinion de M. Frémy et croit que le chlorate de potasse a été trop vanté. S'il est utile dans quelques affections de la bouche, ou il réussit généralement, il est complétement inefficace dans l'angine couenneuse. Il y a deux espèces d'angine couenneuse, l'une bénigne et l'autre maligne. Le chlorate de potasse ne fait pas détacher les fausses membranes; et s'il agit dans les affections buccales, c'est parce qu'il est éliminé par les glandes salivaires. Les productions couenneuses qui affectent primitivement le larynx et le pharynx ne sont nullement modifiées par le sel de potasse. Si on a soutenu le contraire, c'est parce que l'on a confondu la stomatite couenneuse avec la forme ulcéro-membraneuse, affection locale susceptible d'être guérie par le chlorate. Puis il y a la stomatite mercurielle, qui est le résultat d'une véritable intoxication, dans laquelle les succès sont la règle. Quant au scorbut, le jus de citron constitue le meilleur traitement. Le quinquina est aussi indiqué, car on a observé un anéantissement des forces musculaires en même temps qu'il existe des taches à la peau et que les gencives sont affectées.

M. Chausit ne trouvant pas, dans les circonstances du fait rapporté par M. Roussel, à quelles causes on peut attribuer l'invasion du scorbut chez sa malade, veut qu'on distingue le scorbut de terre de celui de mer et fait remarquer que les soldats revenant de Crimée avaient un affaiblissement général avec des taches à la peau ressemblant beaucoup au purpura.

M. Marrotte est d'avis qu'il ne faut pas confondre le purpura et le scorbut. Celui-ci se développe sous l'influence de certaines causes hygiéniques telles que l'insuffisance de l'alimentation. Mais le scorbut de terre et celui de mer ne sont qu'une seule et même maladie. Si les soldats de Crimée ont été atteints du scorbut, c'est qu'ils se sont trouvés dans des conditions analogues à celles où se trouvent souvent les marins.

M. Sée pense également que le purpura et le scorbut sont très différents, mais qu'ils ne s'excluent pas l'un l'autre. Le scorbut peut se manifester sans que son apparition puisse être rattachée à une modification d'hygiène habituelle. Ainsi, il y a sept à huit ans, il s'en est déclaré quelques cas à la Salpêtrière, où les conditions hygiéniques sont toujours les mêmes. Dans six cas étudiés au point de vue de l'hématologie, on a trouvé dans trois une augmentation de la fibrine, et dans les trois autres une diminution de ce principe. Il y aurait donc un scorbut malin et un scorbut bénin. Quant au purpura, il a des formes et des causes variées. Ainsi, il y a une fièvre hémorrhagique ou purpura fébrile, dans laquelle les émissions sanguines sont avantageuses, de même que le sulfate de quinine. Sous l'influence des grosses rates, il peut survenir du purpura, que l'augmentation de la rate vienne ou non de l'infection paludéenne. La même chose s'observe toutes les fois que la composition du sang est profondément modifiée, comme dans l'alcoolisme : les buveurs sont sujets au purpura.

Le secrétaire général, Dr René Briau.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Janvier 1858.

Ovariotomie; mort par hémorrhagie; par le docteur Tanner. — F. J..., 41 ans, mariée depuis onze ans, n'a jamais eu de grossesse; depuis vingt ans, les règles ont toujours paru sans aucun dérangement. Il y a environ trois ou quatre ans, il survint un peu de faiblesse générale, et la malade se plaignit de douleurs lancinantes dans le bas de la cuisse gauche; ces symptômes allèrent toujours en augmentant et finalement on découvrit une petite tumeur dans l'abdomen : cette tumeur grossit progressivement d'abord, mais, depuis quelques mois, elle a pris un développement rapide, et déterminé de la dyspepsie, de la douleur, et une grande gêne à cause de son poids et de son volume. Au commencement de novembre 1857, la malade vint consulter le docteur Tanner qui diagnostiqua une large tumeur ovarique ayant son point d'origine dans l'ovaire gauche, probablement uniloculaire et sans adhérences; il proposa d'essayer la ponction aidée de la compression et de l'administration de petites doses de calomel, se réservant de recourir à l'extirpation au cas où le kyste se remplirait de nouveau. La ponction, pratiquée le 25 novembre, donna issue à une énorme quantité d'un liquide épais et grumeux, d'une densité considérable et chargé d'albumine et de cholestérine; on appliqua ensuite un bandage de corps étroitement serré; mais, au bout de quelques jours, on s'aperçut que le liquide commençait à s'accumuler de nouveau. Les règles vinrent du 9 au 13 décembre.

Le 19 décembre, le docteur Tanner, aidé des docteurs Armitage et Brinton, pratiqua l'ovariotomie : il n'y avait aucune adhérence, aussi, l'on put facilement, après la sortie du liquide, extirper le kyste à travers une petite ouverture pratiquée à la paroi abdominale; on appliqua une ligature solide autour du pédicule avant de le diviser. Les lèvres de la plaie furent rapprochées et deux points de suture appliqués; un troisième fil allait être passé lorsque soudain jaillit un flot de sang annonçant que la ligature du pédicule était dénouée. Malheureusement, les restes du pédicule étaient très difficiles à atteindre, et la malade mourut avant qu'on ne pût appliquer une seconde ligature.

Bout de sonde tombé dans la vessie; guérison; par le docteur Birkett. — Le malade ayant antérieurement rendu par l'urètre un petit calcul vésical, avait contracté l'habitude de se servir d'une sonde de gutta-percha; un jour, cette sonde se rompit et il en tomba dans la vessie un fragment long de deux pouces environ. Il vint à l'hôpital et raconta ses antécédents : il est âgé de 26 ans, il est valet de ferme; depuis deux ans environ, il avait des douleurs dans les aines et dans la verge. Un jour en urinant, il rendit un petit calcul; éprouvant de temps à autre des douleurs le long de l'urètre, il s'avisa de s'introduire dans la vessie une sonde de gutta-percha. Au commencement de septembre 1857, en retirant la sonde, il s'aperçut qu'il en manquait un bout de deux pouces de long, qui était resté dans la vessie. Lorsqu'il vint à l'hôpital, il y avait déjà un mois que l'accident était arrivé. Avec un cathéter métallique, on sentait facilement le corps étranger, qui rendait un son clair indiquant l'incrustation saline déposée sur la gutta-percha.

Le 12 octobre, un lithotriteur est introduit dans la vessie; il saisit facilement le calcul; les efforts pratiqués dans le but d'extraire le bout de sonde en totalité ayant échoué, le chirurgien le réduisit en fragments. Pendant vingt-quatre heures, le malade rendit un grand nombre de débris de sonde recouverts de sels phosphatiques.

Le 19, on applique encore le brise-pierre, mais cette séance est suivie de douleurs dans la région pubienne; il sort un peu de pus par l'urètre. Pendant quelques jours, l'urine entraîne des fragments de sonde et de sels. Le 29, l'instrument est de nouveau appliqué; il entraîne une grande portion de la sonde de gutta-percha. Pendant la première quinzaine de novembre, le malade se plaint de douleurs dans la vessie, dans le périnée et la région hypogastrique; la peau est chaude, le pouls fréquent. Enfin, le 16 novembre, le malade rendit un petit calcul qui fut suivi de trois ou quatre onces de pus louable. Dès le lendemain, l'état général s'améliore, la fièvre a disparu; on n'a plus retrouvé de pus dans l'urine. Le malade quitte l'hôpital à la fin de novembre; il est complétement guéri.

D'où venait ce pus? L'auteur pense que le calcul avait pénétré dans les parois de la vessie et qu'il y a déterminé la formation d'un abcès dont le pus est sorti en même temps que le calcul.

Cancer médullaire du maxillaire inférieur; par le docteur Holt. — Une jeune femme de 18 ans entra au Westminster hospital le 7 janvier 1858, avec une tumeur fongueuse faisant saillie à l'angle du maxillaire inférieur du côté droit; la maladie remonte à deux mois et demi. Complétement indolore pendant le premier mois, elle a commencé à cette époque à être le siége d'une douleur qui s'irradie à la symphyse, douleur assez légère du reste et que la morphine fait rapidement disparaître. Le premier symptôme de la maladie a été une petite tumeur passant entre les dents; on trouve une petite masse fongueuse couvrant les molaires et s'avançant vers la langue, semblant venir de la base de la branche ascendante, et recouverte de la muqueuse qu'elle avait soulevée. Les dents tenaient solidement dans leurs alvéoles. La rapidité avec laquelle la tumeur s'était développée, et l'absence de douleurs firent croire d'abord à une forme maligne d'épulis; M. Holt songea donc à enlever la masse fongueuse et à examiner l'état de l'os : la joue largement incisée, on divisa la muqueuse gingivale sur les face externe et interne du maxillaire, et la masse fongueuse fut enlevée en totalité; reconnaissant alors que la masse n'était qu'un prolongement de la maladie de l'os, le chirurgien enleva toute la branche montante du maxillaire dans laquelle on retrouva au microscope tous les éléments du cancer.

Nævi materni multiples; par le docteur Hutchinson. — La première fois qu'on présenta l'enfant à l'hôpital, il avait environ 3 semaines, il était frais et bien portant. Le cuir chevelu, la figure, le dos, le ventre étaient couverts d'une multitude de nævi de grosseur différente, depuis celle d'un pois jusqu'au diamètre d'une pièce d'un franc; ils étaient d'une teinte rouge vive et brillante; quelques-uns des plus grands étaient à la face et au cuir chevelu. Toutes ces taches étaient parfaitement circonscrites, bien isolées les unes des autres, comme découpées à l'emporte-pièce. La mère raconte que le jour de sa naissance, l'enfant portait un très petit nombre de taches, qui bientôt se sont développées en même temps qu'il s'en formait une grande quantité de nouvelles : on en put bientôt compter plus de cent cinquante. Le traitement consista simplement dans l'application d'une pommade iodée, deux ou trois fois par jour, sur les taches mêmes; et au bout de quelques semaines, on reconnut déjà les bons effets de ce traitement. Après six mois, il ne restait plus qu'une douzaine de taches environ, qui, pour le plus grand nombre, siégeaient sur le cuir chevelu; on les attaqua par les applications d'acide nitrique qui les fit promptement disparaître.

Calcul biliaire s'échappant par les parois abdominales, par le docteur Mackinder. — La malade, âgée de 75 ans, très délicate, se plaignait depuis longtemps de douleurs dans le côté droit; vers la fin de 1856, elle eut une hépatite aiguë dont elle fut promptement guérie. En février 1857, les douleurs du côté droit se montrèrent de nouveau, mais avec plus d'intensité : l'hypochondre droit était très douloureux à la plus légère pression, la respiration difficile, la langue sale, soif ardente, vomissements, pouls faible, tumeur circonscrite au bord inférieur du foie, dure, mobile et sensible. Cette tumeur, avec le temps, descendit le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen, jusque vers le haut de la région iliaque droite. Les téguments s'enflammèrent en ce point, et la fluctuation fut bientôt manifeste dans une étendue de trois pouces; on ouvrit cet abcès, d'où il sortit du pus en abondance. Vers la fin d'avril, on sentit, au-dessus de l'ouverture de l'abcès, un corps dur et rond, gros comme un œuf de poule autour duquel les téguments étaient indurés, rouges et douloureux. On appliqua des cataplasmes et l'on donna à la malade un régime tonique. Dans les premiers jours de mai, à un moment où elle montait dans son lit, le corps étranger s'échappa par l'orifice de la peau situé au centre de la région iliaque droite et tomba à terre : c'était un gros calcul biliaire, très dur, pesant 25 grammes, mesurant un pouce et demi de diamètre, formé au centre de cristaux de cholestérine pure, d'une mince couche de matière colorante, de carbonate et de phosphate de chaux. La malade se rétablit promptement. — D.

COURRIER.

Par arrêté du 12 juillet 1858, M. Hecht, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé conservateur des collections et du musée de ladite Faculté, en remplacement de M. Wieger, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 12 juillet 1858, M. Leudet père, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de Rouen, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. le docteur Couronné.

M. Hélot, professeur suppléant à la même École, est nommé professeur titulaire de la chaire d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Couronné, dont la démission est acceptée.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 86. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 22 Juillet 1858**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :*

DANS LES DÉPARTEMENTS,

Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE JUILLET 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a dans ce moment une bonne veine ; voilà coup sur coup deux excellentes séances signalées par des communications intéressantes et des rapports parfaits.

Hier, après un rapport fait par M. Boudet sur un travail de M. Baudrimont, relatif à l'analyse chimique de la cendre des cheveux, travail dans lequel l'auteur explique la coloration des cheveux par la présence ou l'absence du fer, ce métal donnant la couleur noire, sa diminution ou son absence déterminant les teintes plus ou moins blondes, après ce rapport, disons-nous, M. Larrey a fait une communication pleine d'intérêt, et qui, à notre surprise, n'a suscité aucune discussion, relative aux accidents survenus à la suite de la revaccination sur quelques militaires de la garnison de Toulouse. Il résulte de cette communication, dont nous rapportons les principaux faits au compte-rendu, que la revaccination peut être exonérée de toute accusation, et que si à Toulouse elle a été suivie de quelques accidents, cela tient à des conditions particulières, dont les unes étaient complétement indépendantes de cette petite opération, et dont les autres sont très faciles à éviter et à prévenir. La communication de M. Larrey a été écoutée avec une satisfaction visible par l'Académie, qui s'intéresse, à bon droit, à la grande mesure d'hygiène et de prophylaxie ordonnée par M. le ministre de la guerre, mesure dont le succès n'est en rien compromis par les accidents de Toulouse, qui ne peuvent fournir aucun prétexte aux clameurs insensées des ennemis de la vaccine.

Après cette communication, M. Trousseau, au nom de la commission qui avait été instituée il y a deux ans pour l'examen de la question soulevée par MM. Bouley et Raynal sur les dangers de la ligature de l'œsophage, M. Trousseau a présenté son rapport. Nous publions *in extenso* cet important et complet travail, véritable modèle d'analyse et de discussion, un des plus scientifiques rapports que nous ayons entendus à l'Académie de médecine, rapport qui a le mérite de se terminer par des conclusions pratiques, et de donner une règle de conduite, chose si rare et néanmoins si désirable et si désirée.

M. Bouley à qui revient l'honneur, avec son jeune collègue M. Raynal, d'avoir suscité ce beau travail, a retenu la parole pour la séance prochaine, afin, a-t-il dit, de donner à l'Académie quelques renseignements complémentaires. Sa parole si autorisée ne peut que jeter de nouvelles lumières encore sur ce sujet déjà bien élucidé. Car, il faut se rendre, le rapport de M. Trousseau ne peut laisser aucun doute : la ligature de l'œsophage est une opération très offensive, et qui, dans l'expérimentation toxicologique, peut conduire à des conséquences erronées, si on ne la pratique avec certaines précautions indiquées au rapport. Expériences nouvelles, analyse et appréciation des expériences antérieures, examen critique de tous les documents communiqués sur la matière, déductions scientifiques et pratiques à tirer de tous ces matériaux, conclusions et règle de conduite, voilà ce que l'on trouvera dans ce beau rapport, l'une des œuvres les plus sérieuses qui soient sorties d'une plume si féconde et si appréciée.

Amédée LATOUR.

TOXICOLOGIE.

RAPPORT SUR LA LIGATURE DE L'OESOPHAGE,

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 20 juillet 1858,

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Messieurs,

Dans votre séance du 29 juillet 1856, notre collègue M. Bouley vous a donné lecture d'une note dans laquelle il vous rendait compte des résultats qu'il avait obtenus, de concert avec M. Reynal, chef de service à l'École d'Alfort, en pratiquant sur des chiens, la *ligature de l'œsophage.*

Le but de cette note était de vous démontrer, contrairement à l'opinion soutenue par Orfila, que la ligature de l'œsophage est loin d'avoir la complète innocuité que cet éminent auteur lui a attribuée ;

Qu'au contraire, elle a généralement des conséquences très sérieuses ; que, presque nécessairement mortelle lorsque le lien constricteur reste à demeure sur le tube œsophagien, elle peut suffire pour causer la mort *en peu de temps*, par le seul fait des désordres qu'elle entraîne, mais qu'elle produit ce résultat d'autant plus vite que les substances ingérées dans le canal digestif, sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante, ou que les sujets d'expérience sont plus irritables ou plus susceptibles de faire des efforts pour vomir après la constriction de leur œsophage ;

Qu'enfin, dans le plus grand nombre des cas, elle est suivie presque immédiatement après son application de symptômes graves qui, par leur mode d'expression, peuvent mettre en défaut la perspicacité des expérimentateurs.

Cette manière de voir, si contraire à celle qui était généralement adoptée dans la science, et qui avait pour elle l'autorité du nom d'Orfila, ne pouvait passer sans contestation. Plusieurs des membres de cette assemblée, s'appuyant soit sur les expériences qui leur étaient personnelles, soit sur celles qu'ils avaient vu faire à Orfila lui-même, émirent des doutes sur la justesse des conclusions que MM. Bouley et Raynal s'étaient crus en droit de formuler d'après les faits qu'ils avaient observés.

Vous avez pensé, Messieurs, qu'en pareille matière, le doute était trop grave pour qu'on le laissât subsister dans les esprits, et qu'avant de discuter la question qui vous était soumise, il était nécessaire qu'elle fût éclairée par de nouvelles expériences faites par M. Bouley devant une commission spéciale qui lui serait associée.

En conséquence de cette décision, votre bureau a désigné pour faire partie de cette commission MM. Bégin, Bouley, Jobert, Larrey, Renault et Trousseau.

Dans plusieurs des séances qui ont suivi celle où M. Bouley vous a donné lecture de son travail, vous avez entendu successivement différentes communications sur le même sujet, qui vous ont été faites par des personnes étrangères à cette compagnie, et qui toutes ont été renvoyées à l'examen de la commission que vous veniez d'instituer.

Le rôle de cette commission était ainsi élargi. Elle n'avait plus seulement à procéder à la répétition des expériences faites par l'un de ses membres, elle avait encore à examiuer les différents travaux qui vous avaient été communiqués sur la ligature de l'œsophage, et à en extraire tous les documents qui pouvaient contribuer à l'éclaircissement de la question que vous l'aviez chargée d'étudier.

Telle est, en effet, la mission qu'elle a remplie.

Organe de mes collègues, je vais avoir l'honneur de vous faire part des résultats auxquels nous sommes arrivés.

Le problème qui nous est soumis est un problème assez complexe, malgré sa simplicité apparente, et pour en obtenir une solution aussi satisfaisante que possible, il faut l'envisager sous toutes ses faces.

Ce problème comprend deux questions principales : l'une de fait, l'autre d'interprétation.

Considérons donc ces questions l'une après l'autre, en commençant par la plus importante, celle de fait, car, si l'on tombe d'accord sur ce point principal, les opinions pourront rester divergentes relativement à l'autre, sans que cette divergence puisse avoir des conséquences sérieuses dans l'application.

J'examine donc d'abord la question de fait :

Quels sont les phénomènes qui surviennent après la ligature de l'œsophage ?

Est-il vrai, comme l'a avancé Orfila, que cette opération soit si simple et ait sur l'organisme si peu de retentissement, que les sujets qui l'ont subie, y restent comme indifférents et que ses effets, à peine appréciables, puissent être négligés sans inconvénients dans les expériences de toxicologie ?

Est-il vrai, au contraire, comme le soutiennent MM. Bouley et Reynal, que la ligature de l'œsophage est suivie de désordres fonctionnels très manifestes dont il faut tenir compte dans l'appréciation des phénomènes qui se produisent lorsqu'on étudie les effets des substances ingérées dans l'estomac des sujets sur lesquels l'œsophage a été lié ?

Voilà une première question nettement posée.

Pour la résoudre, votre commission, constituée sous la présidenee de M. Bégin, s'est rendue au Val-de-Grâce, où notre collègue, M. Michel Lévy, avait bien voulu mettre à sa disposition tout ce qui était nécessaire pour l'exécution de ses expériences.

Là se trouvait réuni, par les soins de M. Bouley, un troupeau de quinze chiens de différentes tailles et de différentes races.

M. Trudeau, agrégé d'anatomie à l'École du Val-de-Grâce, et résidant sur les lieux, a bien voulu accepter de la commission le soin de surveiller les sujets d'expérience et de recueillir les observations.

La commission se fait un devoir d'exprimer ici à M. Trudeau sa reconnaissance pour le zèle qu'il a mis à remplir cette mission.

Tout étant disposé, MM. Bouley et Reynal ont pratiqué la *ligature simple* de l'œsophage sur cinq chiens.

L'opération a été faite de la manière suivante : incision de la peau du côté gauche du cou ; isolement de l'œsophage, soit avec le doigt, soit à l'aide d'une aiguille mousse, suivant le plus ou moins de facilité qu'on avait à l'extraire, puis constriction au moyen d'un fil simple, en ayant la précaution la plus attentive de ne pas comprendre les filets nerveux dans le lien constricteur. A ce dernier égard, surtout, la commission s'est montrée extrêmement scrupuleuse, et le lien n'a jamais été serré. sans que chacun de ses membres se soit assuré que l'œsophage était complétement isolé.

Voici, maintenant, les phénomènes principaux qui ont été observés sur ces différents animaux :

Pendant l'opération, ils ont manifesté une très vive douleur, par leurs mouvements et par leurs cris, et plus particulièrement pendant la manœuvre qui consiste à saisir l'œsophage et à l'extraire de la plaie.

Après, les symptômes qui se sont montrés sur quatre des sujets d'expériences ont été les suivants ; agitation, inquiétude, caractérisées par des mouvements continuels de va-et-vient à l'extrémité de la chaîne qui maintenait les animaux ; ils se couchaient et se relevaient incessamment, comme s'ils ne pouvaient trouver une position qui leur convînt. Puis sont survenus des efforts de vomissement. Les animaux contractaient les parois ventrales, tendaient le cou, ouvraient les mâchoires, et rejetaient, en faisant entendre un bruit rauque et prolongé, des mucosités spumeuses, en quantité considérable, qui s'échappaient par gros flocons, et souillaient le sol par places multiples dans le périmètre où l'animal était libre de se mouvoir.

Ces efforts de vomissement ont apparu sur le chien n° 1 de la première série de nos expériences un quart d'heure après l'opération, et ont duré quatre heures. Le lendemain, ils ont recommencé,

Sur le chien n° 2, ils ont été très intenses pendant la première heure, puis ils se sont ralentis, et au bout de quatre heures, ils avaient complétement cessé.

Sur le chien n° 1 de la deuxième série, ce n'est que le lendemain de l'opération que des mucosités abondantes ont été rejetées par la bouche.

Enfin, sur le chien n° 3 de cette série, la ligature de l'œsophage a eu cela de particulier, qu'elle a été suivie immédiatement d'un état extrême d'agitation, caractérisé par des mouvements continuels et des cris très aigus qui n'ont pas cessé pendant plus d'une demi-heure, à tel point que la commission a dû s'enquérir, par une nouvelle vérification, si cette expression symptomatique si accusée n'avait pas sa cause dans la compression d'un cordon nerveux qui aurait échappé à l'attention de l'opérateur. Examen fait de l'œsophage, il fut constaté qu'il était parfaitement isolé, et que, seul, il était serré dans le lien.

L'agitation de cet animal n'a commencé à se calmer que trois heures après l'opération, et même alors, sa respiration continua à être beaucoup plus fréquente qu'à l'état normal.

Aux efforts de vomiturition succéda chez nos différents sujets, à l'exception de celui du n° 3 de la deuxième série, une période de calme relatif. Ils restèrent immobiles, couchés, debout, ou assis, paraissant évidemment sous le coup d'une souffrance assez grande, mais saus en être accablés, car ils témoignaient, en général, comprendre les caresses qu'on leur faisait, par l'expression de leur regard et l'agitation de leur queue.

Tels ont été les symptômes principaux qui se sont manifestés, le jour de l'opération. sur les cinq animaux auxquels la ligature de l'œsophage a été pratiquée devant la commissiou.

Ces symptômes sont-ils exceptionnels ou constituent-ils le fait ordinaire en pareilles circonstances ?

Voyons ce que disent à ce sujet les documents qui nous ont été communiqués.

Le 12 août 1856, M. Orfila neveu vous a donné lecture d'une première note où se trouve la relation de cinq expériences de ligature de l'œsophage, remontant à une date déjà ancienne, expériences d'après lesquelles cette opération ne produirait d'autres symptômes qu'un peu d'abattement.

Mais, après avoir fait cette première communication, M. L. Orfila s'est livré à de nouvelles recherches ; il a pratiqué la ligature de l'œsophage sur des chiens, et il a pu constater, ainsi que cela résulte d'une lettre qu'il vous a transmise à votre séance du 2 septembre 1856, que la ligature de l'œsophage pourrait entraîner la mort. Le but de cette nouvelle communication de M. L. Orfila est d'expliquer par quel mécanisme la mort survient. Nous y reviendrons plus tard ; pour le moment, nous ne voulons en extraire que ce qui a trait à la symptomatologie. Or, voici textuellement ce que dit M. L. Orfila à ce sujet : « Les chiens qui salivent » et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive, meurent à un moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté les » symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation : respiration courte, haletante ; toux, agitation, quelquefois convulsions. » Quant aux efforts de vomissements, ils n'ont d'autre but que l'expulsion de ce liquide, car les animaux qui salivent sont les seuls chez » lesquels on remarque ces efforts. »

Dans la séance du 26 août 1856, communication de M. Follin sur le même sujet.

La note de M. Follin renferme la relation de sept expériences. Sur trois sujets, les mâchoires ont été maintenues rapprochées à l'aide d'un lien, afin de mettre obstacle à la réjection des matières spumeuses qui remplissent la bouche dans ce cas, le fait est complexe et nous ne voulons pas en invoquer, quant à présent, les résultats.

Mais, sur les quatre autres sujets, les mâchoires sont restées libres, après la ligature, et M. Follin dit avoir constaté sur deux d'entre eux, une agitation très grande suivie d'un grand abattement.

M. le professeur Sédillot, dans une lettte communiquée à l'Académie, dans cette même séance du 26 août, déclare qu'après la ligature de l'œsophage « il a toujours constaté de grands efforts de vomissement, » comme l'a signalé avec une si grande puissance de conviction l'honorable M. Bouley. » Ce sont les termes de sa lettre.

M. Colin a aussi signalé, dans le mémoire qu'il vous a communiqué à la date du 12 août 1856, les efforts que font les chiens, après la ligature de l'œsophage. Il dit, il est vrai, que ces efforts ne se manifestent que sur le plus petit nombre des opérés ; il en donne une interprétation ; mais, enfin, il les a constatés, et c'est là le seul point sur lequel nous voulions, quant à présent, insister. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Quelquefois, au bout d'un temps variable, dix minutes, un quart » d'heure au plus, l'animal opéré commence à éprouver des efforts de » déglutition, alternant avec des efforts de régurgitation, de même que » s'ils avaient un os arrêté dans l'œsophage.....

» Ne pouvant arrêter sa salive qui embarrasse le pharynx, il la rend » gluante et écumeuse avec une difficulté manifeste. »

M. Szumowski, médecin de la Faculté de Saint-Pétersbourg, vous a adressé sa thèse en latin, intitulée : *De ligatura œsophagi, sensu physiologico et medico-forensi*, thèse inspirée à ce jeune docteur par les débats auxquels la ligature de l'œsophage a déjà donné lieu dans cette assemblée.

Dans cette thèse, où se trouve le compte-rendu d'un assez grand nombre d'expériences sur lesquelles nous reviendrons dans le courant de ce rapport, M. Szumowski signale les mêmes symptômes que nous avons observés au Val-de-Grâce, à savoir, l'inquiétude, les fréquentes vomiturition avec déjection d'un fluide blanc et spumeux dans les premières heures, puis enfin l'abattement.

Joignez à cet ensemble de documents, ceux que nous a transmis notre collègue, M. Jobert, dans votre séance du 12 août, où il vous a communiqué les résultats de quelques expériences qu'il venait de tenter pour vérifier les assertions avancées par M. Bouley dans une séance précédente.

Joignez, enfin, les documents fournis par MM. Bouley et Reynal, dans la séance du 29 juillet et dans celle du 19 août, et vous verrez que les différents expérimentateurs se trouvent à peu près d'accord aujourd'hui, pour admettre que, dans les premières heures qui suivent son application, la ligature de l'œsophage détermine, d'une manière assez constante, des efforts répétés de vomiturition, accompagnés d'un rejet par la bouche de mucosités spumeuses.

Orfila n'était donc pas absolument dans le vrai, lorsqu'il disait « qu'à » la suite de la ligature de l'œsophage, maintenue pendant vingt-quatre » ou trente-six heures, les animaux n'éprouvaient qu'un léger abattement et un peu de fièvre. »

La vérité, nous devons le dire, est plus du côté de notre collègue, M. Bouley ; mais peut-être que le tableau qu'il vous a tracé des phénomènes qui se manifestent après la ligature de l'œsophage a été, par lui, un peu trop assombri ; peut-être qu'il s'est un peu exagéré la signification des symptômes qu'il observait, car, dans ce que nous avons vu au Val-de-Grâce, nous n'avons retrouvé, absolument, ce qu'il vous a peint, que sur un seul des cinq chiens en expérience, le n° 3 de la deuxième série. Sur cet animal, les symptômes d'inquiétude, d'extrême agitation, de douleur, de vomituritions répétées et de suffocation, se sont manifestés avec un caractère pour ainsi dire excessif, qui, à coup sûr, aurait fait croire à l'action très énergique d'une substance ingérée dans l'estomac, si effectivement, une ingestion quelconque avait été faite avant la constriction de l'œsophage.

En résumé, Messieurs, il nous paraît ressortir de l'analyse des documents qui nous ont été soumis, et de l'observation des faits qui se sont produits sous nos yeux, que l'application d'un lien constricteur sur le tube œsophagien est suivie, d'une manière assez constante, de symptômes spéciaux qui ont un caractère assez sérieux, pour que l'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques.

Telle est notre première conclusion.

Abordons maintenant un autre point de la question.

Nous venons de voir que la constriction de l'œsophage se caractérisait, dans le plus grand nombre des cas, par un ensemble de symptômes particuliers.

Mais que deviennent les animaux auxquels cette opération a été pratiquée?

La lésion traumatique qu'ils ont subie est-elle susceptible d'entraîner la mort par elle-même? Ou est-elle compatible avec la conservation de la vie?

Ces questions ont leur importance; car s'il résultait de l'observation des faits que la ligature de l'œsophage peut être mortelle par elle-même, il est clair qu'il faudrait se tenir en garde, dans les expériences toxicologiques, contre cette éventualité, afin d'éviter d'attribuer aux substances ingérées ce qui pourrait n'être que l'effet de l'opération elle-même.

Pour mettre de l'ordre dans l'étude que nous allons aborder, il est important de distinguer les effets que peut produire la constriction de l'œsophage, suivant que le lien constricteur est laissé à demeure sur ce conduit, ou suivant qu'il en est détaché à une époque plus ou moins rapprochée du moment où il a été appliqué.

A. Effets de la ligature permanente de l'œsophage.

Il nous paraît ressortir des faits recueillis dans les documents soumis à notre examen, et de ceux que nous avons observés au Val-de-Grâce, que la ligature de l'œsophage finit par entraîner la mort dans le plus grand nombre des cas, lorsque le lien constricteur reste à demeure.

Voici un relevé statistique qui prouvera que cette assertion est bien fondée :

Dans nos expériences au Val-de-Grâce, la ligature a été maintenue sur 3 des sujets : tous les 3 sont morts.

Elle a été détachée sur les 2 autres : ils ont survécu.

Dans les expériences de MM. Bouley et Raynal, qui vous ont été communiquées le 29 juillet, sur 8 chiens auxquels l'œsophage avait été lié, 3 ont survécu, ce sont ceux sur lesquels le lien a été détaché. Les 5 autres sur lesquels il a été maintenu, sont morts.

M. Jobert vous a rendu compte, dans votre séance du 12 août, de quatre expériences de ligature à demeure : 2 des sujets de ces expériences sont morts et 2 ont survécu.

Dans les expériences de M. Follin, le lien constricteur n'a été maintenu que sur 2 chiens, et tous les 2 sont morts.

Sur 4 chiens auxquels M. Colin a fait la ligature de l'œsophage, 1 est mort par accident, et 2 des suites de l'opération; 1 seul a survécu.

Enfin, nous trouvons dans la thèse de M. Szumowski, que 11 chiens sur lesquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage, en laissant à demeure le lien d'étreinte, sont tous morts des suites de cette opération.

D'où il résulte que 3 animaux seulement sur 25 ont pu résister et survivre à la constriction permanente de l'œsophage, ce qui donne une mortalité de 88 pour 100.

La durée de la vie, après la ligature de l'œsophage, a donné, dans les expériences que nous venons de relater, entre moins de deux heures et plus de six jours; mais le plus grand nombre des animaux est mort du troisième au sixième jour.

Voici, du reste, à cet égard, les résultats que nous donne la statistique des 25 sujets qui ont servi à ces expériences :

1 est mort en moins de deux heures;
1 — en trois heures;
2 sont morts de la vingtième à la vingt-quatrième heure;
3 en trente heures;
7 en trois jours;
6 en quatre jours;
4 en cinq jours;
1 en six jours.

Total. 25

Notez bien, Messieurs, que, dans ce moment, nous ne faisons que de la statistique; nous ne recherchons pas les causes de différences aussi considérables dans les résultats; nous prenons, quant à présent, ces résultats tels qu'ils sont donnés par les expérimentateurs.

Or, tels qu'ils se présentent, ils sont, en raison même de leurs différences, d'une extrême importance pour l'application de la ligature aux expériences de toxicologie, car, à supposer, chose que nous aurons à examiner plus tard, que les accidents rapidement mortels qui sont survenus à la suite de la constriction de l'œsophage, soient la conséquence de la lésion des nerfs voisins de ce conduit, il ressort cet enseignement précieux que ces accidents sont possibles, alors même que l'opération est pratiquée par des mains très exercées, et, conséquemment, qu'il faut se tenir en garde contre la possibilité de son intervention dans les recherches expérimentales, où l'on se propose d'apprécier les propriétés des substances toxiques.

D'un autre côté, puisque la ligature permanente de l'œsophage entraîne la mort du plus grand nombre des sujets auxquels elle est pratiquée dans les premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième jours qui suivent son application, il résulte de ce fait cet autre enseignement important, qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances essayées comme telles, lorsque la mort ne survient, après leur ingestion, que les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième jours qui suivent l'opération, car alors il est difficile de discerner ce qui a causé la mort. Est-ce la ligature? Est-ce la substance administrée?

Je vois, par exemple, dans la deuxième série des expériences relatées par M. Bouley, dans sa note du 29 juillet, que les chiens portant les n[os] 3 et 4 sont morts, le premier trente heures, le deuxième trente-et-une heures après la ligature de l'œsophage. Au premier, on avait administré 4 grammes de sel marin, et au deuxième 10 grammes. Il est de toute évidence que ce sel n'est pas toxique à si faible dose, et cependant les chiens sont morts; donc, ils n'ont pu mourir que par le fait de l'opération. Voyez à quelles conclusions erronées on pourrait être conduit, si, négligeant en pareils cas l'opération, comme chose de peu d'importance, on ne fixait son attention que sur les substances administrées, et si l'on ne voulait attribuer qu'à elles seules les effets survenus après leur administration. C'est ici surtout que le *post hoc, ergo propter hoc* peut être fécond en erreurs les plus graves. M. Bouley a fortement insisté sur ce point dans les deux communications qu'il vous a faites, et il a eu parfaitement raison.

Les symptômes qui se manifestent à la suite de la constriction permanente de l'œsophage sont, en général, ceux d'une extrême prostration : les animaux sont abattus, ils restent presque constamment couchés et demeurent insensibles aux excitations extérieures. Si quelques-uns répondent encore aux caresses qu'on leur fait par l'agitation de leur queue et l'expression de leur regard, ce n'est de leur part qu'une manifestation passagère, et ils ne tardent pas à retomber dans leur état de prostration et d'insensibilité.

Il y a, à cet égard, un assez parfait accord entre les expérimentateurs. Ouvrez la thèse de M. Szumowski et vous y verrez :

Exp. I. — Canis ex initio afflictus, nullo alimento appetito decubuit; postero die, cœpit languescere et tertio mortuus est.

Exp. II. — Secundo et tertio die, canis gradatim infirmior factus, quinto expiravit.

Exp. III. — Sequente die, appetito conservato, gradatim languescebat et tertio vespere succubuit.

Et ainsi de suite pour les autres.

C'est, en effet, là, ce que nous avons observé sur nos chiens du Val-de-Grâce.

Il faut encore tenir grand compte, dans les expériences toxicologiques, de cet état symptomatique qui se manifeste presque constamment à la suite de la ligature permanente de l'œsophage, pour le rattacher à sa véritable cause et éviter ainsi les déductions erronées.

Lorsque les animaux succombent à la suite de la ligature permanente de l'œsophage, les lésions que l'on rencontre à leur autopsie sont différentes suivant que le moment où la mort survient est plus éloigné, ou plus rapproché de l'époque de l'opération.

Dans deux de nos sujets du Val-de-Grâce, qui ont succombé, l'un soixante-seize heures, l'autre quatre-vingt-onze heures après la ligature, l'autopsie a démontré la présence de vastes foyers purulents à la région du cou:

Sur le premier de ces animaux, le foyer mesurait de 8 à 9 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Le pus, d'une couleur brune, avait une odeur fétide. L'artère carotide, le nerf vague, la partie gauche de la trachée, et l'œsophage baignaient dans le pus, qui fusait jusqu'à la première côte.

Toutes les membranes de l'œsophage étaient en plusieurs points coupées par la ligature, et l'intérieur du conduit communiquait avec le foyer purulent.

Du reste, les nerfs pneumo-gastriques et récurrents, des deux côtés, n'étaient pas compris dans la ligature.

Les poumons étaient fortement congestionnés, mais surnageaient. Pas d'abcès métastatiques. Muqueuse de l'estomac et de l'intestin parfaitement saine.

Les lésions trouvées dans le deuxième chien étaient à peu près semblables :

Vaste décollement des parties molles du cou; l'œsophage et le larynx sont séparés des vertèbres cervicales par un clapier purulent fétide.

Le sang a fusé jusqu'à la racine des poumons, et a pénétré dans les plèvres qui sont vivement injectées; de nombreux abcès métastatiques existent au-dessous des plèvres viscérale et costale, surtout en dehors du péricarde. Le pus en est grisâtre et séreux, non fétide.

Dans les fusées purulentes, il est de même nature qu'au cou. Les poumons sont sains.

Le foie est très gros, congestionné. La vésicule pleine de bile noire; l'estomac et les intestins à l'état normal. La muqueuse est seulement colorée en vert porracé par la bile.

Mais voici maintenant les lésions trouvées sur le troisième chien, mort vingt heures seulement après la ligature. Les nerfs pneumo-gastriques et splanchniques sont trouvés libres et intacts; quelques filets nerveux déliés, compris dans la ligature, appartiennent exclusivement au tissu de l'œsophage.

L'estomac et l'intestin grêle contiennent une assez notable quantité de substance sirupeuse, brune ou verdâtre; *la muqueuse présente une coloration lie-de-vin.*

Les poumons paraissent sains, un peu hyperémiés. Les cavités droites du cœur, les veines caves et le système veineux du foie sont distendus par une grande quantité de sang noir.

Vous voyez, Messieurs, qu'il existe une différence très notable entre les lésions trouvées dans les deux premiers sujets, morts trois et quatre jours après la ligature, et celles que l'on a rencontrées sur le troisième, mort beaucoup plus tôt.

Sur ce dernier, il n'y a pas de foyer purulent; et, chose très remarquable et d'une importance considérable au point de vue de l'application de la ligature œsophagienne, aux études toxicologiques, bien qu'aucune substance n'ait été administrée à ce dernier sujet; cependant la muqueuse de son estomac et de son intestin grêle présentait *une coloration lie-de-vin*, comme si elle avait subi le contact d'un violent irritant. Le foie était distendu par une grande quantité de sang noir.

Nous trouvons dans le mémoire de M. Colin la relation d'un fait analogue : la muqueuse de l'estomac du second de ses chiens, mort à la suite d'une ligature œsophagienne, avait une teinte un peu brunâtre.

MM. Bouley et Reynal avaient avancé, dans leur note du 29 juillet, que, sur les animaux qui succombaient à la suite de la ligature de l'œsophage, on trouvait souvent le foie dans un état de turgescence, et la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle fortement congestionnée.

Le fait que nous venons de rapporter leur donne raison dans une certaine limite, puisqu'il prouve que ces lésions peuvent, en effet, survenir; mais elles ne sont peut-être pas aussi fréquentes qu'ils l'ont avancé, puisque, sur trois chiens, nous ne les avons rencontrées qu'une seule fois.

Quoi qu'il en soit de ces différences dans les résultats de nos observations et des leurs, ces lésions peuvent exister, c'est là le fait important.

Les lésions de la région cervicale, effets directs du traumatisme, paraissent être beaucoup plus communes que celles de l'appareil digestif. Nous les avons constatées sur deux de nos sujets du Val-de-Grâce; M. Jobert les a signalées dans sa communication du 12 août 1856; enfin M. le docteur Szumowski les signale également dans les 11 cas où la mort a été la conséquence de la constriction permanente de l'œsophage; voici, en effet, ce que nous trouvons dans sa thèse :

Exp. I. — Sectum post mortem corpus, ad locum deligatum purulentam infiltrationem, œsophagum in parte anteriore, duobus in locis per quæ ligatura pervasit, vulneratum, exhibuit.

Exp. II. — Sectio, œsophagum a ligatura in duas partes divisum, regionem carotideam sinistram pure infiltratam, ventriculum, intestinaque exigua quantitate fluidi biliosi repleta, pulmonem, dextrum hyperœmicum, et in parte inferiore adeo hepatisatum, obtulit.

Exp. IV. — Autopsia, inter œsophagum et columnam vertebralem abcessum, in pleura sinistra exsudatum, œsophagum diruptum, obtulit, etc., etc.

La fréquence de ces lésions traumatiques qui jouent un rôle principal dans la détermination des accidents mortels après la ligature, doit être prise en grande considération par les expérimentateurs toxicologistes, et il nous semble qu'on peut formuler, comme règle rigoureuse, que toute expérience de toxicologie, dans laquelle cette complication est intervenue, doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareils cas, les accidents mortels résultent des substances essayées, ou de la présence d'un foyer purulent sur le trajet des nerfs du cou.

B. Effets de la ligature temporaire de l'œsophage.

Nous avons vu, dans un paragraphe précédent, quels étaient les phénomènes qui se manifestaient, immédiatement après l'application sur l'œsophage d'un lien constricteur.

Maintenant, qu'arrive-t-il lorsque l'on détache ce lien à une époque plus ou moins rapprochée du moment de son application?

Pour répondre à cette question, passons en revue les faits que nous trouvons dans les différents documents que nous avons eus sous les yeux.

Dans nos expériences du Val-de-Grâce, la ligature a été détachée sur deux chiens, quarante-quatre et quarante-huit heures après l'opération, tous deux ont survécu, mais ils sont restés abattus pendant quelques jours et ils ont conservé, l'un et l'autre, une fistule œsophagienne.

Premières expériences de MM. Bouley et Reynal. — Elles sont au nombre de trois. La ligature a été détachée sur trois chiens, deux heures après son application, tous trois ont survécu; les deux premiers sont restés très abattus pendant six à huit jours, le troisième pendant vingt-quatre heures seulement.

Expériences de M. Orfila neveu. — La ligature est levée sur un chien au bout de quarante heures; l'animal survit.

Expériences de M. Follin. — Sur un chien, la ligature a été détachée au bout de vingt-quatre heures; l'animal a survécu. Sur un autre, elle a été enlevée au bout de dix-neuf heures; l'animal est mort.

Expériences de M. Colin. — Elles sont au nombre de quatorze. La ligature a été enlevée :

Sur 1 chien après. . . . . 8 heures.
Sur 2 — . . . 10
Sur 1 — . . . 12
Sur 1 — . . . 17
Sur 7 — . . . 25
Sur 1 — . . . 30
Sur 1 — . . . 48

et tous ont survécu et ont guéri au bout de six à huit jours.

Expériences de M. Szumowski. — Elles sont au nombre de neuf. Sur les neuf sujets de ces expériences, la ligature est restée vingt-quatre heures en place, puis détachée. Tous ont survécu et ont guéri dans l'espace de huit à dix jours.

En résumé, de 31 chiens sur l'œsophage desquels le lien constricteur n'est resté appliqué que temporairement, trente ont survécu, un seul est mort; ce qui donne une mortalité de 3 p. 100.

Dans ces expériences, la moindre durée de l'application de la ligature a été de huit heures, et la durée extrême de quarente-huit heures.

La comparaison des résultats donnés par la ligature permanente avec ceux de la ligature temporaire, conduit à cette conclusion que c'est surtout la permanence du lien constricteur sur le tube œsophagien qui rend cette opération dangereuse, puisqu'elle est mortelle dans les 9/10[es] des cas, lorsque le lien reste à demeure, tandis qu'elle n'entraîne la mort que trois fois sur cent lorsque le lien est enlevé de la huitième à la quarante-huitième heure.

Hâtons-nous de dire, toutefois, que si ce résultat statistique est l'expression rigoureuse des faits réunis dans ce paragraphe, il ne faut pas en conclure d'une manière absolue que la ligature peut être laissée impunément sur l'œsophage pendant quarante-huit heures, puisque les faits du paragraphe précédent démontrent qu'elle a été mortelle sur sept chiens en moins de trente heures.

Nous voici maintenant arrivés à la question la plus importante de ce débat, et qui le domine tout entier, celle de savoir si les accidents mortels qui surviennent chez les chiens auxquels l'œsophage est lié, après l'ingestion dans leur estomac de substances qu'on se propose d'expérimenter, ne peuvent pas être la conséquence de l'action combinée de la ligature de l'œsophage elle-même, et des efforts de vomissement, nécessairement incessants, déterminés par ces substances, alors même qu'elles ne sont pas douées de propriétés toxiques.

Pour résoudre ces questions si graves de toxicologie expérimentale, consultons les faits :

Nous rappellerons d'abord ceux que MM. Bouley et Raynal ont relatés dans les deux communications qu'ils vous ont faites.

Communication du 29 *juillet.* — N° 1. Administration de 10 centig. d'émétique et ligature de l'œsophage. Mort en cinq heures et demie, avec des efforts de vomissement.

N° 2. Administration de 15 centig. d'émétique. Mort en douze heures, sans efforts de vomissement ni déjections.

N° 3. Administration de 4 grammes de sel marin. Mort en trente heures, avec efforts de vomissement.

N° 4. Administration de 10 grammes de sel marin. Mort en trente-et-une heures, avec efforts de vomissement.

N° 5. Administration de 40 grammes de sel marin; ligature de l'œsophage. Enlèvement du lien au bout de deux heures. Efforts de vomissement avant que le lien fût enlevé, nuls après; en sorte que la substance ingérée n'a pas été rendue.

Ce chien a survécu.

Voyons, avant d'aller plus loin, l'enseignement qui ressort de ces cinq faits.

Pour les deux premiers, il est possible qu'il y ait eu empoisonnement; les sujets de ces expériences sont morts, après l'administration de 10 centig. d'émétique pour l'un, de 15 centig. pour l'autre; le premier en cinq heures et demie, et le second en douze heures. La marche rapide des phénomènes autorise à admettre ici une intoxication, d'autant que, d'après Orfila, 10 centigrammes d'émétique appliqués sur le tissu cellulaire de la cuisse de deux chiens, ont déterminé la mort du premier en dix-sept heures, et celle du second en trente-six heures. Toutefois, nous restons dans le doute.

Mais les trois autres faits ont une autre signification.

Deux chiens auxquels l'œsophage est lié meurent : l'un en trente heures, l'autre en trente-et-une heures, après avoir pris, le premier, 4 grammes, le deuxième, 10 grammes de sel marin. Il est de toute évidence que, dans ces cas, la mort ne procède pas de la substance ingérée, car le sel marin n'est pas un poison, à 4 ou 10 grammes, pour le chien; et la preuve, c'est que celui qui porte le n° 5 dans cette série en a pris 40 grammes et n'est pas mort; mais le lien constricteur n'est resté que deux heures sur son œsophage.

D'où cette conclusion rigoureuse, ce nous semble, que les deux premiers chiens ont été tués, non par le sel, mais par l'opération.

Poursuivons :

Un autre chien prend 60 grammes de sel marin; l'œsophage est lié avec tant de force, qu'il est en partie coupé. On le délie au bout de deux heures. Ce chien reste dans un abattement profond et meurt en soixante-douze heures.

Peut-on dire, dans ce cas, qu'il est mort empoisonné? Évidemment non, puisque l'expérience enseigne que la ligature suffit à elle seule pour tuer au moins en soixante-douze heures, lorsque l'œsophage est ouvert et laisse s'échapper dans la plaie les liquides qui le parcourent.

Passons maintenant à la communication que M. Bouley a faite le 19 août.

Elle est riche de faits extrêmement instructifs. En voici l'exposé très sommaire :

Quatre chiens auxquels on administre 2 décilitres d'eau tiède, avant de leur lier l'œsophage meurent :

Le premier en quarante heures;
Le deuxième en vingt-quatre heures;
Le troisième et le quatrième après trente heures.

Un cinquième meurt également, après une ingestion d'eau tiède, bien, cependant, que la ligature ne soit restée que vingt-quatre heures en place. La mort est survenue en quarante-huit heures.

Tous ces chiens avaient fait des efforts considérables de vomissement.

Il n'y a pas, en pareils cas, à invoquer d'intoxication; donc la mort est survenue parce que l'on a lié l'œsophage.

Les expériences sur le sel de nitre, relatées par M. Bouley, ont une grande valeur probative en faveur de la thèse qu'il soutient, de concert avec M. Reynal.

4 grammes de sel de nitre sont administrés à deux chiens, qui ne les vomissent pas.

Ces chiens ont parfaitement supporté cette dose; le lendemain, ils étaient en santé.

4 grammes de sel de nitre sont administrés à deux autres chiens dont l'œsophage est lié; ils meurent l'un et l'autre en quinze heures.

4 grammes de sel de nitre sont administrés à l'un des chiens de la première expérience, qui avait parfaitement supporté cette dose : cette fois on lui lie l'œsophage et il meurt aussi en quinze heures.

Expériences avec le sulfate de zinc. — Orfila a pu le donner au chien à la dose de 30 grammes sans le tuer. Cette expérience, suivant nous, aurait besoin d'être répétée.

MM. Bouley et Reynal l'administrent à deux chiens, à la dose de 2 grammes seulement, et lient l'œsophage : l'un meurt en vingt heures et l'autre en dix-huit heures.

Deux autres chiens sur lesquels l'œsophage est lié, deux heures après l'ingestion de la même dose du même sel ne meurent pas.

Expériences avec le sous-nitrate de bismuth. — Trois chiens auxquels MM. Bouley et Reynal ont donné le sous-nitrate de bismuth à la dose de 3 grammes, en liant l'œsophage, sont morts en dix-huit et vingt heures.

La même dose est administrée à deux autres chiens auxquels l'œsophage n'est pas lié; ils ne la rejettent pas, et aucun phénomène d'intoxication ne se manifeste.

A l'un de ces deux derniers chiens, 3 nouveaux grammes sont administrés; cette fois on lie l'œsophage et il meurt.

Expériences avec le sel marin. — 50 grammes de sel marin sont administrés à deux chiens de grande taille, dont on lie l'œsophage, pendant deux heures et demie seulement. Ces deux chiens résistent et à l'opération et à l'ingestion du sel.

Tous ces faits sont très concluants par eux-mêmes et n'ont pas besoin de commentaires.

La commission a répété, au Val-de-Grâce, quelques-unes de ces expériences, et voici les résultats qu'elles ont donnés :

Elles sont au nombre de quatre.

A un premier chien, on donna le sous-nitrate de bismuth à la dose de 3 grammes, et on lui lia l'œsophage. La ligature fut laissée à demeure. Ce chien mourut au bout de cinq jours avec un vaste clapier purulent le long du cou.

Un chien n° 2 prit la même dose de sous-nitrate de bismuth, et l'œsophage fut lié pendant vingt-huit heures. Il y avait déjà un peu de suppuration autour du lien, lorsqu'on le détacha. Ce chien resta très malade pendant quinze jours, mais il survécut.

Les deux autres chiens de cette série prirent, l'un 4 grammes, l'autre 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, mais leur œsophage ne fut maintenu lié que pendant trois heures.

Le lendemain de l'opération, ces deux chiens, sauf une certaine difficulté dans la déglutition, présentaient tous les signes de la santé.

On voit, dans ces expériences, que les symptômes et les accidents sont exclusivement dépendants de la ligature de l'œsophage.

Le chien dont l'œsophage est lié d'une manière permanente meurt.

Celui chez lequel la ligature reste vingt-huit heures, est très malade, mais il survit.

Les deux autres, qui ne conservent leur œsophage que trois heures, se ressentent à peine de cette opération.

Ces faits, comme vous le voyez, Messieurs, sont parfaitement concordants avec ceux qu'ont observés MM. Rouley et Raynal, et ils viennent à l'appui de l'opinion qu'ils ont soutenue sur la *nocuité* de la ligature de l'œsophage, et sur la possibilité que des effets qui dépendent d'elle exclusivement soient attribués par erreur à l'action nuisible des substances ingérées dans l'estomac, quoique ces substances n'aient en elles aucune propriété malfaisante.

Quoi de moins dangereux, en effet, que le sous-nitrate de bismuth, surtout à la dose de 3 grammes? Et la preuve qu'il est sans danger, c'est que les chiens auxquels on l'a administré ont récupéré rapidement tous les caractères de la santé dès que leur œsophage a été délié.

Ceux-là seuls sont morts ou ont été très malades, dont l'œsophage est resté lié d'une manière permanente ou pendant très longtemps.

Quelle autre preuve veut-on que les accidents survenus dépendent de de la ligature et non pas du sel ingéré?

Deux expériences, faites avec le sel marin, ont donné des résultats qui ont la même valeur probative.

25 grammes de sel sont administrés à deux chiens. Sur l'un, l'œsophage ne reste lié que trois heures; sur l'autre, la ligature est maintenue à demeure. Le premier était très bien portant le lendemain de l'opération; le second est mort en dix-huit heures. L'autopsie a démontré que les nerfs étaient restés exempts de toute atteinte.

Deux autres expériences, auxquelles la commission a assisté, ont porté sur le *nitrate de potasse* et le *sulfate de zinc*. En voici les résultats qui témoignent encore de l'importance de la ligature de l'œsophage dans les expériences toxicologiques. Le nitrate de potasse est donné à un chien, à la dose que l'on peut affirmer n'être pas toxique, de 1 gramme 50 centig., et son œsophage est maintenu lié. Ce chien meurt au bout de cinquante heures, avec un abcès dans la région du cou.

2 grammes de nitrate de potasse sont administrés à un autre chien dont l'œsophage n'est lié que pendant quatre heures. Seulement, comme ce chien se livrait à des efforts considérables de vomissement, accompagnés du rejet de mucosités spumeuses par la bouche, on pratiqua la ponction de l'œsophage au-dessus de la ligature, afin d'apprécier l'influence de cette ponction sur les efforts de vomissement. Cet animal mourut au bout de trente-quatre heures. A l'autopsie, on reconnut que les nerfs pneumo-gastriques et récurrents n'avaient pas été compris dans la ligature, mais qu'ils étaient rouges et enflammés, ce qui dépendait, sans doute, de l'effusion dans la plaie du liquide versé par la ponction faite à l'œsophage.

N'est-il pas très admissible que, dans ces deux cas, la mort est survenue, non par le fait du nitrate de potasse, administré à doses trop faibles pour la causer, mais bien par suite de la lésion nerveuse qui est venue compliquer la ligature de l'œsophage.

Nous allons voir cette cause intervenir d'une manière plus évidente encore dans l'expérience suivante :

On administre à deux chiens 3 grammes de sulfate de zinc : sur le premier, la ligature est maintenue à demeure, sur le second elle est détachée, après trois heures. Le premier, meurt en vingt-trois heures, le second en trois heures et demie, une demi-heure après la déligature de son œsophage. Sur le premier, les nerfs étaient parfaitement sains; sur le second, le nerf récurrent du côté gauche avait été serré dans la ligature.

Ce fait porte avec lui un sérieux enseignement; il prouve que, malgré toutes les précautions, la ligature de l'œsophage peut être compliquée de la lésion d'un nerf laryngé, et qu'ainsi est susceptible d'intervenir dans les expériences toxicologistes une circonstance étrangère, d'une extrême importance, dont les effets peuvent être attribués, erronément, à la substance expérimentée : d'où, si l'on n'y prend garde, une cause très grave d'erreurs dans les conclusions.

On comprendra l'importance des différents résultats que nous ont donnés les expériences du Val-de-Grâce, en grande partie confirmatives de celles de MM. Bouley et Reynal, si l'on se rappelle qu'Orfila lui-même, le grand-maître de la toxicologie, s'est laissé entraîner à quelques erreurs pour avoir méconnu le rôle considérable qui revient à la ligature de l'œsophage dans les expériences où l'on fait intervenir cette opération.

Qu'on en juge par quelques citations. Nous lisons à l'article AZOTATE DE BISMUTH, l'observation suivante :

EXP. III. — A onze heures, on a fait avaler à un petit chien 3 grammes de *blanc de fard* (sous-azotate de bismuth); immédiatement après on a détaché et lié son œsophage.

Six minutes s'étaient à peine écoulées que l'animal a eu des nausées *et a fait des efforts pour vomir. Sa bouche était remplie de mucosités blanches et filantes, et il poussait des cris plaintifs.* A une heure, il paraissait souffrir beaucoup; les envies de vomir se renouvelaient de temps en temps, sa figure était abattue, ses extrémités supérieures tremblantes. Le lendemain à midi, il marchait facilement et n'avait d'autre symptôme remarquable que l'abattement. Il est mort dans la nuit (c'est-à-dire trente-six heures après l'opération); *la muqueuse de l'estomac était d'un rouge vif.*

Il est clair qu'en négligeant la ligature de l'œsophage, on peut très rigoureusement conclure que la mort a été causée par un empoisonnement. Mais nous connaissons aujourd'hui l'innocuité du sous-nitrate de bismuth; nous savons, d'un autre côté, que la ligature de l'œsophage peut tuer en moins de trente-six heures, surtout lorsque ses effets se combinent avec ceux d'une substance ingérée qui sollicite l'animal à des efforts de vomissements, et, partant de là, nous sommes conduits à des conclusions diamétralement différentes de celles de l'éminent toxicologiste.

Toutefois, si nous nous reportons à l'époque où Orfila faisait ces expériences, nous savons que le magistère de bismuth était généralement arsénifère, et nous pouvons supposer que l'arsenic n'a pas été étranger à la mort, d'autant plus que, dans l'expérience suivante, Orfila tue un chien épagneul assez fort avec 10 grammes du même sel; l'œsophage n'étant pas lié.

La troisième expérience du chapitre sur l'AZOTATE DE POTASSE prête absolument aux mêmes critiques. Un chien dont l'œsophage est lié meurt vingt-neuf heures après avoir pris 4 grammes de nitrate de potasse, et l'on conclut à son empoisonnement par cette dose. Ici, encore, même cause d'erreur que dans le cas précédent.

Mais il est inutile d'insister : si nous avons mis en évidence quelques taches dans la grande œuvre d'Orfila, ce n'est pas, on le pense bien, dans un but exclusivement critique, mais afin de faire profiter les expérimentateurs à venir de l'enseignement, qui verront des fautes échappées à un auteur éminent, car c'est là le privilége des hommes supérieurs que les erreurs mêmes qu'ils commettent peuvent servir de leçons utiles à tous ceux qui marchent dans la voie qu'ils ont ouverte.

Les documents que nous avons entre nos mains ne fournissent malheureusement pas beaucoup de données pour l'éclaircissement de la partie de la question que nous venons d'examiner.

Les deux mémoires de M. Colin ne renferment que deux expériences dans cet ordre d'idées. 2 décilitres d'eau tiède ont été administrés à un chien, avant la ligature de l'œsophage et 10 centigrammes d'émétique à un autre. La ligature a été détachée au bout de vingt-quatre heures et tous deux ont survécu.

Il n'y a qu'une conclusion à tirer de ces faits, c'est que, à la dose de 10 centigrammes, l'émétique peut n'être pas toxique sur le chien.

Seul de tous les expérimentateurs qui vous ont adressé leurs travaux sur la ligature de l'œsophage, M. le docteur Zumowski a entrepris quelques expériences sur ce point, mais il a eu le tort, en se proposant de contrôler celles de MM. Bouley et Reynal, de ne pas les répéter exactement et d'en suivre d'autres qui en diffèrent essentiellement, en sorte que les résultats des unes et des autres ne sont pas comparables. Cette manière de faire n'est pas la bonne.

Quand on se donne pour mission le contrôle d'un travail expérimental quel qu'il soit, on devrait toujours commencer par s'astreindre à répéter fidèlement les expériences dont on se propose de vérifier l'exactitude. C'est là la route la plus sûre et la plus courte pour arriver à la constatation de la vérité. Malheureusement telle n'est pas celle qu'a suivie M. Szumowski. Aussi qu'en résulte-t-il? C'est qu'il s'est placé à côté de la question qu'il s'agissait de résoudre. Rien d'étonnant donc que, visant à un autre but que celui qui était proposé, il ne l'ait pas atteint. Du reste, on va juger du procédé de M. Szumowski par la relation d'une de ses expériences.

Nous prenons celle qui est faite avec le sulfate de zinc.

M. Szumowski administre 2 grammes 50 centigr. de ce sel à deux chiens dont il maintient l'œsophage lié pendant vingt-quatre heures. Ces deux chiens survivent.

Sur quatre autres, il fait les expériences suivantes : à deux, il donne le sulfate de zinc à la dose de 5 grammes. L'œsophage du premier est maintenu lié pendant cinq heures, et celui du second pendant deux heures. Le premier meurt cinq heures et le second six heures après l'opération.

A un troisième chien, le sel de zinc est donné a la dose de 15 gram., et à un quatrième à la dose de 25 grammes. Sur l'un et sur l'autre, l'œsophage n'est maintenu lié que deux heures. Tous les deux succombent, le premier vingt-deux heures et le deuxième deux heures après l'opération.

Ces résultats obtenus, M. Szumowski administre le même sel à d'autres chiens, mais, cette fois, sans lier l'œsophage.

Un premier animal, auquel on en donne 15 grammes, est pris de vomissements répétés et guérit.

Sur trois autres animaux auxquels le sel de zinc fut donné à la dose de 5 grammes, deux guérirent et un seul mourut.

De ces expériences, et d'autres semblables faites avec le sulfate de cuivre, l'infusion de racine d'ipécacuanha et l'acide oxalique, M. Szumowski conclut :

Que les substances émétiques données à petite dose n'entraînent pas la mort, quand bien même l'œsophage reste lié pendant vingt-quatre heures;

Mais que si les émétiques sont donnés à dose toxique, les animaux expirent, nonobstant le temps au bout duquel la ligature de l'œsophage est détachée.

Qu'en conséquence cette opération ne saurait OBSCURCIR L'ACTION DES POISONS.

Mais telle n'était pas la question posée par MM. Bouley et Reynal. Ils n'ont nullement prétendu que la ligature pouvait obscurcir l'action des poisons; ils ont dit, ce qui est bien différent, que la ligature de l'œsophage, maintenue d'une manière permanente, pouvait, par les désordres qu'elle produit, et par les accidents mortels qu'elle entraîne, *faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives, expérimentées par l'intermédiaire de la ligature.*

Pour vérifier la justesse de cette proposition, il fallait se servir, non pas de substances toxiques, comme celles qu'a employées M. Szumowski, mais bien de matières certainement inoffensives ou peu actives, comme celles dont MM. Bouley et Raynal ont fait usage, et voir la différence des résultats donnés par ces matières, suivant que les animaux auxquels on les administre ont l'œsophage lié d'une manière permanente ou temporaire.

C'est ce qu'a fait votre commission au Val-de-Grâce, et, comme nous l'avons dit plus haut, les résultats qu'elle a constatés concordent assez exactement avec ceux qu'ont relatés MM. Boulley et Reynal.

Donc, la proposition qu'ils ont soutenue peut, ce nous semble, être considérée comme vraie.

Ici s'arrête, Messieurs, la partie de notre travail qui a trait à la vérification des faits. Arrivons maintenant à leur interprétation.

Il ressort, Messieurs, du relevé statistique des faits recueillis dans les différents documents mis à notre disposition pour la rédaction de ce rapport, que la ligature permanente de l'œsophage est mortelle dans les neuf dixièmes des cas, et que la durée de la vie des animaux destinés à mourir par le fait de cette opération peut varier entre deux heures et six jours.

Qu'est-ce qui cause la mort en pareilles circonstances?

A cet égard, les opinions sont très divergentes. Examinons-les successivement.

Pour procéder méthodiquement à l'étude de cette question complexe, il faut distinguer les cas suivant que la mort arrive peu de temps après l'opération, ou au bout d'un assez long délai, car il est évident que dans l'une et dans l'autre circonstance, sa cause ne saurait être la même.

Lorsque la mort arrive tardivement, c'est-à-dire passé la trentième ou la quarantième heure, l'autopsie fait reconnaître presque constamment l'existence, à l'endroit de l'opération, d'un clapier purulent, produit soit directement par l'action traumatique, soit par l'effusion dans la plaie de matières putrescibles, échappées de l'œsophage, dont la continuité s'est rompue d'une manière plus ou moins complète sous l'influence de l'étreinte. Dans ce cas, la cause de la mort ne saurait être douteuse pour personne; elle réside évidemment dans l'altération des nerfs vagues, de leurs récurrents et des cordons sympathiques du cou qui baignent dans le pus et sont enflammés dans une vaste étendue.

Sur ce premier point, il n'y a pas et il ne peut y avoir de désaccord.

Ici encore, il y a lieu de distinguer suivant que la mort a lieu dans un très court délai après l'opération, ou suivant que douze, quinze ou vingt heures s'écoulent avant qu'elle arrive.

Dans le premier cas, il y a toutes probabilités quelle résulte de la lésion directe des nerfs qui accompagnent le conduit œsophagien, soit que ces nerfs aient été froissés dans les manipulations nécessaires pour aller à la recherche de l'œsophage et pour l'extraire de la plaie, soit que l'un d'eux, et notamment les récurrents aient été compris dans le lien qui enserre l'œsophage.

Les expériences physiologiques militent fortement en faveur de cette interprétation. On sait qu'il suffit que l'un des nerfs vagues soit serré, froissé ou tiraillé, pour que des accidents de dyspnée se manifestent et que l'asphyxie survienne. A plus forte raison, doit-il en être ainsi, lorsque l'un de ces nerfs est compris dans la ligature.

La lésion d'un des récurrents peut produire des phénomènes analogues, soit qu'elle détermine la paralysie incomplète du larynx, soit qu'elle facilite l'intromission dans les voies respiratoires du liquide visqueux qui remplit la cavité pharyngienne.

M. Colin, dans son second mémoire, a relaté des expériences qui prouvent la part considérable que la lésion des nerfs vagues peut avoir dans les phénomènes dyspnéiques qui sont quelquefois consécutifs à la ligature de l'œsophage.

Au moyen d'une petite incision sur le côté du cou, les nerfs pneumo-gastriques sont mis à nu puis serrés en un seul point de leur trajet, pendant quelques secondes, entre les mors d'une pince anatomique. L'œsophage était resté intact. Immédiatement après, symptômes d'asphyxie, bouche entre-ouverte, narines dilatées, teinte violacée des muqueuses; enfin, chose remarquable, déjection par la bouche, pendant une demi-heure d'un liquide visqueux, semblable à celui que rendent les animaux après la ligature de l'œsophage. Ce chien est mort au bout de trois jours, dans un état d'abattement, comme cela arrive lorsque l'un des nerfs vagues est lié ou coupé.

Mêmes phénomènes et mêmes résultats sur un autre chien auquel la même opération du pincement des nerfs vagues avait été faite.

Un chien dont M. Colin avait compris les deux nerfs vagues dans le le lien serré autour de l'œsophage est mort en sept heures, avec tous les symptômes les plus caractéristiques de l'asphyxie.

Si maintenant nous consultons les faits qui servent de base à ce rapport, nous en trouvons deux parmi eux qui portent témoignage de l'importance de la lésion des récurrents.

L'un de nos chiens du Val-de-Grâce meurt en trois jours, à la suite de la ligature de l'œsophage. A son autopsie, on constate qu'un des récurrents avait été compris dans le lien.

M. Colin, dans son premier mémoire, cite un fait semblable.

Il y a très forte présomption qu'il faut rattacher à un accident de cette nature la mort si rapide de deux des animaux dont parle M. Bouley dans sa première communication à l'Académie, l'un mort en moins de deux heures et l'autre en trois.

La mort à court délai, consécutivement à la ligature de l'œsophage, peut donc être très rationnellement attribuée à la lésion de l'un ou de l'autre des nerfs qui accompagnent ce conduit pendant ou à la suite des manœuvres opératoires.

Cette conclusion suffirait à elle seule pour prouver que la ligature de l'œsophage est loin d'avoir l'innocuité et la bénignité que l'on s'est plû à lui attribuer, et que, conséquemment, il faut lui assigner, dans les expériences toxicologiques, une autre importance que celle qu'on lui a donnée jusqu'à présent. Car, enfin, on n'est jamais absolument sûr de laisser les nerfs voisins de l'œsophage à l'abri de toute atteinte, quand on va à la recherche de ce conduit. Et la preuve, c'est que, dans nos expériences du Val-de-Grâce, un des nerfs récurrents a été compris dans une ligature, bien qu expérimentateurs et commissaires se tinssent sur leurs gardes et cherchassent à éviter cette complication; c'est que M. Colin n'a pas su non plus l'éviter, dans une expérience par laquelle il se proposait de contrôler celles de M. Bouley, et de prouver que la ligature de l'œsophage n'entraînait pas les conséquences que ce dernier lui a attribuées.

Si, entre les mains d'expérimentateurs habiles et prévenus, de pareils faits ont pu se produire, pour ainsi dire, à leur insu, combien de fois n'ont-ils pas dû intervenir dans les expériences faites par des opérateurs exclusivement préoccupés des résultats toxicologiques, et qui devaient avoir peu de soucis des conséquences d'une opération, considérée par eux comme parfaitement simple et exempte de tous dangers?

Mais la lésion des nerfs ne rend pas compte de tous les phénomènes graves consécutifs à la ligature. Si, en effet, c'était à cette cause que ces phénomènes dussent toujours être attribués, on ne devrait pas les voir cesser dès que la ligature est détachée, puisqu'il résulte des expériences relatées plus haut qu'il suffit de pincer les nerfs vagues pendant quelques secondes, entre les mors d'une pince anatomique, pour que, fatalement, surviennent des accidents dyspnéiques et la mort au bout de quelques jours. Or, l'observation démontre que, dans un grand nombre de cas, dès que la constriction de l'œsophage est levée, tous les accidents cessent et les animaux récupèrent la santé en quelques jours.

Il y a donc une autre cause à invoquer que la lésion directe des nerfs, pour expliquer les phénomènes qui succèdent à la ligature, et la mort par laquelle quelquefois ils se terminent.

Cette cause, quelle est-elle? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

Nous avons vu plus haut, dans l'exposé des symptômes qui suivent la ligature, que, dans la plupart des cas, immédiatement après l'application du lien constricteur, la bouche se remplit de mucosités visqueuses, filantes, qui ne tardent pas à devenir spumeuses par l'agitation, et sont rejetées de la bouche par gros flocons, avec des efforts évidents de vomissement.

D'où viennent ces mucosités?

Sont-elles seulement le produit de la sécrétion normale de la muqueuse pharyngienne et n'apparaissent-elles au dehors en aussi grande quantité que parce qu'elles ne peuvent pas être dégluties comme dans l'état physiologique?

Ou bien n'arrive-t-il pas, en pareilles circonstances, que la sécrétion pharyngienne est considérablement augmentée par un effet réflexe, comme cela se remarque toutes les fois que, par une cause ou par une autre, un animal est sollicité à vomir? Nous penchons vers cette dernière opinion, car la quantité de spumosités rejetées dans les premiers moments qui suivent la ligature est beaucoup plus abondante que celle qui normalement est sécrétée par le pharynx.

Quoi qu'il en soit, après la ligature, l'arrière-bouche et la bouche se remplissent de mucosités visqueuses et spumeuses très abondantes; voilà le fait important à rappeler pour les développements qui vont suivre.

Deux des expérimentateurs qui vous ont soumis les résultats de leurs recherches, MM. Follin et Louis Orfila pensent que ces mucosités accumulées dans le pharynx et difficilement rejetées, ont une part considérable dans la production des phénomènes qui se manifestent après la ligature. Suivant eux, ce sont ces mucosités qui donnent lieu à des efforts de vomissement; ce sont elles qui, en s'introduisant dans le larynx, la trachée et les bronches, déterminent des accidents de suffocation et amènent la mort par suite d'une asphyxie rapide ou lente.

Voici les faits sur lesquels MM. Follin et L. Orfila s'appuient, respectivement, pour soutenir cette opinion, qui a aussi été adoptée par M. Sée, dont les recherches ont été publiées dans la *Gazette hebdomadaire.*

M. Follin voulant grossir les phénomènes, afin de les rendre plus saillants, a fait les expériences suivantes :

Sur trois chiens, il a pratiqué la ligature de l'œsophage; puis, pendant quelques heures après l'opération, il a maintenu ces animaux muselés à l'aide d'un lien qui rapprochait les mâchoires, dans l'intention d'opposer un plus grand obstacle à la réjection par la bouche des mucosités pharyngiennes.

Ces trois chiens ont présenté des symptômes d'agitation beaucoup plus accusés que dans les conditions ordinaires, et tous les trois ont succombé dans l'espace de quatorze à quinze heures.

A leur autopsie, M. Follin a constaté la présence de mucosités dans le larynx et d'ecchymoses multiples dans les deux poumons.

Sur quatre chiens, M. Follin a pratiqué la ligature dans les conditions suivantes :

Sur l'un, le lien *a été peu serré*, et les mâchoires sont restées libres. Il n'y a pas eu de symptômes d'agitation; l'œsophage ayant été délié le lendemain, l'animal est revenu à la santé.

Dans une seconde expérience, l'œsophage est serré très étroitement, mais on le ponctionne au-dessus du lien, afin d'ouvrir aux mucosités pharyngiennes une voie d'échappement. Aucune agitation, aucun effort de vomissement. La ligature est détachée le surlendemain, et l'animal survit.

Enfin, sur deux autres chiens, le lien est maintenu très serré, et l'œsophage n'est pas ponctionné. Ces deux animaux se livrent à des efforts de vomissement et sont très agités. Tous deux succombent, l'un en en trente-quatre heures, l'autre en dix-neuf heures. A leur autopsie, on trouve sur le premier une hépatisation pulmonaire, sur le second des ecchymoses multiples.

M. Follin conclut de ces expériences que la manifestation des phénomènes consécutifs à la ligature est proportionnelle aux difficultés de la respiration produites par la présence de mucosités pharyngiennes; que, lorsque ces mucosités ne peuvent pas s'échapper librement, la mort est prompte : témoin, les trois animaux dont il a maintenu les mâchoires rapprochées;

Qu'au contraire, lorsque soit par le fait de la laxité de la constriction œsophagienne, soit par suite de la ponction de l'œsophage au-dessus

de la ligature, les mucosités pharyngiennes peuvent être dégluties et s'échapper du pharynx; les symptômes de suffocation et de régurgitation sont nuls, et l'opération beaucoup moins dangereuse.

Telle est aussi l'opinion de M. L. Orfila.

Suivant cet expérimentateur, les chiens qui ne salivent pas ne meurent pas, même quand la constriction dure pendant vingt-quatre heures.

Les chiens qui salivent meurent plus ou moins vite, avec des symptômes de suffocation.

Les efforts de vomissement sont exclusivement causés par la présence de la salive.

Si on tue ces animaux, pendant ces efforts, par la section de la la moelle épinière, on trouve, à leur autopsie, le larynx obstrué par des mucosités qui ont pénétré jusque dans la trachée et les bronches.

Si on les laisse mourir, on rencontre des lésions de l'appareil respiratoire, consistant dans l'engouement, la congestion, l'inflammation du parenchyme pulmonaire; le sang est noir dans les cavités du cœur, comme à la suite de l'asphyxie.

Si, enfin, on perce l'œsophage au-dessus de la ligature, on prévient la manifestation des symptômes d'asphyxie et la production des lésions pulmonaires. Dans ces cas, les animaux peuvent vivre trois, quatre et même sept et huit jours après l'opération.

« Qu'il me soit permis, dit M. L. Orfila, en terminant sa lettre, de » rappeler que, dans toutes ses expériences, Orfila pratiquait la ponc- » tion préalable de l'œsophage, pour introduire la substance dont il » voulait étudier l'action. Or, de ce qui précède, il résulte que cette » condition est très importante, et, par conséquent, les travaux contra- » dictoires, faits jusqu'à présent, *sans qu'il ait été tenu compte de cette* » *circonstance*, n'infirment nullement les résultats obtenus par Orfila, » et n'infirmeront pas les études des expérimentateurs qui opéreront » comme lui et qui, dans leurs conclusions, se conformeront à ses pré- » ceptes. »

Les faits que nous venons de rappeler sommairement semblent, à première vue, être tout à fait probatifs en faveur de l'opinion que soutiennent MM. Follin et L. Orfila; mais quand on y réfléchit, on voit qu'ils n'ont pas une portée aussi grande que celle que leur attribuent ces deux expérimentateurs. En général, les efforts de vomissement et la réjection par la bouche de mucosités spumeuses ne durent que pendant les premières heures qui suivent la ligature. Ils cessent, ensuite, à peu près complétement, et les animaux restent calmes, plus ou moins abattus. A cette époque, la respiration paraît s'effectuer avec liberté. Détachez alors la ligature, la plupart des sujets opérés échapperont à la mort, comme les faits exposés plus haut en témoignent; maintenez-la, la plupart, au contraire succomberont. Comment faire concorder ces résultats avec l'hypothèse que les animaux chez lesquels on maintient la ligature succombent à une asphyxie rapide ou lente, déterminée par l'introduction des matières pharyngiennes dans les bronches?

Si l'introduction de ces matières a lieu, ce ne peut être que dans les premières heures consécutives à l'opération, puisque, plus tard, leur sécrétion diminue notablement. Si, dans ces premières heures, ces matières sont introduites en assez grande quantité pour amener la mort, comment se fait-il que l'enlèvement de la ligature suffise pour prévenir cette terminaison, et que les animaux récupèrent leur santé, malgré ces altérations pulmonaires que l'on dit avoir constatées dès les premières heures de l'expérience, et que l'on croit être suffisantes pour déterminer l'asphyxie?

Cette objection grave contre la théorie de MM. Follin et L. Orfila empêche d'adopter leurs conclusions.

Cependant, on ne saurait contester que la présence dans le pharynx des mucosités gluantes qu'y fait affluer la ligature de l'œsophage, n'ait sa part d'influence dans la manifestation des phénomènes qui succèdent à l'opération. Votre commission a vérifié, sur trois de ses sujets d'expérience, que la ponction de l'œsophage au-dessus de la ligature avait fait cesser immédiatement les efforts de vomissement et mis fin à l'agitation à laquelle les animaux étaient en proie. Toutefois, cet effet n'est pas constant.

Nous avons vu, sur un chien, les mucosités rejetées par la bouche avec effort, bien que l'œsophage fût ouvert. M. Colin, dans son second mémoire, relate également l'histoire d'un chien qui, trente-cinq minutes après la ponction de l'œsophage rejetait par la bouche, avec effort, une grande quantité de salive spumeuse, absolument comme si l'œsophage n'avait pas été ouvert.

Quant aux altérations que l'on rencontre dans les poumons des chiens qui ont succombé à la suite de la ligature de l'œsophage, nous n'avons pas trouvé qu'elles eussent l'importance que MM. Follin et L. Orfila leur ont assignée. Notre cahier d'expérience du Val-de-Grâce renferme la relation de dix autopsies de sujets morts soit après la ligature simple, soit après la ligature combinée avec l'administration d'une des substances expérimentées.

Voici les résultats que donne le relevé de ces expériences:

Abcès métastatiques.	1 fois.
Poumons sains.	4 fois.
Poumons congestionnés par places plus ou moins nombreuses, mais surnageant.	5 fois.

Il est intéressant de faire observer que sur l'un des sujets de cette dernière série, l'œsophage avait été ponctionné au-dessus du lien, dix minutes après son application, en sorte que, dans ce cas, les lésions pulmonaires, identiques à celles des autres sujets dont l'œsophage n'avait pas été percé, ne pouvaient pas être rattachées à l'introduction des mucosités pharyngiennes dans les voies respiratoires.

Concluons donc que les accidents mortels consécutifs à la ligature ne procèdent pas exclusivement de l'altération qu'on peut rencontrer dans les poumons, et que cette altération, quand elle existe, ce qui n'est pas un fait constant, ne résulte pas exclusivement de l'introduction dans les bronches des mucosités pharyngiennes.

Maintenant, une dernière observation avant de terminer sur ce point: M. L. Orfila qui d'abord avait contesté les dangers de la ligature de l'œsophage en se fondant sur d'anciennes expériences, s'est livré à de nouvelles études sur ce sujet, et il est venu vous avouer, avec une bonne foi qui l'honore, qu'effectivement cette opération pouvait être mortelle dans quelques cas. Mais, suivant lui, ces faits nouveaux n'infirmeraient en rien les résultats obtenus par Orfila et ne sauraient infirmer les études des expérimentateurs qui opéreront comme lui, et se conformeront à ses préceptes, parce que Orfila avait toujours l'habitude de pratiquer une ouverture à l'œsophage, avant de le lier, pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action.

La vérité nous oblige à dire qu'en formulant cette affirmation, M. Orfila neveu n'avait plus bien présent à la mémoire le texte de l'ouvrage de son oncle, car Orfila donne évidemment la préférence au procédé de ligature *sans percement de l'œsophage*, et il le préconise comme supérieur à l'autre, celui *avec percement*.

« Je ne cesserai de le répéter, dit-il (p. 49, t. I, de sa *Toxicologie*, » édit. de 1852), on évite toute sorte d'erreur en liant l'œsophage SANS » LE PERCER (ces derniers mots sont soulignés dans le texte), puisque, » dans ce cas, les chiens sont à peine incommodés, alors même que la » ligature est maintenue pendant trente-six heures. »

Nous devons ajouter pourtant que, nonobstant cette assertion si nette, Orfila pratiquait souvent le percement de l'œsophage, comme il appert de sa relation de 12 expériences rapportées dans sa 4e édition (pages 27 et 28); jusqu'à sa 4me édition, il ne parle pas du percement de l'œsophage, qu'il pratiquait pourtant pour introduire le poison.

Il nous resterait maintenant, Messieurs, pour terminer notre rapport, à examiner l'opinion que M. Bouley a exposée devant vous sur les causes des désordres qui surviennent à la suite de la ligature de l'œsophage; mais là notre mission s'arrête. M. Bouley est membre de cette assemblée, et comme tel il ne saurait être notre justiciable. Vous nous aviez confié le soin d'assister à ses expériences et de vous en rendre compte, c'est ce que nous avons fait dans la première partie de ce rapport. Quant à sa manière de voir, il l'a lui-même exposée devant vous, dans deux communications successives: libre à chacun de la discuter, et à M. Bouley le rôle de la défendre. Pour ma part, dans l'intérêt de la discussion qui peut s'ouvrir sur le sujet que je viens de traiter, je me bornerai à rappeler ici son opinion sans commentaires.

Suivant M. Bouley, la ligature de l'œsophage est une opération douloureuse qui détermine des désordres dans tout l'organisme, par suite des relations synergiques établies entre le conduit œsophagien et les autres organes digestifs.

C'est en vertu de ces étroites relations qui s'expliquent anatomiquement par les anses nerveuses, procédant du pneumo-gastrique et du trisplanchnique dont l'œsophage se trouve enlacé, que la ligature de ce conduit devient une cause toujours prédisposante et souvent même immédiatement déterminante des efforts du vomissement, efforts qui sont d'autant plus prompts à se manifester et d'autant plus énergiques, qu'il y a quelque chose dans l'estomac au moment de la constriction de l'œsophage, et qui sont d'autant plus prompts, plus énergiques et plus prolongés, que ce quelque chose jouit de propriétés émétiques.

Telle est, Messieurs, textuellement l'opinion que M. Bouley a développée devant vous, et que je lui laisse le soin de soutenir.

Toutefois, je dois faire ici une dernière observation, propre à éclairer la question débattue, parce qu'elle prouve que la lésion propre de l'œsophage est en soi une affaire importante, et qui, à elle seule, a sa grande part d'influence dans la manifestation des phénomènes qui suivent la ligature. Cette observation, la voici: c'est que, quelque signification que l'on veuille attacher à l'expression des symptômes qui se produisent après la ligature, il est certain que ces symptômes sont d'autant plus accusés, que la constriction est exercée sur l'œsophage d'une manière plus énergique, et a, d'emblée, plus profondément altéré sa structure.

Là se trouve, sans aucun doute, la raison de la différence des résultats qu'obtiennent les différents expérimentateurs qui pratiquent cette opération.

Le mot de cette énigme nous a été donné par l'analyse attentive des mémoires qui nous ont été soumis.

Ainsi, par exemple, M. Follin nous a présenté la relation sommaire de sept expériences. Dans un seul cas la ligature a été maintenue peu serrée; et le sujet de cette expérience est resté très calme après l'opération. Le lendemain, il paraissait à peine malade, et, dès que la ligature a été détachée, il a vite repris tous les caractères de la santé. Dans les six autres expériences rapportées par M. Follin, l'étreinte de l'œsophage a été très énergique; alors les symptômes se sont manifestés d'une manière très accusée, et des six sujets de ces expériences, cinq ont succombé.

L'influence du degré de la constriction ressort aussi clairement de l'analyse des mémoires de M. Colin, bien que cet expérimentateur n'en fasse pas mention.

Le but de M. Colin était de prouver, à l'encontre de l'opinion soutenue par MM. Bouley et Raynal, que la ligature de l'œsophage est une opération bénigne qui peut être négligée sans inconvénients dans les expériences de toxicologie.

Dans cette intention, M. Colin a pratiqué quatorze opérations de ligature, qui toutes ont réussi, le lien n'étant pas resté au delà de trente heures, et le plus souvent ayant été détaché en deçà. En général, les symptômes que M. Colin dit avoir observés sont peu accusés, et témoignent que les sujets de ces expérienees ne s'en ressentaient que faiblement.

Quel est le secret d'un succès aussi constant et qui a manqué à M. L. Orfila lui-même, malgré le désir si légitime qu'il devait avoir de trouver et de venir vous présenter des arguments en faveur de la doctrine de son oncle. Ce secret, M. Colin va nous le laisser surprendre. A côté des expériences dans lesquelles le lien est nécessairement peu serré autour de l'œsophage, puisqu'on se proposait de ménager l'intégrité de ce conduit, afin que les animaux pussent revenir à la santé après la déglutition, à côté de ces expériences, disons-nous, M. Colin en a relaté d'autres, par lesquelles il se proposait de rechercher *quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination*. Dans ce cas, il fallait que le lien fût très fortement serré, afin de se mettre dans les conditions signalées par notre collègue, M. Jobert, pour étudier les phénomènes de la cicatrice, après la ligature. C'est ainsi que, dans ces cas, M. Colin l'a effectivement appliqué, et alors les symptômes qu'il a déterminés ont été beaucoup plus accusés que dans les expériences précédentes, où la ligature n'avait d'autre résultat que d'effacer la lumière du conduit œsophagien, mais sans intéresser ses parois et conséquemment les filets nerveux en grand nombre qui se ramifient dans sa trame.

Vous devez comprendre, Messieurs, l'importance de cette observation, par l'application de la ligature de l'œsophage aux expériences de toxicologie.

Ici, Messieurs, se termine notre rapport.

Nous n'avons plus maintenant qu'à vous présenter, sous forme de conclusions, les différentes propositions qui en ressortent.

1° L'application d'un lien constricteur sur le tube œsophagien est suivie d'une manière assez constante de symptômes spéciaux qui, quelle qu'en soit la cause, ont un caractère assez sérieux, pour qu'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques.

2° Ces symptômes sont d'autant plus accusés, que l'œsophage est serré plus étroitement; d'autant moins que sa constriction est plus lâche.

3° La constriction permanente de l'œsophage est mortelle dans les neuf dixièmes des cas.

4° La durée maximum de la vie ayant été de six jours chez les sujets des expériences qui ont servi de base à ce rapport, il en ressort cette conséquence qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances qu'on expérimente, en maintenant l'œsophage lié, lorsque la mort n'arrive, après leur ingestion, que le deuxième, troisième, quatrième, cinquième ou sixième jour qui suit l'opération, et, à plus forte raison, si cette période de temps est dépassée.

5° Les symptômes caractéristiques de la ligature permanente de l'œsophage sont ceux d'un abattement profond, une fois passée la période des vingt-quatre premières heures.

6° Les lésions consécutives à la constriction permanente de l'œsophage consistent généralement dans l'inflammation des nerfs qui accompagnent l'œsophage: inflammation avec ou sans foyer purulent dans la région où s'est exercée l'action traumatique; d'où cette conséquence rigoureuse, que toute expérience toxicologique dans laquelle cette complication est intervenue doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareils cas, les accidents mortels résultent des substances essayées ou de l'inflammation des nerfs du cou.

7° La ligature temporaire de l'œsophage ne serait mortelle que trois fois sur cent, d'après les relevés statistiques présentés dans ce rapport.

8° En règle générale, ses effets sont d'autant moins graves que le temps de son application est moins prolongé: d'où cette conséquence que, pour simplifier autant que possible les expériences de toxicologie, il faut laisser le lien constricteur appliqué le moins longtemps possible sur l'œsophage, en ayant soin de ne le serrer que juste au degré voulu pour mettre obstacle au retour des matières ingérées, mais sans intéresser les parois de l'œsophage. La durée de l'application du lien ne devrait pas excéder six heures, époque à laquelle les substances ingérées, ou ne sont plus dans l'estomac, ou bien y ont produit tout l'effet qu'elles peuvent déterminer.

9° La ligature prolongée et étroitement serrée de l'œsophage peut, par les désordres qu'elle produit et par les accidents mortels qu'elle entraîne, faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives.

10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle, par exception, même dans les premières heures qui suivent son application, on doit toujours se préoccuper de cette éventualité dans les expériences toxicologiques, et s'assurer, par un examen attentif des nerfs du cou et des organes respiratoires, si aucune lésion n'est intervenue, susceptible de compliquer les phénomènes; puis, comme, en définitive, toutes les causes de mort, après la ligature ne sont pas connues, on ne devra formuler une conclusion qu'autant qu'en répétant les expériences avec les précautions qui viennent d'être indiquées, et surtout sans pratiquer la ligature, comme le faisait Orfila et comme il recommandait de le faire (4me éd., p, 29), on aura obtenu des résultats constamment identiques.

La conclusion dernière de ce rapport est que MM. Bouley et Raynal ont été bien inspirés, en fixant de nouveau l'attention des expérimentateurs sur la ligature de l'œsophage, opération souvent indispensable dans les expériences toxicologiques, mais dont on avait le tort d'exagérer l'innocuité.

Maintenant, on ne saurait contester que cette opération ait ses dangers; mais il sera possible de les réduire à l'avenir à des proportions bien moindres, en observent les règles que nous venons de formuler d'après l'étude attentive des faits.

C'est à MM. Bouley et Raynal que doit revenir le mérite d'avoir introduit cet important perfectionnement dans la toxicologie expérimentale.

L'Académie doit des remercîments à MM. Collin, Follin, L. Orfila et Szumowski pour les intéressantes communications qu'ils lui ont envoyées, et dans lesquelles nous avons trouvé des documents très utiles pour la rédaction de ce travail.

Nous vous proposons, Messieurs, de les leur adresser.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Juillet 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

La correspondance non officielle comprend:

1° Des lettres de M. le docteur GRASSI, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et de M. BOUIS, docteur ès-sciences, qui prient l'Académie d'inscrire leurs noms sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales.

2° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857, par M. le docteur Prosper HULLIN, de Mortagne, dans les départements de la Vendée, de Maine-et-Loire et des Deux-Sèvres.

3° Un mémoire sur les revaccinations pratiquées à la première batterie du 10e régiment d'artillerie en garnison à Rome, par M. DEZOTTEUX, médecin aide-major au 8e cuirassiers.

4° La relation de l'autopsie du docteur MOURA par M. le docteur CARON DU VILLARS. L'autopsie de M. Moura, sur lequel M. le docteur Peixoto a cru avoir lié le tronc artériel brachio-céphalique, justifie les doutes émis par M. Malgaigne sur la réalité de la ligature, et réalise le vœu exprimé par M. Velpeau de pouvoir faire l'examen direct des pièces.

M. BOUDET donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. E. BAUDRIMONT, ayant pour titre: *Recherches sur la composition chimique des cendres de cheveux*.

M. Baudrimont admet qu'on doit attribuer la coloration des cheveux à des combinaisons dont le fer serait la base, dans lesquelles il jouerait le rôle de principe colorant comme dans l'hématine du sang. L'intensité de la coloration serait proportionnelle aux quantités de fer contenues dans ces combinaisons. Développant ce système, M. Baudrimont pense que l'on pourrait expliquer le rapport qui existe entre la couleur plus ou moins foncée des cheveux et les tempéraments plus ou moins sanguins ou lymphatiques, par la richesse plus ou moins grande du sang en globules, c'est-à-dire en matière ferrugineuse.

« Nous sommes d'avis, dit M. le rapporteur, que les idées émises par M. Baudrimont sont plutôt des pressentiments propres à éclairer sa marche dans de nouvelles recherches, qu'une théorie déduite de l'observation des faits.

» En résumé, le travail de M. Baudrimont enrichit la science de nouvelles observations sur la composition de la substance minérale des cheveux; nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de le remercier de son intéressante communication. »

M. CAVENTOU pense, après avoir entendu le rapport de M. Boudet, que les expériences de M. Van-Laën, qu'a citées M. le rapporteur, et celles de M. Baudrimont, ne détruisent pas les résultats auxquels était arrivé Vauquelin dans ses beaux travaux sur les causes de la coloration des cheveux. Il aurait voulu que M. le rapporteur exprimât ce fait d'une façon plus explicite dans ses conclusions.

M. BOUDET répond que nulle part, dans son rapport, il n'a infirmé les résultats des recherches de Vauquelin; qu'il n'a fait que rapporter les doutes, à cet égard, de M. Van-Laën; mais qu'il s'est acquitté, avec toutes réserves, de cette énonciation, dont son rôle de rapporteur lui faisait un devoir.

M. DEVERGIE ajoute que, s'il a bien compris le rapport, la coloration des cheveux noirs dépendrait, selon M. Baudrimont, de la présence du fer, et que les sujets lymphatiques ayant un sang peu riche en sels ferrugineux devraient avoir les cheveux peu colorés; or, l'observation dément cette théorie. Rien n'est plus commun que de voir des sujets lymphatiques ayant des cheveux parfaitement noirs. Les expériences chimiques sont inutiles ici, le fait étant facile à constater *de visu*.

Après ces diverses observations, les conclusions du rapport sont adoptées.

M. LARREY monte à la tribune, et donne lecture d'une note en réponse à un article publié le 10 juillet courant par un journal de Toulouse, et relatif aux dangers de la revaccination, article basé sur le rapport que M. Larrey a récemment adressé à M. le maréchal, ministre de la guerre.

Il résulte des détails dans lesquels entre M. Larrey et des explications qu'il donne à l'Académie, qu'un certain nombre d'hommes (9) appartenant au 10e régiment d'artillerie ont été pris, en effet, d'accidents plus ou moins graves après avoir été soumis à la revaccination, pratiquée d'ailleurs avec toutes les précautions et toute l'habileté désirables sur 60 artilleurs.

Ces accidents peuvent être considérés comme formant deux groupes: les uns, généraux (accidents typhiques survenus chez trois hommes); les autres, localisés (accidents érysipélateux). Les premiers, du reste, ainsi que les derniers, ont débuté par des phlegmons siégeant au bras droit sur huit artilleurs, et au bras gauche sur le neuvième, qui était gaucher. Tous ont guéri. L'enquête à laquelle s'est livrée la commission instituée à ce sujet par M. le ministre de la guerre, a fait voir que la cause des affections typhoïdes devait être rapportée aux fatigues du service qu'impose à l'artillerie pendant les grandes chaleurs l'approche de l'inspection générale. Les médecins militaires savent, par expérience, combien dans certaines saisons, et à des époques souvent déterminées, cette influence est certaine.

Quant à la cause des accidents locaux, elle réside très probablement dans la sollicitude des cavaliers pour leur monture, et dans la persistance avec laquelle les hommes revaccinés ont voulu panser leurs chevaux, quoi qu'ils eussent été exemptés de tout service pendant les premiers jours qui ont suivi la revaccination.

En résumé, aucun de ces accidents ne saurait être attribué à la revaccination elle-même, qui a été faite d'une façon aussi régulière que conforme aux règles de l'art.

M. Larrey croit devoir faire connaître à l'Académie les mesures qu'il a conseillées à M. le ministre de la guerre.

Les principales sout de ne revacciner qu'un petit nombre d'hommes à la fois, à cause des exigences du service; — de ne vacciner que les hommes de bonne volonté; — de revacciner au printemps ou à l'automne seulement; — d'astreindre les hommes revaccinés au repos pendant une semaine, et de ne pas se borner à le leur conseiller; au besoin, on les consignerait au quartier, loin des écuries; — de s'assurer de la bonne qualité du vaccin et de la santé des hommes; — surtout de suspendre la revaccination aussitôt que des accidents sont signalés à la suite de cette petite opération.

M. TROUSSEAU, en son nom et en celui de MM. Bégin, Bouley, Jobert, Larrey et Renault, donne lecture du rapport sur le mémoire de MM. Bouley et Reynal, concernant la *ligature de l'œsophage*. — (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 87. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 24 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 JUILLET 1858.

UNE RÉVOLUTION AU JARDIN-DES-PLANTES.

(Nous ne cherchons, nous ne voulons donc que la vérité, et nous accueillerons avec empressement la rectification des erreurs que nous pouvons commettre. On nous en a signalé une dans notre dernier article, nous la rectifions immédiatement. Le prince Charles Bonaparte n'a jamais été professeur au Muséum, comme nous l'avons dit. Ce qui nous a trompé à cet égard, c'est qu'au moment de la mort du prince, on venait de terminer une belle habitation, dans le Jardin-des-Plantes, qui lui était destinée. Or, comme les professeurs jouissent du logement au Muséum, nous avions cru que c'était à titre de professeur que cette habitation au Muséum lui avait été accordée. Il n'en était rien, le prince Charles n'avait aucun titre officiel dans cet établissement, ce qui ne diminue en rien la valeur de son autorité comme l'un des plus savants zoologistes de notre époque.)

X

Toutes les institutions de ce monde doivent subir la loi providentielle du progrès ; mais à tout progrès dans ce monde s'opposent deux sortes de personnes : les optimistes que le *statu quo* satisfait et qui n'y veulent rien changer, conservateurs imprévoyants qui ne savent faire à propos aucune concession habile ; les pessimistes qui trouvent absolument tout mauvais, tout à changer, tout à renverser, révolutionnaires imprudents qui compromettent souvent et attardent toujours les plus légitimes réformes.

Dans la question du Muséum, on rencontre des optimistes et des pessimistes, des conservateurs obstinés qui ne voudraient rien concéder au progrès, des révolutionnaires ardents qui ne voudraient rien conserver de ce qui existe.

Ici, comme toujours, la vérité est au milieu de ces opinions extrêmes. Nous demandons à la raison et à la justice de nous maintenir dans cette équitable position.

Veut-on que le Muséum devienne un lieu d'asile et de retraite pour un certain nombre d'illustrations scientifiques logées par l'État, qui leur fournisse en même temps tous les moyens de cultiver, pour leur propre agrément, leur science spéciale, amphithéâtres, laboratoires, collections, serres, jardins? Veut-on que ce grand établissement serve bien plus aux jouissances intellectuelles des professeurs-administrateurs qu'à l'utilité générale et aux études du public? Veut-on que chaque professeur, indépendant des autres, reste libre dans le choix et l'arrangement des collections afférentes à sa spécialité, dans la disposition des lieux et des moyens d'études, dans le programme des cours qu'il est chargé de faire, dans la direction des travaux et des recherches confiés aux naturalistes placés sous ses ordres? Veut-on que ces naturalistes, espoir de la science, tous hommes de mérite et de dévouement, restent éternellement dans un état de sujétion pénible, sans dignité, sans avenir, sans récompense? Veut-on enfin que cette institution nationale devienne comme le patrimoine de quelques familles et de quelques protégés?

Il n'y a dès lors rien à changer à l'organisation actuelle du Muséum ; tout y va le mieux du monde dans cet ordre d'idées, et tout ce qui tend à le troubler doit être considéré comme imprudent, inopportun et injuste.

XI

Mais si, se plaçant à un point de vue plus général et plus élevé, voulant reconnaître et respecter les services rendus, comme les positions acquises, on veut néanmoins faire servir les fautes du passé, les imperfections du présent à l'utilité de l'avenir ; si l'on désire que ce grand conservatoire de l'histoire naturelle devienne aussi une *école* de cette science, un véritable établissement d'instruction publique supérieure ; si l'on veut que nos belles collections soient réellement accessibles aux travailleurs sérieux ; si l'on veut dans plusieurs parties importantes de l'ordre et de la coordination ; si l'on veut que les apports des voyageurs naturalistes ne soient pas enfouis dans des greniers indignes et soumis aux plus injurieux traitements ; si l'on veut qu'il y ait un plan, une méthode, des programmes dans l'enseignement des sciences naturelles ; si l'on tient à ce que les professeurs fassent leurs cours et dans la spécialité à laquelle ils ont été nommés ; si l'on veut que les jeunes naturalistes, aides indispensables des professeurs, sortent de l'atmosphère étouffante qui les comprime et les annihile ; si l'on veut que l'étude des sciences naturelles devienne une carrière et non un pis-aller ; si l'on veut connaître le nombre et la nature des immenses richesses que l'État possède au Muséum ; si l'on veut enfin que le Muséum devienne moins un objet d'utilité particulière, qu'un établissement d'utilité publique ;

Il y a lieu à modifier profondément la constitution de cet établissement, et c'est là, tout en restant dans les idées générales, sans descendre dans les particularités, ce que nous voudrions prouver par un aperçu rapide des divers éléments qui le composent et des modifications dont nous les croyons susceptibles.

XII

Avec la commission de 1850, nous avons reconnu l'utilité de faire rentrer l'*administration* du Muséum dans les principes et les errements de l'administration générale. Comme elle, nous croyons indispensable qu'un agent de l'autorité et la représentant, responsable et révocable, soit institué à la direction, à la gestion de cet établissement et à la conservation de ses précieuses collections.

Quant aux aptitudes et aux conditions de candidature que devrait présenter ce directeur-conservateur, ainsi qu'à son mode de nomination, ce sont là des détails dans lesquels nous ne voulons pas entrer. Nous n'énonçons ici que des principes. Il nous semble cependant qu'en donnant à la nomination de cet agent supérieur les mêmes garanties au moins que l'on donne à la nomination des professeurs, à savoir, de faire présenter les candidats par l'Académie des sciences et par le Conseil impérial de l'instruction publique, le gouvernement trouverait toutes les chances désirables pour fixer son choix sur des hommes qui, aux aptitudes administratives indispensables, joindraient le savoir nécessaire pour répondre aux exigences de cette situation élevée. Les intelligences de cet ordre ne sont pas communes, il est vrai, aussi faut-il peu s'étonner que, dans l'état actuel des choses, les quinze professeurs-administrateurs du Muséum, passant tour à tour sur la chaise curule de la direction, ne satisfassent pas tous aux besoins de cette fonction suprême. Un directeur, agent du gouvernement, sera tenu de voir les choses de haut et d'ensemble ; il n'aura ni préférences ni répulsions pour tel ou tel élément de la science ; il ne sera ni botaniste, ni géologue, ni zoologiste exclusif ; il voudra que toutes les parties du service reçoivent les mêmes soins et les mêmes encouragements ; il aura intérêt à ce que jamais ne s'élèvent, — il aura surtout le pouvoir nécessaire pour annihiler, si elles viennent à surgir, — ces rivalités et ces jalousies intestines, inévitables conséquences de l'oligarchie.

XIII

La commission de 1850, qui a traité toute cette question du Muséum avec une grande fermeté de vues, voulait qu'à côté du directeur, et comme cela existe avec grands avantages pour l'École polytechnique et le Conservatoire des arts-et-métiers, il fût établi un conseil de surveillance et de perfectionnement formé de professeurs du Muséum et de personnes étrangères à l'établissement, et qui serait appelé à donner son avis sur les questions les plus importantes de l'administration intérieure et à résoudre seul celles qui auraient trait aux progrès scientifiques ; il serait, en outre, l'arbitre entre le Directeur et les Professeurs, en cas de dissenti-

---

Feuilleton.

LA MÉDECINE AU XIXme SIÈCLE,

POÈME

Par A. CORLIEU,

Docteur en médecine, membre de la Société de médecine pratique de Paris, etc.

A Monsieur le docteur CONNEAU,

Premier médecin de l'Empereur,
Commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur,
Député au Corps législatif, etc., etc.

A. CORLIEU.

C'est en vain que, doué d'une ardeur peu commune,
Un jeune homme, croyant aller à la fortune,
Consacre à nous guérir son temps et ses efforts.
Si son père n'a point de vastes coffres-forts,
S'il ne recueille point quelque gras héritage,
S'il ne contracte pas un riche mariage,
Vous le verrez souvent, travailleur sans profit,
Succomber jeune encor malingre et décrépit.
Quelques-uns cependant, hommes d'intelligence,
Nés dans un rang obscur, parfois dans l'indigence,
Ont pris, par leur travail, place à la Faculté,
Et gagné le chemin de la célébrité.
Pour eux, honneurs, profits ; pour eux, rubans et places....
Beaucoup voudraient en vain s'élancer sur leurs traces.
Pleins de zèle et d'ardeur, brillant dans les concours,
Cherchant toujours un but qui s'éloigne toujours,
La Faculté, pour eux, n'est plus qu'une marâtre :
Pour vivre, il faut choisir un modeste théâtre,
Ou le pays natal, ou bien l'humble cité,
Se faire campagnard par la nécessité.
A moins que, sans pudeur, ce bâtard d'Hippocrate,
Se faisant à la fois médecin, acrobate,
Adorant les faux dieux, parjure à ses serments,
Ne désire à tout prix se faire des clients.
Si la faim ou l'envie, infâmes conseillères,
Le poussent à chercher des succès éphémères,
Dès lors, pour réussir tous les moyens sont bons,
On l'entendra bientôt chanter sur tous les tons ;
Il fera des sirops pour la faible poitrine,
Un onguent pour les cors, consultera l'urine,
Trouvera des agents pour guérir tous les maux,
Pour le prôner partout il aura les journaux.

Aux charlatans la ville est un lieu fort propice,
Où l'on peut à loisir, et par maint artifice,
Exploiter la candeur d'un public ignorant,
Tromper sa bonne foi, ramasser son argent.
L'un, habile à parler, vrai fils de la Gascogne,
Ordonne à tous propos beefsteak, bordeaux, bourgogne.
Il ne trouve partout qu'estomacs délabrés,
Que sang trop appauvri, que maux invétérés.
Ennemi de Broussais, plus brownien que Brown même,
La nature, dit-il, est son maître suprême.

L'autre, exploitant un mal commun dans la cité,
A recours aux placards, à la publicité ;
Et, pour mieux débiter certain arcane antique,
Il fit même emboucher la trompette héroïque ;
Se fit traduire en turc, en grec, en portugais,
En espagnol, en russe, en arabe, en anglais.
Celui-ci sûrement guérit la gastralgie ;
Celui-là promptement calme l'odontalgie ;
Il a même inventé, pour conserver la dent,
Un moyen infaillible : employez son ciment.

L'autre, pour faire croire à son rare mérite,
Vous parle constamment des cures qu'il médite,
Des grands qu'il a soignés, des ducs qu'il a guéris.
Ces fortunés docteurs sont nombreux à Paris.
Ils arrivent chez vous essoufflés, hors d'haleine ;
Leurs chevaux sont rendus ; eux-mêmes avec peine
Se traînent. Poursuivis par leur heureux destin,
Du matin jusqu'au soir, du soir jusqu'au matin,
Ils ne peuvent goûter une seule journée,
Un instant de repos pendant toute une année.
Le monde est souvent pris à ces trompeurs appâts :
C'est ainsi qu'ils font croire aux clients qu'ils n'ont pas.

Voici venir ici, grave comme Hippocrate,
Tout habillé de noir, un sage homœopathe :
Les agents qu'il emploie, infiniment petits,
Ont avec votre mal des effets assortis.
Voulez-vous la santé? Rien ne vaut son globule ;
D'un remède anodin la moindre particule
Produit assurément entre ses doctes mains
Des effets merveilleux, des résultats certains.
Le plus hideux cancer, la plus grave colique,
Aucun mal ne résiste à sa vaste pratique.

Voulez-vous cependant, comme un nouveau Crésus,
Emplir vos coffres-forts, tripler vos revenus,
Voir devant votre hôtel de brillants équipages,
Guider par vos conseils de puissants personnages?
Il est pour réussir des moyens différents :
Le plus sûr, c'est de joindre aux écus..... des talents ;

ments sur les mesures à prendre pour la prospérité du Muséum; enfin, il aurait, au nombre de ses devoirs, d'exercer, par délégation, une inspection annuelle qui s'étendrait à toutes les collections, à tous les services du Muséum et dont le rapport serait adressé au ministre de l'instruction publique.

Dans la réalisation de ce vœu, on ne pourrait voir, assurément, qu'une mesure utile. Nous en dirons autant de la création d'un certain nombre de conservateurs-adjoints à la place des *gardiens des galeries* qui existent aujourd'hui, agents sans pouvoir efficace, sans responsabilité sérieuse, hommes de science néanmoins, et auxquels il conviendrait de donner une dénomination plus digne et un pouvoir plus réel.

XIV

Nous abordons un point plus délicat, celui de l'enseignement. Il faut le reconnaître, l'enseignement du Muséum a perdu de son éclat. Nous ne ferons aucun parallèle qui pourrait paraître désobligeant, nous nous bornerons à en appeler au souvenir de tous. Personne ne conteste aujourd'hui l'utilité de l'enseignement des sciences naturelles; c'est du Muséum même qu'est partie la révélation du lien philosophique qui unit l'étude des sciences naturelles à l'étude de la destinée humaine. Grâce aux immortels travaux de Buffon, de Cuvier, de Geoffroy Saint-Hilaire, l'histoire naturelle n'est plus une science de pure curiosité et de sèche classification, elle aboutit aux plus attrayantes recherches qui puissent occuper l'activité intellectuelle de l'homme. C'est l'éternel honneur du Muséum d'avoir dirigé l'esprit humain dans cette voie; c'est au Muséum qu'est née de toutes pièces une science nouvelle, la paléontologie, c'est dans l'enseignement du Muséum que des notions, disséminées et confuses jusque là, sur l'anthropologie, se sont formulées en corps de doctrine.

Mais c'est aussi la gloire de la France d'avoir institué ce magnifique ensemble d'enseignement de l'histoire naturelle.

N'est-ce donc pas un des devoirs les plus impérieux de l'État de veiller à ce que cet enseignement reste toujours à la hauteur de son but et de ses destinées?

XV

Qu'on nous permette de détacher ici une belle page du rapport de la commission de 1850, ce rapport si peu connu et si digne de l'être :

« La volonté de l'État de payer généreusement sa dette, sous » ce rapport, à la science et à l'intérêt public, ne saurait être mé» connue. Il a successivement institué quinze chaires au Muséum » d'histoire naturelle. Ces chaires sont occupées par des profes» seurs nommés avec les garanties les plus rassurantes, sur une » double liste de présentation proposée par l'assemblée même » des professeurs du Muséum, si directement intéressée au lustre » de cet établissement, et par l'Académie des sciences (1). Ils jus» tifient d'ailleurs le choix dont ils ont été honorés, et l'autorité » de leur savoir est grande dans tout le monde éclairé.

» Cependant il est un point de la controverse engagée à l'occa» sion du Muséum sur lequel l'opinion semble fixée, c'est que » l'enseignement du Muséum, pris dans son ensemble, n'a pas, » d'ordinaire, l'attrait, l'éclat, ni l'utilité pratique qu'il est permis » d'en attendre. L'attention publique à l'égard de cet enseigne» ment n'est pas toujours assez vivement stimulée. Plusieurs » cours comptent à peine quelques rares auditeurs. Si l'on retran» chait du nombre de ceux qui fréquentent les amphithéâtres du » Muséum les hommes de loisir qui viennent y chercher des dis» tractions, on serait péniblement surpris de voir combien est » restreint le nombre des vrais étudiants, de ceux qui veulent » suivre le professeur dans tous les développements de la branche » des sciences naturelles qu'il enseigne, et qui aspirent à mériter » le titre de *naturaliste* (titre auquel, disons-le, il convient de » restituer l'honorable signification que plusieurs grands hommes, » en le portant, lui ont à jamais assignée).

» Qui faut-il accuser de cet état de choses? Ce n'est pas la » science en elle-même, elle est pleine d'attraits, elle répond à l'un » des plus instinctifs désirs de l'homme, qui est de pénétrer les » secrets de la nature. Ce n'est pas l'insuffisance des professeurs; » tout le monde rend justice à leur incontestable spécialité, à leur » profond savoir.

» Non, la source du mal n'est point là. »

(1) Il importe de faire remarquer que les professeurs du Muséum étant presque tous également membres de l'Académie des sciences, cette assemblée de professeurs exerce en réalité une prépondérance considérable sur cette double liste de présentation. (*Note du rédacteur.*)

XVI

Où est-elle donc? Dans ce que nous disions tout à l'heure, que l'étude de l'histoire naturelle ne mène à rien, que cette science ne conduit à aucune profession lucrative, dans ce que le Muséum n'est qu'une réunion de professeurs, et non pas une *École*.

La réorganisation administrative qui se prépare est importante, sans doute, et nous en avons apprécié l'utilité. Mais cette mesure, toute d'intérieur et de gestion, ne peut, sous le rapport qui nous occupe, avoir qu'un retentissement très éloigné. Il appartient aux libérales intentions du gouvernement d'aller plus haut et au delà; il lui appartient de constituer une école de naturalistes, la profession de naturaliste, et au lieu des modestes emplois si maigrement rétribués que le Muséum accorde aujourd'hui aux jeunes hommes qui sacrifient leur jeunesse et leurs études à des fonctions sans issue, sans hiérarchie et sans avancement; il lui appartient de leur assurer des ressources dans le présent et des garanties dans l'avenir.

C'est, à nos yeux, le point essentiel et culminant des projets d'organisation qui se préparent. Nous espérons qu'il a frappé l'attention de M. le ministre et la sollicitude de la commission qu'il a instituée. On peut, sans doute, trouver bien des choses à reprendre en pénétrant dans tous les détails des divers services du Muséum. La commission de 1850 ne voulut pas y pénétrer. Elle se tint sur le sommet des questions, jetant un coup d'œil ferme et assuré sur l'ensemble. Les imperfections, les négligences que l'on peut rencontrer dans quelques détails de ce vaste ensemble, sont d'ailleurs plus imputables aux choses qu'aux hommes. Avec cette commission, nous voudrions perfectionner, agrandir, élever cette grande institution nationale, et non la décrier ou la blâmer. Nous voudrions par elle élargir les voies aujourd'hui si encombrées des professions libérales; nous voudrions que, par elle, la jeunesse, le travail et l'étude, trouvassent encouragement et protection, et que ces sources éternelles de progrès ne fussent pas taries par la compression qui conduit à la désespérance ou à la servilité.

XVII

La commission de 1850 a élaboré tout un plan de réorganisation du Muséum, au point de vue de l'enseignement dans cet établissement considéré comme école de l'histoire naturelle; en voici quelques articles :

L'enseignement donné par chacun des professeurs sera renfermé dans une période de trois années.

Les cours seront, chaque année, d'une durée de six mois, et le nombre des leçons sera au moins de deux par semaine.

L'assistance aux cours sera obligatoire pour les étudiants qui aspireront au diplôme d'élève du Muséum.

L'enseignement du Muséum sera réparti entre trois sections distinctes.

Des examens correspondant aux matières enseignées dans chacune des sections auront lieu chaque année à l'expiration des cours.

Les étudiants désigneront la section dans laquelle ils voudront être classés par les examens.

Seront reçus élèves du Muséum de 2e classe les étudiants qui auront suivi les cours pendant deux ans, et satisfait aux examens de première et de deuxième année.

Seront reçus élèves du Muséum de 1re classe les élèves de 2e classe qui auront satisfait à l'examen de troisième année.

A partir du . . . . les trois quarts au moins des emplois d'un traitement de 1,200 francs et au-dessus, qui deviendront vacantes au Muséum, seront réservés aux aspirants pourvus du diplôme d'élève du Muséum de 1re ou de 2e classe.

Seront exceptées les fonctions de directeur-conservateur, de professeur et de secrétaire-trésorier.

Le directeur pourra attacher, pour un temps limité, à un des services du Muséum un ou plusieurs élèves de 1re ou de 2me classe.

En ce cas, sur l'avis du Conseil de surveillance et de perfectionnement, une indemnité pourra être allouée aux élèves attachés.

Le Conseil déterminera le taux de cette indemnité qui ne pourra excéder par chaque mois le chiffre de 200 francs.

Des naturalistes adjoints, au nombre de quinze, seront nommés pour assister les professeurs dans les travaux de leur enseignement.

Chaque professeur, dans les formes qui seront déterminées par le règlement, aura le droit de désigner, parmi les aspirants au titre de naturaliste adjoint, celui qu'il entendra attacher à son cours. Le directeur présentera le candidat ainsi désigné à l'agrément du ministre.

Les naturalistes adjoints travailleront, sous la direction des professeurs, à la détermination et à la classification des objets compris dans la collection à laquelle ils seront spécialement attachés.

Les conservateurs adjoints, les naturalistes adjoints et les élèves du Muséum de 1re classe pourront être autorisés à faire au Muséum des cours publics sur des matières spéciales.

Cette autorisation leur sera donnée, s'il y a lieu, sur la proposition du directeur, par le Conseil de surveillance et de perfectionnement, le professeur entendu.

Des voyageurs, en nombre indéterminé, seront attachés au Muséum pour les recherches scientifiques en vue d'accroître les collections d'histoire naturelle.

A dater du . . . . pourront seuls recevoir du ministre le titre de voyageurs du Muséum les aspirants pourvus du diplôme d'élève du Muséum de 1re classe.

Les trois quarts au moins des missions seront données aux voyageurs du Muséum. Ils recevront pour chacune d'elles une indemnité sur les fonds alloués à cet effet par le budget de l'État.

Aucune mission ne sera confiée à un voyageur du Muséum ou autre, que sur la demande d'un professeur, et sur l'avis du Conseil de surveillance et de perfectionnement.

XVIII

Ce plan pourrait être agrandi et complété. Les lumières de la commission actuelle suppléeront abondamment à ce que nous

---

D'avoir pour vous prôner une riche famille,
Un aimable maintien, un esprit qui pétille;
De savoir plaire au sexe, arbitre souverain
Qui vous loue aujourd'hui, qui vous louera demain.

L'hydropathie encor est un moyen commode,
Les eaux, les bains de mer seront longtemps de mode.
Le médecin des eaux doit être un élégant.
Toujours vêtu de noir et cravaté de blanc.
Du sexe, il préviendra jusqu'aux moindres caprices,
Les nerfs, les pamoisons, innocents artifices:
Pour engourdir le mal, il doit connaître tout,
Les modes, les romans, Ristori, Scribe, About.
Des spécialités c'est la plus agréable.

La vue à quelques-uns n'est pas moins profitable.
Celui-ci vous prendra, s'il n'est pas maladroit,
Par le nez, par l'oreille ou par..... un autre endroit.
L'autre, pour exciter un organe asthénique,
Emploie avec succès le courant électrique,
Moyen ingénieux, fort vanté de nos jours,
Qui parcourra bientôt les places, les faubourgs.

Mais oublions la ville et volons à l'armée.
Dans les sables d'Afrique, aux champs de la Crimée,
A côté de ces chefs aux épaulettes d'or
Marche modestement le *médecin-major*.
Excité par le bruit des fanfares guerrières,
Aligné sous les plis de ses nobles bannières,
L'intrépide guerrier peut trouver sous ses pas
Des titres, des grandeurs, la gloire..... ou le trépas.
Plus d'un soldat heureux porta dans sa giberne
Le bâton de velours, le sceptre qui gouverne.
Mais pour voir le *major* sur son char triomphal,
Parcourez l'ambulance, allez à l'hôpital.

C'est là que, dans les temps ou de peste ou de guerre,
Apparaît sans éclat son noble caractère.

Le combat a cessé : bientôt de joyeux chants
Remplacent du canon les sourds mugissements.
Le soldat triomphant de la triste journée
Raconte à ses amis la sanglante épopée,
Ses officiers blessés, ses camarades morts,
L'ennemi succombant après de longs efforts.
De son piquant récit la merveilleuse aisance
Peint de l'esprit français l'heureuse insouciance:
Brisé par la fatigue, avide de repos,
Il s'endort, oubliant la guerre et tous ses maux.

Tout est tranquille au camp : le chirurgien seul veille;
Toujours infatigable, à tous prêtant l'oreille;
Malgré les cris plaintifs, calme comme un savant,
Longtemps agenouillé sur le terrain sanglant,
Armé du fer tranchant que conduit sa main sûre,
Il cherche à réparer mainte horrible blessure,
Prodiguant à chacun, soldat ou général,
Un savoir plein de zèle, un dévouement égal.
Il voit avec douleur ces blessés magnanimes,
Des fureurs de la guerre innocentes victimes;
Amis et ennemis par le fer fracassés,
Les morts et les mourants l'un sur l'autre entassés.

Toi, qu'on a vu cent fois sur les champs de bataille,
Affrontant les boulets, les balles, la mitraille,
Conservant ton sang-froid dans l'ardeur des combats,
Donner d'habiles soins aux valeureux soldats,
Braver comme eux la mort sur la terre étrangère,
Quoi! l'on t'a refusé la poudre au cimetière (1)!...

(1) On se rappelle la lettre que le ministre de la guerre, le général Moline St-Yon, écrivit à ce sujet au lieutenant-général de la 20e division, à l'occasion de la mort du médecin principal Jourdain, en 1847.

Et que recevras-tu pour finir tes vieux ans?
Le ruban — quelquefois — avec quinze cents francs...
Ah! si du moins ici, dans un sincère éloge,
Je pouvais buriner au long martyrologe
Les noms de ces héros, soldats du dévouement
Esclaves du devoir... quel noble enseignement!...
Pour vous rappeler tous il faudrait une page,
Vous qu'on nommait Balbien, Foucaut, Lardy, Volage.
Fratini, Damicourt, Fournier, Cordeau, Perrin...
Ne méritiez-vous pas un plus heureux destin?
Admirés à la fois du Russe et du Kabyle,
Pour la faux de la mort, moisson verte et fertile.....

Loin du bruit des cités, du tumulte des camps,
Feuilletant ses journaux en parcourant ses champs,
Sans luxe et sans éclat le rustique Esculape
Laborieusement accomplit son étape.
On le voit nuit et jour et l'hiver et l'été
Visiter ses clients sur son normand monté;
Bravant également et la neige et l'orage,
Transporter avec lui son classique bagage.
Ignorant la réclame et les moyens divers
De guérir les pieds-bots, d'enlever les cancers,
De redresser les yeux, de fondre la gravelle,
Et de broyer la pierre aux traitements rebelle;
Laissant ces procédés aux savants spéciaux,
Il ne devra pas moins connaître leurs travaux.
Pour suffire aux besoins de sa rude pratique,
Il faut qu'il soit doué d'un zèle hippocratique,
Qu'il soit en même temps médecin, accoucheur,
Dentiste, pharmacien, adroit opérateur.
N'ayant d'autre désir que celui de bien faire
Que de fois il n'a su recevoir son salaire!
Pour toute alternative, il doit, pour son prochain,
Succomber de fatigue ou bien mourir de faim.

ne pouvons indiquer ici. Notre satisfaction serait vive si notre humble voix pouvait être entendue d'elle.

Poursuivons encore quelques instants notre examen des autres services du Muséum.

(*La fin prochainement.*) Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Guérin-Menneville, depuis l'année 1854, a signalé aux Sociétés agricoles la maladie du mûrier comme cause de la maladie des vers à soie. Aujourd'hui, il fait passer sous les yeux des membres de l'Académie des sciences, des feuilles de mûrier qu'il a cueillies à Fleury-sous-Meudon et qui portent les traces non équivoques de la maladie décrite par lui dans de précédents mémoires. M. Guérin-Menneville fait remarquer que les vers à soie qu'il a observés dans ces derniers temps (ceux du Jardin-des-plantes, croyons-nous) n'ont été malades que lorsqu'ils étaient parvenus déjà à l'état de papillons, c'est-à-dire que la maladie était assez peu grave, puisqu'elle leur a permis d'atteindre leur état parfait. Il met à la disposition des naturalistes qui voudraient étudier cette maladie ses conseils et son expérience.

— M. Colin, d'Alfort, dans la séance du 28 juin dernier, avait présenté une note sur l'origine du sucre du chyle. Selon M. Colin, chez les herbivores, l'intestin fournit à l'absorption une masse énorme de matière sucrée. Une fraction de cette masse passe dans la veine porte, d'où elle se rend au foie et enfin au système sanguin général; une autre fraction, absorbée par les vaisseaux lactés, se mêle au chyle et avec lui va se déverser dans le sang qui, en définitive, reçoit la totalité des produits de l'absorption. On ne doit pas s'étonner alors que les chylifères renferment du sucre et douter que ce principe provienne réellement du contenu de l'intestin.

Chez les carnassiers et chez les animaux, quels qu'ils soient, exclusivement nourris de chair, le chyle contient aussi du sucre dès le début de la digestion et à toutes les phases de cette fonction; il en contient dans tous les points du système chylifère en dessous comme en dessus des ganglions. Il n'en contient pas moins quand les animaux se sont repus de viande à demi-putréfiée, qu'après un repas de chair encore saignante. Ici, de même que chez les herbivores, le sucre a été puisé dans les parois intestinales, mais il a dû se former à l'origine des vaisseaux lactés, aux dépens des principes constitutifs de la chair modifiés et métamorphosés sous l'influence du travail digestif.

Aujourd'hui, MM. Poiseuille et Lefort adressent à l'Académie une lettre relative à la note de M. Colin.

— M. Rossignol-Duparc a cru devoir adresser à l'Académie des sciences le journal de ses impressions pendant les *courses militaires* que lui firent faire la première République et le premier Empire à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci.

— M. le docteur L. Tavignot envoie une lettre sur l'*asphyxie chronique* produite par l'éclairage au gaz, et sur un appareil de son invention propre à prévenir ces accidents. Le journal l'*Ami des sciences*, dans son numéro du 9 mai dernier, a publié un article très intéressant de M. L. Tavignot sur le même sujet, et a donné la description, accompagnée de planches explicatives, du système de ventilation conseillé par notre confrère.

— M. Edmond Becquerel adresse une nouvelle note relative aux effets de la lumière sur les corps, et particulièrement sur la phosphorescence. Selon l'auteur, ce phénomène dépend autant de la constitution physique que de la constitution chimique des corps, et quelques-uns d'entre eux, le strontium et le calcium, par exemple, peuvent être préparés dans les laboratoires, de telle sorte qu'ils restent constamment lumineux.

— M. Joseph Secchi adresse un volumineux mémoire sur la quadrature du cercle; l'auteur, que M. le Secrétaire perpétuel ne croit pas parent du révérend directeur de l'Observatoire astronomique de Rome, ignore sans doute que l'Académie, depuis longtemps, a pris le parti de ne plus s'occuper des communications relatives à ce sujet.

— La correspondance étant dépouillée, M. le Président dépose sur le bureau une note de M. Ducros sur la navigation aérienne, et donne la parole à M. Charles Sainte-Claire Deville qui lit un mémoire sur le métamorphisme des roches.

— M. Marie Rouault lit ensuite un mémoire sur les fossiles contenus dans les terrains sédimentaires de l'est de la France.

— M. Payen, chargé par l'Académie de faire un rapport sur le mémoire de M. Coindre, relatif aux moyens d'améliorer l'agriculture, dit qu'il n'y a pas lieu. L'auteur paraît peu au courant de la science; il conseille le défoncement du sol; çà n'est pas neuf; il dit qu'il n'y a pas deux eaux, mais une seule, attendu que l'eau est un élément; il dit encore que les physiciens n'ont pas décomposé le soleil et qu'ils ignorent ce que c'est que le feu, etc.

— M. Morel Lavallée, adjuré par trois fois par M. le Président, comme les anciens chevaliers par le hérault, ne se présente pas dans la lice.

— M. Bussy, au nom de M. Loir, professeur à Besançon, dépose une note sur l'arsenic contenu dans le laiton qui sert à fabriquer certaines médailles et les épingles. La constatation de ce fait est importante en médecine et en chimie légales. La quantité d'arsenic que contient normalement ce laiton est considérable; quatre ou cinq épingles fournissent assez d'arsenic pour qu'il soit facile de constater sa présence et de l'étudier.

— M. Cordier, au nom de M. Lemery, professeur à Toulouse, remet à l'Académie la relation d'une ascension à la Maladetta (montagne des Pyrénées). « Cette relation est intéressante, dit M. Cordier, parce qu'elle est très courte.

— M. Brongniart lit une note sur les expériences de M. Godron, relatives à la provenance du blé. Nous y reviendrons.

— M. Cl. Bernard, au nom de M. Devay, professeur à Lyon, fait hommage à l'Académie du *Traité d'hygiène spéciale des familles*. L'auteur s'est surtout préoccupé de l'hygiène du mariage, et il a approfondi la grande question des mariages consanguins : il désire que son livre soit admis au concours pour le prix Montyon.

A propos de cette présentation, M. Dumas dit qu'une commission a été chargée par M. le ministre de l'intérieur d'étudier la question de la surdi-mutité, et que cette question étant traitée avec de grands développements dans le livre de M. Devay, il serait bon d'en informer la commission.

— M. le maréchal Vaillant dépose sur le bureau une note de M. Poggiale sur Amélie-les-Bains.

Que le lecteur nous permette de réparer deux erreurs de notre précédent *Bulletin* : C'est M. le docteur Mabille qui a adressé une note relative à la préservation de la vigne par la fumée; — et c'est M. Boutarel (un habile teinturier) qui a prié M. Dumas de présenter des échantillons d'étoffes teintes au moyen de la *murexide*.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

Il semble que l'histoire de l'hystérie doive être l'histoire des erreurs de l'esprit humain. J'ai fait voir, dans mes articles précédents, quelles graves erreurs en matière de diagnostic avaient été commises à propos de l'hyperesthésie hystérique, on va voir maintenant que des erreurs plus graves encore, et bien plus directement fatales dans leurs conséquences, ont été commises relativement à l'anesthésie.

On entend maintenant par anesthésie la diminution ou la perte complète de la faculté de sentir. Cette perte portait auparavant le nom de paralysie de la sensibilité.

La connaissance de l'anesthésie date de beaucoup plus loin qu'on ne le pense.

On sait que dès les temps les plus reculés, on a cru à la magie, aux enchantements; on sait encore que lors de l'établissement du christianisme, les rapports que les magiciens (hommes et femmes) étaient censés chez les anciens, avoir avec les puissances occultes, furent convertis en des rapports avec les démons.

On croyait alors que les gens qui, disait-on, avaient fait pacte avec le diable, en portaient la marque. Ainsi, d'un côté, Tertullien, un des Pères de l'Église, écrivait que « le corrupteur du » genre humain a coutume de marquer les siens pour les reconnaître, voulant se rendre semblable au très haut Créateur, lequel » marque intérieurement les siens d'une marque inhérente à » l'âme. » Saint Hippolyte, martyr, disait : « *Adducit eos ad adorandum ipsum, ac sibi obtemperantes, sigillo suo notat.* »

D'un autre côté, nombre de pauvres gens, convaincus de sortilége, confessaient devant la justice avoir été de leur consentement, marqués par le diable, la première fois qu'ils avaient assisté au sabbat, et avoir senti à ce moment, les uns une chaleur pénétrante, les autres un froid très vif à l'endroit marqué dont la chair demeurait pour toujours un peu enfoncée. (Chenu, *Procès-verbaux des interrogatoires de dix-huit accusés de sortilége.*)

Il paraissait donc bien positivement constaté que tous ceux qui étaient sous la puissance du démon en portaient la marque.

A ces époques, où les malheureux, atteints de lypémanie, de délire non fébrile, d'extases ou de convulsions, étaient regardés comme possédés du démon, ou comme ayant fait pacte avec lui, en qualité de sorciers, on s'était aperçu que des parties plus ou moins étendues de leur peau avaient perdu la faculté de sentir au point même de ne plus percevoir la douleur. Alors, par un esprit d'analyse digne de ces temps d'ignorance, cet état d'insensibilité qui, paraissant extraordinaire était censé ne pouvoir être que l'œuvre du démon, fut rapproché des maculatures que le malin esprit imprimait sur la peau des siens, et alors on regarda comme un fait bien avéré, que ces *stygmata diaboli*, signes de la souveraineté du démon, et, selon quelques auteurs, sortes de mamelons destinés à allaiter les enfants que la sorcière ou la possédée si c'était une femme, pouvait avoir du démon, on regarda, dis-je, comme un fait avéré, que ces stygmates étaient toujours privés de sensibilité. Dès lors, l'insensibilité de la peau devenait un signe de sorcellerie de la plus haute valeur. (Chenu, *Questions de droit*, 2e cent, question 18.)

On trouve dans l'ouvrage d'un médecin de Paris, Paul de Bé (*Medicinæ theoreticæ medulla, seu medicina animi et corporis*), un chapitre intitulé : *Energumeni* (les sorciers ou les possédés) *quomodo diagnoscendi*. Dans ce chapitre sont indiqués les signes caractéristiques de la sorcellerie ou de la possession, et parmi ces

---

Aux champs comme à la ville, on est rarement stable :
Un nouveau médecin est toujours fort capable.
Le public est pour nous un juge incompétent,
Presque toujours ingrat et changeant à tout vent;
Aimant l'homme qui sait flatter tous ses caprices,
Qu'il soit savant ou non, loyal ou plein de vices.
L'avis n'est pas nouveau; mais rappelons-nous bien
Qu'au village notre art ne nous rapporte rien;
Qu'après plus de trente ans d'une pratique ardente,
Jamais on n'a gagné douze cents francs de rente;
Qu'à l'heure du repos, découragé, confus,
Plus d'un regrette encore les écus qu'il n'a plus.
Heureux celui qui sût, pour vivre à la campagne,
Se choisir promptement une riche compagne!
A l'abri du besoin, exempt de tout souci,
Il voit de l'avenir l'horizon éclairci.
Alors il brillera dans son humble village,
Deviendra quelquefois un puissant personnage;
S'il désire au conseil se porter candidat,
Il peut même arriver au rustique Sénat;
Dans l'esprit du public il peut grandir encore
Et porter aux grands jours l'écharpe tricolore.

Mais qui n'a vu l'ivraie au milieu du bon grain?
Ne voit-on pas souvent le vil appât du gain
Pousser l'ambitieux, par une voix inique,
A tromper bassement la bonne foi publique?

On dit, à ce propos, qu'un médecin savant
Avait un domestique habile, intelligent.
Le valet, chez son maître, apprit quelques formules
De sirops, de juleps, d'onguents et de pilules.
De notre art de guérir adroit contrebandier,
De son mieux, bien ou mal, il en fit son métier.
Il prit habit brodé, chapeau garni de plumes,
Des docteurs en plein vent accepta les coutumes,
Parlait fort, savait tout, avait beaucoup d'aplomb :
Chez le peuple il s'était acquis certain renom.
Connu par son babil, de très loin à la ronde
On venait consulter sa science profonde :
Près de lui se rendaient les goutteux, les perclus,
Les aveugles, les sourds, scrofuleux et bossus.
Chaque jour, en un mot, il faisait des merveilles.
(L'argent, comme le cœur, se prend par les oreilles!)
Il advint qu'un matin le maître, par hasard,
Se trouva dans la ville où notre adroit gaillard
Débitait ses onguents. Sur la place publique
Il suit la foule, écoute, et dans cet empirique
Il reconnaît Bertrand, son ancien serviteur,
Naguère humble laquais, aujourd'hui grand docteur.
Il n'en croit point ses yeux, sa surprise est extrême,
Il ne peut s'expliquer cet étrange problème.
Quoi! Bertrand, médecin!... Bertrand, le vrai Bertrand
Marcherait son égal!... serait un grand savant!...
(Sur le peuple ignorant que ne peut l'assurance?)
Il rentre à son hôtel, désire avec instance
Qu'on mande le savant qu'il voudrait consulter.
Bertrand se fait d'abord un peu solliciter,
Puis cède. Mais jugez, en voyant le malade,
Quelle fut sa stupeur!... Une aimable accolade,
Puis quelques compliments lui prouvent aussitôt
Qu'il n'est point le jouet d'un indigne complot.
— « Eh bien, maître docteur, au métier que vous faites,
» Que gagnez-vous par an? Vos gains sont-ils honnêtes?
— » De grâce, ah! pardonnez, répond notre Bertrand,
» Je ne suis point docteur, encore moins savant.
» L'état de médecin m'a paru préférable,
» J'ai voulu m'enrichir; me trouvez-vous coupable?
» Depuis bientôt dix ans on me voit tous les jours
» Débiter mes paquets dans tous les carrefours :
» J'acquis à ce métier, sur la foule ignorante,
» Peut-être autant d'écus que vous pendant quarante.
— » Tu n'es qu'un charlatan, disons-le sans façon.
— » Maître, de mon succès c'est l'unique raison.
» Tenez, par la fenêtre examinez la place;
» Le public est nombreux; sur cette populace,
» Sur tant de gens divers accourus de tous lieux,
» En bon observateur jetez un peu les yeux :
» Dites-moi, franchement, sur deux mille personnes
» Combien en trouvez-vous dont les têtes soient bonnes?
— » Deux cents. — Mettez-en quatre, et ce sont vos clients :
» A vous les gens d'esprit; à moi les ignorants. »

C'est un peu notre histoire à tous tant que nous sommes.
Notre juge est souvent la sottise des hommes :
Il faut que nous sachions soulager et souffrir;
C'est un ingrat métier que celui de guérir.

Cette année, l'hôpital militaire de Châlons ne fonctionne pas comme l'an dernier; il reçoit tous les malades sérieux; les infirmeries du camp ne doivent conserver de malades que comme les infirmeries régimentaires.

M. Perier a la direction générale de l'hôpital et des infirmeries. Le personnel de l'hôpital est composé de trois médecins traitants : MM. Ganderas et Collin pour les fiévreux; M. Lacronique est chargé du service chirurgical. Il y a, de plus, un médecin aide-major de 1re classe et cinq médecins sous-aides docteurs venus de l'École de Strasbourg.

Le service pharmaceutique est sous la direction de M. Ditte, auquel sont adjoints un pharmacien aide-major de 1re classe et deux pharmaciens aides-majors de 2e classe.

Les trois ambulances du camp comportent un médecin major des corps de troupe, un médecin aide-major et un pharmacien aide-major. Les trois médecins majors chargés des ambulances sont MM. Liandon, Martenot de Cordoue et Juliani. — (*Gaz. des hôpitaux.*)

signes on voit celui-ci : « *Imo ἀναισθησία tanta, ut si acu pun-* » *gantur nec sentiant, nec fundant sanguinem.* Remigius, jurisconsulte du duc de Lorraine (*De demonolatria*, 1505) cite dix à douze jeunes femmes prétendues sorcières, chez lesquelles la justice avait trouvé des parties de peau anesthésiées. Dans le procès fait, en 1609, par les présidents d'Espagnet et de Lancre, à 500 sorciers d'un petit canton au pied des Pyrénées, nommé Terre-de-Labour, on trouva que la plus grande partie d'entre eux avaient de l'anesthésie à la peau. A Laon, sur 18 accusés, 12 furent trouvés insensibles. Chenu, bailly d'un village du Berry, avait également constaté juridiquement 11 cas d'insensibilité sur 15 accusés. (Chenu, *Question de droit*, 2e cent., question 98, an. 1616.)

La recherche de l'anesthésie devint nécessairement un moyen juridique de découvrir les sorciers, et l'usage s'établit, dès qu'un individu accusé de sorcellerie niait les faits à lui imputés, d'ordonner qu'il fût soumis à la piqûre.

Voici, d'après Pigray (*Chirurgie*, 1609), comment on constatait juridiquement l'anesthésie : Lorsqu'une personne était accusée de sorcellerie, les experts, après lui avoir bandé les yeux et rasé toutes les parties du corps recouvertes de poils, promenaient une loupe sur toute la peau, pour y découvrir la marque de Satan; la plus légère tache de la peau était sondée à l'aiguille; si la piqûre n'éveillait aucune sensation douloureuse, si elle ne provoquait aucun cri ou aucun mouvement, la personne était réputée sorcier et par ce fait immédiatement condamnée à mort. Si, au contraire, elle sentait la piqûre, elle était acquittée, Satan ne lui avait pas imprimé sa griffe.

Au défaut de taches, on portait l'aiguille sur les divers points de la peau.

Il y avait des experts-jurés qui avaient devant la justice, qualité pour exercer la fonction de piqueur. On prenait ordinairement les barbiers-chirurgiens pour remplir cet office, mais quelquefois il se trouvait des gens qui se livraient à ce genre de recherches par fanatisme et par horreur pour les sorciers. Walter Scott (*Démonologie*, chap. 8) parle d'un nommé Hopkins, qui, en Écosse, où l'on poursuivait les sorciers avec animosité, avait une grande réputation pour son habileté à découvrir les points anesthésiés. Il y avait aussi à Bayonne un chirurgien qui était si habile, que, comme je l'ai dit, sur 500 accusés, il trouva que la plus grande partie avait des points anesthésiés. (D'Espagnet et de Lancre, *Procès fait à 500 sorciers*, 1609.) A Laon, c'était un nommé Mithou qui était aussi fort adroit dans ce genre de recherches.

Les piqueurs en réputation avaient des procédés à eux; il paraît que les plus habiles pratiquaient tout simplement l'acupuncture, ils avaient des aiguilles longues et fines qu'ils introduisaient lentement dans la peau, ce qui était un moyen facile de trouver des sorciers.

Cette pratique s'était répandue partout, en Italie, en Espagne, en Écosse, en Allemagne et en France, et sans qu'elle eût été établie comme règle de jurisprudence, presque tous les juges s'en servaient comme d'une épreuve presque infaillible. On voit, en effet, dans les très nombreux procès rapportés par Bodin, par Remigius, par de Lancre et par Chenu, que les accusés commençaient par nier formellement ce dont on les accusait, qu'alors le juge ordonnait l'épreuve par la piqûre, et qu'aussitôt qu'on avait constaté l'existence des points insensibles, ces accusés, non seulement avouaient tous, mais, en outre, se mettaient, hommes et femmes, à raconter une infinité de choses incroyables de leur commerce avec les démons.

La fureur de découvrir des sorciers par la piqûre finit par avoir un terme, et quoique la partie théorique ne fût pas contestée, l'application pratique se trouva être souvent éludée, ainsi qu'on le voit par le rapport suivant, de Pigray, chirurgien de Henri III : « La Cour du Parlement de Paris, s'étant réfugiée à Tours, en » 1589, nomma MM. Leroy et Renard, médecins du roi, et moi, » pour visiter quatorze, tant hommes que femmes, qui étaient » appelants de la mort à laquelle ils étaient condamnés pour » crime de sorcellerie; nous vîmes le rapport sur lequel avait été » fondé le jugement prononcé par les premiers juges. Je ne con- » nais ni la capacité ni la fidélité de ceux qui avaient fait ce rap- » port, mais nous ne trouvâmes rien de ce qu'il disait, entre autres » choses, qu'il y avait certaines places sur eux qui étaient com- » plétement insensibles, etc., etc. Ces prétendus sorciers étant » tout simplement de pauvres gens imbécilles ou mélancoliques. » (Merlin, *Répertoire universel de jurisprudence*, art. Sortilège.)

Enfin, par un arrêt du Parlement de Paris daté de 1603, il fut expressément défendu d'employer l'épreuve par la piqûre. Mais les tribunaux inférieurs ne tinrent aucun compte de cette défense, et ils continuèrent à faire piquer les sorciers.

Ce n'était pas une petite chose que d'être convaincu de sorcellerie. La jurisprudence et tous les auteurs en démonomanie, regardaient ce crime comme résumant en lui tous les autres crimes, et en premier lieu celui d'apostasie. Ce fut pour cette raison que la connaissance en fut d'abord réservée aux tribunaux ecclésiastiques Or, d'après le Lévitique cap. XX « *Vir sive mulier in quibus pithonicus vel divinationis fuerit spiritus, morte moriatur.* » En conséquence, tout individu convaincu de sorcellerie était condamné à faire en chemise, amende honorable, puis à être brûlé vif. Plus tard, on pendait d'abord et l'on brûlait ensuite. Ces exécutions ont dû être fréquentes, car, dans le *Traité sur la démonomanie* de Bodin, membre d'une cour de justice (1506, ouvrage de 250 pages), il n'y a pas une seule page où il ne soit fait mention de quelque sorcier brûlé vif. Dans le pays de Labour, sur 500 accusés, une grande partie fut exécutée. Elles étaient si fréquemment ordonnées, que malgré la réclamation de l'évêque de Paris, en 1282, le Parlement, considérant qu'il devait répugner aux ecclésiastiques de condamner si fréquemment à la mort, transporta aux juges séculiers le droit de connaître du crime de sorcellerie.

La croyance à l'insensibilité de la peau chez les sorciers et chez les possédés, qui commença à attirer l'attention de l'autorité, en 900, où le pape Innocent VIII institua des inquisiteurs pour rechercher les sorciers, paraît ne s'être affaiblie que vers le milieu du XVIIIe siècle. Qu'on juge d'après cela, du nombre des lypémaniaques, des hypochondriaques et des hystériques qui ont dû être sacrifiés par le seul fait de l'insensibilité de quelques parties de leur peau, et qu'on se félicite de n'être pas né dans des temps où il suffisait d'un peu d'anesthésie de cette partie, trouble extrêmement commun, pour être exposé à périr d'une mort ignominieuse, au milieu du bûcher, ou au haut d'une potence.

Les progrès des lumières et de la raison, ayant peu à peu fait justice de toutes ces erreurs, et ayant démontré la fausseté de ces prétendus sortilèges, on supposa que l'anesthésie de la peau était, comme le reste, le fait d'une erreur, et après avoir pendant longtemps trop cru on finit, passant à l'extrême opposé, pour ne plus rien croire.

Primerose, liv. 3, cap. 7, avait cependant dit, en parlant des hystériques : « *Quædam non vident, apertos oculos; quædam non* » *audiunt, aliæ loqui non possunt.* » De son côté, Pomme avait également rapporté d'assez nombreux faits d'anesthésie des divers sens; mais, à l'exemple des hystériques, les médecins ne voyaient pas, et surtout ils ne croyaient plus aux anesthésies, et encore moins à celles de la peau. Les jeunes filles nerveuses de la Salpêtrière et les somnambules des magnétiseurs, qu'on piquait qu'on coupait, ou dont on brûlait la peau sans qu'elles donnassent le moindre signe de douleur, passaient pour faire des tours de jonglerie, et les observateurs s'ingéniaient de toutes les manières pour les prendre en défaut. On étudiait alors l'hystérie avec si peu de soin, que dans les traités spéciaux d'Hoffmann, de Loyer Villermay, et que dans les ouvrages plus récents sur les maladies nerveuses, il n'est pas même fait mention de l'anesthésie chez les hystériques.

Ce ne fut guère qu'en 1843, que M. le professeur Piorry, qui avait à l'hôpital de la Pitié des salles dans lesquelles se trouvaient bon nombre de ces malades, fit de nouveau constater, sous le nom de paralysies ou d'anervies, aux élèves qui suivaient ses visites, l'existence des anesthésies, de la peau des sens et des muscles, qu'on pouvait observer sur un certain nombre d'entre elles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RÉCLAMATION.

La polémique suscitée par les articles auxquels les lettres suivantes font allusion, doit finir ici; elle n'a aucune utilité scientifique et elle ne détruirait pas ce fait incontestable avancé par notre collaborateur, M. le docteur Doumic, qu'il n'existe dans nos trois Facultés de médecine aucune chaire *spécialement* et *officiellement* consacrée à l'ophtbalmologie.

Strasbourg, le 14 juillet 1858.

Monsieur et très honoré confrère,

On a souvent reproché aux médecins français d'ignorer ce qui se passe à l'étranger. Grâce à la presse médicale, ce reproche cessera peu à peu d'être fondé. Mais si l'on commence à connaître les travaux et les institutions des autres peuples, on paraît souvent ne pas se douter de ce qui existe en France.

Ces réflexions me sont suggérées par un article inséré dans votre estimable journal, et qui traite de l'état de l'ophthalmologie dans les divers pays. L'auteur de ce travail prétend que l'enseignement des maladies des yeux n'existe point dans les Facultés françaises! Il ignore donc que l'ophthalmologie est enseignée avec beaucoup de succès à l'École de Strasbourg par M. le professeur Stœber depuis 1829, et que notre clinique ophthalmologique est inscrite depuis bien des années sur le tableau officiel des cours de la Faculté de médecine de Strasbourg. Le compte-rendu de cette clinique est publié par la *Gazette médicale de Strasbourg*, tiré à part et livré au commerce. Le dernier numéro, contenant un mémoire sur l'*extraction de la cataracte par incision linéaire et sur l'extraction scléroticale* (année scolaire 1855 à 1856), a même été distribué aux membres du Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.

M. Doumic, l'auteur de l'article en question, prétend qu'en dehors des deux noms de MM. Sichel et Desmarres, on ne trouve *rien* en France; pas un auteur! pas un ouvrage! Je suis encore obligé de vous faire remarquer, très honoré confrère, que si Strasbourg a eu, la première en France, à se féliciter d'une clinique d'ophthalmologie, elle a aussi vu paraître le premier ouvrage sur les maladies des yeux, écrit dans la direction actuelle. Le *Manuel d'ophthalmologie* de M. le professeur Stœber, notre collègue, est cité partout comme un ouvrage très estimé; il aurait même eu les honneurs d'une contrefaçon belge; M. Doumic n'aurait pas dû le laisser passer sous silence.

Vous m'obligeriez beaucoup, très honoré confrère, en insérant cette lettre dans un de vos prochains numéros. Notre enseignement clinique attire un certain nombre d'élèves étrangers; il ne faudrait pas que l'on s'imaginât au dehors que nous sommes dépourvus d'une clinique aussi essentielle que celle des maladies des yeux.

Recevez, etc. EHRMANN,

Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Paris, 19 juillet 1858.

Monsieur et très honoré confrère,

A mon retour de la campagne, l'UNION MÉDICALE du 15 juillet m'offre la gracieuse réponse de M. le docteur A.-P. Doumic.

J'étais loin de prévoir que mon humble réclamation fût de nature à *hyperesthésier* à ce point son amour-propre. Cet aimable confrère, qui certainement doit être jeune d'âge ou de caractère, exerce sa verve, un peu bruyante, en vers et en prose. Je laisse au lecteur, qu'il s'en égaye ou s'en attriste, le soin d'apprécier la forme de son argumentation. Je me permettrai de lui dire, ce que tout le monde sait, que la courtoisie et la modestie ne nuisent jamais au mérite, et que le ton magistral qu'il affecte de prendre, ne peut rien ajouter à l'éclat de son nom. Quant au sentiment qu'il raille si spirituellement, sa lettre me fait comprendre qu'il ait pu le trouver ridicule.

M. le docteur A.-P. Doumic affirme que le *Manuel d'ophthalmologie* du professeur Stœber, dont je cite le millésime de 1834, *n'est pas au niveau* des connaissances acquises en 1858. Cela est d'une évidence que personne ne voudra nier.

Quoique toujours disposé à revenir d'une erreur et à avouer une faute, je maintiens envers et contre M. le docteur A.-P. Doumic, que le cours du professeur Stœber et ses travaux sur l'oculistique, *jusqu'à ces derniers temps*, publiés dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, méritent, pour le moins, d'être cités.

Recevez, etc. Dr DREYFUS (de Strasbourg).

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 88. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 27 Juillet 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 JUILLET 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Demarquay présente un homme qui, en tombant d'un arbre au mois de janvier dernier, se fit une contusion de l'épaule droite. Il survint d'abord un certain gonflement, puis la tuméfaction disparut, et les muscles du membre s'atrophièrent rapidement. L'atrophie, déjà manifeste à l'avant-bras, est beaucoup plus prononcée au bras et plus encore à l'épaule. Les muscles de cette dernière région, et ceux qui relient l'omoplate au tronc, ont presque entièrement disparu. Cet état se complique de douleurs très vives qui s'irradient dans tout le membre, et le malade ne reculerait devant aucune opération pour en être délivré. On lui a proposé de lui couper le nerf radial et le nerf cubital; on lui a même proposé de lui désarticuler l'épaule, mais M. Demarquay repousse cette dernière opération.

M. Morel-Lavallée trouve chez cet homme un nouvel exemple de ce que quelques auteurs ont décrit à tort comme une luxation incomplète de l'épaule en haut. La tête humérale, par suite de l'atrophie des muscles, forme, en effet, une saillie très considérable, qui s'élève un peu au-dessus de l'acromion lorsque le bras est abaissé; mais, lorsqu'on écarte le bras du tronc, on voit cette tête rentrer peu à peu sous la voûte acromio-coracoïdienne, et on s'assure ainsi qu'elle n'est nullement luxée. Il ne manque pour simuler tout à fait une luxation que des adhérences ou une rétraction de la capsule capable de fixer la tête en avant.

— M. Richet, à propos des contestations qui se sont récemment élevées dans la Société sur le siége des hernies dites congéniales, présente des pièces provenant d'un malade qui a succombé à l'hôpital St-Louis, après avoir été opéré *in extremis* par M. A. Guérin. On n'a pu avoir que de très vagues renseignements sur cette hernie; on a su seulement qu'elle existait depuis longtemps, et qu'elle s'était étranglée depuis plusieurs jours. M. Guérin, après l'incision du sac, reconnut que l'intestin était en contact avec le testicule. Il y avait à la partie supérieure du sac une anse sphacélée. L'opéré mourut deux heures après. A l'autopsie, on a reconnu que le débridement avait porté sur le collet du sac, et que la hernie était bien réellement située dans la tunique vaginale. Le conduit vagino-péritonéal est, du reste, très étroit; le collet est situé à sa partie supérieure.

— M. Richet présente ensuite le fémur d'une femme cancéreuse morte à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, âgée de 45 ans, éprouvait de très vives douleurs dans la cuisse. Un jour, en se retournant dans son lit, elle se fractura le col du fémur. Soupçonnant dès lors l'existence d'un cancer, M. Richet examina la malade et découvrit dans le sein une tumeur dont celle-ci n'avait pas parlé. A l'autopsie, on a trouvé, au centre du col du fémur, au niveau de la fracture, une tumeur grosse comme une petite noix, dont la nature cancéreuse a été reconnue au microscope.

— Conformément aux conclusions du rapport lu par M. Deguise fils dans une précédente séance, la Société est appelée à voter sur la proposition de conférer à M. Bégin le titre de membre honoraire.

Votants, 24.

M. Bégin obtient l'unanimité des voix.

En conséquence il est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

M. le Secrétaire annonce que, en l'absence de M. le Secrétaire général, il a écrit à M. Henry Thompson (de Londres), pour lui faire connaître les conclusions du rapport de M. Verneuil et la décision de la Société sur le plagiat dont M. José Prô s'est rendu coupable envers lui. M. Thompson a immédiatement répondu pour remercier la Société de chirurgie de l'empressement qu'elle a mis à accomplir cet acte de justice. M. le Secrétaire donne connaissance de cette réponse.

M. Larrey fait hommage à la Société de son *Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons*.

— M. Forget présente une observation inédite de M. Ferrand (de Mer). Cette observation est intitulée : *Altération carcinomateuse de la moelle; opération; guérison.* (M. Forget rapporteur.)

— M. Morel-Lavallée présente des pièces et remet l'observation suivante :

« Un homme d'environ 60 ans, est renversé par un omnibus, dont une des roues lui passe sur la poitrine. On le relève mourant, et on le transporte immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, en face duquel l'accident venait d'avoir lieu. Le blessé fit encore quelques signes à sa femme qui l'accompagnait; mais il rendait le sang par le nez, par la bouche, et il était sans pouls; il fit à peine quelques inspirations, et il expira.

» A l'autopsie, on trouva :

» 1° Quatre fractures du *sternum;* une transversale, avec une légère obliquité d'avant en arrière et de bas en haut, occupait le milieu de la première pièce de l'os; une autre au niveau de la deuxième côte; une autre entre la troisième et la quatrième côte, et la dernière entre la quatrième et la cinquième côte; ces trois dernières transversales, et, comme la première, sans déplacement, en raison de l'intégrité presque complète du périoste.

» 2° Toutes les *côtes* du côté droit et les sept premières du côté gauche étaient fracturées, la plupart en deux points. D'abord à environ deux travers de doigt de leur union avec le cartilage sternal, et un peu en arrière de la partie moyenne, sur deux lignes sensiblement parallèles. Toutes étaient dentelées, sans déplacement notable, surtout aux fractures antérieures. Aux fractures postérieures, le fragment vertébral offrait seul une tendance à se porter par quelques côtés en avant, et par quelques autres en arrière.

» Les fractures antérieures ont dû d'abord se produire, puis la pression de la roue se transmettant à l'extrémité antérieure du fragment postérieur, il a cédé à son tour, d'où la deuxième série de fractures costales.

» 3° La *clavicule* droite était cassée à son tiers interne.

» 4° L'*avant-bras* gauche, à son tiers inférieur.

» 5° Le *cœur* offrait une déchirure de toute la paroi antérieure du ventricule gauche et de la partie supérieure de la cloison intra-ventriculaire; l'oreillette gauche était également largement ouverte. La valvule mitrale était désorganisée; la plupart de ses cordons fibreux étaient arrachés; un lambeau de la colonne charnue leur donnait attache.

» Le cœur paraît s'être rompu par une pression excessive. Aucun fragment osseux ne correspond à cette rupture.

» 6° Le *péricarde,* déchiré en avant, avait permis au sang de former un épanchement considérable dans la plèvre gauche.

» 7° La *crosse aortique* offrait en avant, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, une ecchymose noirâtre qui pénétrait jusqu'à la tunique jaune.

» 8° Les *poumons* n'ont pas présenté de déchirure, quoique le sang rendu par le nez et la bouche montrât assez qu'ils avaient souffert.

» Rien à noter ailleurs. »

Feuilleton.

L'ERMITE DE LAROCHEPOT.

Vous souvenez-vous, lecteur, d'avoir vu, à la dernière exposition de peinture, un mauvais petit tableau de M. H. Vernet, représentant un homme au front balafré, revêtu d'une robe monacale, agenouillé près d'une fosse, et que regardait, au second plan, un zouave accoudé sur un mur d'appui? Cela n'était vraiment intéressant à aucun point de vue: dessin mou, couleur sans consistance et sans charme, absence complète de caractère, sujet mal écrit et qu'il eût été impossible de deviner sans le livret. Cela s'appelait le *Zouave trappiste*, et n'était propre qu'à affliger les admirateurs des grandes qualités de M. H. Vernet. Vous l'avez, lecteur, sans doute regardé comme moi, parce qu'il était sans cesse assiégé par la foule, foule féminine surtout, et dans laquelle les dames du meilleur monde se faisaient remarquer par leurs exclamations enthousiastes. D'où venait l'admiration? De ce que l'homme avait une robe de moine, de ce qu'il était à genoux par terre, de ce qu'il avait le crâne fêlé? On n'a jamais pu le savoir au juste. — Toujours est-il que la chose a été, depuis, reproduite et popularisée par la lithographie, et que certains journaux ont affirmé que le fait était historique. Un de mes amis, revenant de Bourgogne au commencement de cette année, m'affirma que le zouave qui avait servi de modèle au peintre, s'était choisi une trappe dans des ruines magnifiques, celles du château de Larochepot, qui dominent d'une façon si pittoresque la route de Beaune à Nolay. Mon ami se trompait à demi; ce n'était pas le balafré, c'était un autre Africain à qui le vieux château servait de retraite; et, bien que son habitation singulière lui eût valu le nom d'Ermite, il ne donnait l'exemple ni des austérités, ni du recueillement solitaire.

Si vous voulez me permettre, lecteur bénévole, de mettre sous vos yeux les renseignements qui me sont parvenus à ce sujet, vous verrez comment peuvent encore, à notre époque, se fonder les fortunes médicales, et vous vous convaincrez, une fois de plus, que ce n'est pas seulement la peinture insignifiante qui a le don de provoquer l'engouement de la masse et ses acclamations irréfléchies.

Il y a quelques jours, je recevais d'un de mes meilleurs amis, modeste et honorable praticien d'une petite ville, voisine de la résidence de l'Ermite, une lettre de laquelle j'extrais les passages suivants :

« ..... J'ai peu de malades en ce moment, et pendant deux jours d'absence il n'est venu personne réclamer mes secours. Si je n'ai point de malades, ce n'est pas cependant qu'il en manque. Un médecin de nouvelle espèce, à longue barbe rouge et grise, et qui s'est fixé à Larochepot, est assiégé de clients sans nombre et de tous pays. Cet homme qui sait à peine lire, qui a fait ses études médicales dans une compagnie de discipline en Afrique, et a subi déjà plus d'une condamnation pour vagabondage, est, sans contredit, le plus *acclienté* de tous les consulteurs de France. Chaque jour, plus de trois cents personnes de Beaune, Dijon, etc., etc., arrivaient pour entendre l'oracle qui se contentait de donner sa bénédiction à ceux qu'il n'avait pas le temps de recevoir en consultation. J'ai vu dans un jour plus de cent voitures qui avaient amené des malades à la Rochepot, et les aubergistes de ce village ne pouvaient suffire à loger et nourrir tous ces impotents. Un procès pour exercice illégal est venu accroître sa vogue, et ne se trouvant plus sur un théâtre assez grand, il est allé se fixer à Châlons où l'on s'inscrit deux jours à l'avance pour avoir l'honneur de l'approcher. Cet homme, qui est né à Autun, était venu depuis quatre ou cinq ans à Nolay, et s'était fait une habitation dans nos rochers. C'est de cette année seulement qu'il lui a pris fantaisie de guérir les gens, et, en vérité, on ne peut imaginer comme en si peu de temps il a conquis une telle renommée. Il donne à ses malades une bouteille qu'il remplit de plantes diverses, on ajoute à cela vin rouge pour les hommes, vin blanc pour les femmes, et l'on remplit d'une nouvelle quantité de vin à mesure que l'on boit. La vertu de cette panacée se conserve sept ans. Cet homme, malgré son génie, a cependant sa part dans les défauts de notre pauvre monde : il a un faible énorme pour l'eau-de-vie de marc dont il boit des coups horrifiques, et il s'en trouve même très incommodé. Sa renommée n'en croît pas moins, tant il est vrai que *vulgus vult decipi* au XIX[e] siècle comme en tout temps. »

Un autre de mes amis, qui exerce la médecine au chef-lieu du département, m'adressait, à la même époque, des renseignements conformes, de tous points, à ceux que l'on vient de lire. Pour ne pas faire triple emploi avec ce qui précède et ce qui suit, je prends seulement dans sa lettre, quelques phrases relatives à la manière de procéder de l'Ermite.

« ... Il gagne beaucoup d'argent. Je sais, de source certaine, qu'il a offert à M..., officier de santé à Dijon et ancien pharmacien à Beaune, 6,000 fr. d'appointements pour venir avec lui trois fois par semaine. Celui-ci a refusé. Mais L..., qui était officier à G..., est actuellement avec lui, probablement aux mêmes conditions. Il était fort malheureux.

» ... Je conçois les lamentations de nos confrères des localités où *travaille* le sorcier (car on lui donne aussi ce nom), mais cela n'aura qu'un temps; le *boniment* s'use et Demommerot ira visiter d'autres parages... Sa manière de faire est celle-ci : Plusieurs acolytes, soi-disant malades, *moutonnent* les vrais malades et vont donner les renseignements au sorcier. Quand ceux-ci se présentent, ils sont fort étonnés qu'à la seule inspection, il devine ce qu'ils éprouvent et les maladies qu'ils ont eues antérieurement.....

» ... Les plantes qu'il fait introduire dans la bouteille préalablement vidée par lui, à la santé du patient, sont des feuilles et des fleurs du pays, étiquetés par numéros; ce sont principalement : la valériane, le petit-chêne, la bourrache, les labiées, etc. ; mais aucune plante vénéneuse... Cela doit tout guérir, et en particulier la teigne, la *rogne,* les rhumatismes, les palpitations, la *gastrique* et la *syphilitrique*.....

» ... Le sorcier ne devine pas toujours, parce qu'il n'a pas assez de compères pour l'affluence des visiteurs, mais pourvu qu'il devine pour huit ou dix par jour, c'est merveilleux, et ceux-ci le répètent à tous les échos. Quelquefois, quand ses renseignements ne sont pas complets, il dit aux malades de revenir. Dans l'intervalle, il s'enquiert, et, au jour dit, il est lucide. Voilà comme cela se pratique. »

Ces lettres m'ont paru *curieuses et instructives,* mais elles émanent de médecins. J'ai voulu puiser à une source plus impartiale et je me suis adressé à un avocat distingué du pays qu'habite le personnage. Voici la lettre remarquable qu'a bien voulu m'écrire M. X..., de Beaune; il y a quelques répétitions de détails déjà connus, mais je n'ai rien voulu en retrancher :

« Demommerot, connu sous le nom d'*Ermite de Larochepot,* est un individu des environs d'Autun; il appartient à une bonne famille de cette ville, où il y a un avocat de ce nom. Ce n'est pas positivement un mauvais sujet, mais un ivrogne et un paresseux. Je ne sais pas grand'chose sur son existence.

» Après avoir fait deux congés, guerroyé en Algérie, *gobelotté* dans plusieurs garnisons, il est revenu au pays, muni d'affreux états de service. Ses parents en ont eu honte et l'ont repoussé en lui offrant une pension fort minime. Notre homme alors a couru un peu la France,

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1);

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

On trouve dans les *Annales médico-psychologiques* de 1844, tome III, un travail de M. Macario sur la paralysie hystérique, travail dans lequel sont relatés plusieurs de ces faits que l'auteur suppose être peu communs. Aussi faut-il rapporter à M. Gendrin la connaissance de l'anesthésie comme fait général chez les hystériques; ce médecin, dans une note adressée, en 1846, à l'Académie de médecine, a, le premier, avancé que la perte de la sensibilité était l'un des phénomènes constants de l'hystérie, et que certaines femmes nerveuses et certaines somnambules magnétiques, dont l'insensibilité passait pour un tour de jonglerie, étaient tout simplement des hystériques frappées d'anesthésie.

L'anesthésie est, en effet, très commune chez les hystériques. M. Gendrin, par l'organe de M. Henrot, paraît supposer que toutes les femmes atteintes d'hystérie présentent de l'anesthésie dans un point quelconque de leur corps. Cette supposition est inexacte; sur les 400 hystériques que j'ai observées avec tout le soin possible, il ne s'en est trouvé que 240, c'est-à-dire 60 sur 100 qui aient présenté des signes évidents d'anesthésie.

Je ne tiens pas compte dans cette évaluation de l'insensibilité de la conjonctive de l'œil gauche, qu'on rencontre sur la très grande majorité des hystériques, parce que ne l'ayant pas cherchée chez toutes les malades, je ne puis déterminer dans quelle proportion elle existe.

L'anesthésie naît sous l'influence de causes bien connues.

On l'observe assez fréquemment après les attaques d'hystérie auxquelles elle succède immédiatement. M. Gendrin prétend qu'elle est toujours la suite de ces attaques. Cette assertion est, comme la précédente, évidemment inexacte. Ainsi, d'après mes observations, sur 221 femmes atteintes d'anesthésie à un degré quelconque, 160 seulement avaient eu des attaques d'hystérie, et 61 n'en avaient pas eu ; ainsi les attaques n'existaient pas chez un peu plus d'un quart des anesthésiques. De plus, chez un certain nombre de ces femmes, l'anesthésie avait apparu avant les attaques.

Dans un certain nombre de cas, l'anesthésie s'est produite après une émotion manifeste. Ainsi j'ai vu une jeune fille qui avait été atteinte brusquement de l'anesthésie de presque toute la moitié gauche du corps, au moment où elle venait d'apprendre brusquement la mort de sa mère.

Quelquefois elle naît à la suite d'une hyperesthésie assez prononcée de l'une des parties du corps. Ainsi, on voit de temps en temps la peau qui recouvre des muscles hyperesthésiés être elle-même frappée d'anesthésie. Ainsi, dans trois cas j'ai vu l'hyperesthésie d'une partie très étendue de la peau se dissiper graduellement et laisser à sa suite une anesthésie de cette enveloppe du corps. Il n'est pas douteux que, dans plusieurs cas, l'anesthésie des organes des sens n'ait été précédée d'une hyperesthésie plus ou moins forte de ces mêmes organes.

En général, l'anesthésie se produit chez les hystérique dans les cas où il a existé chez elles une perturbation assez vive de l'économie.

Après les opérations chirurgicales les plus graves chez les sujets ordinaires, on n'observe jamais l'anesthésie.

Pour qui a suivi avec quelque attention les effets des passions, l'amoindrissement ou la perte de la faculté de sentir, ne paraîtra pas un phénomène extraordinaire, attendu qu'il entre dans l'expression d'un certain nombre de ces passions. Dans les simples émotions, on voit la peau pâlir, se refroidir et se prendre d'engourdissement; dans les émotions fort vives, on ne voit plus, on n'entend plus; lorsque l'esprit est fortement préoccupé par la tristesse, les objets avec lesquels le corps est en contact ne sont plus sentis; dans la frayeur, les jambes se dérobent sous le corps, etc.

Le développement de l'anesthésie peut être lent et graduel, alors le début s'annonce par des fourmillements, par des picotements, par des élancements et par de l'engourdissement dans la partie qui doit être frappée; puis l'insensibilité n'arrive qu'au bout de quelque temps. Dans un assez bon nombre de cas, il ne se produit rien de particulier, et les malades ne s'aperçoivent de leur anesthésie que quand le médecin vient à palper la partie anesthésiée. D'autres fois, la perte de la sensibilité apparaît brusquement, ainsi il n'est pas rare de voir une partie plus ou moins étendue du corps, perdre soudainement et complétement la sensibilité, après une attaque d'hystérie ou après une affection morale vive.

L'anesthésie a pour caractère : la diminution ou la perte de la sensibilité de relation dans les parties qui en sont atteintes.

Elle s'accompagne habituellement d'un abaissement souvent très appréciable de la température, et d'une diminution évidente de la circulation capillaire de la partie anesthésiée. En même temps, il peut exister dans les parties environnantes des sensations de fourmillement et d'engourdissement, ainsi qu'une faiblesse musculaire qui peut aller jusqu'à la paralysie la plus complète.

Quand l'anesthésie est très étendue, elle s'accompagne toujours d'une céphalalgie générale gravative très persistante et très intense, qui semble bien indiquer que le point de départ du mal est dans le cerveau.

Le trouble dans la sensibilité varie dans son étendue et dans son intensité. L'anesthésie peut frapper toute la surface du corps, ou se borner à une partie très limitée, comme un pied, une jambe, une portion de peau du dos, un œil, etc. Elle peut n'intéresser que la superficie de la peau, ou bien frapper toute l'épaisseur d'un membre et comprendre la peau, les muscles et les os. Il est fort ordinaire de rencontrer l'anesthésie de tout un côté du corps, depuis la tête jusqu'aux pieds, en même temps que l'insensibilité des organes des sens du même côté. Mais, quelle que soit son étendue, l'anesthésie n'occupe jamais que les parties animées par les nerfs provenant de l'encéphale ou du prolongement rachidien; jamais elle n'affecte celles qui reçoivent leurs nerfs principaux du grand sympathique, telles que les poumons, le tube digestif, le cœur. Aussi celle du tronc ne pénètre jamais dans les cavités splanchniques, tandis qu'aux membres elle peut en frapper toute l'épaisseur depuis la peau jusqu'aux os. Il y a plus, c'est que ce trouble de la sensibilité n'affecte jamais que les extrémités périphériques des nerfs. L'observation constate que le tronc et les cordons principaux d'un nerf dont les expansions sont anesthésiées, conservent toute leur sensibilité et toute leur excitabilité, ces expansions seules étant frappées d'insensibilité. La même chose, mais en sens inverse, existe dans l'hyperesthésie, ainsi qu'on l'a vu. C'est une loi générale de l'hystérie, que les conducteurs des actions vitales, qui ne sont dans l'expression des passions que des agents purement passifs, soient respectés, tandis que les surfaces, téguments, sens et muscles, qu'il faut considérer comme les aboutissants des actions vitales provoquées par les passions, sont seules troublées dans leur équilibre.

M. Longet a cherché à se rendre raison de ces faits de la manière suivante. Il arrive fréquemment, dit cet auteur, que la sensibilité a disparu dans les parties extérieures et dans les extrémités terminales d'un tronc nerveux, tandis qu'elle existe encore d'une manière très prononcée dans le tronc lui-même. Chez des chiens, sur lesquels la portion lombaire de la moelle épinière avait été mise à nu, l'incision de la peau et celle des muscles n'étaient pas douloureuses, tandis que la simple piqûre d'un tronc nerveux arrachait des cris. M. Longet admet qu'en général les nerfs sensitifs peuvent fonctionner à leur origine et dans une partie de leur trajet, pendant que les filets terminaux sont frappés d'anesthésie.

La durée de l'anesthésie est très variable. Dans certains cas, la perte de sensibilité est passagère et se dissipe en quelque sorte spontanément.

Dans d'autres cas, elle dure longtemps et ne se dissipe que quand les phénomènes hystériques qu'elle accompagne ont disparu. Enfin, dans certaines circonstances, elle durerait des années et resterait en quelque sorte inamovible, quoique tout autre phénomène hystérique ait cessé; et alors qu'elle qu'ait été sa durée, on la voit souvent céder très promptement aussitôt qu'on fait un emploi convenable des stimulants appropriés. C'est toujours un grand sujet d'étonnement que de voir des femmes garder, pendant des années, des anesthésies, qui les rendaient paralytiques, recouvrer complétement la sensibilité et le mouvement après une ou deux faradysations.

Il arrive assez fréquemment qu'après s'être dissipée sous l'influence d'un traitement approprié, l'anesthésie reparaisse par l'effet de nouvelles causes de perturbation, et que l'on voie ces alternatives se répéter tant que l'hystérie persiste. J'ai eu longtemps dans mes salles une jeune femme qui présentait ces alternatives d'une manière frappante. Elle arrivait à l'hôpital, atteinte de l'anesthésie d'un côté du corps, avec paraplégie complète. Sous l'influence du repos, du calme, d'une bonne alimentation et de l'absence de tout souci, elle se rétablissait peu à peu, l'anesthésie disparaissait et la paraplégie cessait. Lorsque, dans cet état, le hasard lui fournissait l'occasion de nouer quelque liaison à l'aide de laquelle elle pût vivre à son gré, elle sortait de l'hôpital, se promenait dans les rues, fréquentait les bals publics, s'y livrait à la danse, et n'offrait plus aucune trace d'anesthésie ni de paralysie; mais bientôt le dénûment et la misère faisaient renaître l'anesthésie, elle rentrait alors anesthésique et paraplégique. Au bout de quelques mois de soins et de séjour au lit, elle s'améliorait, puis finissait par sortir, marchant très bien, puis après s'être livrée à de nouveaux excès, elle rentrait de nouveau dans mes salles, complétement anesthésiée.

Quand l'anesthésie n'occupe que la peau du tronc, elle est souvent si peu incommode, que fréquemment les malades ne se doutent pas de son existence. Ainsi j'ai vu des femmes ayant une anesthésie de la peau d'une moitié du tronc, qui ne s'étaient aperçues de leur infirmité qu'au moment où je les examinait. Quand elle affecte les extrémités des membres, les sens ou les muscles, alors elle devient un phénomène fort gênant.

Les moyens de reconnaître l'anesthésie sont très simples et très sûrs; quand cette affection attaque la peau, les membranes muqueuses ou les muscles, il suffit de toucher, de pincer ou de piquer la partie anesthésiée pour constater l'insensibilité. Quand elle attaque les sens, on la reconnaît à ce que ces organes ont perdu leur sensibilité spéciale et souvent en même temps leur sensibilité générale.

Il est bien entendu que, pour peu qu'il y ait quelques doutes sur

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet.

---

ouvrier serrurier ici, là ouvrier terrassier, ailleurs ne faisant rien et se faisant condamner pour vagabondage.

» Il y a trois ans environ, il vint s'établir sur la montagne de Santenay, lieu désert et escarpé, vivant d'herbes et d'escargots et ne descendant au village que rarement et toujours pour se ficher une *tamponne* de gros bleu. C'est à cette époque que son existence solitaire lui fit donner le nom d'*Ermite*.

» De là il transporta ses dieux peu lares sur la montagne de Saint-Philippe près de Nolay; son genre de vie y fut le même qu'à Santenay; il passait pour un homme très original, mais du reste inoffensif. On allait quelquefois lui rendre visite dans le terrier qu'il s'était creusé, et il recevait ces visites très gracieusement.

» De là, notre homme va se nicher, comme un vieux hibou, dans les belles ruines du château de Larochepot, et, tout à coup, s'étend à vingt lieues à la ronde, sa réputation de médecin. Avant son séjour à Larochepot, on ne l'aurait pas cru capable de dire que le chiendent fût un purgatif pour la race canine; à peine installé sous les murs du vieux manoir, on court le consulter comme un oracle. A Beaune, dans toute la côte et lieux circonvoisins on ne parlait que de l'Ermite, les routes étaient encombrées de véhicules se dirigeant sur Larochepot; jour et nuit, sa porte était assiégée par une foule de clients, jamais moins d'une centaine. Quelques-uns, n'ayant pu le consulter le premier jour, couchaient au village pour être les premiers de la queue le lendemain matin. Tout ce que je puis vous dire sur l'enthousiasme de nos campagnes et sur la vogue de Demommerot est au-dessous de la vérité. Le plus étonné de tous était l'Ermite....

» Les quelques remèdes qu'il avait donnés à quelques paysans de Larochepot très naïvement d'abord et pour se faire payer un verre de vin, lui avaient valu une renommée et attiré une foule à en perdre la tête. Le vieux vagabond était contraint à devenir homme de cabinet; il en perdait le boire, le manger, le dormir et la douce oisiveté. Cela devenait gênant. Il en voulut au moins tirer profit, et, par la force des choses, se fit charlatan. Un client entrait chez lui muni d'une bouteille de vin (c'était l'usage, on le savait), expliquait son cas, l'Ermite ouvrait un grand livre qu'il consultait gravement, prenait la bouteille qu'il allait vider dans une tonne à lui, puis, montant sur une chaise, détachait du plafond quelques racines, en mettait les morceaux dans la bouteille vide et disait au client : « Vous remplirez cette bouteille de vin et chaque jour vous en boirez un verre; quand le vin manquera, vous la remplirez de nouveau et toujours, la vertu des plantes que je vous donne dure sept années. Seulement, si votre bouteille sort de votre maison, si un étranger goûte de son contenu, tout charme est rompu, et ce qui était pour vous un remède peut devenir un danger. Allez et vous serez guéri. »

» Le client, en sortant, trouvait à la porte une tirelire sur laquelle il y avait : tronc pour les pauvres; il y mettait ce qu'il voulait; l'Ermite ne demandait rien. Le prix de la consultation était dans une bouteille de vin et quelques sous, *ad libitum;* dans une journée, il se faisait quelquefois une feuillette de vin et une cinquantaine de francs. Le remède de la bouteille était le plus populaire; c'est le plus connu dans nos villages. Cependant l'Ermite en ordonnait un autre. Le bain d'orties, dans lequel on mettait, avec des orties, du sel et de l'essence de térébenthine. Le tonnelier Clémencet a été, par ce moyen, guéri d'un rhumatisme. — Son patron, notre ami Antonin, raconte cette cure, en société, quand on l'en prie.

» La réputation de l'Ermite ne s'arrêta pas aux simples; elle gagna la classe dite éclairée; exemple : un habitant de Saint-Loup (Saône-et-Loir), atteint d'un mal de gorge très persistant, était venu le consulter. La foule frappait vainement à la porte, on ne répondait pas. La faim avait chassé le solitaire de son bouge; sorti de son ermitage par une porte dérobée, l'Ermite déjeunait au cabaret. La foule alors prend le chemin du cabaret et l'habitant de Saint-Loup suit la foule. Une dame lui dit : Quand l'Ermite a déjeuné, on ne peut plus rien tirer de lui. Moi, je tiens ma consultation; quant à vous, si vous voulez être expédié ce matin, vons n'avez qu'un moyen : couchez-vous dans votre voiture, couvrez-vous de votre limousine, et faites l'homme qui va trépasser. Ce qui fut dit fut exécuté; on court à l'Ermite et on lui dit : venez venez, voici un homme qui se meurt. L'Ermite sort du cabaret, la bouche pleine, et palpe le moribond; deux *quidams* surviennent, l'entraînent à quelques pas, et, d'un bras vigoureux, le jettent dans un carrosse à *deux chevaux,* qui attendait au détour d'une rue, et fouette cocher. La foule crie : arrêtez arrêtez, rendez-nous l'Ermite, mais c'est en vain; le carosse n'est déjà plus qu'un point noir à l'horizon. Il avait été enlevé par les laquais d'un grand personnage; il ne revint que le lendemain.

» Enfin, la justice s'émeut, mandat d'amener est décerné par le juge d'instruction, et des geudarmes vont arrêter Demommerot.

» Quelle bonne occasion pour la gendarmerie d'avoir une consultation gratuite! Le capitaine est absent; les femmes des gendarmes supplient leurs époux et le brigadier qu'avant d'incarcérer l'Ermite on le fasse entrer dans la caserne. Le guerrier français est galant de sa nature; on obtempère; l'Ermite est introduit avec tous les honneurs dus à son mérite. Il entre en vainqueur plutôt qu'en vaincu; on le fait asseoir dans le fauteuil du maréchal-des-logis, et là, au milieu des gendarmes, des femmes de gendarmes, des petits des gendarmes, des parents des gendarmes, foule aux yeux écarquillés, il dicte ses ordonnances. Que dites-vous du tableau? La séance fut longue. Elle devait être mystérieuse, mais il y avait trop de femmes. Accablé de mille honnêtetés, notre homme fut mis sous les verroux.

» Il y resta un mois. L'accusation, qui semblait grosse d'une foule d'horreurs accoucha d'une condamnation en 50 ou 60 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

» Ce que je vous raconte de la vogue de l'Ermite à Larochepot, je le sais par la rumeur publique et nombre de témoins oculaires. Mais l'exaltation de la foule avant, pendant et après l'audience, j'ai pu la juger de mes propres yeux. Depuis le matin, 3 à 400 personnes assiégent le palais; on murmure dans les groupes : ce sont les médecins qui ont fait mettre, par jalousie, le saint Ermite en prison, l'ami du pauvre monde, etc., etc. Deux gros bonnets de la classe ouvrière, bons croyants, fidèles disciples, tiennent à honneur de se mettre à côté du maître, sur le banc des prévenus. Malgré les injonctions de M. le Président, ils se font passer pour parents.

» A l'audience, l'Ermite s'est contenté de dire « qu'il ne savait pas pourquoi tout le monde accourait chez lui, qu'il ne désirait qu'une chose : ne rien faire, et que s'il donnait des remèdes, c'est qu'on l'y forçait; qu'il avait peur de cette foule, et que s'il ouvrait sa porte, c'était de crainte qu'on ne l'enfonçât. » Cela ressemble un peu à l'histoire de Sganarelle.

» Le populaire, qui croyait que l'Ermite allait être enfermé pour le reste de ses jours ou expulsé de l'Empire, pousse des cris de joie en apprenant le jugement; lui, apercevant du seuil du tribunal cet océan de têtes qui s'agitent sur la place, désespère de le traverser sans naufrage. Il demande un gendarme pour le précéder et fendre la foule; ses deux amis le prennent chacun par un bras et l'on s'engage bravement dans la masse compacte. On crie : Bravo l'Ermite, vive l'Ermite! C'est à qui lui serrera les mains, ou touchera ses vêtements. On entre chez un des amis, un couvert était dressé, on s'embrasse, on dîne, et on attend la soirée pour faire partir l'Ermite. La foule n'avait cessé de stationner sous les fenêtres de la maison. Aujourd'hui l'enthousiasme de la multitude s'est un peu calmé. Démommerot s'est tant et tant grisé, a tant et tant titubé en public, qu'on n'en parle plus autant. Il a quitté Larochepot et habite Auxey-le-Grand, village à une lieue de son dernier domicile; il s'est mis en règle avec la justice et est sousté d'un médecin, barbu comme lui, qui signe ses ordonnances. Le prix de la bouteille est de 5 fr., de la consultation 3 fr. Le Châlonnais donne beaucoup, dit-on.

» Voilà tout ce que je sais sur ce farceur d'Ermite, non jeûneur, comme dit Rabelais, mais de la *confrairie des beuvants et mangeants.* C'est un ivrogne, rien de plus. Je vous le raconte tel que cela me vient, sans rien omettre ni amplifier, et je finis en vous assurant que tout est scrupuleusement exact. »

Et nunc erudimini.

Pour copie conforme,

Dr Maximin LEGRAND.

la simulation, il faut prendre les précautions nécessaires pour n'être pas dupe d'une supercherie.

Le pronostic de l'anesthésie est le plus ordinairement peu grave; dans les cas les plus ordinaires, la perte de sensibilité cesse très promptement dès qu'on lui oppose un traitement convenable. Mais dans quelques cas, heureusement fort rares, dans lesquels la perte de sensibilité affecte une grande étendue et est portée au point d'amener l'insensibilité complète, elle résiste pendant plusieurs années à tous les traitements employés, cependant elle finit toujours à la longue, par céder.

J'ai vu une jeune fille dont toute la peau et tous les muscles étaient anesthésiés; elle avait perdu l'ouïe et la vue du côté gauche; elle n'avait plus ni odorat ni goût; elle ne distinguait pas la saveur des aliments qu'elle prenait; cependant elle ne mangeait pas ses aliments indifféremment, il y avait une sorte d'élection; elle mangeait avec plus de plaisir ceux qui lui plaisaient à voir. Elle entendait très difficilement : obligée de rester au lit toute la journée, à cause de la faiblesse de la contractilité de ses muscles, elle ne pouvait se servir de ses mains qu'à l'aide de la vue, qui était en quelque sorte le sens qui gouvernait tout. L'insensibilité de ses membres était si profonde, qu'en lui bandant les yeux, on pouvait l'enlever de son lit, la poser presque nue sur le carreau, puis la replacer dans le lit, sans qu'elle eût la moindre idée de ce qui s'était passé. Elle comparait la sensation qu'elle éprouvait ordinairement, à ce que devrait éprouver une personne suspendue en l'air par un ballon.

J'ai eu cette jeune fille plus d'un an sous les yeux; elle a été stimulée et faradysée de toutes les manières, et toujours les effets avantageux de la médication n'ont été que passagers. Je l'ai perdue de vue, à une époque où il n'y avait pas encore d'amélioration notable dans son état.

(*La suite prochainement.*)

DERMATOLOGIE.

A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DU NOUVEAU LIVRE DE M. BAZIN (1).

B. *Opposition résultant d'une induction précipitée.* — Cependant cette inutile théorie, comme toute chose mauvaise ou bonne, a sa raison d'être; elle est le résultat d'une induction et d'une généralisation peu méthodique, et il importe de bien connaître le prétexte de cette théorie, afin de bien saisir aussi la cause de son impuissance.

Faisons naître nos généralités de quelques exemples.

Le chloasma, ou masque des femmes enceintes, est dû au développement du microsporon furfur, mais sa plus grande fréquence pendant la grossesse indique certainement que l'état puerpéral favorise le développement de ce cryptogame, de même qu'un certain état cachectique favorise le développement du muguet (oïdium albicans).

Enfin, l'on peut accorder que ce ne sont là que des cas mieux marqués des préférences des cryptogames pour tel ou tel milieu. Le favus lui-même, si cosmopolite, inoculé sur tel enfant, y languira, et, au bout de plusieurs années d'existence, ne présentera encore qu'un médiocre développement; sur tel autre, au contraire, jouissant également de tous les attributs de la santé, il aura déjà envahi tout le cuir chevelu et porté atteinte à la constitution générale. Il en est de même des autres parasites; ils ont des préférences très marquées dont nous ne connaissons que bien rarement les secrets motifs.

Parce que quelques-uns, ou plus exactement un seul, le muguet, a une prédilection marquée pour l'état cachectique, attribuer à tous les autres le vilain goût de celui-ci, est-ce une induction légitime? Alors, au nom de la même logique, observant que le sarcopte se trouve de préférence chez les hommes en bonne santé et disparaît quand une maladie survient, rencontrant le microsporon furfur plutôt dans l'état puerpéral, en induirai-je que tous les parasites sont un signe, un épiphénomène, ici de la santé, là de la grossesse? Telle est pourtant la méthode suivie de nos jours pour la consolidation de ces *vénérables doctrines consacrées* par le temps.

Oui les parasites, les cryptogames notamment, ont des préférences dont les motifs nous sont inconnus et qui ne sauraient être illuminés par la spéculation. Ainsi le trichophyton affectionne si particulièrement la lèvre supérieure que, chez quelques mentagreux, il périt de lui-même sur les autres points de la face, mais, sous la moustache, il demeure plein de vigueur et il faut de longs efforts pour le déloger!

Ces mystérieuses sympathies des cryptogames pour tel ou tel terrain sont connues de tous ceux qui ont un peu observé leurs mœurs; et c'est parce que ces conditions de leur développement, quoique évidemment très déterminées, nous sont presque complétement inconnues, même pour les matadores de cette classe, que nous sommes incapables de reproduire à notre gré, par exemple, les espèces comestibles qui fournissent des mets aussi variés que délicieux.

Ne connaissant donc point les conditions ambiantes de leur développement, nous ne pouvons pas toujours faire prospérer ceux qui nous sont utiles ni empêcher l'invisible germination de ceux qui nous nuisent. Mais quand, par son développement successif, le cryptogame nous a avertis de sa présence, nous avons des moyens de le détruire, et, par conséquent, de nous opposer aux désordres qu'il amène à sa suite. Nous faisons ici comme ces laborieux maraîchers, qui, courbés vers la terre, en arrachent une à une les mauvaises herbes qui, chacune, ont aussi leur sol de prédilection. Que n'y a-t-il aussi, parmi eux, quelques éloquents métaphysiciens qui les fassent rougir de ce mécanique labeur.

« Hommes matériels qui, pour faire disparaître ce *polygonum* de votre champ, l'arrachez brin à brin! C'est la force secrète, la diathèse, qui rend ce champ apte à produire cette traînasse qu'il faut attaquer et détruire. »

Plus humble en ses efforts, M. Bazin s'obstine à arracher les mauvais germes poil à poil, et nous pensons avec lui que, sans renoncer à rechercher les conditions qui favorisent le développement de tel ou tel parasite, la première indication, la seule vraiment possible à remplir de nos jours, la seule qui soit en harmonie avec la modestie convenable à une science si attardée, dont nous ne voyons encore que l'aurore, faible lumière à peine suffisante pour dissiper nos rêves saugrenus, c'est la destruction *directe* du cryptogame, car ce cryptogame est un ennemi, vous l'avouerez, une complication à l'égale d'un pou ou d'un acare et dont il faut débarrasser celui qui le porte et le nourrit.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 20 juillet.

Mais, dans le désir que les plus prévenus ne privent pas au moins leurs malades des bienfaits des moyens parasiticides, nous avons beaucoup trop accordé à leur idée favorite. Non, les parasiticides qui nous occupent (je ne parle ici que de ceux des dermatoses, ceux que j'ai dénommés) ne sont pas des complications. Dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, *ils sont toute la maladie*; la contagion est la seule raison de leur existence, car, soit par une inoculation accidentelle, soit par un fait expérimental, ils se développent et se multiplient fort bien sur des individus en parfaite santé.

Les auteurs citent souvent des faits qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Ainsi, Willan raconte qu'un enfant teigneux dans une pension put communiquer en un mois son mal à cinquante de ses camarades. Les expériences de M. Bazin sont encore plus probantes, puisqu'il a réussi, toutes les fois qu'il l'a essayé, à inoculer l'achorion et le trichopyton; et c'est ainsi qu'il a pu étudier les apparences des diverses périodes de leur développement. Nous-mêmes nous ne nous sommes rendu qu'à notre propre expérience, nous étant inoculé le favus avec plein succès, et en ayant obtenu la guérison immédiate par cautérisation (1).

Ainsi, voilà des affections qui se développent là où l'on sème le parasite, et qui se guérissent par la seule description : les cliniques de MM. Bazin et Hardy, *ouvertes à tout le monde*, le démontrent péremptoirement; notre pratique particulière le confirme. Pourquoi donc compliquer l'idée si simple, si naturelle, si nette, qui émerge de ces faits, par l'hypothèse gratuite d'une maladie interne et occulte que l'on est impuissant à guérir; une maladie que l'œil ne voit pas et que l'esprit ne perçoit point?

C. *Résumé de la discussion.* — Telles sont les contradictions de cette école veillie. Ses défenseurs s'estiment grands thérapeutes, et nous les voyons pratiquer un empirisme sans puissance et professer *des* doctrines sans unité, sans aucun lien rationnel! Ce n'est pas sans motif, il faut le reconnaître, que M. Devergie oppose à LA nouvelle doctrine (vraiment *une*) des micrographes LES doctrines *consacrées* par le temps. Ces reliques des temps passés se composent, en effet :

D'*une* doctrine de pathologie générale;

D'*une autre* pour la classification, qui est l'antithèse de la première;

D'*une autre* en thérapeutique, si on peut appeler ainsi un empirisme désordonné qui n'a pas même conscience de lui-même.

Un dernier regard sur les deux écoles comparées en fera mieux saisir le contraste.

Dans la doctrine des micrographes, la cause, les symptômes, le traitement, se relient naturellement et intimement l'un à l'autre, et ils déterminent l'espèce et la famille de la dermatose. L'esprit saisit immédiatement un ensemble et des détails si naturellement agrégés; en quelques heures, et sans efforts de mémoire, il possède l'un et l'autre. Si cette doctrine est organicienne, ainsi qu'on l'a dénoncé, il faut avouer que cet organicisme n'ignore pas les aptitudes de l'esprit pour l'ordre, et qu'il sait soumettre et ordonner, selon la logique, nos connaissances sur la matière.

Voyons le savoir-faire des doctrines qui s'affirment vitalistes. Elles ont une classification exclusivement pittoresque, externe, locale et *sans aucun rapport* avec les causes qu'elles déclarent occultes, internes, générales..... Nous avons déjà signalé cette étrange contradiction; mais elle se continue dans la thérapeutique presque exclusivement externe et sans aucun rapport avec la cause occulte de la maladie, ni avec la classification tout artificielle. Ainsi, un des groupes étant donné, aucune idée générale de thérapeutique qui s'y rattache! Bien loin de là, la détermination de l'espèce elle-même est à peu près aussi inutile pour la curation; de sorte qu'à peu d'exceptions près, on peut formuler ainsi le traitement : une dermatose étant donnée, se conformer aux règles de la pathologie ordinaire, puis essayer successivement le soufre, le mercure, l'iode, l'arsenic, les produits empyreumatiques, y associer les bains, les douches; soutenir le moral par quelques dépuratifs et quelques chymagogues; aboutir, en fin de compte, à renvoyer les teigneux à l'un des héritiers des Mahon!

Ce n'est point une hyperbole. Tant de confusions et de contradictions règnent dans cette thérapeutique, que nous soutenons que la plupart des médecins, instruits sur tout autre point, et qui, avant 1850, ont consacré plusieurs mois aux divers services de dermatologie de Saint-Louis, n'ont pu retirer d'autres règles de la pratique comparée des maîtres!

Voilà les doctrines et la thérapeutique qu'on regrette!

Quelque transcendante spéculation pour étiologie; la minutie dans la symptomatologie; le chaos et l'impuissance dans la thérapeutique!

Et telle est l'importance trop peu comprise de LA MÉTHODE, que ces résultats sont l'issue d'un demi-siècle de travaux dus à des hommes d'un grand mérite, remplis d'ardeur pour le travail et d'amour pour la science, mais victimes des idoles de l'École et du Forum, *idola theatri idola fori.*

V

CONCLUSION ET SYNTHÈSE.

Auguste Comte a fortement établi que, dans ses évolutions, l'esprit humain donne à ses idées trois formes successives. Mystiques et religieuses dans leur première exégèse, elles désertent bientôt l'autel pour l'*Académie*, et deviennent raisonneuses, spéculatives, métaphysiques; puis l'*Académie* (il veut dire la spéculation platonicienne) est à son tour abandonnée pour le *laboratoire*, ou enfin les idées cristallisent et constituent la période scientifique. Il suffit de songer au développement des sciences astronomiques, physiques, chimiques, sociales, etc., pour saisir cette succession dont la découverte fera une des gloires les plus légitimes d'Auguste Comte. Telle est la justesse de cette vue, que non seulement chaque branche des connaissances humaines a parcouru ou parcourt en ce moment ces trois stades, mais encore chacune des parties qui la composent, passe isolément par chacune des trois époques signalées par l'éminent auteur de la *Philosophie positive*. Tous ceux qui suivent la discussion actuelle sur la fièvre puerpérale, reconnaîtront, sans aucun doute, la forme entièrement spéculative de ses théories; et ceux qui, sans parti arrêté, ont pris connaissance de la révolution que le microscope vient d'opérer dans la dermatologie parasitaire, y trouveront tous les caractères de la forme scientifique, à savoir, « la connaissance logiquement organisée. » Des hauteurs de cette dernière étape où sont parvenues les affections parasitaires, remarquons que ces dermatoses ont suivi *scrupuleusement* les trois époques spécifiées par A. Comte.

(1) En 1847, étant externe à Saint-Louis, et jouissant d'une parfaite santé, je m'inoculai avec la lancette quelques parcelles de poussière favique à la base d'un poil de l'avant-bras; le favus germa et se développa avec la plus grande régularité. Au bout de trois semaines la base du poil inoculé présentait, au jugement de M. Gibert, mon chef de service, une petite tumeur faveuse, et déjà quelques poils voisins paraissaient atteints, etc. Je possède cette observation, écrite jour par jour.

Époque religieuse. — La Bible nous montre les maladies cutanées, les lèpres hébraïques, et, dans Job, les affections parasitaires elles-mêmes, comme de source divine; elle place leur traitement parmi les cérémonies religieuses. On comprend parfaitement que ces maladies si persistantes, qui mettent une sorte d'affectation à étaler au grand jour leur face hideuse, aient apparu, plus que toutes autres, comme des châtiments du ciel.

Époque raisonneuse. — Les théories dont nous sortons à peine, la création des virus sporiques, des répercussions, etc., représentent avec un grand luxe, la période métaphysique ou spéculative.

Époque scientifique. — Enfin, nous l'avons fait voir, la dermatologie parasitaire est entrée, avec et par le microscope et son application clinique, dans la troisième époque, la période scientifique.

Ainsi, de toutes les maladies qu'il est d'usage de comprendre dans la pathologie interne, la dermatologie la première quitte la forme spéculative pour prendre le caractère scientifique : c'est pourquoi il est permis d'espérer que cette évolution, si peu remarquée de nos jours, sera le début d'une ère nouvelle dans la médecine. Cependant, il est facile de voir que la portée de ce mouvement sera d'abord méconnue, peut-être par les promoteurs eux-mêmes. Au lieu d'y voir un horizon nouveau, on regardera ces dermatoses, ainsi que, depuis quelques années déjà, on le fait de la gale, comme formant une exception dans la pathologie. Tant que les médecins ont ignoré la cause tout extérieure de la gale et des teignes, ces maladies leur ont paru, sans contestation, du même ordre que celles dites internes; mais aujourd'hui que la cause est saisie pour les unes et reste inconnue pour les autres, et sous le prétexte que connaître et ignorer sont deux, nous préjugeons que les causes connues sont d'ordre tout autre que les causes inconnues! Et pourtant dès aujourd'hui, on peut prévoir que le groupe des maladies virulentes, inoculables, telles que la syphilis (il aurait fallu y joindre la gale au commencement de ce siècle), sera placé dans son ordre naturel près des affections parasitaires? Ce virus, n'est-ce pas un parasite? un parasite liquide, il paraît; un liquide vivant et se reproduisant? Comme liquide, le parasite pourra être absorbé, il pourra dès lors porter au loin ses désordres?.. Ainsi les affections parasitaires ne seraient que le premier terme d'une autre série d'affections dans lesquelles il faudrait, suivant certains théoriciens, et entre autres M. Trousseau, placer la fièvre puerpérale elle-même et la plus grande partie de la pathologie.

Ne poussons pas plus loin ces inductions, un peu téméraires, nous l'avouons. Ce sont des intuitions propres seulement à faire entrevoir des voies d'exploration et non à fonder des théories; mauvaises aujourd'hui, non parce qu'elles sont absurdes, mais parce qu'elles ne sont pas démontrables.

Nous voulons seulement faire sentir qu'il n'est pas prouvé, qu'il n'est pas nécessaire que les maladies parasitaires soient isolées du reste de la pathologie; que, comme maladies contagieuses, inoculables et même paraissant spontanées, elles ont des analogies frappantes avec les maladies virulentes; — qu'en conséquence le bon exemple que les maladies parasitaires viennent de donner en abandonnant la forme spéculative comme théorie, empirique comme pratique, et en se constituant scientifiquement, pourra être suivi par d'autres groupes morbides.

Il n'apparaît pas moins clairement, de la loi d'évolution posée par Comte, rapprochée de la discussion académique et extra-académique sur la fièvre puerpérale, que nos connaissances sur ce sujet n'en sont encore qu'à la période spéculative; qu'en conséquence, toutes les théories essayées ne sont que provisoires, frappées de déchéance par leur origine, et qu'elles doivent, dans un prompt avenir, espérons-le, être remplacées par la conception SCIENTIFIQUE; il y a tout profit, sans doute, à ne pas prolonger cette période stérilement raisonneuse et à solliciter la troisième évolution de l'esprit humain, à constituer LA SCIENCE.

Mais remarquons-le bien, si les dermatoses ont pu réaliser ce dernier progrès dans leur constitution, c'est

D'abord, par les laborieux travaux d'anatomie micrographique, la seule anatomie sans doute, qui, aujourd'hui, ait un grand avenir.

Secondement, par le rejet de toute cette spéculation, de toute cette métaphysique, gymnastique peut-être utile aux premiers efforts de l'esprit, mais antipathique à la science adulte, et qui, depuis plus de vingt ans, rendait stérile entre les mains des médecins distingués de Saint-Louis et leurs propres travaux et les plus belles découvertes du microscope.

M. Bazin a eu la gloire peu commune de savoir débarrasser son esprit de tous ces préjugés, de ces idoles de l'école, *idola tribûs*, et s'il fait table rase, ce n'est pas pour édifier un nouvel autel, c'est pour appliquer avec impartialité et sagacité les révélations du microscope à la clinique.

Le mérite de cette entreprise se mesure par les magnifiques résultats qu'elle a donnés.

C'est dans cette double voie, l'interrogation incessante de la nature et l'indépendance absolue de l'esprit, qui ne se sert de l'imagination, de l'intuition que pour ouvrir des voies aux recherches et *non pour bâtir*, pour interroger et *non pour affirmer*, que la médecine est appelée à son tour vers son évolution scientifique.

A. BERTILLON.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 19 avril 1858. — Présidence de M. Mélier.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Traité pratique et analyse chimique des eaux minérales potables et écononomiques avec leurs principales applications à l'hygiène et à l'industrie, etc; falsifications des eaux minérales artificielles. Paris, 1858, par MM. O. Henry père et O. Henry fils.

Notice sur la source minérale de Sermaise (Marne) et rapport sur un ouvrage de M. Herpin (de Metz), intitulé : Études médicales sur les eaux minérales, etc., lus à la Société d'agriculture, commerce, sciences et arts du département de la Marne. Châlons, 1858, par M. H. Faure.

Analyse des eaux minérales du département de Maine-et-Loire. Angers, par M. Menière.

PRÉSENTATIONS.

M. Galante présente un modèle de *brancard destiné aux malades qui prennent des douches.*

Les brancards habituellement usités consistent en un simple cadre en bois, sur lequel s'attache une toile tendue. L'emploi de cet appareil présente plus d'un inconvénient; il sèche difficilement et manque complétement d'élasticité.

Le brancard présenté se compose d'un cadre en bois placé de champ et fixé sur un plancher supportant un matelas de crin; celui-ci est maintenu par une toile ordinaire fixée sur les bords du cadre, et recouverte elle-même par une toile imperméable qui forme la partie essentielle de cette couchette.

ÉLECTIONS.

M. le docteur Hédouin est nommé membre titulaire.

M. le docteur Gouet, à Brest, est nommé membre correspondant.

M. le docteur Schneider, à Gleiswerler (Bavière rhénane), est nommé membre correspondant étranger.

QUESTIONS MISES A L'ÉTUDE POUR LA SESSION DE 1858-59.

1° Traitement du rhumatisme par les eaux minérales.

2° De la saturation thermale. Cette expression peut-elle être justement conservée? et quelle signification peut-on lui attribuer?

3° Quelle signification faut-il attribuer aux éruptions cutanées qui apparaissent dans le cours d'une médication thermale, et auxquelles on a donné le nom de *poussée?*

4° Déterminer les modifications qu'éprouvent les *eaux sulfureuses* par suite de leur contact avec l'air atmosphérique.

5° Questions relatives au *traitement hydrothérapique :*

A. Déterminer, à l'aide d'observations cliniques, les différentes influences que la médication hydrothérapique exerce sur l'organisme.

B. Signaler les inconvénients et les accidents qui peuvent résulter des divers modes d'application de l'hydrothérapie. — Préciser les principales contre-indications du traitement hydrothérapique.

6° Examen critique des divers *méthodes et procédés d'analyse chimique* appliqués à l'étude des eaux minérales. — Essai d'une classification chimique des eaux minérales.

7° Origine et nature des *champignons* qui se développent dans les galeries que parcourent les eaux thermales, et principalement les eaux sulfureuses.

On retrouvera les *arguments* de ces questions dans le tome III des *Annales*, p. 420 et suivantes.

M. Rotureau fait la communication suivante :

La *Société d'hydrologie de Vienne* vient de clore sa première session, et a décidé qu'à partir de l'année prochaine, elle publiera des *Annales ;* que des médailles en or et en argent, aux frais du professeur Sigmund, seront accordées, en 1859, aux meilleurs travaux sur la question suivante : *Quelle est la vertu des eaux sulfureuses, alcalines ou iodurées pour le diagnostic et le traitement des maladies syphilitiques ?*

COMMISSION D'ANALYSE DES EAUX MINÉRALES.

La commission d'analyse des eaux minérales est invitée à prendre pour sujet d'analyse une des *sources sulfureuses* appartenant au *groupe des Pyrénées.*

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Charmasson fait une lecture intitulée : *De l'eau de Saint-Sauveur dans les affections utérines.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Baudrimont, Herpin (de Metz) et Allard.)

M. Fermond lit un rapport sur des échantillons de plantes Cryptogames, recueillies par M. le docteur Chapelain, dans quelques parties de l'établissement de Luxeuil.

« Les échantillons de M. Chapelain sont intéressants à un double titre : d'abord, parce qu'ils nous font connaître deux espèces nouvelles dont les caractères spécifiques seront prochainement publiés par M. Montagne; ensuite, parce qu'ils permettent de continuer une heureuse tendance inaugurée par MM. Cazin et de Laurès, celle de l'étude des plantes *hydro-thermales;* étude au moyen de laquelle, un jour, on pourra mieux saisir les relations qui existent entre les mêmes individus affectant des formes très différentes dues seulement à des circonstances variables de température, d'humidité, de lumière, etc., et qui surtout conduira certainement à la connaissance d'espèces nouvelles.

» Au premier abord, il semblerait que ces échantillons dussent constituer deux espèces distinctes; car les uns, d'une couleur tirant sur l'amadou, paraissent formés de rameaux plus ou moins anastomosés, qui ne sont autre chose que des assemblages de poils feutrés et n'ont rien qui rappelle la feuille; tandis que les autres offrent des pédicules allongés, très grêles, et semblent terminés par une sorte de *thallus* qui rappelle assez un organe foliacé. Malgré ces différences, l'une et l'autre forme ne sont cependant que des états plus ou moins avancés de la végétation d'une même plante. M. Montagne ne les regarde aussi que comme des *mycelium* d'un champignon arrêté dans son développement, mais dont quelques auteurs ont fait une espèce particulière de Mucédinées, désignée dans les ouvrages sous le nom d'*Himantia cellaris* (Persoon) ou *Fucus cellarum,* comme l'avait fort bien reconnu M. Chapelain.

» Mais ces deux formes ne sont pas seules à offrir de l'intérêt, car il est facile d'apercevoir que sur l'une d'elles il s'est développé un petit champignon à pédicule grêle, allongé, portant un chapeau à feuillets inégaux, qu'il était aisé de reconnaître pour un *Coprin,* mais dont les caractères spécifiques ne s'accordaient avec ceux d'aucune espèce décrite. Pour cette raison, M. Montagne le regarde comme constituant une espèce nouvelle à laquelle il a donné le nom de *Coprinus Luxoviensis.*

» Sur l'autre forme de ces échantillons d'*Himantia,* on peut observer, à la surface des frondes, un grand nombre de plaques ou de stries brunes, qui ne sont autre chose que des amas de spores appartenant à une espèce parasite de *Sporotrichum.* Au premier aperçu, on pourrait prendre cette mucédinée pour le *Sporotrichum rubiginosum* de M. Fries : mais un minutieux examen a fait trouver à M. Montagne, surtout dans le volume et la forme des sporidies, des caractères assez différents de ceux de l'espèce précitée, pour motiver la création d'une espèce nouvelle que ce savant désigne sous le nom *Sporotrichum thermale.* » — (Extrait.)

Dans une séance précédente, M. Hédouin a lu un travail intitulé : *Des eaux de Saint-Sauveur, et de leur influence curative dans les différentes formes de la dyspepsie.*

Ce titre indique d'avance tout le contenu de ce travail.

Dans un préambule qui porte le nom de *considérations générales*, l'auteur annonce que la plupart des malades qu'il a observés à St-Sauveur, ou qu'il a eu occasion de voir dans d'autres résidences thermales, ont présenté une altération plus ou moins complète des fonctions digestives, quelle que fût la prédominance symptomatique dont ils se plaignaient; et que c'est au rétablissement de la puissance digestive que doivent tendre les efforts du médecin, comme au centre d'où partent tous ces malaises et toutes les souffrances que les malades accusent.

Dans un premier chapitre, M. Hédouin fait l'histoire de St-Sauveur, sous le rapport de sa topographie, de ses différentes eaux considérées dans leurs qualités physiques et chimiques. Il nous apprend comment l'eau de la source Hontalade a contribué par son efficacité à augmenter la réputation des *Eaux-Bonnes.*

Dans le second chapitre, M. Hédouin établit par des citations que l'état anormal des fonctions digestives, ou l'état dyspeptique, a toujours été considéré comme la cause ou le foyer d'une foule de maladies. Il passe en revue les principales définitions de la dyspepsie, et il adopte celle de M. Beau qui est la suivante : *Un dérangement plus ou moins apparent des fonctions digestives, quelle qu'en soit la cause, d'où résulte une altération variable du sang, entraînant à sa suite diverses lésions fonctionnelles ou organiques.*

Cette définition, nous dit M. Hédouin, est toute physiologique. En effet, la physiologie nous apprenant le rôle des aliments, les modifications qu'ils subissent dans l'appareil digestif, nous devons admettre que les produits utiles de la digestion peuvent être altérés soit dans leur qualité, soit dans leur quantité. Dans l'un et l'autre cas, l'absorption ne livrera à la circulation que des matériaux incomplets, et qui ne pourront maintenir la composition normale du sang. Or, le sang, étant altéré, ne se trouve plus dans la condition indispensable à l'exercice régulier des fonctions, et son altération devra entraîner une foule de lésions fonctionnelles et organiques, ce que l'observation nous démontre tous les jours.

Partant de là, M. Hédouin divise les symptômes de la dyspepsie en quatre ordres.

Dans le premier, se trouvent les symptômes locaux du tube digestif, divisés eux-mêmes en symptômes directs et en symptômes indirects ou de voisinage.

Dans le second ordre, sont indiqués les symptômes qui dépendent immédiatement d'une altération du sang.

Dans le troisième, sont énumérés les symptômes nerveux.

Enfin, dans le quatrième ordre, se trouvent exposées les différentes lésions organiques, telles que les tubercules, le cancer, les scrofules, etc.

Sous le rapport des causes de la dyspepsie, on la divise en idiopathique ou primitive, et en symptomatique ou consécutive. Les causes de la première espèce sont les infractions hygiéniques *des six choses non naturelles :* les *ingesta, circumfusa, applicata, gesta, percepta, excreta.* Les causes de la dyspepsie symptomatique sont les lésions gastriques et toutes les maladies viscérales qui agissent sur l'estomac par influence sympathique. Sous ce deruier rapport, il est fait une mention spéciale des affections utérines comme cause fréquente des dyspepsies.

Après ces considérations pathogéniques sur la dyspepsie, M. Hédouin, arrivant au traitement, montre toute l'influence thérapeutique des eaux de Saint-Sauveur dans cette maladie, qui, par la multiplicité de ses symptômes prédominants suivant les sujets, est protéiforme au plus haut degré.

Mais, dit l'auteur, pour obtenir du traitement par les eaux minérales tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il importe au médecin d'interroger souvent les fonctions digestives, de rechercher avec soin les causes nombreuses qui produisent leurs altérations, de fouiller fréquemment dans les habitudes alimentaires des malades, et de les prévenir surtout contre ces habitudes de se gorger de tisanes de toute espèce, d'où résulte en quelque sorte une véritable macération de l'estomac; il devra tenir un grand compte des causes qui agissent sur le système nerveux, et se rappeler que l'organe de la digestion reçoit, chez une foule d'individus, le contre-coup des grandes impressions morales. C'est en observant les malades au point de vue du rôle si important de la dyspepsie que l'on verra certaines maladies, en apparence incurables, céder à un traitement rationnellement institué; c'est de cette manière que le médecin parviendra à contenir certaines diathèses dans leurs limites, et à empêcher ou au moins retarder leurs manifestations habituelles.

Suivent douze observations de malades affectés de dyspepsies à forme variable, et traités à St-Sauveur. Ces observations nous montrent tous les détails du traitement indiqué à grands traits par M. Hédouin, et constituent la partie clinique de son travail.

M. Durand-Fardel, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Mialhe et Moutard-Martin, lit sur le travail exposé ici sommairement, un rapport qui sera inséré dans les *Annales* de la Société.

M. Dutrouleau lit, au nom d'une commission composée de MM. Allard, Amussat et lui, un rapport sur un travail de M. Gouët, intitulé : *Notice sur les eaux minérales de Cauterets, et sur l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire.*

M. le Président prononce la clôture de la session.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

COURRIER.

INSPECTION MÉDICALE DE 1858. — Le ministre secrétaire d'État de la guerre a décidé, le 15 juillet courant, que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852 portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait lieu, en 1858, dans l'intérieur, en Algérie et en Italie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme ci-après, et que sont chargés d'inspecter :

MM.

Vaillant, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées. — Les 10e, 11e, 12e, 13e, et 14e divisions militaires, moins l'hôpital d'Amélie-les-Bains (1er arrondissement);

Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Les 15e, 18e, 19e et 21e divisions militaires. — L'hôpital du Val-de-Grâce et son école. — L'École de Strasbourg. — Les hôpitaux thermaux de Bourbonne et d'Amélie-les-Bains (2e arrondissement);

Maillot, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires, moins l'École de Strasbourg et l'hôpital thermal de Bourbonne (3e arrondissement);

Scrive, médecin inspecteur. — Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires, moins l'hôpital du Val-de-Grâce et son école (4e arrondissement);

Larrey, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — La partie de la division d'Alger, à l'ouest du méridien d'Alger. La division d'Oran. — L'Italie (5e arrondissement);

Hutin, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — Les 8e, 9e et 20e divisions militaires (6e arrondissement);

Ceccaldi, médecin inspecteur. — La 17e division militaire. — La partie de la division d'Alger, à l'est du méridien d'Alger. — La division de Constantine (7e arrondissement).

Cette inspection, qui aura surtout pour but d'examiner le personnel de santé militaire, sera faite conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle en date du 22 mai 1857, insérée au *Journal militaire.*

Pendant la durée des opérations de ladite inspection, les médecins-majors de 1re et de 2e classes attachés provisoirement au service des hôpitaux auront à subir les épreuves déterminées par l'article 18 du décret précité du 23 mars 1852, afin de régulariser leur position. Ceux qui ne se présenteraient pas à ces épreuves seraient replacés dans les corps de troupes.

— La Société botanique de France a tenu cette année sa session extraordinaire à Strasbourg.

Outre les membres de l'Institut, on y remarquait plusieurs de nos confrères venus de Paris et d'un grand nombre de villes de toutes les parties de la France. On nous a cité entr'autres MM. les docteurs Jamain, Gontier, Lagrange, Marmotton, de Paris, un interne distingué des hôpitaux, M. A. Maugin; M. Mougeot, de Chaumont, etc.

La récolte des plantes, faite dans le Bas-Rhin et dans les Vosges, a été magnifique.

Études sur la Maladie dite Fièvre puerpérale, Lettres à Monsieur le professeur Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., par J. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr.
Paris, 1858, aux bureaux de l'*Union Médicale*, 56, faubourg Montmartre.

Thérapeutique respiratoire. Traité théorique et pratique des *salles de respiration nouvelles* (à l'eau poudroyée) dans les établissements thermaux, pour le traitement des maladies de poitrine, par M. le docteur Sales-Girons, rédacteur en chef de la *Revue médicale*, médecin-inspecteur des eaux sulfureuses de Pierrefonds (Oise).
1858, un vol. in-8°, chez Victor Masson, libraire.

Épidémies et éphémérides traduit du latin de Guillaume de Baillou, célèbre médecin du XVIe siècle, doyen de la Faculté de Paris, avec une introduction et des notes, par Prosper Yvaren, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1858. Un vol. in-8° de 480 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.
A Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

De la fièvre puerpérale devant l'Académie de médecine et des Principes du vitalisme hippocratique appliqués à la solution de cette question, par le docteur Édouard Auber, chevalier de la Légion d'honneur. In-8° de 110 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.
A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Medecine.

Du panaris et du phlegmon de la main, par le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux, etc. In-8° de 53 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Études sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, par le docteur Mattei. In-8° de 51 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Ces deux brochures se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 89. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 29 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 JUILLET 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quoique le monde ait été livré aux disputes « par un décret d'en haut, » ainsi que l'a rappelé aujourd'hui M. Bouley, cependant, les sujets de controverse étant nombreux, on ne saurait disputer sans cesse sur le même. Aussi croyons-nous, malgré les orateurs inscrits, l'Académie peu désireuse de voir réveiller et prolonger les débats à propos des dangers de la ligature de l'œsophage.

Il y a deux ans, la discussion relative à cette opération, préliminaire de toutes les expériences toxicologiques, a été close par la nomination d'une commission dont faisait partie M. Bouley, promoteur de cette discussion. Dans l'avant-dernière séance, M. Trousseau est venu lire, à la tribune, le rapport de cette commission. — L'UNION MÉDICALE l'a reproduit *in extenso*, et nos lecteurs ont pu l'apprécier. — Ce rapport, de l'aveu de tout le monde, est un modèle du genre ; il juge la question en fait, et, à moins d'attaquer les expériences sur lesquelles il fonde ses conclusions, il faut en rester là.

Cela est si vrai, que M. Bouley n'a pu tenir ce qu'il avait promis en demandant la parole.

Il avait annoncé qu'il compléterait certains points du rapport, et certes, personne, mieux que lui, n'était à même de faire briller quelque lumière nouvelle à ce sujet. S'il ne l'a pas fait, c'est qu'apparemment la chose était impossible. La verve de M. Bouley, spirituelle et très littéraire toujours, s'est épuisée, en définitive, sur des questions de personne. Nous n'en dirons rien, M. Trousseau ayant affirmé que l'improvisation avait des entraînements plus forts que la volonté, et que M. Bouley regrettait déjà quelques-uns des mots qui venaient de lui échapper.

A M. Bouley et à M. Trousseau a succédé M. J. Cloquet, le collaborateur des premières expériences d'Orfila. C'était un témoignage précieux, plus même qu'on ne s'y attendait. M. Cloquet a exposé devant ses collègues que, pendant trois années, de 1814 à 1816 inclusivement, il avait, pour le compte d'Orfila et avec lui, pratiqué la ligature de l'œsophage à plusieurs centaines de chiens. Dès cette époque les expérimentateurs isolaient soigneusement l'œsophage des nerfs voisins. Ils introduisaient par la gueule de l'animal un cathéter qui, parvenu dans l'œsophage, le faisait saillir sur le côté, de façon qu'une simple incision de la peau le mettait à nu. L'œsophage, une fois saisi, était embrassé par un lien assez gros, très *modérément serré*, et qu'on nouait seulement par une rosette, afin de pouvoir le défaire à volonté et ne le laisser appliqué que peu de temps. En même temps que la ligature, on pratiquait toujours une boutonnière, etc. En un mot, il résulte des explications données aujourd'hui par M. Cloquet, que la ligature de l'œsophage était faite, à l'origine, avec les mêmes précautions — exactement — que la commission, après deux années de tentatives et de recherches, a formulées dans son rapport.

Quelle dépense de temps et de paroles, combien de personnalités ou d'insinuations regrettables n'eût-on pas évitées, si M. Cloquet avait dit, il y a deux ans, ce qu'il a dit aujourd'hui ! M. Cloquet a ajouté qu'il était étonné qu'Orfila n'eût pas spécifié ces choses dans son ouvrage. Franchement, il y a de quoi !

Un mot encore : tous les orateurs qui ont monté à la tribune, et M. Bouley le premier, ont proclamé bien haut la bonne foi d'Orfila. Cet hommage rendu à l'honorabilité du créateur de la toxicologie, est ce qui ressort avec le plus d'éclat de la discussion d'aujourd'hui.

Commencée par la lecture de quatre rapports sur les différentes eaux minérales, dus au zèle de M. O. Henry, cette séance s'est terminée par une communication de M. Morel-Lavallée, relative à un appareil nouveau pour les fractures. On la trouvera tout entière au compte-rendu.

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE.

PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN SURVENUE DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE ;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 mars 1858,

Par le docteur HERVIEUX, médecin du Bureau central.

La paralysie de la troisième paire est un fait aujourd'hui bien connu, et la science renferme plusieurs analyses très fines, très détaillées, très complètes, de ce phénomène pathologique. Les observations de M. Stanski, en 1839, les recherches de M. Ruete, en 1846, ont éclairé d'une vive lumière l'histoire symptomatique de cette variété de paralysie. Quant à son étiologie, il résulte des divers travaux que j'ai été à même de consulter à ce sujet, qu'on peut admettre deux ordres de causes : les unes qu'on pourrait appeler cérébrales, les autres constitutionnelles.

A ces dernières, je rattache l'influence rhumatismale et l'influence syphilitique. L'influence rhumatismale a été particulièrement signalée par Mackenzie dans son *Traité des maladies des yeux* (article PTOSIS PARALYTIQUE, p. 145). L'impression d'un courant d'air froid serait, selon l'auteur anglais, une des causes les mieux établies de cette maladie. « Je l'ai vue, dit-il, survenir des deux côtés chez un homme qui avait marché toute une journée avec un chapeau mouillé qu'il avait laissé tomber dans une rivière. »

Quant à l'influence syphilitique, elle est démontrée par une observation de Sandras, publiée en 1851 dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, et reproduite par M. Macario (*Gazette médicale*, n° du 4 juillet 1857), dans son travail *sur les paralysies dynamiques*. Il s'agit d'un boulanger qui, après avoir présenté un ensemble parfaitement accusé de symptômes syphilitiques, chancre sur le gland, syphilides, céphalée nocturne, ulcérations pharyngiennes, aphonie, etc., devint paraplégique, guérit de sa paraplégie en deux mois par l'emploi du proto-iodure de mercure, puis rentra dans le service de Sandras au bout de quatre mois avec une paralysie complète de la jambe gauche, un affaiblissement du bras gauche et une paralysie du moteur oculaire commun du même côté. Le malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium, et on essaya par l'électricité de relever la paupière prolapsée. Deux séances suffirent pour guérir cette paralysie. Au bout de deux mois, le malade sortit complètement guéri des deux autres paralysies.

Les causes dites cérébrales peuvent dépendre tantôt de l'existence d'une tumeur intrà-crânienne qui comprime le nerf de la troisième paire, soit à son origine, soit dans son trajet, soit d'un foyer sanguin développé dans la substance du nerf ou dans celle du cerveau, mais sur un point voisin de l'origine du nerf.

Le docteur Ch. J. Hare a publié, dans le *London journ. of med.*, septembre 1850, une observation très intéressante d'anévrysme de l'artère communiquante cérébrale postérieure gauche, lequel produisit la paralysie complète du moteur oculaire commun et amena une mort subite. On trouva à l'autopsie la troisième paire du côté gauche presque entièrement atrophiée dans le point où elle croisait la communiquante postérieure, ses filets étalés et incorporés aux parois de l'anévrysme ; au-delà, le nerf reprenait son aspect normal.

Le docteur F.-J. Stiebel, de Francfort (Thèses de Francfort-sur-Mein, 1847), a fait connaître un fait d'apoplexie du pédoncule cérébral survenu chez un enfant et ayant déterminé la paralysie du nerf moteur oculaire commun. Dans ce cas remarquable, le nerf oculo-moteur correspondant à l'œil affecté n'était nullement altéré dans sa structure ; mais il naissait du pédoncule dans lequel s'était produit le foyer hémorrhagique, plus en avant de cinq lignes que son homologue.

Il faut rapprocher des cas dans lesquels une tumeur exerce une compression, soit directe, soit indirecte, sur le nerf de la troisième paire, ceux dans lesquels la paralysie paraît s'être produite sous l'influence d'un état congestif du cerveau ou de ses membranes. C'est probablement à cet ordre de causes que sont liées ces paralysies de la troisième paire, dont les auteurs citent d'assez nombreux exemples, et qui apparaissent brusquement, soit qu'elles succèdent à un exercice fatigant ou à l'action directe sur la tête des rayons solaires, soit qu'elles surviennent consécutivement à l'ivresse ou à un coup violent porté sur la régiou crânienne.

La *Gazette des hôpitaux* (septembre 1846) renferme une observation de paralysie de la troisième paire, recueillie dans le service de M. Cruveilhier, et qui prouve qu'une congestion cérébrale peut donner lieu à ce phénomène pathologique. Dans ce cas, la paralysie du moteur oculaire commun, qui s'était montrée subitement avec les autres symptômes cérébraux, se modifia comme eux par degrés ; et lorsque le malade sortit au bout d'un mois, il ne restait plus aucune trace ni de l'une ni des autres.

M. Marchal (de Calvi), dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 7 octobre 1845, a cherché à établir que la paralysie de la troisième paire pouvait reconnaître un autre ordre de causes. Selon cet observateur, les paralysies du moteur oculaire commun auraient souvent pour origine une névralgie de la cinquième paire. Il y aurait une action réflexe morbide à travers le ganglion ophthalmique ; et si, jusqu'à présent, on a méconnu ce rapport étiologique, ce serait, selon l'auteur, faute d'une bonne investigation.

Je reviendrai plus loin sur cette théorie.

Si j'ai insisté aussi longuement sur l'étiologie des paralysies de la troisième paire, c'est que tout l'intérêt du fait que je vais rapporter repose sur une question étiologique.

Il s'agit, en effet, d'un malade atteint de fièvre typhoïde, chez lequel se manifesta intercurremment une paralysie du nerf oculo-moteur commun. Sous quelle influence s'est produite cette paralysie ? A quelle catégorie de causes la rattacherons-nous ? Sera-ce à l'une des causes déjà mentionnées par les auteurs ? Faudra-t-il la ranger dans une catégorie nouvelle ? C'est ce que nous aurons à examiner ultérieurement, et il est facile de pressentir les difficultés que présente la solution du problème.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de faire connaître l'observation qui a motivé cette petite note.

Chevanne (Eugène), 23 ans, tonnelier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 8 août 1857. Constitution robuste ; point de maladies antérieures.

Il y a huit jours, ce jeune homme a été pris d'une céphalalgie intense, bientôt suivie de plusieurs épistaxis. Un état fébrile s'est déclaré et s'est accompagné de soif, de nausées, puis de diarrhée. Le malade a dû prendre le lit pendant quelques jours, mais, dans l'impossibilité de se soigner chez lui, il s'est présenté à l'hôpital.

Aujourd'hui, 9 août, nous le trouvons dans l'état suivant : La face présente déjà cet ensemble de caractères que j'ai désigné sous le nom d'ébriété typhoïde ; animation des joues, regard morne, comme aviné ; expression de stupeur et d'abrutissement répandue sur les traits ; tête pesante, se soutenant à peine ; immobilité dans le décubitus dorsal ; répugnance aux mouvements ; réponses lentes, diffuses, mal articulées ; engourdissement général de la sensibilité et de l'intelligence. A ces phénomènes, il faut joindre une fièvre intense, la sécheresse de la langue, une soif très vive, un gargouillement crépitant très prononcé dans la fosse iliaque, des taches rosées lenticulaires, déjà très nombreuses, répandues sur la partie antérieure du thorax et du ventre ; quatre selles liquides depuis hier. Point de râles dans la poitrine. Groseille. Eau de Sedlitz. Bouillons.

10 août. Les phénomènes congestifs dont la face était le siége sont encore plus prononcés ; somnolence continuelle ; cependant le malade, fortement interpellé, ouvre les yeux et répond, mais avec peine, aux questions qu'on lui adresse. Même état de l'appareil digestif ; même fièvre. Douze sangsues derrière les oreilles, six de chaque côté.

11 août. Le malade, sans avoir éprouvé aucun malaise, aucun accident nouveau ou dont le souvenir lui soit resté, dit s'être aperçu ce matin, en se réveillant, de l'impossibilité où il était de soulever la paupière supérieure gauche. Celle-ci reste, en effet, abaissée, tandis que l'autre obéit à l'action du releveur de la paupière supérieure. La pupille du côté gauche est beaucoup plus dilatée que celle du côté droit ; mais il n'y a pas de strabisme externe très manifeste. Il n'existe pas non plus de diplopie, au dire du malade, qui ne paraît pas d'ailleurs se rendre un compte très net de ses sensations. Du reste, même état qu'hier. — Sinapismes sur les membres inférieurs, groseille, bouillons.

12 août. Persistance du prolapsus de la paupière supérieure gauche et de la dilatation pupillaire ; légère déviation du globe de l'œil en dehors ; assoupissement presque continuel ; tendance au coma ; pas de délire. Face toujours colorée ; peau très chaude ; pouls dur et fréquent ; gargouillement abdominal ; diarrhée. — Limonade ; lavement émollient ; sinapismes.

13. Les phénomènes de paralysie de la troisième paire paraissent moins marqués, mais la somnolence, la céphalalgie, l'abattement et la fièvre restent les mêmes. Persistance des troubles abdominaux. Intégrité des fonctions respiratoires. — Même traitement.

14. L'amélioration qu'on avait constatée dans l'état de la paupière et de l'œil du côté malade, n'a pas duré. Le blépharoptosis s'est reproduit ; la pupille est toujours dilatée, et le strabisme externe plus prononcé qu'il n'a jamais été. Le malade a été agité toute la nuit ; on a eu beaucoup de peine à le maintenir dans son lit. La fièvre et les autres symptômes persistent. — Même traitement.

15 août. Le malade n'a pas cessé de se plaindre et de s'agiter depuis hier. Il prononce des paroles sans suite. Quoique plus calme en appa-

rence, il n'a pas moins de fièvre; 130 pulsations; peau brûlante; sueurs abondantes; éruption d'une quantité considérable de sudamina sur la poitrine et le cou. Les paupières sont presque constamment fermées; mais quand le malade essaie de les ouvrir, la droite seule se soulève et la gauche reste complétement immobile; la pupille est toujours dilatée et l'œil un peu dévié en dehors. — Limonade; julep avec eau de laurier-cerise, et sirop diacode; cataplasmes sinapisés; lavement émollient.

Le malade a succombé dans la journée.

A l'autopsie, nous constatons dans l'intestin les lésions de la dothinentérie; hypertrophie d'une trentaine de plaques de Peyer; ramollissement et ulcération de quelques-unes d'entre elles au voisinage du cœcum et jusque dans sa cavité; développement, injection et ramollissement des ganglions mésentériques correspondants.

La cavité crânienne ayant été ouverte avec le plus grand soin, nous constatons un peu de suffusion séreuse au-dessous de l'arachnoïde viscérale; de plus, la pie-mère est fortement congestionnée; tous les vaisseaux veineux qui la parcourent sont noirs, gonflés et comme distendus par une injection anatomique. Cette membrane, étant enlevée, nous laisse voir la substance cérébrale parfaitement intacte et exempte de toute congestion.

Le cerveau et le cervelet, ayant été enlevés avec beaucoup de précautions de la boîte crânienne, sont examinés par leurs faces inférieure et supérieure, et soumis à des coupes méthodiques qui permettent de constater : qu'il existe un piqueté de la substance cérébrale, à peine plus prononcé que celui qu'on observe dans l'état normal; que les ventricules, les corps striés, les couches optiques ne présentent rien de particulier, et qu'il en est de même de la protubérance, du bulbe rachidien et des pédoncules cérébraux.

Quant au nerf oculo-moteur du côté gauche, il a été disséqué et suivi jusque dans l'orbite, et nous pouvons affirmer son intégrité parfaite. Seulement, l'artère cérébrale postérieure traversait le tronc du nerf à son point d'émergence.

Nous n'avons ancune remarque intéressante à faire sur l'état des autres organes.

Ce qui résulte clairement de cette observation, c'est que, chez un malade atteint de fièvre typhoïde, il s'est manifesté, coïncidemment à ces phénomènes congestionnels dont la face est fréquemment le siége dans cette maladie et qui accompagnent d'ordinaire la stupeur, la somnolence, et cette sorte d'abrutissement que je compare à la torpeur de l'ivresse alcoolique, il s'est manifesté, disons-nous, une paralysie incontestable du nerf oculo-moteur commun du côté gauche, c'est aussi que l'examen cadavérique ne nous a révélé aucune lésion appréciable de la troisième paire, sauf la particularité anatomique dont nous avons parlé, c'est, enfin, que, si le cerveau peut être considéré comme exempt de toute congestion sanguine, il n'en est pas de même de la pie-mère, qui présentait les traces d'une injection vasculaire des plus marquées, injection trop générale et trop intense sur tous les points pour qu'on puisse l'attribuer à aucune circonstance particulière, telle que la déclivité des parties où elle fut observée.

Eh bien, est-il possible, avec ces seules données, de déterminer la cause de la paralysie du nerf moteur oculaire commun que nous avons observée?

On se rappelle que nous avons admis deux ordres de causes, des causes constitutionnelles, telles que la diathèse syphilitique, la diathèse rhumatismale, etc., des causes cérébrales proprement dites, telles que la présence d'une tumeur intra-crânienne comprimant l'origine ou le trajet du nerf de la troisième paire, et, enfin, nous avons signalé, d'après M. Marchal, ces actions réflexes en vertu desquelles une névralgie de la cinquième paire déterminerait, par voie de propagation, une paralysie de la troisième paire.

Avec beaucoup de bonne volonté, on pourrait citer le fait que je viens de rapporter comme étant favorable à la théorie de M. Marchal; en effet, c'est le lendemain d'une application de sangsues faite sur les apophyses mastoïdes que les phénomènes de paralysie de la troisième paire se sont produits. Or, on pourrait dire : un des filets nerveux de la cinquième paire a été intéressé par la piqûre d'une sangsue; l'impression douloureuse s'est transmise par une action rétrograde au ganglion ophthalmique et celui-ci a réagi sur le nerf oculo-moteur commun pour y déterminer la paralysie.

Si ingénieuse que soit cette hypothèse d'une action réflexe, hypothèse pour l'exposé de laquelle son auteur, M. Marchal, a fait une grande dépense d'imagination à propos des quatre faits qu'il rapporte dans son travail, je ne crois pas qu'elle soit acceptable ni en principe ni dans le cas particulier.

La coïncidence ou la succession de deux faits pathologiques n'implique pas qu'il y ait entre eux un rapport de causalité. Pour que ce rapport soit admis, il faut qu'il soit démontré soit anatomiquement, soit physiologiquement. Or, la démonstration anatomique n'a jamais été faite. Quant aux preuves physiologiques, je les ai vainement cherchées dans les brillantes disquisitions auxquelles se livre M. Marchal. Je vois bien qu'on a voulu faire du ganglion ophthalmique un petit être pensant, un petit cerveau qui agirait pour son propre compte et se chargerait de frapper de paralysie la troisième paire, quand la cinquième lui transmet le phénomène douleur. Mais est-ce bien là une preuve physiologique? N'est-ce pas plutôt une hypothèse ajoutée à une autre hypothèse? et un observateur sérieux peut-il s'accommoder d'une pareille démonstration?

Comment donc la fièvre typhoïde a-t-elle agi chez mon malade pour produire la paralysie de la troisième paire? Ce n'est pas, l'autopsie l'a démontré, par une lésion pathologique siégeant soit sur le trajet, soit à l'origine du nerf.

Serait-ce sous l'influence de l'état congestionnel des membranes du cerveau, et particulièrement de la pie-mère? Je serais porté à le croire. Encore bien qu'aucun des points de la masse encéphalique n'ait été visiblement lésé, encore bien que le système capillaire sanguin de la substance cérébrale, n'ait pas présenté un degré d'injection proportionnel à celui des vaisseaux de la pie-mère, j'incline à penser qu'il y a eu une action réelle, directe ou indirecte, peu importe, de l'hyperémie de cette dernière membrane sur les fonctions de la troisième paire.

Ce qui me confirmerait dans cette opinion, c'est que, pendant la vie, la face avait été le siége de symptômes congestionnels très prononcés, qu'il y avait de la somnolence, de la tendance au coma, une grande torpeur intellectuelle.

D'une autre part, on sait que l'insolation, les excès alcooliques, et toutes les causes qui peuvent développer les phénomènes de la congestion cérébrale ont été considérées comme pouvant produire la paralysie du nerf moteur oculaire commun. Témoin le cas recueilli dans le service de M. Cruveilhier. C'est donc, en dernière analyse, à ces accidents de congestion constatés par l'autopsie que je crois devoir rapporter la paralysie de la troisième paire, chez le malade que j'ai eu sous les yeux.

Ajoutez à cela la circonstance du passage de l'artère cérébrale postérieure à travers l'origine du nerf, circonstance déjà signalée par Mackenzie, et l'opinion que j'émets se présentera appuyée de la plus grande somme possible de probabilités. Je m'en remets, d'ailleurs, sur ce point à l'appréciation de la Société.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

SOMMAIRE. — Entropion des deux paupières inférieures, opération, guérison. — Onyxis syphilitique; avulsion de l'ongle et destruction de sa matrice. — Fracture spontanée de la cuisse, ostéosarcome du fémur et de la clavicule.

ENTROPION DES DEUX PAUPIÈRES INFÉRIEURES, GUÉRISON. — Salle Saint-Paul, n° 21, Anna Delpech, 24 ans, née à Souillat (Lot), n'habite Paris que depuis six mois, sur lesquels elle en a passé quatre à l'hôpital. Elle est pâle, chlorotique, sujette à des migraines fréquentes; elle a de la gastralgie, des palpitations de cœur avec un peu de souffle dans les carotides; les règles ne se sont établies chez elle qu'à 18 ans; elles viennent difficilement et en petite quantité.

Dans son enfance, la malade a eu plusieurs ophthalmies, dont la plus intense est survenue à l'âge de 18 ans, et dura plus d'une année : il y avait de nombreuses granulations aux conjonctives palpébrales, aussi appliqua-t-on, à différentes reprises, le nitrate d'argent en nature; on lui mit un séton à la nuque, mais elle n'en éprouva aucune amélioration.

Ces nombreuses cautérisations, pratiquées avec le nitrate d'argent, eurent pour résultat la destruction complète de la muqueuse palpébrale, qui fut remplacée par un tissu de cicatrice blanchâtre, dont la rétraction incessante amena graduellement un renversement du bord libre des paupières en dedans. Les cils, entraînés en arrière avec le bord libre qui les porte et balayant constamment la cornée, déterminèrent une kératite chronique pour laquelle la malade entra à l'hôpital. Pour remédier à ce renversement des paupières en dedans et à l'espèce de trichiasis produit par l'enroulement de ces organes, un chirurgien pratiqua, sur la face cutanée des deux paupières inférieures, une cautérisation linéaire avec le fer rouge. Le cautère ayant été appliqué trop superficiellement, il en résulta une cicatrice imperceptible qui ne produisit aucune amélioration.

Au bout de deux mois, la malade quitta l'hôpital; mais, quelques jours après, l'inflammation des cornées se reproduisant, elle entra dans le service de M. Boyer.

Le 3 juin 1858, elle présentait les symptômes locaux suivants : les paupières inférieures sont légèrement enroulées sur elles-mêmes; il n'y a pas de trichiasis à proprement parler, car les cils sont normalement implantés sur le bord libre; mais, par le fait du renversement des paupières en dedans, ils sont dirigés sur les cornées qu'ils balaient constamment. Le cartilage tarse lui-même a subi un léger mouvement de bascule.

De chaque côté, la conjonctive palpébrale inférieure a été détruite par le crayon de nitrate d'argent; elle est remplacée par du tissu cicatriciel qui attire la paupière en dedans; la conjonctive palpébrale supérieure est un peu vascularisée, mais elle n'offre pas de granulations. La conjonctive bulbaire est légèrement injectée, les vaisseaux affectent la forme décrite par les Allemands sous le nom d'injection lymphatique.

Les deux cornées présentent des opacités légères et diffuses à l'œil gauche, à droite il y a de petites ulcérations vascularisées et des cicatrices anciennes, qui gênent un peu la vision.

En un mot, il y a chez cette jeune femme une kérato-conjonctivite chronique entretenue par le contact des cils que la direction vicieuse des paupières promène constamment sur les globes oculaires. Il faut donc s'adresser avant tout à la cause de la maladie, c'est-à-dire au renversement des paupières et des cils.

Différents moyens ont été proposés pour arriver à ce but, l'arrachement méthodique des cils, c'est un simple palliatif; l'arrachement des cils suivi de la cautérisation des bulbes qui les sécrètent, dans le but d'en empêcher la reproduction; enfin l'excision du bord libre des paupières comprenant dans la portion enlevée les bulbes sécréteurs; bien qu'ils constituent un mode radical de guérison, ces deux moyens doivent être laissés de côté, car, en s'opposant à la reproduction des cils, ils déparent considérablement le visage, considération importante surtout lorsqu'il s'agit d'une jeune femme.

La seule opération qui soit applicable dans tous les cas, c'est l'excision d'un pli de la face cutanée des paupières, comme Celse la pratiquait. Le tissu cicatriciel, qui, chez notre malade, remplace la conjonctive palpébrale et produit l'entropion, n'est pas susceptible de s'allonger en dehors, il faut donc, pour attirer le bord libre de la paupière en dehors, pratiquer à la peau une perte de substance pour remédier à l'excès de longueur que celle-ci présente relativement à la muqueuse qui la double. On enlève un lambeau cutané de forme elliptique et parallèle au grand axe de l'œil, de sorte que la cicatrice linéaire qui en résulte se cache dans les plis naturels de la peau, et est à peine visible. Mais il faut, avant de pratiquer l'opération, mesurer le plus exactement possible les dimensions du lambeau cutané que l'on se propose d'exciser; en effet si la perte de substance que subit la face cutanée de la paupière était trop considérable, on produirait une difformité en sens inverse de celle que l'on voulait guérir, c'est-à-dire un ectropion, ou renversement de la paupière en dehors, affection non moins grave que l'entropion.

Quand on a excisé le lambeau, on peut laisser la plaie se cicatriser elle-même; cela est mauvais, car il peut se faire que le tissu inodulaire étant trop large, la rétraction dont il est plus tard le siége soit insuffisante pour attirer le bord libre de la paupière en dehors. Il faut donc réunir la plaie : on n'emploiera pas la suture, car elle produit de petites cicatrices qu'il est toujours important d'éviter à la face; il est bien préférable d'opérer la réunion à l'aide des serres-fines qui maintiennent les bords de la plaie au contact, sans jamais laisser de cicatrices.

L'opération que nous venons de décrire fut pratiquée le 12 juin; j'excisai aux deux paupières inférieures un lambeau de forme elliptique, ayant environ 4 millimètres de hauteur sur 12 ou 13 millimètres dans sa plus grande longueur : la plaie fut réunie avec deux serres-fines pour chaque paupière et tout le pansement consista dans l'application de compresses d'eau froide souvent renouvelées.

Au bout de quarante-huit heures, les serres-fines furent enlevées, et je trouvai les plaies parfaitement réunies; au bout de cinq ou six jours, elles étaient entièrement cicatrisées. Le résultat est parfait à l'œil droit, le redressement de la paupière est complet; peut-être laisse-t-il un peu à désirer pour l'œil gauche; mais il s'en faut de très peu, et je suis convaincu que le retrait dont la cicatrice cutanée sera le siége ultérieur ne tardera à rendre le succès aussi complet de ce côté que de l'autre.

Le contact irritant des cils n'existant plus, il a suffi d'un léger traitement pour que la kératite chronique disparaisse promptement, et la malade quitte l'hôpital le 27 juin, dans un état très satisfaisant.

Mon principal but, en vous signalant cette observation, a été de montrer les graves inconvénients qu'entraîne la cautérisation réitérée de la conjonctive avec le crayon de nitrate d'argent, et la supériorité que présente sur les autres procédés l'excision d'un lambeau cutané dont on réunit les bords à l'aide des serres-fines.

ONYXIS SYPHILITIQUE; AVULSION DE L'ONGLE ET DESTRUCTION DE SA MATRICE. — La malade, âgée de 22 ans, est couchée au n° 3 de la salle Saint-Paul; elle a déjà subi une fois l'arrachement de l'ongle du gros orteil du pied gauche; elle était alors dans le service de M. le professeur Laugier; elle avait une affection syphilitique de la matrice de l'ongle : M. Laugier institua un traitement antisyphilitique et arracha l'ongle. La malade, considérablement soulagée, quitta l'hôpital au bout de quelques jours.

Mais bientôt l'ongle se reproduisit et la malade vint de nouveau à l'Hôtel-Dieu. En présence de cette récidive, M. Laugier se proposait de pratiquer cette fois la destruction de la matrice de l'ongle, en même temps que l'arrachement de celui-ci, mais, n'ayant pas dans son service de lit vacant à donner à cette femme, il nous l'adressa.

La malade présentait alors les symptômes suivants : l'orteil est tuméfié, rouge violacé, la portion de peau qui donne naissance à l'ongle est largement décollée en haut, elle est le siége d'une inflammation chronique simple, la complication de syphilis a disparu sous l'influence du traitement spécifique, l'ongle lui-même est noirâtre, atrophié, déformé, recourbé en haut. Je songeai donc à pratiquer, conformément à l'opinion qu'avait émise M. Laugier, l'avulsion de l'ongle, puis la destruction de sa matrice.

Pour ces petites opérations, nous avons recours à l'anesthésie localisée produite par le mélange frigorifique de glace pilée et de sel. Quelques mots sur ces applications anesthésiques. C'est, comme on le sait, M. Arnott, chirurgien anglais, qui songea le premier à employer la congélation comme moyen anesthésique dans les opérations qui portent sur des organes saillants et d'un petit volume que l'on peut envelopper de toutes parts avec le mélange frigorifique, les doigts, les orteils, la verge. On place un mélange à parties égales de glace pilée et de sel marin dans un petit sac de gaze et on l'applique sur l'organe, de manière à ce qu'il soit touché sur toutes ses faces; cinq minutes suffisent ordinairement pour en produire la congélation; l'anesthésie alors n'est pas bornée à la peau et aux parties superficielles, elles est profonde, le sang est coagulé dans les vaisseaux, le bistouri crie sur les couches qu'il divise; il n'y a pas d'hémorrhagie, la peau est blanche, crispée; en un mot, l'orteil est transformé dans sa totalité en un véritable glaçon : il est rigide et sonne comme un corps dur lorsqu'on le frappe avec un stylet.

Il semble que l'on pourrait craindre la mortification de tous les

tissus qui ont été le siége d'une congélation aussi profonde, rien de semblable ne se produit, la circulation et la chaleur reviennent peu à peu, il s'écoule quelques gouttes de sang, et les malades en sont quittes pour une douleur assez vive et une légère réaction inflammatoire qui disparaissent bientôt. Quelquefois, cependant, cette réaction peut acquérir des proportions plus considérables, surtout chez les femmes à peau fine et délicate, par exemple. Ainsi, j'ai vu chez une dame, à qui j'avais enlevé un ongle incarné en me servant de ce moyen anesthésique, une rougeur livide s'établir dans une étendue assez considérable du dos du pied, et durer pendant quelques jours, à tel point que je craignis la formation d'un phlegmon diffus; pourtant il n'en fut rien, et le traitement antiphlogistique réussit à dissiper promptement toute crainte d'accidents. Il est donc prudent de se tenir sur ses gardes, et, dans tous les cas, de ne pas trop prolonger l'application de la glace.

L'anesthésie de l'orteil étant obtenue, nous procédâmes à l'avulsion de l'ongle; mais celui-ci, comme nous l'avons vu, était ramolli, déformé, et donnait peu de prise à l'instrument qui devait le saisir. Le procédé ordinaire d'avulsion fut donc rejeté, et nous eûmes recours à l'ingénieux procédé de M. Long, chirurgien de l'hôpital civil de Toulon : d'une exécution simple et facile, cette opération consiste à décoller la peau qui recouvre la racine de l'ongle avec une spatule d'acier; lorsqu'on est parvenu derrière son bord postérieur, on exécute rapidement un mouvement de bascule en arrière, qui fait engager l'extrémité de la spatule sous l'ongle; ses attaches postérieures sont ainsi rompues, et il n'est plus adhérent que par ses bords latéraux et par sa partie moyenne. En faisant alors avancer la spatule entre l'ongle et les tissus, on parvient sans peine à en pratiquer l'avulsion d'un seul coup. Ce procédé est aussi rapide que simple; dans le cas actuel, il a été d'une exécution d'autant plus facile, que le bord postérieur de l'ongle était en partie décollé déjà par l'altération de la peau qui l'environne.

L'ongle une fois enlevé, il restait à en détruire la matrice pour en empêcher la reproduction; on peut arriver à ce but de deux manières différentes : l'excision avec l'instrument tranchant ou la destruction par les caustiques.

Rien de plus facile que d'exciser avec le bistouri la portion de peau qui donne naissance à l'ongle. Mais il est une remarque d'anatomie chirurgicale qui n'a pas encore été signalée, que je sache, et qui est cependant d'une grande importance, c'est que le bord postérieur de l'ongle s'avance en arrière presque jusqu'au-dessus du niveau de l'interligne articulaire de la première avec la dernière phalange du gros orteil; lors donc qu'on porte le bistouri transversalement en arrière pour exciser la matrice de l'ongle, on pourrait être exposé à pénétrer dans l'articulation. Dans le cas actuel, ce danger serait d'autant plus à craindre, que la matrice de l'ongle, rendue plus profonde par l'ulcération, me semble remonter plus en arrière que dans les cas ordinaires.

Cette raison m'a fait préférer ici de détruire la matrice de l'ongle par cautérisation. L'ongle étant donc arraché, je promenai à diverses reprises un crayon de nitrate d'argent dans ce sillon cutané, en ayant soin d'en prolonger le contact le plus possible. Le troisième jour, une nouvelle application de caustique a eu lieu, et aujourd'hui tout gonflement a disparu : la plaie suppure et marche à la cicatrisation. Tout permet donc d'espérer que nous éviterons la reproduction de l'ongle.

Fracture spontanée de la cuisse; ostéosarcome du fémur et de la clavicule. — Salle St-Jean, n° 35. Le malade, âgé de 18 ans, est pâle et maigre, il a une constitution étiolée, misérable, que sa profession a encore appauvrie (il est tisserand), par conséquent il travaille dans l'humidité et à l'abri du soleil. Il y a deux ans, sans cause connue, survint pendant le cours de l'hiver une douleur vive occupant la partie moyenne de la cuisse droite et s'irradiant à la jambe; on la traita par le repos, les narcotiques et les vésicatoires. Au printemps, disparition complète de la douleur, le malade reprend son travail.

L'hiver d'après, les douleurs sont revenues, plus vives que la première fois, s'irradiant à tout le membre et présentant une intensité toujours croissante. A l'extérieur, on ne trouvait rien d'anormal, le diagnostic était donc très incertain et l'on pouvait croire à une affection rhumatoïde. Les choses restèrent dans cet état jusqu'au 7 mars 1858, époque où il survint un phénomène qui aggrava considérablement la maladie : notre jeune homme, en levant le membre inférieur pour passer son pantalon, s'est cassé la cuisse; la fracture du fémur fut constatée très facilement, le malade fut couché et le membre placé dans un appareil. A partir du moment de la fracture, les douleurs ont cessé complétement.

Depuis trois mois, les symptômes n'ont pas changé, la fracture n'a aucune tendance à se consolider. La cuisse est tuméfiée uniformément jusqu'à son quart inférieur; il n'y a pas de douleur spontanée, la pression est peu douloureuse : en dehors, on sent une espèce de crépitation.

Il est évident que, pour qu'un os long aussi solide que le fémur puisse se fracturer spontanément, il faut qu'il soit profondément malade : en effet, à l'état normal, les os résistent très bien à l'action musculaire, si ce n'est dans des efforts où l'on voit, par exemple, la rotule, l'olécrâne ou le calcanéum arrachés par les tendances des muscles puissants qui s'y insèrent. On a dit que des individus se sont cassé l'humérus en lançant fortement une balle ou une pierre, il est permis de soupçonner que, dans ces cas, d'ailleurs exceptionnels, l'os n'était pas parfaitement sain, les puissances musculaires, étant obliquement implantées sur le levier osseux, et, par conséquent, n'étant pas dans des conditions favorables pour le fracturer. Dans un cas de fracture spontanée de l'humérus, survenue chez un jeune homme, au bout de trois mois il n'y avait pas trace de consolidation; Dupuytren divisa les tissus pour visiter l'humérus : il trouva une hydatide de la diaphyse qui avait usé le tissu osseux et l'avait réduit à une coque tellement mince, qu'un simple effort suffit pour rompre l'humérus.

J'ai eu souvent occasion d'observer des faits semblables, l'an dernier, à Beaujon, un malade entra dans mon service avec une fracture de bras produite par un simple effort musculaire; cette fracture ne se consolida pas, et je soupçonnai une altération grave de l'os, quand celui-ci vint à se gonfler progressivement et ne me laissa plus de doute sur l'existence d'un ostéosarcome.

J'ai vu autrefois avec Sanson, à la Pitié, la femme d'un employé du Jardin-des-Plantes, qui, en se promenant, sentit un craquement dans sa cuisse, elle tomba, le fémur était fracturé. On plaça le membre dans un appareil, et trois mois après il n'y avait pas trace de consolidation; une circonstance fortuite nous révéla la nature de la maladie, et fit comprendre pourquoi la consolidation ne se faisait pas. Un érysipèle se développa sur les parois de la poitrine, et en examinant cette région, on s'aperçut qu'elle avait un cancer du sein qu'elle avait soigneusement caché jusque-là : tout était dès lors expliqué. La cachexie cancéreuse emporta la malade, et, à l'autopsie, nous trouvâmes plusieurs masses encéphaloïdes développées dans le canal médullaire du fémur, et qui avaient peu à peu détruit le tissu compacte de l'os.

En un mot, dans toutes les fractures spontanées, il y a une altération profonde du tissu osseux.

Je soupçonnais donc chez notre malade l'existence d'un ostéosarcome du fémur, lorsqu'un jour, en approchant de son lit pendant qu'il dormait, on vit la poitrine à nu, la chemise étant largement ouverte. On put alors observer sur la clavicule droite une tumeur bosselée, irrégulière, indolente, sans changement de couleur à la peau, un peu élastique, qui s'est développée dans le périoste; cette maladie de la clavicule et celle du fémur sont évidemment de même nature, c'est un cancer des os. En effet, en remontant aux premiers symptômes de la maladie, on trouve l'explication des phénomènes qui se sont produits dans le fémur. Au début, il y a eu des douleurs sourdes dans la cuisse, sans aucun gonflement extérieur; à ce moment, la matière encéphaloïde se déposait dans le canal médullaire du fémur; puis la matière cancéreuse s'accumulant et envahissant de plus en plus le tissu osseux, les douleurs ont toujours été en croissant, elles étaient dues à la pression que le tissu compacte de l'os exerçait sur la masse cancéreuse. Enfin, le fémur fut tellement aminci, qu'il ne put résister à l'effort musculaire, il se rompit, et aussitôt les douleurs disparurent.

Au commencement de juin, le membre est considérablement tuméfié par les progrès du cancer; depuis trois mois qu'il est dans l'appareil, il n'offre aucune tendance à la consolidation de la fracture, et la matière osseuse a complétement disparu à ce niveau, sauf dans certains points isolés, surtout en dehors; où la pression fait sentir de légers craquements : ce sont, comme Dupuytren l'a signalé depuis longtemps, des lamelles de tissu compacte qui ont résisté à l'usure.

Dans un pareil cas, la gravité de la fracture s'efface devant celle de l'affection cancéreuse : le malade porte, en effet, deux tumeurs, l'une volumineuse à la cuisse, et l'autre à la clavicule. Dans l'état actuel de la science, la thérapeutique n'a aucun moyen à opposer à l'envahissement de la maladie; seulement la marche est lente, elle met un temps infini pour arriver à son terme fatal, à moins qu'il ne se développe quelque cancer viscéral qui emporte le malade.

Les préparations arsénicales ayant été recommandées dans cette maladie, notre jeune homme prend depuis quinze jours la liqueur de Fowler, et aujourd'hui on constate une diminution notable du volume des deux tumeurs. D'après cette amélioration, est-il permis d'espérer que la maladie puisse se terminer d'une manière heureuse? Nous ne le pensons pas; nous nous bornons à constater l'influence du traitement par l'arsenic.

Dr A.-P. Doumic.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Juillet 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Observations relatives à la vaccine, par M. le docteur Remy, de Châtillon-sur-Marne. (Com. de vaccine.)

2° Le modèle et la description d'un instrument auquel le sieur Quilici, de San-Antonio (Corse), attribue la propriété de prévenir et d'arrêter le développement des hernies.

3° Le compte-rendu des épidémies qui ont régné en 1857 dans les départements des Hautes-Pyrénées et de l'Eure. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Morel, de Saint-Yon, Chassinat, d'Hyères, Bardinet, de Limoges, Moutrol, de Langres, Lecadre, du Havre, qui se présentent comme candidats au titre de correspondant national.

2° Quelques réflexions sur la revaccination, par M. le docteur Lecadre, du Havre. (Comm. de vaccine.)

3° Quelques considérations sur les effets préservatifs comparés de la vaccine et des revaccinations, par M. le docteur Brouillet, de Geispolsheim. (Même commission.)

4° Une note de M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur-suppléant à Clermont-Ferrand, sur trois symptômes nouveaux ou peu connus des épanchements pleurétiques. (Comm. M. Barth.)

5° Un mémoire sur la torréfaction des plantes médicinales et de leurs différents produits naturels, par M. le docteur Sabatté, médecin à Vauchassis (Aube). — (Com. M. Guibourt.)

6° Un mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique du froid et de la chaleur, employés comme topiques dans le traitement des plaies, par M. le docteur Jacques Bleechman. (Comm. MM. Gimelle et Larrey.)

7° M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. L. Orfila, en réponse à quelques assertions contenues dans le rapport de M. Trousseau.

M. Larrey présente, au nom de M. Mergy, médecin principal de l'armée belge, un ouvrage sur les *Appareils modelés applicables à toutes les fractures*.

M. Depaul dépose sur le bureau :

1° Au nom de M. le docteur Mazae-Azema, de St-Denis (Réunion), une brochure intitulée : *Mémoire sur l'ulcère de Mozambique*.

2° Au nom de M. le professeur Errico-Jacolucci, de Naples, un mémoire en italien sur le parallèle de la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel, dans les cas d'étroitesse du bassin.

M. Moquin-Tandon fait hommage, au nom de M. L. Soubeiran, d'une brochure sur les ganglions médians chez les mollusques acéphales.

M. le Président annonce que M. Ch. Zizurin, président de l'Académie de médecine de Varsovie, assiste à la séance.

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des quatre rapports suivants :

1° Sur la nature de quelques produits provenant de la source minérale de l'établissement d'Alet. « Les expériences entreprises dans le laboratoire de l'Académie, ont démontré que l'existence de phosphates dans l'eau minérale d'Alet ne peut faire l'objet d'un doute, et qu'elle est surtout très manifeste dans les dépôts formés spontanément par elle ou après son évaporation; mais qu'on ne retrouve pas ces phosphates dans les roches d'où émergent les sources, et qu'il sera utile de faire sur place d'autres recherches. »

2° Sur l'eau minérale découverte à Moingt (Loire). Cette eau est acidule, bicarbonatée, alcaline et terreuse, et analogue à celle de St-Galmier. Il y a lieu d'accorder l'autorisation de l'exploiter.

3° Sur l'eau minérale de Velleron (Vaucluse). Cette source, minéralisée par de l'acide carbonique libre et des bicarbonates alcalins, est anciennement connue et exploitée pour les usages médicaux. Rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter soit maintenue.

4° Sur l'eau minérale d'une source découverte à Meyras (Ardèche). Considérant que des expériences sur l'action médicatrice de cette eau n'ont pas été convenablement faites et variées et qu'il n'existe encore aucun établissement thermal pour en faciliter l'emploi médical, la commission propose d'ajourner l'autorisation demandée.

Les conclusions de ces quatre rapports sont adoptées.

M. Duméril lit une note de M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, sur le *tetrodon toxicophore*, du cap de Bonne-Espérance (*geneion maculatum* de Bibron) et sur les accidents toxiques causés par l'ingestion de la chair de ce poisson.

Dans les quatre cas d'empoisonnement rapportés par M. le docteur Praeger, dit M. Fonssagrives, la mort fut excessivement rapide, précédée de vomissements, de diarrhée, de dépression de la circulation et des forces.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Trousseau, lu dans la précédente séance. — La parole est à M. H. Bouley.

« Messieurs, dans la dernière séance, M. Trousseau vous a lu un rapport si complet, si bien fait, et, permettez-moi de le dire, si justificatif des idées émises par moi qu'il semble que je n'aie plus rien à dire au sujet de la ligature de l'œsophage. Cependant, je tiens à revenir sur quelques assertions qui ont été un peu laissées de côté par M. le rapporteur.

Quand, il y a deux ans, je suis venu à cette tribune, faire part des effets de la ligature de l'œsophage, j'ai rencontré beaucoup d'incrédulité parmi nos collègues, ou, tout au moins, de doutes; on paraissait penser que j'avais exagéré ces effets. L'Académie, à cette époque, nomma une commission, et l'on me fit l'honneur de m'adjoindre à cette commission.

Aujourd'hui, vous avez entendu le rapport de la commission et il en résulte que la raison et la vérité étaient de mon côté. Quelles qu'aient été les expérimentations, en effet, et les interprétations données aux expériences, il reste un fait acquis, c'est qu'Orfila n'avait pas vu certains effets produits par la ligature.

A ce propos, il me semble qu'Orfila a été trop mis en cause. On a l'air de craindre que son édifice s'écroule, et il n'est question que de réviser quelques-unes de ses expériences. Orfila est et restera le créateur de la toxicologie : on peut trouver des taches dans son soleil, il n'en sera pas moins éclatant.

Le rapport a dit que j'avais assombri le tableau; je crois avoir simplement coloré un tableau trop pâle. M. L. Orfila, qu'on n'accusera pas de charger à plaisir les effets de la ligature de l'œsophage, a tracé de ces effets un tableau encore plus chargé que le mien. Il raconte, dans ses *Leçons de toxicologie*, qu'un chien, à qui on avait lié l'œsophage sans lui avoir fait prendre de poison, présenta une agitation extrême, qu'il faisait des bonds énormes, et qu'il succomba bientôt dans les convulsions. Supposez qu'une substance quelconque ait été introduite dans l'estomac de ce chien, et si vous ne savez pas que la ligature seule peut le tuer avec de semblables accidents, vous croirez que ces accidents sont dus à la substance ingérée. Or, son oncle, Orfila, avait dit que la ligature était toujours inoffensive. M. L. Orfila, en défendant son oncle, obéit à un sentiment trop louable pour qu'on ne l'apprécie pas; mais, enfin, il n'en est pas moins vrai qu'Orfila professait que la ligature était inoffensive. »

M. Bouley cite ici de nombreux passages de l'ouvrage d'Orfila, édit. de 1852, desquels il résulte très explicitement que, pour l'éminent toxicologiste, la ligature de l'œsophage, *préalablement percé ou non*, était absolument sans danger.

« Messieurs, la commission a fait un grand nombre d'expériences, mais je regrette qu'elle n'ait pas toujours suivi la route que M. Raynal et moi avions tracée. Il est une expérience qui tranchait tout. Nous avions dit : « Quand on lie l'œsophage à un chien et qu'on donne à ce chien 2 grammes de sel de cuisine, il meurt. Sans lier l'œsophage, on peut lui en faire avaler 100 grammes, et il ne meurt pas.

La même chose arrive avec le nitrate de potasse, le sous-nitrate de bismuth, etc., les chiens peuvent en prendre des doses énormes; ils ne

meurent pas quand l'œsophage n'a pas été lié, et alors qu'il n'y a pas eu de vomissement,

J'aurais désiré que ces expériences fussent répétées : il n'y a plus à y revenir.

J'arrive maintenant aux lésions qu'on rencontre sur les chiens qui ont succombé après la ligature. Nous avons dit que l'appareil gastro-intestinal et l'appareil hépatique peuvent présenter des congestions tellement vives, qu'elles en imposent et font croire à une action toxique. M. L. Orfila le reconnaît, parce qu'il apporte à ces débats une grande bonne foi, mais il ajoute que ces lésions ne sont pas constantes. Eh ! sans doute ; mais ne se produiraient-elles qu'une fois sur mille, que cela me suffirait pour affirmer qu'un observateur non prévenu s'y trompera.

D'ailleurs, M. L. Orfila, qui avait dit d'abord que la ligature ne déterminait pas de lésions sur les organes intérieurs, reconnaît maintenant qu'elle est suivie, dans certains cas, de lésions extrêmement graves de l'appareil respiratoire, lésions pouvant entraîner la mort.

Il reste encore entre les divers expérimentateurs un point de dissidence, c'est la question d'interprétation. On s'est demandé comment mouraient les chiens à qui on avait lié l'œsophage. M. Raynal et moi nous croyions que c'étaient les efforts de vomissement qui amenaient la mort. On a dit depuis que c'étaient les efforts de régurgitation. Mais si l'on fait un trou au-dessous de la ligature, on voit que, pendant les efforts des chiens, il s'écoule soit de la bile quand l'estomac est vide, soit de la substance ingérée quand l'estomac a été rempli. Mais, en définitive, quelle que soit l'interprétation qu'on adopte, le fait de la mort après la ligature n'en persiste pas moins, et n'en doit pas moins être rapporté à ligature.

Le pincement des nerfs accolés à l'œsophage, a été invoqué par M. Colin pour expliquer la mort dans ce cas. Selon M. Colin, cette circonstance serait tout, et la ligature par elle-même ne serait rien. M. Colin, après avoir fait quatorze ligatures sans accidents, est arrivé à des conclusions contraires aux nôtres et très inattendues à coup sûr. C'est le cas de répéter, avec Fontenelle : Vous l'avez vu, je le crois, mais je l'aurais vu moi-même, que je n'y croirais pas. Un mot du rapport m'a frappé à ce sujet. « M. Colin, dit le rapport, a été plus heureux que tous les autres expérimentateurs, mais il nous a laissés surprendre son secret. » Quoi ! des secrets dans une circonstance comme celle-ci ! Au lieu d'élever le flambeau, on dispense ses rayons d'une main avare ! Je ne saurais, Messieurs, trop m'en étonner.

Mais encore une fois, qu'importe la question d'interprétation ? Il suffit que les chiens meurent quand ils ont eu l'œsophage lié, et si j'insiste sur ce point, c'est qu'il est d'une importance considérable en médecine légale. Supposez, Messieurs, qu'un homme succombe et qu'on le croie empoisonné ; on l'ouvre, et les réactifs ordinaires ne décèlant aucune trace de poison, on fait avaler à un chien les liquides recueillis dans l'estomac de cet homme ; on lie l'œsophage du chien et il meurt. Maintenant, si l'expert croit, ainsi que l'affirmait Orfila, que cette opération ne détermine *jamais d'accidents*, que deviendra l'accusé ? Ne peut-on lui appliquer ce vers d'Atalie ?

« Je te plains de tomber dans ses mains redoutables. »

M. Trousseau : Un mot seulement à propos de l'improvisation de M. Bouley. L'improvisation a quelques inconvénients — je m'en suis aperçu pour mon propre compte — et je crois que M. Bouley n'aurait pas dit certaines choses s'il eût écrit son discours. M. Bouley avait avancé que la ligature de l'œsophage était d'une extrême gravité ; à cet égard, le rapport a fait une restriction selon que la ligature est temporaire ou permanente. Dans le premier cas, il ne meurt que 3 chiens sur 100 ; dans le second, il en meurt 90 sur 100. Cela résulte des expériences mêmes de la commission, dont faisait partie M. Bouley, et il a approuvé le rapport.

Encore un mot, Messieurs. Je ne suis l'avocat ni de M. L. Orfila, ni de M. Colin, mais, comme ces Messieurs ne peuvent ni ne doivent prendre la parole à cette tribune, qu'il me soit permis de trouver que M. Bouley a été bien sévère envers M. Colin. — Je suis sûr qu'il le regrette déjà. — Quand j'ai dit que nous avions surpris le secret de M. Colin et qu'il nous avait laissé entrevoir la cause de ses succès, j'ai voulu dire tout simplement que nous avions vu, nous, cette cause, et je crois que M. Colin ne l'a pas vue lui-même. Il n'y a donc pas à lui reprocher de mettre la lumière sous le boisseau ; cela tient à ce que M. Colin n'applique qu'une ligature peu serrée et, en vérité, il n'y a là rien d'extraordinaire, puisque la commission a constaté qu'en agissant ainsi, elle ne perdait que 3 chiens sur 100.

Quant à M. L. Orfila, il croyait son oncle infaillible, en vertu d'un sentiment que nous comprenons parfaitement, et il serrait la ligature de toutes ses forces, d'où les accidents qu'il a rapportés. Mais Orfila ne le serrait probablement que très peu, instruit par un nombre immense d'expériences. Il en résulte que la ligature serrée est très grave, et que la ligature non serrée n'est pas grave. Cela est conforme aux conclusions du rapport. Dans tout ceci, la bonne foi d'Orfila ne saurait être suspectée, et M. L. Orfila n'a pas à défendre son oncle sous ce rapport. Mais Orfila aurait dû dire cette différence entre les liens serrés ou non, et s'il ne l'a pas dit, c'est qu'il n'a pas vu tout ce qui se passe dans ces cas.

M. Cloquet monte à la tribune pour donner quelques éclaircissements sur le sujet en litige. Il a fait, en 1814, 1815 et 1816, avec Orfila, ses premières expériences, et il est probablement le seul témoin survivant de ce qui avait lieu alors ; c'est lui qui liait l'œsophage des premiers chiens empoisonnés par Orfila. Le lien était constitué par une rosette, modérément serrée, le gonflement qui survenait après la plaie de l'œsophage rendant toute constriction forte inutile. Toujours une boutonnière était pratiquée au-dessus de la ligature pour l'écoulement des liquides. Cette opération a été pratiquée par M. Cloquet plus de deux cents fois, et il est étonné qu'Orfila n'ait pas mieux expliqué la manière dont ils procédaient.

Le bureau propose d'adjoindre M. Trébuchet à la commission de la fièvre puerpérale. — Adopté.

—

M. Bouley : M. Trousseau vient de rappeler que 3 chiens sur 100 meurent à la suite de la ligature temporaire. Mais cette statistique ne suffit pas. Ça n'est pas la même chose de lier l'œsophage d'un estomac vide ou d'un estomac dans lequel on a introduit une substance, même non toxique, parce qu'alors il y a des efforts de vomissement qui amènent des accidents graves.

Je remercie M. Cloquet de ce qu'il vient de nous apprendre, mais je ne pouvais pas le savoir, puisque cela est contraire au texte d'Orfila. Il y a plus, je crois qu'Orfila avait renoncé à la boutonnière. Les accidents consécutifs sont, en effet, plus graves dans ce dernier cas, car il se fait des infiltrations de toutes sortes dans le tissu cellulaire, très lâche, de cette partie, quand il a été divisé. Il y aurait donc à distinguer avec soin l'opportunité de cette boutonnière, selon que les chiens doivent vivre plus ou moins longtemps après la ligature de l'œsophage.

— Il reste des orateurs inscrits, mais l'heure avancée fait renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, lit un travail sur un *moyen nouveau et très simple de prévenir la raideur et l'ankylose dans les fractures.*

L'auteur établit d'abord que les fractures traitées par les moyens ordinaires, sont fréquemment suivies de raideurs opiniâtres et même d'ankylose. Il en cite de nombreux exemples empruntés aux chirurgiens les plus justement renommés. Il n'est pas rare, en effet, que six mois, un an, deux ans, cinq ans, vingt ans après les articulations voisines n'aient pas encore recouvré le mouvement. Bien plus, M. Morel-Lavallée rapporte le cas d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse, où, par un singulier contraste, le genou et le coude-pied s'étaient ankylosés sans que les fragments de l'os se fussent réunis.

Il démontre ensuite clairement que la cause de ces raideurs et de ces soudures des articulations, c'est la longue immobilité à laquelle les condamnent ces appareils en usage. Il fallait, dit-il, trouver une méthode capable de concilier, avec l'immobilité des fragments, la mobilité de la jointure voisine, et de remplir ainsi deux indications qui paraissaient incompatibles.

Dans ce but, il a imaginé un appareil si logique et si simple, qu'on s'étonne qu'il ne soit pas vieux comme la chirurgie. Au lieu d'entourer le membre à la manière d'un cylindre inflexible dans toute sa longueur, son bandage au niveau de chaque articulation présente lui-même une articulation correspondante.

Pour établir cette brisure, il suffit, dans un appareil solidifiable ordinaire, de placer un corps gras entre deux tours de bande superposés. Ainsi lubréfiés par leurs faces contiguës, ces deux tours restent indépendants, et jouent merveilleusement l'un sur l'autre. Cet artifice n'exige d'ailleurs que deux règles spéciales.

1° Des deux circonvolutions qui composent l'articulation du bandage en s'emboîtant l'une l'autre, l'*interne* doit être celle qui entoure l'os fracturé, enveloppée par celle qui recouvre la jointure.

2° Cette *circonvolution interne* doit, surtout dans les fractures des jointures, s'avancer jusqu'à l'extrémité brisée de l'os et même un peu au delà ; double disposition qui laisse entière la solidité de la contention.

On remplit ces deux conditions en posant l'appareil par segments, qui correspondent à ceux du membre qu'il doit recouvrir. On commence par l'os fracturé, sur lequel la première bande s'épuise, en le parcourant d'une extrémité à l'autre. Ensuite on étend une mince couche d'axonge sur la *circonvolution initiale*, si c'est là seulement qu'on veut articuler le bandage, — et aussi sur la *circonvolution terminale*, dans le cas où il doit passer en ce sens sur une autre jointure.

Le corps gras interposé aux deux circonvolutions contiguës, ne les sépare pas tellement qu'elles ne restent encore unies en plusieurs points, ce qui donne temporairement à l'appareil toutes les propriétés d'un moule inflexible. Après les huit ou dix premiers jours, dès que la douleur le permet, une légère flexion imprimée à l'articulation du bandage, lui rend sa mobilité. Alors le chirurgien peut, dans une mesure convenable, faire exécuter à la double jointure de l'appareil et du squelette des mouvements chaque jour plus étendus, — manœuvre sans danger, car la partie efficace du bandage, celle qui est appliquée sur toute la longueur de l'os fracturé, maintient les fragments en rapports. *A priori*, on pourrait craindre que les fragments, obéissant à la traction des ligaments des muscles ne fussent exposés à se déplacer pendant ces mouvements ; mais, et c'est un des avantages du bandage articulé, en commençant de bonne heure à entretenir la liberté de la jointure, on ne laisse pas aux fibres ligamenteuses ou musculaires le temps de se raccourcir, et elles ne se tendent pas plus ici que dans les mouvements naturels pour lequels leur longueur a été calculée.

Cet appareil, joint à la solidité une remarquable élégance. Avec ses anneaux imbriqués qui se meuvent les uns sur les autres au niveau des articulations, il rappelle certaines pièces de l'armure des anciens chevaliers, le brassard, par exemple, ou mieux encore les animaux à squelette extérieur, parce qu'en effet, il supplée, jusqu'à un certain point, l'os brisé.

Le bandage articulé n'est, au fond, que le bandage solidifiable ordinaire, avec une onction entre deux circonvolutions, mais, toute minime qu'elle est matériellement, cette modification en change complètement le rôle ; c'est une goutte d'huile qui transforme l'appareil, et — ces faits semblent déjà le promettre — cette goutte d'huile marquera un grand progrès, nous dirons presque qu'elle fera une révolution dans le traitement des fractures. — (Comm. MM. Robert et Nélaton.)

— La séance est levée à cinq heures.

Vu l'absence de plusieurs membres du Comité de rédaction de l'Union Médicale, les séances du Comité sont suspendues jusqu'à nouvel avis.

— Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 15 novembre 1858, pour la nomination du deuxième chef interne de cet hôpital. Ne seront admis à concourir que des candidats âgés de 21 ans au moins, célibataires ou veufs sans enfants, qui n'auront pas encore obtenu le titre de docteur. Ils devront produire : 1° Un extrait de l'acte de leur naissance ; 2° un certificat de moralité ; 3° un certificat constatant qu'ils ont fait des pansements et autres exercices de chirurgie, au moins pendant six mois, dans un hôpital.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 90. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 31 Juillet 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 JUILLET 1858.

UNE RÉVOLUTION AU JARDIN-DES-PLANTES.

XIX

Les collections du Muséum forment un ensemble si imposant et si riche, que le premier mouvement est celui de l'admiration, que le premier sentiment est un sentiment de gratitude pour les professeurs-administrateurs du Muséum qui, depuis Buffon, ont tous coopéré à leur agrandissement. Ces trésors scientifiques, peuvent dire les professeurs, ces belles galeries de minéralogie et de géologie, de paléontologie, de zoologie et de botanique, d'anatomie comparée et d'anthropologie, toutes ces richesses qui donc, si ce n'est nous, les a accumulées dans l'établissement ? Et si ces riches collections, que vous admirez tous, ont été le produit de l'organisation que l'on critique et que l'on voudrait changer, ne serait-il pas plus juste de reconnaître que cette organisation n'est pas si vicieuse, puisqu'elle a donné de pareils résultats ?

XX

L'objection est spécieuse. Malheureusement, elle perd de sa valeur quand au premier éblouissement que donne l'aspect de ces richesses, succèdent la froide analyse et la sévère investigation. L'opinion de tous les hommes compétents est que, sous le rapport de l'arrangement méthodique, ces collections laissent beaucoup à désirer. S'il est juste de reconnaître que l'insuffisance et la mauvaise disposition de quelques bâtiments doivent entrer en ligne de compte pour les imperfections signalées, il n'est pas moins juste d'admettre que faute de direction supérieure, que par l'abandon particulier de chaque collection à chaque professeur chargé de cette partie de la science, que par l'absence de toute classification générale et systématisée, que par l'étiquetage vicieux et souvent absent, que par le mauvais arrangement des pièces, ces collections ne rendent pas aux travailleurs les services qu'elles pourraient rendre, car elles sont à peu près inaccessibles pour toute étude sérieuse. Or, ces conditions sont le résultat évident d'un vice intérieur et organique. Le Muséum semble avoir été disposé moins pour l'utilité publique que pour l'utilité particulière des professeurs. Chacune de ces collections représente plus les goûts, les aptitudes, les préférences du professeur qui la soigne, qu'elle ne trahit l'intention de la faire servir à un plan général d'études de l'histoire naturelle.

Toute la question du Muséum est là ; nous le répétons à dessein, afin de nous soustraire à des sentiments auxquels, autant que d'autres, nous sommes accessible. C'est certainement avec quelques regrets que nous verrons troubler dans leur douce quiétude ces républiques savantes et inoffensives, selon l'expression d'un grand journal, et ce sera avec bonheur que nous accepterons toute combinaison qui conciliera la reconnaissance et le respect dus à nos illustrations scientifiques, et les facilités dues à l'étude et au travail. Nous croyons cette combinaison possible, elle est désirable, elle sera proposée, nous en avons la conviction, par la commission qui fonctionne à cette heure, et elle ne peut manquer d'être accueillie par le ministre, aussi ferme que juste, qui administre l'instruction publique.

XXI

La galerie d'anatomie comparée ne mérite pas le nom de galerie. C'est une suite de petites pièces situées au rez-de-chaussée et au premier étage d'un vieux et infime bâtiment, où une très belle collection squelettologique se détériore tous les jours par l'humidité. Des divers éléments dont devrait se composer une galerie d'anatomie comparée, celle du Muséum ne renferme, à vrai dire, que le système osseux. Quelques pièces moulées y indiquent à peine les systèmes musculaire, nerveux, vasculaire. La splanchnologie y fait complétement défaut. De même l'histologie, qui n'y est pas représentée par une seule pièce. L'anthropologie, dont le Muséum possède une belle collection faite par les soins de M. Serres, et dont la place naturelle et la première serait dans cette galerie, est reléguée dans des bâtiments inaccessibles au public. On y voit un magnifique squelette de girafe, que le peu d'élévation des planchers a forcé le monteur à représenter dans une position impossible et contraire à toutes les attitudes naturelles de ce bel animal. Il penche la tête vers la terre pour brouter l'herbe comme un mouton, alors que la girafe se nourrit, comme on le sait, des feuilles qu'elle arrache à la cime des arbres.

Si l'espace est évidemment insuffisant dans cette galerie, si la disposition des lieux y est aussi incommode que possible, rien ne peut excuser le défaut d'ordre et de méthode qu'on y remarque. Un cabinet d'anatomie comparée doit partir de l'homme ou y aboutir, en suivant la série zoologique dans l'ordre décroissant ou dans l'ordre inverse. Ici tout est mêlé et confondu. Une autre plume que la nôtre a déjà tracé le tableau de cette confusion, et ce tableau est tristement exact.

XXII

Il en est de même de la collection zoologique ou Cabinet d'histoire naturelle proprement dit, triple galerie à trois étages, où, à part la collection des reptiles, disposée et étiquetée avec amour par le vénérable M. Duméril et M. Bibron, la collection des oiseaux, qui est admirable d'arrangement et d'étiquetage, on rencontre le plus incohérent mélange de toute la série zoologique. Au point de vue pittoresque, cette confusion dans les êtres de la création peut avoir son charme, mais, pour l'étude sérieuse, elle offre des inconvénients si considérables que l'on ne conçoit pas qu'un arrangement plus méthodique n'ait pas été au moins tenté.

XXIII

Les galeries de minéralogie, de zoologie et de paléontologie sont magnifiques. On a critiqué certains détails dans leur arrangement ; notre incompétence ne nous permet pas d'apprécier la justesse de ces observations. Ce qui nous a frappé partout, c'est l'insuffisance des étiquettes. Toutes écrites à la main, il en est un grand nombre d'illisibles, plusieurs pièces en manquent, surtout dans la collection paléontologique, où cette absence se fait remarquer sur de magnifiques fossiles. Ici, comme ailleurs, comme dans la galerie zoologique, plusieurs choses importantes sont soustraites aux regards, enfermées qu'elles se trouvent dans des boîtes ou dans des tiroirs en bois. La collection de géologie, déterminée et augmentée sans cesse depuis quarante ans par M. Cordier, nous a paru présenter les conditions les plus satisfaisantes d'ordre et de classement.

La collection paléontologique, créée par Cuvier, est une des plus précieuses richesses du Muséum. Mais les besoins de la science exigent qu'elle soit accrue : le cabinet zoologique et le cabinet d'anatomie comparée ne seront vraiment complets que lorsque, à côté des espèces vivantes, on pourra placer les débris des espèces qui ont disparu. Cette comparaison n'est aujourd'hui possible, au Muséum, que très exceptionnellement. La paléontologie, histoire des époques et des révolutions successives du globe écrite avec des ossements et des végétaux fossiles, exige une collection d'ensemble au Muséum, telle que celle qui y existe. La mutiler pour en disséminer les fragments dans les autres collec-

Feuilleton.

LE CERCLE DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE.

Petit poisson deviendra grand,

Pourvu que Dieu et les capitaux aidant lui prêtent vie. Ce double secours est arrivé au Cercle de la presse scientifique. Ses débuts ont été humbles et modestes comme cela convenait aux débuts d'une entreprise patronée, subventionnée par des journalistes, et surtout par des journalistes de la presse scientifique, qui ne roulent pas dans des carrosses dorés. Aujourd'hui, grâce à ses cent cinquante souscripteurs, grâce surtout aux témérités libérales d'un homme généreux, du modeste appartement de la rue de Seine, notre Cercle a pu passer dans les salons splendides de la rue Richelieu, n° 21.

Ce ne sont que festons, ce ne sont qu'astragales,

des dorures partout, des peintures superbes, des lustres éblouissants, des tapis somptueux. O mes savants confrères, que de beaux articles vous allez produire dans ces lieux charmants !

Il a fallu inaugurer ce beau local, et de quelle façon plus aimable pouvait-on le faire qué par un banquet ?

Le banquet a eu lieu, il a été cossu, grâce à Chevet ; il a été charmant, grâce aux convives ; il a eu sa signification, grâce à M. L. Figuier, le zélé promoteur de l'œuvre, qui a prononcé un discours étincelant d'esprit et de verve, et, ce qui vaut mieux encore, inspiré par les plus nobles sentiments. Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire ici cette belle allocution.

Et nous, ici, pouvons-nous oublier que c'est dans un banquet de l'UNION MÉDICALE qu'est née la première pensée de ce Cercle ? Nous y avons adhéré de cœur et nous ne sommes pas les moins heureux de son succès. A. L.

« Vous connaissez le mot de ce doge de Gênes qui, subitement transporté au milieu des splendeurs du palais de Versailles et interrogé sur ce qui l'avait le plus surpris dans cette réunion de merveilles, répondit : « *C'est de m'y voir !* » En entrant dans ces brillants salons qui vont être désormais notre domaine, beaucoup de nos confrères ont dû répéter cette exclamation de l'hôte illustre de Louis XIV. Quand on compare la modestie, la simplicité de nos débuts avec l'éclat de notre installation actuelle, on éprouve une vive et douce surprise. Il fallait que le principe de notre institution fût bien fort en lui-même, puisque les éléments de succès sont venus, pour ainsi dire, la chercher, sans qu'elle eût besoin d'aller au-devant d'eux.

» Rien de plus modeste, en effet, que les premiers pas de notre Cercle. Il y a six mois, quelques écrivains, appartenant à la presse scientifique, eurent la pensée de fonder une réunion permanente, en vue de resserrer entre eux les liens de confraternité, et de s'éclairer mutuellement sur la valeur réelle des travaux qui se produisent chaque jour dans l'ordre des sciences pures ou appliquées. L'ambition des quelques promoteurs de cet essai était bornée, leurs ressources l'étaient plus encore, car, chez l'écrivain, personne ne l'ignore, les capitaux sont rarement à la hauteur de la bonne volonté. Convaincus, néanmoins, de l'utilité d'une œuvre semblable pour la science et le public, on se jeta en avant.

» Le berceau de notre jeune Cercle ne brillait point par les décorations du luxe. Quand nous nous trouvâmes réunis, les sept à huit pionniers de cette œuvre sans précédents, nous n'avions pas une chaise pour *asseoir* nos délibérations. Mais, à vrai dire, cette pénurie nous effraya peu. Quand le gouvernement du Directoire alla s'installer au Luxembourg, il n'y trouva qu'une table ; ce qui ne l'empêcha pas de reconstituer promptement en France le principe et le fait de l'autorité. Pour nous, *si parva licet componere magnis*, nous n'avions pas même une table. Mais nous avions chacun une plume, et, avec un tel levier, on peut toujours attendre et espérer.

» En effet, Messieurs, le succès ne tarda pas à couronner nos premiers efforts. Dans les séances hebdomadaires qui furent consacrées à l'examen des inventions et des découvertes nouvelles, le public, convié à ces réunions, nous encouragea de son approbation unanime ; il nous montra que la voie dans laquelle nous étions engagés était sûre et féconde.

» On ne tarda pas à reconnaître pourtant que, limitée aux seuls membres de la presse scientifique, notre institution n'aurait pu répondre suffisamment à l'objet qu'elle avait en vue. Il fut donc décidé que le Cercle admettrait dans son sein, en même temps que les journalistes, les personnes qui portent à la science un intérêt réel, et qui ont manifesté cet intérêt par leurs travaux ou leurs écrits. A partir de ce moment, notre succès fut assuré. Aujourd'hui, près de cent cinquante membres inscrits sur notre tableau, et comprenant des noms chers à plus d'un titre à la science, au haut enseignement et à l'industrie, témoignent de la sympathie générale que nos idées ont rencontrée et du sérieux avenir qui nous attend. Enfin, tout récemment, l'un des membres du Cercle, M. Lemonnier de la Chesnaye, s'associant de toutes manières à nos projets, s'y associant avec un zèle infatigable, s'y associant par les capitaux qu'il n'a pas craint de mettre en avant, sans engager en rien, d'ailleurs, la responsabilité d'aucun d'entre nous, est venu porter à notre création l'élément qui lui manquait, en mettant à notre disposition un local digne de nous, et, j'ose le dire, digne de la capitale.

» Ainsi, Messieurs, notre succès est aujourd'hui un fait accompli ; et c'est pour célébrer cet événement heureux que nous nous trouvons tous réunis en ce moment autour de cette table confraternelle.

» Ce succès que nous venons célébrer, cette réussite que nous fêtons, n'ont point surpris ceux qui ont eu la pensée de cette institution. Notre Cercle devait réussir, il devait vivre, il devait prospérer ; et, si vous le permettez, Messieurs, je vais essayer de vous dire les motifs qui devaient rendre cette réussite infaillible.

» Le *Cercle de la presse scientifique* devait réussir parce qu'il répond à un besoin de notre époque. Je m'incline devant la majesté, devant la juste renommée de ces nombreuses Académies qui, réparties sur tous les points de l'Europe, forment l'un des plus brillants fleurons de sa couronne scientifique. Dès le commencement du dernier siècle, les Académies ont été un moyen puissant de fonder l'édifice nouveau des sciences. Depuis et jusqu'à ces derniers temps, elles ont rendu de précieux services. Mais les temps ont marché, les générations ont succédé aux générations, et les Académies, immuablement renfermées, au contraire, dans le cadre primitif qu'elles s'étaient tracé, ne peuvent plus suffire à elles seules aux besoins de nos jours.

» Il y a un siècle, quand le nombre des personnes s'occupant de sciences se comptait par unités dans un grand pays, les Académies remplissaient un rôle précieux en donnant une direction utile au petit nombre d'esprits qui cultivaient alors le domaine nouveau des sciences. Mais aujourd'hui, quand les travailleurs vont se multipliant sans cesse sur tous les points du globe ; quand les hommes qui s'intéressent aux sciences sont devenus aussi nombreux que les grains de sable de notre Océan, personne ne

tions, serait une énorme faute. Nous osons attendre du bon esprit des conservateurs, que quelques tentatives malheureuses faites à cet égard, ne se renouvelleront pas.

XXIV

Dans toutes ces collections on trouve des échantillons précieux et rares qui ont subi de graves détériorations. Une cause incessante de ces détériorations est le transport fréquent qui se fait de ces pièces des galeries dans les amphithéâtres de démonstration, même en dehors du Muséum. Plusieurs professeurs du Muséum sont en même temps professeurs à la Sorbonne, et comme les les richesses zoologiques de la Faculté des sciences ne sont pas comparables à celles du Muséum, il faut bien emprunter à ce dernier les objets nécessaires aux démonstrations, d'autant plus que ces professeurs en ont la disposition exclusive. On pourrait empêcher ces déplacements très dangereux en formant, ainsi que le proposait la commission de 1850, une collection exclusivement destinée aux leçons des professeurs, collection dont il serait facile de trouver les éléments dans les greniers, où se perdent une foule d'objets précieux.

XXV

La bibliothèque, composée de près de 50,000 volumes, n'a pas encore de catalogue général. Elle renferme aussi de précieux manuscrits, une riche collection de cartes géographiques et géologiques, 15,500 dessins originaux dont 5,500 forment la collection si estimée connue sous le nom de *Vélins du Muséum*.

Dans cette bibliothèque, comme du reste dans toutes les bibliothèques publiques de Paris, le prêt des livres au dehors est porté jusqu'à l'abus. Seul, un directeur supérieur aurait assez d'autorité pour surveiller l'exécution du règlement sur ce point.

XXVI

Des divers laboratoires du Muséum, nous n'avons vu que le laboratoire d'anatomie comparée. Nous plaignons sincèrement le professeur et ses aides qui sont obligés de travailler dans ce lieu infect et dégoûtant. On ne peut pas condamner plus longtemps ces savants honorables à un supplice pareil. Aucune des conditions nécessaires aux travaux anatomiques n'a été prévue dans ce laboratoire privé d'eau, d'air, dont l'atmosphère, le sol et les murs sont imprégnés d'une odeur repoussante. C'est cependant dans ce lieu ignoble que M. le docteur Gratiolet s'est livré pendant dix-huit mois à ses belles recherches sur le cerveau des mammifères; héroïque dévouement qui lui a valu une affection scorbutique grave et un échec dans sa candidature pour la place de professeur d'anatomie.

XXVII

Les bâtiments du Muséum sont évidemment insuffisants. Nous parlons des bâtiments consacrés aux collections et non de ceux affectés aux logements des professeurs. Sur les terrains dépendant du Muséum et situés dans la rue de Buffon, on vient d'élever à peu de frais des constructions d'une élégante légèreté destinées à abriter les belles recherches de physiologie végétale entreprises par M. le professeur Ville. La commission de 1850, qui véritablement avait tout prévu, demandait des constructions analogues mais beaucoup plus étendues sur la rue Cuvier, pour donner un digne asile aux collections présentes ou futures de l'anatomie comparée. Il existe de très beaux plans de reconstruction du bâtiment central; il n'est pas probable qu'ils soient prochainement exécutés.

XXIX

Les jardins, les pépinières et les serres sont à peu près sans utilité pour le public qui n'y peut pénétrer que muni de permission. Alors que les élégants jardins du Louvre et des Champs-Élysées, les squares fleuris qui surgissent de toutes parts dans la capitale, sont librement ouverts à la population, au Jardin-des-Plantes, au contraire, le public est sévèrement tenu à distance et ne peut voir que de loin les plantes et les fleurs. C'est par dérision, assurément, qu'on appelle *parterres* ces fouillis de plantes vulgaires placés dans les grands carrés de l'allée centrale. Le jardin de botanique n'est ouvert que certains jours, à certaines heures. Il sera utile de prendre des mesures plus libérales.

XXX

La Société protectrice des animaux trouverait beaucoup à reprendre dans la ménagerie. L'étroite captivité dans laquelle sont tenus presque tous les animaux y détermine une grande mortalité. La Société d'acclimation, bien inspirée, est allée dresser ses parcs dans le bois de Boulogne. Si l'on veut rendre la ménagerie autre chose qu'un objet d'amusement pour les bonnes d'enfants et les soldats, une transformation complète est nécessaire.

XXXI

Dans cette trop rapide excursion à travers les divers services du Muséum, nous n'avons pas voulu tout voir, nous n'avons pas voulu dire tout ce que nous avons vu. Il nous semble, néanmoins, que, de tout ce qui précède, il résulte qu'on peut répondre avec assurance à la première question posée au début de cette note:

Oui, la révolution qui se prépare au Muséum sera légitime.

Alors qu'un souffle de progrès vient ranimer de toutes parts l'ardeur et l'espérance, alors que de vagues aspirations font tressaillir toutes les âmes généreuses, alors que l'humanité marche par toutes les routes vers un idéal du beau, du grand et de l'utile, seul le Muséum ne peut plus vivre de cette vie lourde, sans initiative et sans spontanéité. Il pèse sur ces lieux comme une atmosphère d'immobilité; après un passé éclatant et glorieux, le Muséum, depuis trente ans, semble s'être arrêté. S'arrêter aujourd'hui, c'est mourir. Quelque brillante qu'ait été leur carrière, les institutions ne peuvent vivre sur leurs seuls souvenirs; de toute nécessité, il faut qu'elles concourent au bien général, et que leurs convenances particulières passent après les convenances publiques. L'existence de cette grande et nationale institution du Muséum est à ce prix, et c'est parce que nous voulons sa conservation et son illustration nouvelle, que nous donnons notre humble approbation aux projets de réforme indiqués par M. le ministre de l'instruction publique.

XXXII

Quelles seront les conséquences de cette réforme et quelles en doivent être les limites?

Nous adoptons sans réserve les conclusions de la commission de 1850 :

Rétablir, quant au Muséum, la règle nécessaire de la liberté d'action et de la responsabilité du pouvoir central;

Donner à l'administration de cet établissement, en la plaçant dans les mains d'un directeur délégué du pouvoir central, l'unité et la force d'initiative dont elle manque;

Encourager les progrès des sciences naturelles en assurant, aux hommes distingués qui les cultivent, une carrière et la juste rémunération de leurs travaux;

Garantir par des mesures d'ordre et de bonne comptabilité la conservation d'un précieux dépôt de richesses publiques.

Nous n'ajoutons qu'une proposition à ces sages conclusions :

Quant à ce qui concerne les personnes et les avantages dont elles jouissent en ce moment, respecter les positions acquises, et ne procéder aux changements que par voie d'extinction.

Amédée Latour.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le rapport de M. Serres sur les cent cinquante-trois mémoires présentés au concours Bréant et dont aucun n'a paru digne à la commission d'un simple encouragement, ce rapport n'a pas rebuté les concurrents, et, à chaque séance, M. le Secrétaire perpétuel énumère plusieurs travaux envoyés à ce sujet. Bon courage! mais nous croyons que les auteurs feraient mieux de demander la solution d'une question préalable, à savoir la révision du programme mal défini et mal posé par le donateur.

« Un monsieur qui ne se nomme pas, a dit M. Flourens, adresse une note sur la direction des aérostats, et demande que son secret ne soit pas divulgué. Cela étant de tous points contraire aux usages académiques, il n'y a pas lieu d'examiner. »

— M. Planchon, de Montpellier, a trouvé un exemple nouveau de parasitisme sur l'*osyris alba* (rouvet) de la tribu des *santalacées*. L'*osyris alba* peut devenir parasite sur sa propre espèce.

— M. Durand, de Lunel, envoie une note sur les attractions moléculaires.

— M. Burdel, un ouvrage sur les fièvres paludéennes et sur la Sologne.

— M. Colin, d'Alfort, la relation d'expériences nouvelles sur la force du cœur.

— M. Jodin croit que le croup et les fausses membranes de la diphthérite ne sont que des moisissures, des productions simplement parasitaires. Il n'est pas nécessaire, pour les faire disparaître, de cautérisations incendiaires; un mélange parasiticide suffit. M. Jodin a employé avec succès le perchlorure de fer contre cette redoutable affection. M. Flourens, en présentant le mémoire de M. Jodin, en a fait l'éloge. « Les observations, a-t-il dit, ont été prises avec beaucoup de sagacité, et elles sont exposées par l'auteur dans un ordre méthodique et lucide. »

En attendant que les vues de M. Jodin soient confirmées par l'expérience des autres, et qu'on puisse arrêter le développement des fausses membranes du croup à leur première période, nous croyons que les praticiens feront bien de prendre en sérieuse considération une intéressante communication sur le même sujet, faite par M. Cloquet, au nom de M. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. — Selon M. Bouchut, chez les enfants parvenus à la troisième période du croup, on observe une anesthésie complète, indice de l'asphyxie qui commence, et avant-coureur de la mort.

Quoiqu'il n'y ait, à ce moment, ni agitation anxieuse, ni suffocation, l'anesthésie est l'indication formelle et pressante de recourir à la trachéotomie. On comprend combien ce signe peut être précieux.

— M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, prie l'Académie des sciences d'admettre au concours pour le prix Montyon ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur des enfants*.

---

peut plus avoir la prétention ou l'espérance de tracer un lit ou d'assigner un cours à ce flot qui monte..... qui monte toujours. De là, la nécessité inévitable de la liberté et de l'individualité dans le travail scientifique; de là, le droit accordé à chacun de défricher à sa manière un coin du champ immense des sciences; de là ces associations diverses, de jour en jour plus nombreuses, et toutes conçues en dehors du rite académique. Les académies représentent l'aristocratie intellectuelle; nous ne repoussons aucune aristocratie, mais nous proclamons ici l'avènement de l'indépendance scientifique.

» En second lieu, nous devions réussir, Messieurs, parce que nous répondons à un besoin d'un autre ordre, à un besoin pratique, pour ainsi dire. Il y a à Paris trois ou quatre mille personnes qui s'intéressent aux sciences par profession ou par goût, et qui ont besoin de se tenir au courant de leurs progrès. Mais, jusqu'ici, un centre commun de réunion et d'entente leur a manqué; jusqu'ici, les membres de cette immense et honorable famille n'ont pu trouver les moyens de se voir, de se connaître, d'établir entre eux des rapports habituels, c'est-à-dire de se servir mutuellement et de s'aimer. Ce moyen, nous venons l'apporter. Ici pourront se rencontrer, à un jour donné, tous ceux qui, dans Paris, s'occupent de science ou d'industrie scientifique. Ici l'on sera sûr de rencontrer, à un certain jour, le savant, le publiciste, le manufacturier avec lequel on désire communiquer. Le savant de la province ou de l'étranger arrivant dans la capitale, sera sûr de trouver parmi nous les hommes qu'il est venu chercher à Paris; il ne sera plus, dès lors, un étranger : il sera au milieu de ses confrères et de ses amis.

» Une autre raison, non moins sérieuse, devait encore assurer notre succès. Notre institution n'est pas seulement libérale entre toutes, elle est surtout honnête et morale. Ceux d'entre nous qui ont la noble mission d'éclairer le public par leurs livres, par leurs écrits, par les divers journaux, sur la valeur des idées nouvelles qui se produisent à chaque instant dans la science, ne peuvent pas toujours porter à cet égard un jugement assuré. On a beau s'environner de moyens multiples d'examen et d'étude, on n'est pas homme universel, on n'a pas l'omniscience, on ne peut raisonner, comme Pic de la Mirandole, *de omni re scibili et de quibusdam aliis*. Quoi de plus utile, dès lors, que de convier toute idée, toute découverte nouvelle, à l'épreuve infaillible d'une discussion publique entre gens compétents sur la matière! Avec ce grand jury, aucune découverte utile ne peut être méconnue, aucun travail scientifique de mauvais aloi ne peut être déclaré bon. Comment étouffer ou repousser une idée ou une découverte qui serait sortie triomphante de cette nouvelle *épreuve du feu*, le feu de la discussion publique? Je mets au défi tout publiciste d'aller exalter ou recommander au dehors une idée, un travail ou une invention qui aurait succombé ici, c'est-à-dire devant notre examen sincère et désintéressé.

» Une dernière cause qui a contribué à notre succès, c'est la concorde, la parfaite harmonie qui n'a cessé de régner entre nous. J'éprouve le besoin de le proclamer, jamais le plus faible nuage de diversité d'opinions, de sentiments ou de vues, ne s'est interposé entre nous. Dans nos débuts, ceux qui avaient assumé sur eux la responsabilité de cette entreprise difficile ont été obligés de beaucoup faire, de beaucoup oser, sans avoir toujours le temps de demander une autorisation régulière. Or, toutes les mesures qui ont été prises ont obtenu sans exception votre approbation unanime. Aucune divergence, aucun dissentiment ne s'est élevé à ce propos, et cette harmonie, je le répète, a été l'une des causes les plus puissantes de notre succès actuel.

» Et maintenant, Messieurs, que nous reste-t-il à faire? Il nous reste à vivre, il nous reste à marcher selon le plan et l'organisation dont l'expérience a consacré les avantages. Tous les lundis, nous nous réunirons, comme par le passé, en séance publique, pour examiner les travaux, les découvertes que leurs auteurs veulent bien nous soumettre. Grâce à une précieuse facilité offerte par notre local actuel, nous pourrons disposer d'un élément qui nous a manqué jusqu'ici : nous pourrons mettre en action les machines et les appareils mécaniques, même les plus puissants, qui seront offerts à notre examen. La discussion publique viendra ensuite éclairer la question de ses vives et utiles lumières.

» A l'avenir, un Bulletin bi-mensuel reproduisant, par l'impression, les mémoires qui auront particulièrement fixé l'attention du Cercle, sera distribué à tous nos membres, et aux membres correspondants que nous allons nous rattacher en province et à l'étranger; car notre institution ne doit pas être exclusivement parisienne, nous devons en faire une vaste association de savants et d'amateurs des sciences dans tous les pays.

» En outre de la séance scientifique du lundi, aura lieu, tous les vendredis, dans nos salons, une soirée plus intime, qui réunira périodiquement tous les membres du Cercle et les savants étrangers qui y seront présentés. Nous espérons beaucoup de ces assemblées familières, qui seront éminemment propres à cimenter nos rapports mutuels de relations et d'amitié.

» Ainsi, Messieurs, laissons-nous vivre, continuons de marcher dans la voie où nous sommes engagés, et qui a été reconnue heureuse et certaine. Cherchons et efforçons-nous de propager au dehors les idées nouvelles sorties du foyer des sciences, et qui doivent être utiles au progrès, à l'avancement, au bonheur de nos semblables. La science changera un jour les destinées et la face de l'humanité; essayons de hâter, dans la mesure de nos forces, la réalisation des bienfaits qu'elle versera un jour sur le monde renouvelé. Tendons une main amie aux travailleurs ignorés, à ce peuple d'inventeurs pauvres et succombant sous le poids de leur glorieuse tâche; accordons-leur cet encouragement, cet appui qui leur ont manqué trop souvent jusqu'à ce jour. Si nous avons le bonheur de dégager et de produire nettement aux yeux du monde savant une idée véritablement utile, de mettre en lumière un inventeur sérieux, ce trait, fût-il seul, suffirait à justifier et à honorer notre jeune institution. Nous ne pouvons distribuer, comme l'Académie des Sciences, des sommes considérables en prix annuels; nous ne pouvons disposer, comme la *Société d'encouragement*, de 80,000 francs chaque année en prix et récompenses aux auteurs de découvertes industrielles; mais nous disposons, par notre ensemble, d'une puissante publicité: cet encouragement et ce secours sont mille fois plus précieux au cœur de l'inventeur et du savant que toute espèce de récompense pécuniaire.

» C'est par ces divers moyens d'action que nous pouvons espérer voir notre œuvre, déjà prospère, marcher avec une sécurité et une puissance nouvelles dans la voie du succès. Ces succès, Messieurs, chacun de vous, chacun de ceux qui sont assis à ce fraternel banquet, peut en prendre sa part, car chacun y a contribué par son dévouement, par son concours intelligent et actif. Vous avez montré ce que peut faire dès aujourd'hui, en dehors de tout appui officiel, en dehors de tout concours du gouvernement, la seule initiative individuelle. L'œuvre que vous avez fondée par vos seules ressources, par votre seule instigation, est un symptôme heureux de ce que peut, dans la France actuelle, cet esprit d'initiative personnelle, dont l'Angleterre nous montre chaque jour l'utilité et la puissance.

» Je bois, Messieurs, *à l'avenir du Cercle de la Presse scientifique!* »

— M. Jobard a adressé de Dijon, le 17 juillet courant, une lettre à M. Duméril, dans laquelle il lui rend compte d'une pluie de crapauds dont il a été témoin pendant un violent orage. Avec la lettre, M. Jobard a envoyé un flacon rempli de ces batraciens hideux.

M. Duméril a rappelé qu'en 1834, il y avait eu à l'Académie une véritable pluie de communications à propos de ces pluies de crapauds, qu'on trouverait dans le 8me volume des *Comptes-rendus* l'explication de ces faits, et que, d'ailleurs, plusieurs anciens naturalistes, tels que Scaliger et Roeselen, en avaient parlé.

Quelques membres de l'Académie, peu édifiés à cet égard, ayant prié M. Duméril de leur dire ce qu'il en fallait penser, le savant professeur est entré dans des explications d'où il résulte que :

Chez les crapauds, le mâle accouche la femelle et féconde les œufs au fur et à mesure de leur sortie; — c'est le seul batracien qui ne féconde pas ses œufs dans l'eau — mais les œufs, ainsi fécondés, ont besoin d'eau pour se développer et subir leurs métamorphoses. Le mâle leur trouve ces conditions favorables dans les couches profondes et humides de certains terrains.

Lorsqu'après de grandes sécheresses, la terre offre de larges gerçures, et qu'il survient une pluie abondante, les petits crapauds profitent de ce moment pour venir à la surface du sol, — ils ne le pourraient pas plus tard, l'eau tombée devant amener l'occlusion des crevasses. Leur nombre considérable, et la coïncidence de leur soudaine apparition avec la pluie, ont dû faire croire qu'ils tombaient du ciel.

M. Duméril estime à trois semaines environ l'âge des crapauds renfermés dans le flacon de M. Jobard.

— Sur l'invitation de M. Dumas, membre de la commission instituée pour étudier la maladie des vers à soie, M. de Quatrefages a exposé devant l'Académie les résultats de sa mission dans le Midi. Nous dirons, dans notre prochain *Bulletin*, ce que nous avons saisi de cette très intéressante communication. Pour aujourd'hui, nous employons l'espace qui nous reste à mettre sous les yeux de nos lecteurs une curieuse note de M. le docteur Fonssagrives, relative à un cas fort rare d'ectromélie hémimélique complète qu'il vient d'observer.

« On rencontre assez souvent des hémimélies bi-thoraciques ou bi-fémorales, mais nous ne connaissons, pour notre compte, dit M. Fonssagrives, qu'une seule observation écrite d'une hémimélie se répétant d'une manière uniforme aux quatre membres. C'est celle d'Albrecht, rapportée par Geoffroy St-Hilaire dans son *Traité des anomalies de l'organisation* (1836, t. II, p. 114). Elle présente, avec celle que nous venons de recueillir une similitude presque complète. Le monstre ectromélien hémimèle que nous venons d'observer est né aux environs de Cherbourg, à Virandeville. Il est maintenant âgé de douze jours; à part sa monstruosité, il est dans des conditions ordinaires; sa constitution paraît vigoureuse et tout fait supposer qu'il vivra. Sa mère est robuste; elle a eu, il y a six ans, un premier enfant d'une conformation parfaitement régulière. Sa grossesse n'a été signalée par aucun accident; elle n'a pas fait de chute, n'a pas reçu de coup sur l'abdomen, et n'a ressenti aucune impression à laquelle elle puisse attribuer la monstruosité de son enfant. Le père est d'une constitution plus débile, mais ne présente aucune difformité. La grossesse a été conduite jusqu'à son terme normal; le fœtus s'est présenté par le sommet, et le travail a duré à peine une demi-heure.

« Ce monstre appartient au genre hémimèle, de la classe des ectroméliens de Geoffroy Saint-Hilaire; il offre un cas d'hémimélie complète. Les membres thoraciques sont réduits aux bras, et encore ceux-ci semblent-ils inachevés; l'humérus se termine en fuseau au milieu des chairs, et son extrémité inférieure n'accuse aucune saillie qui représente les condyles; le jeu de l'articulation scapulo-humérale est libre; l'épaule et la clavicule ont leur conformation et leur développement normaux. Les bras ont, de l'aisselle à l'extrémité du moignon, 48 millimètres, et de celle-ci au sillon du cou, 13 centimètres environ; la circonférence du bras est de 10 centimètres dans sa partie la plus charnue. A l'extrémité de chacun des deux moignons se voit une fossette déprimée. Les membres inférieurs sont réduits à la cuisse, mais celle-ci est complète, et on sent parfaitement à travers les chairs les deux condyles du fémur. La longueur des cuisses est de 9 centimètres. L'extrémité du moignon crural est creusée d'une fossette et surmontée d'un appendice tuberculiforme, simplement cutané, aplati, ridé à la surface, et qui représente à l'état rudimentaire les segments qui font défaut; le tubercule du côté gauche est plus en arrière et plus gros; son volume est à peu près celui d'un haricot ordinaire. Il n'existe pas d'hypospadias. Les testicules sont descendus dans le scrotum; une hernie existe du côté gauche.

» Ce cas diffère de celui d'Albrecht par ces particularités :

» 1° Que les bras sont incomplets;

» 2° Que les tubercules représentatifs des segments qui manquent ne me paraissent pas appelés, si l'enfant vit, à avoir la mobilité qu'Albrecht a constatée chez le monstre qu'il a décrit;

» 3° Qu'aucune influence de l'imagination n'a paru contribuer à produire cette monstruosité.

» Nous noterons enfin la coexistence d'une hernie congéniale. Voilà deux cas d'hémimélie complète, et tous deux chez des enfants mâles. L'ectromélie hémimélique se soustrait-elle à cette règle que les monstruosités en général se montrent de préférence chez les sujets du sexe féminin? Deux faits sont insuffisants pour juger cette question; mais peut-être ce genre de monstruosité présente-t-il quelque chose de particulier sous ce rapport. »

A la fin de la dernière séance, M. Leverrier, au nom de M. Yvon-Villarceau, a eu la douleur (nous nous plaisons à le croire) d'annoncer que la comète de *Donati* était une comète rétrograde. Jusqu'aux comètes!

Dr Maximim Legrand.

CLINIQUE MÉDICALE.

PRURIGO PÉDICULAIRE; — MALADIE BRONZÉE; — AUTOPSIE.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 avril 1858,

Par le docteur Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le 2 janvier 1858, entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 12, Louis Bonhommé, âgé de 45 ans, journalier. Cet homme, qui semblait d'une constitution assez robuste, portait au cou des cicatrices depuis sa jeunesse. Quelques ganglions sous-maxillaires avaient suppuré : un vésicatoire fut appliqué au bras à cette époque. Un peu plus tard, il eut une fièvre intermittente qui a reparu à différentes époques de sa vie. Depuis six ans, il s'enrhume facilement tous les hivers, il aurait contracté, paraîtrait-il, plusieurs pneumonies.

Il y a six mois environ, cet homme fut couvert de poux qui déterminèrent par leur présence des démangeaisons si vives qu'il en résultait de l'insomnie et des excoriations produites par les ongles. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, le corps tout entier, et plus particulièrement le dos, la face antérieure de la poitrine, le cou, étaient couverts de petites croûtes noirâtres, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une grosse tête d'épingle. Le traitement spécial modifia promptement cet état, mais on s'aperçut que la coloration de la peau changeait : de blanche et satinée qu'elle était, elle devint peu à peu foncée, et le 20 janvier, à une époque encore assez rapprochée de son entrée, on pouvait déjà la comparer à la peau d'un mulâtre. Les croûtes du prurigo étaient tombées, les poux étaient détruits, et cependant il existait encore des démangeaisons assez vives dans quelques régions, telles que le cou et l'abdomen.

La coloration bronzée n'envahit pas tout d'un coup toute la superficie du corps; la partie supérieure de la poitrine et du dos, le cou, l'abdomen, étaient déjà très foncés, que les avant-bras étaient à peine colorés. La verge et le scrotum ne l'étaient que très légèrement; la face est un peu basanée, les sclérotiques restent blanches. Sur la poitrine et les bras, des cicatrices de ventouses, de vésicatoires, tranchent par leur blancheur sur les parties environnantes beaucoup plus foncées, et de couleur de bistre.

En même temps, l'état général se détériore. Les forces se perdent; le malade maigrit, et cependant il mange trois portions avec assez d'appétit; l'auscultation révèle un bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. Une respiration rude et l'expiration prolongée au sommet du poumon gauche.

1er février. La coloration paraît moins intense sur la poitrine et sur les membres. Il y a moins de démangeaisons. Le malade tousse et expectore peu. L'état général reste le même. Sueurs la nuit.

20 février. La coloration disparaît aux membres supérieurs et inférieurs, qui semblent avoir reconquis leur aspect normal. Le tronc est d'une couleur bistrée plus foncée, et le prurit a reparu depuis quelques jours; on retrouve sur le dos des écorchures nouvelles, sans trace de parasite.

25. Le malade se plaint d'une grande faiblesse; il accuse quelques douleurs lombaires. Moins de prurit. Préparations de quinquina.

Mars. L'état du malade ne se modifie pas; la coloration bronzée, bien que moins intense, persiste; les forces s'affaiblissent de plus en plus. La toux continue.

20 mars. Une desquamation partielle s'observe sur les régions latérales du tronc. La peau n'en conserve pas moins le même aspect. Il est survenu, depuis deux jours, de la diarrhée. Diascordium et bismuth.

22. La diarrhée persiste, l'amaigrissement devient de plus en plus marqué. Le malade ne se lève plus. Pas de prurit. Les urines, examinées par la chaleur et l'acide nitrique, ne présentent pas d'albumine.

25. Même état. Persistance de la diarrhée. Toujours un peu de toux.

28 mars. La diarrhée se supprime brusquement. Le malade se trouve mieux, mais il a le pouls petit et fréquent, le facies altéré. Il peut à peine se remuer dans son lit, il meurt dans la nuit.

Autopsie, le 30 mars 1858, trente heures après la mort. — Amaigrissement extrême, saillie de toutes les éminences osseuses, rigidité cadavérique.

Poumons. — Infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche, avec caverne au sommet;

Le poumon droit présente quelques tubercules disséminés dans ses lobes; ils ne sont pas ramollis.

Cœur. — Un peu volumineux. Rien de particulier.

Foie et rate. — Pas de tubercules, pas d'état graisseux du foie ni augmentation de volume. La rate n'est pas ramollie, on ne trouve pas de tubercules dans son tissu.

L'intestin présente, à sa surface externe, des traces de péritonite, peu étendue d'ailleurs. Quelques fausses membranes, une très petite quantité de liquide épanché se trouvent dans la cavité abdominale, et principalement vers les fosses iliaques. On aperçoit aussi, çà et là, des taches ecchymotiques. Si on ouvre l'intestin au niveau de ces taches, on trouve, à la surface interne, des ulcérations tuberculeuses. L'intestin grêle, dans la portion qui avoisine le cœcum, en présente un assez grand nombre; on en retrouve encore disséminées dans différentes portions de l'intestin.

Les ganglions mésentériques très volumineux présentent à la coupe des tubercules durs presque partout.

L'altération la plus curieuse et la plus importante est celle que nous présentent les capsules surrénales.

Ces organes, anomalement développés, se présentent sous l'aspect de corps irrégulièrement quadrilatères, enveloppés par un tissu cellulaire rougeâtre, infiltré d'une assez grande quantité de sérosité. Leurs bords sont mousses, et atteignent, dans quelques points, 1 millimètre environ. Leurs faces, l'antérieure et la postérieure, sont aplaties, lisses; on y voit manifestement de petites granulations jaunâtres en différents points.

La capsule surrénale gauche est plus volumineuse, plus épaisse surtout que la capsule droite. Le bord qui répond au rein est moins épais que le bord interne, c'est surtout vers le milieu de l'organe que l'épaississement est le plus considérable.

La capsule droite a la forme d'une languette aplatie dont l'épaisseur est plus considérable aussi vers le bord interne.

Incisée dans son milieu, la capsule gauche présente :

1° Sur toute l'étendue de la section une véritable membrane d'enveloppe qui tranche par sa coloration jaunâtre sur la couleur plus rouge du tissu sous-jacent. Examinée à la loupe, cette coque présente dans différents points de son épaisseur, des granulations tuberculeuses que la pointe d'un scalpel énuclée facilement.

Au-dessous d'elle, existe un tissu dont l'aspect se rapproche de celui de la couche corticale du rein; puis vers l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, un tubercule de la grosseur d'un petit-pois, non ramolli, et, çà et là, dans l'épaisseur de l'organe, des granulations disséminées, beaucoup moins volumineuses que la première.

La capsule droite ne contient pas une aussi grande quantité de granulations tuberculeuses, et surtout pas une seule n'est aussi volumineuse. Mais on y retrouve de la manière la plus évidente la coque jaunâtre qui existe aussi pour la capsule gauche, et qui, dans quelques points, arrive à une épaisseur d'un millimètre.

Les reins ne présentent pas d'altération notable; le droit est un peu pâle, le gauche, au contraire, est d'une couleur violacée; il est donc manifestement très congestionné. Vers le hile des deux reins, existent quelques ganglions tuberculeux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 14 et 28 avril 1858. — Présidence de M. Legroux.

Sommaire. — Note pour servir à l'histoire de la *rétrocession des exanthèmes*, par M. Hervieux. — Nouvelle communication de M. Barthez (Ernest) *sur l'emploi des instillations de chlorate de soude dans le croup*. Discussion : M. Sée. — Observation de *peau bronzée*, par M. Hardy. Discussion : M. Gubler. — Lecture d'un mémoire sur la *stomatite ulcéreuse*, par M. Bergeron. — Élections annuelles.

M. Hervieux lit une note *pour servir à l'histoire de la rétrocession des exanthèmes*. (Cette note sera publiée dans l'Union Médicale.)

M. Barthez (Ernest) : Messieurs, je désire ajouter quelques développements à la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire dans la dernière séance, développements nécessités par les remarques faites à ce sujet par MM. Sée et Vigla, et aussi par quelques faits observés dans les trois semaines qui viennent de s'écouler.

Cette communication comprenait deux points, savoir : l'action comparée des solutions de chlorate de soude et de chlorate de potasse sur les fausses membranes extraites des voies aériennes, et l'action de la solution de chlorate de soude instillée dans la trachée après l'opération du croup, lorsque les voies aériennes contiennent encore de fausses membranes.

J'insisterai sur ces deux points, et aussi sur un troisième que je croyais implicitement compris dans ma communication, mais qui n'était pas suffisamment mis en relief, si j'en juge par les observations qui m'ont été faites : je veux dire les indications de l'emploi de ce moyen thérapeutique.

I. *Action des solutions de chlorate de soude et de chlorate de potasse sur les fausses membranes extraites des voies aériennes.*

Afin de mettre en évidence l'action dissolvante des deux chlorates et la rapidité plus grande de l'action du sel de soude, je mets sous les yeux de la Société des tubes contenant ces solutions et des fausses membranes mises dans les tubes à différentes heures. Ces fausses membranes ont été extraites hier de la trachée et des bronches d'un enfant qui a succombé au croup, et partagées en parties à peu près égales.

Dans le premier tube est la membrane mise en contact avec de l'eau pure. Depuis vingt-quatre heures, aucun changement appréciable ne s'est produit dans l'aspect du tissu fibrineux.

Dans les deux seconds tubes, vous voyez la membrane en contact depuis vingt-quatre heures avec une solution concentrée des deux sels. L'action dissolvante est aujourd'hui la même dans les deux tubes; toute apparence membraneuse a disparu; le tissu est devenu diffluent et demi-transparent.

Les deux tubes que voici contiennent la fausse membrane qui a séjourné pendant dix-huit heures dans les mêmes solutions; l'action est encore pareille. Mais ce matin, au bout de douze à quatorze heures, la forme membraneuse existait encore dans le tube contenant la solution de chlorate de potasse, cette forme avait disparu dans l'autre tube.

Enfin, les fausses membranes ont été mises dans les deux derniers tubes ce matin, et elles y ont séjourné pendant huit heures. Le tissu n'a pas été modifié dans la solution de chlorate de potasse, tandis que la diffluence est complète dans la solution de chlorate de soude. Elle a commencé et s'est complétée sous mes yeux après trois heures et demie de contact avec ce dernier sel.

Il est bien entendu que je n'indique pas cet espace de temps comme celui qui doit suffire toujours pour produire la diffluence. Ce temps doit varier suivant l'épaisseur, la densité, la composition de la fausse membrane, et suivant d'autres circonstances que j'ignore.

II. *Action exercée par le chlorate de soude sur les fausses membranes encore contenues dans la trachée.*

En faisant les instillations de chlorate de soude dans la trachée, je n'ai pas eu pour but d'obtenir la diffluence des fausses membranes, comme elle a lieu dans les tubes que je viens de vous montrer. J'espérais seulement ramollir la surface adhérente assez pour que la membrane se détachât plus facilement au moyen des secousses de la toux, et fût ensuite expulsée dans un effort.

Voici les faits qui m'encouragent à croire que ce but peut être quelquefois atteint.

Je vous rappellerai d'abord les deux observations que j'ai citées dans ma première communication.

Chez l'un des malades, une fausse membrane adhérente et causant la suffocation se détacha et fut rejetée après deux heures environ d'instillations faites tous les quarts d'heure. Cette fausse membrane tapissait la trachée et descendait jusqu'au-dessous de la bifurcation des bronches.

Chez un autre enfant, six heures d'instillations faites avec de l'eau tiède n'avaient amené aucun résultat. Après une heure d'instillations de

la solution tiède de chlorate de soude, des parcelles de fausse membrane se détachèrent et furent évacuées, et continuèrent à sortir pendant plusieurs heures avec abondance. (Voir pour les détails le compte-rendu de la précédente séance.)

Voici maintenant l'état dans lequel j'ai trouvé la fausse membrane chez trois enfants qui ont succombé maigré les instillations de la solution chloratée :

Chez une jeune fille de 21 mois, le croup marche avec une telle rapidité, que trente-six heures après le début du mal, l'asphyxie imminente impose la nécessité d'opérer. Aucune fausse membrane n'est rejetée après l'opération. On instille le chlorate de soude à peu près toutes les heures, et, au bout de vingt-quatre heures environ, une petite fausse membrane s'échappe de la canule. Cependant, aucune amélioration ne s'en suivit : dès le lendemain, l'instillation du liquide déterminait à peine un peu de toux et la sortie d'un liquide aqueux légèrement blanchi, comme la chose se passe lorsqu'on agite dans l'eau une certaine quantité de mucus purulent. D'ailleurs, des râles fins indiquaient une bronchite capillaire étendue. La mort survint dans le quatrième jour après l'opération. La trachée était tapissée par une fausse membrane peu adhérente, peu tenace et ramollie, au point qu'il était presque impossible de la détacher par lambeaux. Cette membrane ne recouvrait pas la muqueuse dans toute son étendue; mais elle formait comme des îlots entre lesquels on voyait la muqueuse à nu ; ce qui donnait à la face interne une apparence chagrinée.

Dans ce cas, il m'a semblé que la fausse membrane avait été ramollie par sa surface interne, et usée et détachée par place.

Chez un garçon de 3 ans 1/2, entré à l'hôpital le quatrième jour après le début du croup, j'employai d'abord la cautérisation du larynx au moyen du tube du docteur Loiseau. Cette cautérisation fut pratiquée trois fois dans un intervalle de trente heures, et n'amena aucune amélioration notable. Enfin l'asphyxie devenante imminente, la trachéotomie fut pratiquée et fut suivie du rejet de quelques fausses membranes. On instilla toutes les heures ou toutes les demi-heures quelques gouttes d'une solution de chlorate de soude. Chaque instillation déterminait une petite quinte de toux suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux, sans fausse membrane. Aucune amélioration n'eut lieu, et l'enfant mourut vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une fausse membrane étendue, sans solution de continuité, depuis le haut du larynx jusqu'à la troisième ramification des bronches.

Dans le larynx, cette fausse membrane, jaune, pénètre les ventricules et oblitère le canal aérien; elle y est adhérente, et cependant assez tenace pour être détachée d'une seule pièce.

Dans la trachée, elle forme un tube complet; mais, depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à l'origine des bronches, elle est ramollie, presque semi-fluente, et, vu ce peu de consistance, elle ne peut être détachée que par petits lambeaux.

Dans les bronches, elle reprend sa consistance et oblitère en grande partie les tubes aériens.

Ainsi, chez cet enfant, le chlorate de soude paraît avoir ramolli superficiellement la fausse membrane, mais le temps a manqué pour qu'elle pût être détachée et rejetée.

Chez une fille âgée de 5 ans, entrée au troisième jour de la maladie, le traitement ordinaire n'ayant pas enrayé le mal, l'opération est pratiquée le quatrième jour. Au bout d'une heure environ, des fausses membranes sont expulsées spontanément. Deux heures plus tard, cette expulsion ayant cessé, on commence les instillations de chlorate de soude, que l'on repète toutes les demi-heures. Une assez grande quantité de fausses membranes sont rejetées pendant environ quatre heures. Puis toute expectoration cesse, et l'enfant meurt asphyxié, seize heures après l'opération.

A l'autopsie, nous trouvons le larynx en partie oblitéré par des fausses membranes d'une épaisseur moyenne et se détachant sur quelques points. Au-dessous de l'ouverture faite à la trachée, ce canal ne contient aucun produit fibrineux. Mais, à sa partie inférieure et à l'origine des bronches, existe un amas pseudo-membraneux formant comme un paquet placé à cheval sur la bifurcation des bronches, et se prolongeant sans solution de continuité dans les grosses bronches, jusqu'à la troisième ramification.

Cet amas, nullement adhérent, semble s'être détaché des parties supérieures et avoir été retenu en bas par sa continuité avec les fausses membranes résistantes qui occupent les bronches.

Les cinq faits que je viens de rapporter suffisent pour démontrer que l'action du chlorate de soude sur les fausses membranes trachéales, est, sinon certaine, au moins très probable. Ils indiquent aussi la diversité des modes de cette action. Je sais bien que, dans l'appréciation de cette action, il faut tenir compte non seulement de la qualité dissolvante du liquide, mais encore des propriétés de l'eau seule, et aussi des quintes de toux que le liquide irritant détermine, et qui peuvent aider à détacher les fausses membranes.

Malgré la complexité de cette action, je suis conduit à rapporter en partie ou en totalité à l'action dissolvante elle-même les résultats suivants :

Ainsi, lorsque la fausse membrane partiellement détachée et flottante laisse infiltrer quelques gouttes du liquide dissolvant entre sa face externe et la trachée, les adhérences peuvent se rompre et la fausse membrane est rejetée par lambeaux plus ou moins étendus (deuxième observation) ; ou bien elle se détache en totalité et est évacuée en un seul morceau, si elle ne se propage pas dans les bronches, ou si les efforts de toux sont assez violents pour que les fausses membranes bronchiques soient rompues ou détachées (première observation) ; si, au contraire, celles-ci retiennent la fausse membrane de la trachée, elle reste flottante dans ce tube ou s'accumule dans sa partie inférieure (cinquième observation) ; d'autres fois, il semble que la solution de chlorate de soude agisse sur la face interne de la fausse membrane et l'attaque de dedans en dehors; alors l'action est beaucoup plus lente, la membrane reste adhérente à la trachée et est ramollie à sa face interne (quatrième observation); puis elle se résout en une sorte de déliquium et disparaît graduellement sans qu'on s'en aperçoive pendant la vie (troisième observation).

III. *Indications et contre-indications.*

Messieurs, lorsque j'ai eu l'honneur de vous entretenir de ces essais, je ne suis pas venu dire que les instillations de chlorate de soude étaient le moyen de guérir tous ou presque tous les enfants opérés.

J'ai dit qu'il s'agissait de l'une des indications les plus restreintes du traitement du croup après la trachéotomie.

Dans bien des cas, en effet, il n'y a pas lieu de pratiquer ces instillations.

1° La première indication (il n'est guère besoin de le dire) est l'existence d'une fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique. Si le produit fibrineux siége exclusivement sur la gorge et sur le larynx, ce serait un non sens que de faire des instillations.

Je sais qu'il n'est pas toujours facile de s'assurer de la présence de cette fausse membrane; mais, en supposant qu'il y eût doute à cet égard, il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer l'instillation; elle agirait alors non par le chlorate de soude, mais par l'eau tiède, et servirait à délayer les mucosités trop adhérentes, à provoquer la toux, et à favoriser l'expectoration.

2° Quelle que soit la disposition de la fausse membrane, si l'enfant présente les symptômes de l'empoisonnement diphthéritique, il n'y a pas lieu d'instiller. Dans ce cas, ce n'est pas la fausse membrane qui tue, on ne doit même pas pratiquer la trachéotomie; à plus forte raison, l'instillation de chlorate de soude est-elle inutile.

3° Si l'expecloration est facile, si les crachats sortent en abondance, si les fausses membranes se détachent facilement, et sont rejetées, pour ainsi dire, à mesure qu'elles se produisent, comme dans le fait cité par M. Sée, il est inutile de faire des instillations.

4° Ainsi, l'indication n'existe que dans les cas où, après l'opération, la fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique est difficilement rejetée, et menace de produire l'asphyxie. Je sais que les symptômes qui démontrent l'existence de cette indication ne sont pas absolument certains.

Ceux qui me dirigent jusqu'à présent sont :

Le bruit sec et strident, ou bien une sorte de claquement sec, que produit le passage de l'air dans la canule et la trachée ; l'obscurité du murmure respiratoire, l'absence ou la rareté de l'expectoration muqueuse et pseudo-membraneuse, la persistance ou au moins l'alténuation insuffisante de l'asphyxie graduelle qui existait avant l'opération.

L'indication étant bien établie, l'instillation doit-elle *nécessairement* amener la guérison? Il n'en est certes rien. Les faits que je viens de citer en sont la preuve.

Le chlorate de soude peut aider l'enfant à se débarrasser de l'obstacle qui s'oppose actuellement à l'entrée de l'air ; il ne peut pas davantage.

Après la trachéotomie, la vie dépend de trop de circonstances différentes pour qu'on puisse espérer de la sauver par un moyen unique et doué d'une action aussi spéciale que l'est celle du chlorate de soude.

C'est donc seulement dans les limites que je viens d'indiquer que je suppose que l'instillation de la solution de chlorate de soude peut être un adjuvant utile après la trachéotomie, et que j'engage mes confrères à en faire l'essai.

M. Sée : Je ne vois pas comment le chlorate de soude peut agir jusqu'à l'extrémité des bronches; et s'il n'agit pas aussi profondément, comment diagnostiquer un croup simplement laryngien d'un autre avec fausses membranes s'étendant jusqu'aux dernières divisions bronchiques? Sans doute il est un signe d'auscultation dû à la présence de fausses membranes dans les bronches et qui a été indiqué par M. Barth, mais il est exceptionnel. Pour juger de l'efficacité d'un remède contre le croup, il faut évidemment tenir compte, avant tout, des croups non toxiques et des croups diphthéritiques avec empoisonnement de l'économie; mais ils sont très difficiles à distinguer. On voit des croups en apparence très graves céder et guérir après l'administration d'un simple émétique.

M. Barthez a-t-il fait ce que M. Vigla lui a demandé ? A-t-il pu guérir par le chlorate de soude, sans trachéotomie préalable ? S'il y est parvenu, c'est un résultat superbe; sinon les faits qu'il nous a fait connaître ont beaucoup moins d'importance, surtout dans le cours de l'épidémie actuelle, qui est très peu grave. Il ne faut pas attacher à l'obstacle dû à la présence de la fausse membrane une importance exclusive, ni oublier que la mort peut survenir sans qu'il en existe; il y a, en effet, des enfants qui meurent guéris, qu'on me passe cette expression. Cela est surtout vrai chez les très jeunes enfants. Il est clair que le chlorate de soude ne pourrait avoir ici aucune utilité.

M. Barthez : Ce que vient de dire M. Sée, je l'ai justement dit à la dernière séance. J'accepte les cas très restreints pour l'efficacité du chlorate de soude; et voilà justement pourquoi je dis qu'il faut chercher les indications.

Quant à la bénignité de l'épidémie actuelle, je dois faire observer que pas un de mes petits malades ne guérissait d'abord, et que c'est seulement lorsque j'ai eu employé le chlorate de potasse que j'ai obtenu des guérisons. M. Sée voudrait qu'on distinguât si les fausses membranes siégent dans la trachée seulement ou plus profondément dans les bronches; mais il me suffit de savoir qu'il y a des fausses membranes dans la trachée, car s'il y en a plus loin, l'enfant meurt de toute façon. Y a-t-il des fausses membranes? Sortent-elles ou ne sortant-elles pas? C'est là tout ce qu'il faut savoir pour avoir recours au nouveau moyen que je propose. Si l'air pénètre, et que des mucosités abondantes fassent prévoir l'expulsion des fausses membranes, ce n'est pas le cas de faire des instillations.

Quant à la demande de M. Vigla, j'avoue que je n'ai pas osé ne pas avoir recours à la trachéotomie, car en supposant que j'obtinsse le décollement de la concrétion membraneuse, la membrane détachée pouvait asphyxier l'enfant.

M. Sée : Mes réflexions n'ont pas eu d'autre but que de signaler le nombre très restreint des indications relatives à l'emploi du chlorate de soude. Mais tous les médecins ne sont pas aussi circonspects que M. Barthez, et pourraient attacher à cette médication une importance qui les laisserait dans une sécurité funeste. Enfin, relativement aux expériences de M. Barthez, je ferai cette remarque, que les choses ne se passent pas dans la nature comme dans un bocal à expérience, et que l'on ne saurait conclure d'après ces dernières.

— M. Hardy communique une observation de *peau bronzée* chez un individu présentant une altération tuberculeuse des capsules surrénales. Il montre les pièces anatomiques aux membres présents. — (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. Gubler déclare que, pour lui, les capsules que M. Hardy présente sont parfaitement normales, ainsi que la description qu'il donne de l'enveloppe rouge de ces corps et des grains de substance jaune. Ces grains ne sont pas des tubercules, mais des *capsules surnuméraires.* Pour bien apprécier les lésions des capsules surrénales, dit M. Gubler, il faut d'abord avoir soin d'examiner ces organes sains ; c'est ce que j'ai fait, et je puis assurer que, chez l'homme sain, les capsules ne diffèrent en rien de celles que nous avons sous les yeux. J'ai observé moi-même un fait analoge à celui de M. Hardy, c'est-à-dire un cas de peau bronzée sans lésion des capsules surrénales. On a prétendu que, dans un cas de cette espèce, il y avait au microscope une lésion réelle caractérisée par des masses de lobules graisseux ; or, ce n'était que les grains jaunâtres normaux qui sont entièrement composés de graisse. Je me demande quels sont les caractères sur lesquels M. Hardy s'est fondé pour admettre la présence des tubercules dans les capsules ?

M. Hardy : L'état des capsules surrénales que je présente ne me paraît pas normal. Elles peuvent être sans doute aussi épaisses chez l'homme sain, mais ma concession ne va pas jusqu'à accorder à M. Gubler que les corps jaunes qu'elles contiennent ne sont pas des tubercules; leur aspect seul, il est vrai, me les a fait qualifier ainsi, mais je ferai remarquer qu'il y en avait un de la grosseur d'un pois qui ne pouvait guère induire en erreur.

Séance du 28 avril 1858.

A propos du procès-verbal, M. Gubler, puis M. Hardy, montrent des capsules surrénales sans altérations, à l'appui des opinions qu'ils ont l'un et l'autre formulées à la fin de la dernière séance.

— M. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre de la Société, un travail intitulé : *De la stomatite ulcéreuse.*

— La Société procède à ses élections annuelles pour 1858-1859. Le dépouillement des scrutins donne les résultats suivants, proclamés par M. le Président :

Président, M. Barth ; vice-président, M. Grisolle; secrétaire général, M. H. Roger; secrétaires particuliers, MM. Woillez et Hervieux; trésorier, M. Labric.

Conseil d'administration : MM. Rostan, Sée, Bernutz, Hervez de Chégoin, Marrotte.

Comité de publication : MM. Labric, H. Roger, Woillez, Hervieux, Hardy.

Conseil de famille : MM. Gillette, Blache, Trousseau, Barthez (François), Moreau (de Tours).

Le secrétaire, Dr Woillez.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 91. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 3 Août 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 AOUT 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dans une des précédentes séances, M. Larrey avait présenté un employé du chemin de fer de l'Est, qui est venu le consulter sur le résultat d'une amputation sus-malléolaire pratiquée par M. Houzelot, et avait remis la note suivante sur l'état de cet amputé :

« Le 16 septembre 1857, un convoi partant de la station d'Ebly ne put être évité assez vite par l'employé C..., dont les deux pieds engagés sous les roues d'un wagon furent écrasés. L'accident était fort grave, et, immédiatement après les premiers secours, on transporta le blessé à l'hôpital de Meaux. Le pied droit offrait sur sa face dorsale une longue plaie contuse, dont l'étendue est même appréciable aujourd'hui, et dont la cicatrice, en partie adhérente, est exposée à une ulcération consécutive par les pressions de la chaussure ou les fatigues de la marche. Le pied gauche avait été tellement mutilé par la dilacération des parties molles, par le broiement des os et par l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, que ce membre n'avait plus aucune chance de conservation. M. Houzelot, s'étant rendu auprès du blessé peu d'instants après son entrée à l'hôpital, le prépara d'abord à l'opération, qu'il pratiqua le lendemain matin.

» L'amputation de la jambe fut faite au-dessus des malléoles, avec toute l'habileté possible, selon le procédé, reconnaissable encore, de M. Lenoir. Nul accident primitif n'est survenu, sauf une tension douloureuse et une insomnie prolongée; mais, depuis près de dix mois que l'opération a eu lieu, le travail de cicatrisation n'a pu s'achever définitivement; le bord antérieur de la plaie est resté ouvert ou s'est ulcéré; une dénudation partielle de l'angle du tibia, découvrant un point de nécrose, fait présager une élimination lente du séquestre; l'émaciation du membre et la conicité du moignon rendent la marche très pénible, et l'application de l'appareil prothétique à peine supportable; l'ulcération enfin et la nécrose pourront s'étendre plus loin et nécessiter non seulement une simple résection, mais encore l'amputation secondaire de la jambe dans le lieu d'élection.

» M. Larrey, en exprimant son opinion à cet égard, pense que le cas présent offre un exemple de plus des inconvénients de l'amputation sus-malléolaire, si bien faite qu'elle soit, et il propose d'en tenir compte dans l'étude générale des amputations de jambe soumises à l'examen de la Société de chirurgie. »

M. Laborie, à cette occasion, avait annoncé avoir reçu, à Vincennes, plusieurs cas tout à fait semblables.

Il a remarqué que les ulcérations, au lieu de se cicatriser, tendent, au contraire, à s'étendre, de telle sorte que le moignon devient de plus en plus conique.

Dans une séance suivante, il a mis sous les yeux de la Société le moule en plâtre des moignons de deux amputés ayant subi dans les hôpitaux de Paris l'amputation sus-malléolaire, et il a communiqué les observations de ces malades. Les moules et les observations confirment l'opinion exprimée par M. Larrey.

M. Laborie ajoute qu'il n'a nullement l'intention d'attaquer l'amputation sus-malléolaire. Il est, au contraire, partisan de cette opération, qui est incomparablement moins grave que l'opération au lieu d'élection. La différence de gravité est assez grande et assez évidente pour que cette considération doive l'emporter sur toutes les autres, quelle que soit, d'ailleurs, la position sociale ou la profession des malades. Mais c'est précisément parce qu'on est obligé de donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire, qu'il importe d'en étudier avec soin les résultats définitifs. Il est clair que cette opération laisse quelque chose à désirer, qu'elle a besoin d'être encore perfectionnée. La connaissance des accidents qui surviennent sur le moignon, conduira peut-être les chirurgiens à introduire dans le manuel opératoire des modifications propres à assurer la solidité de la cicatrice.

M. Robert pense que, dans l'étude des résultats définitifs des amputations, il faut tenir compte de la méthode ou du procédé qui a été mis en usage, car la situation et la disposition des cicatrices jouent un rôle très important dans la production des accidents tardifs. L'ulcération consécutive du moignon est un inconvénient qui appartient surtout à l'amputation par la méthode circulaire. M. Robert préfère de beaucoup, pour toutes les amputations de la jambe, la méthode à deux lambeaux, l'un postérieur, plus grand et plus épais, l'autre antérieur, plus mince et plus court. On obtient ainsi une cicatrice linéaire très solide, transversale, ou plutôt légèrement oblique, au lieu de la cicatrice centrale, froncée et enfoncée de l'amputation circulaire.

M. Verneuil, comme M. Robert, préfère la méthode à lambeaux, aussi bien pour l'amputation au lieu d'élection que pour l'amputation sus-malléolaire. Cette méthode donne de meilleurs moignons que la méthode circulaire, et M. Verneuil, d'après son expérience personnelle, est disposé à la considérer comme moins grave.

M. Michon fait remarquer que la similitude frappante des deux moignons présentés par M. Laborie, que la forme, l'étendue, le siége identiques des ulcérations, indiquent clairement qu'une cause unique a déterminé leur formation. Cette cause est évidemment locale, et la méthode d'amputation qui a été la même dans les deux cas est celle qu'il faut invoquer. M. Michon préfère les amputations à lambeaux, et voici un de ses motifs : Dans les amputations, tous les muscles de la jambe, ayant leurs insertions inférieures supprimées, n'ont plus qu'à s'atrophier et à se rétracter, et cette atrophie avec rétraction est très propre à amener la saillie du moignon et à y produire des ulcérations.

Or, cette rétraction se fera beaucoup moins aisément avec la méthode à lambeaux, dans laquelle les extrémités musculaires, ramenées au-dessous de l'os, peuvent y contracter des adhérences qui s'opposent à un raccourcissement ultérieur.

— M. Guersant présente un jeune homme âgé de 18 ans qui a subi la trachéotomie en juin 1857, et qui, depuis lors, a été obligé de conserver constamment sa canule. L'accident qui a nécessité cette opération est survenu à la suite d'une fièvre typhoïde, mais on ne peut aujourd'hui en déterminer la nature. Le malade croit avoir entendu dire qu'il s'agissait d'une nécrose du larynx, mais ce renseignement ne peut être considéré comme certain. Plusieurs fois on a essayé de retirer la canule; il a fallu la replacer promptement parce que l'asphyxie recommençait. Le larynx est cependant très perméable, puisque le malade peut parler distinctement en bouchant avec le doigt l'ouverture extérieure de sa canule. Les cordes vocales paraissent donc n'être pas altérées; mais le larynx s'est sans doute rétréci, comme cela s'observe quelquefois par suite du séjour prolongé des canules dans la trachée. M. Guersant se demande et demande à ses collègues s'il y a lieu de faire quelque chose pour arriver à débarrasser ce malade de sa canule.

M. Richard a vu trois individus, deux hommes et une femme, qui, comme le malade de M. Guersant, ont été obligés, après l'opération de la trachéotomie, de conserver définitivement leur canule. Chez eux, l'opération datait d'une dizaine d'années environ, et chaque fois qu'on voulait enlever la canule, l'asphyxie recommençait. Les faits de ce genre ne sont pas rares. Pendant les premiers temps qui suivent l'opération, la colonne d'air passe tout entière à travers la canule, et le larynx, ne fonctionnant plus, revient sur lui-même à un degré suffisant pour expliquer les accidents qui surviennent après l'ablation de la canule.

M. Deguise propose de remplacer la canule que porte le malade par la canule à fenêtre et à soupape d'Aug. Bérard. L'inspiration se faisant librement par la canule, il n'y aura pas à craindre l'asphyxie, et, l'expiration se faisant tout entière par le larynx, il y a lieu d'espérer que cet organe se dilatera peu à peu. Au bout de quelque temps, on pourra essayer d'enlever la canule. Lors même qu'on ne devrait pas y réussir, la canule à soupape aurait sur la canule simple l'avantage considérable de rétablir la phonation.

— L'observation de M. Ferrand (de Mer) qu'a présentée M. Forget, est relative à une altération de la luette et non de la moelle, comme le disait notre dernier *Bulletin*.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu. — M. JOBERT (de Lamballe).

LEÇONS SUR LES PSEUDARTHROSES, SUITE DE FRACTURES;

Recueillies par M. Alfred MICHEL, interne du service.

Parmi les accidents qui compliquent les fractures, il en est un, grave non par lui-même, car il n'expose pas la vie du malade, mais parce qu'il rend impossible l'usage du membre fracturé; grave encore par les opérations que le chirurgien doit pratiquer pour remédier à une pareille difformité. La plupart du temps, les chirurgiens, en présence d'une fracture avec un déplacement considérable, essaient par de vaines tentatives de réduction, par des pansements de tous les jours, essaient, disons-nous, d'empêcher à la fois un cal difforme et le raccourcissement, oubliant que tout cela favorise la fausse articulation, oubliant aussi que ces deux états, dont le premier, du reste, est susceptible de disparaître, ne compromettent ni la santé, ni l'usage du membre, résultats sur lesquels on ne peut compter en présence d'une pseudarthrose, soit que l'on abandonne le malade, soit que l'on agisse sur sa fracture.

Nous ne vous parlerons ici, Messieurs, que de ces pseudarthroses survenant à la suite des fractures, laissant de côté celles qui succèdent à des luxations.

Ces pseudarthroses, auxquelles on a donné le nom d'articulations accidentelles, d'articulations anormales, etc., sont encore assez communes.

Le plus souvent, vous le savez, on les rencontre sur l'humérus. En présence de la vitalité de cet os, de sa facile contention, il est permis de se demander à quoi tient ce privilége, jusqu'ici impossible à expliquer? On les rencontre sur le fémur : un exemple s'en trouve dans notre service. On les rencontre encore à la jambe, à l'avant-bras, et aussi dans les fractures du col du fémur, de la rotule et de l'olécrâne.

Supposant la pseudarthrose bien établie, dans quel état se trouvent les deux os? On peut distinguer deux classes dans l'affection qui nous occupe.

La première correspondrait aux arthrodies; la seconde aux amphiarthroses.

Dans le premier cas, on voit les deux bouts de l'os entourés par une membrane fibro-celluleuse; quelquefois même ils sont revêtus par une mince couche d'aspect cartilagineux. Altérés, en outre, dans leurs formes, ils semblent se modifier pour de nouvelles fonctions; car, habituellement, l'un des deux bouts devient concave pour servir de réceptacle à l'autre. Entre eux, enfin, pour achever l'analogie, vient s'établir une synoviale rudimentaire.

Cette forme, niée par Boyer, a été bien décrite par MM. Villermé et Breschet; par des expériences sur les chiens, ils ont prouvé que la pseudo-articulation commençait au 18me jour, et s'achevait vers le 85me.

Sur l'homme, j'ai rencontré cette forme deux fois.

Le plus souvent cependant, on a affaire à des pseudarthroses par amphiarthrose. La substance du cal est demeurée à l'état rudimentaire; il s'est seulement établi cette substance fibro-celluleuse préliminaire, qui, au lieu de recevoir dans son sein le nouveau tissu osseux, est devenue tout à fait fibreuse, s'est transformée en une espèce de ligament.

Dans cette classe, la vascularisation des deux bouts de l'os est augmentée; le périoste a presque disparu.

Les symptômes des pseudarthroses, correspondant aux deux classes que nous venons d'établir, sont variables dans certaines limites.

A-t-on affaire à une arthrodie, on constate une mobilité extrême, un frottement très net.

Dans l'amphiarthrose, au contraire, la mobilité est limitée; on ne peut percevoir aucune espèce de frottement.

Lorsque les deux os ont fortement chevauché l'un sur l'autre, on peut hardiment diagnostiquer une pseudarthrose par amphiarthrose. Ce qui fait la gravité des pseudarthroses, c'est la cause qui les produit.

Ces causes peuvent se diviser en constitutionnelles et en occasionnelles.

Dans le premier groupe, on a fait intervenir une multitude d'affections, de maladies, etc.; tout en ne les niant pas toutes, bornons-nous à rappeler l'influence bien constatée de la diathèse syphilitique et l'effet bien évident d'une constitution détériorée.

Ici, la thérapeutique est facile; combattre la diathèse, restaurer l'économie, placer le membre dans de bonnes conditions, et enfin savoir attendre, telle est la conduite que l'on doit tenir.

Quant aux causes occasionnelles, nous y insisterons davantage. En premier lieu, nous trouvons l'influence de pansements répétés tous les jours, pansements faits dans le but d'avoir une consolidation régulière et dont le résultat, tout au contraire, est de tourmenter la fracture et de détruire, le lendemain, le résultat de la veille.

Ces pansements ne doivent pas même être répétés dans les 15 premiers jours, car je crois fermement que la réparation osseuse, loin de commencer si tard, se manifeste de suite.

En second lieu, gardez-vous bien, Messieurs, d'inonder journellement le membre d'une quantité de liquides, sous prétexte d'appliquer exactement l'appareil; il se produit là une espèce de macération du cal, d'imbibition destructive, sur laquelle a insisté, avec raison, M. Jules Cloquet.

Un vaste épanchement sanguin entre les fragments peut nuire à la consolidation, surtout lorsque, sous certaines influences, il se putréfie et donne lieu à un abcès dans le siége même de la fracture.

Le chevauchement est une cause de pseudarthrose, seulement lorsque le tissu musculaire en quantité est venu s'interposer entre les fragments. Je dis *en quantité*, car lorsqu'il s'en trouve seulement quelques fibres, ce tissu se résorbe, se transforme, comme il en est cité un exemple dans le *Dictionnaire de médecine*, à propos de fracture de clavicule. Enfin, l'emploi d'un appareil amidonné, qui laisse revenir le membre sur lui-même, ne contient plus ses fragments, l'indocilité du malade, etc., sont encore autant de causes occasionnelles.

Maintenant, Messieurs, avant d'entrer dans la thérapeutique active de la complication qui nous occupe, permettez-moi d'insister un instant sur ce fait, à savoir : qu'il faut bien distinguer un simple cal retardé d'une véritable pseudarthrose; il y a tant de conditions qui peuvent produire le premier, que ce n'est, je le répète, qu'après avoir mis la constitution du sujet dans de bonnes conditions, qu'après avoir placé le membre favorablement, qu'après avoir attendu longuement, qu'il sera permis au chirurgien de tenter quelque chose de sérieux, mais en même temps d'utile pour son malade. Retenez bien ceci, car vous y trouvez l'explication des guérisons rapides que vous donnent certains procédés, certaines méthodes.

Encore une dernière condition : avant d'entreprendre une opération toujours grave, consultez vos malades; car beaucoup d'entre eux aiment mieux s'assujettir aux ennuis d'un appareil contentif qui leur permet de marcher, que de courir les chances d'une opération qui peut les guérir radicalement.

Entrons maintenant dans cette difficile question de la guérison des pseudarthroses.

Tous les moyens proposés peuvent se ranger dans ces quelques groupes principaux, qui sont :

- Le frottement des extrémités osseuses;
- La compression;
- L'excision et la résection;
- Le vésicatoire;
- La cautérisation;
- Et enfin le séton.

Le frottement des bouts de l'os, proposé par Celse, est un mauvais procédé. Cependant, il avait là une idée, il comprenait l'indication qui était d'exciter la vitalité des fragments.

Witt a employé la compression à l'aide d'un étui en cuir, matelassé mollement, et garni de courroies qui permettaient de serrer à volonté. Il est évident que ses cas de guérison ne s'appliquent qu'à des cals retardés.

Boyer aussi a employé la même méthode, repos et compression. Il a réussi par les mêmes motifs.

Il faut rejeter l'excision, ou le grattement des deux fragments, qui exposent à l'érysipèle et à la phlébite osseuse, la plus grave de toutes.

Witt avait encore proposé d'enlever les deux bouts de l'os. Dupuytren avait conseillé la résection d'un seul bout.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur ces procédés, car je ne vois là ni passé, ni avenir pour la thérapeutique des pseudarthroses. Pour le vésicatoire, n'en parlons que pour signaler son utilité dans les cals retardés.

Quant à la cautérisation des deux bouts de l'os, j'avoue que c'est pour moi un procédé incompréhensible.

Reste enfin le séton, le moins grave et le plus sûr peut-être. Six fois je l'ai employé moi-même, et six fois avec succès.

Percy l'employait en Europe en même temps que Physic s'en servait à Philadelphie, et tous deux, inconnus l'un à l'autre, arrivaient, dans deux langues différentes, aux mêmes résultats.

Ils se servaient simplement d'une aiguille à séton, avec laquelle, évitant les gros vaisseaux, ils traversaient le foyer de la fracture en ayant soin de faire pratiquer en même temps l'extension et la contre-extension.

Le cal, commencé au bout de douze semaines, était complété trois mois plus tard. Wardropp modifia heureusement ce procédé en faisant passer l'aiguille sur le côté externe du membre, pour ne point léser les artères.

J'adopte donc complétement le séton, et le manuel opératoire est très simple : éviter les gros vaisseaux, placer le membre dans un appareil à fracture, et enfin ne pas laisser le séton trop longtemps.

Rappelez-vous, Messieurs, cette dernière condition : ne pas laisser le séton plus de quinze jours, car, sans cela, il se forme un véritable trajet organisé que vous ne pourrez détruire et qui nuira à la consolidation.

Lorsque les deux bouts de l'os sont écartés, ne craignez pas de placer deux sétons, et enfin, Messieurs, pour terminer ceci, je vous parlerai de cette variété de séton qui, lorsqu'il y a chevauchement, passant entre les extrémités des deux os, va agir sur les deux périostes et déterminer la formation sûre et prompte d'un cal solide.

A propos de ce procédé, je vous rappellerai un malade de notre service, chez lequel, l'année dernière, pour une pseudarthrose de la jambe avec chevauchement, nous avons placé un séton entre les deux os. Vous avez pu en voir les bons résultats.

Permettez-moi, Messieurs, d'insister un peu là dessus. Dans ces formes de pseudarthroses avec chevauchement, il y a plusieurs manières de placer ce séton; on peut d'abord le placer simplement entre les deux os; en second lieu, toucher les deux périostes seulement par leur partie externe; en dernier lieu, placer deux sétons entrecroisés dans le siége de la fracture, un pour chaque extrémité osseuse.

Ces faits résultent surtout des expériences de M. Flourens. Si cette excitation du périoste ne suffisait pas, il faudrait toucher légèrement les deux os au-dessous de leur membrane interne, de façon à déterminer une nécrose superficielle. C'est ce que je me propose de faire sur un malade de notre service, affecté d'une pseudarthrose du fémur droit, avec chevauchement.

PATHOLOGIE.

DES DÉPOTS SANGUINS ET PURULENTS DU FOIE, OUVERTS DANS LES VOIES DIGESTIVES;

Par M. le docteur Fauconneau-Dufresne.

Je viens d'observer, coup sur coup, dans ma pratique particulière, un épanchement de sang dans le foie, dont le foyer s'est rompu dans l'estomac ou dans le duodénum, et un abcès hépatique, qui a pris issue par le colon; ce dernier a été suivi de guérison. J'en prends occasion pour résumer les faits de ce genre qui existent dans les archives de la science et pour présenter quelques considérations afférentes à ce sujet. Je rapporterai, en même temps, ces deux observations.

Les dépôts du foie qui peuvent s'épancher dans le canal intestinal sont de diverses natures. Les plus ordinaires sont constitués par du sang ou du pus. La bile, accumulée dans le foie ou les voies biliaires, peut aussi se faire jour dans les intestins. On sait encore qu'il n'est pas très rare que des tumeurs hydatiques s'ouvrent dans les voies digestives. Enfin, le cancer encéphaloïde du foie dégénère parfois en une bouillie abondante qui, comme un abcès, peut perforer l'estomac, le colon, etc. Mais je ne veux m'occuper ici que des dépôts de sang et de pus.

§ I. — Épanchements sanguins du foie.

Dans mon *Précis des maladies du foie*, j'ai appelé *hémorrhagies par rupture* (p. 133) celles dont le sang s'épanche au milieu du tissu hépatique ou dans la cavité d'un abcès. Ce sang peut prendre son cours par les conduits biliaires ou perforer l'intestin pour s'y introduire. Tantôt il provient des branches de la veine porte, tantôt des veines sus-hépatiques ou même de l'artère hépatique.

Le sang, s'échappant peu à peu d'un vaisseau veineux dont la paroi a cédé, refoule ou détruit les granulations du foie, s'amasse et forme un foyer plus ou moins considérable. La résistance variable du tissu de cet organe limite diversement ces épanchements. Plusieurs ont quelquefois lieu dans le même foie. Il n'est pas toujours possible de constater la rupture des vaisseaux, mais on ne peut la révoquer en doute, en raison de la forme que prend l'épanchement. L'état de ce sang varie suivant l'époque depuis laquelle il s'est échappé des vaisseaux. Si l'épanchement est récent, le sang est liquide, noirâtre, visqueux; un peu plus tard, il est à demi-coagulé, semblable à de la gelée de groseille; parfois, il est mêlé de détritus hépatiques. Plus tard encore, ce n'est plus que de la fibrine décolorée, ayant l'aspect et la consistance des caillots blanchâtres et durs du cœur et des artères. Cette décoloration n'est pas toujours générale, et alors les caillots peuvent offrir un mélange de teinte rougeâtre, jaunâtre, verdâtre, grisâtre, etc.

Il n'est pas rare de trouver du sang dans le foyer d'un abcès hépatique. Si, dans quelques cas, cette hémorrhagie se fait par exhalation et se borne à donner au pus l'aspect d'une crème au chocolat ou de la lie-de-vin, dans d'autres cas, elle peut devenir considérable et être due à la déchirure de quelques vaisseaux, déchirure qui, cependant, est d'autant moins commune que, dans les abcès hépatiques, ces vaisseaux, en quelque sorte disséqués, sont hypertrophiés.

Que l'épanchement de sang se soit formé au milieu du tissu du foie ou dans la cavité d'un abcès de ce viscère, il peut perforer quelques canaux biliaires, s'y écouler, et, de là, se verser dans les voies digestives, pour être ensuite porté au dehors. M. Louis, dans son mémoire *sur les abcès du foie*, en a rapporté un remarquable exemple recueilli sur un étudiant en médecine. Une *communication tout à fait artificielle avec les voies digestives* peut aussi s'établir. Ces faits sont sans doute très rares; toutefois, on en connait deux observations authentiques, et dans lesquelles l'autopsie a été faite avec soin.

La première a été publiée, en 1820, par M. Rayer, dans le tome V des *Archives de médecine*. Le sujet était une dame de 56 ans, qui, par suite d'un écart de régime, éprouva une affection gastro-intestinale aiguë, entée sur une chronique, et qui mourut très rapidement, après avoir rendu d'abondantes selles de caillots noirs, flottant dans un liquide sanguinolent. On trouva, près de la face inférieure du lobe droit du foie, une excavation qui aurait pu contenir une grosse orange et qui était remplie de concrétions fibrineuses; son intérieur offrait deux ouvertures assez considérables qui communiquaient avec deux branches de la veine porte. Le tronc de cette veine, ses principales branches et ses rameaux étaient vides de sang; il en était de même des veines hépatiques, caves, rénales, etc., tant l'hémorrhagie avait été abondante. Le *duodénum* avait pris adhérence à la face inférieure du foie; là, toute l'épaisseur de cet intestin étant détruite dans une étendue de plus d'un centimètre, l'excavation communiquait avec les voies digestives. Un caillot de sang noirâtre remplissait l'estomac, en avait pris la forme et pouvait être évalué à 500 grammes; les petits et les gros intestins contenaient aussi des caillots et des mucosités sanguinolentes. Le *colon transverse* offrait lui-même une petite perforation qui établissait une autre communication avec l'ulcère du foie.

Une observation analogue a été publiée, en 1855, par M. le docteur Guibout, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, tome II, page 501 : Un journalier de 31 ans éprouvait, depuis deux mois et demi, une douleur fixe à l'épigastre; il eut ensuite un vomissement de matières noirâtres et une selle analogue; huit jours plus tard, il vomit, subitement et avec violence, environ deux litres de sang liquide et rutilant. Il mourut peu après. A l'autopsie, on trouva, à la face inférieure du foie, une tumeur plus volumineuse que le poing d'un adulte, creusée dans l'épaisseur du parenchyme, et complétée à sa partie inférieure par une enveloppe membraneuse adhérente au *duodénum;* celui-ci, par l'intermédiaire d'une ulcération de 3 à 4 centimètres, *communiquait avec la cavité de la tumeur;* cette cavité était remplie d'un énorme caillot de sang, et, dans l'un des points de sa surface, on voyait les orifices béants des vaisseaux hépatiques qui avaient formé l'hémorrhagie.

Il m'a paru nécessaire de rapporter un extrait de ces observations, pour faire comprendre comment je me crois autorisé à rattacher à la même altération le fait dont je viens d'être témoin et que voici :

Observation I. — M. le baron de B..., âgé de 60 ans, était d'un tempérament bilieux, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne. Fils d'une mère goutteuse, il avait éprouvé lui-même, dans l'automne de 1856, après plusieurs accès de fièvre intermittente, quelques douleurs avec gonflement aux doigts. En 1857, à l'automne également, les douleurs goutteuses se firent ressentir presque partout; mais elles furent plus particulièrement marquées aux pieds et aux mains.

A partir de cette époque, il y eut de la dyspepsie; le foie se tuméfia et dépassa le rebord costal de trois travers de doigt. Au 25 octobre, il se manifesta de la toux qui devint incessante et s'accompagna de gêne dans la respiration ainsi que d'étouffements. Des sangsues au siége n'ayant produit que peu de soulagement, on appliqua, le 2 novembre, dans l'après-midi, un sinapisme sur la poitrine. Peu après, le malade fnt pris d'une sueur froide, d'une syncope, et, vers cinq heures du soir, il *vomit*, à plusieurs reprises, en deux ou trois minutes, *près d'un kilogramme de sang noir en caillots*. Un second vomissement, mais pas aussi considérable, de sang moins caillé et moins noir, eut lieu vers huit heures du soir. Un garde-robe assez abondante, qui fut rendue dans la soirée, contenait aussi une certaine quantité de sang caillé.

Les jours suivants, il y eut du calme; la toux se dissipa. Le malade éprouva souvent la sensation d'un corps qui, comme au moyen d'une soupape, descendait et remontait dans la poitrine. On donna des boissons douces, on fit sur la région du foie deux applications de sangsues, puis on employa de très doux purgatifs, et la convalescence sembla marcher assez rapidement. Des bains alcalins ayant déterminé un peu d'enflure aux jambes, on en cessa l'usage.

Vers le 20 novembre, M. de B... descendait de sa chambre au salon, mangeait avec appétit et supportait bien l'eau de Vichy. Un point douloureux persistait cependant à l'épigastre, ce qui décida à y appliquer deux cautères.

Au commencement de décembre, une complication vint retarder la guérison. Une fluxion dentaire produisit un gonflement considérable de la figure, de l'anxiété et de la fièvre. L'abcès s'ouvrit dans la nuit du 14. Mais, par suite de l'insomnie et de l'agitation, par suite sans doute aussi de refroidissement, il survint une bronchite intense, pour laquelle des boissons pectorales, puis des Eaux-Bonnes furent employées avec succès. Le malade se remettait et put encore, à la fin de décembre, redescendre au salon. Toutefois, l'appétit n'était pas franc; un goût salé se faisait sentir à l'arrière-gorge. Obligé de changer de chambre à cause d'un feu de cheminée, M. de B... s'enrhuma de nouveau, rendit quelques crachats teints de sang, éprouva des rapports acides et nidoreux, et enfin fut repris d'un accès de goutte aux pieds et aux mains.

Ce fut dans ces dernières circonstances que je fus appelé, aux environs de Nevers, auprès de M. le baron de B..., et que je me trouvai en consultation, le 25 janvier, avec MM. les docteurs Robert-Saint-Cyr et de Crozant. Nous fûmes d'accord sur le diagnostic et sur le traitement : par suite de la congestion sanguine du foie, causée par la fièvre intermittente et l'attaque générale de goutte, un épanchement sanguin s'était opéré dans cet organe. L'épanchement s'était fait jour dans l'estomac ou dans le duodénum, et avait produit les deux vomissements de caillots de sang. La douleur qui persistait à l'épigastre était le résultat de la perforation en voie de cicatrisation. La bronchite devait être traitée par les boissons pectorales, les Eaux-Bonnes et le sirop de Karabé. La diète qu'on avait imposée, en raison des rapports acides et nidoreux de l'estomac, pouvait actuellement faire place à une alimentation modérée; l'eau de Saint-Galmier, prise aux repas avec de l'eau rougie, semblait pouvoir assurer les digestions. Enfin, nous estimâmes que la goutte des pieds et des mains était plutôt favorable que nuisible pour la guérison de la bronchite; on devait donc se borner à frictionner avec du baume nerval les parties qui en étaient atteintes.

Cependant l'espérance que nous avions donnée à la famille, en la quittant, ne se réalisa pas. La bronchite persista; les digestions restèrent pénibles, et les aliments, d'ailleurs, n'étaient pris qu'avec répugnance. Le malade ne cessa pas de s'affaiblir; et M. le docteur Robert, de Paris, mandé à son tour, le 20 février, auprès du malade, n'eut plus qu'à constater que les efforts de l'art étaient devenus tout à fait impuissants.

Dans l'observation qu'on vient de lire, malgré qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, on ne peut pas douter qu'un épanchement sanguin du foie se soit ouvert dans les voies digestives, car une tumeur

existait au foie et elle avait disparu à la suite d'abondants vomissements de sang. Mais le siége de la rupture était-il dans l'estomac ou dans le duodénum ? A l'appui de cette dernière supposition, nous ferons remarquer que les flux de bile qui s'effectuent dans le duodénum s'échappent fréquemment par le vomissement en même temps que par les selles. Si, d'autre part, nous consultons l'observation de M. Rayer, nous y voyons que si le sang n'a pas été vomi, il s'est accumulé dans l'estomac. Le sang pouvant donc, du duodénum refluer dans l'estomac, et le premier intestin offrant des adhérences naturelles avec le foie, il est plus probable que c'est à travers ses parois que la perforation s'est opérée. Ce qui pourrait encore le faire supposer, c'est que les vomissements ne se sont pas renouvelés et que la digestion avait commencé assez promptement à se rétablir.

(La fin à un prochain numéro.)

OPHTHALMOLOGIE.

DE L'EMPLOI DES FUMIGATIONS DE FOIE DE BOEUF CONTRE L'HÉMÉRALOPIE OU AMBLYOPIE NOCTURNE.

A Monsieur Amédée Latour.

Très honoré rédacteur en chef,

Vous avez inséré dans le numéro du 3 juillet de l'UNION MÉDICALE, un article fort intéressant de M. le docteur Deval, dans lequel notre savant confrère, entre autres considérations sur l'héméralopie, cette bizarre perversion visuelle, dont l'histoire exacte est encore aujourd'hui une des lacunes les plus regrettables de l'ophthalmologie, rappelle l'attention médicale sur un moyen de traitement jadis fort employé, mais actuellement tombé dans une désuétude injuste, et que rien n'explique, si ce n'est sa vulgarité et ses allures quasi-culinaires. Dès 1852, nous signalions incidemment la singulière efficacité de ces fumigations dans les cas d'amblyopie nocturne, et nous en parlions dans les termes suivants :

« ..... Tous les moyens préconisés contre cette névrose (applications » répétées de vésicatoires autour de l'orbite, purgatifs, vapeurs d'ammo- » niaque, strychnine par la méthode endermique, etc.) ont montré, les » uns après les autres, leur inefficacité absolue. Je recourus alors aux » fumigations de foie de bœuf; dès la première, il y eut une améliora- » tion notable, et au bout de quinze jours la guérison était complète. » Le remède est vulgaire, mais il a une suffisante compensation à ce » défaut : il guérit. Il est assez difficile de se rendre compte de l'action » de ce singulier médicament, mais je crois que, par des essais compa- » ratifs avec les principaux éléments qui les constituent, on arriverait à » la détermination de celui qui est actif. Il est rationnel de supposer » que c'est la bile, et je m'en serais assuré en traitant d'autres malades » au moyen de fumigations faites avec le liquide de la vésicule, si les » cas ne m'avaient pas fait défaut. Peut-être l'extrait de fiel de bœuf, » dont les applications sont encore si restreintes, est-il appelé à rendre, » sous forme de collyre, les plus grands services contre l'héméralo- » pie? » (*Histoire médicale de la campagne de la frégate à vapeur l'Eldorado*, Paris, 1852, p. 53.)

Les faits d'amblyopie nocturne, que nous avions observés pendant le cours de nos voyages dans les pays chauds, nous avaient inspiré, en même temps que le désir d'étudier spécialement cette curieuse affection, le projet bien arrêté d'employer contre elle les fumigations de foie de bœuf aussitôt que l'occasion s'en présenterait. Elle ne saurait se faire attendre longtemps dans nos hôpitaux maritimes, où les navires de guerre viennent, au retour de longues campagnes, déverser leurs reliquats morbides, et y apportent toujours quelques héméralopes. Trois malades atteints d'amblyopie nocturne sont entrés, l'année dernière, dans mon service de l'hôpital de Cherbourg, et y ont été soumis aux fumigations; deux ont guéri avec une rapidité surprenante; le troisième a éprouvé une amélioration notable, mais lente, et n'a pas eu la patience d'attendre mieux. J'avais recueilli ces trois observations et je vous les destinais, lorsque la note de M. le docteur Deval est venue me montrer que leur publication était doublement opportune. A Dieu ne plaise que j'aie la pensée de la moindre revendication de priorité. Notre honoré confrère n'y prétend en rien, et malgré l'antériorité de nos recherches, nous n'y songeons pas plus que lui. Hippocrate, au reste, et, après lui, Paul d'Égine, Aétius, Marcellus, Actuarius et beaucoup d'autres, nous mettraient promptement d'accord, et apporteraient aux débats des dates, en présence desquelles celle de 1852, que j'alléguais tout à l'heure, ferait une triste figure. Comme notre confrère, nous n'avons qu'un but en publiant cette note, c'est de remettre en honneur un moyen empirique, il est vrai, mais d'une efficacité incontestable. Montrons d'abord au grand jour ses parchemins, pour qu'on ne le croie pas tiré du formulaire extra-scientifique des bonnes femmes, et pour qu'on lui accorde les égards auxquels il a droit. Malgré son air très vulgaire, ce médicament est d'assez bonne maison. Jugez-en. Hippocrate commande expressément contre la nyctalopie (il confondait l'amblyopie nocturne et l'amblyopie diurne) l'*ingestion* de morceaux de foie de bœuf cuits et enduits de miel. Il paraît y avoir loin de cette pratique à celle des fumigations, mais il ne répugne en rien d'admettre que la tradition orale ou l'exactitude d'une inscription eucharistique ont pu être altérées en arrivant aux Asclépiades; le détail de l'administration du remède ne se trouve pas dans les deux lignes d'Hippocrate, mais celui-ci y est indiqué, et c'est là l'essentiel.

La constatation de l'existence de cette pratique chez les Chinois, indiquée par M. Deval, est un fait curieux, et qui montre que ce peuple énigmatique ne s'est pas seulement approprié, en les altérant, la théogonie et la cosmogonie mosaïques, mais qu'il a aussi emprunté à l'Occident certaines observations médicales qu'il imagine aujourd'hui, et de la meilleure foi du monde, être nées sur les bords du Fleuve-Jaune. Je reviens aux citations classiques : Paul d'Égine préconise contre la nyctalopie les fumigations de foie de bouc. *Dùm coquitur* (*hepar hircinum*) *vaporem oculis apertis admittere jube.* (Paul Æginet, *De re medica*, lib. III, *De nylactope*.) Il est impossible d'être plus précis. Oribase reproduit presque textuellement la prescription hippocratique; il recommande de faire cuire un foie de bouc, d'en recueillir le jus et d'en oindre les yeux; il faisait également manger le foie aux nyctalopes. (*De locis affectis curat.*, lib. III, cap. XVIII.) Aétius parle clairement des fumigations, mais plutôt d'après l'autorité des autres que d'après la sienne propre : « *Aliqui hepar coquunt et oculos super elatum vaporem detinent.* » (Aétius, sermo III, cap. XLVI, *De nyctalope.*) Actuarius indique le même moyen : « *Jecur hircinum comede et dum coquitur vaporem oculis excipe.* » (*De methodo medendi*, lib. III, cap. XI.) Marcellus, dans l'indigente liste de ses collyres, en indique un dans lequel entre le fiel de bœuf, *fellis taurinus* (*De medicamentis liber*). Enfin, à une époque plus rapprochée de nous, Ettmuller signale les propriétés ophthalmiques de la bile sous une formule un peu vague : « *Fella animalium optima collyria sunt.* » Et dans un autre passage il attribue, sous ce rapport, une prééminence notable de propriétés à la bile de bœuf. (Ettmuller, *Op. omnia*, Lugdunum, 1690, p. 249.)

Nous ne connaissons parmi les modernes que deux auteurs qui aient parlé des propriétés des fumigations de foie de bœuf dans l'héméralopie : Dupont, historien de la mémorable épidémie de Strasbourg, et Stœber qui indique ce moyen dans son ouvrage d'ophthalmologie; tous deux, au reste, sont cités par notre savant confrère M. Deval.

Comme lien entre les médecins anciens et les modernes, je ne dois pas omettre de placer notre Ambroise Paré qui a reproduit cette tradition thérapeutique en l'altérant un peu, et exige que les héméralopes se servent de fiel de crocodile. Fort heureusement pour eux ce produit animal exotique peut être fort bien remplacé par le foie de bœuf que nous avons partout sous la main. Les éloges prodigués à ce moyen par Dupont l'avaient intronisé dans la médecine nautique, appelée par la spécialité de son ministère à combattre à chaque instant l'amblyopie nocturne, et MM. Payen père et Fouillioy en avaient apprécié l'utilité. C'est là que nous en avons puisé l'idée, et plus d'un médecin de la marine a fait comme nous, sans aucun doute.

Comme vous le voyez, très honoré confrère, jamais tradition thérapeutique n'a eu des anneaux plus étroitement liés les uns aux autres, et cette considération seule nous porterait à croire qu'elle repose sur quelque chose de très sérieux. Le savant professeur qui, dans une épreuve d'examen, a accueilli jadis avec un sourire d'incrédulité notre assertion de récipiendaire à propos de l'efficacité des fumigations de foie de bœuf contre l'héméralopie, le pensera probablement comme nous et accordera aujourd'hui, nous le supposons, un certain crédit à ce double témoignage de l'expérience et de la tradition. Ne trouvez-vous pas, quoi qu'il en soit, que cette affirmation continue et traditionnelle de l'utilité de l'emploi du foie contre les maladies des yeux depuis l'esturgeon biblique du vieux Tobie jusqu'au fiel de crocodile d'Ambroise Paré, a quelque chose de très remarquable ?

Dans le cas cité par M. Deval, la guérison a été singulièrement rapide. On ne saurait évidemment, en thèse générale, compter toujours sur un résultat semblable, mais, toutes les fois que l'héméralopie est récente, il suffit d'un très petit nombre de fumigations. On peut, sans exagération aucune, affirmer que la guérison s'obtient au moins dans la moitié des cas. Si l'on songe que, dans certaines localités des pays chauds, l'amblyopie nocturne est une affection des plus communes, qu'elle expose les matelots qui en sont atteints à des chutes graves et incessantes, et que, négligée ou traitée sans succès, elle conduit fréquemment à l'amaurose, on comprendra tout l'intérêt qui doit s'attacher à une médication aussi simple qu'elle est efficace.

Un seul mot sur son emploi.

Un foie de bœuf cuit dans l'eau bouillante est retiré rapidement du feu, est coupé par tranches, lesquelles sont placées dans une serviette, dont l'un des chefs est jeté sur la tête du malade; les yeux doivent recevoir les vapeurs d'aussi près que possible et sont, bien entendu, maintenus ouverts pendant la fumigation. Celle-ci est répétée deux ou trois fois par jour. Le même foie peut servir pour plusieurs fumigations en le faisant rebouillir chaque fois qu'on l'utilise de nouveau.

L'efficacité de ce traitement est parfaitement constatée et c'est là l'essentiel, mais plusieurs questions dont l'utilité théorique est très réelle s'y rattachent, et nous les signalerons dans l'ordre suivant à nos confrères naviguants, qui ont de si fréquentes occasions d'étudier l'amblyopie nocturne et de qui la science attend les renseignements qui lui manquent encore sur cette affection :

1° La chaleur dont la vapeur d'eau est le véhicule est-elle l'élément actif de cette médication ? Des essais comparatifs entre des fumigations simplement aqueuses et des fumigations azotées comme les désigne M. Deval lèveront toute incertitude sur ce point.

2° La bile chauffée à son état de concentration ou diluée dans l'eau a-t-elle les mêmes propriétés que la substance du foie elle-même ?

3° Les applications directes de collyres ou de pommades préparées avec l'extrait de fiel de bœuf jouissent-elles aussi d'une certaine efficacité contre l'héméralopie ? Je ne les ai employées qu'une fois sous cette forme et avec des résultats équivoques.

4° L'administration intérieure de l'extrait de fiel de bœuf seconde-t-elle l'emploi des fumigations ou peut-elle les remplacer ?

5° Les autres affections de la rétine, certaines formes d'amblyopie ou d'amauroses sont-elles justiciables, jusqu'à un certain point, du même traitement ?

La question pratique soulevée par notre confrère M. Deval a, comme vous le voyez, une certaine importance; l'autorité si légitime de son nom contribuera puissamment à la faire ressortir; nous nous en félicitons, et les héméralopes encore plus que nous; nous ne professons certainement qu'une médiocre estime pour les recettes de bonnes gens et les formules empiriques des carrefours, mais quand un moyen nous est démontré bon et utile nous ne lui demandons pas ses preuves de civisme scientifique, et nous estimons que guérir sans expliquer vaut encore mieux qu'expliquer sans guérir. D'ailleurs, combien de faits thérapeutiques se sont imposés par l'évidence et se sont ensuite justifiés par la théorie.

Pardonnez-moi, très honoré confrère, cette trop longue lettre, et recevez, en même temps que mes remercîments pour l'hospitalité que vous voulez bien lui donner, l'expression de mes sentiments de confraternité affectueuse.

D[r] FONSSAGRIVES,
Médecin en chef de la marine à Cherbourg.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de mars 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT.

Sommaire. — Correspondance. — Communications diverses. — Traitement abortif de la variole. — Fièvre miliaire. — Maladie des organes génito-urinaires.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs numéros du journal espagnol la *Iberia medica*, renvoyés à l'examen de Bonassies.

2° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 1857; M. Perrin est nommé rapporteur.

M. A. MAYER fait savoir que la délégation des Sociétés médicales de Paris a obtenu une audience de S. M. l'Empereur, qu'elle a été parfaitement accueillie. Sa Majesté a dit, qu'elle croyait qu'il y avait des lois qui protégeaient efficacement l'exercice de la médecine. M. Mayer ayant répondu que les lois n'étaient plus en accord avec l'état actuel de la science, l'Empereur dit que l'on aviserait. Sa Majesté demanda ensuite, si un remède pouvait être prôné par les journaux, lors même que l'Académie impériale de médecine ne l'avait pas approuvé; M. Géry répondit que des lois s'y opposaient : sur cette réponse, l'Empereur déclara qu'il enverrait une recommandation *ad hoc* au ministre compétent.

MM. SIMONOT et GIMELLE expriment le vœu, que les délégués des Sociétés continuent à se réunir et fournissent au ministre, à qui leur pétition a été renvoyée, tous les documents nécessaires pour l'étude de la question soumise à son attention.

Sur la proposition de M. TRÈVES, l'ordre du jour est voté à une grande majorité.

M. AMEUILLE, à propos du procès verbal, cite le fait suivant : Appelé il y a quelques jours, pour donner des soins à un enfant atteint d'un croup des plus sérieux, il cautérisa deux fois par jour, pendant six jours. Le malade fut sauvé, mais il y eut paralysie du voile du palais; il rendit des liquides par les fosses nasales. Ce fut accidentellement, en passant, que les parents signalèrent ce fait. Le petit malade prévenait l'accident par la volonté, il buvait lentement et retenait ainsi les liquides; petit à petit il alla mieux, et guérit parfaitement, par le seul secours de la nature.

M. A. MAYER demande si M. Ameuille pense que la paralysie est due à la cautérisation.

M. AMEUILLE ne le croit pas.

M. COMPÉRAT fait un rapport sur les archives de la Société en 1857. Il résulte de ce travail que la Société est toujours en voie de prospérité. On vote à l'unanimité des remerciements à M. l'archiviste.

M. A. MAYER fait ensuite passer sous les yeux de la compagnie, un nouveau modèle de son inhalateur.

M. PERRIN appelle l'attention sur la petite vérole qui règne en ce moment dans une partie de la capitale, au point que le gouvernement fait revacciner les militaires de la garnison. Il y a quelques jours, l'honorable membre fut appelé auprès d'une femme de 28 ans, mère de plusieurs enfants, et en allaitant un de 4 à 5 mois. Cette femme avait tous les symptômes d'une fièvre éruptive; au bout de trois jours, des boutons de variole apparurent mais incomplétement; il y eut étouffements, anxiété, symptômes ataxiques tels, que la malade succomba le huitième jour. M. Perrin vaccina immédiatement l'enfant, mais il ne le sépara pas de la mère, qui continua à lui donner à téter. La vaccine réussit parfaitement et l'enfant ne fut pas malade, quoique, dès les premiers jours, la suppression du lait eût eu lieu.

M. Perrin demande quelle doit être, dans un cas pareil, la conduite du médecin, doit-il laisser l'allaitement continuer ? Doit-il le supprimer et faire prendre une nourrice ?

M. AUBRUN regarde le fait comme assez rare; il pense qu'il vaut mieux avoir recours à une nourrice.

M. MORPIN a entendu M. Legroux déclarer que n'importe dans quelle maladie éruptive, si le lait ne tarit pas, il faut continuer l'allaitement.

M. BAUCHE fait observer que, dans le cas de M. Perrin, le lait était insuffisant, peut-être vénéneux; il regarde la question comme digne de la plus grande attention.

M. AUBRUN, parlant par induction, dit qu'en 1849, il fut appelé à donner des soins à deux femmes atteintes de choléra intense, toutes deux cyanosées au plus haut degré, allaitèrent leurs enfants; ces derniers n'attrapèrent pas la maladie et les deux femmes guérirent, peut-être grâce à la continuation de cette fonction.

M. TRÈVES pense que la conduite de M. Perrin doit être imitée, mais qu'il faut tenir compte des circonstances. Dans un cas de fièvre typhoïde chez une mère-nourrice, il avait conseillé de continuer l'allaitement; un autre confrère, consulté à son insu, s'empressa d'ordonner le sevrage; la femme s'en trouva très mal et fut plusieurs mois à guérir. En 1832, ayant à traiter, marché des Enfants-Rouges, une nourrice atteinte d'un choléra algide des plus violents, il fit continuer l'allaitement; la malade succomba, l'enfant vint à merveille et n'eut pas le choléra.

M. MORPIN, d'après les conseils de M. Midavaine, médecin belge, a eu recours dans la petite vérole, aux frictions de pommade soufrée; dès que les pustules paraissent, on donne une pommade faite avec 4 grammes de fines fleurs de soufre et 30 grammes d'axonge, et on fait des frictions sur toutes les parties du corps, tous les jours, en ayant soin de ne pas changer les draps du malade. La fièvre diminue, et lorsque arrive la suppuration, les pustules, au lieu d'être acuminées, pointues, présentent une auréole très petite et plate, en un mot, un avortement de la pustule. M. Morpin vient de soigner ainsi une jeune fille habitant le boulevard du Temple, et elle ne porte aucune trace sur la figure.

M. PERRIN pense que l'on pourrait se borner à frictionner avec l'axonge pure et simple, dont l'action serait peut-être analogue. Les Allemands s'en louent beaucoup; dans la scarlatine la plus intense, ils emploient avec avantage les frictions faites sur toute la surface du corps avec de la couenne de lard.

M. MORPIN s'est parfaitement trouvé des frictions soufrées; des expériences sont faites en ce moment par M. Hardy; il en fera part à la Société dès qu'elles seront assez nombreuses.

M. A. MAYER comprend difficilement les tentatives faites pour empêcher la pustulation qui est une crise propre à amener la terminaison de la maladie; en agissant ainsi, on fait plus de tort que de bien au malade. Lorsque la pustule est formée, il comprend parfaitement qu'on l'ouvre pour donner issue au pus.

M. MORPIN ne veut pas détruire la pustule; il s'efforce seulement de modérer l'action du principe morbifique.

M. MESNET a assisté aux tentatives faites par M. Briquet avec le collodion en 1850; on parvenait peut-être à modifier le développement des pustules sur la face, mais on n'agissait que sur une partie limitée. Du reste, M. Mesnet partage l'opinion de M. Mayer.

M. SIMONOT regarde l'éruption comme une chose nécessaire mais qui souvent donne lieu à des dangers indépendants de la maladie. En 1849, lorsqu'on proclama la liberté aux colonies, une épidémie de petite vérole se déclara et plusieurs hommes moururent de la suppuration. Chargé d'une salle de varioleux, notre confrère chercha à modifier l'éruption, ne s'attachant pas trop au corps où le mal laisse généralement peu de traces, mais, opérant sur la figure, il n'en est plus de même. Il a toujours vu que les onctions mercurielles pures et simples étaient préférables. Il essaya la pommade soufrée, l'axonge pure, les piqûres, une forte solution d'eau gommée, sans succès. Lorsqu'un malade présentait la moindre tache à la figure on s'empressait de la badigeonner, l'éruption était moindre, il se formait une croûte, l'épiderme tombait, la peau devenait lisse, les traits grossissaient, l'effet était d'autant plus grand que l'on prenait les boutons plus près du début.

L'honorable membre fut lui-même victime de l'épidémie; il resta sept jours sans voir paraître le mal et n'eut qu'à se louer de son procédé : ses cheveux, sa barbe, ses favoris tombèrent, mais aujourd'hui il ne porte aucune trace de la petite vérole.

M. Aubrun croit que ce n'est pas tant à l'onguent mercuriel qu'au masque que l'on doit les bons résultats signalés par M. Simonot; la petite vérole est plus prononcée aux mains, elle se développe d'autant plus que la chambre est plus aérée. Il a vu dernièrement un charbonnier, âgé de 35 ans, qui arriva à Paris, trois jours après avoir été pris de la petite vérole, en route. Cet individu, criblé de boutons, ne voulant pas aller à l'hôpital, demanda l'hospitalité à un pays, qui le mit dans un trou, dans un espace étroit, confiné par quatre murs, très obscur, attenant à la boutique, et clos au moyen d'une porte pleine. Le malade était couché sur un grabat, les boutons se développèrent rapidement, la suppuration eut lieu, il se forma une croûte qui, au bout de vingt jours, tomba par morceaux, et le malade guérit sans porter aucune trace de son mal. Il y a une quinzaine d'années, M. Gendrin insista fortement sur les bons effets de l'obscurité dans le traitement de la petite vérole, dans une leçon à la Pitié.

M. Simonot n'attachait pas aux onctions mercurielles l'idée émise par M. Aubrun. L'emplâtre de Vigo ne lui a pas procuré les mêmes résultats. Il pense qu'il y a une action spéciale de l'onguent sur le bouton lui-même à son début.

M. Mayer trouve la question des corps litigieuse. Étant, en 1849, médecin d'une colonie agricole en Afrique, et n'ayant pas de médicaments sous la main pour s'opposer aux traces de la petite vérole, il employa un masque de papier brouillard et d'amidon, qui lui procura une excellente réussite. Du reste, il partage l'opinion de M. Aubrun.

M. Simonot : Quand on emploie l'emplâtre de Vigo, la figure se trouve à l'abri de l'air et de la lumière ; il n'en a retiré aucun avantage ; ce n'est donc pas à l'abri de la lumière qu'il faut attribuer l'effet. Il faut tenir grand compte de la nature de l'épidémie, car il y a des cas où, en abandonnant le malade à lui-même, il n'est pas marqué. Quand on a affaire à des épidémies graves comme celles signalées par les anciens auteurs ou quelques-unes de celles de nos jours, le défaut de lumière seul ne suffit pas pour empêcher l'effet de l'éruption sur la face.

M. Bauche a eu recours une fois à l'emplâtre de Vigo : le malade arracha le masque, le front seul resta couvert, et là seulement il n'y eut pas de traces du mal.

M. Mercier croit qu'il y a deux éléments dans la suppuration varioleuse : la suppuration de la crise variolique et celle due à l'inflammation. Plus l'inflammation est intense, plus la suppuration est forte. Dans les salles de varioleux, presque toujours le cou est aussi exposé à l'air que la face, les marques n'y sont cependant pas visibles. Il en est de même pour les mains et les bras, laissez ces derniers à l'air, c'est à peine s'ils sont marqués, tandis que les mains sont criblées. L'épiderme n'aurait-il pas acquis sur les parties ordinairement découvertes des propriétés telles, que les pustules s'y développent mieux que sur celles qui sont couvertes ?

M. Perrin pense, comme M. Mercier, que l'élément anatomique joue un très grand rôle ; mais, pour lui, la lumière exerce aussi une certaine influence. Ainsi, on a constaté l'existence de la petite vérole chez des fœtus qui, à leur arrivée au monde, n'en portaient aucune marque. Quelques enfants réfractaires à l'action de la vaccine n'auraient-ils pas eu la petite vérole dans le sein de leur mère ?

M. Simonot : Si l'action de la lumière était telle qu'on l'avance, la coloration de la peau devrait produire un résultat analogue; or, le noir et le blanc passent par les mêmes phases et sont également abîmés par la petite vérole. Pour les noirs, les localités qu'ils habitent sont peu éclairées, leur couche est une natte noire, qui n'admet ni le jour ni l'air.

M. Mercier croit les observations de fœtus atteints dans le sein de leur mère excessivement rares, car presque toujours, lorsqu'une femme enceinte est atteinte de la petite vérole, elle avorte.

M. Aubrun : La petite vérole amène l'avortement, mais elle n'est pas une cause générale de cet accident. Il a vu une femme grosse de cinq mois, atteinte de la petite vérole et guérir, puis donner le jour à un enfant qui, jusqu'à 13 ans, fut vacciné sept fois sans succès ; à 18 ans la vaccine prit parfaitement. En 1857, il donna des soins, place Maubert, à une femme grosse de sept mois, et atteinte de la petite vérole. L'enfant ne remuait plus; on ne percevait aucun battement; on crut à la mort du fœtus. M. Chailly, appelé en consultation, partagea cet avis. Le dix-neuvième jour, lorsque les boutons commencèrent à s'affaisser, on perçut de légers battements du cœur de l'enfant. La femme accoucha à terme d'une petite fille très bien portante, ne présentant aucune trace de son mal; on la vaccina inutilement avec du vaccin qui avait parfaitement réussi sur huit autres enfants. M. Aubrun a encore vu, avec M. Gaide, rue des Tournelles, une femme grosse de huit mois à huit mois et demi, atteinte de la petite vérole ; lorsque les boutons se desséchèrent, l'enfant vint au monde, il avait des rougeurs sur la peau; cinq ou six jours après la naissance, elles disparurent. Cet enfant vécut vingt-huit à trente jours.

M. Mayer ne trouve rien d'extraordinaire à ce que les blancs et les noirs éprouvent les mêmes effets de la petite vérole, la botanique apprenant que les fleurs éprouvent toutes la même action de la lumière.

M. Simonot demande si les fleurs subissent toutes cette action de la même manière?

M. Mayer répond affirmativement.

M. Trèves a été appelé auprès d'un individu de 35 ans, assez bien constitué, qui, ressentant de la courbature et un malaise général, crut devoir prendre un bain russe. Le mal s'aggrava, il y eut des douleurs dans les deux genoux, puis des coudes, des épaules ; le tout accompagné d'une angoisse très forte, d'une transpiration tellement abondante, que les matelas étaient transpercés. Ces symptômes diminuèrent, et le mal se porta sur les poignets ; on eut recours au chloroforme, aux cataplasmes laudanisés.

Il y avait des douleurs très vives du côté du diaphragme ; à chaque instant le malade étouffait; il fallait lui donner de l'air; le corps était couvert d'une éruption rouge analogue à la suette miliaire.

Le dixième ou douzième jour, l'affection rhumatismale céda ; il y eut un léger saignement par le nez; le ventre était météorisé, les douleurs assez vives. M. Gendrin, appelé en consultation, trouva la prostration telle qu'il opina pour une fièvre typhoïde. Cet abattement fit des progrès pendant deux ou trois jours; il y avait insomnie; le pouls donnait 120 à 130 pulsations. Une petite saignée amena une espèce de détente et fournit du sang couenneux; puis tout céda, et le malade entra en convalescence. M. Trèves se demande à quelle affection il avait eu affaire ; il n'y avait pas de diarrhée, pas d'enduit muqueux de la langue, mais l'angoisse et la prostration étaient extrêmes.

M. Dreyfus demande quel caractère avait l'éruption, si la transpiration avait une odeur *sui generis*.

M. Trèves : Le corps était entièrement couvert de rougeurs ; quant à la transpiration, elle n'avait rien de particulier.

M. Dreyfus pense que l'on a eu affaire à une suette miliaire essentielle, maladie qu'il a observée sur plus de 2,000 individus dans le Bas-Rhin ; par suite de la transpiration abondante, la miliaire a éliminé le principe du mal. La suette miliaire commence par une angoisse violente, des douleurs excessives. Deux médecins allemands, MM. Hissert et Schahl, ont publié une excellente monographie sur ce sujet. Dans cette maladie, la transpiration est très abondante, avec une odeur très forte de souris ou de paille pourrie.

M. Trèves dit que ce qui a fait penser à une fièvre typhoïde, c'est qu'il y a trois mois, un enfant de la même famille, un neveu, en avait été atteint.

M. Perrin partage l'avis de M. Dreyfus, car la convalescence a été très rapide, ce qui n'a pas lieu dans la fièvre typhoïde.

M. Bauche aurait cru à une fièvre rhumatismale avant l'explication de M. Dreyfus, il demande si le sang est couenneux dans la fièvre miliaire.

M. Trèves répond que M. Gendrin, qui a observé la miliaire essentielle ne croit pas avoir eu affaire, dans ce cas, à cette affection ; il y avait rougeur, œdème ; le malade marcha longtemps comme un canard; il ne perdit par un cheveu. Il pense qu'il peut bien avoir eu affaire à une fièvre rhumatismale à forme ataxique miliaire.

M. Mesnet a observé trois fois la fièvre rhumatismale dans les hôpitaux de Paris; toutes ont eu, pour phénomène terminal, des sueurs extrêmement abondantes; sous l'influence de ces sueurs, il survenait des sudamina en plus ou moins grande abondance. La sueur serait donc le jugement de la maladie. Les phénomènes observés par M. Trèves coïncident parfaitement avec ce qu'il a vu.

M. Perrin : Dans la suette miliaire, il y a saignement de nez, anxiété précordiale, étouffement.

M. Dreyfus : La fièvre miliaire a des caractères tellement tranchés qu'on ne peut jamais se tromper lorsqu'on l'a bien étudiée : il y a toujours oppression, anxiété, douleurs dans les petites articulations, yeux vitrés, sueurs *sui generis*.

M. Boinet a été à même de voir beaucoup de miliaires dans le département de la Marne pendant le dernier choléra. Il observa tout ce que l'on vient de dire, mais il n'a jamais vu de douleurs articulaires avec gonflement comme dans le cas de M. Trèves; il a été surtout frappé de l'état d'accablement, de collapsus dans lequel se trouvaient les sujets.

M. Dreyfus dit qu'il y a des miliaires nerveuses, ataxiques, inflammatoires. Le traitement varie selon la forme. Les douleurs violentes dans les articulations sont assez rares, mais il y en a assez souvent dans les divers sujets nerveux. Frédéric Hoffmann et Bursérius ont trouvé la miliaire et le rhumatisme réunis.

M. Mesnet insiste sur ce que la fièvre rhumatismale, étant de nature inflammatoire, donne du sang couenneux, tandis que dans la fièvre miliaire il y a dissolution du sang, diminution de la fibrine. Il croit donc que M. Trèves a eu affaire à une fièvre rhumatismale.

M. Aubrun partage cet avis.

M. Dreyus pense qu'il y a une grave erreur : la flaccidité du sang n'est pas générale dans la miliaire; lorsque la maladie revêt le caractère inflammatoire, elle donne un sang couenneux; les deux médecins allemands qu'il a cités plus haut ont fortement insisté sur ce point.

M. Ameuille a été récemment appelé auprès d'un homme qui avait été affecté, il y a quelques années, d'une inflammation intestinale étendue du côté de la prostate et de l'urètre. Depuis, il avait toujours eu quelque chose du côté des organes génitaux ; de plus, soupçon de masturbation. Il y a un mois, cet individu éprouva des douleurs très vives du côté du périnée ; il y avait sensation d'un poids énorme, envies d'aller à la selle, d'uriner, élancements douloureux, le tout accompagné de difficulté dans l'émission des urines, qui, au début, étaient rares, rouges, sédimenteuses. Les bains, l'eau de Vichy, des sangsues, ramenèrent l'urine limpide, transparente. La prostate était douloureuse, un peu volumineuse. Le docteur Sée, appelé pendant la nuit, formula des pilules d'opium, belladone et aconit, qui ne procurèrent aucun soulagement. Soir et matin, le malade prenait un bain de siége ; les douleurs étaient presque continues. On fit trois applications de sangsues, sept à huit chaque fois ; la fièvre tomba, l'appétit revint; il y avait peu de douleur au toucher; mais elle reparaissait avec la même vivacité tous les quarts d'heure à peu près. M. Mercier, appelé, pensa qu'on devait combattre cette intermittence et administrer le sulfate de quinine. Dès la seconde pilule, les douleurs cessèrent pour ne plus revenir.

Le secrétaire annuel, J. Gimelle.

COURRIER.

Voici le portrait peu flatteur et peu flatté que M. Edmond About trace de la médecine et des médecins à Rome, dans l'*Italie contemporaine*, ouvrage publié par le *Moniteur*. Nous devons dire que ceux de nos confrères romains que nous avons eu l'honneur de voir en France ne pourraient être reconnus dans ce portrait :

« Dans une ville où les visites se paient de dix à trente sous, un pauvre diable de docteur mourrait de faim à la journée s'il n'était pas le client de quelques grandes maisons. Il touche ici un écu par mois, là deux, là cinq ou six. Pour le courant des affaires, il passe tous les soirs chez le pharmacien à l'heure de l'*Ave Maria*. C'est au pharmacien que le malade s'adresse lorsqu'il a besoin du docteur, car le domicile du docteur est presque toujours inconnu. Quand vous vous promenez devant une pharmacie, vers six heures du soir en hiver, vous voyez une demi-douzaine de Messieurs qui se serrent autour du poêle, le chapeau sur la tête : autant de médecins qui attendent la pratique ! En été, ils se tiennent sur le pas de la porte, comme les commissionnaires à Paris.

» Il y en a certainement plus d'un qui mériterait de vivre autrement; mais on peut dire, sans se compromettre, que la masse des médecins romains est ignorante à faire frémir. Pour un ou deux qui suivent pas à pas les progrès de la science moderne, on en compte vingt qui sont encore à la thérapeutique de M. Purgon. Presque tous les malades exposés à leurs soins déjeunent d'une purgation et dînent d'une saignée. Les habitants de Rome sont les mieux purgés et les mieux saignés de tous les chrétiens. On saigne les malheureux atteints de la fièvre intermittente, jusqu'au jour où, épuisés simultanément par la maladie et par le remède, ils descendent tout pâles au tombeau.

» La plupart des médecins de ce pays ont la jactance bruyante des charlatans. Ils expliquent au malade, à haute et inintelligible voix, la cause de ses souffrances : « Pauvre créature périssable, c'est le ver qui te tourmente ; tu es littéralement victime de l'*acrastia vermi*. Par bonheur pour toi, tu m'as appelé à temps; le ver ne s'est pas encore insinué jusqu'aux grands ressorts de la vie. Je vais l'arrêter dans sa marche par une bonne saignée, de peur qu'il ne profite du mouvement de la circulation pour s'avancer plus loin : nous verrons ensuite à l'expulser inopinément dans le torrent d'une purgation détersive. » Après huit jours de traitement, le malade, vidé comme un poulet, finit par rendre un filament blanc ou rouge, et le médecin s'écrie : Félicite-toi d'avoir rencontré un digne élève d'Hippocrate ! La science a fait un miracle de plus ; le ver est dompté, tu es guéri ! »

» Cependant j'ai rencontré un docteur beaucoup plus modeste. Il était jeune. Le pharmacien l'avait envoyé dans une maison où je me trouvais par hasard. Le malade lui dit : « Je ne me sens pas bien, ma tête est lourde, je suis gros, j'ai le cou passablement court; je ne me soucie pas de mourir d'*accident* : saignez-moi.

» — Volontiers, répondit le jeune homme en ôtant son habit. La saignée est une belle opération, très utile, et assez facile ; oui, assez facile, en vérité, quoique tous les hommes ne soient pas également adroits. Vous n'avez pas peur ? Oh ! ni moi non plus. Qu'est-ce qu'une saignée ? Une piqûre à faire au bras. Le tout est de ne pas trembler. » Il tremblait un peu. Cependant il se raffermit en présence du danger, tira sa lancette, piqua la veine. Un beau filet de sang jaillit dans la cuvette, et le jeune docteur tomba à genoux en s'écriant : « Rendons grâce à la Madone ! Cette fois j'ai réussi. »

» Lorsqu'il fut remis de son émotion, je lui dis : « Parbleu, docteur, vous avez la main heureuse, et je veux, moi aussi, me confier à vos soins. Le maudit vent de sirocco, qui souffle depuis deux jours, me cause je ne sais quel malaise, et j'ai bien de la peine à travailler.

» — Voulez-vous que je vous purge ?

» — Merci.

» — Voulez-vous que je vous saigne ?

» — Oh ! merci. N'abusons pas des bontés de la Madone. »

» Il reprit avec une certaine hésitation : « Que feriez-vous, de vous-même ?

» — Je crois que je prendrais un bain de pieds bien chaud.

» — Vous avez raison. Oui, prenez un bain de pieds, je vous l'ordonne. Ensuite, si vous m'en croyez, vous vous mettrez au lit et vous ferez une prière à saint André Vellina ; son intervention est toute puissante en pareille matière. »

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 92. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 5 Août 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la ligature de l'œsophage a donné lieu à un très remarquable discours prononcé par M. Devergie. L'Académie a vu avec une satisfaction marquée que les anciennes et vives oppositions qui divisaient cet honorable confrère et Orfila n'ont pas empêché l'orateur de reconnaître les grands et beaux services rendus par ce dernier à la toxicologie. Mais M. Devergie place ailleurs que dans l'expérimentation sur les animaux la gloire d'Orfila. Pour lui, cette expérimentation n'aboutit à rien d'utile et ne peut conduire qu'à des résultats décevants ou dangereux. Ce thème a été développé avec talent par l'orateur et quoique tous les exemples qu'il a cités ne soient pas à l'abri de la critique, il faut reconnaître que leur ensemble a été saisissant et de nature à rendre peut-être plus ferme et plus accentuée la principale conclusion de la commission. M. Devergie a reproché à la commission de n'avoir pas osé conclure ; il voudrait que la ligature de l'œsophage fût à peu près bannie des expériences toxicologiques, et, s'appuyant sur le rapport lui-même, il a fait voir que, malgré l'habileté des expérimentateurs, et, malgré toutes les précautions prises, l'opération avait été plus souvent dangereuse qu'innocente.

M. Trousseau a défendu son rapport avec chaleur. Tout n'est pas à rejeter dans l'expérimentation sur les animaux. Si la symptomatologie n'est pas vivement éclairée par cette expérimentation à cause de l'impressionnabilité différente de l'homme et des animaux aux agents toxiques, M. Devergie a reconnu lui-même que l'anatomie pathologique en pouvait retirer de grandes lumières, et l'anatomie pathologique joue un rôle important en toxicologie. Faite avec les précautions indiquées dans le rapport, la ligature de l'œsophage n'a pas les dangers que lui attribue M. Devergie, puisqu'elle n'a donné lieu à des accidents que trois fois sur cent. Les conclusions du rapport sont légitimées par tous les faits connus ; elles en sont l'expression fidèle et la conséquence.

La discussion continuera mardi prochain.

M. Robinet a procédé à une nouvelle exécution de nombreux remèdes secrets et nouveaux, et l'on sait quel parti spirituel cet ingénieux rapporteur sait tirer des rêveries trop souvent intéressées des médicastres, race féconde et qui repullule sans cesse malgré les coupes réglées et mensuelles qu'on fait l'honorable académicien.

Parmi les pièces de la correspondance adressées à l'Académie dans cette séance, nous en trouvons une qui nous fournit l'occasion de réparer une omission dont nous avons été, dans le temps, involontairement coupable, qui nous permet aussi d'appeler l'attention de l'Académie sur une question de justice scientifique et de priorité. Les académiciens chargés de faire des rapports qu'ils ne font pas, ou qu'ils ne font pas à temps, savent-ils à quels embarras, à quelles réclamations, à quelles luttes peut-être ils exposent les travailleurs qui, pleins de confiance, adressent leurs travaux aux Sociétés savantes? Tous ces inconvénients arrivent aujourd'hui à un très honorable et modeste savant, M. Leras, inspecteur de l'Académie de Besançon, dont les remarquables recherches sur le pyrophosphate de fer, adressées à l'Académie des sciences en septembre 1849, à l'Académie de médecine en novembre 1854, n'ont encore été l'objet d'aucun rapport, tandis qu'un travail beaucoup plus récent d'un autre chimiste sur le même sujet, a trouvé à l'Académie de médecine un rapporteur zélé. Par cet oubli des communications très antérieures de M. Leras, on a placé cet honorable chimiste dans la nécessité de réclamer contre le silence qui s'est fait autour de ses travaux, et c'est une réclamation qu'il a adressée hier dans une lettre, très convenable d'ailleurs, mais dans laquelle il revendique avec énergie ses droits à la priorité, en signalant les avantages des préparations qu'il a introduites dans la thérapeutique. Nous devons dire que le conseil de l'Académie s'est empressé de renvoyer la réclamation de M. Leras à l'examen d'une commission composée de MM. Barth, Bouchardat et Boudet, triple garantie donnée à l'honorable réclamant que justice lui sera enfin rendue.

Le pyrophosphate de fer et de soude paraît appelé à jouer un rôle important en thérapeutique ; il a été découvert par M. Persoz qui en avait pressenti les propriétés médicales. Étudié avec soin par M. Leras qui a fait subir des modifications très importantes au mode de préparation indiqué par M. Persoz, on peut dire avec justice que c'est aux recherches de M. Leras qu'est due l'introduction de cette nouvelle préparation de fer dans la pratique médicale. C'est après avoir expérimentalement soumis tous les ferrugineux connus à l'action du suc gastrique, que M. Leras s'est convaincu des avantages présentés par le pyrophosphate de fer et soude, par la facilité et la rapidité de l'absorption du fer métallique contenu dans ce sel, et surtout par son inaltérabilité dans l'estomac sous l'influence du suc gastrique. Il ne s'agissait plus que de donner à ce sel une forme médicamenteuse convenable, et c'est ce qu'a fait M. Leras, depuis plusieurs années, par la préparation d'une solution et d'un sirop au pyrophosphate de fer et de soude. Toutes les recherches de M. Leras ont été successivement et sans réserve communiquées aux Académies des sciences et de médecine. Depuis plusieurs années aussi les médicaments préparés par M. Leras et déposés à la pharmacie Dorvault sont journellement employés par un grand nombre de praticiens de Paris, qui témoignent de leurs avantages. Ainsi donc la priorité en faveur de M. Leras ne saurait être sérieusement contestée : antériorité de publication, antériorité de préparation et de dépôt, voilà les titres sérieux de ce chimiste à la justice de l'Académie, justice que nous serions heureux de contribuer à faire rendre à un savant modeste et isolé, auquel nous devions personnellement une réparation pour l'oubli involontaire que nous avions fait d'une de ses réclamations.

Il ne saurait nous convenir de rechercher si la préparation de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, sur laquelle un rapport a été récemment fait à l'Académie, diffère essentiellement du pyrophosphate de fer et de soude de M. Leras. C'est l'affaire de la commission nommée, et cette commission doit inspirer toute confiance ; ce qu'il nous importait ici de faire connaître, c'est que la pratique, grâce à M. Leras, est en possession, depuis plusieurs années, d'un très bon médicament, que ce médicament n'a été l'objet, de la part des médecins qui l'emploient, d'aucune observation critique et qu'aucun besoin sérieux ne se faisait sentir d'y apporter la moindre modification.

Dans la correspondance se trouvait aussi une lettre de M. Colin, d'Alfort, en réponse aux attaques dont il avait été l'objet par M. Bouley dans la précédente séance. Le conseil a pensé qu'après les explications qui avaient été données par M. Trousseau et que M. Bouley avait acceptées, du moins par son silence, la lettre de M. Colin n'avait plus sa raison d'être et ne pouvait être lue en séance. Cette décision de l'Académie trace notre ligne de conduite ; nous ne pouvons reproduire une lettre dont la lecture a paru présenter des inconvénients.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1) ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité.

L'observation clinique ayant démontré que la peau, les membranes muqueuses qui tapissent l'entrée des ouvertures naturelles jusqu'à une certaine profondeur, les organes des sens, les muscles soumis à l'empire de la volonté et les os, pouvaient être frappés d'anesthésie, soit séparément, soit collectivement, il est indispensable d'étudier ce phénomène morbide dans ces diverses parties.

ANESTHÉSIE DE LA PEAU.

L'enveloppe extérieure du corps est la partie sur laquelle on observe le plus fréquemment l'anesthésie. Sur les 240 anesthésiques observées par moi, il n'y en a pas eu une seule chez laquelle la peau n'ait été frappée d'insensibilité à un degré quelconque.

Il est de toute évidence que ce genre d'anesthésie existait chez les trembleurs des Cévennes et chez les convulsionnaires de St-Médard, que l'histoire de ces temps présente comme étant complétement insensibles, et comme ne percevant pas la douleur, quelque torture qu'on leur fît subir.

L'insensibilité de la peau offre, relativement à son siége, des particularités assez curieuses.

Je l'ai vue affecter :

1° Toute la surface de la peau chez 4 malades seulement.

2° Toute une moitié latérale du corps, la face, la tête, le tronc et les membres, et constituer une sorte d'hémiplégie de la sensibilité chez 93 malades. Et ce qu'il y a de particulier, c'est que la moitié gauche du corps était bien plus souvent anesthésiée que la moitié droite. Aussi le côté gauche avait été intéressé chez 70 malades, pendant que le côté droit ne l'avait été que chez 20. Chez 3 hystériques atteintes d'anesthésie du côté gauche, le côté droit était déjà un peu frappé d'insensibilité.

Ainsi, l'anesthésie comme l'hyperesthésie a une prédilection marquée pour le côté gauche du corps. A quoi rapporter cette différence de 3 à 1 ? D'après Weber, le côté gauche du corps serait plus impressionnable que le côté droit chez la grande majorité, 11 sur 14. Cette aptitude aux sensations rend-elle la sensibilité de ce côté plus facile à troubler ?

Dans ces cas, l'anesthésie de la peau est, le plus souvent, très exactement limitée à la ligne médiane, tant en avant qu'en arrière. Cette limitation est tellement précise, que de deux piqûres d'épingle faites à quelques milimètres de distance l'une de l'autre sur une même ligne horizontale, celle du côté anesthésié n'est nullement sentie, tandis que celle de l'autre côté de la ligne médiane l'est très nettement.

Dans quelques cas, cependant, la limite est moins précise, et tantôt l'anesthésie ne va pas jusqu'à la ligne médiane, tandis que d'autres fois elle s'étend de l'autre côté.

3° Une des moitiés latérales de la face, et presque toujours celle du côté gauche, chez 8 malades.

4° Le tronc chez 44 malades ; l'insensibilité envahissait la totalité de cette partie du corps chez 4 ; la moitié gauche seulement chez 16 ; la moitié droite chez 3 ; une partie du dos chez 10, et la région épigastrique chez 8.

5° Les membres supérieurs seuls chez 51 malades : l'anesthésie occupait les deux membres supérieurs chez 6 ; le membre du côté gauche chez 25 ; tandis que celui du côté droit n'a été atteint que trois fois. L'épaule gauche seulement chez 3 ; les avant-bras des deux côtés chez 8 ; l'avant-bras droit seul chez 6 ; enfin les deux mains chez 5, et la main droite seule chez 1.

6° Chez 24 seulement elle occupait les membres inférieurs, des deux côtés chez 6 ; du côté gauche chez 8 ; du côté droit chez 2 ; les deux jambes chez 5 ; la jambe gauche chez 2, et la droite chez 1.

7° Les quatre membres chez 4.

8° Enfin les deux mains et les deux pieds à la fois chez 5 malades.

On voit que l'anesthésie générale de la peau est un fait fort rare ; que l'anesthésie limitée à l'un des côtés du corps est, au contraire, fréquente, et qu'enfin l'anesthésie restreinte est la plus commune de toutes.

L'anesthésie, limitée à des surfaces médiocrement étendues, offre, dans sa disposition, une grande bizarrerie ; il est difficile de trouver, entre cette disposition et le trajet des filets nerveux correspondants, un rapport quelconque. Ainsi, l'anesthésie occupera une épaule, la moitié externe, la moitié interne, ou la moitié supérieure d'un membre ; une portion plus ou moins étendue du dos, du thorax ou de l'abdomen. Chez une jeune femme, elle occupait tout le pourtour de l'anus et s'étendait sur la moitié postérieure des grandes lèvres, où elle s'arrêtait d'une manière très nette.

Il y a donc lieu de supposer que l'anesthésie affecte le tissu de la peau lui-même, et, par conséquent, les filets nerveux qui y sont fondus.

L'anesthésie de la peau, ainsi qu'on peut le constater, siége bien plus souvent à gauche qu'à droite ; ainsi, j'ai trouvé 116 cas d'anesthésie à gauche contre 25 d'anesthésie à droite, ce qui donne presque la proportion de 5 à 1.

On doit à M. Moisin (thèse de 1855) d'avoir réuni quelques faits destinés à jeter quelque lumière sur la cause de cette différence. Ainsi 1° chez l'embryon, le côté droit du corps est ordinairement le plus développé des deux ; 2° chez l'adulte, tous les organes du côté droit sont plus volumineux que ceux du côté gauche ; 3° les sinus latéraux et la veine jugulaire, le tronc brachio-céphalique, sont bien plus forts du côté droit que du côté gauche ; 4° les vices de conformation sont bien plus communs du côté gauche que du côté droit ; 5° les anomalies des vaisseaux sont également plus communes à gauche qu'à droite ; 6° la chorée, les névralgies et l'atrophie de l'encéphale sont également plus fréquents à gauche.

Il semblerait, d'après toutes ces raisons, que l'harmonie des fonctions soit plus facile à troubler dans le côté gauche que dans le du côté droit, et ce serait pour cette raison que, dans l'hystérie, les troubles de la sensibilité seraient plus fréquents à gauche qu'à droite.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 27 juillet.

La sensibilité de la peau à l'état physiologique a été, de la part des expérimentateurs, de Gerdy, et de M. le docteur Landry entre autres, l'objet d'une analyse très délicate. On a reconnu, dans l'enveloppe extérieure, divers modes de sentir assez différents les uns des autres, lesquels peuvent se réduire à quatre : le tact, la douleur, le chatouillement et la sensation des températures. Par conséquent, l'anesthésie peut porter spécialement sur un ou sur plusieurs de ces modes de sentir.

Les distinctions qui résultent de là, peuvent être fort utiles en physiologie, mais elles sont de nulle importance dans l'hystérie, où elles se résument toutes en une diminution dans la faculté qu'a la peau de sentir et de juger le contact des corps.

Quand l'anesthésie est incomplète, le tact est obtus, la douleur imparfaitement sentie et les températures mal appréciées : l'affaiblissement de ces diverses manières de sentir n'est pas toujours au même degré pour toutes. Ainsi, chez une malade, il y aura de l'analgésie pendant que le tact existera encore à un certain degré. Chez une autre, ce sera le contraire ; chez une troisième, les températures seront mal appréciées. Mais, quelque variété qu'il y ait, il existe toujours, comme lésion fondamentale, une diminution notable dans le tact. Lorsque l'anesthésie est complète, la partie de peau anesthésiée est insensible au toucher, à la pression, aux pincements, aux piqûres, aux incisions, à la cautérisation, au passage des courants électriques intermittents ; elle ne perçoit plus ni les températures ni le chatouillement. Les topiques irritants, vésicatoires, rubéfiants, etc., ne sont pas plus sentis que ne le sont les douleurs qui résultent des phlegmasies de la peau, et cependant les phénomènes de rubéfaction, d'urtication et de vésication s'y produisent à peu près comme dans une peau complètement douée de toute sa sensibilité. Cependant les tissus érectiles, tout en ne transmettant pas d'impression au cerveau, conservent la faculté de s'ériger ; ainsi les mamelons du sein, bien qu'insensibles au toucher, conservent la faculté de s'ériger au moindre contact. La température de la peau anesthésiée est abaissée d'un à deux degrés centigrades. La circulation capillaire s'y fait lentement. Les malades y sentent du froid.

L'anesthésie de la peau entraîne avec elle plutôt de la gêne que du malaise. Les malades ayant perdu la faculté de distinguer les qualités tactiles du corps, telles que leur dureté, leur poli, leur étendue, ne peuvent plus rien juger de ce qui les touche, elles ne sentent pas si elles sont couvertes ou découvertes, elles ne distinguent pas les vêtements qui les couvrent, le lit sur lequel elles sont couchées. Si la vue n'intervenait pas, elles ne seraient pas averties de la présence de corps dont le contact pourrait leur être nuisible. Les mains ne peuvent plus rien tenir ; les malades, si elles ne dirigent pas leurs yeux sur ces organes, laissent tomber, sans s'en apercevoir, les objets qu'elles tiennent. Les pieds ne percevant plus le contact du sol, les malades marchent d'une manière mal assurée, elles trébuchent contre le moindre obstacle et lors de la moindre inégalité du sol.

Quelquefois aucune sensation pénible n'accompagne cet état, cela n'a lieu que quand l'anesthésie est peu étendue ou quand elle est ancienne. Mais lorsque l'anesthésie a de l'intensité, elle s'accompagne d'engourdissements, de fourmillements, de picotements très pénibles, et, dans quelques cas, de fortes douleurs lancinantes qui s'étendent jusque dans les parties subjacentes à la portion de peau privée de sensibilité. Il est à remarquer que ces sensations douloureuses n'ont ordinairement lieu que lorsque l'anesthésie occupe les membres. Ainsi elles existaient : 1° dans les quatre membres des femmes qui étaient atteintes d'anesthésie de toute la surface du corps ; 2° dans le côté anesthésié chez 24 des femmes atteintes d'anesthésie de l'une des moitiés latérales du corps ; 3° dans les membres supérieurs chez 16, et dans les inférieurs chez 12.

Il arrive encore assez souvent au tronc, que les muscles superficiels des lieux où existe l'anesthésie limitée sont atteints d'hyperesthésie.

Des anesthésies plus profondes accompagnent souvent celle de la peau ; les plus communes sont celles des membranes muqueuses des orifices, celles des organes des sens, et celle des muscles.

Dans l'anesthésie générale de la peau, il y a ordinairement anesthésie des sens des deux côtés, et des muscles des membres ; or, comme l'anesthésie des muscles s'accompagne toujours d'un affaiblissement dans la puissance musculaire, cet état équivaut presque à une paralysie générale ; les malades ne peuvent pas sortir du lit, et elles ne sont capables de faire quelque chose avec les mains, qu'autant que la vue vient aider à leur action.

Dans l'anesthésie de la peau d'une des moitiés du corps, toujours les sens du même côté sont plus ou moins profondément anesthésiés, et en même temps les malades sont assez souvent, pour le mouvement, dans un état assez approchant de celui d'un hémiplégique pris de paralysie incomplète.

Enfin l'anesthésie limitée de la peau du tronc donne en général lieu à très peu de troubles.

Quand l'anesthésie de la peau se produit lentement, ou la malade ne s'aperçoit de rien ou elle éprouve préalablement une sensation de froid et d'engourdissement. Quand elle se produit rapidement, elle est précédée de sensations assez pénibles à la peau. Excepté quand elle apparaît à la suite d'une attaque, alors elle n'est précédée par aucune sensation particulière.

L'anesthésie limitée de la peau se dissipe, en général, assez facilement, soit parce que les troubles hystériques se sont améliorés, soit parce qu'on l'a attaquée directement par les moyens topiques appropriés. Il n'en est pas de même de l'anesthésie générale, qui offre une ténacité désespérante.

Le diagnostic de l'anesthésie de la peau est tellement facile à établir, que je ne m'en occuperais pas, si je ne sentais la nécessité d'édifier sur ce point bon nombre de médecins qui, trouvant fort extraordinaire de voir considérer comme très communs, des accidents qu'ils n'ont jamais observés, bien qu'ils aient eu des hystériques à traiter, paraissent croire que ces prétendues anesthésiées sont le produit d'une illusion de la part des observateurs, ou de supercheries de la part des personnes soumises à l'observation.

En premier lieu, je suis dans l'usage de couvrir les yeux des malades, et d'explorer, soit par la piqûre, soit par le pincement, l'étendue de l'insensibilité et ses limites, et quand il reste du doute, je lance à l'improviste, à travers la peau, un courant par induction, lequel provoque une douleur telle, qu'il y a très peu de personnes assez maîtresses d'elles pour ne pas donner des signes évidents de souffrance. Si, par hasard, quelques femmes avaient le travers d'esprit de se laisser martyriser sans sourciller, pour le seul plaisir de tromper, on n'en trouverait pas 60 sur 100 qui seraient disposées à se laisser aller à la même fantaisie.

En second lieu, l'anesthésie a des lois qui la régissent ; or, puisque les médecins eux-mêmes ne connaissent pas encore ces lois, à plus forte raison, les malades, ne devant pas les connaître, ne pourraient pas les suivre. Enfin, ces anesthésies se constatent aussi bien sur des filles de la campagne, atteintes pour la première fois d'accidents hystériques, et qui ne se doutent pas le moins du monde que leur peau puisse, sans qu'elles le sentent, être piquée jusqu'au sang, ou pincée jusqu'à production d'une ecchymose, qu'on les constate sur les filles plus sensibles des villes.

Personne ne supposera que l'observateur lui-même soit assez infatué de ses idées pour que son imagination puisse créer de toutes pièces un tel ensemble de faits. Il faut donc que les incrédules se résignent à admettre, tout singuliers qu'ils paraissent au premier abord, des faits qui sont généralement constatés par tous les élèves internes et par tous les médecins des hôpitaux qui ont bien voulu prendre la peine de les chercher.

(La suite à un prochain numéro.)

DES DÉPOTS SANGUINS ET PURULENTS DU FOIE, OUVERTS DANS LES VOIES DIGESTIVES (1) ;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

§ II. — ÉPANCHEMENTS PURULENTS DU FOIE.

L'épanchement des dépôts purulents du foie dans les voies digestives a été observé un certain nombre de fois. On l'a constaté dans l'estomac et dans le duodénum. Quoique l'ouverture paraisse plus difficile à s'établir dans le colon, qui est plus mobile, il peut cependant avoir lieu, et l'observation que j'ai à rapporter en sera une nouvelle preuve. Je vais la faire précéder d'un état sommaire de nos connaissances sur ce point d'hépatologie.

Il n'existe qu'un petit nombre d'observations d'*abcès du foie ouverts dans l'estomac*. Je ne trouve dans mes notes que trois faits de ce genre. Le premier est dû à Vogel et provient des *Actes des curieux de la nature*, vol. V, obs. 90 ; il est reproduit par Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, tome VII, p. 554. Il avait pour sujet un homme de 67 ans, qui, après de grands emportements de colère et une profonde tristesse, éprouva une douleur suivie de gonflement à l'épigastre ; plusieurs mois après, il vomit, avec de grands efforts, une quantité considérable de pus fétide et sanguinolent, auquel se mêlèrent de petites portions de la substance du foie. La mort arriva le vingt-deuxième mois après l'invasion de la maladie. Le lobe gauche du foie contenait le foyer d'un abcès, dont les parois noirâtres exhalaient une odeur de gangrène ; la partie inférieure du foyer communiquait dans l'estomac par une large ouverture. La face supérieure de l'estomac avait contracté des adhérences tellement intimes avec le lobe gauche du foie qu'il était impossible de l'en séparer. — Le deuxième fait est rapporté par M. Andral dans sa *Clinique médicale*, t. IV, p. 256 : un homme qui souffrait depuis longtemps de douleurs à l'épigastre et avait eu de fréquents accès de fièvre, mourut dans le marasme. A l'autopsie, on trouva dans le foie une cavité assez vaste pour admettre une orange et remplie de pus. A sa face postérieure, une solution de continuité, large comme une pièce de 2 francs, faisait communiquer cet abcès à l'estomac, à travers d'intimes adhérences. — Enfin, on trouve dans la *Gazetta medica italiana*, nos de juillet et décembre 1850, l'histoire d'un ancien et vaste abcès du foie, communiquant avec l'estomac et les voies urinaires ; cette observation est due à M. Lassana.

L'*ouverture des abcès du foie dans le duodénum* doit être rare, car je n'en ai qu'un seul exemple. Ce fait a été publié par le docteur Dowel, dans *Association medical Journal*, avril 1855 : Un homme de 53 ans, qui portait, à l'épigastre, une tumeur arrondie, sensible, pulsative, fut pris subitement d'une hématémèse considérable. Le lendemain, une pinte de pus fut rendue par l'anus et continua de s'écouler les jours suivants. Le malade commençait à se remettre de ces deux accidents, lorsque, un mois après, une hématémèse se manifesta une seconde fois, ainsi qu'une nouvelle issue de pus par les selles. La mort survint, précédée de prostration, d'anasarque, de diarrhée et de gangrène aux bourses. A l'autopsie, on trouva un abcès creusé dans le voisinage du lobe de Spigel ; il communiquait avec le duodénum par une ouverture d'un pouce de diamètre. Une plus petite perforation le faisait communiquer aussi avec le péritoine, qui contenait beaucoup de pus. Enfin, l'artère gastro-duodénale, qui s'ouvrait dans le même intestin, expliquait les hémorrhagies si abondantes.

Les abcès du foie peuvent s'ouvrir dans les canaux biliaires, et de là se verser dans le duodénum. Les *Éphémérides des curieux de la nature* font mention d'un fait semblable : Une jeune fille, qui avait successivement rendu par les selles plusieurs livres de pus, offrit, à l'autopsie, des conduits biliaires extrêmement dilatés et remplis de pus communiquant avec des abcès hépatiques ; le duodénum en contenait aussi. — M. le docteur Charcellay, professeur à l'École préparatoire de Tours, a constaté un fait semblable pendant son internat à l'hôpital de la Charité. Le malade portait dans le foie un kyste hydatique suppuré.

Je n'ai trouvé que deux observations avec autopsie, d'*abcès du foie ouvert dans le colon*. La première, qui est de Pibrac, est consignée dans le mémoire de Petit le fils, inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie, tome II, page 43. Ce chirurgien ouvrit un abcès au foie et le guérit. Cinq mois après, par suite d'une indigestion, nouveaux symptômes de l'abcès ; le treizième et le quatorzième jour, matières purulentes dans les selles ; mort le quinzième jour. L'autopsie montra un abcès entre la face concave du foie et le colon. Cet intestin, qui était perforé, avait donné passage au pus. La seconde observation est de Petit le fils lui-même (même mémoire, p. 48). Il fit l'autopsie d'un homme qui avait eu, à 50 ans, un abcès à l'hypochondre droit, dont le pus s'était vidé, pendant cinq années, par une ouverture établie dans la partie droite du colon. Cette ouverture était assez grande pour y passer le doigt.

J'ai réuni deux autres observations d'abcès du foie, présumés ouverts dans le colon, les malades ayant guéri. Celle que j'ai recueillie récemment en fera une troisième. Avant de rapporter celle-ci, je résumerai les deux premières.

Petit le fils (même mémoire, p. 45) raconte qu'une femme de 25 ans éprouva une tuméfaction dans l'hypochondre droit. Deux mois et demi après, douleur profonde, vives tranchées, et bientôt évacuation par les selles d'une chopine de matières en partie blanches, en partie lie-de-vin, qui diminuèrent peu à peu. — Le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers* contient le fait suivant, d'après M. le docteur Morisseau : Une dame fut prise d'une hépatite en 1842 ; peu après, sur la fin d'une fièvre typhoïde, le foie se tuméfie de nouveau, et, au bout d'un an, les symptômes prirent la plus grande intensité, et la malade ne tarda pas à rendre par les selles beaucoup de matières blanchâtres, analogues à du suif, et mélangées à du pus sanguinolent. Les mêmes symptômes se représentèrent presque tous les mois et se renouvelèrent une vingtaine de fois. Les digestions n'avaient pas cessé d'être bonnes, bien que le foie eût gardé un assez gros volume.

OBSERVATION II. — M. M..., ancien officier du génie, âgé de 53 ans, a passé un certain nombre d'années à Pondichéry. Pendant le séjour qu'il y a fait, il a éprouvé une maladie du foie. Revenu depuis longtemps en France et occupé d'affaires commerciales, il n'a cessé d'éprouver un malaise dans la région hépatique. Le 18 janvier de cette année, sans cause bien déterminée, une vive douleur, accompagnée de frissonnements, puis de fièvre, se manifesta à la partie droite de l'épigastre. On y sentait une tuméfaction douloureuse. On se borna d'abord à des applications émollientes et narcotiques ; mais la douleur augmentant on se hâta d'y appliquer quinze sangsues. En même temps on donna des boissons douces, des potions calmantes ; et des cataplasmes émollients, réitérés souvent, aidèrent à une issue assez notable de sang.

Le 20, les selles devinrent sanguinolentes ; le sang était très noir, comme décomposé, et exhalait une odeur fétide. Le soir, on s'aperçut qu'elles contenaient un dépôt considérable de matières purulentes. Chaque selle était suivie d'un état de faiblesse voisin de la syncope. Le 21, M. le docteur Barth, appelé en consultation, constata avec moi ces mêmes matières sanguinolentes et purulentes. En même temps, la tumeur de la région hépatique s'affaissait.

Nous considérâmes que la maladie du foie que M. M... avait éprouvée dans l'Inde avait dû être une sorte d'épine, qui avait favorisé le développement si rapide de cet abcès hépatique. Pour arrêter l'hémorrhagie, nous conseillâmes de la glace sur la région du foie, et à l'intérieur de l'eau de Rabel et du sirop de perchlorure de fer. Une toux fatigante qui se manifesta nous fit renoncer dès le lendemain à l'usage de la glace.

Peu à peu le sang et le pus cessèrent de se montrer dans les garde-robes ; la tumeur s'affaissa de plus en plus ; et, dès le 26, M. M... put commencer à prendre quelques aliments. Il conserva, pendant près de quinze jours, un spasme de la respiration, dont le départ était par lui rapporté vers la région épigastrique. Le malade, toutefois, y est sujet, mais à un beaucoup moindre degré. L'usage de frictions avec une pommade d'iodure de potassium et d'axonge, parut contribuer à faire cesser un reste d'empâtement qui persistait à l'hypochondre droit. Depuis, l'amélioration a été croissant, et il y a lieu d'espérer qu'une saison aux eaux de Vichy, ou l'usage de bains et de boissons de nature alcaline dissiperont jusqu'à la moindre trace des accidents qui avaient mis, pendant quelques jours, la vie du malade en danger.

Pas plus que dans l'observation première, il serait difficile de révoquer en doute dans celle-ci l'existence d'un abcès du foie, et son issue par les voies digestives. On pourrait, sans doute, s'étonner de la rapidité avec laquelle cet abcès s'est formé, si l'on ne remarquait qu'une ancienne maladie avait eu lieu dans l'organe hépatique, et que cet organe était le siége d'un malaise constant. L'absence d'envies de vomir et de vomissements doit faire supposer que le dépôt ne s'est pas fait jour dans le duodénum. Les spasmes de la respiration, dont le malade s'est ressenti pendant un certain temps, et qui lui semblaient partir de l'épigastre, nous pa-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

raissent devoir être rapportés aux adhérences qui ont dû s'établir entre le foie et le colon, et d'où il résultait un tiraillement pénible, à mesure que le foyer revenait sur lui-même.

Quelle que soit la gravité du pronostic dans les cas de dépôts sanguins ou purulents du foie ouverts dans les voies digestives, on ne doit pas désespérer de la guérison des malades. On a vu, dans ma première observation, que cette guérison paraissait devoir être obtenue, quoiqu'elle fût retardée par divers accidents qui occasionnèrent une bronchite intense, et que la mort ne survint que plus de trois mois après l'épanchement du sang dans les voies digestives. Relativement aux dépôts purulents, j'ai relaté trois observations de guérison dans les cas où les abcès hépatiques ont pris issue par le colon, comme tout semble le faire supposer. Plus l'ouverture a lieu loin de l'estomac, et moins, selon toute apparence, la guérison doit être difficile. La fistule qui provient de ces ouvertures persiste quelquefois très longtemps, ainsi qu'on l'a vu. Il en résulte un danger plus grand, car le pus, versé fréquemment sur la muqueuse des voies digestives, peut y occasionner de l'inflammation et des accidents de résorption qui finissent par faire périr les malades. Il n'en est pas de même lorsque l'évacuation se fait en très peu de temps; les forces, dans ce cas, n'ont pas le temps de s'épuiser, et la guérison peut s'opérer assez promptement, comme cela a eu lieu dans ma dernière observation.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Maison municipale de santé. — M. Monod.
Suppléant, M. Demarquay.

CANCER DE LA MAIN; AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS; GUÉRISON.

Il s'est présenté dernièrement dans le service chirurgical de la Maison municipale de santé, un homme atteint d'une affection à peine mentionnée dans les auteurs classiques, et dont il n'existe qu'un très petit nombre de faits dans les annales de la science; nous voulons parler du cancer de la main. Rapportons d'abord l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Delestre, l'un des internes du service.

M. X..., âgé de 55 ans, entre à la Maison de santé le 28 avril 1858. Il y a plus de deux ans qu'il apparut à la paume de la main une petite tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau; le malade croyant que c'était une verrue, essaya vainement de la faire disparaître par les caustiques. Cette tumeur augmenta de volume, s'ulcéra, et fournit un liquide sanieux. Le malade, inquiet, consulta un médecin, qui fit une application de pâte de Vienne. La chute de l'escarre laissa à découvert une plaie vermeille et de bon aspect, qui marcha rapidement vers la cicatrisation. Peu de temps après les bords devinrent durs et livides, le fond grisâtre, la suppuration fétide; du reste, pas de douleurs ni d'hémorrhagie. On administra l'iodure de potassium, mais sans amélioration. L'affection continuant sa marche envahissante, M. X... se décida à venir à Paris et entra à la Maison municipale de santé.

État actuel. — Ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq francs, occupant le pouce et la main, s'avançant jusqu'à l'éminence thénar en dehors, jusqu'au devant de l'articulation des 3e et 4e métacarpiens en bas. Les bords de cette ulcération sont calleux, violacés, saillants, nettement découpés et finement déchiquetés; le fond est grisâtre : on y aperçoit les fibres nacrées de l'aponévrose palmaire.

Le malade était entré depuis deux jours lorsqu'une hémorrhagie se fit par la plaie; à l'aide d'une compression bien faite, on parvint à arrêter le sang.

M. Demarquay pria M. Monod d'examiner avec soin ce malade, et lui demanda s'il serait d'avis de lui pratiquer une opération. M. Monod approuva l'intention de M. Demarquay, et le 9 mai dernier une amputation de l'avant-bras, à deux lambeaux, fut pratiquée. Le malade vient de sortir guéri.

Examen de la main. — Une tumeur fongueuse, mollasse, englobait, sans les altérer, les tendons fléchisseurs sublime et profond; les gaînes tendineuses seules sont malades; l'altération s'avance jusqu'au devant des 2e, 3e et 4e métacarpiens; les os sont sains, et le périoste seulement épaissi. L'hémorrhagie a été fournie par l'arcade palmaire superficielle, on trouve béant l'orifice qui a donné passage au sang. L'examen microscopique a démontré que l'on avait affaire à un épithélioma.

Bien que le cancer ait été plusieurs fois observé à la main, il n'en est pas question dans les anciens auteurs; on ne le trouve même pas mentionné dans la dernière édition du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer; cependant le chirurgien de la Charité avait pratiqué l'amputation de la main pour une tumeur cancéreuse du volume d'une grosse orange, qui occupait toute la surface carpo-métacarpienne palmaire de la main. (Rognetta, *Gaz. méd.*, 1831.)

Dans le *Dictionnaire en* 30 *volumes*, A. Bérard consacre quelques lignes aux tumeurs cancéreuses de la main (t. XVIII, p. 548).

Enfin, dans son *Traité de pathologie externe*, Vidal (de Cassis) dit que le cancer est plus souvent observé à la main qu'aux autres sections du membre thoracique, et donne le conseil de sacrifier la main pour peu que le mal présente une certaine étendue. (Vidal, *Pathol. externe*, édit. de 1846, p. 920.)

Dans le *Traité d'anatomie pathologique*, avec planches, de M. le professeur Cruveilhier, on trouve représenté un cancer mélanique de la paume et du dos de la main droite, ayant nécessité une désarticulation du poignet, qui fut pratiquée par Blandin. Un an après, le malade rentra à l'hôpital, présentant une multitude de tumeurs cutanées; il mourut dans le marasme, et, à l'autopsie, on trouva des tumeurs mélaniques dans les poumons, le cœur, l'estomac, le pancréas, les testicules et le corps caverneux (Cruveilhier, liv. XIX, pl. 3, p. 1).

Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, on trouve deux exemples de cancer de la main : l'un appartient à M. Nivet (*Soc. anat.*, 1837, p. 291), l'autre à M. Jarjavay (*Soc. anat.*, 1852, p. 24.)

M. Demarquay a rencontré sur un cadavre destiné aux dissections un cancer de la main; la pièce a été présentée au cours de physiologie de M. le professeur Bérard par M. Deville (comm. orale). Pendant mon externat à l'Hôtel-Dieu (1847), j'ai vu dans le service du professeur Blandin un vieillard de 70 ans, qui avait un cancer de la main; l'amputation de l'avant-bras a été pratiquée dans ce cas.

En 1855, j'ai rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* une observation de tumeur mélanique du pouce que j'avais recueillie dans le service de M. Monod, et pour laquelle M. Demarquay a dû pratiquer la désarticulation du doigt malade.

Le cancer de la main débute ordinairement par une petite tumeur sur un point quelconque de cet organe. Dans le fait de M. Nivet, cinq ans avant l'entrée du malade, il se développa un durillon sur le dos de la main; la malade, opérée par M. Jarjavay, souffrait depuis un an dans la paume de la main. Mais ce ne fut que cinq mois avant son entrée qu'il se forma au niveau des têtes des métacarpiens un calus gros comme une noisette. Chez le malade de M. Demarquay, c'est une petite tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, qui s'est manifestée il y a plus de deux ans. D'après ces faits, l'affection aurait donc, au début, une marche lente et insidieuse, et ce n'est que plus tard qu'elle envahirait une grande étendue, la presque totalité de l'organe, qui prend alors un volume énorme. La main, présentée à la Société anatomique par M. Nivet, avait à sa partie moyenne 3 pouces d'épaisseur, du bord cubital à la racine du pouce, un demi-pied de large, enfin du pli du poignet à l'extrémité de l'annulaire 7 pouces 1/4. Tantôt le cancer se présente sous forme de tumeurs bosselées, développées en grand nombre dans le tissu cellulaire de la main, dont elles dévient les nerfs et les muscles; d'autres fois, c'est une tumeur fongueuse, mollasse, qui entoure les tendons sans les altérer, les gaînes tendineuses seules sont malades; c'est ce qui avait lieu chez le malade de M. Monod et chez celle de M. Jarjavay; dans ce dernier fait, la tumeur, située au niveau des têtes des métacarpiens, envoyait des prolongements au-dessus des tendons du côté du poignet, et il eût été impossible d'enlever la tumeur sans les mettre tous à nu. Le cancer respecte non seulement les tendons, mais encore souvent le squelette de la main. C'est ainsi qu'une des tumeurs, situées derrière l'annulaire, le repoussait en haut et en avant sans envahir l'os lui-même (Nivet, *loco citato*); chez le malade de M. Demarquay, le périoste était seulement épaissi; il n'y avait aucune lésion osseuse; la même remarque avait été faite sur la pièce présentée par M. Deville. Au bout d'un certain temps, la tumeur s'ulcère, les bords de l'ulcération deviennent durs, livides; son fond est grisâtre et fournit une suppuration fétide; une grande partie de la main du malade que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu était envahie par un ulcère fongueux. Comme on peut le voir dans l'observation rapportée plus haut, et dans le fait de M. Jarjavay (*loc. cit.*), en raison de la richesse vasculaire de l'organe et du produit morbide, il se fait des hémorrhagies qui forcent le chirurgien à opérer le plus promptement possible, s'il veut être de quelque utilité au malade.

Les tumeurs cancéreuses des doigts et de la main doivent être difficiles à reconnaître au début, car alors elles peuvent être prises pour des lipômes; la tumeur observée par Boyer donnait, au toucher, la sensation d'un liquide; elle était constituée par des produits variés et surtout par du tissu médullaire.

Les tumeurs présentées par M. Nivet étaient constituées par de la matière encéphaloïde; la pièce de M. Jarjavay, examinée au microscope, a été trouvée formée par du cancer encéphaloïde, offrant une teinte mélanique due à du sang amassé et coagulé.

Le cancer de la main peut se prolonger plus ou moins haut. Dans le cas de M. Nivet, on a été obligé de faire l'amputation du bras; le tissu cellulaire de l'avant-bras était grisâtre et induré jusqu'au pli du coude.

Le pronostic d'une pareille affection est toujours très grave; souvent les ganglions profonds de l'aisselle sont déjà pris lorsque l'on pratique l'opération; la malade de M. Jarjavay étant morte d'infection purulente, son interne, M. Rombeau, a trouvé les ganglions du creux axillaire pleins de matière encéphaloïde. (*Soc. anat.*, 1852, p. 41.)

Quoi qu'il en soit, nous croyons que ce n'est pas une raison de s'abstenir de toute opération, nous pensons au contraire qu'il faut agir au plus vite; le malade opéré par Boyer n'avait pas eu de récidive après trois ans.

Lorsque le cancer n'occupe qu'une phalange ou qu'un doigt, on enlève ces parties; si la maladie siége dans le corps de la main et que la tumeur jouisse d'une certaine mobilité, on peut essayer de l'enlever par la dissection; mais si, comme cela est arrivé à M. Jarjavay, on voit que la tumeur ne peut être enlevée sans mettre à nu tous les tendons de la main, on devra pratiquer une désarticulation du poignet. Enfin il peut arriver que l'étendue du mal oblige à faire soit une amputation de l'avant-bras, soit une amputation du bras, comme chez le malade de M. Nivet.

Terminons ce que nous voulions dire sur le malade que nous avons observé à la Maison de santé, en indiquant la petite modification que M. Demarquay a cru devoir faire subir à l'amputation par la méthode à deux lambeaux. Au lieu de tailler par transfixion toute l'épaisseur des lambeaux, M. Demarquay commença par les circonscrire au moyen de deux incisions faites à la peau de sa face extérieure vers le tissu cellulaire; puis, le tégument s'étant rétracté de lui-même, il enfonça la pointe du couteau à travers les parties molles et en opéra la section au niveau de la peau rétractée; il évita ainsi que la section des plans musculaires n'eût lieu plus bas que celle de la peau. Cette manière de faire allonge, il est vrai, un peu l'opération, et, sous ce rapport, elle ne devrait pas être employée, si le malade n'avait pas été préalablement endormi par le chloroforme; mais elle donne un résultat immédiat très satisfaisant et facilite beaucoup la réunion des lambeaux.

Dr Parmentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Août 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique invite M. le Président de l'Académie à assister à la distribution des prix du concours général, qui aura lieu le lundi, 9 août, à midi, à la Sorbonne.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre de M. Laforêt, de Lavit (Tarn-et-Garonne), qui demande qu'une médaille d'or lui soit accordée en récompense de son dévouement pendant le cours de l'épidémie variolique dont la commune de Castera-Bouzet a été atteinte en 1856, et des services qu'il rend depuis trente-quatre ans pour la propagation de la vaccine. (Com. de vaccine.)

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aisne, en 1857.

3° Un rapport de M. le docteur Masson, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Hallerey (Côte-d'Or). — (Com. des épidémies.)

4° Deux rapports de MM. les docteurs Pénissat et Peyronet, sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf et de la Bourboule (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1856.

5° Un rapport de M. le docteur Charmasson, sur le service des eaux minérales de St-Sauveur (Hautes-Pyrénées) pendant la même année. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux notes de M. le docteur Fucecchio, de Luglio (Toscane), sur le traitement abortif du choléra-morbus, l'autre sur l'usage du gaïac dans la vérole. (Comm. MM. Roche et Ricord.)

2° Un mémoire sur la ventilation, par M. le docteur Petit. (Comm. MM. Rostan, Bouchardat et Londe.)

3° Une lettre de M. le docteur Notta, de Lisieux, qui sollicite la place de membre correspondant.

4° La lettre suivante de M. Leras :

« Besançon, 1er août 1858.

» Monsieur le Président,

» J'ai lu dans l'Union Médicale que la question du pyrophosphate de fer citro-ammoniacal avait été résolue tout à fait à l'avantage de M. Robiquet, et que celle du pyro-phosphate de fer et de soude avait à peine été mentionnée. Permettez-moi de vous exposer brièvement mes travaux sur ce point et de montrer à l'Académie l'importance thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude, qui, sous le même volume, offre un composé plus riche en fer métallique que tous ceux proposés jusqu'à ce jour.

» Et d'abord, je n'ai pas inventé le pyrophosphate de fer et de soude, cette découverte appartient à M. Persoz; seulement mon sel, ainsi que l'a fait remarquer M. Boudet dans son rapport, ne peut être administré, à cause de la grande quantité de pyrophosphate de soude qu'il tient en dissolution. En 1847 et 1848, après de longues recherches sur la composition de ce sel, je parvins, en modifiant les éléments employés par M. Persoz, et avec un *modus faciendi* nouveau, à dissoudre, sous un même volume, plus de fer métallique, tout en diminuant les doses de pyrophosphate de soude. Mes recherches sur l'emploi de ce sel en thérapeutique et son action sur le suc gastrique, ont été communiqués à l'Académie des sciences et résumées dans ses comptes-rendus du 17 septembre 1849; la préparation que je soumettais alors était, sans saveur des sels de fer, complétement neutre, et ne précipitait pas en présence du suc gastrique.

» En 1854, le 17 novembre, je crois, j'ai présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur l'utilité et l'importance, en thérapeutique, de mon nouveau pyrophosphate de fer et de soude; j'attends que l'Académie veuille bien examiner mon travail.

» En 1847, M. Robiquet a présenté un pyrophosphate de fer; à cette occasion, j'ai l'honneur d'écrire à l'Académie ma priorité le 28 mars et et le 17 novembre 1857, que le *Bulletin de thérapeutique* a revendiquée deux fois en ma faveur, le 22 février et le 15 mai 1857; M. le rapporteur n'a tenu aucun compte de ces indications.

» Le 20 mai 1857, la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* publia un rapport médical d'expériences concluantes, faites dans les hôpitaux de province, par des médecins distingués; elles sont également passées sous silence.

» Qu'il me soit permis de faire connaître à l'Académie en quoi la préparation que je propose diffère des autres et quels sont ses avantages. Le pyrophosphate de fer et de soude, tel que je le prépare et le préparerai sous les yeux de votre commission, est le plus riche en fer métallique des préparations de ce genre, et peut se concentrer à volonté, sans altération. Celui avec lequel j'ai obtenu de beaux résultats, s'obtient par les proportions suivantes :

Eau distillée très pure. . . 600 grammes.
Pyrophosphate de soude. . 30 »
Sulfate de fer pur. 14,93

» Ces quantités de sel correspondent à la formule 3 $(2NaO.Pho^5)$ $+ 2Fe^2O^3.3Pho^5 + 6 (NaO.SO^3)$. La réaction a d'abord lieu entre trois équivalents de pyrophosphate de soude et deux équivalents de sulfate ferrique. Le pyrophosphate de fer qui se forme se dissout dans trois équivalents de pyrophosphate de soude.

» Il peut s'administrer sous forme de sirop, mais comme activité, je conseille toujours la solution de préférence.

» Le tableau suivant mettra en relief les différents pyrophosphates de fer préparés et la quantité énorme de fer que le mien contient en plus :

AUTEURS des FORMULES (1).	Pyrophosphate de soude sec.	Fer métallique.	Volume du liquide employé.	Quantité de fer métallique par 20 c. cubes.	RAPPORT du pyrophosphate de soude employé	AU FER MÉTALLIQUE.	Résult. obtenus en fer métallique par 1000 c. cubes.
	gr	gr		gr			gr
M. Persoz. . .	66	6,559	2000	0,065	10 de pyrophos. p.	1 de fer	3,279
M. Soubeiran (2)	18	1,08	970	0,022	16,6	1	1,113
M. Robiquet. .	»	2,142	1000	0,042	»	»	2,142
M. Leras. . .	30	4,18	600	0,139	7	1	6,966

(1) Ce tableau a été calculé d'après les formules données par ces Messieurs.

(2) M. Soubeiran, d'après mes conseils, a diminué la quantité de pyrophosphate de soude. Voyez *Bulletin de thérapeutique*, mai 1857, p. 415.

» Le sel que j'obtiens contient :

» Plus du double de fer que celui de M. Persoz, et moitié moins de pyrophosphate de soude ;

» 6 fois et demie seulement plus de fer que celui de M. Soubeiran, et un tiers seulement de pyrophosphate de soude qu'il emploie ;

» Près de 3 fois et demie de fer de plus que celui de M. Robiquet.

Je suis, en outre, parvenu à obtenir le phyrophaste de fer et de soude entièrement soluble, sous forme d'une poudre blanche, sans saveur, et contenant 9 p. 100 de fer métallique.

» On a reproché au pyrophosphate de fer et de soude sa saveur désagréable ; je puis affirmer que les nombreux malades qui ont pris cette préparation n'ont jamais émis une telle plainte ; d'ailleurs, le sirop est très agréable et se conserve toujours très blanc.

» Je ne puis mieux faire pour confirmer ce que j'avance, que d'invoquer le témoignage des savants médecins qui l'ont mis en usage, et parmi lesquels je suis heureux de citer : MM. Arnal, Aran, Barth, Bazin, Bernutz, Cazenave, Costilhes, Denonvilliers, Gillette, Gros, Guibout, Monod, Martin Saint-Ange, Natalis Guillot, Otterbourg, Pelletan, Robert, Schuster, Vernois, etc., etc.

» J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien renvoyer mon mémoire à une commission à la disposition de laquelle je me mettrais avec empressement, si elle le désire.

» Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma respectueuse considération.

» Leras,
» Docteur ès-sciences, inspecteur d'Académie à Besançon. »

M. Leras joint à cette lettre une note de M. le docteur Baume, médecin-directeur de l'asile de St-Athanase (Finistère), sur l'emploi médical du pyrophosphate de fer et de soude. (Comm. MM. Barth, Boudet et Bouchardat.

M. Cazeaux dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Bertherand, de Lille, intitulé : *Documents comparatifs sur l'efficacité du vaccin pris de bras à bras ou conservé sur verre.* L'auteur conclut que les résultats obtenus sont les mêmes dans les deux cas.

M. le Secrétaire annuel, suppléant M. le Secrétaire perpétuel, absent, annonce que l'Académie a reçu une lettre de M. Colin, en réponse aux attaques dont il a été l'objet dans le dernier discours de M. Bouley.

Le bureau, considérant que ces attaques ont été suffisamment repoussées par M. Trousseau dans sa réplique à M. Bouley, décide qu'il n'y a pas lieu à donner lecture de cette lettre.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion.

M. Boudet, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport concluant à ce que l'autorisation d'établir à Beaune une fabrique d'eaux et de limonades gazeuses soit accordée au sieur Courvoisier, à la condition que les tubes de communication entre le premier et le second laveur de son appareil et entre celui-ci et le vase où s'opère la distillation du gaz seront en étain fin, qu'il ne vendra pas d'eaux gazeuses sous le nom d'eau de Seltz, et qu'il ne préparera aucune eau minérale médicinale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la ligature de l'œsophage. — La parole est à M. Devergie.

« Messieurs, lorsque M. Bouley communiqua à l'Académie le résultat de ses expériences sur la ligature de l'œsophage, on se demanda si toute la toxicologie était à refaire, ces résultats infirmant les 95 centièmes des expériences d'Orfila, pratiquées toutes avec la ligature préalablement appliquée. L'Académie, contrairement à ses habitudes, nomma une commission destinée à lui faire un rapport sur cette question. Mais les conclusions de ce rapport sont plutôt des indications que des conclusions véritables ; il fallait, non pas donner de simples conseils, mais poser des règles pour l'avenir et montrer, sans ménagement pour le passé, dans quels cas la ligature est nuisible : le passé, en effet, ne nous appartient plus et c'est en vue de l'avenir que nous devons nous placer.

Ce rapport peut avoir des conséquences graves. Supposez un empoisonnement ; un chimiste injecte dans l'estomac d'un chien le liquide suspect ; on lie l'œsophage ; le chien meurt et l'expert conclut à la culpabilité. Mais le défenseur, très bien renseigné comme ils le sont toujours en pareil cas, s'appuyant du rapport de M. Trousseau, rappelle que l'eau tiède, à la dose de quelques décilitres, suffit pour faire périr un chien à qui l'on a lié l'œsophage. Que fera le tribunal ?

Permettez-moi, Messieurs, de jeter un coup d'œil en arrière et de rappeler ce que j'écrivais en 1836, dans ma première édition de *Médecine légale*, sur les expériences d'Orfila.

Je ne prétends pas, disais-je, réduire à zéro les recherches que l'on peut faire sur les animaux par ce mode d'expérimentation ; je sais qu'il peut être utile dans beaucoup de cas. Mais je pense que l'on en a trop exagéré les résultats. On n'a pas assez tenu compte d'une opération que l'on considère comme tellement simple qu'il suffit d'une minute pour l'exécuter. Et cependant on ne peut se dissimuler qu'elle entraîne toujours avec elle la ligature des filets nerveux qui avoisinent l'œsophage, qu'elle nécessite l'ouverture de ce conduit, ainsi que des tractions plus ou moins énergiques, toutes circonstances fâcheuses qui accompagnent l'opération faite de la manière la plus heureuse et qui doivent, par leur gravité, apporter des modifications aux symptômes développés par les poisons et à la durée de la vie de l'animal qui se trouve sous leur influence. »

A cela Orfila répondit :

« Toutes les objections faites par M. Giaccomini, et depuis par M. Devergie, tombent devant ces faits : M. Devergie dit que cette opération entraîne toujours avec elle la ligature des filets nerveux qui avoisinent l'œsophage, et apporte des modifications dans la durée de la vie de l'animal qui la subit. *Cela n'est pas exact*, et il ne se serait pas aussi grossièrement trompé, s'il s'était donné la peine de pratiquer cette opération avec les soins qu'elle réclame. »

On voit aujourd'hui, par le rapport, qui avait raison alors. »

M. Devergie examine quel était l'état de la science à l'époque où Orfila a entrepris ses premières expériences. Il rappelle que déjà la toxicologie existait de nom, et cite les travaux de Plenck, de Franck, de Fodéré, de Tartra et de Chaussier. Mais ces auteurs n'avaient envisagé que la partie médicale de la question ; la toxicologie chimique restait à créer, et cette création est le véritable et impérissable titre d'Orfila. Il ne se contenta pas d'examiner par voie d'expérimentation, les diverses combinaisons possibles des poisons avec les substances alimentaires, mais il alla rechercher les traces de ces poisons, non seulement dans le système digestif, mais dans tous les viscères de l'organisme. Il apprit à les trouver chez les sujets récemment morts, et, de plus, dans des cadavres en putréfaction, et même dans des détritus informes.

Mais cela ne suffisait pas encore. En effet, l'article 301 du Code pénal est ainsi conçu :

« Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites. »

Il faut donc connaître si une substance est capable de donner la mort, à quelle dose, quelles sont les lésions anatomiques qu'elle détermine, et quel est son mode d'action, c'est-à-dire quels symptômes elle provoque.

Pour établir la symptomatologie d'un poison, il y avait trois voies à suivre : 1° compulser tous les ouvrages anciens, ce n'était pas dans les allures d'Orfila ; 2° attendre les observations des cas d'empoisonnement chez l'homme, sa vie n'aurait pu y suffire ; 3° enfin, la voie de l'expérimentation, ce fut celle qu'il suivit. Le chien étant choisi, comme parfaitement assimilable à l'homme, fallait-il le laisser vomir ou non ? Orfila, rompant avec les errements de cette époque, et s'appuyant sur une expérience de Morgagni, se décide à lier l'œsophage.

Laissez-moi vous dire, Messieurs, d'abord que l'assimilation du chien à l'homme n'est pas suffisamment exacte ; ensuite que, malgré les explications de M. Cloquet, la ligature n'était point pratiquée par Orfila avec les précautions indiquées par le rapport ; et, enfin, pour me résumer sur ce point, que trente-deux ans d'expérimentations sur les chiens n'ont rien appris de positif, de certain, sur la symptomatologie de l'empoisonnement chez l'homme. Je dis de l'empoisonnement par les substances les plus connues, telles, par exemple, que l'arsenic, étudié non seulement par Orfila, mais par la plupart des toxicologistes, Smith, Jæger, Brodie, Magendie, etc. Les uns ont décrit des symptômes d'agitation ; les autres, au contraire, des symptômes de stupeur, comme étant propres à l'empoisonnement par l'arsenic. On conçoit quel parti, dans les procès criminels, peut tirer la défense de semblables contradictions. Une seule observation a suffi pour montrer que, chez l'homme, l'ingestion de l'arsenic détermine deux groupes de symptômes, selon qu'il agit localement, ou consécutivement à son absorption. Cette observation fut fournie, en 1849, par l'affaire Aymé, où neuf personnes, empoisonnées par des gâteaux saupoudrés d'arsenic, offrirent toutes la même succession de symptômes.

On en trouverait un second exemple dans la discussion si longue soutenue entre Rognetta et Orfila, et que ne purent élucider de nombreuses expérimentations sur les chiens. Il s'agissait de savoir si la sécrétion de l'urine était ou non suspendue par l'arsenic. Une seule observation à l'hôpital St-Louis montra que l'émission seule était arrêtée.

Quant à l'anatomie pathologique, il faut reconnaître que les résultats obtenus de l'expérimentation ont été excellents.

Il n'en est pas de même pour les doses. A cet égard, le volume de l'animal sur lequel on agit est d'une importance extrême ; qu'il me suffise de rappeler cet éléphant de Genève qui prit impunément 90 grammes d'acide prussique, puis une dose égale d'arsenic et qu'on fut obligé d'abattre avec le canon. Le dosage est donc impossible par ce moyen, tout aussi bien que la symptomatologie.

Pour les contre-poisons, les résultats des expériences sur les animaux sont plus incertains encore ; je n'en veux d'autre preuve que la relation même des expériences d'Orfila.

J'arrive aux conclusions et je trouve qu'elles ont été beaucoup trop mitigées en ce qui concerne le passé. Il faut tout dire, et puisque la commission ne l'a pas fait, elle a eu probablement ses motifs pour agir ainsi, mais je ne saurais approuver ces ménagements. Quelles règles ont été tracées ? Pour le lecteur attentif du rapport, la ligature est une chose très grave, mais on n'a pas indiqué assez clairement comment il fallait éviter cette cause considérable d'accidents.

Quant à moi, Messieurs, je me suis dit : Orfila a retiré des expériences sur les animaux avec ligature de l'œsophage, tous les enseignements que l'on pouvait en déduire. Ces enseignements ont pu être trompeurs à l'égard de cette catégorie de poisons dont l'action n'est pas nettement accusée, et ils pourront l'être encore si l'on persiste dans l'emploi du même moyen, malgré les précautions que l'on pourrait prendre.

Il y a donc lieu de chercher un moyen de s'opposer aux vomissements, autre que la ligature de l'œsophage.

S'il est une voie dans laquelle on doive s'engager pour compléter l'étude des poisons, en ce qui concerne la symptomatologie et les doses auxquelles il donne la mort, c'est celle de l'observation chez l'homme.

Je termine ici, Messieurs, ce que j'avais à dire, et je crois avoir été juste envers tout le monde. »

M. Trousseau : Je trouve, et je le dis en toute sincérité, que M. Devergie a mis une extrême modération dans la première partie de son discours. Ses discussions amères avec Orfila pouvaient faire craindre qu'il n'en fût pas ainsi. Toutefois, il s'est laissé aller à des insinuations que je repousse pour ma part. Il a supposé à la commission, et, par conséquent, au rapporteur, des motifs secrets qui l'ont empêché de formuler des conclusions plus explicites. Il s'est trompé. Rien n'eût pu nous faire altérer ou déguiser la vérité.

M. Devergie a prétendu que la ligature de l'œsophage entraînait *toujours* celle des filets nerveux voisins ; tandis qu'au contraire, cet accident de l'opération n'a été observé qu'une fois par la commission, ainsi que par M. Colin, dans ses expériences. La commission, d'ailleurs, a indiqué les précautions à prendre à ce sujet. Dans ces conditions, nous avons vu que la léthalité était exprimée par le chiffre de 3 p. 100. C'est donc, pour les poisons qui entraînent la mort, une circonstance peu grave que la ligature.

Quant aux expériences d'Orfila, relatives à la symptomatologie de l'empoisonnement, elles ne sont pas concluantes, dit-on. C'est vrai ; mais Orfila n'a pas prétendu constituer la toxicologie de l'homme avec la toxicologie du chien. Ses expériences sur les animaux étaient comparatives, correctives et pas autre chose. Il lui est arrivé, je le confesse, de conclure trop vite ou d'aller trop loin ; mais s'il eût vécu plus longtemps, il eût corrigé ces erreurs, car nul plus que lui n'était accessible à la vérité, de quelque part qu'elle lui vînt : les changements qui marquent ses différentes éditions successives, en sont la preuve.

M. Trousseau entre ici dans les détails du mode d'action de certains poisons, et il établit la différence entre les substances toxiques minérales et celles, appartenant au règne végétal, qui agissent sur le système nerveux ; il regrette qu'Orfila n'ait pas tenu compte de cette distinction, et il conclut en disant : J'ai suivi M. Devergie sur son terrain ; M. Devergie a peu attaqué la commission, il s'en est pris surtout à Orfila. La commission avait à dire ce qu'est la ligature de l'œsophage, et c'est ce qu'elle a fait. En somme, il faut en revenir toujours à l'observation de l'homme, ainsi que l'a dit M. Devergie ; mais, aussi, il faut toujours en revenir à l'expérimentation sur les chiens, comme critérium de cette observation.

M. Devergie : Un mot seulement de réponse à M. Trousseau, par M. Trousseau lui-même, à propos de la ligature des nerfs œsophagiens. Voici la phrase du rapport : On n'est pas absolument sûr de ne pas lier les nerfs, etc.

M. Trousseau : Sans doute, je l'ai dit ; mais quand on a fait la ligature de l'œsophage un grand nombre de fois, ou sait à quoi s'en tenir sur les accidents qui appartiennent en propre à la ligature des nerfs ; et, par conséquent, on ne les confondra pas avec les symptômes de l'empoisonnement.

— La séance est levée à cinq heures.

La Société médico-psychologique, dans sa séance du 26 de ce mois, a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été nommés :

MM. Cerise, président ;
Alfred Maury, vice-président ;
Brierre de Boismont, secrétaire général ;
Loiseau, secrétaire rédacteur ;
Brochain, trésorier archiviste.
Trélat, Delasiauve, Michéa, membres du comité de rédaction.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — Voici les questions de prix mises au concours par la Société des sciences médicales du département de la Moselle, pour l'année 1859 :

1° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.)

2° Du régime diététique dans les maladies chirurgicales graves, et spécialement après les grandes opérations.

3° Comparer les différents modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu, et déterminer par des faits cliniques celui qui doit être généralement préféré.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au Secrétaire de la Société, à la bibliothèque, à Metz, avant le 1er avril 1859.

Le secrétaire général, V. Michaux.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 93. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 7 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La chimie a eu les honneurs de la dernière séance : M. Balard, au nom de M. Berthelot, a présenté deux notes, l'une relative à un nouveau sucre extrait de la substance nommée manne de Briançon. Ce sucre est isomérique au sucre de canne, mais il a un pouvoir rotatoire plus énergique ; il se transforme en glucose sous l'influence des acides, comme le sucre de canne, mais sans inversion, etc. — L'autre note a pour objet la transformation en glucose de quelques tissus des animaux invertébrés.

M. Balard a encore présenté une note, au nom d'un élève de M. Berthelot sur certaines propriétés des éthers provenant des acides gras. Ce jeune chimiste prouve, ainsi que l'avait fait M. Würtz, que le point d'ébullition de ces corps n'est pas, comme on aurait pu le supposer, en rapport avec leur complication moléculaire.

Après M. Balard, M. Dumas a présenté à l'Académie de nouvelles études de M. Pasteur, sur la fermentation alcoolique et sur les produits nécessaires ou adventices de cette fermentation;

— Puis, une note très intéressante de M. Possoz, concernant la différence d'action pour la création de certains produits, de l'acide oxalique, par exemple, entre des corps placés cependant à côté les uns des autres dans la nomenclature. Ainsi, quelques matières végétales donnent d'énormes quantités d'acide oxalique sous la seule influence de la chaleur et de la potasse; 100 kilos de feuilles de tabac fournissent 150 kilos d'acide oxalique; la fécule, dans les mêmes conditions, en rend 125, etc., tandis qu'avec la soude, remplaçant la potasse, on n'en obtient que le dixième.

M. Pelouze, à cette occasion, a rappelé que Gay-Lussac, le premier, s'était occupé de la création de l'acide oxalique au moyen des réactions alcalines et qu'il avait, il y a bien longtemps déjà, signalé l'excès considérable de potasse ou de soude qu'il fallait employer pour cette création.

M. Dumas reconnaissant la justesse de l'observation de M. Pelouze, a répondu que M. Possoz avait le premier fabriqué le cyanure de potassium en faisant réagir directement l'azote contenu dans l'atmosphère sur un mélange de potasse et de charbon, et que, faisant marcher de pair la fabrication du cyanure de potassium et celle de l'acide oxalique, il employait les eaux-mères de l'une pour alimenter l'autre. De cette façon, il évitait toute perte de potasse.

M. Dumas a encore présenté, au nom de M. Quinot, teinturier à Lyon, une matière colorante obtenue de l'orseille, et supérieure à tout ce que l'on connaît en ce genre. L'inventeur la nomme *pourpre française*.

Enfin M. Leconte, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a présenté, toujours par les soins de M. Dumas, une note sur un nouveau moyen de doser l'urée.

M. Balard a lu ensuite un rapport sur l'absorption des gaz par les dissolutions salines et par le sang. Nous donnerons, dans notre prochain *Bulletin*, le nom de l'auteur du mémoire.

M. Cloquet a lu une observation relative à une affection calculeuse présentée par un jeune yack (buffle à queue de cheval). On sait que la Société d'acclimatation, présidée par M. Is. Geoffroy St-Hilaire, a entrepris d'introduire en France cette variété précieuse de la race bovine. Le jeune yack dont il s'agit, après avoir offert une rétention d'urine pendant dix jours, est mort dans les convulsions. A l'ouverture du cadavre, on trouva, dans la vessie, un calcul formé en grande partie de carbonate de chaux, en plus grande partie de phosphate ammoniaco-magnésien, et enfin, pour la partie organique, de cellules épithéliales.

M. Biot a déposé sur le bureau un mémoire de M. Foucault, concernant la construction de nouveaux miroirs paraboliques propres aux télescopes.

Dans la précédente séance, M. de Quatrefages, ainsi que nous l'avons dit samedi dernier, a fait une communication verbale pleine d'intérêt relativement à la maladie des vers à soie. Il résulte des observations de ce savant naturaliste qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre l'état des feuilles de mûrier et la maladie des vers à soie.

Au Vigan, où M. de Quatrefages était entouré de vers malades et où il pouvait les observer constamment, il a constaté qu'il n'y avait pas *une* maladie des vers, mais plusieurs. Cependant, au milieu des affections diverses et multiples qui font succomber les vers, il en est une constante que M. de Quatrefages propose de nommer provisoirement : *Maladie de la tache*, à cause de son caractère le plus saillant.

Cette maladie a été confondue avec la muscardine, par Dandolo en particulier, elle n'est pas nouvelle, et la fille d'un sériciculteur de l'Aveyron, Mme Pelet, a dit à M. de Quatrefages qu'elle l'avait plusieurs fois et depuis longtemps reconnue chez les vers qui ne montent plus à la bruyère. Cette constatation a été faite bien antérieurement aux derniers désastres qui ont motivé la mission remplie par MM. Decaisne, Péligot et de Quatrefages.

Les taches, très petites et rares d'abord, étaient invisibles à l'œil nu, mais on les retrouvait aisément à la loupe, et on pouvait s'assurer qu'elles existaient partout et jusque chez les vers de la plus belle apparence.

Pour juger de l'intensité du mal, il ne faut jamais étudier le ver au sortir de la mue, car à ce moment la tache semble avoir complétement disparu; elle ne se montre jamais dans les tissus nouvellement formés; elle se multiplie au contraire dans les tissus déjà anciens, où elle a commencé à se montrer. Elle se retrouve dans tous les tissus et dans tous les organes, aussi bien chez le ver que chez la chrysalide et le papillon.

A l'origine, la tache apparaît comme une matière légèrement jaunâtre répandue entre les éléments de l'organisme. Cette matière se fonce de plus en plus, devient bientôt d'un brun noir, et forme des taches ou des espèces de tubercules, au milieu desquels disparaît toute trace d'organisation. Plusieurs membres de la commission ont été frappés de l'analogie que cette tache présente sous le rapport de son développement et de son aspect avec la maladie des pommes de terre, des betteraves, et même avec certaines mélanoses observées chez l'homme.

A quelque époque que la mort arrive, l'insecte taché se dessèche sans se corrompre, ce qui est le contraire de ce qui se produit sous l'influence des autres maladies, la muscadine exceptée.

M. de Quatrefages ne sait à quoi attribuer la tache, mais il affirme qu'elle n'est pas causée par la présence d'un cryptogame. Pour s'opposer à cette maladie, il a fait nourir des vers avec des feuilles saupoudrées de poudres de quinquina, de gentiane, de valériane, de moutarde, etc. Les vers ont bien mangé ces feuilles ainsi préparées, mais les expériences n'ont pu être suivies assez longtemps pour qu'on en puisse tirer d'autre conclusion que celle-ci, à savoir : qu'on peut *médicamenter les vers à soie* avec autant de facilité que les grands animaux domestiques.

Pendant que se poursuivaient les expériences précédentes,

Feuilleton.

CAUSERIES.

PETIT VOYAGE AU PAYS DE L'AMITIÉ.

Je vous préviens, mes chers amis, que je ne tiens plus en place. Il me prend envie de courir le monde. La chronique parisienne ne me fournissant rien, notre procès contre les 12 homœopathes ayant été renvoyé après les vacances, tout le monde étant parti ou faisant ses malles, je pars aussi.... Mais rassurez-vous, je ne vais ni à Bade, ni à Vichy, ni à Cherbourg, la grande chronique a fait ample moisson partout par là. La locomotive part. Je suis arrivé. Où suis-je?

« Morsan ou Morsang, village, près Savigny-sur-Orge, canton de Longjumeau, arrondissement de Corbeil (Seine-et-Oise). — 450 habitants. » Les dictionnaires géographiques n'en disent pas plus long sur cette petite localité, destinée cependant à devenir deux fois chère aux souvenirs des médecins. C'est dans cet humble village, en effet, que se trouve un beau château dominant un pays magnifique tout accidenté d'arbres séculaires, de massifs riants, de ruisseaux murmurants, d'un lac enchanteur, d'une rivière aux capricieux méandres; une de ces habitations que l'on rêve dans ces moments où, vous emportant sur ses ailes dorées, la folle du logis vous donne fortune et doux loisirs, mais dont le chemin de fer, après quelque quart d'heure d'une course rapide, vous permet de contempler la splendide réalité.

Cette belle demeure, il y a quelques mois à peine, appartenait à M. Chomel. Embelli par ses soins, c'est dans ce délicieux séjour que, pendant quinze ans, il venait se reposer, le samedi soir, de ses labeurs de la semaine. C'est là qu'il a voulu se retirer quand une terrible maladie est venue le surprendre; c'est là qu'il a voulu mourir; c'est là, en effet, qu'il a été enlevé à l'affection et au respect de la famille médicale.

Château de Morsan, je te salue! Tes murs ont abrité l'une des gloires les plus pures de notre profession.

Par ces cruelles nécessités de partage et de licitation dans les familles, le château de Morsan a été mis en vente. Après de chaudes enchères, il a été adjugé... à qui ?....

Sonnez cors et musettes !

A l'homme excellent, à l'illustre syphiliographe qui s'appelle Ricord, et qui à beaux deniers comptants a payé cette part de l'héritage de Chomel.

Château de Morsan, je te salue ! Tes murs abritent aujourd'hui le meilleur et le plus charmant des hommes.

Or, dimanche dernier, M. Ricord inaugurait sa prise de possession du château de Morsan. Il y avait fête au château, fête au village, et partout fête charmante, hospitalité cordiale et généreuse, gaîté, abandon, plaisir pour tous, satisfaction chez tous de voir cette belle habitation dans les mains amies qui la possèdent aujourd'hui. Qui donc en jouirait plus légitimement que cet infatigable pionnier de notre science, cet explorateur heureux et hardi, ce cœur ardent et généreux, cette âme bienveillante qui ne se souvient que du bien, et qui, pour le mal, non seulement n'a pas de rancune, mais n'a même pas de mémoire? Charmante et exceptionnelle nature qui a supporté la mauvaise fortune avec la même gaîté qu'il accepte la bonne, qui, sous ses beaux ombrages de Morsan, se souvient avec émotion de ce jour où, humble médecin de campagne, chevauchant dans un chemin vicinal d'un pauvre village de Seine-et-Marne, il lut sa destinée écrite dans une annonce d'un journal de médecine : « Concours pour une place de chirurgien du Bureau central. » Ces mots exaltent sa tête. Il quitte son village, il arrive à Paris, pauvre, isolé, inconnu. Il concourt. Chomel était un de ses juges et Chomel lui donne sa voix. Aussi a-t-il voulu que le portrait de Chomel, appendu aux murs du salon de Morsan, lui rappelât l'éternelle reconnaissance qu'il doit à son prédécesseur. Lisfranc aussi était un de ses juges, et Lisfranc vota pour lui ; également remarque-t-on le buste de Lisfranc pittoresquement posé sur le roc d'une cascade qui alimente le plus charmant ruisseau qu'on puisse voir. Souvenirs pieux et honorables, qui rappellent sans cesse à notre illustre ami que de ce concours qui, quelques mois après, le fit chirurgien de l'hôpital du Midi, date sa gloire et sa fortune.

Voilà donc M. Ricord devenu châtelain; sa châtelainerie a été chantée au dessert par M. Venot, accouru tout exprès de Bordeaux pour cette fête, et qui, dans des couplets charmants et chaudement applaudis par une société choisie, moitié médicale, moitié mondaine, a rappelé tous les titres de M. Ricord à se donner, quand il le voudra, l'*otium cum dignitate*.

Voici les deux derniers couplets de cette chanson :

Des malheureux sa nature expansive
Le fit toujours tributaire excessif;
Aveuglément il jetait sur la rive,
Hardi pilote, évitant maint rescif,
Tous les trésors que portait son esquif,
A pleines mains il donnait : c'est merveille !
Mais tout à coup, faisant un reversi,
Le papillon doré devient abeille.
Au châtelain de Morsang-Savigny !

Vis donc en paix, sur ce riche domaine
Qu'immortalise un pieux souvenir.
Ici, Ricord, tu dois reprendre haleine,
Loin des ennuis, dans tes jours de loisir
Serrer tes foins, voir tes raisins mûrir.
Sous les *Tilleuls*, vieux témoins de ta gloire,
Tu reviendras plus frais, plus aguerri,
Et les *vivats* de ton jeune auditoire
Acclameront Morsang de Savigny !

C'est charmant !

Le papillon doré s'est fait abeille,

mot délicat et spirituel, qui indique finement que notre ami sait, tout comme un autre, apprécier une prudente prévoyance.

Il y avait aussi, disais-je, fête au village. — Les pauvres de M. le curé n'avaient pas été non plus oubliés. — M. Ricord avait voulu payer sa bienvenue aux habitants de Morsan, et, par ses soins, un orchestre, des lampions et d'abondants rafraîchissements disposés devant la grille du château eurent bientôt appelé toutes les demoiselles et tous les garçons du pays. Le bal a été ouvert par un quadrille où figuraient : M. le maire, ancien pharmacien de Paris — est-il heureux ce village de Morsan ! — le châtelain, M. Venot, de Bordeaux, et un autre médecin qui m'a prié de ne pas le désigner. Ce quadrille a eu les honneurs de la soirée ; le *cavalier seul* surtout a été exécuté avec une perfection rare par nos célèbres confrères, qui ont été vivement applaudis et par quelles mains compétentes ! par celles de M. Royer, directeur de l'Opéra. Je l'ai aperçu sous les tilleuls, en conversation particulière avec un danseur ; aurait-il reconnu un *ut dièze* dans les jambes de notre confrère ?

Et maintenant, mon cher ami Ricord, laissez-moi vous dire quelques mots d'amateur sur votre belle propriété. Le dessin du parc est magnifique, la main qui l'a tracé était une main bien habile, car nulle par

M. de Quatrefages étudiait personnellement l'action du sucre râpé; il s'assurait que les vers mangent avec avidité la feuille sucrée, et que celle-ci exerce sur eux une action salutaire évidente. De quatre séries de vers, l'une fut soumise au régime ordinaire, la seconde reçut de la feuille mouillée, la quatrième fut soumise d'abord à une diète absolue pendant soixante-quinze heures et fut ensuite nourrie avec de la feuille sucrée.

Au décoconnage, ces essais donnèrent les résultats suivants :

Vers nourris de feuille mouillée. .	0 grammes.	
Vers mis à la diète	152	—
Vers nourris de feuille ordinaire. .	210	—
Vers nourris de feuille sucrée . . .	392	—

La feuille sucrée a donc produit une différence en plus des trois quarts environ dans le rendement.

Il est bon de remarquer que ces vers étaient dans un état complétement désespéré lorsque l'expérience fut commencée.

Dans la séance de lundi dernier, M. de Quatrefages est venu, à propos du même sujet, annoncer à ses collègues une découverte importante faite par un enfant de 12 ans, fils d'un sériciculteur, et habitué à manier la loupe. Ce naturaliste précoce, qui avait assisté aux expériences de M. de Quatrefages, s'est mis à rechercher la tache sur d'autres chenilles, et il l'a trouvée sur plusieurs espèces.

— M. Mathieu, dans la même séance, a présenté, au nom de M. Gonzalès, officier de santé, un mémoire dans lequel l'auteur expose que la maladie de la vigne est produite par un insecte et non par un cryptogame, comme on l'avait cru jusqu'à présent.

Dr Maximin LEGRAND.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital St-Antoine. — Clinique de M. Aran.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE, SIMPLE ET TUBERCULEUSE, ET DES TUBERCULES DU PÉRITOINE.

S'il est incontestable que la phlegmasie chronique du péritoine est fréquente chez les phthisiques, incomparablement plus fréquente chez ces malades que chez les autres sujets ; s'il est incontestable également qu'à l'autopsie, dans la très grande majorité des cas de péritonite chronique, l'on rencontre des tubercules dans les produits d'inflammation que renferme la séreuse abdominale, il n'en faudrait pas conclure néanmoins — prenant pour constant ce qui n'est qu'habituel — que la péritonite chronique ne se rencontrât que comme complication de la phthisie pulmonaire, ni que toute péritonite chronique fût une péritonite tuberculeuse. Car l'une et l'autre de ces interprétations seraient en contradiction avec les faits.

La péritonite chronique peut se développer d'une manière primitive chez des sujets qui n'ont de tubercules ni dans les poumons ni dans aucun autre organe; et, d'un autre côté, la péritonite chronique des tuberculeux n'est pas toujours tuberculeuse. Ce dernier point est assez rare, sans doute; mais il se rencontre quelquefois, ainsi que le démontre une observation de MM. Rilliet et Barthez (*Traité des malad. des enfants*, t. III, p. 802). Le fait suivant observé chez l'adulte dépose dans le même sens :

Un journalier, âgé de 33 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, ayant toujours été assez maigre, avait éprouvé à plusieurs reprises des douleurs dans le ventre, lorsque, un mois environ avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de diarrhée et de douleurs abdominales. Depuis, ces douleurs devinrent plus vives; il s'y joignit de la fièvre, des vomissements de temps à autre, composés principalement de matières alimentaires; les forces diminuèrent de plus en plus, et enfin, le 25 décembre, le ventre commença à se tuméfier, ou du moins le malade s'aperçut alors pour la première fois de cette tuméfaction. Dans cet état, ayant demandé à être admis à l'hôpital Saint-Antoine, il entra le 28 décembre 1857, dans le service de M. Aran, salle Saint-Antoine, n° 18.

Le 29, à la visite, il présentait à l'examen un amaigrissement très marqué, un aspect de souffrance, la voix un peu éteinte. Il avait la peau chaude et sèche, le pouls à 116, la respiration à 36, très peu diaphragmatique. Le ventre, très distendu, donnait à la main la sensation d'une résistance très prononcée, comme si les anses intestinales eussent été masquées par l'interposition d'un corps sans élasticité. Il y avait dans la fosse iliaque droite une matité qui se déplaçait par les changements de position. Le foie, refoulé dans la cavité thoracique, était plutôt augmenté que diminué de volume. Il y avait sous la clavicule droite une diminution de la sonorité coïncidant avec l'allongement de l'expiration et un caractère rude et retentissant de la voix. Le murmure respiratoire était généralement faible.

Cet homme alla s'affaiblissant et continua à avoir de la diarrhée et des vomissements de temps à autre, de la douleur abdominale; puis, il fut atteint d'une pneumonie du côté droit qui le fit succomber d'autant plus rapidement qu'il était tombé dans un état de marasme déjà très avancé. Il mourut le 14 janvier, trente-six heures après l'invasion de la maladie intercurrente.

A l'autopsie, indépendamment des altérations propres à la pneumonie, l'on trouva dans les deux poumons de nombreux tubercules en voie de ramollissement. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable s'observait du côté de l'abdomen. La cavité du péritoine était complétement effacée par des adhérences générales qui unissaient les parois abdominales, l'épiploon et les intestins. Ces adhérences étaient anciennes, celluleuses, très serrées, d'une couleur ardoisée; toute la cavité de l'abdomen présentait cette coloration. Il n'y avait pas une goutte de liquide dans le péritoine, pas un tubercule dans aucun point, ni de la séreuse altérée, ni des fausses membranes.

Chez le sujet de cette observation, les signes fournis par la percussion et par l'auscultation ayant démontré l'existence de la phthisie, l'on crut pouvoir conclure de la nature de la lésion pulmonaire à celle de la lésion péritonéale, et l'on diagnostiqua une péritonite chronique tuberculeuse. Il n'en était rien cependant, et l'autopsie fit voir que l'on avait eu affaire en réalité à une péritonite chronique simple chez un tuberculeux. Ce qui constitue, en effet, la péritonite chronique tuberculeuse, c'est la présence d'un dépôt de tubercules dans les fausses membranes formées sous l'influence du travail phlegmasique : or, dans ce cas, l'examen le plus minutieux ne fit découvrir rien de semblable.

Il est une autre affection tuberculeuse de la séreuse abdominale qui a été longtemps confondue avec la péritonite tuberculeuse, et qu'on trouve encore confondue avec cette dernière dans les descriptions de quelques auteurs : il s'agit des tubercules du péritoine. Il existe cependant, dans les conditions anatomo-pathologiques des tubercules du péritoine et de la péritonite tuberculeuse, des caractères spéciaux qui en font deux espèces nosologiques à part l'une de l'autre, espèces nosologiques qui, quelque ressemblance qu'elles puissent présenter sous le rapport de l'expression symptomatique, n'en sont pas moins différentes.

Dans la tuberculisation du péritoine, les tubercules se forment primitivement tantôt à la face libre, tantôt sur la face adhérente, tantôt dans la trame même de la séreuse, et ils peuvent exister ainsi plus ou moins de temps sans donner lieu à aucun symptôme significatif; et, quand il vient à surgir un travail morbide appréciable, un travail phlegmasique, par exemple, subaigu ou chronique, ce travail, cette péritonite est alors la conséquence de la présence des tubercules, lesquels préexistent à la phlogose et à ses produits; tandis que, dans la péritonite tuberculeuse proprement dite, c'est au contraire la phlogose qui est préexistante, qui précède le dépôt des tubercules dans l'exsudat fibrineux.

Le fait relaté ci-dessous est un exemple de tubercules du péritoine.

Françoise B..., âgée de 36 ans, piqueuse de bottines, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 25 février 1858, et a été couchée au n° 14 de la salle Sainte-Thérèse, dans le service de M. Aran.

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution médiocre, a été réglée pour la première fois, à l'âge de 17 ans, et l'a toujours été régulièrement depuis, sans douleurs, sans flueurs blanches. Mariée à 21 ans, elle a eu six enfants. Elle n'a jamais été, à proprement parler, dans la misère, n'a jamais subi de grandes privations, mais elle a toujours eu beaucoup de fatigue, et a éprouvé des chagrins. A Paris depuis dix-sept mois, elle y habitait un rez-de-chaussée, dans une rue humide.

Elle n'était pas sujette à s'enrhumer, à éprouver des palpitations; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Aucune influence étiologique héréditaire n'a pu être relevée.

Au moment de son admission à l'hôpital, Françoise B... était malade depuis trois mois. L'altération de sa santé avait commencé par un gonflement du médius droit avec rougeur et douleurs vives, qui s'était terminé au bout d'un mois par un abcès ouvert spontanément, et à la suite duquel il était resté un trajet fistuleux en rapport sans doute avec une nécrose de la dernière phalange. Vers la même époque, elle avait commencé à pâlir et à tousser, et, au bout d'un mois, de la diarrhée et des sueurs nocturnes s'étaient ajoutées à ces premiers symptômes. Le 20 janvier, elle avait été prise de vomissements, de céphalalgie et de fièvre; trois jours après, le ventre était devenu le siége de douleurs et avait commencé à gonfler; depuis, il s'était tuméfié rapidement. En même temps, la malade avait perdu l'appétit et la soif était un peu plus vive. Les vomissements, composés de bile ou de matières aqueuses, jamais d'aliments, s'étaient, à partir de leur début, reproduits tous les deux ou trois jours. Elle ne s'était pas aperçu que ses pieds ni ses jambes eussent été enflés. Les règles avaient manqué le 20 février pour la première fois.

Le 26 février, lendemain de l'entrée, à la visite, la malade présentait les symptômes suivants :

Pâleur et bouffissure de la face, aspect terne, yeux sans expression. Pouls fréquent et faible; peau chaude et sèche. Un peu d'œdème de la partie inférieure des jambes et des coudes-pieds. Ventre assez fortement distendu, saillant, surtout à la région ombilicale, où existait une sonorité tympanique contrastant avec la matité des parties déclives, lesquelles étaient le siége d'une fluctuation évidente. La palpation abdominale semblait démontrer d'abord l'existence de tumeurs dans l'abdomen, qui ne se retrouvèrent plus ensuite; mais ce qu'on put constater jusqu'à la fin, c'était une tension s'étendant d'un hypochondre à l'autre, comme si le centre de l'abdomen eût été occupé par les organes abdominaux soudés entre eux. Estomac refoulé dans la cavité thoracique. Foie non sensiblement diminué de volume, mais également refoulé de bas en haut, en sorte que la matité hépatique remontait jusqu'à la quatrième côte. Au-dessus, dans les deuxième et troisième espaces intercostaux droits, sonorité exagérée; peut-être un peu de matité sous la clavicule du même côté. Respiration un peu faible sous la clavicule droite, plus forte au-dessous, sans autre altération; faiblesse également du murmure respiratoire dans tout le côté gauche, en avant, sans retentissement appréciable de la voix. Diminution de la sonorité dans la fosse sus-épineuse droite, sonorité au-dessous. Respiration très forte et rude, avec craquements secs et allongement de l'expiration dans les deux fosses épineuses droites, surtout dans la sus-épineuse; mêmes phénomènes au

---

elle ne s'y fait voir. Tout y semble planté et venu comme d'aventure, et c'est là le chef-d'œuvre de l'art. Du haut de cet escalier monumental, qui rappelle l'escalier de Fontainebleau, la perspective est magnifique, elle n'est bornée que par l'horizon lui-même ; c'est enchanteur. Cependant vous manquez de fleurs et de massifs; vous manquez surtout de rosiers, cette plante charmante et commode, qui n'a besoin d'autres soins que la taille printannière, et qui donne des fleurs deux ou trois fois dans la saison. Faites-moi planter, cet automne, trois ou quatre cents beaux églantiers; à la saison prochaine, je vous fournirai de greffes, et de belles greffes. Jusqu'aux plans les plus lointains de votre belle pelouse qu'on trouve des buissons de roses, elles animent et égayent la vue. Élevez un élégant chalet sur l'îlot de votre lac; disposez au-dessous l'appartement de vos cygnes : de ce lieu tranquille et retiré ils feront bientôt leur chambre nuptiale. Animez aussi votre lac par plusieurs couples de ces beaux palmipèdes qui fendent avec tant de grâce le lac du bois de Boulogne.

Le potager, le verger, étaient l'objet des constantes sollicitudes de votre prédécesseur. Je vous prédis que vous finirez par là. On se fait vite aux belles perspectives, aux horizons lointains; on est toujours sensible à un beau fruit. Je n'ai d'observations à faire que sur vos quenouilles. Vous n'aurez jamais de beaux fruits sur ces arbres-là. Est-ce la faute du sous-sol? peut-être, mais alors rien de plus facile que de faire un habile compost qui donne vigueur et fertilité à vos arbres. Est-ce la faute de la taille? je le crains. Vos quenouilles n'ont pas de *flèche*. C'est le plus mauvais système de taille; on se procure par là beaucoup de bois, mais peu de fruit et du petit fruit. Une quenouille sans flèche est un ruisseau sans eau. La flèche attire la sève ascendante; si vous la supprimez, la sève se porte sans discernement sur tous les bourgeons à fruit des branches latérales et les transforme en bourgeons à bois. Sans flèche, point de sève descendante de la fin d'août, qui grossit le fruit. Jusque vers le milieu d'août le fruit se nourrit par le chevelu des racines; après cette époque, c'est la sève descendante qui le fait se développer et grossir. La flèche est, au printemps, la pompe aspirante de la sève qui protége contre l'hypertrophie les jeunes et tendres bourres à fruits, et vers la fin de l'été c'est la pompe foulante qui donne aux fruits tout leur développement. C'est de la physiologie pratique, mon cher châtelain, et vous verrez bientôt combien vous prendrez goût à ces aimables et charmantes occupations du verger, si attrayantes et si absorbantes qu'à des gens que je connais il faut la raison, le devoir et aussi cette terrible *res angusta domi* pour ne pas entièrement céder à la contemplation des doux mystères de la flèche et de la greffe.

Le cas échéant, je vous rappellerai à la modération, car notre science et notre art ont encore besoin que vous teniez en main quelquefois autre chose que le sécateur et la serpette.

Mais le bruit de Paris revient à mes oreilles. Qu'est-ce?... C'est une lettre, une lettre pieuse, dans laquelle notre excellent confrère, M. de Pietra Santa, m'adresse un semblant de reproche d'avoir reproduit de l'*Italie contemporaine* de M. About, le passage relatif aux médecins de Rome. Un mot d'explication. Ce passage s'est fourvoyé dans le *Courrier* où ce n'était pas sa place ; je réservais la citation pour le *Feuilleton*, et je voulais l'accompagner de réflexions qui eussent été moins solennelles que celles de M. de Pietra Santa, mais qui eussent fait connaître mon sentiment sur ces appréciations à *vol d'oiseau*, et par un écrivain très spirituel sans doute, mais incompétent, d'une profession aussi difficile à bien connaître que la profession médicale. Notre honorable confrère remplit cette tâche mieux que je n'aurais pu le faire, et je lui laisse volontiers la parole, tout en regrettant qu'il ait pris trop au sérieux une citation dont le bon esprit de nos confrères romains aura facilement fait justice.

Amédée LATOUR.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, ce 4 août 1858.

Mon très cher confrère,

J'ai lu avec un sentiment extrême de tristesse le petit extrait de l'*Italie contemporaine*, relatif aux médecins de Rome, malgré l'atténuation que cet article reçoit des quelques lignes qui lui servent d'introduction.

Qu'un écrivain gâté par des succès littéraires récents, qu'un jeune homme que le talent et le cœur ont élevé de prime saut sur le piédestal de la célébrité, se permette une incartade contre ces pauvres disciples d'Hippocrate, cela peut se concevoir, mais n'est-ce pas lui donner une importance non méritée, que de faire figurer dans les colonnes de l'Union Médicale cette inqualifiable boutade.

Les remontrances, les lazzi de Molière à l'endroit de notre profession devaient rencontrer un véritable succès, même parmi ceux qu'il mettait ainsi sur la sellette, parce que ce grand psychologiste surprenait le cœur humain dans quelques-unes de ses manifestations, mais les causeries de M. Edmond About n'ont pas droit à la même faveur, parce qu'elles ne constituent, dans l'espèce, que des personnalités d'un goût équivoque.

Les clients de grande maison, ces flâneurs que l'on assimile à des commissionnaires du coin de la rue, n'existent que dans l'imagination du romancier.

Nous avons eu le plaisir de voir à Rome beaucoup de médecins, nous avons rencontré partout des praticiens honorables et honorés, des hommes aussi instruits que modestes, des confrères aussi dévoués dans les hôpitaux de la ville que dans les plaines désolées de la campagne.

Quand on a la prétention de décrire toute une classe d'individus, il ne faut pas prendre le premier original venu pour en faire un type du genre : quelques heures suffisent pour étudier un monument au point de vue de sa description, mais *des mois entiers* de fine observation sont indispensables quand on veut tracer le portrait d'un ensemble de personnes.

A quoi bon, direz-vous, votre intervention; de quoi vous mêlez-vous; pourquoi cette protestation en règle?

Je proteste, mon très cher confrère, pour l'amour de la vérité; je proteste, parce que j'ai un culte pour cette terre classique des arts; je proteste, parce que j'admets une espèce de solidarité entre les médecins de tous pays, ayant pour mot d'ordre « l'humanité souffrante. »

En parcourant dans le *Moniteur* le feuilleton de M. Edmond About, je me suis contenté de tourner le feuillet; en voyant figurer dans votre *Courrier* le *portrait peu flatté des médecins de Rome*, je me suis souvenu de l'accueil bienveillant et sympathique que j'avais reçu dans la ville éternelle, et j'ai pris la plume pour tracer *currente calamo* ces quelques lignes. Veuillez les accueillir, mon très cher confrère, avec votre bienveillance et votre impartialité ordinaires.

Les médecins de Rome sont dignes de toute votre sympathie, et aucun d'eux, j'en ai l'intime conviction, ne se reconnaîtra dans ce portrait fantasque de M. Edmond About.

Agréez, etc.

Dr Prosper de Pietra Santa.

sommet gauche en arrière. Traces d'épanchement à la base des deux poumons, surtout à gauche, où la faiblesse du murmure respiratoire était très marquée.

Après avoir, à plusieurs reprises, éprouvé dans l'abdomen des douleurs très vives, qui se calmaient momentanément pour reparaître au bout de quelque temps, des vomissements et des alternatives de constipation et de diarrhée; après avoir présenté les phénomènes ordinaires de la fièvre hectique, la malade a succombé dans le marasme le 17 mars.

Autopsie, trente heures environ après la mort.

Abdomen. La cavité abdominale était le siége d'un épanchement de sérosité fortement citrine, dont la quantité pouvait être évaluée à 4 litres à peu près. Le péritoine présentait un épaississement considérable et une coloration jaune rougeâtre; de très nombreux tubercules s'étaient développés dans l'épaisseur et au-dessous de cette membrane, ainsi qu'à la surface du foie, qui était gras, plus volumineux qu'à l'état normal. Le grand épiploon, rétracté sur lui-même en forme de corde étendue transversalement d'un hypochondre à l'autre, était fortement épaissi et parsemé de nombreux tubercules. Il n'existait aucune adhérence des anses intestinales entre elles. Les intestins, ouverts dans toute leur longueur, n'offraient aucune trace d'ulcération; il y avait seulement une rougeur par arborisations dans la partie inférieure du gros intestin. — La substance corticale des reins était décolorée, tant dans sa partie périphérique que dans les prolongements qu'elle envoie entre les cônes de la substance tubuleuse. — Les annexes de l'utérus, des deux côtés, étaient soudées entre elles par des adhérences; le péritoine, à leur niveau et au niveau de l'utérus, était partout notablement épaissi, en même temps qu'il était tapissé de granulations tuberculeuses. A gauche, une bride très épaisse, assez semblable à un tuyau de plume, soudait les annexes à la partie antéro-latérale correspondante du rectum. Les deux trompes se présentaient sous l'aspect d'un petit intestin, en formant des anses très rapprochées; leurs parois étaient fortement épaissies, et elles contenaient l'une et l'autre de la matière tuberculeuse concrète, jaunâtre, qu'on pouvait en extraire par leur ouverture restée libre dans la cavité péritonéale; la membrane muqueuse des trompes n'était le siége d'aucune ulcération. Les ovaires, assez volumineux, contenaient quelques tubercules. Il y avait une ulcération sur les deux lèvres du museau de tanche, un peu de rougeur et d'hypertrophie de la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus.

Thorax. Nombreux tubercules crus au sommet de chacun des deux poumons, mais pas d'excavations. Adhérences du péricarde au cœur, ces adhérences infiltrées de sérosité citrine; nombreux tubercules à la surface du péricarde. Cœur hypertrophié, et ayant à sa base un dépôt considérable de graisse.

Tête. Le crâne n'a pas été ouvert.

Il ne sera pas sans intérêt d'avoir noté les traits principaux de cette observation. On y remarque : l'absence d'influence héréditaire et de toute circonstance anamnestique en rapport avec la diathèse tuberculeuse, et, pour tout élément étiologique appréciable, de mauvaises conditions d'hygiène; — le début presque soudain, et comme, au milieu de la santé, de symptômes sérieux se prononçant surtout et presque exclusivement du côté de l'abdomen et ne laissant dès lors aucun doute possible sur l'existence d'une affection grave du péritoine, douleurs, vomissements, alternatives de diarrhée et de constipation, gonflement du ventre, tension rénitente entre les hypochondres, ascite, et, avec ces symptômes, l'amaigrissement, la fièvre hectique, etc.; — enfin, à l'examen *post mortem*, à côté de lésions pulmonaires tuberculeuses relativement peu avancées, la gravité et l'étendue des altérations du péritoine, collection séreuse dans sa cavité, augmentation considérable de son épaisseur, présence de très nombreux tubercules dans son tissu et à sa face adhérente, épiploon tuberculeux et rétracté en forme de corde allant d'un hypochondre à l'autre, enfin l'existence de la matière tuberculeuse dans les organes génitaux, utérus, ovaires, trompes de Fallope.

(La suite prochainement.) Dr A. GAUCHET.

BIBLIOTHÈQUE.

EXPOSITION CRITIQUE ET PRATIQUE DES NOUVELLES DOCTRINES SUR LA SYPHILIS;

Par P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon (hospice des Vénériens).

Il est peu de sciences qui possèdent, au même degré que la syphilis, le privilége d'intéresser les esprits et de provoquer les recherches. Aussi que de travaux, que de volumes, cette seule branche des études médicales a-t-elle inspirés! Que de controverses soulevées, à tous les âges, au nom de convictions également sincères; que de problèmes débattus, que d'opinions rivales tour à tour accueillies et rejetées! Et cependant l'accord est loin d'être fait. Ces dernières années ont même été singulièrement fécondes en divergences doctrinales. Des idées nouvelles ont surgi et n'ont pas manqué de susciter immédiatement des débats dont plusieurs tribunes ont déjà retenti. Si bien qu'un livre — tout un livre, et des plus intéressants — a pu être consacré par M. Diday à l'*exposition critique des nouvelles doctrines sur la syphilis*.

Doctrines *nouvelles*, ai-je dit : d'autres disent doctrines *renouvelées*, correctif qui, sur plus d'un point, me paraît juste et acceptable. C'est qu'en effet, à ne citer comme exemple que certaines théories qu'on a tenté d'opposer à l'école ricordienne, bien des inspirations, prétendues nouvelles, ont été puisées dans le passé, bien des croyances anciennes ont été remises à l'ordre du jour et comme relevées de la prescription à l'aide de quelques signatures contemporaines. Mais si certaines exhumations ont pu passer pour des découvertes, il n'est pas moins vrai que des idées réellement neuves se sont récemment produites, et que des doctrines originales viennent de voir le jour. C'est l'examen et la discussion de ces dernières qui donnent le plus d'intérêt à l'ouvrage dont je vais essayer de tracer une analyse succincte.

La première partie du livre est consacrée à la *blennorrhagie*, ou, pour mieux dire, aux différents écoulements blennorrhagiques. M. Diday rappelle tout d'abord la grande division établie — il y a déjà de longues années — par notre maître commun, M. Ricord, entre la blennorrhagie et le chancre. Puis, dans une discussion vive, imagée, saisissante, il combat les différentes objections opposées à la doctrine du Midi. Je ne ferai que signaler cette première partie de l'ouvrage, où l'auteur m'a paru plaider une cause gagnée.

Les chapitres qui suivent sont relatifs au *chancre*, au bubon, à l'induration, à la *théorie du double virus*, toutes questions d'actualité traitées de main de maître par M. Diday. Ici réellement apparaissent les idées nouvelles; ici les novateurs entrent en scène.

Tout chancre n'infecte pas, tout chancre ne contient pas en germe la vérole. Mais à quels signes reconnaître le chancre qui doit infecter du simple ulcère qui se cicatrise en quelques semaines, laissant l'économie indemne de toute souillure? L'école ricordienne croit avoir depuis longtemps résolu ce problème. M. Diday accepte sur ce point la doctrine du maître. C'est dire qu'il croit à l'*induration* et à sa valeur pronostique, qu'il la regarde comme un présage certain et infaillible de l'intoxication.

Cette question particulière est longuement traitée par l'auteur, qui s'est attaché à déterminer l'exacte signification de ce signe tant discuté, l'induration, au double point de vue pratique et doctrinal. « L'induration, dit-il, n'est que l'un des caractères par lesquels se traduit prématurément une propriété que possèdent certains chancres, le pouvoir d'infecter. Ne confondez jamais ces deux choses, la *cause morbide* avec le trait qui la distingue.... L'induration ne fait point la vérole, pas plus que le thermomètre ne fait la température, mais c'est *un indice*, un indice tellement sûr et hâtif, qu'il accuse, et le premier et indubitablement, l'avénement de la diathèse. En vain voulez-vous en amoindrir l'importance, en la rangeant au nombre des symptômes de la syphilis. Ceux-ci, pris isolément, sont tous variables, accidentels, susceptibles de manquer. Elle seule, au contraire, elle apparaît *sans faute*, dès le début, plusieurs semaines avant que l'économie ne commence à trahir, par des lésions éloignées du foyer de l'infection primitive, l'éclosion de la diathèse..... Elle n'est pas cause, cela est entendu, mais *elle accuse la cause*. »

Examinant ensuite l'influence des causes qui impriment au chancre différents caractères pour en faire, chez tel sujet, un ulcère simple qui se cicatrise sans danger d'infection consécutive, et chez tel autre l'exorde d'une épouvantable diathèse, M. Diday arrive à cette conclusion, que *les conditions individuelles ne sauraient modifier en rien la nature du chancre*. Ce n'est pas, dit-il, une disposition idiosyncrasique qui favorise, chez tel malade, la pénétration du virus dans l'économie ou qui l'arrête chez tel autre. Toutes les conditions individuelles, sous ce rapport, sont égales. Là n'est point le motif de la différence entre les résultats. La véritable cause de la nature du chancre, c'est la source dont il dérive. *Le chancre de contagion est toujours l'analogue du chancre qui l'a produit.*

C'est, en effet, ce qu'ont démontré toutes les recherches qui ont été tentées jusqu'à ce jour sur la contagion du chancre. C'est ce que MM. Bassereau, Clerc, Dron, etc., avaient déjà avancé; c'est ce que moi-même j'ai toujours et invariablement constaté dans une longue série de recherches entreprises sous la direction de M. Ricord.

Issus d'origine différente, les deux chancres ne présentent rien dans leur développement consécutif qui ne tende à les séparer d'une façon complète. Aspect et durée de l'ulcération, état de la base, bubon symptomatique, etc., tout varie suivant l'*espèce* du chancre, et rien de ce qui se rapporte à l'un ne saurait s'appliquer à l'autre. Aussi, ces prémisses connues, la conclusion se devine. M. Diday est *dualiste*, et dualiste dans l'acception la plus large du mot. C'est dire qu'il admet une *différence absolue de nature* entre le principe du chancre qui produit la vérole et le principe du chancre qui n'infecte pas; qu'il existe pour lui DEUX VIRUS, *l'un propre à la syphilis, l'autre qui lui est complétement étranger*.

La démonstration de ce fait occupe une large place dans le livre de M. Diday, et constitue, certes, l'une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage. L'on ne saurait trop louer l'auteur d'avoir accordé ce développement à l'une des questions qui préoccupent le plus vivement la syphiliographie contemporaine.

Aux accidents primitifs, résultant de la contagion, tels que le chancre, la balanite, la blennorrhagie, il faudrait encore joindre, d'après M. Diday, une variété toute spéciale d'adénite primitive, le *bubon d'emblée*. Mais, qu'on y prenne garde, et qu'on ne se laisse pas abuser par cette dénomination trompeuse. Le bubon d'emblée de M. Diday ne ressemble en rien à celui que décrivaient sous ce titre les anciens syphiliographes; c'est une adénite *spéciale*, ayant une marche et une physionomie toute particulière, adénite que l'on voit naître seulement *après les rapports sexuels* et « que toute autre excitation sans spécificité, portant sur les mêmes organes, serait impuissante à produire. » — Mais quels sont les caractères spéciaux de cet engorgement ganglionnaire, et comment le différentier cliniquement des adénites simples dues aux causes les plus vulgaires? excoriation de la verge, écorchures du pied, etc..? C'est ce que M. Diday n'a pu suffisamment préciser. Ce point, du reste, a déjà attiré la critique de notre maître. Je n'y reviendrai pas.

Examinant ensuite la diathèse syphilitique dans son développement, l'auteur insiste sur la régularité presque invariable que présente l'évolution des accidents. Partout et toujours le même ordre, la même succession de phénomènes! Il faut, en vérité, que la vérole ait en elle une essentialité bien forte pour résister aux mille agents qui tendent à en défigurer l'expression phénoménale, pour conserver ainsi le même type, en dépit de toutes les conditions qui tendent à le transformer.

La vérole est donc susceptible d'une classification, et il n'est pas étonnant que ceux qui l'ont étudiée de plus près, Hunter et Ricord, aient tenté d'en distribuer les accidents en un certain nombre de groupes ou d'époques. Eh bien, cette classification n'est point une œuvre stérile. Elle répand la lumière à chaque instant sur l'application clinique. Elle sert de guide au médecin, et ceux mêmes qui la nient la consultent souvent. Mais il y a plus : interrogée avec attention, elle conduit à une connaissance exacte de la maladie, dont elle permet de suivre l'évolution *décroissante* ou *progressive; et donnant la mesure du mal, elle en règle la médication*. Laissons ici l'auteur développer sur ce point important les idées toutes nouvelles qu'il apporte à la thérapeutique de la syphilis :

« Les deux périodes de la vérole — secondaire et tertiaire — ne s'appellent pas, ne se nécessitent point réciproquement. La phase tertiaire, même dans l'évolution *libre* du mal, ne vient qu'en second lieu, mais *quand elle vient!* Car elle peut manquer, *elle manque souvent*, et la phase secondaire, alors, représente à elle seule le corps entier de l'affection. Souvent, plus souvent qu'on ne le croit — j'ai le droit, j'ai seul peut-être le droit de l'affirmer, moi qui me donne chaque jour le spectacle de la syphilis abandonnée à elle-même — tout se borne là. La cure est réalisée, elle est définitive, bien qu'elle ait été spontanée.......... Eh bien, classons ce qui se passe sous nos yeux. Un certain nombre de véroles étant livrées aux seules forces de l'organisme, nous voyons le mal, pour la grande majorité, diminuer peu à peu, puis finir; — sur un plus petit nombre, au contraire, devenir de plus en plus grave, *profond*, tenace. De là, deux ordres divers, mais réels : *syphilis décroissante, syphilis progressive*. De là aussi deux indications essentiellement opposées : l'hygiène et *pas de spécifiques* pour le premier cas; pour le second, les spécifiques sans omettre l'hygiène..... Une syphilis étant donnée, consultez l'*espèce* des symptômes qui apparaissent durant les premiers temps de l'évolution constitutionnelle. Sont-ils secondaires, et purement secondaires, sans alliage d'accidents de transition; les poussées subséquentes, s'il s'en produit, gardent-elles le même caractère, tout se passera bien. Libre à vous, médecin, de désarmer; à vous, malade, de faire en paix vos douze ou quinze mois de vérole. Je prétends pour ma part que, dans ce cas, *alors même qu'elle est traitée par les spécifiques, la vérole n'a pas une durée inférieure à celle-ci, qui est le terme moyen de son cours spontané*. — Au contraire, les phénomènes deviennent-ils de plus en plus accentués? Le cachet du tertiaire se mêle-t-il aux éruptions du premier semestre? Alors il ne suffit plus de veiller, il faut combattre, et les spécifiques reprennent de plein droit le rang que tout à l'heure on pouvait impunément leur enlever. »

L'école physiologique nous avait déjà donné « le spectacle de la syphilis abandonnée à elle-même. » Mais la confusion qu'elle faisait de toutes les affections vénériennes enlève tout intérêt à ses résultats et aux fameuses statistiques qu'elle nous a léguées. Tout autres seront les observations et les résultats que M. Diday a pris l'engagement de publier sur ce point, en exprimant l'espoir que la pratique y trouvera les bases d'une réforme utile et radicale dans le maniement beaucoup trop routinier des agents spécifiques appliqués au traitement de la syphilis.

Longtemps controversée, mais toujours séduisante et nouvelle, la question de *contagion* se trouve exposée dans le livre de M. Diday avec tous les développements qu'exige la solution d'un problème aussi complexe et aussi vaste. Une partie des idées émises par l'auteur est déjà connue du public médical, grâce à une intéressante publication antérieure. Je n'y reviendrai que pour tracer d'une façon sommaire l'ensemble des doctrines de l'éminent syphiliographe lyonnais : Transmissibilité de la syphilis au fœtus *par le père et par la mère*; caractère *spécial* de la syphilis congéniale, laquelle offre à la fois une gravité et une *contagiosité* tout autres que la vérole ordinaire; — infection de la mère par un fœtus créé syphilitique de par le père; — infection de la nourrice par le nourrisson syphilitique; — infection du nourrisson par la nourrice, dans le seul cas où la syphilis de la nourrice lui vient d'une source *congéniale*, c'est-à-dire lorsqu'elle même tient l'infection d'un autre nourrisson, etc.,

Si les lésions secondaires de la syphilis congéniale sont contagieuses et si facilement transmissibles, il en est tout autrement pour les lésions du même ordre développées sur l'adulte. *Celles-ci ne sont pas transmissibles*. Analysant et discutant une à une toutes les observations présentées jusqu'à ce jour en faveur de leur caractère contagieux, M. Diday montre que la plupart sont manifestement entachées d'erreur, qu'*aucune* d'elles n'est complète et irréfutable, suffisante, en un mot, pour établir une démonstration sérieuse.

A ce propos, un fait intéressant a frappé M. Diday : c'est que, dans la presque totalité des observations tendant à établir la contagiosité des accidents secondaires, la transmission s'est toujours faite de *l'homme à la femme*. « Compulsez les auteurs, dit-il, interrogez vos confrères, tous déposent dans le même sens. C'est de l'homme à la femme que l'infection a passé; c'est un mari qui a empoisonné sa jeune épouse, c'est un amant qui a contagionné sa maîtresse. Toujours et partout la femme infectée par l'homme!.... » Or, d'où vient cette préférence? — M. Diday en a cherché le secret, et cette étude l'a conduit à un résultat curieux, que du reste M. Ricord avait déjà signalé (1).

D'après lui, si la femme contracte la contagion plus fréquemment que l'homme, c'est *qu'elle peut la recevoir par un mode qui lui est propre*. « Le coït n'est point l'agent de ces transmissions constitutionnelles; le véritable agent, c'est le fœtus, c'est la *grossesse*. Le contact passager du pus secondaire sur les organes ne suffit pas à produire l'infection; s'il suffisait, l'homme et la femme en ressentiraient l'effet d'une manière égale, seraient infectés aussi souvent l'un que l'autre. Il faut donc plus; il faut que le principe morbide venant de l'un pénètre en nature, pénètre directement et constitutionnellement dans le système vasculaire de l'autre. Or la grossesse *seule* réalise ces conditions..... Voici donc comment les choses se passent le plus ordinairement. Légitime ou non, tant que l'époux reste époux, il ne transmet rien à la femme. Devient-il père, une nouvelle, une spéciale, une plus forte cause d'infection intervient. Vérolé par son père, le fœtus va exercer sur l'organisme dont il fait désormais partie une influence que rien ne pourra prévenir. Celle qui le nourrit de son sang s'infecte par celui qu'il lui renvoie en échange. Épouse, elle avait résisté; elle succombe, mère. »

Un dernier chapitre de l'ouvrage est consacré à la prophylaxie, question véritablement sacrifiée dans les ouvrages contemporains et sur laquelle M. Diday rappelle énergiquement l'attention.

Mettre les individus infectés hors d'état de propager leur maladie, ce n'est là que l'usage modéré du droit de légitime défense. Tous les législateurs, tous les publicistes sont unanimes à reconnaître ce droit, en principe. Or, il est singulier qu'en fait, ils ne l'exercent qu'à demi. Protégée contre la femme, la société reste désarmée devant l'homme. Toutes les mesures prophylactiques sont relatives à la femme; pour l'homme, la loi est muette. Le fléau coule cependant de deux sources. N'en purifier qu'une, abandonner l'autre sans surveillance, c'est décréter qu'on veut laisser le mal se perpétuer. Ce qui le prouve, c'est que, malgré les visites et les dispensaires, malgré toutes les mesures de la police spéciale actuellement en vigueur, *le fléau n'a pas diminué depuis vingt ans*.

(1) « Quand la vérole est transmise de la mère à l'enfant pendant la gestation, l'infection a lieu *par l'intermédiaire du placenta*. » (Clinique iconographique.)

— Le système actuel est donc insuffisant et il restera tel, tant que la surveillance sanitaire ne s'étendra pas *à l'homme*. Légale en principe, cette surveillance est nécessaire en fait, et grâce aux mesures qu'il propose, M. Diday la croit réalisable.

Quant à la police médicale des prostituées, M. Diday n'a point de peine à montrer qu'elle est encore, de nos jours, scandaleusement impuissante. « Ses imperfections, dit-il, se traduisent en résultats déplorables. Chancres et chaudes-pisses, quotidiennement, se prennent dans les *maisons* les mieux tenues, *le lendemain même de la visite* (!). » — Ici donc les réformes sont de toute urgence. Adoptées sur plusieurs points, à Berlin, à la Haye, à Bruxelles, à Turin, espérons qu'elles ne tarderont pas à être introduites en France.

» Un progrès sensible a marqué le premier quart de ce siècle. Avec l'établissement d'une surveillance mieux réglementée, l'on a vu coïncider l'abaissement du chiffre des affections vénériennes. L'histoire n'oubliera pas les noms de ceux qui, soutenus par l'amour du bien public, remuèrent les premiers cette fange, sans défaillance de cœur, pour en neutraliser les miasmes infects.

» Mais ce passé est un encouragement, non moins qu'un exemple. Gardez-vous d'y voir le terme du possible! Depuis lors, la législation et la santé spéciale — étroitement unies comme la cause et l'effet — restent immobiles à un niveau désespérant. Le mal honteux dont les ravages avaient jadis suscité une généreuse croisade, dont on avait osé un instant entrevoir l'extinction, ce mal a pris des allures stationnaires qui ne semblent que trop lui assigner pour toujours droit de cité parmi nous. Or, si depuis longtemps, il résiste aux mesures en vigueur, malgré leur rigoureuse exécution, c'est que ces mesures sont insuffisantes. Voilà vingt ans que l'expérience le crie à la raison..... La médecine a dignement marqué sa trace dans cette guerre qu'elle a engagée pour le bien public, au détriment de ses intérêts professionnels. Elle a fait son devoir. Législateurs, vous êtes avertis. C'est devant votre conscience, c'est devant Dieu que vous aurez maintenant à répondre d'une inaction coupable. »

Puisse cette parole être entendue des administrateurs de la santé publique et de tous ceux qui, à quelque titre que ce soit, exercent sur le pouvoir l'influence bienfaisante de leur direction et de leurs conseils !

A. FOURNIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 mai 1858. — Présidence de M. BARTH.

Sommaire. — Lecture d'un mémoire de M. Dutrouleau *sur les fièvres bilieuses graves des pays chauds*. — Communication, par M. Vigla, d'une observation de *pleurésie simple terminée par la mort*. Discussion : MM. Legroux, Sée, Barthez, Aran.

M. LEGROUX, après avoir remercié la Société du concours qu'elle a bien voulu lui prêter et qui a singulièrement facilité sa tâche, cède le fauteuil à M. Barth, désigné pour le remplacer.

M. BARTH remercie en quelques mots l'assemblée de l'honneur qu'elle lui a fait, et propose à la Société de voter des remercîments au bureau de l'année 1857-1858.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— M. DUTROULEAU obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des fièvres bilieuses graves sous la zone torride*. (Com. MM. Hervez de Chégoin, Legroux et Monneret rapporteur.)

— M. VIGLA communique un fait de *pleurésie simple terminée par la mort*.

Il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, bien constituée, mais ayant eu antérieurement une hémoptysie. Cette femme était accouchée six semaines avant d'entrer à la Maison de santé. La grossesse s'était bien passée, on n'avait noté qu'un peu d'œdème aux membres inférieurs, mais point d'albumine dans les urines.

Huit jours avant l'accouchement, il se déclara une fièvre accompagnée de dyspnée, de toux, de point de côté, en un mot, de phénomènes qui établissent que le début de la pleurésie remonte à cette époque.

C'est, par conséquent, sept semaines après la manifestation de ces accidents que la malade entre à la Maison de santé. On la trouve atteinte d'une dyspnée intense; pouls à 124; peau très chaude, épanchement occupant les deux tiers du côté droit de la poitrine. Anémie. On traite cette femme par les révulsifs, le nitrate de potasse; mais pas d'émissions sanguines, pas d'opération.

Le mal fait des progrès très rapides et la malade meurt le 25 avril, huit jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva, dans la plèvre droite, de la sérosité transparente, citrine, des fausses membranes, et le poumon refoulé, aplati contre la colonne vertébrale. A gauche, une masse de petits tubercules crétacés.

Ce fait a paru intéressant à M. Vigla, en ce sens qu'il offre un exemple de pleurésie simple, exempte de toute complication et cependant terminée par la mort.

Au point de vue diagnostique, il est encore curieux en ce sens qu'on pouvait soupçonner une pleurésie soit purulente, soit tuberculeuse.

Enfin, au point de vue thérapeutique, on s'est abstenu de l'opération en raison des craintes que faisaient naître, quant à son issue, d'une part l'existence d'une hémoptysie, d'une autre part l'intensité de l'état fébrile.

Enfin, au point de vue de la valeur séméiotique de l'hémoptysie et de la curabilité des tubercules pulmonaires, ce fait vient s'ajouter à ceux qui établissent que la phthisie, annoncée par des crachements de sang, n'est pas fatalement mortelle, puisque les tubercules s'étaient crétacés dans le cas particulier.

M. LEGROUX regrette que l'opération n'ait pas été pratiquée. Il y avait indication d'agir. Quel danger y avait-il d'ailleurs à faire la thoracentèse? Il n'y avait qu'un seul moyen de sauver la malade, c'était d'extraire la sérosité épanchée dans la poitrine. M. Legroux l'eût faite deux fois, trois fois, vingt fois, si cela eût été nécessaire. Il soigne un jeune homme atteint d'une pleurésie depuis deux mois. L'épanchement, qui occupait le côté droit, s'est accru avec rapidité; l'opération a été faite, et a donné issue à un litre de liquide séro-sanguinolent. Le liquide s'est reproduit; deuxième opération; extraction de cinq litres de liquide séro-sanguinolent, puis injection iodée. Réapparition de l'épanchement pour la troisième fois. Nouvelle ponction et nouvelle injection. Aujourd'hui, grâce à ces opérations répétées, la pleurésie a presque disparu; néanmoins, si la résorption n'avait pas de tendance à se faire, on aurait de nouveau recours aux mêmes moyens.

M. Legroux se propose de montrer à la Société ce malade guéri. Il aurait suivi la même conduite à l'égard de la malade de M. Vigla, d'abord parce que, selon lui, la thoracentèse était indiquée, en second lieu parce qu'elle soulage toujours.

M. SÉE : M. Vigla a intitulé pleurésie simple le cas qu'il a rapporté; mais s'agissait-il bien réellement d'une pleurésie simple? Au point de vue anatomique, oui, puisqu'il n'y avait dans la plèvre que de la sérosité et des fausses membranes; au point de vue diathésique, non. En effet, ce pouvait être ou une pleurésie tuberculeuse ou une pleurésie puerpérale.

Quant à la diathèse tuberculeuse, rien ne prouve qu'elle n'ait pas influé sur l'issue funeste, car la malade a eu des hémoptysies antérieures, et on a trouvé des tubercules crétacés, il est vrai, dans la plèvre gauche.

Mais il y a dans le cas particulier quelque chose de plus actuel, c'est l'état puerpéral. Dans la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie de médecine, on a très peu parlé des affections post-puerpérales. Je considère le fait de M. Vigla comme le prototype de ces affections.

La pleurésie dont il s'agit a duré en totalité huit semaines. Les accidents ont présenté d'abord une certaine bénignité, puis, dans la dernière semaine, ils se sont rapidement aggravés. C'est ainsi que débutent et que marchent les pleurésies de mauvais caractère.

Dans le travail de M. Charrier, il est question d'une épidémie dans laquelle la péritonite puerpérale s'est transformée en pleurésie puerpérale. Or, je me demande si la pleurésie observée par M. Vigla n'a pas emprunté sa gravité à une influence de cette nature.

Enfin, une dernière circonstance doit être prise en considération dans cette observation, c'est l'existence de l'œdème qui a été constaté chez la malade. On n'a pas trouvé, il est vrai, d'albumine dans les urines, mais rien ne prouve qu'il n'ait pas existé antérieurement de l'albuminurie.

En présence de ces faits, il est permis de penser que la pleurésie dont l'observation nous est rapportée n'était pas une pleurésie simple, mais une pleurésie compliquée.

M. BARTHEZ : Une des raisons qui ont éloigné M. Vigla de la thoracentèse, c'est l'intensité du mouvement fébrile. Je crois que cette circonstance ne doit pas empêcher de pratiquer l'opération. J'ai fait récemment la thoracentèse chez un enfant atteint, comme le malade de M. Vigla, de fièvre et d'orthopnée intenses. Ces accidents se sont amendés par le fait de l'opération.

Les tubercules ne doivent pas être, même quand ils compliquent la pleurésie, un motif d'abstention. Ce qu'il y a de pis, c'est de laisser mourir les malades. Dans tous les cas, on soulage les malades quand on ne les guérit pas.

M. ARAN : J'ai fait la thoracentèse dans les circonstances les plus diverses, chez des tuberculeux, chez des fébricitants, etc., et l'épanchement a guéri.

Relativement à la pleurésie droite, je ferai remarquer qu'à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on ne perd pas de vue les malades, j'ai mainte fois constaté que la pleurésie droite était une pleurésie deutéropathique, une pleurésie de mauvaise nature, souvent tuberculeuse, quelquefois gangréneuse.

Mais les tubercules, quand ils compliquent l'épanchement, ne siégent pas toujours du côté affecté. La plèvre est souvent fermée par des adhérences du côté correspondant aux tubercules pulmonaires, et l'épanchement se produit dans la plèvre opposée.

M. VIGLA : En ce qui concerne les objections relatives à la question nosologique, je répondrai qu'il s'agissait bien dans le cas que j'ai rapporté d'une pleurésie simple et non d'une pleurésie compliquée.

Sans doute, c'était une pleurésie grave, puisqu'elle s'est terminée par la mort; mais elle n'était liée à aucune des diathèses qui ont été invoquées. Je n'ai pas été sans me préoccuper de la complication possible de la maladie par les diathèses puerpérale ou tuberculeuse; mais tout bien examiné, je crois pouvoir persister dans mon dire.

Était-ce une pleurésie tuberculeuse? J'aurais pu le supposer en présence des phénomènes comme hectiques présentés par la malade. Mais nous connaissons tous la forme spéciale de la phthisie aiguë, forme qui en a si souvent imposé pour une fièvre typhoïde? Or, dans ces cas, on trouve presque toujours des tubercules miliaires en grand nombre, non seulement dans les poumons, mais encore dans les principaux viscères. L'autopsie a démontré que les tubercules étaient, dans ce cas, hors de cause. Je n'aurais pas même dû en parler, puisque je n'ai trouvé que quelques concrétions crétacées, et point de tubercules ramollis. Donc, la diathèse tuberculeuse doit être mise de côté.

Quant à la diathèse puerpérale, elle n'existait pas davantage. Nous avons examiné avec le plus grand soin le bassin, l'utérus et ses annexes, et rien, ni pendant la vie ni après la mort, n'a pu nous faire reconnaître une lésion appréciable de ce côté. L'utérus était parfaitement revenu sur lui-même et exempt de toute altération. Ainsi, anatomiquement, il n'y a eu rien de puerpéral dans la pleurésie que j'ai observée. Quant à la forme de la maladie, elle n'avait non plus rien de puerpéral. Elle n'a pas été suivie de suppuration; il n'y a pas eu d'autres foyers inflammatoires. Tout cela me paraît contraire à l'idée d'un état puerpéral.

Reste l'albuminurie; l'examen des urines a prouvé ce qu'il en fallait penser. Mais eût-elle existé, que sa disparition la ferait mettre également hors de cause. Pour ces divers motifs, je persiste à croire qu'il s'agissait bien d'une pleurésie simple.

Le fait que j'ai rapporté prouve que le pronostic de la pleurésie est loin d'être aussi bénin qu'on l'admet généralement, et, par cette raison, il doit être compté comme venant à la décharge de la thoracentèse.

Le secrétaire, Dr E. HERVIEUX.

NÉCROLOGIE. — La ville de Toulouse vient de perdre un de ses médecins les plus distingués dans la personne de M. le docteur A. Dassier, directeur et professeur de l'École préparatoire de médecine, ancien secrétaire général de la Société impériale de médecine de cette ville, etc. Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu au milieu d'un concours immense; tous les corps savants et enseignants de cette ville y étaient représentés. M. Filhol, au nom de l'École de médecine, et M. Naudin, au nom de la Société de médecine, ont payé sur sa tombe un juste tribut d'hommages et de regrets à leur honorable collègue qu'une mort prématurée vient d'enlever à la science, à l'enseignement et à l'administration.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 94. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 10 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :* DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 AOUT 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest présente à la Société un militaire auquel il a pratiqué une blépharoplastie pour détruire un symblépharon partiel et placer un œil artificiel. Cet homme lui a été adressé par M. Houzelot, de Meaux.

Le procédé suivi a consisté à plonger un bistouri d'avant en arrière dans l'épaisseur de la cicatrice qui fut parcourue par l'instrument dans toute sa profondeur au-dessous de la paupière supérieure, et à tailler deux lambeaux, l'un externe, l'autre interne, constitués tous deux par moitié de l'épaisseur de la bride cicatricielle et par une portion de la conjonctive empruntée au moignon de l'œil.

Les deux lambeaux, appendus verticalement à la face postérieure de la paupière, furent relevés l'un vers l'autre, appliqués par leur surface saignante sur la paroi interne du voile palpébral, dans l'espace nouvellement formé par la restitution de son extensibilité, et maintenus en place au moyen de bourdonnets de charpie introduits dans la cavité orbitaire, en assez grande quantité pour faire bomber la paupière.

L'indocilité du malade ne permit pas, comme l'opérateur se le proposait, de réunir, par la suture, les bords de la perte de substance de la conjonctive oculaire qui avait fourni une partie des lambeaux; néanmoins, un mois après l'opération, la cavité conjonctivale restaurée put recevoir un œil artificiel et le contenir sans douleur, sans gêne et avec solidité; cet œil, aujourd'hui, trois mois après l'opération, est devenu trop petit, et sera remplacé par un autre plus gros et plus en rapport avec la laxité des paupières.

M. Verneuil regarde le procédé employé par M. Legouest comme participant des caractères de deux méthodes générales :

1° Celle dans laquelle on utilise la bride cicatricielle elle-même, au lieu de la diviser simplement en travers comme dans les méthodes anciennes. C'est l'idée que notre collègue, M. Decès (de Reims), a beaucoup préconisée, et qu'il a mise en usage avec succès;

2° Celle qui consiste dans l'emprunt de lambeaux pris sur la conjonctive saine. — C'est la combinaison ingénieuse de ces deux modes opératoires qui donne une valeur spéciale à l'opération de M. Legouest.

M. Huguier remarque que l'œil adapté se meut comme l'autre; il propose d'augmenter son volume à mesure que la cicatrice deviendra moins sensible.

— M. Marjolin présente un enfant âgé de dix jours (E. Michel, rue Basfroid, 14), présentant un vice de conformation assez rare; il y a ou absence du sternum ou bifidité du sternum; la mère a eu huit enfants, tous bien conformés.

Lorsque l'on examine ce petit enfant on est frappé de la conformation vicieuse de la poitrine : au niveau de la région sternale, il existe un vide comblé par la peau seule, présentant une ulcération superficielle analogue à celle qui pourrait résulter d'un abcès froid. La hauteur de cette ulcération, située au niveau de la partie moyenne de la poitrine, est de 4 centimètres de hauteur sur 1 1/2 de largeur. Sur ses bords la peau est amincie et violacée. De l'extrémité inférieure de cette ulcération, part une sorte de raphé étroit, saillant, qui rejoint l'ombilic non encore cicatrisé. Ce raphé, qui est un peu violet, semblerait être la trace d'une réunion opérée pendant la vie intra-utérine. L'anneau ombilical est plus large que dans l'état normal; aucune trace de hernie, aucun écartement sur la ligne blanche au niveau du raphé.

Lorsque l'on mesure le tronc de ce petit enfant, on trouve, des extrémités claviculaires au pubis, 17 centimètres. Entre les deux extrémités claviculaires internes, il y a 5 centimètres d'écartement; c'est là où l'écartement est le plus sensible; il simule un V dont l'ouverture serait tournée en haut. Au niveau de la fourchette sternale, l'écartement n'a qu'un centimètre. Du reste, cet intervalle varie suivant les mouvements d'ampliation de la poitrine; ces mesures, assez difficiles à préciser, ont été prises dans leur maximum. La distance entre les deux seins est de 10 centimètres. On sent très bien les deux extrémités internes des clavicules, qui se continuent avec une ligne non interrompue réunissant les côtes, ligne probablement cartilagineuse, et qui peut, de chaque côté, être une trace de sternum bifide. Le cœur occupe toute la partie supérieure de l'écartement; on sent très bien ses battements; pendant l'inspiration, les clavicules sont fortement élevées et la peau forme en arrière une sorte d'enfoncement.

M. Marjolin attire l'attention de la Société sur une cicatrice qui va de la plaie jusqu'à l'ombilic; il la regarde comme une réunion qui s'est opérée dans le sein de la mère.

— M. Demarquay présente les organes génitaux d'un homme de 47 ans, qui, après avoir répété plusieurs fois l'acte du coït dans un temps très court, tomba comme s'il eût été assommé. Porté dans le service de M. Monod, il ne tarda pas à succomber après être resté quelques jours dans un état que le chef du service compare à celui d'un animal surmené.

A l'autopsie, on constata une gangrène partielle de l'urètre, du pénis et de la vessie; le bulbe urétral était tuméfié, et M. Demarquay pense que cette tuméfaction est due à un épanchement de sang. Il n'y avait pas d'infiltration urineuse.

— Dans la séance du 21 juillet, à l'occasion du renouvellement du bureau, M. Bouvier, président sortant, a prononcé un discours duquel nous extrayons le passage suivant, en le recommandant à l'attention des corps savants constitués en mode académique.

« ...... Un relevé de notre infatigable secrétaire général vous a rappelé les rapports arriérés, et a fait connaître à chacun de nous la part qui lui incombe dans cette dette du passé. L'année écoulée n'a pas réduit cet arriéré. Huit membres seulement, MM. Danyau, Desormeaux, Follin, Giraldès, Gosselin, Laborie, Morel-Lavallée, Verneuil, ont rendu compte de travaux renvoyés à leur examen. Je ne doute pas que leurs vingt-cinq collègues attardés n'attendent impatiemment leur tour de lecture. N'y aurait-il pas une mesure à prendre pour leur donner satisfaction, pour leur assurer une place dans l'ordre du jour de chaque séance? Ne pourrait-on, par exemple, après avoir fixé le jour de chacun, arrêter qu'à une heure dite la parole sera donnée, toute autre affaire cessante, aux rapporteurs inscrits? Les discussions provoquées par les présentations de malades, celles qui naissent à l'occasion du procès-verbal, ont un intérêt que je suis loin de méconnaître; mais n'est-il pas à craindre qu'en leur laissant prendre trop de développement, on ne finisse par absorber un temps nécessaire pour d'autres travaux, et par décourager ceux de nos collègues qui sont le plus disposés à consacrer leurs veilles à leurs devoirs de membres de la Société? »

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital St-Antoine. — Clinique de M. ARAN.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE, SIMPLE ET TUBERCULEUSE, ET DES TUBERCULES DU PÉRITOINE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 7 août 1858.)

La terminaison constante des affections tuberculeuses du péritoine est la mort, laquelle arrive soit comme dernier terme de la détérioration progressive et plus ou moins rapide que le développement des diathèses graves imprime toujours à l'ensemble de l'organisme, soit par le fait d'une maladie intercurrente, la pneumonie ou la pleurésie le plus ordinairement. Quelquefois l'évolution des tubercules amène un accident extrêmement grave, la perforation intestinale. Quand cet accident s'est produit, de quelque façon, d'ailleurs, que se soit établie la communication entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine, de dedans en dehors ou de dehors en dedans, il s'en suit le plus ordinairement une péritonite suraiguë qui entraîne avec rapidité le dénouement fatal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, s'il y a antécédemment ou s'il se forme consécutivement une cavité péritonéale partielle circonscrite par des adhérences, les matières fécales s'épanchent dans cette cavité et plus tard elles peuvent, par voie d'abcès, venir faire issue à la surface de la peau. Dans ces sortes de cas, c'est assez souvent à travers l'anneau ombilical que se forme l'orifice fistulaire. Il existe quelques faits de ce genre dans les annales de la science : Ainsi, MM. Rilliet et Barthez (t. III, p. 800) en citent un exemple qui a été rapporté par Lecat; M. Andral a observé un fait semblable, qu'on peut lire dans son *Précis d'anatomie pathologique* (t. II, p. 114) ou dans ses annotations à Laënnec (t, II, p. 64); enfin, les *Archives générales de médecine* en contiennent aussi une observation détaillée très intéressante, qui est due à M. le docteur Bertherand (*Arch.*, 1856, t. II, p. 614). M. Aran a eu occasion de voir deux fois une telle terminaison des affections tuberculeuses du péritoine. Voici l'historique succinct d'un de ces faits :

Un jeune homme fortement constitué, âgé de 19 ans, exerçant la profession de maçon, éprouvait de la douleur dans le côté depuis quinze jours et dans le ventre depuis une semaine, sans avoir eu ni toux, ni oppression, ni constipation, ni diarrhée, lorsqu'il fut admis à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Martin-Solon, le 24 avril 1840.

On lui pratiqua, le jour de l'entrée, une saignée de quatorze onces dont le caillot se montra légèrement couenneux, le lendemain, lors de la visite. A ce moment, le malade avait le faciès abattu, la langue un peu sèche, le pouls à 60 seulement et de force moyenne. Le ventre était arrondi, tendu, douloureux; la pression et la percussion en augmentaient encore la sensibilité; il y avait de la douleur à l'hypogastre après l'émission des urines qui étaient fortement acides. Une application de trente sangsues procura du soulagement, et le traitement ultérieur (tisane de chiendent émulsionnée et additionnée de bicarbonate de soude, onctions mercurielles, grands bains, cataplasmes et lavements émollients) amena graduellement une amélioration notable et dans l'état général et dans les phénomènes abdominaux. Mais, le 4 mai, à la suite d'imprudences, le mieux diminua. Le 7, parut une éruption rouge générale, ayant le caractère de la roséole en certains points, de la scarlatine en d'autres, et s'accompagnant de vives démangeaisons. Le volume du ventre augmenta de nouveau, et le 21 mai cette cavité présenta une fluctuation appréciable qui fut très évidente le 27; ce même jour, l'on constata l'existence de l'albumine dans l'urine. En même temps, le pouls prit plus de fréquence, sans dépasser, d'ailleurs, 90 pulsations; la langue devint collante, et il y eut du dévoiement de temps à autre.

Cet état continua jusqu'au 2 août, jour où l'on s'aperçut que la peau de l'ombilic était déplissée, rouge, tendue, douloureuse, et formait une tumeur du volume d'une aveline, rénitente, diminuant par la pression, ne présentant pas de gargouillement. Le ventre était douloureux à quelques centimètres au pourtour de l'ombilic, insensible dans le reste de son étendue. Le lendemain matin, dans un mouvement que fit le malade pour se mettre à son séant, cette tumeur s'ouvrit spontanément et cette ouverture donna issue à des matières stercorales; des matières semblables continuèrent ensuite à s'en écouler. Le malade tomba bientôt après dans un état d'hébétude qui alla croissant; ses extrémités d'abord, puis tout son corps se refroidirent, et le pouls descendit à 38 ou 40 pulsations. Il succomba deux jours après, sans agonie, le 5 août, à deux heures du matin.

Autopsie. — Au niveau de l'ombilic existait une ulcération de la peau, qui correspondait à l'anneau ombilical élargi, et par laquelle la pression faisait couler des matières fécales liquides. La paroi abdominale antérieure, partout adhérente, ayant été séparée des parties sous-jacentes par une dissection attentive, on trouva les intestins agglomérés et recouverts par des fausses membranes grisâtres, très résistantes, infiltrées presque partout de granulations tuberculeuses. Le grand épiploon infiltré aussi de matière tuberculeuse et adhérent au péritoine pariétal, formait la paroi antérieure d'un foyer dans lequel étaient épanchées des matières fécales, foyer s'étendant de haut en bas depuis le bord inférieur du colon transverse jusqu'à un pouce au-dessus du bassin, et dont la paroi postérieure était formée par des fausses membranes épaisses, grisâtres, teintes en jaune par la matière de l'épanchement, et infiltrées aussi de tubercules. On trouva dans le flanc gauche une ouverture conduisant dans la cavité intestinale, circulaire, d'un pouce de diamètre environ, à bords lisses, sans traces d'inflammation ni de tubercules sur ses bords, et autour de laquelle la muqueuse de l'intestin était saine. En séparant les circonvolutions intestinales, on apercevait sous la tunique séreuse des intestins une énorme quantité de petits noyaux tuberculeux, dont la plupart étaient à l'état de crudité, et un petit nombre seulement présentaient un commencement de ramollissement. La muqueuse de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif était partout à l'état normal. La rate et le foie étaient entourés de fausses membranes épaisses, résistantes, infiltrées de matière tuberculeuse; quelques tubercules existaient aussi dans le foie, paraissant s'être développés primitivement sous l'enveloppe séreuse et s'être creusé ensuite une loge dans la substance hépatique. Les reins étaient sains. Des deux poumons, le droit seul présentait quelques granulations tuberculeuses miliaires à son sommet, sous la plèvre. La consistance et la coloration du cerveau étaient normales.

Les lésions trouvées à l'autopsie, dans ce cas, font penser que le malade avait été atteint de tubercules du péritoine, affection qui avait donné naissance secondairement à une péritonite tuberculeuse. Quant à la perforation du tube digestif, la présence, à la face adhérente de la tunique séreuse, de tubercules dont quelques-uns commençaient à se ramollir, donne lieu de croire qu'elle s'était produite de l'extérieur à l'intérieur de la cavité de l'intestin, suivant le mécanisme si bien décrit par MM. Rilliet et Barthez dans leur bel ouvrage (tome III, page 781); et la forme de

l'ulcération perforative, l'état sain de la muqueuse intestinale à son pourtour, l'absence de tubercules et de toute lésion dans cette membrane, sont autant de circonstances qui confirment cette manière d'interpréter les faits.

Les affections du péritoine, dont il est ici question, savoir : la péritonite chronique simple, la péritonite chronique tuberculeuse, les tubercules du péritoine, bien que constituant des espèces nosologiques différentes, sont loin de présenter, dans l'appareil symptomatique dont elles s'accompagnent, des caractères séméiologiques suffisants pour les faire constamment distinguer entre elles au lit des malades. Cependant le diagnostic différentiel n'en est pas toujours absolument impossible, et il est, soit dans les circonstances de leur début, soit dans certains de leurs phénomènes, des traits qui peuvent servir de base pour asseoir un jugement.

On reconnaît facilement une péritonite chronique, quand elle succède à la péritonite aiguë; et si le sujet chez lequel on l'observe n'a présenté et ne présente aucun signe de tubercules pulmonaires, s'il est issu de parents non phthisiques, l'inflammation chronique du péritoine doit être considérée comme simple. Dans les conditions opposées, que la maladie ait d'ailleurs succédé à la forme aiguë ou qu'elle ait été chronique d'emblée, le caractère tuberculeux de la péritonite serait, au contraire, extrêmement probable; mais il ne serait pas certain : car, comme le témoignent le fait cité de MM. Rilliet et Barthez et la première des observations qui ont été rapportées ici, la péritonite chronique des tuberculeux peut très bien n'être pas tuberculeuse. Quant aux tubercules du péritoine, ils se développent assez souvent suivant deux modes principaux dont la constatation, quand elle est possible, a une certaine valeur pour le diagnostic. Tantôt, en effet, — et cela peut arriver chez des individus ne paraissant pas entachés auparavant de diathèse tuberculeuse, mais vivant le plus ordinairement dans de mauvaises conditions hygiéniques, — ils dépendent d'une tuberculisation plus ou moins générale qui affecte principalement les séreuses; tantôt ils paraissent procéder d'une tuberculisation ayant son siége primitif dans les organes génitaux et urinaires, surtout les vésicules séminales dans un sexe et les trompes de Fallope dans l'autre. M. Aran, qui a observé plusieurs fois ce dernier mode de développement, plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, le signale comme pouvant servir au diagnostic; de telle sorte qu'à ses yeux, chez la femme surtout, si l'on pouvait constater, avec les symptômes d'une affection de la séreuse abdominale, la présence de tumeurs dures ou ramollies vers les organes génitaux, cela donnerait beaucoup de probabilité à l'existence des tubercules du péritoine.

Mais les circonstances qui accompagnent le début peuvent avoir échappé au médecin ou ne lui fournir que des présomptions. C'est donc dans les phénomènes qui se déroulent pendant le cours de la maladie, que doivent être cherchés les principaux éléments du diagnostic.

Celui de la péritonite chronique repose essentiellement sur la présence d'exsudats dans la cavité de l'abdomen, et dans la production de poussées inflammatoires revenant de temps à autre.

Souvent, dans la péritonite chronique, un des premiers phénomènes qui se produisent est un épanchement de liquide dans la cavité abdominale, épanchement qui, suivant sa quantité, est plus ou moins facilement appréciable. Il peut persister jusqu'à la fin; mais cela est rare, et, dans la grande majorité des cas, le liquide épanché finit par être entièrement repris par l'absorption. Qu'il y ait eu ou non ascite résorbée, si l'on interroge soigneusement par la palpation la paroi abdominale antérieure, on la trouve, dans la péritonite chronique, tendue, ne se laissant pas déprimer ou ne se laissant déprimer que dans une mesure très restreinte; et, dans ce dernier cas, quand la dépression à un certain degré est possible, la main éprouve une sensation de dureté particulière faisant naître l'idée que les organes sous-jacents, ceux contenus dans la cavité abdominale, forment en quelque sorte un tout. Cette sensation de tension, de rénitence, de dureté de la paroi de l'abdomen doit être considérée comme ayant une grande importance séméiologique, et est même regardée comme le signe pathognomonique de la péritonite chronique. Une autre condition, que dénote la percussion, a aussi une signification importante : elle consiste dans une alternance de sonorité et de matité qui tient à la présence, en certains points et non en d'autres, d'adhérences qui circonscrivent çà et là des cavités partielles contenant des fausses membranes, de la sérosité, du pus.

Les poussées inflammatoires se reconnaissent aisément aux symptômes suivants. On a vu aujourd'hui le malade calme, ayant peu ou pas de douleurs, peu ou pas de fièvre, ne vomissant pas, n'ayant pas de diarrhée, etc. Demain on va le trouver avec des douleurs plus ou moins vives dans le ventre, du ballonnement, des vomissements, surtout des vomissements bilieux, de la diarrhée, de la chaleur à la peau, plus intense au niveau de l'abdomen, de l'accélération dans le pouls, qui se montrera petit et serré, tel qu'il est dans les affections aiguës des organes abdominaux et surtout du péritoine. Puis tout rentrera dans le premier état, qui bientôt fera place encore à une exacerbation nouvelle.

Tels sont les caractères qui permettent de diagnostiquer une péritonite chronique. Mais cette péritonite chronique est-elle simple ou tuberculeuse? Cette question, dans le plus grand nombre des cas, est à peu près insoluble jusqu'à la terminaison de la maladie. La péritonite chronique tuberculeuse, en effet, n'offre pas de différences bien sensibles comparativement à la péritonite chronique simple. Son histoire est à peu près identique, tant sous le rapport du début que sous le rapport des phénomènes qui se manifestent dans son cours. Elle a, il est vrai, en général, une physionomie moins accentuée, une intensité moindre en apparence, moins d'exacerbations peut-être et des exacerbations moins marquées. Mais ce sont là des traits bien insuffisants pour servir à un diagnostic positif. Quant à la coexistence des tubercules pulmonaires, on a vu déjà ce qu'il en faut conclure : c'est une présomption extrêmement forte de la nature tuberculeuse de la phlegmasie péritonéale chronique, mais non une certitude. Il s'en suit donc que, jusqu'à la guérison ou à l'autopsie, il n'est possible, en réalité, d'intituler la maladie que péritonite chronique chez un tuberculeux.

Pour ce qui est de la tuberculisation du péritoine, le diagnostic en serait bien difficile, impossible même, sauf les présomptions que peut suggérer le mode de début, s'il existait des adhérences dans le péritoine par suite d'une péritonite chronique tuberculeuse secondaire. Mais quand, ainsi que dans la deuxième observation relatée, il n'y a pas d'adhérences, le diagnostic peut être porté, fondé qu'il est sur deux caractères dignes de la plus grande attention, l'ascite, et, phénomène que M. Aran regarde comme ayant beaucoup de valeur, la présence dans l'abdomen d'une sorte de corde formée par l'épiploon infiltré de tubercules et rétracté, tendue entre les hypochondres. Dans la péritonite chronique, en effet, quand il y a un liquide épanché, ce liquide occupe rarement, du moins au bout d'un certain temps, toute la cavité péritonéale; mais emprisonné, cloisonné et formant plusieurs épanchements circonscrits par des adhérences, il ne peut changer de position. Dans la tuberculisation sans exsudats péritonitiques, cette disposition n'existe pas : le liquide répandu librement dans la cavité du péritoine y affecte la forme de l'ascite, donnant lieu aux phénomènes physiques qui se rapportent aux collections ascitiques, et conséquemment il n'y a pas, dans la tuberculisation, cette alternative de rénitence et de souplesse, de sonorité et de résonnance qu'on observe dans la péritonite chronique, simple ou tuberculeuse. Si donc les signes objectifs, dans les tubercules du péritoine, sont ceux mêmes de l'ascite, il suit de là que le diagnostic en doit être fondé sur l'examen des causes qui peuvent expliquer l'ascite, et dès lors, en procédant par élimination, l'on peut arriver à la cause véritable. Il faudra donc rechercher s'il existe dans le cœur, dans le foie, quelque lésion capable d'expliquer l'épanchement, voir si la composition des urines, si l'état du sang sont propres à en rendre compte. Si aucune de ces circonstances n'existe, si en même temps il est possible de sentir vers la région épigastrique une rénitence, comme une sorte de corde tendue transversalement; si enfin, surtout chez la femme, l'on pouvait constater l'existence d'une tumeur dure ou ramollie dans le petit bassin, alors le diagnostic serait, sinon absolument certain, du moins extrêmement probable.

Un mot, en finissant, sur la question thérapeutique. Les affections dont il vient d'être question réclament-elles un traitement? Sans aucun doute. A mettre les choses au pis, c'est-à-dire si l'on avait affaire à une affection tuberculeuse, il y aurait toujours à soulager, à tâcher de retarder la terminaison fatale, en un mot, à instituer une thérapeutique palliative. Mais si le diagnostic pouvait être exprimé par les mots péritonite chronique, il faudrait recourir à un traitement franchement curatif; l'on doit en agir ainsi, même alors qu'il existe des tubercules dans les poumons, alors, par conséquent, qu'il y a probabilité que la péritonite soit tuberculeuse; car il est possible qu'elle ne le soit pas, et dans ce cas, si l'on est assez heureux pour enrayer les accidents péritonitiques, on peut gagner du temps, prolonger la vie. Le traitement curatif comprend trois ordres principaux d'indications : 1° combattre les phénomènes inflammatoires, tant qu'il reste des signes d'acuité, et cette indication est remplie par les antiphlogistiques directs et indirects, émissions sanguines locales, mercuriaux, applications émollientes, etc.; — 2° procurer la résorption des liquides épanchés et des produits plastiques, ce que l'on fait au moyen des vésicatoires appliqués sur la paroi abdominale; les liquides se résorbent quelquefois avec rapidité, les produits plastiques moins rapidement; — 3° soutenir les forces, tonifier le malade.

Il est un accident qui peut se présenter dans le cours de ces affections, surtout dans les tubercules du péritoine, c'est la distension considérable du ventre, et, par suite, la gêne extrême de la respiration. Cet accident constitue-t-il une indication spéciale, celle d'évacuer le liquide au moyen de la ponction? Selon M. Aran, la ponction, qui paraît une chose simple, ne l'est en aucune façon. D'abord, pour y recourir, il faudrait être sûr, ce qui arrive rarement, qu'on ne se trouve pas en face d'une maladie tuberculeuse du péritoine; et, d'un autre côté, il y a toujours à craindre de donner en quelque sorte un coup de fouet à la maladie, de susciter un travail d'inflammation aiguë, et que la mort, une mort prompte, n'en soit la conséquence. M. Aran proscrit donc l'emploi du trocart et encore plus celui des injections iodées; des accidents funestes lui ont appris que la prudence est un devoir dans ces sortes de cas. Sans doute, le malade pourra succomber par suite de la distension, mais il ne mourra peut-être pas si tôt, et au moins il ne mourra pas par le fait du médecin : *Primùm non nocere.*

Dr A. Gauchet.

PATHOLOGIE.

De l'urétrite chronique; — de ses causes (1);

Par le docteur L.-Aug. Mercier.

Les causes de blennorrhagie, telles que les rapports sexuels avec une personne affectée de cette maladie ou même, dans beaucoup de cas, avec certaines femmes ayant simplement des flueurs blanches, quelle qu'en soit l'origine, principalement à l'époque de la menstruation, ces causes, dis-je, peuvent donner lieu à l'urétrite chronique, non seulement d'une manière indirecte comme je l'ai expliqué précédemment, mais encore primitivement et d'emblée.

Des blennorrhagies trop souvent répétées disposent grandement par ce seul fait à l'inflammation chronique.

Quant aux autres causes capables d'irriter le canal, et elles sont nombreuses, l'inflammation qui en est souvent l'effet est presque toujours chronique dès le début : ainsi le coït trop répété ou prolongé à l'excès (2), ou accompagné de circonstances non naturelles, telles que stimulations particulières, compression du canal pour empêcher le sperme de sortir, état d'ivresse, etc. Peut-être aurais-je dû mettre en première ligne la masturbation, si dangereuse et par la facilité qu'on a de s'y livrer, et par les efforts exagérés que la crise nécessite alors.

On a signalé une continence trop grande chez des hommes habituellement robustes et très portés aux plaisirs de l'amour comme pouvant avoir le même résultat. Je ne sais s'il existe des observations parfaitement exactes qui prouvent qu'il en puisse être ainsi chez ceux qui, avec ce tempérament, ont eu la volonté et la liberté d'éviter toute occasion de surexciter leurs désirs et de les alimenter. La nature possède alors un moyen si simple de prévenir les orages qu'une trop longue résistance à l'accomplissement de ses vues pourrait déterminer. Mais quand, volontairement ou par occasion, la passion est poussée à ses dernières limites et entretenue longtemps dans cet état d'exaspération sans qu'il soit possible d'y satisfaire, une véritable urétrite peut se produire. Nous verrons, dans une autre partie de ce travail, que ce qui est vrai à l'état physiologique l'est à plus forte raison quand le canal est déjà malade.

Beaucoup accusent la position assise longtemps prolongée, d'autres l'usage de voitures trop dures sur des chemins raboteux, des marches forcées, des fatigues, des veilles, etc. Le plus souvent ces raisons ne sont données que pour cacher des causes qu'on avoue moins volontiers; néanmoins on ne doit pas les rejeter complétement; mais leur effet le plus ordinaire c'est de faire passer des urétrites aiguës à l'état chronique. On en pourrait dire autant des excès de table, de liqueurs, de café, etc. Toutefois, je soupçonne encore à ces causes une action moins directe sur laquelle je reviendrai.

L'usage et surtout l'abus des substances diurétiques peuvent, sans aucun doute, amener l'inflammation chronique et même aiguë de l'urètre. Hecker cite particulièrement la térébenthine, les baumes, les essences, les teintures âcres, la potasse à haute dose, la scille, les cantharides, la moutarde et le raifort (*Traité des gonorrhées*, trad. de Jourdan, p. 223; 1812). Lallemand rapporte l'observation d'un malade qui, ayant pris par mégarde 30 grammes de sel de nitre dans un verre d'eau, fut pris d'une urétrite intense suivie de rétrécissement, sans qu'il y ait eu, soit avant, soit après, aucune contusion de la partie affectée (*Des pertes séminales*, t. II, p. 24). Je ne doute pas qu'avec une dose moins forte, mais souvent et longtemps réitérée, on ne puisse amener une urétrite chronique (3). J'ai vu plusieurs fois l'urétrite chronique produite par l'iodure de potassium, dont on a tant abusé il y a quelques années.

J'en dirai autant des cantharides. Leurs effets sur les voies urinaires sont trop connus pour qu'il ne soit pas permis de croire, à défaut même d'observation bien positive, que leur usage prolongé par la peau ou l'estomac peut, dans quelques cas, amener une urétrite chronique. Je rappelais, en 1844, « les douleurs qu'éprouvent en urinant beaucoup de ceux chez lesquels un vésicatoire est entretenu au moyen de la pommade épispastique, » et je me demandais si cette irritation ne pourrait pas devenir chronique (*Rech. sur les valvules du col de la vessie, cause fréq. et peu connue de rétent. d'urine*, p. 69); je trouve dans la *Gaz. des hôp.* du 10 avril dernier, l'histoire d'une malade chez laquelle cette irritation durait depuis un an et avait fait croire à une affection calculeuse. Il est vrai que la suppression d'un vésicatoire qu'elle portait pendant ce temps, fit, dit-on, cesser tous les accidents; mais est-il bien certain qu'il ne resta plus rien de cette irritation prolongée? et puis, en supposant qu'il en fût réellement ainsi, la guérison aurait-elle été aussi complète s'il se fût agi d'un homme et que la portion malade du canal eût été entourée de la pros-

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juin.

(2) A en juger par ce que dit E. Home, l'irritabilité de l'urètre serait très commune chez les Indiens, qui ont l'habitude de prolonger le coït pendant un temps *incroyable* et de prendre même des drogues qu'ils supposent capables de leur donner cette faculté. (*On strict. of the urethra*, t. I, p. 85.)

(3) L'eau des puits de Paris contient, d'après M. Boussingault, de 206 à 2,165 grammes de nitrate de potasse par mètre cube, et la quantité paraît en rapport avec l'ancienneté des quartiers, ce qui se comprend, puisque ce nitrate est dû, sans aucun doute, aux modifications que subissent les matières organiques dont le sol est constamment imprégné. Dans l'intérieur des murs d'octroi, les *coupages* des gros vins et des liqueurs alcooliques se font avec cette eau, et il est avéré que les boulangers n'en emploient pas d'autre dans la confection du pain. Un kilogramme de pain peut donc, toujours d'après M. Boussingault, contenir jusqu'à 1 gramme de sel de nitre (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1858, p. 507). Ne semble-t-il pas qu'il puisse en résulter des inconvénients pour les organes urinaires, surtout quand ils sont le siége d'une inflammation?

tate (2)? Je me suis assuré, quoiqu'on ait avancé le contraire (*Dict. des sc. méd.*, t. XXXIV, p. 436), que, chez quelques individus, la moutarde, appliquée en sinapismes, produit, quoique à un degré moins prononcé, les mêmes effets que les vésicatoires. Cela n'autoriserait-il pas à craindre que l'abus de son emploi comme condiment puisse avoir de fâcheux effets sur les organes urinaires? Telle semble être l'opinion d'Hippocrate, qui attribue également à la roquette, à la rave et au cresson la propriété d'amener de la gêne dans le cours de l'urine (*De victus ratione*, lib. II, c. VII). Quant à l'action de ce dernier, elle était tellement connue dans l'antiquité, qu'Aristophane en parle dans ses *Thesmophores*. Schenck dit qu'un homme se procurait une gonorrhée à volonté en mangeant du cresson de fontaine. Desruelles a connu deux enfants d'un père dartreux, l'un, garçon âgé de 7 ans, et l'autre, petite fille de 4 ans, qui, deux fois soumis à un traitement analeptique et à l'usage du sirop antiscorbutique, dont les feuilles de cochlearia, de trefle d'eau, de cresson, la racine de raifort et les oranges amères font la base, eurent un écoulement douloureux, le garçon par la verge et la fille par le vagin (*loc. cit.*, p. 53). Il est probable que, chez cette dernière, l'irritation a débuté également par l'urètre. Il n'y a pas bien longtemps que j'ai été obligé moi-même de faire cesser l'usage du vin diurétique à un vieillard affecté, il est vrai, d'inflammation chronique des voies urinaires. On a encore accusé les asperges, l'oseille, le café, le poivre, le persil, le tabac, etc. Ce que j'ai à dire sur ce grave sujet trouvera plus naturellement sa place lorsque je m'occuperai du traitement.

Je me suis assuré que les vins fortement chargés de tartrates peuvent avoir une action offensive sur l'urètre. Hecker et d'autres signalent également le vin nouveau non fermenté. Le vin blanc, dont on fait un usage banal dans les dérangements de la fonction urinaire, a souvent des effets nuisibles. M. Deville a lu à la Société de médecine l'observation d'un homme qui, depuis vingt ans, était pris de rétention d'urine, avec douleurs vives et poignantes *au col de la vessie*, chaque fois qu'il buvait du vin blanc (*Revue médicale*, juin 1842). Ch. Bell parle d'un médecin qui craignait d'avoir la pierre, tourmenté qu'il était par de fréquents besoins d'uriner et par de la douleur en y satisfaisant, surtout lorsqu'il se mettait au lit. « Heureusement, ajoute-t-il sous l'influence d'idées que je signalerai plus loin, cet homme s'aperçut que tous ces symptômes dépendaient de l'état des intestins, état qu'il attribuait à un usage immodéré de figues et de vin blanc d'Espagne à ses soupers. En débarrassant le canal intestinal des matières indigestes qu'il contenait par de doux laxatifs, la maladie se dissipa. Une circonstance singulière de ce fait, c'était l'intensité de la douleur, en apparence fixe et locale, et un sentiment distinct de sensibilité *au col de la vessie*, bien que certainement il n'y eût rien de morbide dans cet endroit. (*On deseases of the urethra*, etc., 3me édition, page 69.) J'ai rapporté moi-même l'histoire d'un jeune homme qui, pour se guérir de pertes séminales fréquentes, fit assez largement usage du vin blanc de Vouvray. Sous cette influence, il prit, dit-il, de la force et de l'embonpoint; mais ses pertes séminales augmentèrent, au point d'en avoir sept en deux nuits, et il survint en même temps des picotements très vifs *vers le col de la vessie*, sensibilité extrême de la région prostatique au contact des instruments, contraction habituelle des muscles du périnée, et évacuation très difficile de l'urine. (*Recherches sur les maladies des hommes âgés*, p. 380.)

Tous les auteurs signalent les mauvais effets de la bière, surtout de celle qui est nouvelle et n'a pas suffisamment fermenté, et les faits d'écoulements urétraux très abondants s'observent fréquemment sans autre cause dans les pays où l'on en fait grand usage. Howship cite un homme qui fut pris plusieurs fois de rétention d'urine après avoir bu de la bière. Dans un de ces accès où les efforts d'excrétion avaient été tellement violents, que le rectum était sorti de trois ou quatre pouces, l'auteur passa très facilement une sonde dans la vessie, et ne trouva de la sensibilité qu'*aux environs de la prostate*. (*On the most importants complaints that affect secr. and excret. of the urine*, p. 344.)

Je crois que ce qui vient d'être dit de la bière est à peu près entièrement applicable aux cidres, surtout à ceux qui ne contiennent pas une suffisante quantité d'alcool. Les faits attestant les mauvais effets de cette boisson sur les voies urinaires, abondent moins dans les auteurs que ceux qui militent contre la bière. Cela tient peut-être à ce que ces effets sont moins immédiats, moins tranchés; mais ce qu'il y a de certain, c'est que les maladies des voies urinaires sont très fréquentes dans les pays où le cidre est la boisson ordinaire. Reste à savoir si des influences climatériques particulières n'y viennent pas aussi joindre leur action.

Chez certaines personnes, ce sont des causes plus directes qui déterminent l'inflammation de l'urètre : ainsi, l'introduction fréquente ou le séjour de corps étrangers dans le canal, dans un but libidineux ou chirurgical, des sondes, par exemple, l'arrêt d'un calcul ou d'un fragment, etc.

Un prépuce trop étroit la détermine encore souvent, en ne permettant pas d'enlever les matières irritantes accumulées sous cette enveloppe, qu'elles s'y soient produites spontanément, telles que sécrétion sébacée, dépôts lithiques, ou qu'elles y soient venues du dehors dans des rapports sexuels avec des femmes affectées d'écoulements âcres ou contagieux. Dans ces diverses circonstances, il se produit une balanite qui tarde rarement à gagner l'urètre par continuité de tissu. Chez quelques sujets, le phimosis est tellement étroit, qu'il gêne le cours de l'urine et détermine ainsi l'inflammation du conduit.

Il en est de même d'une étroitesse très grande du canal urinaire, qu'elle soit accidentelle comme à la suite de chancres ou d'inflammation de cette partie, ou congénitale, comme celle que la *Gazette des hôpitaux* a rapportée dernièrement (1858, p. 305). Les rétrécissements plus profondément situés ont la même influence par rapport aux parties qui se trouvent derrière eux.

Mais si les effets d'une distension habituelle produite par l'urine, ou de sa stagnation sont tellement manifestes, peut-on en conclure, comme on l'a fait, que toutes les fois qu'un écoulement chronique de l'urètre existe, c'est qu'il est entretenu par un rétrécissement? (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1845, p. 56. — *Gaz. méd.*, 1848, p. 575.)

J'ai, dans un travail spécial, combattu cette erreur : des explorations pendant la vie et des autopsies après la mort m'ont en effet démontré que très souvent, le plus souvent l'urètre est le siége d'une inflammation sans être rétréci, tandis que les rétrécissements, sauf ceux qui sont traumatiques, succèdent presque constamment à une inflammation. Ce ne sont donc pas eux qui l'ont causée; c'est au contraire elle qui les a provoqués. Cependant je suis loin de nier que les rétrécissements, lorsqu'ils surviennent, ne puissent entretenir et même exagérer l'inflammation précédemment existante. (Voir *Gaz. méd.*, 1848, p. 727.)

Presque tous les auteurs, avant la publication de mes travaux, considéraient l'hypertrophie sénile de la prostate comme le résultat d'une urétrite prolongée, et on la désignait même sous le nom de prostatite chronique. Je crois être parvenu à démontrer que cette affection dépend d'une autre cause inhérente à l'âge, du ralentissement de la circulation veineuse, et que c'est elle au contraire qui souvent amène l'inflammation par suite de la gêne qu'elle apporte au passage de l'urine, des efforts qu'elle occasionne et des instruments dont elle nécessite l'introduction. (*Rech. sur les malad. urin. des hommes âgés*, p. 183, 1841.)

On a beaucoup étudié, et avec juste raison, les effets des maladies de l'urètre sur la vessie et les reins; mais il n'en a pas été de même de l'influence des maladies de ces derniers organes sur l'urètre. Hippocrate a bien dit : « A la suite de la suppuration des reins arrive la strangurie. » (Aph., sect. V, ap. 58.) Cette sentence exprime une vérité; cependant qu'on ne m'accuse pas d'être irrévérencieux si je dis qu'elle est trop aphoristique, et que, prise d'une manière générale, elle conduirait le plus souvent à l'erreur. La strangurie, en effet, commence presque toujours par de la dysurie à divers degrés, et cette dysurie cause très souvent l'inflammation et la suppuration des reins. Si donc, lorsque cette suppuration est établie, la dysurie arrive à la strangurie, on risquerait, en attribuant celle-ci à l'affection des reins, de prendre la cause pour l'effet; ne nous y laissons donc pas prendre, et, sitôt que des symptômes se manifestent du côté des reins, ne manquons jamais d'interroger les organes qui président à l'émission de l'urine.

Néanmoins, je crois qu'une inflammation aiguë ou chronique des voies urinaires peut débuter par les reins, et s'étendre ensuite jusqu'à l'urètre par continuité de tissu. De plus, je crois que l'alcalinité que l'inflammation et surtout la suppuration des reins impriment à l'urine qu'ils sécrètent, finit par déterminer une irritation, une inflammation des organes que ce fluide traverse ensuite, et, dans ce sens, l'aphorisme du père de la médecine est vrai.

La médication alcaline elle-même, dont on fait un si étrange abus depuis quelques années dans presque toutes les maladies des voies urinaires indistinctement, a plus d'une fois produit des urétrites, et elle en a surtout aggravé un grand nombre.

D'un autre côté, l'expérience m'a convaincu que, sans que l'urine soit ainsi pervertie dans ses propriétés chimiques, il suffit que l'acidité qui la caractérise dans son état physiologique soit augmentée au delà de certaines bornes, pour qu'elle devienne irritante pour la vessie et l'urètre. M. G. Babington avait déjà remarqué que cet excès d'acidité est une cause fréquente de suintement habituel, « au moins chez les sujets qui ont été atteints de gonorrhée, » ajoute-t-il avec raison (*Œuvres de Hunter*, trad. par M. Richelot, t. II, p. 282); c'est qu'en effet, celui qui a eu une urétrite est bien plus apte à en contracter une seconde, lors même que la première a été parfaitement guérie.

(La suite prochainement.)

(1) Quand on a vu la vésication qui s'opère quelquefois dans la vessie des personnes auxquelles on applique de larges vésicatoires, on a tout lieu de supposer qu'elle est due à la partie active des cantharides qui, absorbée par la peau, est éliminée par les urines et se concentre dans la vessie. Mais que penser de cette observation de Wichmann?

Un homme de 30 ans, auquel il applique un emplâtre ordinaire de vésicatoire, eut plusieurs pollutions la nuit suivante : ceci s'explique aisément. Mais il ajoute que cet homme lui a appris que la simple *odeur* des cantharides lui faisait perdre involontairement sa semence pendant le jour et qu'il était menacé du même accident *toutes les fois qu'il en entendait parler*. J'avoue mon peu de disposition à croire à une telle influence. Cet homme s'était livré de bonne heure à la masturbation et n'y avait renoncé que tard. Peut-être en était-il résulté une urétrite chronique. (*Sur la pollution diurne*, etc. Traduct. par Ste-Marie, p. 39.)

BIBLIOTHÈQUE.

LEÇONS DE TOXICOLOGIE;

Par M. Louis Orfila, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8° de 420 pages. Paris, 1858; Labé.

Au moment où l'Académie de médecine est de nouveau saisie, par le rapport de M. Trousseau, de l'importante question des dangers de la ligature de l'œsophage, et où l'attention du public médical est ramenée sur les études et les expériences toxicologiques, nous croyons devoir signaler à nos confrères, et plus encore aux étudiants, le volume de M. Orfila dont, le titre est en tête de ces lignes.

C'est un recueil et un résumé, substantiel et bien fait, de leçons professées à la Faculté par M. L. Orfila.

Dans un *Avertissement* de quelques lignes, l'auteur expose pourquoi il a entrepris cette publication, et ce qu'il en espère : « Quand j'ai fait ces leçons, dit-il, je n'avais pas l'intention de les publier. M. le docteur Legrand du Saulle, que je ne connaissais pas alors, me proposa de les faire paraître dans la *Gazette des hôpitaux*. Je saisis avec empressement l'occasion de propager des notions qui ne sont pas assez répandues parmi les médecins; mais pour ne pas abuser de l'hospitalité qui m'était offerte, il m'a fallu me borner, en général, à exprimer, sous la forme la plus concise, les pensées les plus importantes, et sacrifier tout développement qui n'était pas indispensable. Cependant, si je n'ose pas me flatter d'avoir évité les dangers que présente un laconisme si voisin de la sécheresse, j'espère du moins que le lecteur comprendra sans peine les difficiles et intéressantes questions de toxicologie exposées dans ce petit nombre de pages. » Nous avons reproduit en entier cet avertissement, parce qu'il dit très bien ce que M. Orfila a voulu faire et qu'il ne nous reste à ajouter qu'une chose à ce propos, c'est que ce que l'auteur a voulu faire, il l'a fait et que son livre ne trompe aucune de ses espérances. Il n'y a là, en effet, rien que d'indispensable; toutes les questions générales de toxicologie y sont concentrées sous une forme concise, qui se hâte d'arriver au but, « *ad eventum festinat*, » et qui, cependant, ne tombe jamais dans la sécheresse. Non seulement le lecteur comprend sans peine les sujets ardus dont traite l'auteur, mais, — si nous en jugeons par nous-mêmes, — il les lit avec plaisir et sans fatigue.

Nous disons « les questions générales » parce que l'auteur, sauf l'empoisonnement par l'arsenic, qu'il traite avec détails, s'en tient, pour tous les autres, à ce qu'ils ont de commun, eu égard à leur mode d'action sur l'organisme; il étudie l'*empoisonnement* plutôt que les empoisonnements, et ses leçons pourraient être intitulées : physiologie de l'empoisonnement, ou encore, toxicologie générale.

Après avoir consacré quelques pages à démontrer l'importance des études toxicologiques, M. L. Orfila discute la valeur des expériences sur les animaux, et agite la question, actuellement pendante, de la ligature de l'œsophage; il définit ensuite les poisons, et fait voir combien il est difficile de les classer méthodiquement; puis, il examine le mécanisme de leur action et les différentes opinions relatives à leur absorption; il dit ce que l'on sait de positif — et l'on sait beaucoup de choses — sur le temps nécessaire à leur élimination; il passe en revue les symptômes auxquels donne lieu l'ingestion des substances toxiques; il décrit les altérations de tissus qu'elles produisent; il indique le traitement qu'il faut leur opposer, et, enfin, il emploie sa neuvième leçon à montrer les applications médico-légales qui peuvent être faites des notions qui précèdent.

Dans la seconde partie de son livre, l'auteur étudie à fond et avec détails, ainsi que nous l'avons déjà dit, tout ce qui se rapporte aux nombreux problèmes soulevés par les empoisonnements au moyen de l'arsenic.

Nous aurions bien quelques questions à adresser à M. L. Orfila sur certains points qui nous ont laissé des doutes, relativement, par exemple, à l'absorption, et aussi à cette assertion (page 55) « qu'il existe, dans quelques pays (?) des hommes qui, pendant plusieurs jours de suite, prennent 300 ou même 500 grammes de laudanum sans accident; » mais nous préférons nous en tenir à notre première intention, qui était de signaler simplement le volume de M. L. Orfila au public médical.

Malgré quelques obscurités de détails qui ne pouvaient être évitées dans un résumé aussi sommaire, les *Leçons de toxicologie* révèlent chez l'auteur une préoccupation constante que nous ne louerons jamais assez, celle d'être clair. Cette préoccupation est le plus strict devoir et la plus indispensable qualité de tout professeur. C'est à elle surtout qu'Orfila, l'oncle de l'auteur, a dû pendant de si longues années, sa popularité à l'École de médecine. Chez lui, la parole, l'accent, le geste, la physionomie, tout concourait à rendre saisissante sa pensée; aussi, n'y avait-il pas un mot de ses cours qui ne fût parfaitement compris de *tous* ses auditeurs. Le plus faible des élèves aurait pu, en sortant d'une leçon d'Orfila, la répéter d'un bout à l'autre, il la savait par cœur : on retient si facilement ce que l'on a bien entendu!

M. L. Orfila paraît vouloir suivre sous ce rapport — sans préjudice des autres — les traces de son oncle; nous l'en félicitons. Ils sont plus rares qu'on ne le croit, les hommes qui portent la parole en public et qui ne font pas répéter, après qu'on les a écoutés, le mot de l'écolier de Méphistophélès : « Il me semble qu'une roue de moulin me tourne dans la tête. »

Dr Maximin Legrand.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Février 1858.

TUMEUR FIBREUSE DU PHARYNX ATTACHÉE A LA BASE DU CRANE; par le docteur Tatum. — William P..., 16 ans, entre à l'hôpital le 30 décembre 1857, pour une tumeur du pharynx; il a toujours joui d'une bonne santé, et dans sa famille il n'y a jamais eu de cancer. Il y a dix-huit mois environ que la maladie a débuté par des épistaxis, bientôt après il éprouva de la gêne dans la respiration, et, six mois après, les deux narines étaient bouchées; la tumeur se développant avec rapidité, il se décida à entrer à l'hôpital, la joue droite offrait alors un certain degré de gonflement vague, sans que cependant on y pût encore distinguer une tumeur volumineuse qui déprimait considérablement le voile du palais; elle était partout accessible aux doigts qui limitaient alors une tumeur lobulée, solide : la narine droite complètement oblitérée en arrière, tandis que, par la narine gauche, on pouvait facilement faire passer une sonde dans la gorge. Le moindre choc de la tumeur y provoquait une hémorrhagie abondante. L'ouïe n'était gênée en rien et la déglutition était aussi normale. La tumeur n'avait aucune adhérence avec les os palatins, et il semblait probable que son point de départ était situé sur la base du crâne; son rapide développement, la gêne considérable qu'elle occasionnait, sa tendance à l'hémorrhagie, étaient autant de circonstances qui réclamaient une prompte opération.

Deux procédés seulement pouvaient permettre de découvrir le point d'insertion de cette tumeur : on pouvait extirper le maxillaire supé-

rieur, de manière à obtenir un libre accès vers le pharynx, ou bien diviser le voile du palais et remonter le long de la tumeur jusqu'à son point de départ. Le chirurgien ne s'arrêta pas longtemps à l'idée de cette dernière opération, qui lui semblait tout à la fois plus incertaine et plus dangereuse; plus incertaine en ce que l'insertion étant très profonde la manœuvre serait difficile et gênée, plus dangereuse à cause des difficultés que l'on rencontrerait certainement pour s'opposer à l'hémorrhagie, ces sortes de tumeurs saignant toujours considérablement dès qu'on vient à intéresser leur tissu.

L'opération fut pratiquée le 31 décembre; le maxillaire supérieur, que l'on trouva parfaitement sain, fut enlevé en totalité; on aperçut alors librement la tumeur formée d'un pédicule qui portait quatre lobes; le pédicule était attaché au corps du sphénoïde entre les deux apophyses ptérygoïdes. Une partie de la tumeur avait absorbé les parois du sinus sphénoïdal, mais elle n'y avait pas contracté d'adhérences. Les autres lobes descendaient en arrière vers la colonne vertébrale, un autre plus petit descendait vers la fosse ptérygo-maxillaire, tandis que le tronc dirigé sur le palais repoussait à gauche la cloison du nez et oblitérait complètement la narine gauche. La tumeur fut détachée facilement et presque sans hémorrhagie; on n'eut à lier qu'une très petite artère venant de la maxillaire interne. La plaie fut réunie par des points de suture et la réunion se fit presque entièrement par première intention.

Le 14 janvier, la guérison marchait rapidement, le malade pouvait boire et manger, il parlait même assez distinctement. Aucun accident ne vint entraver la guérison qui fut parfaite : seulement, la parole resta un peu voilée; l'olfaction est bien conservée, enfin la difformité est presque nulle.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU TESTICULE RETENU DANS L'AINE; par le dr CURLING. — John R..., 31 ans, entre à l'hôpital le 18 février, pour une tumeur qu'il porte dans l'aine droite. Un examen attentif fait reconnaître que cette tumeur n'est autre chose que le testicule droit retenu en dehors de l'anneau abdominal, il y a eu en même temps arrêt de développement de l'organe qui offre les dimensions du testicule d'un enfant avant l'âge de puberté. Il n'y avait pas de hernie, et le testicule gauche seul était descendu dans le scrotum. Le seul symptôme dont se plaignait le malade était une légère douleur abdominale qu'il ressentait toutes les fois qu'il voulait lever un poids un peu lourd. La chirurgie n'avait rien à faire dans ce cas.

C'est le quatrième fait de ce genre que le docteur Curling a observé en quelques jours. Ainsi, chez un homme de 21 ans, le scrotum est à l'état rudimentaire; un des testicules est situé en dedans de l'anneau abdominal, l'autre est placé en dehors, à une très petite distance. Le troisième fait est celui d'un homme âgé de 35 ans, qui n'a qu'un testicule descendu dans les bourses, l'autre est situé dans l'aine, en dehors de l'anneau, où il formait une tumeur que l'on a prise pour une hernie, et pour laquelle il a longtemps porté un bandage. Le quatrième est un matelot entré à l'hôpital pour un rétrécissement de l'urètre; il a également un testicule retenu dans l'aine et atrophié.

La rétention du testicule dans l'aine ou dans la cavité abdominale est, à tous égards, une fâcheuse condition, surtout quand ce testicule est le siége d'un état pathologique. On en comprendra mieux encore la gravité quand on se rappellera que le testicule conserve toujours ses rapports avec la cavité péritonéale et que cette condition facilite encore la propagation de la phlegmasie aux organes abdominaux voisins. Il faut encore se rappeler que souvent on a confondu un testicule retenu dans l'aine avec une hernie, surtout lorsque le testicule est mobile et peut, en totalité ou en partie, être repoussé dans le canal inguinal. On a cependant un signe différentiel très facile à percevoir, c'est le retour du testicule à sa place primitive sans effort de toux ou autre, sa forme, son volume, sa dureté, la sensation particulière éprouvée par le malade si l'on comprime le testicule, et enfin, signe capital, l'absence de testicule de ce côté dans les bourses. Toutefois, il faut dire que, par le fait même de la présence du testicule dans l'anneau, le sujet est plus prédisposé à la hernie; ce qui rend quelquefois le diagnostic d'autant plus difficile que la hernie existe en même temps que la rétention du testicule.

BLESSURES PRODUITES PAR UNE BALLE DE FUSIL; par le docteur ERICHSEN. — A l'attaque du grand Redan, à Sébastopol, un jeune soldat reçoit une balle dans le poumon droit; la balle passe du côté droit de la poitrine vers la base du côté gauche, blessant le rein gauche, et reste dans le corps. Le blessé a craché du sang, et son urine était sanguinolente, ce qui prouve que le rein a été blessé. Depuis cette époque, la santé du malade a été assez bonne jusque vers le commencement de février 1858; il se forma alors dans le côté gauche de la région lombaire un abcès assez circonscrit, mais douloureux, pour lequel le malade est entré à l'hôpital. Le chirurgien jugea opportun d'ouvrir l'abcès, pensant y trouver la balle ou peut-être un corps étranger. La tumeur était peu saillante et son plus grand diamètre ne mesurait pas plus de trois pouces. Le malade étant soumis à l'action du chloroforme, une incision fut pratiquée verticalement sur l'abcès, d'où il s'écoula une quantité considérable de pus fétide. Le doigt fit reconnaître que l'abcès était parfaitement limité, remontant en haut le long des côtes qui étaient saines. On ne trouva ni balle de fusil ni corps étranger quelconque; on pansa la plaie, et, au bout de quelques jours, elle était complètement cicatrisée.

CANCER DE LA COLONNE VERTÉBRALE; par le docteur TODD. — Samuel T..., 50 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1857; il y a six semaines, il a éprouvé de violentes douleurs dans le mollet et dans la cuisse du côté droit; quinze jours après, la douleur a passé dans la jambe gauche; peu de temps après, la douleur cessa et fut remplacée par un engourdissement des deux jambes avec faiblesse extrême de la jambe gauche. Enfin, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, il commença à rendre involontairement ses matières fécales et à ne plus pouvoir uriner; il fut obligé de se faire sonder. Au moment de son entrée à l'hôpital, il présente une perte complète du mouvement volontaire dans les deux jambes, et une paralysie de la vessie et du sphincter de l'anus. La sensibilité était entièrement nulle dans les pieds, mais l'application brusque du froid y déterminait rapidement des mouvements réflexes. Les muscles des deux membres étaient complètement relâchés, mais il y avait de temps à autre des élancements dans les jambes. Il n'y avait aucune déformation ni aucune douleur dans la colonne vertébrale. Le docteur Todd diagnostiqua un ramollissement rapide des cordons antéro-latéraux de la moelle envahissant plus ou moins les cordons postérieurs. Vers le 15 janvier, il devint évident que les muscles respiratoires eux-mêmes étaient envahis, et que la respiration était bornée à l'action seule du diaphragme. Enfin, le 16, le malade mourut.

Autopsie. — La moelle épinière était ramollie dans un espace considérable, depuis la deuxième jusqu'à la huitième vertèbre dorsale; le corps des dernières vertèbres de la même région présentait de nombreuses cavités, comme celles qui résultent de la carie. En ouvrant la poitrine et l'abdomen, on trouva une masse considérable de cancer au niveau de la dernière vertèbre dorsale, et une autre masse semblable au niveau des septième et huitième vertèbres de la même région. Le foie contenait aussi deux dépôts considérables de cancer encéphaloïde; les ganglions bronchiques présentaient la même altération. Les enveloppes de la moelle étaient parfaitement saines, partout, excepté au niveau du point ramolli de la substance médullaire; l'intérieur du canal vertébral lui-même contenait aussi des dépôts cancéreux.

BLESSURE DE L'ŒIL PAR UNE ARME A FEU; par le docteur WORDWORTH. — Le malade, âgé de 60 ans, a reçu, il y a deux mois environ, plusieurs petits grains de plomb dans l'œil gauche; il s'en suivit une violente inflammation et un trouble considérable de la santé générale. La vue de cet œil s'est complètement perdue, et, bientôt après, il est devenu le siége de douleurs intenses. Au bout de quelque temps, l'autre œil s'enflamma et la vision s'affaiblit considérablement. L'état de l'œil gauche, désorganisé par suite de la présence des petits grains de plomb, était une raison suffisante pour en autoriser l'extirpation; à plus forte raison cette opération était-elle indiquée par l'influence fâcheuse que cet œil exerçait sympathiquement sur l'œil droit. L'extirpation fut donc pratiquée le 21 janvier par la méthode sous-conjonctivale, c'est-à-dire en incisant la conjonctive tout autour de la cornée, à une petite distance de cette membrane; il n'y eut pas d'hémorrhagie. L'amélioration de la vision de l'œil droit a été très rapide, nouvelle preuve, ajoute l'auteur, de l'excellence de ce procédé. L'œil malade, et nul pour la vision, agit sur l'économie comme une portion d'os nécrosé, comme un corps étranger, et produit sur l'autre œil des accidents plus ou moins graves qui ne disparaissent que lorsque l'œil malade a été extirpé. — D.

COURRIER.

On lit dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 août 1858 :

Le procès intenté par un certain nombre d'homœopathes au journal l'UNION MÉDICALE, à propos d'un article de M. le docteur Gallard, ne recevra pas encore sa solution. L'affaire, après avoir été appelée plusieurs fois, est décidément renvoyée après vacations, c'est-à-dire au mois de novembre. On sait que la défense de notre confrère, M. Gallard, est plus spécialement confiée à un jeune avocat d'un très grand mérite, Me Andral, le fils du savant professeur de pathologie générale, lequel ne fait en cela que continuer les traditions paternelles; et il y a tout lieu de croire que l'homœpathie ne sera pas mieux traitée par lui au Palais de Justice qu'elle ne l'a été par son père devant l'Académie de médecine en 1835. Me Paul Andral sera du reste parfaitement secondé par Me Bethmont et Me Victor Lefranc. Quant à la plainte des homœopathes, elle sera présentée par un avocat également très distingué, Me Émile Ollivier; et il ne s'agit plus seulement pour lui d'obtenir une condamnation contre l'article publié dans le numéro du 24 octobre 1857 de l'UNION MÉDICALE : ses clients demandent, en outre, la suppression du mémoire à consulter que M. Gallard a présenté au tribunal pour sa justification. Ce mémoire étant compris dans la plainte, nous ne nous permettrons pas de l'apprécier ici; nous nous bornerons à dire qu'il a été parfaitement accueilli par presque toutes les Sociétés médicales de Paris, et que plusieurs d'entre elles en ont ordonné la publication et la distribution à leurs frais.

— Par arrêtés, en date du 30 juillet 1858, M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de présider la session d'examens, qui aura lieu au mois de septembre prochain, pour la réception des officiers de santé et sages-femmes de 2me classe dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie des Académies de Paris, de Douai, de Caen, de Rennes et de Poitiers.

Sont chargés de présider les sessions d'examens des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le le mois de septembre prochain, pour la réception des pharmaciens herboristes de 2me classe :

Pour les Écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen, M. Bussy, directeur et professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers, M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Sont chargés de présider les sessions d'examens des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain, pour la réception des candidats au diplôme d'officier de santé, de sage-femme de 2me classe, de pharmacien et d'herboriste de 2me classe :

Pour les Écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, MM. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Cauvy, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 11 août, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° communication sur la fièvre puerpérale, par M. Mattei; — 3° des affections nerveuses du col de la vessie, par M. Vial de Rajat; — 4° de l'intervention chirurgicale dans les ophthalmies, par M. Coursserant; — 5° communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 95. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 12 Août 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie en a fini hier, un peu brusquement peut-être et, chose inouïe, en l'absence du rapporteur, de la question de la ligature de l'œsophage. Il est vrai que M. Trousseau, retenu chez lui par des soins de famille, avait délégué tous ses pouvoirs à M. Bouley et que personne ne pouvait mieux remplacer M. Trousseau que M. Bouley; cependant, nous sommes de l'avis de M. Larrey qui en a fait la proposition formelle : il eût été convenable que le rapporteur fût présent à la discussion et au vote des conclusions de son rapport.

Au demeurant, les conclusions de ce rapport ont à peine été entamées. M. Devergie, qui s'était armé de pied en cap dans la dernière séance pour en démontrer l'insuffisance, s'est borné hier à demander la suppression d'un mot et d'un membre de phrase, ce qui n'en altère en aucune façon la signification générale.

Cette signification est aussi claire que possible, et nous avons été surpris d'entendre MM. Bouillaud et Velpeau énoncer des doutes et accuser des obscurités sur la question. S'il est quelque chose de démontré, après cette longue expérimentation qui a duré deux ans, après qu'une centaine de chiens ont subi la ligature de l'œsophage, c'est que cette opération, lorsque la constriction de l'œsophage est énergique et que la ligature a été maintenue plus de quelques heures, est mortelle 95 fois sur 100 ; c'est qu'avec une constriction modérée, et l'enlèvement de la ligature après quelques heures, cette opération, toujours grave par les troubles locaux et généraux qu'elle détermine, n'est cependant mortelle que 3 fois sur 100. Voilà le fait capital que MM. Bouley et Raynal avaient d'abord énoncé d'après leurs expériences propres et que le rapport a confirmé sans réplique. De nouvelles expériences n'ajouteraient rien à ce résultat. Assez de victimes, s'est écrié M. Bouley, et nous ne pouvons que nous associer à ce cri de compassion.

M. Bouillaud, plus exigeant, voudrait connaître la cause de la mort dans le premier cas, de l'immunité dans le second.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas !

Il y a bientôt vingt siècles que cette exclamation est sortie de la bouche du poëte et toujours elle jouit de la même opportunité. La recherche de la cause pourra venir plus tard, mais, dans ce moment, la constatation du fait est assez importante, et ce fait était assez inattendu pour que le rapport de la commission conserve toute sa valeur.

S'il reste des doutes et des obscurités, ce n'est donc pas sur la question telle que l'ont faite les expériences récentes, mais bien sur les résultats des opérations antérieures. Malgré les témoignages respectables de MM. Cloquet et Velpeau, il est certain qu'on ne sait trop comment Orfila liait l'œsophage de ses chiens, quelles précautions il prenait pour la rendre la moins grave possible et qu'après tout ce qui vient de se passer, il est permis de se demander si toutes les conclusions qu'il a tirées de ses expériences sont légitimes. Il y a plus, et ce pourra bien être le résultat final de cette intéressante discussion, il est permis de se demander aujourd'hui si même, avec toutes les précautions indiquées, ce mode d'expérimentation sur les animaux par la ligature de l'œsophage, dans un but soit physiologique, soit thérapeutique, soit toxicologique, peut jamais conduire à des résultats véritablement probants. M. Devergie ne le croit pas et il a très carrément exposé son opinion à cet égard. Il est peut-être allé trop loin, mais certainement Orfila aussi était allé trop loin dans le sens contraire et ce ne sera pas le moindre mérite du rapport de M. Trousseau de rappeler l'expérimentation sur les animaux vivants à la modération et à la prudence.

Dans la correspondance, on a signalé une lettre de M. Robiquet en réponse à la lettre de M. Leras, et une seconde lettre de ce dernier à propos des préparations de pyrophosphate de fer; notre impartialité nous fait un devoir de reproduire l'une et l'autre de ces communications, mais en réservant notre opinion.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. JOBERT (de Lamballe).

LEÇONS SUR LA CHUTE DE L'UTÉRUS ;

Recueillies par M. Alfred MICHEL, interne du service.

Vous ayant montré, à la salle St-Maurice, une malade atteinte de chute de l'utérus, je profite de cette occasion pour vous dire quelques mots sur cette maladie.

Nous commencerons par en étudier l'anatomie pathologique, réservant pour la fin les symptômes et le traitement. Lorsque l'on examine une femme atteinte de déplacement complet de l'utérus, on note les lésions suivantes : entre les cuisses de la malade se trouve une tumeur généralement piriforme, et faisant saillie en dehors de la vulve; sa grosseur varie suivant les sujets. Cette tumeur, à base dirigée en haut, à sommet dirigé en bas, représente l'utérus et quelques-uns des organes environnants qui ont subi des changements de forme, de direction et de structure que nous allons étudier.

Le volume de l'organe est augmenté, et cet accroissement porte non seulement sur le col, mais encore sur le corps. Le col utérin, qui, à l'état normal, a une forme pyramidale, des dimensions petites et un orifice étroit ; semble s'être arrondi ; de plus, il est quelquefois triplé ou même quadruplé de volume ; enfin, l'ouverture en est béante, ses bords sont renversés en dehors, et, en pressant sur leur circonférence, il semble que l'on pourrait presque les retourner en sens inverse; fait qui s'explique par la disposition de certaines fibres musculaires environnantes.

La direction de l'utérus est changée, l'organe se dirige maintenant suivant l'axe du détroit inférieur; c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant. Toutes ces parties ont subi des changements de structure que nous allons vous signaler.

Le col est mou, la circulation y est considérablement augmentée, et quand la maladie est ancienne, le système veineux utérin semble être devenu comme variqueux. Chez un grand nombre de malades, il se présente sur le col des ulcérations de formes et de grandeurs variables, qui, quelquefois, finissent par embrasser tout son pourtour. Ces ulcérations sont formées aux dépens de la muqueuse tout entière: elles ont un caractère tout particulier; leurs bords sont assez régulièrement découpés; leur fond est granuleux; et si l'on voulait les comparer à quelque chose, il faudrait véritablement les rapprocher de ces ulcérations atoniques qui semblent causées par une circulation embarrassée ou par une nutrition vicieuse. L'on a prétendu expliquer leur formation par le contact perpétuel de l'urine; mais comment se fait-il que de pareilles lésions ne se rencontrent pas aussi dans les fistules vésico-utérines, où le même liquide baigne les mêmes parties? Ces ulcérations s'étendent quelquefois dans la cavité du col, qui, la plupart du temps, est assez large pour permettre l'introduction du doigt.

Quels sont maintenant les changements qu'ont subis les organes environnants? La tumeur, réductible dans la plupart des cas, présente, à sa partie antérieure, une saillie rosée dont le volume, variable par instant, indique qu'elle est formée par la vessie qui a suivi le déplacement utérin, de telle sorte que l'urètre, ayant complètement changé de direction, on est obligé, pour pénétrer dans le réservoir, de diriger la sonde de haut en bas. L'on admet généralement qu'en arrière de l'utérus se trouve une saillie correspondante formée par le rectum; de telle sorte qu'il y aurait à la fois cystocèle et rectocèle vaginal. Mais l'introduction du doigt dans le rectum permet de constater, dans *la plupart des cas*, l'absence de toute dépression antérieure, ce qui indique que cet intestin n'a pas suivi le déplacement utérin, fait facile à expliquer, du reste, par la lâcheté du tissu cellulaire qui se trouve au devant de lui.

Le vagin, dont on voit bien l'insertion sur le col, a perdu toute élasticité; il est encore ridé; mais ses parois sont elles-mêmes plus rouges, plus épaisses et plus molles; elles paraissent gorgées de sang. L'aponévrose pelvienne est relâchée. Dans l'intérieur du bassin, le ligament rond est allongé, tendu. Les ligaments larges sont descendus. Le corps de l'utérus, enveloppé par le vagin, semble avoir disparu de l'abdomen, et cédé la place au paquet intestinal.

La muqueuse interne de l'utérus, épaissie et engorgée comme les autres muqueuses environnantes, est le siége d'une supersécrétion abondante, qui, d'abord séro-muqueuse, devient bientôt séro-sanguinolente.

Sous l'influence de quelle cause se produit la chute de l'utérus?

D'après certains pathologistes, la maladie serait simplement le résultat d'un prolongement hypertrophique du col. Cela peut avoir lieu; mais il est clair que, le plus souvent, l'on a pris l'effet pour la cause, et la preuve, c'est que cette prétendue hypertrophie, cause de tout le mal, disparaît assez fréquemment sous l'influence du repos et du calme de la circulation, sans que, pour cela, l'utérus ait perdu son fâcheux privilége de descendre entre les cuisses lorsqu'il vient à s'engorger de nouveau.

La cause la plus ordinaire est évidemment l'accouchement; c'est-à-dire que chez ces malheureuses femmes, forcées de se lever quelques jours après pour vaquer à leur ménage, l'utérus n'a pas le temps de revenir complétement sur lui-même. Ici, trente ou quarante jours au lit seraient le plus sûr traitement prophylactique. Mais il ne faut pas être exclusif au point de mettre tous les prolapsus utérins sous la même influence. Quelquefois l'affection survient à la suite de déchirures du périnée, de relâchements du vagin. La présence de tumeurs dans l'abdomen, l'élargissement du bassin, etc., seront aussi des causes prédisposantes. En outre, et cela est important, il ne faut pas oublier le déplacement congénital de l'utérus, plus commun que l'on ne croit.

Quand on examine le mode de formation des chutes de l'utérus, on voit que bien rarement la descente est subite, se fait d'emblée et est de nature à entretenir de graves accidents. Presque toujours la maladie marche lentement, petit à petit, et en rapport avec la cause qui la produit.

Ceci nous amène directement dans l'étude des symptômes.

On a voulu en établir trois degrés, arbitraires il est vrai, mais qui indiquent au moins ce que nous venons de vous dire précédemment.

En premier lieu, on aurait le *prolapsus*, puis le *semi-prolapsus*, et enfin la *chute complète*.

Toutes les malades, ou presque toutes, au moins, ont présenté ces deux premiers degrés, car, nous le répétons, la chute complète est très rare d'emblée. Cependant, Chopart en rapporte une observation intéressante à propos d'une jeune fille de campagne.

Dans ce que l'on a appelé le *prolapsus*, l'utérus descend dans le bassin, le col est un peu plus bas. Les douleurs sont peu vives et passagères. Ce degré est commun chez les jeunes filles.

Dans le second degré, le museau de tanche se présente à la vulve, l'axe de l'utérus est changé, il a maintenant la direction du détroit inférieur du bassin. Il y a des envies fréquentes d'uriner causées par la pression exercée sur la vessie. La femme éprouve des tiraillements d'estomac, des douleurs dans le ventre et dans les reins. Remarquez en passant, Messieurs, cette sympathie si manifeste qui existe entre l'estomac et l'utérus, le premier traduisant les souffrances du second; qu'il s'agisse d'un déplacement ou d'une sécrétion exagérée.

Dans ce second degré, les règles sont souvent augmentées ; dans l'intervalle, apparaissent des leucorrhées en rapport avec l'état particulier de la muqueuse interne de l'utérus, état dont nous avons parlé tout à l'heure.

Habituellement, le second degré ne se prolonge pas ; sous l'influence d'une émotion violente ou d'un mouvement brusque, l'utérus tombe entre les cuisses et alors surviennent de fortes coliques, la marche est rendue impossible et l'examen fait à cette époque démontre une tumeur piriforme volumineuse, rouge, présentant, en un mot, tous les caractères déjà énoncés. Quelquefois, cette subite apparition peut s'accompagner de rétention d'urine. Mais, Messieurs, si la maladie complète a été lente à se produire, la femme est exempte de toutes ces souffrances.

Quel est le mode de terminaison de cette grave affection? Le premier degré est curable, nous y reviendrons tout à l'heure.

Le second degré est plus difficile, quelquefois même impossible à guérir.

Dans le troisième degré, enfin, il n'y a pas de guérison ; on ne peut que pallier les accidents de toute nature qui peuvent l'accompagner; et c'est déjà beaucoup quand la médecine soulage et console.

Puisqu'il en est ainsi, arrivons de suite au traitement prophylactique.

Après l'accouchement, et j'insiste sur ce point, il faudrait pouvoir tenir les nouvelles accouchées au lit pendant trente ou quarante jours. Lorsque l'on a affaire au premier degré, il faut en chercher la cause soit dans un état congénital, soit dans un engorgement primitif ou consécutif à des ulcérations. Dans ce cas, le traitement découle de l'observation.

Dans le second degré, et surtout dans le troisième, la question est plus compliquée.

Autrefois (et même encore aujourd'hui) on maintenait simplement la tumeur réduite à l'aide de pessaires. Mon intention n'est pas de vous faire l'histoire complète de ces instruments; sachez seulement, Messieurs, qu'on se sert de pessaires ronds ou de pessaires ovales quand le bassin est large. Sachez qu'il faut de fréquents nettoyages à ces ustensiles, susceptibles de s'encroûter, de donner naissance à des ulcérations, de perforer même les parois environnantes, lorsque la femme n'a pas le soin de les retirer souvent et de les tenir propres. Ces pessaires, percés d'un trou à leur centre pour le passage des règles, n'empêchent pas la conception. Enfin, Messieurs, on a essayé de guérir les chutes de l'utérus par des opérations sur le vagin, sur la vulve ou sur l'organe lui-même.

On a essayé de diminuer la largeur du vagin par des cautérisations, des sutures, des enlèvements de brides, etc... Toutes ces tentatives n'empêchent pas le déplacement, n'en préviennent pas le retour.

On a conseillé de boucher la vulve dans ses deux tiers postérieurs, renouvelant ainsi une opération pratiquée encore aujourd'hui chez certains peuples, mais l'utérus finit toujours par franchir l'orifice qu'on est obligé de laisser libre.

L'on a essayé d'agir sur la portion du vagin qui s'insère au col, et c'est par cette opération peut-être que l'on a le plus de chance de réussir.

Que vous dirai-je, enfin? L'on a proposé et l'on a pratiqué l'amputation du col en totalité ou en partie, pour soulager ainsi le poids de l'organe en enlevant la portion qui aurait subi une prétendue hypertrophie.

Permettez-moi de ne pas insister davantage sur tous ces procédés qui, outre les graves dangers qu'ils présentent, n'ont certainement pas le mérite de prévenir sans retour la chute de l'utérus.

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1);

Par M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

ANESTHÉSIE DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Les membranes muqueuses qui tapissent les ouvertures naturelles du corps, les conjonctives, la pituitaire, la muqueuse buccale et pharyngienne, la muqueuse qui tapisse le pourtour de l'anus et la fin du rectum, celle qui revêt les parties génitales en allant jusqu'au col de l'utérus et celle du méat urinaire, de l'urètre et de la vessie, peuvent être atteintes d'anesthésie.

Aucun fait ne prouve qu'au delà de l'isthme du gosier, la membrane muqeuse des voies digestives, et celle des voies respiratoires puissent être frappées d'anesthésie. Il en est de même pour celle du rectum au delà d'une certaine hauteur, et pour celle des voies urinaires au delà de la vessie. La raison de ces faits est facile à saisir, ces dernières membranes muqueuses tapissent des organes qui reçoivent la plus grande partie de leurs nerfs du grand sympathique, or comme on l'a vu, ces nerfs sont très rarement influencés dans leur sensibilité par l'hystérie.

L'anesthésie des conjonctives, et principalement de la conjonctive gauche, se rencontre si fréquemment, qu'il est rare de trouver une hystérique qui sente bien nettement le contact du doigt ou celui d'une tête d'épingle promenés sur la conjonctive scléroticale de l'œil gauche. Cette inscnsibilité est tellement constante, qu'elle peut être regardée comme un signe caractéristique de l'hystérie.

L'anesthésie des membranes muqueuses nasale et buccale se rencontre presque exclusivement dans les cas d'hémi-anesthésie et existe à peu près dans les deux tiers de ces cas, le plus souvent simultanément, et quelquefois isolément. Elle s'accompagne ordinairement de la perte de l'odorat et du goût; cependant, dans quelques circonstances, j'ai vu le sens spécial perdu, et la sensibilité générale de ces muqueuses conservée.

L'anesthésie de la muqueuse qui tapisse l'anus est fort rare, je n'en connais qu'un petit nombre d'exemples, et, dans plusieurs d'entre eux, la peau des parties voisines était elle-même anesthésiée.

Il en est de même de celle des muqueuses des voies urinaires.

L'anesthésie frappe plus fréquemment la membrane muqueuse des voies génitales que les deux membranes précédentes; elle peut s'étendre à la face interne des grandes lèvres, des petites lèvres, et à tout le pourtour du vagin jusqu'au col de l'utérus. Le clitoris lui-même peut être anesthésié, mais il n'est ordinairement atteint que le dernier; chez quelques malades on le voit conserver toute sa sensibilité au milieu de parties complétement insensibles. Quoique anesthésié il peut, sous l'influence de la titillation, conserver comme le mamelon, la faculté d'entrer en érection.

Chez l'homme, la membrane muqueuse du prépuce peut être atteinte d'anesthésie, le gland seul conservant toute sa sensibilité.

L'anesthésie des membranes muqueuses paraît toujours consécutive à celle de la peau dont elle ne semble être que l'extension. L'insensibilité semble le plus ordinairement commencer par les membranes muqueuses des parties supérieures du corps, et ne s'étendre qu'ensuite aux muqueuses des parties inférieures qui sont, en général, moins fréquemment atteintes que les premières. Il est également constaté que l'anesthésie des muqueuses des parties inférieures se rencontre habituellement dans les cas où l'hystérie se portant sur les organes abdominaux, il y a tout à la fois tympanite douloureuse, rétention d'urine et constipation.

Je crois trouver la raison de cette différence en ce que la manifestation des passions se fait beaucoup plus souvent par les parties supérieures du corps que par les parties inférieures. Quand l'anesthésie est générale à la peau, elle est aussi générale aux muqueuses. Mais lorsqu'elle n'occupe qu'une des moitiés du corps, les membranes muqueuses ne sont anesthésiées que d'un côté, et toujours du côté où la peau l'est. Ainsi une conjonctive, un orifice des fosses nasales, la moitié des lèvres, de la face interne de la bouche et de la langue, peuvent être frappés d'insensibilité; tandis que l'autre moitié symétrique est parfaitement sensible.

Au vagin, il arrive souvent que l'un des côtés est seul anesthésié. Aux voies urinaires et à l'anus, il est difficile de déterminer si l'anesthésie est latérale ou générale.

L'anesthésie des membranes muqueuses entraîne toujours avec elle un certain trouble dans les fonctions.

Aux conjonctives, elle prive l'œil de l'un de ses moyens de protection; ainsi les courants d'air, le contact des corps étrangers, ne sont pas perçus, et l'œil se phlogose plus facilement.

A la membrane muqueuse buccale, les inconvénients sont plus graves; les malades, ne percevant pas le contact des aliments, ne sont point avertis de leur séjour dans cette cavité, la déglutition en est par conséquent un peu troublée, et les aliments, se logeant entre les arcades dentaires et les joues, y resteraient inaperçus, si la malade, prévenue, n'avait le soin de se curer la bouche avec le doigt.

Au méat urinaire, le contact des urines n'est pas perçu; les malades ne sentent pas quand elles ont fini d'uriner.

A la vessie, le contact de l'urine n'étant plus senti, il n'y a plus de besoins d'uriner; ce liquide, séjournant dans la vessie, s'altère, et bientôt naît la véritable rétention d'urine; le contact de la sonde contre les parois vésicales n'est plus senti.

Il en est de même pour la muqueuse du rectum : les malades ne destinguent pas le passage des fecès, et lors de la diarrhée les matières s'échappent sans qu'ils en aient conscience.

Aux parties génitales, que l'anesthésie soit générale, ou qu'elle existe seulement d'un côté, les malades sont ou complétement indifférentes, et même insensibles à l'excitation du coït; chez la plupart d'entre elles, le sens génital n'existe pas; le clitoris titillé entre en érection sans que la malade le sente. Plusieurs femmes ont perdu jusqu'au sens du toucher. Ainsi, j'ai vu une jeune femme qui ne sentait même pas les approches conjugales.

Le diagnostic de l'anesthésie des membranes muqueuses est facile à établir, il suffit de piquer, de pincer, ou d'appliquer des substances irritantes sur les muqueuses, pour juger du degré de sensibilité de l'une quelconque de ces membranes.

Les muqueuses, comme la peau, peuvent perdre leur sensibilité soit complétement soit incomplétement.

La marche de l'anesthésie n'a rien qui lui soit particulier sur les membranes muqueuses.

ANESTHÉSIE DES ORGANES DES SENS.

On sait depuis longtemps que les femmes hystériques éprouvent, dans quelques circonstances, des troubles de la vue, lesquels ont été quelquefois portés au degré de l'amaurose complète; Pomme, Raulin, Louyer ont rapporté des cas où ces amauroses étaient passagères.

A cela se bornaient, jusque il y a huit à dix ans, toutes les notions qu'on possédait sur les anesthésies des sens. On regardait ces faits comme quelque chose d'accidentel, et l'on était fort loin de se douter qu'ils faisaient partie d'une loi générale.

Tous les sens peuvent, en effet, être frappés d'anesthésie, ainsi que peuvent l'être les muqueuses et la peau. La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût peuvent être atteints soit séparément, soit simultanément, d'un affaiblissement qui peut aller jusqu'à la perte complète du sens.

Jamais ces anesthésies ne paraissent d'emblée, elles ne se voient que quand il a déjà existé depuis un temps plus ou moins long des troubles hystériques, et qu'après qu'une portion plus ou moins étendue de la peau ou des membranes muqueuses a été prise de l'anesthésie.

L'anesthésie des sens est donc un phénomène consécutif, et de plus, il est fort rare qu'elle ne s'accompagne pas de l'anesthésie de la peau.

Lorsque l'insensibilité occupe toute la peau, les organes des sens sont atteints des deux côtés; lorsqu'elle n'occupe que l'une des moitiés latérales du corps, les organes des sens sont le plus souvent atteints seulement d'un côté, et toujours du même côté que celui où la peau est anesthésiée. Ainsi, sur les 93 cas d'anesthésie de cette espèce, tous les sens étaient atteints chez 58. Dans les autres cas, l'anesthésie était répartie de la manière suivante. Elle existait seulement :

Sur un des yeux, chez	16	malades.
Sur une des oreilles, chez	3	—
Sur une des narines, chez	3	—
Sur une des moitiés de la bouche, chez	1	—
Sur un œil et sur la narine correspondante, chez	5	—
Sur une narine et sur la moitié correspondante de la bouche, chez	2	—
Sur un œil, sur une narine et sur une oreille, chez	4	—
Sur un œil, sur une narine et sur une moitié de la bouche, chez	4	—
Sur une oreille, sur une narine et sur une moitié de la bouche, chez	4	—

Lorsque l'anesthésie n'occupe que des portions restreintes de la peau, l'anesthésie des organes des sens ne se voit que rarement. Je ne l'ai observée que chez 3 malades, et ce fut précisément chez ceux qui avaient de l'anesthésie de la face.

On voit donc que les yeux sont le plus fréquemment atteints, tandis que les autres organes des sens qui sont moins fréquemment intéressés, le sont dans une proportion à peu près égale entre eux.

Il est impossible d'indiquer dans quel ordre l'anesthésie attaque les organes des sens, attendu que les malades ne donnent sur ce point que des renseignements insuffisants; ce qui paraît plus certain, c'est qu'elle commence ordinairement par les yeux.

L'anesthésie des organes des sens se présente à l'observateur à des degrés différents, depuis la diminution légère jusqu'à la perte complète du sens; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez une même malade l'anesthésie intéresse tous les sens à peu près au même degré.

Dans la grande majorité des cas, l'anesthésie avait frappé non seulement le sens spécial, mais encore la muqueuse ou la peau qui revêtent l'organe de ce sens. Dans un très petit nombre de cas, où l'anesthésie des sens étant faible, la sensibilité de tact était conservée.

Ainsi, l'anesthésie peut porter collectivement sur le nerf destiné à la sensation spéciale et sur les nerfs qui président aux sensations du toucher.

L'anesthésie des sens peut ne durer que quelques mois et se dissiper soit d'elle-même, soit sous l'influence d'un traitement général. D'autres fois, elle peut durer des annnées, sans aucune modification, et, ce qu'il y a de plus curieux, est qu'on peut la faire cesser presque instantanément sous l'influence de stimulants spéciaux appliqués à la peau.

Enfin, de quelque manière que les choses se passent, il est extrêmement rare que ces anesthésies ne finissent pas par se dissiper, car on en trouve rarement des traces chez les femmes âgées, autrefois prises d'hystérie.

A l'œil. — Lorsque l'anesthésie est à un degré modéré, la vue par l'œil anesthésié est affaiblie, la malade voit mal, les objets ne dessinent pas nettement leur image, les draps du lit, le papier d'un livre paraissent gris, les caractères d'un livre ne semblent pas d'un beau noir, et ils sont souvent si peu distincts que les malades ne peuvent pas les lire, elles voient sur le livre du gris plus foncé sur du gris moins foncé. Cette faiblesse de la vue ne permet pas aux femmes de travailler à l'aiguille. Quand l'œil reste quelque temps fixé sur un objet, il se produit dans l'orbite un sentiment pénible de fatigue.

A ce degré, les malades savent rarement ce qu'elles ont; comme un seul œil est atteint, celui qui est sain supplée à l'autre, et elles ne se plaignent que d'un affaiblissement de la vue qui ne leur permet pas de voir les objets d'une manière bien nette. C'est cette anesthésie que les auteurs ont ignorée. Cependant, pour la constater, il suffit de fermer l'œil sain.

Ce degré de l'anesthésie peut se dissiper avec les autres accidents hystériques; mais bien souvent il persiste, et il subsisterait longtemps si la médecine n'intervenait pas.

Lorsque l'anesthésie est portée au dernier degré, elle donne lieu à l'amaurose, ainsi que le prouvent des observations de Pomme, de Telinge (*Journ. de méd., chirurg. et pharm.*, année 1771, tome XXXVI, page 437); du docteur Allègre (thèse *sur l'hystérie et sur l'épilepsie*, 1833, nº 64); du docteur Landouzy (*Traité de l'hystérie*, p. 120); de Hocken (*Journ. de méd.* de Schmidt, 1844, p. 246). J'ai rencontré, pour ma part, trois femmes hystériques qui, au nombre des divers accidents dont elles avaient été assaillies, avaient été pendant quelque temps prises d'amaurose complète.

Le plus souvent l'amaurose a occupé les deux yeux; et dans les cas où elle était bornée à un œil, il s'est trouvé qu'elle avait attaqué indifféremment l'un ou l'autre de ces organes.

Hocken semble penser que cette anesthésie complète est ordinairement précédée par de la céphalalgie; mais cet auteur n'a pas songé que les hystériques, atteintes d'anesthésies un peu sérieuses, ont toujours de la céphalalgie comme fonds de leur névrose.

Le plus ordinairement l'amaurose a paru brusquement après une attaque d'hystérie, après une émotion morale vive, et quelquefois après la disparition de quelque symptôme hystérique important. Dans quelques cas, son apparition est brusque et sans aucun signe précurseur. Ainsi, M. Landouzy rapporte que, chez l'une des jeunes filles chez lesquelles il avait observé l'amaurose, la perte de la vue avait frappé les deux yeux pendant qu'elle se frottait l'œil. Il est fort probable qu'avant d'être complète, l'anesthésie existait déjà à un degré modéré, car cette jeune fille se plaignait depuis quelque temps de troubles dans la vue. Hocken, dans son travail, parle de malades chez lesquels l'amaurose n'avait paru qu'après des troubles de la vue qui existaient depuis longtemps. Quelquefois les malades distinguent le jour d'avec la nuit, mais, le plus souvent, elles ne voient rien; la pupille reste dilatée et immobile, comme dans les amauroses ordinaires, mais il n'y a pas d'injection dans l'œil; Hocken parle du mouvement convulsif des paupières et de la photophobie, phénomènes qui doivent être rares, attendu que l'anesthésie est un état de dépression plutôt que d'exaltation nerveuse.

Ordinairement dans l'anesthésie de l'œil, la conjonctive oculaire et quelquefois la conjonctive palpébrale ne sentent pas le

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 27 juillet et 5 août.

contact des corps; on peut toucher le blanc de l'œil avec le doigt ou avec la tête d'une épingle sans que les malades en aient la conscience, et surtout sans qu'elles éprouvent de sensation pénible. Comme aux époques où les faits d'amaurose ont été observés, on ne connaissait ni l'anesthésie de la peau, ni celle des muqueuses; les auteurs ont omis de parler de l'état de sensibilité des paupières et du globe de l'œil.

Chez ces diverses malades, il avait existé, soit avant, soit pendant l'existence de l'amaurose, des paralysies diverses des membres.

L'amaurose hystérique a une durée qui varie de quelques jours à quelques mois, et n'a jamais persisté plus longtemps. Elle cesse le plus ordinairement aussi rapidement qu'elle a paru. Dans l'observation de M. Allègre, la jeune fille, qui était amaurotique et paraplégique tout à la fois, eut un jour une attaque d'hystérie, et aussitôt elle put se lever et se promener dans les dortoirs de la Salpêtrière, voyant parfaitement bien les objets.

Chez l'une des malades dont j'ai pris l'histoire, l'amaurose était survenue brusquement après une attaque, elle avait duré deux mois et avait cessé, après une autre attaque, aussi brusquement qu'elle était venue.

Il est des malades chez lesquelles l'amaurose est revenue à plusieurs reprises.

A l'oreille. — L'anesthésie est presque toujours incomplète, car il est très peu de cas dans lesquels il y ait surdité absolue. Les malades éprouvent, du côté anesthésié, un bourdonnement et une sorte de sifflement continuel qui les fatiguent beaucoup. Quelques-unes d'entre elles éprouvent dans l'oreille moyenne une sorte de tension, puis l'ouïe devient dure, les malades entendent mal quand on parle à voix peu élevée et ne distinguent pas les battements d'une montre placée très près de leur oreille. Enfin, le plus ordinairement, la peau du pavillon de l'oreille, de la conque et du conduit auditif externe, est également anesthésiée et ne perçoit ni la sensation des piqûres, ni celle du contact des corps. L'oreille opposée conserve, au contraire, toute sa sensibilité.

La surdité hystérique pourrait être présentée comme le type de la surdité par atonie, que paraissent ne pas connaître les médecins qui s'occupent des maladies de l'oreille; elle est exactement semblable à celle qui résulte quelquefois de l'emploi des sels de quinine à dose élevée, qui est aussi une surdité par anesthésie, et qu'on dissipe facilement par les moyens qui dissipent la surdité hystérique. L'anesthésie de l'oreille a une grande tendance à se perpétuer tant qu'on ne la traite pas; cependant elle se dissipe quelquefois spontanément quand les autres accidents disparaissent.

Aux narines. — L'anesthésie s'accompagne, le plus habituellement, de l'insensibilité de la pituitaire aux piqûres et au contact. On peut piquer avec une épingle le pourtour de l'orifice antérieur de la fosse nasale et toutes les parties de cette cavité qui sont accessibles aux instruments, sans que la malade en ait la conscience. En même temps, il n'y a plus d'olfaction de la part de cette narine; on peut placer sous elle les odeurs les plus fortes, les vapeurs les plus pénétrantes, elles ne sont pas senties.

Comme l'insensibilité n'atteint le plus ordinairement qu'une seule narine, les malades ne s'aperçoivent souvent pas de cette perte de la sensibilité, elles disent seulement qu'elles ont peu d'odorat.

A la bouche. — L'anesthésie est plus curieuse encore; elle est le plus souvent partielle, et occupe exactement l'une des moitiés latérales de cette cavité. Elle s'accompagne presque toujours de l'anesthésie de la membrane muqueuse de la moitié correspondante de la bouche. Ainsi, toute une moitié latérale des deux lèvres, de la face interne des joues, de la voûte palatine, du voile du palais, des gencives, des faces supérieure et inférieure de la langue, ne sent ni la piqûre par une épingle, ni le contact des doigts, tandis que l'autre moitié conserve sa sensibilité de tact normal. La ligne médiane sépare très exactement en haut et en bas de la bouche, la portion sensible de la peau anesthésiée. Il n'y a plus de goût; le contact du sel marin, du vinaigre, de l'éther, du chloroforme, n'est pas perçu par le côté anesthésié, l'autre côté continuant à percevoir les sensations de saveur d'une manière normale. Cet état amène un trouble notable dans la faculté du goûter. Les malades qui ne perçoivent les saveurs que d'une manière incomplète, n'ont pas grand plaisir à manger; la mastication qui se fait mal parce que le contact des aliments n'est plus perçu, devient un ennui, il en résulte assez facilement du dégoût, et par suite des troubles dans la nutrition. Quand l'anesthésie existe des deux côtés, il n'y a plus absolument de faculté gustative, les aliments sont très mal sentis, et leurs qualités sapides ne sont plus appréciées.

Le diagnostic de l'anesthésie des organes des sens est très facile à établir.

1° Ces anesthésies ont presque toujours lieu aux organes des sens du côté gauche.

2° Rarement elles sont isolées, ordinairement tous les sens d'un côté sont atteints à la fois.

3° Elles sont toujours précédées, d'abord, d'autres accidents hystériques, puis d'anesthésie plus ou moins étendue de la peau.

Ainsi il n'y a pas de confusion possible ni avec la paralysie suite de compression des nerfs encéphaliques par une tumeur intracrânienne, ni avec la paralysie qui succède aux hémorrhagies cérébrales ou aux ramollissements du cerveau.

La seule difficulté qu'on aurait à vaincre, se trouverait dans les cas ou une hystérique serait atteinte de l'anesthésie d'un seul ou de deux sens et serait affectée de l'une des maladies *cum materia* qui viennent d'être indiquées. Mais, même dans ce cas, une analyse exacte des symptômes mettrait bientôt sur la voie.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Août 1858. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le modèle d'une ceinture hypogastrique de l'invention de Mme MESSAGER.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857 dans l'arrondissement de Montauban.

3° Le rapport de M. le docteur CONTESSE, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pannessières (Jura).

4° Le rapport final de M. BOUYER, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Callas (Var). — (Com. des épidémies.)

5° Un rapport de M. le docteur NIVET, sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme, en 1856. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur LAFORGUE, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Toulouse, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission des membres correspondants.)

2° La lettre suivante de M. ROBIQUET, en réponse à la lettre de M. Leras, lue dans la dernière séance :

Monsieur le Président,

Je croyais en avoir fini avec le pyrophosphate de fer citro-ammonical, et surtout avec les réclamations dont il avait été l'objet. Puisque M. Leras persiste dans ses attaques, auxquelles il me semblait avoir suffisamment répondu une première fois, je viens déclarer, tout d'abord, que je m'en remets au jugement de la nouvelle commission nommée par l'Académie.

En attendant, Monsieur le Président, permettez-moi quelques observations très courtes.

M. Leras réclame la priorité au sujet du rôle thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude, et de la propriété qu'il posséderait de ne pas précipiter le suc gastrique. Eh bien, cette priorité je ne lui ai jamais contestée; ce sel double de fer et de soude, je ne m'en suis occupé que pour dire qu'il avait été découvert par M. Persoz, qu'il précipitait le suc gastrique; qu'enfin, pour l'abandonner comme se prêtant mal aux diverses formes médicamenteuses et le remplacer par le pyrophosphate citro-ammoniacal. Or, si la deuxième commission juge, comme la première, que le pyrophosphate de soude et de fer a été découvert par M. Persoz; que la propriété que lui attribue M. Leras de ne pas précipiter le suc gastrique n'existe pas; qu'enfin, ce sel double sodicoferrique n'est pas du tout la même chose que mon pyrophosphate citro-ammoniacal, que restera-t-il donc à M. Leras? Rien.

M. Leras parle de mémoires, de communications à l'Académie et à l'Institut, de formules.

Les deux communications, j'en ai remis la copie textuelle à la première commission qui les a longuement jugées dans le rapport que M. Leras n'a pas dû lire en entier, et au sujet duquel il réclame bien précipitamment ses formules; je les cherche partout et je ne les trouve nulle part.

M. Leras, dans sa dernière réclamation, annonce avoir réussi à préparer un pyrophosphate sodico-ferrique en poudre blanche, contenant 9 p. 100 de fer métallique; c'est déjà beaucoup, et je voudrais bien connaître la formule d'une si heureuse préparation. Cependant, encore avec un peu moins de précipitation, M. Leras aurait vu que mon pyrophosphate de fer citro-ammoniacal en contient 19 p. 100 à l'état hydraté, et que ce chiffre a été vérifié par la commission. Comment faire accorder ces nombres avec le tableau où, quelques lignes plus loin, M. Leras cherche à démontrer que son sel contient trois fois plus de fer que le mien? Mais c'est assez occuper l'Académie d'une question si simple à résoudre. Et d'ailleurs, quand on a le bonheur d'avoir pour juges des hommes tels que MM. Bouchardat, Boudet et Barth, on n'a rien de mieux à faire que de s'en remettre à leur loyauté éclairée.

Je viens donc déclarer que je suis tout prêt à répéter mes expériences devant les membres de la nouvelle commission, et je désire que ce soit le plus tôt possible.

Je suis, Monsieur le Président, avec le plus profond respect, votre très humble et obéissant serviteur,

E. ROBIQUET.

3° La lettre suivante de M. LERAS :

Besançon, 6 août 1858.

Monsieur le Président,

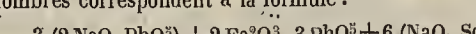
L'Académie a bien voulu prendre en considération mes travaux sur le pyrophosphate de fer et de soude, et nommer une nouvelle commission chargée d'apprécier toute l'importance que ce sel doit avoir en thérapeutique. Permettez-moi, Monsieur le Président, de vous en témoigner toute ma reconnaissance.

Depuis mes premières tentatives pour introduire dans la thérapeutique le pyrophosphate de fer et de soude, je n'ai pas discontinué de faire des expériences à ce sujet, et les résultats auxquels je suis arrivé me confirment de plus en plus dans mon opinion, à savoir que le pyrophosphate de fer et de soude est un médicament précieux.

Je vais avoir l'honneur, Monsieur le Président, de soumettre à l'Académie trois formules de pyrophosphate de fer :

Première formule :	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec.	30
	Sulfate ferrique sec	14,93

Ces nombres correspondent à la formule :

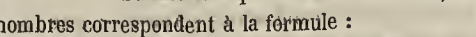


$$3\,(2\,NaO.\,PhO^5) + 2\,Fe^2O^3.\,3\,PhO^5 + 6\,(NaO.\,So^3)$$

Cette formule a un avantage sur les deux suivantes : c'est que la liqueur peut être obtenue à un grand degré de concentration, tout en conservant sa limpidité, et en l'additionnant dans cet état de deux fois son volume de sirop simple, on obtient un médicament qui, par 20 centimètres cubes, contient au moins 5 gr,14 de fer métallique. Ce sirop, du reste, est incolore et très agréable.

Deuxième formule :	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec.	30
	Sulfate ferrique sec	17,916

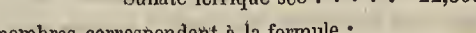
Ces nombres correspondent à la formule :



$$2\,(2\,NaO.\,PhO^5) + 2\,Fe^2O^3\;3\,PhO^5 + 6\,(NaO.\,So^3)$$

Troisième formule :	Eau distillée.	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude sec.	30
	Sulfate ferrique sec	22,396

Ces nombres correspondent à la formule :



$$2\,NaO.\,PhO^5 + 2\,Fe^2O^3.\,3\,PhO^5 + 6\,(NaO.\,So^3)$$

Le sel de cette troisième formule est le moins soluble des trois, mais, sous un même poids de pyrophosphate de soude, il contient beaucoup plus de pyrophosphate de fer, ainsi que l'indique le tableau suivant (1) :

	Quantité p. 100 de fer métallique dans le sel solide.	Quantité en nombres ronds de pyr. de s.	de pyr. de f.	
1re formule.	9,28	15	14	très légèrement alcalin.
2me formule.	10,38	12	17	à peu près neutre.
3me formule.	12,05	7,50	20,89	complétement neutre.

Le sel solide se dissout dans une suffisante quantité d'eau froide, mais il est plus soluble dans l'eau bouillante.

Les dissolutions suffisamment étendues d'eau n'éprouvent pas de modification lorsqu'on les porte à l'ébullition, même après avoir été refroidies.

Les dissolutions concentrées, lorsqu'on les porte à l'ébullition, se troublent; et, à mesure que l'eau s'évapore, le sel se dépose; mais, en y ajoutant une nouvelle quantité d'eau, le précipité se dissout à mesure que la température s'élève.

Pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je me borne à ces indications qui suffisent pour faire voir que ce sel, dont les propriétés thérapeutiques sont bien connues, peut se prêter facilement à toutes les formes pharmaceutiques.

J'ose espérer, Monsieur le Président, que vous voudrez bien renvoyer de nouveau ce travail à la commission et que l'Académie, dans son équité, reconnaîtra l'importance des formules que j'ai l'honneur de lui soumettre et en ordonnera l'insertion au *Bulletin*.

Veuillez, Monsieur le Président, recevoir l'assurance de mes sentiments respectueux,

LERAS,
Docteur ès-sciences, inspecteur d'Académie à Besançon.

(Comm. MM. Barth, Boudet et Bouchardat.)

(1) Un flacon bien bouché de cette dissolution est exposé depuis un mois entre deux fenêtres, au soleil du midi, à une chaleur qui varie de 25 à 47° centig. La liqueur est aussi limpide que le premier jour.

4° Une note de M. le docteur KEMMERER, de l'île de Ré, sur une nouvelle méthode d'enseignement des sourds-muets. (M. Beau, rapporteur.)

5° Un travail intitulé : *Nouvelles recherches sur les maladies du personnel de la compagnie du chemin de fer de Paris à Lyon*, par M. le docteur DEVILLERS. (Comm. MM. Cloquet et Guérard.)

6° Une lettre de M. le docteur Aurelio FINIZZIO, membre de l'Académie de médecine de Naples, qui fait connaître les résultats des expériences qu'il exécute depuis dix mois avec son forceps céphalotribe modifié, dont M. Tarsitani s'est attribué à tort l'invention. (Comm. MM. Moreau et Depaul.)

7° Une observation de fièvre pernicieuse dysentérique survenue pendant la convalescence d'une méningo-myélite et guérie par l'emploi de l'opium et de la quinine, par M. le docteur L. BOUYER, de Fursac (Creuse). (Comm. MM. Louis et Jolly.)

8° Une lettre de M. NONAT, sur les effets de la ligature de l'œsophage, accompagnant une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur les oxydes de fer considérés comme contre-poisons de l'acide arsénieux*, par MM. Sandras, Deville, Nonat et Guibourt. (Renvoyé à M. Trousseau.)

M. VELPEAU présente deux mémoires de M. NAMIAS, de Venise, l'un relatif *à l'inutilité des hypophosphites de chaux et de soude dans le traitement des tubercules et des cancers*; l'autre relatif *à la tuberculisation de l'utérus et de ses annexes*, qui a été niée par M. Rokitanski.

M. CAZEAUX dépose sur le bureau : 1° deux brochures de M. le docteur Alfonso FALCIANI, relatives *à la fièvre continue commune*; 2° trois brochures de M. le professeur GIUSEPPE de Nasca, l'une *sur la syphilis*, la seconde *sur la phthisie scrofuleuse des enfants*, la troisième intitulée : *Collection complète de mémoires sur la pathologie médicale.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la ligature de l'œsophage. La parole est à M. BOULEY.

« Messieurs, je n'ai que quelques mots à dire pour compléter ce que je soutiens depuis deux ans et faire cesser un malentendu. En considérant la ligature de l'œsophage comme extrêmement grave, je n'ai prétendu soutenir qu'une seule chose, à savoir que cette opération est grave en tant que compliquant les expériences de toxicologie. A cela il m'a été répondu que, dans certaines conditions, la mortalité, après la ligature n'était que de 3 p. 100. Permettez-moi de vous soumettre une statistique de laquelle il résulte que cette opération est très grave quand elle est pratiquée en même temps que l'ingestion de substances non toxiques. Voici le martyrologe de 22 chiens :

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

Administration de substances non toxiques.

Nos d'ordre.	Subs administ.	Doses.	Effets produits.	Note
1°	Sel marin	4 gram.	Mort en 30 heures.	
2°	Sel marin	10 gram.	Mort en 31 heures.	
3°	Sel marin	60 gram.	Mort en 72 heures.	
4°	Sel marin	60 gram.	Mort en 30 heures.	
5° (c)	Sel marin	25 gram.	Mort en 18 heures.	
6°	Eau tiède	2 décil.	Mort en 24 heures.	
7°	Eau tiède	2 décil.	Mort en 32 heures.	
8°	Eau tiède	2 décil.	Mort en 40 heures.	
9°	Eau tiède	2 décil.	Mort en 40 heures.	
10°	Eau tiède	1 litre..	A survécu.	
11°	Nitrate de pot. .	4 gram.	Mort en 15 heures.	(1)
12°	Nitrate de pot. .	4 gram.	Mort en 16 heures.	(1)
13°	Nitrate de pot. .	4 gram.	Mort en 15 heures.	(1)
14° (c)	Nitrate de pot. .	1 gr 50.	Mort en 50 heures.	
15°	Sulfate de zinc. .	2 gram.	Mort en 24 heures.	(2)
16°	Sulfate de zinc. .	2 gram.	Mort en 18 heures.	(2)
17° (c)	Sulfate de zinc. .	3 gram.	Mort en 24 heures.	
18°	S.-nitrate de bis.	3 gram.	Mort en 18 heures.	
19°	S.-nitrate de bis.	3 gram.	Mort en 20 heures.	
20°	S.-nitrate de bis.	3 gram.	Mort en 18 heures.	
21°	S.-nitrate de bis.	3 gram.	Mort en 18 heures.	
22° (c)	S.-nitrate de bis.	3 gram.	Mort en 72 heures.	

Sur 22 chiens, 1 seul survit; plus de 95 p. 100 de mort.

M. L. Orfila a présenté une objection, il a dit : Mais on sait que la ligature permanente de l'œsophage tue tous les chiens. A cela je réponds qu'Orfila disait que la ligature n'était pas dangereuse dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures. Or, dans le tableau qui précède, la ligature a été mortelle toujours; et sur quatre chiens seulement, elle est restée plus longtemps appliquée que la limite assignée à son innocuité par Orfila. J'en conclus donc que la ligature est mortelle non seulement quand elle est permanente, mais aussi, dans le plus grand nombre des cas, quand elle est appliquée pendant un nombre d'heures moindre que celui fixé par Orfila.

Voici, du reste, un second tableau qui montre que lorsque la ligature ne reste en place que fort peu de temps, elle peut être considérée comme exempte de danger; je ne l'ai jamais nié.

(1) Contre-épreuve sans ligature; aucun effet toxique.
(2) Contre-épreuve sans ligature; pas d'effet toxique.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

Administration de substances non toxiques. — *Déligature hâtive.*

1° Sel marin.	40 gram.	Ligature	3 heures	Survit.
2° Sel marin.	25 gram.	Ligature	3 heures	Survit.
3° Sel marin.	50 gram.	Ligature	2 heures 1/2	Survit.
4° Sel marin.	50 gram.	Ligature	2 heures 1/2	Survit.
5° Sulf. de zinc . . .	2 gram.	Ligature	2 heures	Survit.
6° Sulf. de zinc . . .	2 gram.	Ligature	2 heures 1/2	Survit.
7° Sous-nit. de bism.	3 gram.	Ligature	28 heures	Survit.
8° Sous-nit. de bism.	3 gram.	Ligature	3 heures	Survit.
9° Sous-nit. de bism.	4 gram.	Ligature	3 heures	Survit.

J'ajoute que les chiens à jeun, sur lesquels on lie l'œsophage, vivent, en moyenne 81 heures; tandis que chez ceux dans l'estomac desquels on a injecté un liquide quelconque, la durée de la vie, après ligature, n'est que de 29 heures 1/4 en moyenne. L'ingestion d'un liquide raccourcit donc la vie de 52 heures.

Permettez-moi, Messieurs, à l'appui de ma thèse, de vous donner lecture de la lettre suivante de M. Briquet :

« Paris, ce 4 août.

» Monsieur le professeur,

» Vous avez eu bien raison de revenir sur la prétendue innocuité de la ligature de l'œsophage dans les expérimentations.

» Voici ce qui m'est arrivé. A l'époque à laquelle j'étudiais le sulfate de quinine, M. Mélier, ayant vu faire au Collége de France, chez M. Magendie, des recherches sur ce sel, lesquelles avaient été suivies de mauvais résultats, voulut les répéter, et il fit administrer à six chiens du sulfate de quinine, en doses qui varièrent de 1 à 6 grammes. L'œsophage fut lié et tous les chiens moururent.

» Étonné d'un résultat qui ne me paraissait pas être en harmonie avec les pouvoirs toxiques de ce sulfate, je crus qu'il y avait eu quelques erreurs, et je répétai les expériences d'ingestion de sulfate de quinine avec toutes les précautions possibles, pour que la chose allât bien, comme vous le pouvez supposer. Les expériences furent faites sur onze chiens en bon état, avec ligature et incision de l'œsophage. Dix moururent.

» Alors je vis bien que cette mortalité tenait à autre chose qu'au toxique, et pour en avoir la certitude, je donnai de la même manière un sel du même genre que le sulfate de quinine, mais qui n'était pas toxique pour l'homme, le nitrate de potasse, que M. Martin-Solon administrait sans inconvénient à hautes doses contre le rhumatisme. Tous les huit animaux périrent exactement de la même manière que ceux qui avaient pris le sulfate. Ils s'affaissaient, se refroidissaient, puis mouraient, après avoir, dans les premiers temps, eu des vomissements excessifs.

» J'allai alors trouver M. Orfila pour lui faire part de mon embarras, et lui demander de me mettre sur la voie, pour éviter les inconvénients de la ligature. Il m'engagea à faire passer le sel dissous par les fosses nasales au moyen de la sonde. C'est ce que je fis, et les chiens alors supportèrent très bien toutes les doses de sulfate de quininine que je leur admitrai.

» Ces faits sont consignés dans mon *Traité du quinquina*, dont j'ai eu, je crois, l'honneur de vous adresser dans le temps un exemplaire de la première édition en 1853.

» Vous pourrez les trouver vers la fin du livre, à l'article *Doses auxquelles on peut donner le quinquina.*

» Vous voyez, Monsieur, jusqu'à quel point il est bon que les expérimentateurs soient prévenus, de ne pas mettre sur le compte de la substance ingérée tous les effets qui s'observent, quand on suit le procédé de l'incision et de la ligature de l'œsophage.

» Agréez, etc. Dr Briquet. »

Ainsi, Messieurs, la démonstration de ma proposition me paraît irréfutable : c'est la ligature de l'œsophage qui tue les chiens en expérimentation toxicologique. Selon Orfila, au contraire, le sel marin, malgré la protestation des cétacés, serait un poison violent, et il en serait de même du nitrate de potasse et du sulfate de quinine, malgré la protestation, cette fois, de tous les thérapeutistes.

Maintenant, Messieurs, quelques mots à M. Devergie, au nom de M. Trousseau absent qui m'a chargé de défendre son rapport : M. Devergie a dit que ce n'était pas des conclusions qui terminaient ce rappot, mais de simples inductions; ce serait plutôt des déductions, mais je ne veux pas chicaner sur les mots. Je dis que jamais rapport n'a formulé des conclusions plus nettes et plus légitimes. Je pourrais prendre chacune de ces conclusions séparément et faire voir qu'elle n'est que le résumé des expériences qui sont relatées dans le rapport; mais je ne veux pas abuser des moments de l'Académie et je borne ici ce que j'avais à dire.

M. Bouillaud : Messieurs, quand je pense à la force énorme de résistance qu'opposent les chiens aux opérations chirurgicales, je ne me trouve pas suffisamment édifié sur la gravité qu'on prête à la ligature de l'œsophage, considérée en soi et en tant qu'opération.

Magendie, qui est l'inventeur de cette ligature et qui l'appliqua lorsqu'il fit ses expériences sur l'émétique, ne parla point de la gravité de ce procédé.

Je voudrais demander aussi à M. Bouley si, dans tous les cas, dans *tous* les cas, qu'il me comprenne bien, où l'on a injecté une substance non toxique dans l'estomac des chiens, il y a eu des efforts de vomissements. J'ai de la peine à admettre que quelques grammes d'eau dans l'estomac déterminent des accidents mortels chez les chiens.

Enfin, je me demande quelle est la nécessité de cette opération, et s'il ne serait pas possible de la remplacer? J'ai fait moi-même des expériences sur les chiens à qui je donnais de l'émétique, à propos de recherches sur la fièvre bilieuse. Pour leur faire avaler l'émétique, je leur tenais les mâchoires écartées au moyen de deux ficelles, puis je leur fermais la gueule en liant les mâchoires. Les chiens n'ont jamais rien rendu.

M. Velpeau : Comme M. Bouillaud, je reste dans le doute sur plusieurs questions qui ne me semblent pas résolues. J'ai été témoin d'un assez grand nombre d'opérations faites par Orfila et j'avoue que la première fois que j'ai entendu dire que la ligature de l'œsophage était cause de la mort j'ai été très surpris. Ces expériences étaient faites publiquement, j'y ai moi-même pris part, et les chiens qui avaient servi à ces expériences nous étaient souvent présentés bien portants dans les séances suivantes. Nous étions donc bien convaincus qu'ils ne mouraient pas par le fait de la ligature. Pourquoi donc est-elle si dangereuse maintenant?

M. Trousseau nous dit qu'avec des précautions convenables, il ne meurt que 3 chiens sur 100, et M. Bouley nous parle de la proportion de 95 p. 100; comment accorder des chiffres si différents? Il est impossible de supposer qu'Orfila n'était pas de bonne foi et ses chiens ne mouraient pas; il faut donc que cela tienne à des différences dans le mode opératoire, sur lesquelles on n'a pas assez insisté. Il y a là une inconnue qu'il importerait de dégager.

Maintenant, en admettant les dangers de la ligature, il doit être possible de distinguer les symptômes qui résultent de cette opération, d'avec ceux qui appartiennent aux poisons ingérés.

On a dit que les chiens à jeun vivaient quatre-vingt-une heures après la ligature, et que quelques grammes d'eau abaissaient à vingt-neuf heures la durée de leur vie; mais il est rare que l'estomac soit vide chez les chiens.

M. Devergie a reproché à Orfila de conclure des expériences sur les chiens à l'homme; mais Orfila insistait, au contraire, avec beaucoup de soins et de persistance sur la différence à établir entre les expériences sur les chiens et les observations propres à l'homme. Le reproche n'est donc pas fondé.

En résumé, il reste des obscurités après le rapport de la commission, et je demande qu'elles soient dissipées.

M. Bouley : Il paraît qu'il est difficile de faire de nouvelles connaissances. MM. Bouillaud et Velpeau disent qu'ils ne comprennent pas, mais il ne s'agit pas de comprendre, il s'agit de savoir si le fait est exact. Or, la commission a relaté des expériences nombreuses, j'ai cité celles de M. Briquet; des unes et des autres, il résulte que la ligature est chose grave et qu'on avait tort de regarder le chien simplement comme un creuset. On s'étonne que quelques grammes d'eau fassent périr les chiens à la suite des efforts de vomissement; je m'étonnerais plus volontiers si le contraire avait lieu. MM. Bouillaud et Velpeau sont libres de répéter les expériences. Avant ma communication sur les dangers de la ligature, rien n'était indiqué à cet égard. Que dit la commission après examen? Qu'il faut faire attention et se défier de la ligature de l'œsophage; rien de plus. Elle ne compromet en rien la responsabilité de l'Académie.

M. Bouillaud m'a demandé si l'eau tiède avait toujours déterminé des efforts de vomissement; je lui réponds : oui.

M. Bouillaud : Je n'ai voulu en rien critiquer les beaux travaux de M. Bouley. Je n'ai demandé que des éclaircissements, et je répète qu'il y avait à chercher, mieux que cela n'a été fait, pourquoi l'ingestion des liquides non toxiques déterminait la mort.

M. Cloquet compare la ligature de l'œsophage aux étranglements, dont les uns sont aigus, graves, et les autres légers, bénins. Ces différences dans les symptômes tiennent à la façon différente dont les étranglements sont produits. Il donne lecture d'une lettre de M. Lagémard, relative à ce sujet, et il conclut en disant que les divergences d'opinions des expérimentateurs résultent bien certainement du mode opératoire employé par chacun d'eux, et qui n'est pas identique dans tous les cas.

M. Bouley : Je demande le vote sur les conclusions du rapport de la commission; ces conclusions n'engagent en rien l'avenir et ne blâment pas le passé.

M. Devergie : M. Velpeau a commis une erreur : c'est la commission elle-même, et non M. Bouley, qui a posé le chiffre de 95 p. 100 pour la mortalité après la ligature. Il m'a de plus reproché d'avoir prêté à Orfila la pensée d'une assimilation complète entre le chien et l'homme, sous le rapport des expériences toxicologiques; cette assimilation je la trouve très explicitement exprimée dans le passage suivant (M. Devergie cite, sur le texte, le passage dont il s'agit). J'ajoute qu'il n'est pas question de faire ici le procès à Orfila, mais bien à la ligature de l'œsophage, et j'aurais désiré que ce procès eût été fait sans aucune préoccupation du passé. Je ne demande pas mieux que de voter sur les conclusions du rapport, sauf quelques modifications...

MM. Bouillaud et Cloquet réclament le vote sur chaque conclusion séparément.

M. Larrey demande la parole pour une motion d'ordre. Il ne serait pas convenable, selon lui, de voter en l'absence de M. Trousseau, rapporteur.

M. Bouillaud voudrait que, dans l'intervalle, la commission expérimentât sur quelques chiens dont on lierait simplement la gueule, et non plus l'œsophage. On écarterait peut-être ainsi une cause considérable d'erreur.

M. Bouley répond qu'il a lié sur des chiens la gueule jusqu'aux commissures des lèvres, et que les chiens, après des efforts violents, n'en ont pas moins vomi.

M. Bouillaud insiste : il dit qu'un chien à qui l'on a fait prendre 0,20 ou 0,30 centig. d'émétique, meurt quand on lui lie la gueule, et ne meurt point dans des conditions opposées.

M. Bouley réclame de nouveau le vote immédiat, en disant que M. Trousseau accepte par avance toutes les conséquences de la discussion.

La motion de M. Larrey, mise aux voix, est rejetée.

M. Devergie donne successivement lecture des conclusions du rapport :

Les neuf premières sont adoptées sans discussion.

La dixième l'est après les modifications suivantes : « 10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle *par exception* même dans les premières heures, etc. » Les mots : *par exception* sont supprimés.

Et plus loin : « La conclusion dernière de ce rapport est que MM. Bouley et Reynal ont été bien inspirés, en fixant de nouveau l'attention des expérimentateurs sur la ligature de l'œsophage. » Le reste est supprimé jusqu'à ces mots :

« L'Académie doit des remercîments à MM. Colin, Follin, L. Orfila et Szumowski, etc. »

— La séance est levée à cinq heures.

Le corps médical de l'Ariège vient de perdre l'un de ses membres les plus considérés. M. Vergé, ancien maire de Tarascon, ancien membre du Conseil général, membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Foix, inspecteur des eaux thermales d'Ussat, est mort le 28 juillet dernier, à Ussat-les-Bains.

— M. le docteur Patézon vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Vittel (Vosges).

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 96. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 14 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris* :

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Après avoir mentionné trois communications destinées au prix Bréant et qui toutes trois proposent un remède infaillible contre le choléra, — l'un de ces remèdes, qui est un préservatif, consiste à porter en guise de collier, une chaîne électrique, — M. Flourens a dépouillé les pièces suivantes :

Un médecin de Wasingthon, dont la signature est illisible, demande des renseignements sur les meilleurs moyens de désinfecter les hôpitaux. Il est contraire aux usages académiques de répondre à de semblables demandes.

— M. Aug. Müller, de Berlin, à qui le grand prix de physiologie expérimentale a été décerné dans la dernière séance solennelle de l'Académie des sciences, *s'empresse*, dit-il, de remercier de cette haute preuve de bienveillance. S'empresse, au bout de six mois ! nous trouvons le mot léger pour un Allemand. Que serait-ce donc s'il ne s'empressait pas ! M. Müller rappelle dans sa lettre que c'est à son travail sur la métamorphose des Lamproies que le prix a été donné, et que cette distinction est d'autant plus flatteuse pour lui, qu'il ne l'avait nullement sollicitée. Il termine sa lettre en proclamant la France une grande nation.

— M. Namias, membre de l'Institut vénitien, et chargé d'un service au grand hôpital de Venise, adresse un travail sur l'inutilité des hypophosphites de soude et de chaux dans la phthisie pulmonaire. Dans quelques cas, ces préparations ont paru avoir des dangers.

M. Namias envoie, en même temps, un mémoire relatif aux tubercules utérins.

A propos d'un travail dans lequel l'auteur conclut à l'unité de la race humaine, M. Élie de Beaumont a prononcé quelques généreuses paroles que nous nous faisons un plaisir d'enregistrer. Le savant secrétaire perpétuel voudrait que, des présomptions en faveur de l'unité de la race, on fît sortir de franches et efficaces conclusions en faveur de l'égalité des intelligences, et que, par conséquent, il ne restât nulle part aucun prétexte au maintien de l'esclavage. M. Élie de Beaumont qui, avec quelques-uns de ses collègues, cravatés de blanc comme lui, sortait de la distribution des prix du concours général, a puisé, dans ce qui venait de se passer à la Sorbonne, des arguments pour l'émancipation universelle. L'élève Faubert qui, cette année, a remporté le prix d'honneur dans la classe de rhétorique (discours latin), le grand prix d'honneur traditionnel, est un Haïtien, de Port-au-Prince ; l'élève Delva, qui a remporté le premier prix de thème grec dans la classe de seconde, est aussi un Haïtien, de Port-au-Prince ; tous deux ont dans les veines du sang nègre, et leurs noms ont été salués par leurs jeunes condisciples d'une triple salve d'applaudissements. « Espérons, a dit M. Élie de Beaumont, que le bruit de ces applaudissements sera entendu de l'autre côté de l'Atlantique. »

Les explications données par M. Duméril, relativement aux pluies de crapauds, ne satisfont, paraît-il, que les personnes qui n'ont pas assisté à ce phénomène météorologique et qui n'ont aucun intérêt à faire venir du ciel lesdits crapauds. Deux témoins réclament aujourd'hui contre la fin de non-recevoir opposée par M. Duméril à leur narration, et persistent à affirmer que les crapauds *pleuvent*. L'un dit en avoir reçu sur son chapeau, sur sa figure (je le plains bien) ; l'autre soutient qu'il en a vu tomber par la cheminée, tout vivants et tous vivants. Il faut que les crapauds aient la vie dure !

— M. Legrand envoie deux observations de névrômes guéris l'un par son procédé de cautérisation, l'autre par l'instrument tranchant.

— M. Martini, médecin des invalides de Naples et membre de l'Académie napolitaine, envoie un mémoire sur la leucocythémie, un autre sur la mélanémie cutanée, et, enfin, un troisième relatif à l'action de la santonine sur la vue. On a dit que les ouvriers qui travaillent la santonine voient tout en vert, et quelques observations ont été publiées à ce propos depuis l'année 1855. M. Martini, le premier, s'est livré à l'étude expérimentale de cette substance, de concert avec M. Cassano, son élève. De leurs expérimentations, il résulte que les effets de la santonine sont variables selon les doses prises et selon les individus qui les prennent. Ainsi, M. Cassano voit les objets teints en bleu quand d'autres personnes voient vert. En général, 0,25 centigrammes de santonine font voir jaune, 0,50 font voir rouge, une dose plus élevée fait voir orange. Il n'y a donc rien d'absolu dans ses effets.

— M. Trécul est un ingénieux et courageux chercheur ; les idées nouvelles ne l'effraient pas et il trouve pour les exprimer des associations de mots, au moins singulières. Il adresse aujourd'hui une note sur les cristaux vivants. En étudiant la genèse végétale, M. Trécul voit d'abord la formation de cellules et de vésicules, puis ensuite le groupement de ces éléments sous des angles réguliers et leur formation en véritables cristaux, et, enfin, la désorganisation de ces cristaux qui laissent reparaître les vésicules et les cellules premières, lesquelles finissent par se couvrir d'amidon.

M. Flourens, au nom de M. Rayer, dépose sur le bureau le quatrième volume des *Travaux de la Société de biologie* fondée et présidée par M. Rayer.

La correspondance étant dépouillée, la parole est donnée à M. Claude Bernard qui lit un mémoire intitulé : *De l'influence des deux ordres de nerfs sur la différence de coloration du sang dans les organes glandulaires.* C'est une suite à la communication faite par le savant professeur du Collége de France dans la séance du 25 janvier dernier. Les études nouvelles de M. Cl. Bernard ont eu pour objet la glande sous-maxillaire chez le chien. « En résumé, a-t-il dit, les deux ordres de nerfs agissent comme moteurs, en déterminant soit des contractions, soit des dilatations. Les filets du grand sympathique qui contractent les vaisseaux sanguins, ralentissent la circulation, rendent le contact plus intime du sang avec les tissus, et le sang sort noir ; au contraire, les filets du lingual, qui dilatent ces mêmes vaisseaux, rendent la circulation plus rapide et le sang sort rouge.

Les organes glandulaires peuvent donc avoir une circulation individuelle dans de certaines limites, quoique toujours subordonnée à la circulation générale.

Après cette lecture, écoutée avec beaucoup d'attention pas l'illustre compagnie, M. Chevreul a soumis à ses collègues quelques réflexions relatives aux colorations différentes du sang. C'est un sujet qu'il traite actuellement dans son cours. Pour M. Chevreul, les couleur noire et orange ne résultent pas de la présence ou de l'absence dans le sang, d'une matière particulière, mais elles tiennent uniquement à des différences dans *le foncé*. C'est la même couleur diversement nuancée.

M. Balard, au nom de M. Berthelot, présente deux notes : l'une relative à plusieurs alcools nouveaux ou plutôt à l'assimilation de quelques substances organiques à l'alcool, telles que la cholestérine, la méconine, le camphre de Bornéo, etc. ; — la seconde,

---

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Le 1er août. — Tout n'est pas roses, et il s'en faut que tout soit profit dans les honneurs ou places qu'un médecin praticien peut obtenir. Benoît a mis en branle toutes ses connaissances pour me faire nommer médecin du bureau de bienfaisance ; il a réussi. Je ne l'en remercie pas. C'est un labeur à user vite l'existence. Je recommande cet exercice aux médecins menacés d'obésité. Pour moi, je ne tiens plus sur mes jambes, et, quand arrive le soir, je n'ai plus la force d'écrire mon cher journal, où j'aperçois avec douleur de nombreuses lacunes. Mes plus petites journées sont de dix à douze visites. Consultations à la mairie ou au bureau deux fois par semaine ; vaccinations gratuites ; certificats à délivrer ; écritures administratives ; réunions de la Société médicale des médecins des bureaux de bienfaisance ; le plus beau de mon temps est absorbé. Et pour tout cela 600 francs d'indemnité ! Et encore, m'a-t-on dit, cette indemnité est d'invention toute récente, et due à l'honorable directeur de l'assistance publique à Paris. Il faut l'en remercier. Le principe de l'indemnité admis et reconnu, l'application s'améliorera si les finances des pauvres s'améliorent elles-mêmes. L'administration finira bien par comprendre que si, comme elle le sait et comme elle le voit à tout instant, le médecin est la cheville ouvrière de l'assistance publique, le médecin a droit à une rétribution selon ses œuvres. En fait de services publics, il n'y en a pas qui coûtent plus cher que les services gratuits.

— Tu te trompes, me dit Benoît ; en fait d'assistance médicale, rien ne se fait *gratis*, même ce qui n'est pas rémunéré. L'administration a tort de payer ce qu'elle aurait pour rien. Pourquoi ? Parce que toutes les grandes réputations médicales commencent par la pratique des pauvres. Chaque malade que te confie l'administration et que tu guéris, est une trompette qu'elle te fournit. Au bout de quelques mois, tes louanges sont chantées à grand orchestre, et c'est l'administration qui a payé les violons. Combien de tes confrères ont passé sans intermédiaire de l'humble loge du concierge aux somptueux appartements du premier étage ! Fais comme les autres, ou plutôt laisse-toi faire. Ce n'est pas pour la maigre indemnité de 600 francs que j'ai sollicité ta nomination ; c'est que je suis convaincu qu'après une certaine durée de ces fonctions, tu auras acquis une véritable notoriété, notoriété efficace que la pratique libre de la médecine ne t'aurait donnée qu'après plusieurs années.

— Il y a beaucoup à redire sur cette théorie, car c'est de la théorie pure, ai-je répliqué à Benoît, de la théorie de caissier de l'assistance publique, qui serait enchanté de l'entendre pour se donner un prétexte de resserrer encore les cordons de la bourse. La médecine des pauvres ne conduit pas nécessairement à la médecine des riches. Je pourrais citer un grand nombre de mes collègues qui, après un assez long exercice de la médecine de bienfaisance, ne sont guère connus que des clients de l'assistance publique. D'ailleurs, aujourd'hui bien plus qu'autrefois, ces ascensions graduelles dans l'exercice de la profession deviennent difficiles, elles seront bientôt impossibles. Détrompe-toi, Benoît, à aucune époque le médecin n'a passé subitement de la mansarde au salon ; toujours il y a eu des intermédiaires, des degrés à franchir. Du nécessiteux, assisté par le bureau de bienfaisance, le médecin passait à l'ouvrier, de l'ouvrier à l'artisan, de l'artisan au petit commerçant, ainsi de suite pour arriver à la bourgeoisie, à la propriété, aux classes libérales. Ces premiers degrés n'existent plus aujourd'hui. Les Sociétés de secours mutuels ont supprimé, pour le médecin, tous les intermédiaires ; l'ouvrier, l'artisan, le petit commerçant, l'employé ne sont plus des éléments de la clientèle médicale, ces éléments qui étaient si utiles dans les premières années du médecin de quartier.

— Comment, m'a répondu Benoît, toutes ces classes de la société ne sont donc plus exposées aux maladies ? Mais il faut s'en réjouir au lieu de s'en affliger.

— Tu prends mal et de côté les questions aujourd'hui, mon pauvre Benoît, ou tu fais semblant de ne pas me comprendre. Oui, il faudrait se réjouir si le bien-être, les progrès de l'hygiène et de la morale diminuaient ou faisaient disparaître les causes des maladies dans les classes laborieuses de la société. Et, à cette occasion, remarque que toute l'existence du médecin, ses études austères, ses pénibles travaux, n'ont qu'un but, supprimer la maladie, c'est-à-dire ce qui le fait vivre. Trouve-moi une autre profession dont le progrès tende à ce résultat, d'amoindrir, de ruiner cette profession elle-même. C'est pourtant ce que fait le médecin depuis le commencement du monde. Dans l'ordre physique et moral, c'est lui qui prêche la modération, la continence, la vertu ; c'est lui qui indique les bonnes conditions de l'air, des eaux et des lieux ; c'est lui qui constitue l'hygiène publique et privée, cette science suprême, cette résultante de toute la science médicale, cette science qui régénérera le monde, quand le monde aura assez de bon sens pour l'honorer comme elle mérite de l'être.

— Bravo, Simplice ! Je sais que ton âme sensible est un clavier qu'il ne faut que mettre en vibration ; la contradiction a chez toi cette puissance. Laisse-moi donc te contrarier encore.....

— Non, tu te jetterais dans le paradoxe qui est au raisonnement ce que la forfanterie est au courage. Je veux te faire comprendre seulement que si je t'ai laissé faire en me nommant médecin du bureau de bienfaisance, aucune illusion n'a séduit mon esprit.

Il n'est que trop évident que, par la combinaison de l'assistance publique et des Sociétés de secours mutuels, l'exercice de la médecine devient de plus en plus impossible dans les classes intermédiaires de la société. Un péril énorme s'est levé sur la profession (1) ; il change toutes les données du problème professionnel. Ceux qui en demandent la solution à l'intervention officielle des pouvoirs publics, oublient qu'entre deux sacrifices, l'État choisira toujours le moindre, et que l'intérêt social domine l'intérêt professionnel. Occupe-toi de ces questions, mon cher Benoît, elles sont dignes de ton intérêt. Avec ton esprit fin et pratique, tu peux donner quelques bons conseil au corps médical.

— Tu deviens flatteur, cher Simplice, et cependant la proposition me séduit. Il y aurait avantage, je crois, à ce que ces questions fussent étudiées et traitées par des personnes étrangères à la profession médicale. La question est-elle bien posée ainsi et le problème à résoudre est-il bien celui-ci :

Les Sociétés de secours mutuels sont des institutions utiles que tout bon citoyen doit encourager ;

Ces Sociétés ont besoin du concours des médecins ;

Les médecins ne peuvent et ne doivent refuser ce concours ;

A quelles conditions pour les Sociétés, les médecins peuvent-ils et doivent-ils donner leur concours ?

(1) Il doit être permis au rédacteur de l'UNION MÉDICALE de faire remarquer que ce journal a signalé ce péril depuis longtemps et a indiqué depuis longtemps aussi les seuls moyens praticables de le conjurer.

qui est le résumé de longs travaux sur les carbures d'hydrogène, offre, entre autres points intéressants, la reconstitution, par voie synthétique, du camphre de Bornéo. On savait que le camphre ordinaire était du camphre de Bornéo, moins un équivalent d'hydrogène : en ajoutant un équivalent d'hydrogène à du camphre ordinaire, M. Berthelot a été assez heureux pour obtenir le camphre de Bornéo.

M. Pelouze, au nom de M. Maynard, présente un travail sur la matière colorante des vins.

A la fin de la séance, M. Cl. Bernard dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Marcé, un volume dont il fait de grands éloges et qui traite de *la folie des femmes enceintes et des nourrices.*

D[r] Maximin Legrand.

CLINIQUE MÉDICALE.

RHUMATISME CÉRÉBRAL; — GUÉRISON;

Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 mai 1858,

Par le docteur E. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital St-Antoine.

Déjà plusieurs fois la question du rhumatisme cérébral a été portée devant la Société médicale des hôpitaux, et toutes les communications qui ont été faites sur ce sujet ont toujours été écoutées avec le plus vif intérêt. Notre collègue, M. Vigla, effrayé par la mortalité désespérante qui frappe les malades de la Maison de santé, atteints de rhumatisme cérébral, effrayé de la fréquence de cette maladie, vous a dit, il y a quelques semaines, que pendant un certain temps, il avait cessé pour ainsi dire tout traitement du rhumatisme dans la crainte de favoriser *son transport* au cerveau; il vous a dit aussi que tout traitement du rhumatisme cérébral avait échoué. Plusieurs de nos collègues ont cru devoir lutter contre cette conclusion décourageante; M. Sée a cité des exemples de guérison, M. Aran a insisté pour que ces malades soient traités énergiquement, et moi-même j'ai rapporté une observation dont la terminaison a été funeste, il est vrai, mais la marche de la maladie et l'enraiement momentané des symptômes pouvaient encourager à agir avec énergie dans d'autres cas, et permettaient d'espérer un meilleur résultat. Autant le découragement de M. Vigla est grand, autant doit être grand le soin de faire connaître les résultats heureux que chacun de nous a pu obtenir. Aussi, en raison du petit nombre de faits de guérison qui vous ont été rapportés (M. Vigla lui-même en a cependant rapporté trois) en opposition avec le grand nombre des faits suivis de mort, je ne doute pas que vous ne receviez avec empressement communication des cas de guérison qui se présentent, et c'est dans cette conviction que je vous soumets l'observation suivante:

Rhumatisme articulaire aigu; — rhumatisme cérébral; — guérison.

Gamory (Louis), 31 ans, ouvrier des ports. Entré le 5 mars 1858 à l'hôpital Saint-Antoine, couché au n° 21 de la salle Saint-Augustin.

C'est un homme fort robuste, vigoureusement musclé, à tempérament sanguin, ayant une haute taille, le teint coloré, la peau brune, les cheveux foncés. Pas d'affection antérieure, et notamment jamais de douleurs articulaires. Pas d'antécédents de rhumatisme dans sa famille. La maladie a débuté il y a six jours, sans cause occasionnelle bien appréciable, par un frisson violent, avec claquement de dents, qui l'obligea à se mettre au lit. La nuit, il fut pris de douleurs générales dans tous les membres et principalement dans les articulations. Il ne put plus se relever, et a dû être amené sur un brancard. L'état général a été satisfaisant. Il a toujours eu de l'appétit.

Nous constatons un épanchement dans les deux genoux qui sont très douloureux, sans rougeur de la peau; il y en a aussi dans les articulations tibio-tarsiennes; les coudes et les épaules sont envahis, les poignets sont aussi tuméfiés. Les hanches ne sont nullement douloureuses. Peau très chaude, avec sueur abondante, et assez fétide. 92 pulsations de force et plénitude moyennes. Le malade accuse un bon appétit, une soif assez vive; la langue est humide, un peu de céphalalgie. Il n'a ressenti aucune douleur au cœur ni palpitations; les battements sont réguliers et sans bruit anormal.

Bourrache sp., deux pots; 1,50 sulfate de quinine en potion; ouate laudanisée; quatre bouillons.

7. Même état. On donne 2 grammes de sulfate de quinine.

8. Il tousse beaucoup. Douleurs dans le cou; sueur abondante; face injectée. Il a eu un peu de délire cette nuit et a parlé à haute voix. Il fait quelquefois des excès alcooliques, mais ne boit jamais de liqueurs.

On continue le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes, et on ajoute trois pilules d'opium de 0,02.

9. Il délire toujours et est très agité. Air égaré, face très injectée, pupilles dilatées et égales. On a été obligé de lui mettre la camisole de force. Peau chaude; 84 pulsations, petit et mou, moiteur. Il accuse peu de douleurs dans les genoux, aux coudes et aux poignets.

On supprime le sulfate de quinine et l'opium. Vésicatoire sur chaque genou; 12 sangsues placées successivement deux par deux derrière les oreilles.

Soir. Le délire persiste; il crie beaucoup; agitation. On lui a mis la camisole de force. Sueur abondante, 100 pulsations.

10. Il est couvert de grosses gouttes de sueur. Il va mieux; la nuit a été calme; il a dormi. Céphalalgie, peau chaude, 80 pulsations, soif, langue humide, un peu blanche; douleurs dans les bras et les jambes, mais peu vives.

0,60 calomel en trois doses.

11. État satisfaisant. Hier, dans la journée, le malade a éprouvé de fortes douleurs dans les jointures; le soir, il avait une forte céphalalgie; il a néanmoins assez bien dormi. Les jointures sont plus douloureuses; il ne peut remuer les bras. Le calomel a procuré plusieurs selles. Rien au cœur.

Encore 0,30 calomel en trois doses.

Soir. Genoux et articulations des pieds très douloureux; bras et coudes un peu raides. Beaucoup de sueur, face injectée, peau chaude, 90 pulsations, force moyenne, régulier. Douleur vive sous la plante des pieds, au talon. Soif vive, langue un peu limoneuse. Pas de céphalalgie.

12. La nuit a été très bonne. Douleurs très vives dans les membres. Chaleur et 80 pulsations.

Eau vineuse, un pot; quatre bouillons.

14. Même état, 84 pulsations.

Potion avec 0,75 centigrammes de quinine.

Soir. Céphalalgie très vive depuis midi; douleurs vives aussi dans les genoux et les pieds.

15. Les bras vont bien. Il en remue toutes les articulations, a bien dormi, sans agitation; face moins injectée, bien que les joues soient encore très rouges; pas de fièvre ce matin. — Même traitement.

16. Douleurs vives dans les poignets, les jarrets et les pieds. Fièvre, chaleur, sueur et 85 pulsations. Pas de céphalalgie. Le malade garde depuis le commencement de sa maladie le décubitus dorsal et n'ose faire presque aucun mouvement. — Idem.

17. Peu de fièvre, chaleur très modérée, 80 pulsations. On constate une éruption miliaire à base rouge sur le devant de la poitrine et du cou, et aussi sur les parties latérales de ces régions. Elle descend, en devenant plus disséminée, jusqu'à l'ombilic.

Eau de Seltz; 1 gramme de sulfate de quinine. Toujours ouate laudanisée. Une portion.

18. On supprime le sulfate de quinine. Le reste *ut suprà.*

Soir. Douleurs vives dans les bras. Les jambes vont beaucoup mieux. Légère chaleur, 80 pulsations. L'appétit est excellent. Le malade demande toujours des aliments. Céphalalgie par moments.

19. Peau chaude, sueur abondante, 68 pulsations.

Potions avec 0,30 d'extrait d'aconit.

22. Même état fébrile subaigu. Les poignets vont bien; le malade remue les bras et ne souffre pas de l'épaule. Peau chaude et moite. 75 à 80 pulsations. Deux portions.

Soir. Il va très bien, et a pu se lever un peu aujourd'hui.

23. Il va très bien; peau encore chaude; mais il n'y a que 65 à 70 pulsations.

24. Il a beaucoup souffert cette nuit des lombes et de la partie moyenne des bras, et a été privé de sommeil. Peau un peu chaude et toujours moite; pouls calme, fort et plein.

25. Les douleurs ont disparu. Il a pu se lever et sortir un peu.

26. Il va bien. Bain de vapeur.

29. Le matin, les douleurs reparaissent dans les bras.

Bain de vapeur. Une portion seulement.

30. Un peu de fièvre; peau chaude et moite; 88 pulsations, et douleurs vives dans les bras.

0,50 poudre de Dower; une pilule extrait thébaïque, 0,02. Bouillons et potages.

31. Il va mieux. Léger état fébrile encore; les bras vont bien; mais la douleur a envahi la portion cervicale du rachis.

1[er] avril. Douleurs peu prononcées; léger état fébrile.

2. Chaleur et moiteur. Les jambes remuent parfaitement sans douleur. On supprime la poudre de Dower.

3. Encore quelques douleurs dans les lombes. Pas de fièvre. Il a beaucoup moins sué que d'habitude. Appétit vif. Trois portions.

Le 5, le malade demande sa sortie.

L'observation qu'on vient de lire a été rédigée jour par jour par l'interne de mon service, M. Aviolat, et je la laisse dans tous ses détails. Comme dans le fait que j'ai communiqué lors de la dernière discussion, j'ai cru à l'existence du *delirium tremens*, chez un homme ouvrier des ports, ayant avoué qu'il se grisait assez fréquemment; mais l'opium administré avec prudence, n'a amené aucun soulagement; le lendemain, au contraire, la face était vultueuse, l'agitation très grande, les yeux fortement injectés; les douleurs avaient beaucoup diminué dans les membres inférieurs surtout : c'est alors que je me suis décidé à appliquer les sangsues, mais de façon à procurer un écoulement de sang lent et prolongé, et en même temps, suivant les conseils de M. Legroux, j'ai fait poser un vésicatoire sur chaque genou.

Le traitement que j'ai suivi n'est pas applicable à tous les cas, et ne peut pas être formulé d'une manière précise pour les cas à venir; mais j'ai cherché à saisir les indications, et j'ai réussi à guérir mon malade. J'ai cru au *delirium tremens*, et j'ai fait usage de l'opium sans succès. J'ai vu une congestion vive vers la tête, en même temps que les douleurs articulaires avaient diminué; j'ai fait une émission sanguine suivant un mode qui ne saurait être trop recommandé dans des circonstances analogues, et en même temps j'ai cherché à rappeler vers les articulations des membres inférieurs la fluxion qui me paraissait les abandonner. Tels ont été le traitement et les raisons qui m'ont guidé : le succès a suivi.

Dans le cas en question, j'ai débuté par administrer au malade 1 gram. 50 centig. de sulfate de quinine, et le lendemain 2 gram. On s'est demandé souvent si le sulfate de quinine ne serait pas la cause de quelques cas de rhumatisme cérébral observés. Mais on s'est posé la même question pour les saignées répétées, pour l'opium, et on est arrivé à ce résultat que, quel que fût le traitement employé, même alors qu'on s'en est abstenu, le rhumatisme cérébral s'est développé sans cause appréciable, et aussi fréquem-

---

— C'est bien cela, Benoît, du premier coup tu as mis le doigt sur la plaie. Il s'agit maintenant de la panser et de la guérir.

— Je n'y vois pas de difficultés sérieuses. Nous en causerons, si tu le désires, mais provisoirement je peux te dire sur quelles bases je conseillerais d'instituer le traitement :

De la part du corps médical,

Ni grève ni indignité, et pour cela association;

De la part des Sociétés,

Liberté complète à tout sociétaire de pouvoir choisir son médecin.

— C'est net et topique; mais ces propositions ont besoin de développements; tu me les as promis, je les attends.

D[r] Simplice.

Certifié conforme à l'original,

Amédée Latour.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur et très estimable confrère,

J'ai lu, avec la plus vive sympathie, la réclamation, juste en tous points, de M. le docteur de Pietra Santa, au sujet des docteurs romains, réclamation que vous avez insérée samedi dernier dans l'Union Médicale, à la suite de votre *Petit voyage au pays de l'amitié.*

Ce petit voyage, mon cher confrère, permettez-moi de vous le dire en passant, est bien le plus délicieux bonbon que vous ayez pu mettre dans la bouche de vos lecteurs, pour leur faire oublier l'amère et académique pilule de la discussion sur la fièvre puerpérale.

Le spirituel et original écrivain du *Moniteur* aurait-il eu d'autre but, dans la bouffonne peinture qu'il vous fait des docteurs romains, dans son *Italie contemporaine*, que d'exercer sa *good humour*, comme disent les Anglais, aux dépens de notre confrérie cosmopolite? Je ne le pense pas. M. Edmond About est un cœur d'or, avec une plume d'acier finement trempée. N'est-il pas le descendant en ligne directe de Lesage, de Molière et de Beaumarchais?

Il lui aura plû, comme à ses devanciers, d'administrer prestement une volée de bois vert sur les épaules du premier docteur venu, sans se soucier, le folâtre, de savoir si ce déplaisant topique est tombé sur le dos d'un fervent disciple d'Esculape ou sur l'échine de quelque Purgon. Pardonnez-lui donc, docteur de Pietra Santa, d'avoir pris un fusil au lieu d'une sarbacane; dans son désir de faire du bruit, l'étourdi se sera trompé d'engin.

Aussi, passerai-je condamnation sur la facétieuse méthode de traitement que M. Edmond About attribue au corps médical de la ville aux sept collines, méthode, pour le dire en passant, pillée *larga manu* dans les annales comiques du docteur Sangrado, et j'aborderai une autre partie de son récit, qui, pour être moins piquante peut-être, va du moins vous offrir un tableau de mœurs de la plus complète authenticité.

En 1842, je fis un voyage en Italie, et je demeurai à Florence pendant quatre mois environ. J'eus là pour me piloter, parmi les membres du corps médical florentin, un jeune docteur, homme d'esprit et de manières aimables, le docteur Forsi, qui avait suivi autrefois avec moi la clinique de notre maître bien-aimé Rostán, et avec lequel je m'étais lié d'instinct dans nos visites à l'Hôtel-Dieu, sans me douter que le hasard dût plus tard me le faire rencontrer sur le sol italien.

C'est grâce à ce spirituel docteur, qui habitait alors la *via delle Vite* (la rue des Vignes), que je fus promptement initié aux mœurs et aux coutumes des médecins italiens, mœurs qui, pour le dire de suite, sont partout les mêmes en Italie, aussi bien à Rome qu'à Florence, aussi bien à Naples qu'à Venise.

N'en déplaise à l'auteur de l'*Italie contemporaine*, tout médecin a un domicile fixe dans la ville où il exerce; domicile connu du public et où chaque malade est libre de l'aller consulter à des heures réglées, ainsi que cela a lieu à Paris et dans toute la France. Mais, en vertu d'un usage fort ancien, usage naïf et qui donne à réfléchir, pendant la journée et dans la soirée surtout, les malades qui ont besoin du médecin, au lieu d'envoyer directement au domicile du docteur, adressent leurs émissaires à la pharmacie voisine de sa demeure. Là, on dépose l'adresse du malade dans un compartiment au nom du médecin en question, compartiment formant division dans un grand casier qui comprend tous les noms des médecins de la ville. L'homme de l'art ainsi mandé, soit qu'il se dispose à rentrer chez lui, soit qu'il ait l'intention de poursuivre le cours de ses visites, ne manque jamais d'entrer en passant dans la pharmacie et d'y vérifier son compartiment. Par ce procédé, aussi simple que commode, on lui évite ainsi de fausses démarches et une perte de temps considérable.

Mais ce n'est pas tout. Le soir venu, chaque médecin, au lieu d'aller bâiller au cercle ou de perdre son argent au baccarat, se rend régulièrement dans l'officine centrale, où il doit passer sa soirée et où il va trouver ses confrères réunis en cercle.

La mise en scène de ce cénacle médical n'a, il faut l'avouer, rien de bien élégant. Au milieu de la pièce est un vaste *braciere* ou brasier, contenu dans une bassine de cuivre et alimenté par de la fine écorce de bois, dont chacun s'amuse tour à tour à éventrer ou à combler le cratère enflammé avec un très rustique crochet de fer. C'est le seul mode de chauffage usité dans ces réunions. A l'entour sont assis sur de simples chaises une vingtaine de docteurs, plus ou moins, occupés les uns à fumer, les autres à lire, le plus grand nombre à discuter bruyamment sur quelque point de médecine, de science, d'art, d'industrie ou de littérature. La politique est, on le devine, complétement bannie de ces réunions et pour cause. Un sujet habituel de discussion est fourni par le contingent d'observations journalières sur les malades observés le jour même ou les jours précédents et dont les maladies donnent ainsi lieu à de véritables consultations permanentes.

D'assez vifs débats naissent quelquefois dans ces réunions; alors les avis se partagent, deux camps s'établissent, et ce qui fait le sujet de la discussion est bientôt l'objet d'un pari. Si le différent peut être vidé par l'autorité d'un livre, on s'en réfère aussitôt à l'oracle imprimé, et gagnants et perdants boivent confraternellement le café ou le petit verre d'alkermès, de rosolio ou de marasquin, les vaincus restant sans rancune contre les vainqueurs, à qui, dès le jour suivant, ils pourront bien imposer une semblable contribution.

Convenons-en, Monsieur le rédacteur en chef, ces mœurs faciles et vraiment patriarcales sont bien loin de la morgue pédantesque qui sépare encore, dans bien des villes de France, le médecin de ses confrères et le réduit, la plupart du temps et bien malgré lui, à l'état du plus stupide escargotisme.

Qui ne comprend, en effet, que dans ce va-et-vient perpétuel des médecins italiens, dans un local qui sert à tant de terrains neutres, l'amour-propre s'apprivoise, les froissements s'adoucissent, les sympathies s'éveillent, l'émulation s'allume, le savoir brille, et qu'en fin de compte de cette disposition favorable des esprits, il résulte infailliblement ce lien commun, ce ciment *romain* de la confraternité qui transforme en amis du lendemain les concurrents de la veille, et qui, en tout état de cause, ne peut et ne doit que tourner à l'avantage du malade et du médecin?

Ce qui se passe dans les grandes cités italiennes, se passe de même dans les villes de deuxième et de troisième ordre. Je me souviendrai toujours que, par une affreuse soirée d'hiver, je reçus, à la suite d'un dîner d'*albergo*, la plus cordiale hospitalité dans le cercle des médecins de Vérone, tenu également dans une pharmacie. Huit ou dix confrères, réunis autour de la bassine embrasée, tenaient, chacun sur ses genoux, un petit pot de fer rempli de cendre douce, au-dessus duquel il se chauffait les doigts. Il va sans dire qu'on m'offrit à mon arrivée un pareil pot, et que j'y fis honneur. Le café fut ensuite servi à la mode italienne, et je ne saurais répéter ici les termes affectueux et bienveillants dont chacun de ces aimables confrères se servit pour me faire accueil.

Pour vous, Monsieur et très estimable confrère, qui avez d'une main si ferme et si persévérante mis, depuis longues années, le cap sur le promontoire d'une Association générale des médecins français, ne seriez-vous pas trop heureux de nous voir quelque jour arrivés à ce degré d'intimité confraternelle, et n'en tireriez-vous pas un favorable augure pour l'avenir et la prospérité de la grande famille médicale?

Agréez, etc.

D[r] Briois.

ment. Dans le cas présent encore, je pense qu'il faut absoudre le sulfate de quinine, dont la dose est restée minime.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE;

A Monsieur Fonssagrives,

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE A CHERBOURG.

Très honoré confrère,

Dans une très intéressante lettre adressée à M. A. Latour (UNION MÉDICALE du 3 août) relativement à l'emploi des fumigations du foie de bœuf contre l'héméralopie, après nous avoir fait connaître les résultats avantageux que vous avez obtenus par cette méthode, vous demandez si la chaleur, dont la vapeur d'eau est le véhicule, ne serait pas l'élément actif de cette médication. Ayant eu comme vous des doutes sur le rôle que joue le foie dans ce traitement, j'ai fait depuis longtemps sur une large échelle des essais comparatifs entre les fumigations simplement aqueuses et les fumigations azotées; je suis donc à même de répondre à votre demande, heureux de pouvoir résoudre immédiatement la question que vous vous êtes posée. Mais avant, Monsieur, permettez-moi d'ajouter quelques détails à vos savantes recherches bibliographiques sur l'origine de cette étrange médication.

Ainsi que vous le dites et que vous le prouvez par des citations tirées d'Oribase, d'Ætius, d'Actuarius et de P. d'Egine, l'usage du foie de bœuf remonte fort loin. Du temps d'Hippocrate, on mangeait simplement le foie de bœuf enduit de miel; plus tard on y joignit les onctions sur les yeux. Celse, le premier, enseigna cette pratique. Voici comment il s'exprime : « Ceux qui en sont atteints (de l'héméralopie) doivent faire rôtir un foie de bouc ou tout au moins un foie de chèvre et se servir du jus qui découle pendant la cuisson pour faire des onctions sur les yeux et manger ensuite le foie même (Celse, lib. VI, c. 38, édit. Des Étangs). Enfin, Galien conseilla les fumigations : *Jecur hircinum assa inter que assaudum defluentem saniosum humorem collectum oculis infrica ipsumque jecur edendum præbe. Juvat etiam columbo sanguis instillatio et fel capræ aut capræ jecur decoquens principe at habentes caput pannis circumvolutum, teneant intentos in ollam oculos, suspiciantque vaporem.* (Galeni, *De remediis parabilibus*, lib. I.) Il semble qu'à cette époque cette médication était la seule employée contre l'amblyopie crépusculaire, du moins Celse et Galien ne disent presque rien de plus. Les médecins qui suivirent les copièrent, tels qu'Oribase, Ætius, Alexandre de Tralles, P. d'Egine, qui reproduisaient textuellement Oribase, Avicenne, Actuarius, etc. Tous préconisèrent les frictions avec le suc de foie rôti, et les fumigations avec la décoction de ce viscère, aucun n'oubliant de recommander au malade de manger, ainsi que le voulait Hippocrate, le foie qui avait servi au traitement local. Il y eut des innovateurs qui essayèrent les foies d'autres animaux, ceux de porc, de mouton; Meissner raconte qu'en Padolie on se guérit avec le foie de coq; Panaroli préfère celui d'anguille, idée probablement prise à Ætius qui prescrit le foie de buglosse.

Le foie guérissant, la bile devait naturellement être expérimentée; quelques observateurs crurent à son efficacité, et elle fut accueillie avec faveur. Ainsi Galien vante les instillations oculaires avec la bile de chèvre, Ætius veut que l'on fasse des onctions avec le fiel d'hyène, Avicenne est partisan de celui de bouc et de chèvre, Marcellus (l'empirique) et Etmuller conseillent les collyres avec le fiel de bœuf. Arrive un moment où le foie disparaît de la thérapeutique de l'héméralopie : Sennert, Maître-Jan, Boerhaave et les auteurs qui ont écrit après Actuarius n'en parlent pas. Mais ce remède perdu par les médecins s'était conservé dans le peuple, et, comme la plupart de ces recettes populaires et empiriques qui tirent le plus souvent leur origine de la médecine ancienne, il traversa plusieurs siècles et reprit sa place dans les ouvrages de médecine moderne à la fin du XVIIIe siècle. C'est un soldat qui le fit connaître à Dupont, et depuis lors il est resté de nouveau acquis à la pratique.

Scarpa, en effet, nous a appris que les fumigations de foie de mouton rôti jouissaient de son temps, en Italie, d'une grande réputation, et, depuis, un grand nombre d'auteurs ont inscrit cette médication dans leurs ouvrages; nous la trouvons dans ceux de J. Frank (*Pathologie interne*, t. III, p. 543); de Weller (*Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 60); de Samuel Cooper (*Dictionnaire de chirurgie*, t. II, p. 574); de M. Bégin (*Médecine opératoire*, t. II, p. 494); de M. Stœber (*Manuel d'ophthalmologie*); dans un mémoire de M. Netter sur l'héméralopie (*Gazette médicale*, 1845, p. 133); dans plusieurs thèses, entre autres dans celles de M. Jobit (*Montpellier*, 1829); de M. Patezon (*Paris*, 1852). Plusieurs traités d'ophthalmologie, il est vrai, n'en font pas mention, leurs auteurs rangeant probablement ce traitement au nombre des moyens importés dans la thérapeutique par un grossier empirisme. Mais ce dédain pour les fumigations n'était pas, vous le voyez, partagé par tout le monde, et tandis que MM. Payen père et Foulloy les employaient dans la marine, on en faisait aussi usage dans l'armée de terre, et j'y ai eu pour mon compte plusieurs fois recours. Je n'avais, je l'avoue, au début, qu'une médiocre confiance dans ce moyen dont je ne connaissais pas encore l'ancienne généalogie, et je n'acceptais qu'avec réserve les 250 cas de guérison de Dupont. En effet, peu d'affections plus que l'héméralopie sont susceptibles de jeter les expérimentateurs dans l'erreur. Se guérissant spontanément, quelquefois brusquement du jour au lendemain, le plus souvent après quatre à huit jours de durée, on rapporte fréquemment à la médication ce qui n'est que le résultat des efforts de la nature. Combien de remèdes sans valeur qui ont eu ainsi leur jour de faveur!

Pour avoir une idée certaine de l'action thérapeutique de tel ou tel agent dans cette affection, il est donc indispensable de laisser les malades dans un repos de huit à quinze jours avant d'en faire l'essai, alors seulement on peut avoir la certitude de ne pas être trompé. C'est après avoir pris ces précautions, que j'ai mis à l'épreuve les fumigations oculaires avec la décoction de foie de bœuf, et que j'ai constaté leur propriété antihéméralopique sur un grand nombre de malades. Ce premier fait établi, j'ai supprimé le foie et j'ai prescrit les fumigations avec l'eau chaude. Comme je l'avais supposé, les effets ont été aussi avantageux qu'avec les fumigations azotées; puis j'ai successivement expérimenté les fumigations avec les décoctions de mauve et de plantes aromatiques. Toutes ont donné des guérisons et ont montré une égale efficacité.

Ainsi, Monsieur, comme vous l'aviez entrevu, la vapeur d'eau est le seul agent actif de cette médication qui se trouve par ce fait heureusement simplifiée. Comment agit cette vapeur? Est-ce en déterminant une sudation de la face ou une révulsion sur les conjonctives? Je laisse là les hypothèses, me contentant du résultat dont je vous assure la véracité. Toutefois, en préconisant les fumigations, je dois dire que si ce moyen réussit assez souvent, même chez les malades qui ont été en vain soumis à d'autres traitements, il a aussi ses insuccès; vous les estimez à moitié, je ne peux pas donner de chiffres exacts à cet égard; mais je peux affirmer que, de tous les remèdes que j'ai employés, c'est celui qui a le mieux répondu à mon attente. Chaque malade, la tête penchée sur un vase rempli d'eau chaude et recouverte d'une serviette, doit recevoir la vapeur dans les yeux. Je prescris toujours deux séances par jour, et chacune d'elles est d'un quart d'heure.

D'autres fumigations très variées ont, à diverses époques, été préconisées : les unes avec les infusions de café, de thé, le gloria; les autres avec la décoction de plantes aromatiques. Scarpa a vanté les vapeurs ammoniacales, et on a fait également usage de vapeurs d'éther, d'ambre, de storax, etc. Ces fumigations excitantes, conseillées dans le but de réveiller la sensibilité de la rétine, me paraissent contre-indiquées au début de l'héméralopie, qui offre toujours un état d'éréthisme très prononcé, et qui ne pourrait être qu'augmenté par ces vapeurs irritantes. Peut-être pourraient-elles être utilisées dans les cas chroniques; cependant je n'ai pas eu à me louer des vapeurs d'éther et d'ammoniaque. Quant aux autres questions que vous posez en terminant votre lettre, je ne suis pas en mesure d'y répondre. Cependant, ne pensez-vous pas comme moi, d'après mes expériences avec les vapeurs aqueuses, que les collyres avec la bile ou les repas de foie de bœuf, ne doivent pas avoir une grande influence sur la vue d'un héméralope ou d'un amblyope?

Avant de terminer ces quelques lignes, je veux vous dire, Monsieur, ma pensée sur un traitement préconisé dernièrement par M. Netter. Dans une note adressée à l'Académie des sciences (séance du 3 mai), cet honorable confrère annonçait qu'il était parvenu à guérir, dans quelques heures, plusieurs héméralopes à l'aide d'un moyen fort simple, consistant à placer les malades dans l'obscurité pendant trois à quatre heures, et à exercer leur vue en leur faisant regarder les objets placés dans les ténèbres. Me conformant à ces indications, j'ai plusieurs fois expérimenté ce mode de traitement.

Plusieurs héméralopes ont été mis plusieurs jours de suite, un seul n'ayant pas suffi, pendant quatre heures chaque fois, dans un cabinet obscur, où ils se sont livrés à l'exercice de la vision. Les individus que j'avais soumis à cette épreuve étaient tous désireux de guérir, mais aucun n'a obtenu la moindre amélioration : la théorie pouvait d'avance faire prévoir l'insuffisance de cette méthode. En effet, dans l'héméralopie il n'y a pas seulement torpeur, affaiblissement de la rétine, mais un certain éréthisme qui augmente toutes les fois que l'œil se fatigue ou est exposé à une trop vive sensation. Il suffit, comme je l'ai vu maintes et maintes fois, que les malades cherchent à lire ou fixent attentivement un objet pour augmenter la surexcitation rétinienne, provoquer le trouble de la vue et déterminer le larmoiement. Il en résulte donc que la gymnastique oculaire ne peut pas, dans ces conditions, être favorable. Quant aux effets de l'obscurité, on se fait facilement l'idée de ce qu'ils peuvent être. Les héméralopes ne sont-ils pas chaque nuit plongés dans d'épaisses ténèbres et en sont-ils moins aveugles pendant un temps plus ou moins long?

Reste maintenant à expliquer les succès obtenus par notre consciencieux confrère; s'il n'y avait eu qu'un cas de guérison on aurait pu invoquer la coïncidence d'une cure spontanée, mais l'expérience ayant été faite quatre fois et ayant réussi quatre fois, ce serait trop donner au hasard que de lui attribuer le bénéfice de tous ces succès. Il est une autre explication que je serais disposé à accepter : M. Netter n'aurait-il pas été trompé par ses malades? Ennuyés d'être renfermés dans une chambre noire pendant plusieurs heures et craignant une nouvelle séquestration, n'ont-ils pas simulé leur guérison?

Recevez, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments confraternels.

Dr BAIZEAU.

Hôpital du Val-de-Grâce, 7 août 1858.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ D'ANALYSE CHIMIQUE PAR LA MÉTHODE DES VOLUMES;

Par A.-B. POGGIALE. — J.-B. Baillière et fils, 1858.

L'accueil fait par la presse scientifique et par quelques organes des journaux politiques à l'ouvrage du savant pharmacien en chef du Val-de-Grâce, nous engage à lui consacrer quelques lignes dans ces colonnes. Nos lecteurs, nous l'espérons du moins, nous sauront gré et de ce que nous pourrons leur apprendre et de ce que nous pourrons recommander à leur attention spéciale.

Le traité de M. Poggiale, comme son titre l'indique, n'est pas une de ces productions dont on doive saisir tout d'abord l'ensemble, indiquer la pensée philosophique qui l'a inspiré, déterminer les déductions logiques qui en découlent, c'est une œuvre éminemment pratique; comme telle elle doit constituer pour le savant, pour le médecin, pour l'industriel le *vade mecum* indispensable dans toute recherche de ce genre.

Si donc cet ouvrage, par sa nature même, échappe à une analyse critique, notre but sera d'indiquer sommairement ses diverses parties, et, pour rester dans notre domaine, nous insisterons particulièrement sur ce qui concerne les applications à la médecine.

Pour déterminer les proportions des divers éléments qui constituent un corps quelconque, il existe aujourd'hui deux méthodes.

L'une isole les éléments du corps, les combine avec d'autres dont la proportion est connue, et constate ainsi leur poids à l'aide de la balance.

L'autre se sert de vases gradués, de liqueurs titrées et connues, qui, par des réactions spéciales, déterminent la dose des substances soumises à l'analyse.

Avec la première, l'illustre Lavoisier a opéré une véritable révolution dans la chimie, et la balance a été, pour lui, selon l'heureuse expression de M. Dumas, un réactif fidèle et constant.

Avec la seconde, Descroizilles d'abord, et plus tard Gay-Lussac et les chimistes modernes, ont mis ces opérations à la portée du plus grand nombre. Seulement, avec les procédés ordinaires, il faut un laboratoire, des appareils compliqués, de nombreuses opérations, telles que la précipitation, la filtration, le lavage, la dessiccation, la calcination, la pesée, etc.

Avec les procédés volumétriques, il n'est besoin que de quelques instruments très simples; les analyses par les liqueurs normales reposant sur certaines réactions caractéristiques à l'aide de dissolutions titrées, on saisit le moment où l'action chimique est complète pour avoir la proportion des corps qu'on veut analyser.

On arrive à ce résultat par cinq méthodes principales :

1° La saturation directe (dosage des alcalis et des acides);
2° L'oxydation du réactif employé (chlorométrie);
3° La réduction du réactif (dosage du fer);
4° La double décomposition (dosage de l'argent par voie humide);
5° La destruction du corps (sulfhydrométrie).

Dans toutes les analyses volumétriques, il y a trois opérations fondamentales :

La préparation de la liqueur titrée;
La préparation de la substance dont on veut faire l'analyse;
La saturation ou la destruction du réactif.

Un exemple que nous empruntons à M. H. Buignet, fera mieux connaître la différence des deux méthodes.

Si l'on verse l'eau de baryte en excès dans un mélange d'acide sulfurique et d'eau, et si l'on pèse le sulfate de baryte obtenu, on opère par la première méthode, et le poids de l'acide sulfurique se trouve indiqué par celui de la combinaison qu'il a formée. Si, au contraire, on verse une solution titrée, de baryte, goutte à goutte, en ayant soin de s'arrêter au terme exact de la saturation, on effectue le dosage par la seconde méthode, et c'est par le volume d'eau de baryte employée que l'on connaît la quantité d'acide sulfurique qui existait dans le mélange.

Dans un style simple et concis, notre honorable confrère expose d'abord le but qu'il veut atteindre et les moyens qu'il a employés. Ces quelques pages d'introduction brillent par un esprit de méthode et une précision remarquables; nous retrouvons, du reste, ces qualités dans les cinq parties qui forment le volume entier, et que nous allons successivement passer en revue.

La première partie contient l'exposé des instruments, vases, ustensiles, éprouvettes, tubes, burettes graduées, pipettes employés journellement dans les opérations volumétriques. M. Poggiale, en les décrivant, signale les avantages et les inconvénients de chacun d'eux; puis il examine les mesures de capacité, constate la densité des gaz et des liquides, et détermine leur volume.

L'analyse des gaz et des mélanges gazeux constitue la deuxième partie. L'auteur énonce, tout d'abord, la belle loi de Gay Lussac sur les combinaisons des gaz (1).

Deux articles intéressent spécialement l'hygiéniste, l'analyse de l'eau et celle de l'air, soit pur, soit confiné.

Lavoisier, a le premier démontré que l'eau est un corps composé, et que le poids du gaz hydrogène et du gaz oxygène qui se combinent est absolument le même que celui de l'eau formée : aujourd'hui, à l'aide de la pile, on détermine exactement la composition de l'eau, on en fait l'analyse; au moyen d'un eudiomètre et de l'étincelle électrique, on en fait la synthèse.

Pour la première opération, on met de l'eau acidulée dans un vase de verre dont le fond est traversé par deux fils en platine et l'on place au-dessus de chacun d'eux une petite éprouvette remplie d'eau acidulée.

Aussitôt que l'on met chaque fil de platine en contact avec les fils d'une pile, les éléments de l'eau se séparent, et l'on reconnaît que le gaz qui se dégage au pôle positif est de l'oxygène, tandis que celui qui se rend au pôle négatif est de l'hydrogène. On reconnaît également que le volume de l'hydrogène est exactement le double de celui de l'oxygène.

On procède à la seconde opération en prenant des gaz purs : l'oxygène se prépare avec le chlorure de potasse fondu, et l'hydrogène avec le zinc purifié. On mesure exactement les deux gaz, on les introduit dans l'eudiomètre, on fait passer dans le mélange une étincelle électrique et aussitôt la combinaison a lieu.

L'air est le plus important des mélanges gazeux; c'est aussi Lavoisier qui a le premier démontré, par une expérience mémorable, que l'air atmosphérique se compose de deux gaz ayant des propriétés différentes, l'oxygène et l'azote. Il y a aujourd'hui plusieurs moyens pour analyser l'air : l'eudiomètre de Mitscherlich, l'eudiomètre à mercure, l'eudiomètre de M. Regnault.

Les procédés de MM. Brunner, Dumas, Boussingault donnent des résultats précis.

Un moyen très simple consiste à introduire dans un tube étroit et gradué placé sur le mercure, un volume d'air mesuré avec soin, puis un bâton de phosphore attaché à un fil de platine; si les parois du tube sont légèrement humides, si la température est maintenue à 20 ou 25 degrés, au bout de deux heures l'absorption de l'oxygène est complète. Il s'est fixé sur le phosphore pour former l'acide phosphorique et l'azote est resté dans l'éprouvette, où l'on peut facilement mesurer son volume.

Il résulte des expériences faites par Gay-Lussac, MM. Brunner, Dumas et Boussingault, Lévy et Regnault, que l'air atmosphérique renferme :

En volume,
20,80 volumes d'oxygène,
79,20 volumes d'azote.

En poids,
23,10 parties d'oxygène,
76,90 parties d'azote.

La respiration de l'homme et des animaux est une des principales causes de l'altération de l'air confiné. D'après M. Dumas, un homme brûle par heure 10 grammes de carbone, et le volume d'air nécessaire à cette combustion est de 90 litres. Il sort de ses poumons 8 mètres cubes d'air environ par vingt-quatre heures, lesquels renferment 4 pour 100 d'acide carbonique en moyenne.

M. Leblanc a publié des expériences très curieuses sur l'air confiné recueilli dans des salles d'hôpitaux, de spectacles, dans une chambre à coucher, etc. Il a modifié dans ses analyses le procédé de MM. Dumas

(1) Les gaz s'unissent entre eux dans des rapports simples, et si le composé est gazeux ou volatil, on remarque également un rapport simple entre son volume et celui des gaz avant leur combinaison. Ex :
2 vol. d'hydrogène et 1 vol d'oxygène = 2 vol. vapeur d'eau.
6 vol. d'hydrogène et 1 vol. vapeur de phosp. = 4 vol. hydrogène phos.

et Boussingault, et a cherché la dose d'acide carbonique que peut supporter un animal sans succomber immédiatement.

La troisième partie de l'ouvrage de M. Poggiale comprend le dosage des métalloïdes par les liqueurs titrées. L'auteur est ici en plein dans son sujet; tous les procédés qu'il a indiqués, il les a exécutés lui-même, et souvent même il a pu les modifier heureusement.

Nous ne ferons qu'indiquer la chlorométrie et les opérations chlorométriques qui font connaître la proportion de chlore contenue dans le chlorure de chaux. L'accidimétrie (procédés volumétriques que l'on emploie pour le dosage des acides) pour dire un mot de la sulfhydrométrie qui forme un des chapitres les plus intéressants.

Dupasquier a substitué l'iode aux méthodes analytiques employées autrefois pour le dosage du soufre des eaux minérales. L'iode décèle la moindre trace de principe sulfureux et fournit des résultats parfaitement exacts. Si l'on verse dans un litre d'eau minérale quelques centimètres cubes d'eau amidonnée, puis de la teinture d'iode goutte à goutte, jusqu'à ce que le liquide devienne bleu, le volume de liqueur normale employée permet de calculer la proportion de soufre.

Les instruments et les réactifs nécessaires au dosage du soufre sont le sulfhydromètre de Dupasquier, un flacon pour la teinture d'iode, divers petits flacons contenant chacun 2 grammes d'iode, un vase en verre d'un quart de litre, une capsule en porcelaine, de l'alcool et de l'amidon.

Comme résultat de ses études sur la matière, M. Poggiale pense que les eaux des Pyrénées sont minéralisées par le sulfure de sodium, tandis que celles d'Enghien, de Digne, d'Aix-la-Chapelle renferment de l'acide sulfhydrique.

La quatrième partie, consacrée à l'étude des substances métalliques renferme des chapitres du plus haut intérêt, tels que l'alcalimétrie (détermination de la quantité réelle d'alcali contenue dans les potasses et les soudes du commerce) et l'analyse des oxydes de manganèse, du fer et de ses minerais, du zinc, de l'arsenic, du cuivre, de l'étain, du plomb, du mercure, de l'argent et de l'or.

Enfin, dans la cinquième partie, l'auteur aborde l'étude des matières organiques; les six chapitres qui la composent sont riches d'enseignements pratiques, indispensables pour le médecin qui doit et qui veut interroger la nature dans ses diverses manifestations, normales ou morbides.

C'est aux procédés employés par M. Liébig pour le dosage du carbone, de l'hydrogène et de l'oxygène, que cette partie de la chimie doit ses développements et ses résultats les plus heureux. L'article sur la saccharimétrie est un des plus remarquables de l'ouvrage de notre savant confrère.

Il étudie les quatre espèces de sucre, sucre cristallisable, sucre incristallisable, glycose et sucre de lait.

Il énumère les procédés de MM. Barreswill, Payen, Péligot, Clerget, il examine le dosage de la lactine et la détermination de la richesse du lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, il fait connaître, enfin, le dosage du beurre par la méthode de M. Marchand.

Pour extraire le glycose de l'urine des diabétiques, on y verse d'abord une solution d'acétate de plomb tribasique en excès, on filtre la liqueur, on y fait passer un courant d'acide sulfhydrique, on filtre de nouveau et on laisse évaporer.

Le sucre de diabète déviant vers la droite le plan de polarisation, l'on a appliqué cette propriété optique au dosage de cette matière dans l'urine; on la clarifie préalablement et on la place ensuite dans un tube de 20 centimètres.

Le pouvoir du sucre de diabète est à celui du sucre cristallisable comme 73 : 100 et une notation de 100 divisions sur l'échelle du saccharimètre de M. Soleil, correspond à 225gr,63 de sucre par litre d'urine.

Nous passerons sous silence l'analyse de l'alcool, des alcalis organiques (nicotine, morphine, quinine et cinconchinine), de l'indigo, pour dire un mot de la détermination dans l'urine du chlorure de sodium et du dosage de l'urée.

Le procédé du dosage de chlorure de sodium, proposé par M. Liébig, repose sur les réactions suivantes :

1° Une dissolution d'azotate de bioxyde de mercure précipite immédiatement une solution d'urée.

2° Le chlorure de sodium forme instantanément, avec l'azotate de bioxyde de mercure, du bichlorure de mercure et de l'azotate de soude.

3° Une solution de bichlorure de mercure ne précipite pas l'urée.

4° Enfin, si l'on ajoute de l'azotate de mercure à un mélange d'urée et de chlorure de sodium, il se produit d'abord un précipité qui disparaît dans le liquide, et qui ne devient permanent que lorsque tout le chlorure de sodium est converti en bichlorure de mercure : alors seulement l'excès d'azotate de bioxyde de mercure donne un précipité avec la dissolution.

La méthode imaginée par M. Liébig pour doser l'urée est basée sur la propriété qu'a ce principe d'être précipité par l'azotate de mercure, et de se combiner avec l'oxyde de mercure.

La quantité de dissolution mercurique employée permet de calculer celle d'urée précipitée.

Les détails où nous venons d'entrer suffiront pour démontrer la justesse de notre appréciation, et, arrivés à ce point de notre article bibliographique, pour ne pas céder aux entraînements d'une vieille amitié, nous emprunterons à M. le professeur Dupuis la conclusion d'une analyse remarquable publiée dans la *Patrie* :

« Le *Traité d'analyse chimique* de M. Poggiale est à la portée de tous ceux qui n'ont pas poussé bien loin l'étude de la chimie; les faits y sont disposés avec ordre et méthode; ils sont décrits d'une manière claire et précise.

» C'est un excellent livre, et le savant pharmacien en chef du Val-de-Grâce a rendu un service signalé aux savants et aux industriels qui ont besoin de recourir aux essais analytiques. »

Dr Prosper de Pietra Santa.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 mai 1858. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — *Rhumatisme cérébral suivi de guérison*, par M. Moutard-Martin. Discussion : MM. Guérard, Vigla, Delasiauve. — *Kyste hydatique suivi de mort après une ponction avec un trocart capillaire*, par M. Moissenet.

M. Moutard-Martin communique une observation de *rhumatisme cérébral suivi de guérison*. (Voir plus haut, article *Clinique médicale*.)

M. Guérard : Dans l'observation intéressante que vient de nous communiquer M. Moutard-Martin, la guérison ne me paraît pas devoir être attribuée à autre chose qu'à l'emploi des sangsues continuées longtemps en très petit nombre. Souvent, dans les affections cérébrales, j'ai obtenu des succès extraordinaires par l'emploi de cette médication, notamment dans deux cas d'éclampsie très grave dont se trouvaient atteintes deux jeunes femmes; quatre sangsues en permanence ont amené la guérison. Il en a été de même dernièrement d'un délire compliquant une pneumonie et qui avait résisté d'abord à l'opium : vingt ou trente sangsues, appliquées par quatre à la fois, firent cesser le délire au bout de trente-six heures. Enfin, chez un varioleux dont l'éruption était confluente, et qui présentait une violente congestion vers le cerveau, le même traitement réussit à faire disparaître la complication cérébrale. J'ai pu observer un assez grand nombre de faits pour me convaincre que cette méthode est préférable à des émissions sanguines subitement abondantes. L'observation de M. Moutard-Martin vient confirmer cette manière de voir.

Cependant le rhumatisme ne peut pas être traité toujours de même; à certaines époques, il y a des traitements qui réussissent de préférence à d'autres. C'est ainsi que j'ai beaucoup employé le sulfate de quinine à hautes doses depuis plusieurs années, et que, cette année-ci, je n'en ai pas obtenu de résultats satisfaisants. La vératrine, au contraire, me réussit très bien : je donne chaque jour un julep avec 0gr,50 de teinture de colchique, ou bien la vératrine à la dose de 1 centigramme. M. Piédagnel, mon voisin de salle à l'Hôtel-Dieu, l'a également employé beaucoup avec succès.

M. Vigla : M. Moutard-Martin s'est exagéré la gravité du pronostic que j'ai formulé relativement au rhumatisme cérébral; je ne l'ai pas dit mortel dans tous les cas, puisque j'ai cité moi-même un fait de rhumatisme suivi de guérison. Ces cas favorables sont incontestables; mais la guérison est proportionnellement très rare : voilà ce que j'ai voulu dire.

Quant aux félicitations qui ont été adressés à notre collègue sur le traitement qu'il a suivi, je ne crois pas à un succès aussi grand. Il y a, parmi les sujets, une distinction à faire.

Il y a des faits considérés comme des méningites venant compliquer le rhumatisme, dans lesquels on a le temps d'agir, parce que la maladie se prolonge; ce sont les plus favorables. Mais il en est d'autres dans lesquels le médecin n'a pas le temps de revoir sa malade. Le matin, il appelle l'attention sur le délire, et le soir la mort est survenue. Dans les faits de cette dernière espèce, tout traitement est inutile. Il ne faut donc pas se faire illusion sur les heureux résultats des sangsues. Elles peuvent réussir dans des circonstances favorables, là où d'autres moyens réussiraient également.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'innocuité du sulfate de quinine pour favoriser l'apparition des troubles ataxiques observés dans le cours du rhumatisme. J'ai toujours vu, comme dans le fait qui vient de nous être communiqué, que la diminution des douleurs coïncidait avec l'invasion des phénomènes cérébraux, et que les sueurs profuses, loin de les éloigner, paraissaient, au contraire, les favoriser.

M. Delasiauve : Lorsque l'on observe des symptômes cérébraux et notamment du délire, il faut bien préciser la nature de l'affection pour le traitement, et se demander si l'on n'est pas en présence d'accidents analogues à ceux d'une fièvre pernicieuse, car l'on voit quelquefois le délire se montrer une nuit pour reparaître à une nuit d'intervalle. J'ai traité ce sujet dans un mémoire lu à la Société de médecine de la Seine, et montré que le délire qui survient dans le cours d'autres maladies peut avoir le caractère d'une fièvre intermittente pernicieuse, mis hors de doute par l'effet favorable du sulfate de quinine. J'ai vu un malade être pris de pneumonie, et plus tard d'une bronchite dans le cours desquelles survint un délire qui céda à l'emploi de cet antipériodique. Il en fut de même dans un cas de fièvre typhoïde. Pendant que je remplaçais, à Bicêtre, un de mes collègues, M. Voisin, plusieurs malades furent pris de congestion et de symptômes cérébraux graves; deux succombèrent en quarante-huit heures, tandis que les autres, traités par le sulfate de quinine, guérirent rapidement. Il en est ainsi quelquefois d'accidents que l'on serait tenté de regarder comme inflammatoires, et qui ne sont que des phénomènes intermittents.

Je me demande si, dans le fait qui vient d'être rapporté, le sulfate de quinine qui a été employé n'aurait pas agi comme antipériodique.

— M. Moissenet présente une pièce anatomique relative à un *kyste hydatique du foie*, chez un sujet mort à la suite d'un simple ponction avec un trocart capillaire. — (Sera publié ultérieurement.)

Le secrétaire, Dr Woillez.

On lit dans la *Gazette médicale d'Orient* :

« Il n'y a malheureusement plus de doutes à concevoir sur la nature de la maladie qui règne depuis quelque temps à Benghasi et que nous avons mentionnée dans notre précédent numéro : cette maladie est la peste.

» L'administration ottomane a reçu, le 23 de ce mois (juillet), un premier rapport sommaire de la commission envoyée sur les lieux, qui ne laisse aucune incertitude à cet égard. C'est la peste avec ses caractères habituels : fièvre intense, délire, prostration, vomissements, *bubons, pétéchies, charbons*, ces derniers toutefois dans une proportion restreinte; c'est la peste avec sa malignité, sa marche rapide, sa tendance manifeste à la propagation. Non seulement elle existe à Benghasi, mais elle a déjà envahi trois des quatre ou cinq districts dont se compose la province et notamment Derna, ville maritime de 10 à 15,000 âmes. »

» En temps ordinaire, Benghasi compte 12,000 habitants : au moment où la commision s'y trouvait ce chiffre était réduit au tiers, soit par l'émigration, soit par la mortalité causée par la maladie. On y estimait, pour la ville seulement, à 1,500 le nombre des attaques de peste depuis le début de l'épidémie, et à 800 celui des morts. A Benghasi, l'épidémie, qui avait débuté dans le courant du mois de mai, atteignait sa plus grande intensité vers le 20 juin; on comptait à cette époque de 20 à 30 décès par jour. Depuis lors, avait eu lieu une décroissance progressive et vers le milieu de juillet la mortalité était descendue à 8 environ par jour, sur une population réduite, il est vrai, à 3 ou 4,000 âmes. Mais, d'un autre côté, comme nous l'avons dit plus haut, l'épidémie s'étendait et gagnait de proche en proche, favorisée en cela par l'émigration.

» Tels sont les principaux faits connus jusqu'ici. Nous devons attendre, pour plus de détails, le travail circonstancié de la commission. »

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Auguste Peghoux, maire de Royat, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie des belles-lettres et arts de Clermont, auteur de divers travaux sur la géologie, l'histoire des épidémies et la numismatique.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 97. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 17 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 AOUT 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Verneuil soumet à l'examen de la Société deux sujets qui ont subi l'amputation de la jambe au quart inférieur, c'est-à-dire l'amputation sus-malléolaire. La méthode à deux lambeaux a été mise en usage, et elle a donné les résultats les plus avantageux. Une de ces opérations a été pratiquée par M. Verneuil, l'autre par M. Huguier. Voici une analyse de ces deux observations :

Un enfant de ... ans entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'août 1857, salle Saint-Jean, n° 36. Depuis plusieurs années, il était affecté d'une lésion organique de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le cou-de-pied était considérablement tuméfié, de nombreuses fistules versaient une suppuration abondante. La jambe offrait plusieurs cicatrices provenant d'anciens abcès qui avaient fusé dans les espaces intermusculaires. L'état général était mauvais, les douleurs vives. L'amputation seule offrait quelques chances de guérison; elle fut exécutée, après la préparation convenable, par les purgatifs et les bains. Le couteau dessina deux lambeaux, l'un antérieur, plus court, étendu du bord interne du tibia au bord externe du péroné; l'autre plus long, taillé par transfixion. Deux artères furent liées et la plaie réunie par six points de suture entortillés. Compresses imbibées d'eau fraîche pour tout pansement. Réunion immédiate de la presque totalité de la plaie, ablation des points de suture commencée dès le lendemain, terminée le troisième jour; absence complète de tout phénomène inflammatoire local. Le cinquième jour, les compresses d'eau fraîche furent remplacées par des cataplasmes froids.

Au onzième jour, la cicatrisation était complète. L'enfant se leva bientôt, et, quelques jours après, il marchait avec des béquilles, puis avec un appareil.

S'il est permis de faire ici une légère digression, on peut donner ce cas comme un des plus beaux exemples des avantages de l'alimentation substantielle après les grandes opérations chirurgicales. A peine revenu des effets anesthésiques du chloroforme, l'enfant prenait une tasse de bouillon. A quatre heures, il mangeait de bon cœur une côtelette de mouton; la nuit, un peu de bouillon fut encore permis. Le lendemain, le même régime fut continué; il se composait de pain, de soupe, de deux côtelettes et d'eau rougie. L'opéré nous déclara spontanément que, depuis bien longtemps il n'avait passé une aussi bonne nuit, et n'avait fait un aussi bon repas que depuis l'amputation. Pendant toute la première semaine, il n'y eut pas trace de mouvement fébrile; le seul phénomène à noter fut un appétit extraordinaire, auquel on satisfit avec prudence toutefois, et en faisant choix d'aliments substantiels, mais de facile digestion.

Pour en revenir aux suites de l'opération, on voit aujourd'hui le moignon tel qu'il était quinze jours après le sacrifice du membre; seulement, la ligne cicatricielle indiquant la réunion des deux lambeaux a été attirée en arrière et un peu élevée. L'extrémité des os, mousse, non gonflée, non douloureuse, répond principalement à la face profonde du lambeau antérieur, dont la sépare une double bourse séreuse. Jamais le moignon n'a été la source de la moindre douleur.

L'appareil prothétique employé dans les premiers jours, prenait son point d'appui sur le bassin; terminé par un pilon, il était composé de deux tiges de bois latérales, dans l'écartement desquelles le membre dans l'extension venait se placer sans presser nulle part, et sans que l'extrémité du moignon touchât en aucune façon. Dans toute son étendue, le membre artificiel était rigide de manière que les mouvements du genou étaient abolis.

Quelque temps après, un appareil ne différant du premier que par la brisure qu'il présente au niveau du genou, est mis en usage, et permet la marche avec aisance et solidité.

Le second malade est actuellement âgé de 25 ans, serrurier, d'une constitution moyenne. Il y a près de cinq ans, une masse de fer, d'un poids très considérable, heurta en tombant les membres inférieurs. La cuisse gauche fut fracturée à sa partie moyenne; le pied droit fut écrasé, au dire du malade; toujours est-il qu'on fut obligé d'extraire la malléole externe au bout d'un temps indéterminé. On tenta la conservation du membre, et pendant dix-huit mois il y eut suppuration, gonflement, trajet fistuleux, repos au lit, impossibilité de poser par terre le pied, qui était tout à fait déformé. La santé générale se ressentit de cet état. Le malade entra, en 1855, dans le service de M. Huguier, qui proposa l'amputation. La faiblesse était si grande, qu'on ne crut pas devoir user de l'anesthésie. Le rétablissement fut assez prompt. Aucun accident ne survint, et quarante jours après l'opération tout était cicatrisé. Au bout de trois mois, on appliqua l'appareil qui sert encore aujourd'hui.

Depuis cette époque, le malade a repris son ancienne profession; il travaille toute la journée, souvent de cinq heures du matin à huit heures du soir, toujours debout. Il monte et descend les escaliers, soulève au besoin des fardeaux de 100 livres, et peut, sans grande fatigue, faire deux ou trois lieues dans la journée. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans le moignon; jamais celui-ci n'a présenté ni inflammation, ni fistules, ni excoriations, en un mot, sa jambe lui rend presque les mêmes services qu'autrefois. Le moignon est des plus beaux. La cicatrice, reportée en arrière des extrémités osseuses, est déprimée, étroite, flexueuse, très solide, sans adhérences étroites aux os; son trajet indique qu'on a pratiqué la méthode à lambeaux. C'est le lambeau antérieur qui recouvre l'extrémité des os, dont il est séparé par une bourse séreuse. Deux indurations épidermiques s'observent sur le point où le lambeau est réfléchi.

L'appareil prothétique employé est articulé au niveau du genou; il se termine par un pied artificiel et prend son point d'appui sur le cône charnu que forme la cuisse, et y reste fixé uniquement par le contact. Cet appareil est assez solide et se détériore peu. Cependant, déjà six fois une des branches d'acier latérales a cassé, sans déterminer de chute, il est vrai. Le malade, serrurier, comme il a été dit, répare lui-même son appareil.

— M. le Président rappelle que, pour se conformer au règlement, les présentations de malades ne seront plus faites qu'après les rapports et la lecture du procès-verbal de la séance précédente.

— M. le docteur Gallard adresse une brochure intitulée : *Note scientifique sur l'homœopathie.*

— M. Broca présente, de la part de M. le docteur Soubie, de Libourne, un appareil à extension continue pour les fractures de jambe. Cet appareil ressemble, à plusieurs égards, à ceux qui sont connus, depuis Galien, sous le nom de glossocomes; le seul avantage qu'il présente est d'être plus simple et plus facile à construire. Une courte description et un dessin représentant l'appareil en place accompagnent cet envoi.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA RÉTROCESSION DES EXANTHÈMES;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 avril 1858,

Par le docteur HERVIEUX, médecin du Bureau central.

J'ai eu occasion d'observer récemment un fait qui a eu pour témoins plusieurs confrères honorables, et dont les détails extrêmement curieux m'ont paru dignes de fixer un instant l'attention de la Société médicale des hôpitaux.

Il s'agit d'un individu chez lequel la rétrocession d'un exanthème chronique a donné lieu à des accidents de la nature la plus grave, accidents que nous avons pu considérer un instant comme devant être inévitablement mortels, et qui cependant ont été conjurés par l'application de cataplasmes sinapisés sur le lieu même où régnait l'éruption cutanée.

La question de la rétrocession des exanthèmes n'est pas neuve; elle a préoccupé bien des fois l'esprit des pathologistes; mais bien des fois aussi elle a reçu des solutions différentes, et je ne sache pas qu'aujourd'hui il existe un accord unanime sur ce point obscur de la science. Toutefois, des observations nombreuses émanées des hommes les plus judicieux et les plus accrédités ne laissent pas de doute sur la possibilité de la rétrocession des exanthèmes, et je ne crois pas m'aventurer beaucoup en disant que l'opinion générale se trouve, à l'heure qu'il est, entièrement favorable à cette doctrine. Mais la difficulté n'est que reculée; car il s'agit de savoir non pas si les exanthèmes rétrocèdent dans certaines circonstances données, mais quel est le rapport qui existe entre ces circonstances et la rétrocession de l'exanthème. Or, les uns nous disent : lorsqu'un état pathologique grave se manifeste coïncidemment avec le retrait plus ou moins brusque d'une dermatose, cet état pathologique résulte de ce que l'inflammation qui siégeait à la peau s'est transportée sur le viscère actuellement malade; mais les autres nous disent avec une apparence tout aussi grande de raison : l'exanthème a rétrocédé parce que, sous l'influence d'une cause restée inaperçue, un organe important a été frappé d'inflammation.

Ainsi le même fait s'explique pour ceux-ci par une révulsion, pour ceux-là par une métastase ou répercussion. Sous quelle bannière faudra-t-il nous ranger? Je crois, Messieurs, que, sans être entaché d'un mauvais éclectisme, on peut accepter comme également vraie cette double manière d'envisager les faits de rétrocession exanthématique. En d'autres termes, je dis qu'il y a des répercussions réelles et des révulsions pathologiques incontestables.

A ceux qui nieraient la répercussion, je répondrai par le fait suivant que j'ai observé à l'hôpital Necker, en 1846, dans le service de mon honorable maître, M. Lenoir :

Un homme robuste et bien constitué entre dans les salles de chirurgie pour y être traité d'un ulcère variqueux qu'il portait à la jambe droite. C'était l'époque où Gerdy venait de publier un travail remarquable sur l'influence de la position dans les maladies chirurgicales. Le membre inférieur malade fut soumis à ce mode de traitement, et fixé sur le dos d'une chaise renversée, de manière que le pied se trouvât très élevé par rapport au reste du corps. L'ulcère pâlit rapidement, et semblait marcher vers une guérison très prompte, lorsque, dans le courant du troisième jour, le malade mourut presque subitement. A l'autopsie, on trouva les lésions qui caractérisent la pneumonie hypostatique.

Quant à ceux qui nieraient la révulsion pathologique, il suffirait de rappeler ce qui se passe chez les malades atteints d'éruptions chroniques de la peau, qui sont pris accidentellement de pneumonies, de pleurésies, d'entérite, de dysenteries, etc. N'est-ce pas un fait vulgaire de voir sous l'influence de ces phlegmasies viscérales profondes, les exanthèmes chroniques les plus rebelles s'amender et quelquefois même disparaître complétement?

Je dis donc qu'à y regarder de très près, la question de la rétrocession des exanthèmes est beaucoup moins litigieuse qu'elle ne paraît l'être au premier abord, puisque les doctrines qui semblaient se repousser sont parfaitement conciliables, et peuvent être également acceptées du moment qu'elles n'ont plus la prétention d'être exclusives.

Vous m'excuserez, Messieurs, de poser devant vous ces problèmes quelque peu vieillis, en considérant que les questions délicates qu'ils comportent se sont présentées à mon esprit et m'ont causé de grandes perplexités à propos du fait que je vais rapporter.

OBSERVATION. — *Eczéma chronique du membre inférieur droit; traitement par les cataplasmes et la position horizontale; fièvre catarrhale; suppression de l'exanthème; accidents graves; emploi des sinapismes qui donnent lieu à une gangrène locale; guérison.*

M. X..., âgé de 67 ans, interprète, présente tous les attributs du tempérament lymphatique : embonpoint prononcé, peau fine et blanche, suppurant à la moindre égratignure, lèvres épaisses, nez charnu et volumineux, tissu cellulaire serré, très dense, s'engorgeant avec facilité. De plus, il existe depuis nombre d'années un eczéma chronique du cuir chevelu, eczéma qui siége principalement sur la partie antérieure du crâne et au pourtour des oreilles. Cette éruption cutanée donne lieu plusieurs fois par an à des érysipèles de la face qui ne provoquent habituellement aucun appareil fébrile.

Dans le courant de l'été dernier, les pieds ont été, à plusieurs reprises, le siége d'une infiltration œdémateuse, que quelques jours de repos ont toujours suffi pour dissiper.

Au mois de juin 1858, j'ai été appelé par M. X... pour une éruption eczémateuse développée sur la jambe droite. Cette éruption n'ayant pas cédé à l'application des topiques que j'avais cru devoir prescrire, M. Rayer fut appelé en consultation. Il fut décidé qu'on s'en tiendrait à l'emploi des purgatifs à l'intérieur, et à l'extérieur de quelques moyens très simples, tels que les cataplasmes, la poudre d'amidon ou de riz, etc.

Sous l'influence de ces agents, chaque poussée vésiculeuse disparaissait assez vite, mais pour se reproduire sur un point quelconque du membre inférieur.

Voyant l'impossibilité de prévenir le retour de ces éruptions successives, et craignant d'ailleurs, à l'âge et dans les conditions où se trouvait le malade, les inconvénients d'une suppression complète de l'exanthème, je m'étais borné, depuis plusieurs mois, à l'emploi des cataplasmes.

Sur le conseil de M. Rayer, qui avait été appelé une seconde fois, j'avais même engagé le malade à se lever et à reprendre ses occupations. Malheureusement, en moins de deux jours, le membre du côté affecté

s'œdématia de telle sorte et acquit un volume si considérable, que la marche devint impossible. Il fallut reprendre la position horizontale.

Deux fois encore cette tentative fut renouvelée, et toujours avec le même résultat.

Les choses en étaient là, lorsque le 2 janvier 1858, M. X... fut atteint de la grippe qui sévissait alors avec une grande intensité. Cette affection ne présenta rien de remarquable qu'une complication catarrhale des voies digestives.

Le 14 janvier, le malade avait même eu jusqu'à dix selles liquides.

Pendant que la grippe parcourait ses phases, qu'était devenue l'affection herpétique de la jambe droite? Elle s'était amoindrie peu à peu, et le 16 janvier, au matin, elle avait totalement disparu.

Néanmoins, l'état général était bon; les symptômes de catarrhe, soit du côté de l'intestin, soit du côté des voies aériennes, s'étaient amendés, et rien ni dans le pouls, ni dans les fonctions de l'innervation, ni dans l'habitude extérieure du malade, ne faisait prévoir les accidents redoutables sur lesquels je vais avoir à fixer l'attention.

Dans la soirée même de ce jour, laquelle avait été d'ailleurs parfaitement calme, M. X... fut pris, au moment où on le transportait d'un lit de sangle, où il s'était provisoirement établi, dans son lit ordinaire, d'une syncope qu'il annonça aux personnes qui l'entouraient, en criant d'une voix affaiblie : Je me sens mourir! J'étais chez moi quand on vint me chercher, et j'arrivai près du malade un quart d'heure au plus après l'accident.

Les traits étaient fortement altérés, la face empreinte d'une pâleur profonde; une sueur glacée couvrait toute la surface du corps; les pieds, les mains, la langue présentaient ce refroidissement qu'on observe dans le choléra algide; le pouls était complétement insensible, et, si le cœur battait, comme j'en suis convaincu, ses pulsations étaient si obscures qu'il me fut impossible de les percevoir. Le malade était sourd à toute espèce d'interpellation; les membres étaient inertes. Je crus à une mort prochaine.

Toutefois, comme la respiration persistait, quoique haute et rapide, je ne crus pas devoir me retirer avant d'avoir tenté l'emploi de quelques moyens ultimes.

Je fis placer sur les deux membres, et particulièrement sur le membre inférieur droit, plusieurs larges sinapismes. En même temps, je fis sur la partie antérieure de la poitrine quelques applications avec le marteau-Mayor.

Le malade reprit un peu connaissance et put articuler quelques paroles, mais il ne pouvait distinguer personne. Il disait avoir un nuage sur les yeux.

Je profitai de cet instant de répit pour faire avaler au malade quelques gorgées d'une infusion de thé au rhum que j'avais fait préparer; mais elles furent vomies aussitôt, aussi bien d'ailleurs que toutes les boissons qu'on tenta de faire prendre à M. X... dans le cours de la nuit.

Peu de temps après, le malade retomba dans l'état où je l'avais vu d'abord, nous laissant la conviction intime qu'il allait bientôt succomber.

Cependant cet état se prolongea contre toute attente. Il était deux heures du matin. On m'offrit d'aller chercher M. le docteur Hiffelsheim, qui demeurait dans la même maison. Cet honorable confrère me proposa l'emploi des batteries électriques, dont il est l'auteur et qu'il a présentées récemment à l'Académie des sciences. J'y consentis d'autant plus facilement, que je considérais toute tentative thérapeutique comme devant être désormais inutile. Ces batteries, en effet, ne modifièrent en aucune façon la situation du malade, et M. Hiffelsheim dut les remporter, convaincu comme moi qu'il n'y avait plus rien à faire.

Cependant, vers quatre heures du matin, le malade poussa quelques plaintes et accusa de la douleur aux membres inférieurs. C'était la douleur produite par les sinapismes qu'on avait laissés à demeure sur les jambes. Le pouls, qui depuis dix heures du soir avait cessé de battre, redevint un peu sensible, filiforme; les extrémités se réchauffèrent progressivement, la face se ranima, la respiration devint plus régulière; toutes ces manifestations vitales allèrent en se prononçant davantage.

Je me retirai à ce moment, après avoir donné mes instructions, et, lorsque je revins dans la matinée, la crise était passée et le malade avait recouvré toute sa connaissance. — Seulement les sinapismes avaient laissé sur les membres inférieurs trois ou quatre énormes escarres dont je m'expliquai la formation par la macération qu'avait subie précédemment la peau sous l'action des cataplasmes.

Ces escarres se sont éliminées successivement dans l'espace de huit à quinze jours; elles ont laissé après elles de vastes plaies que j'ai pansées d'abord à plat, puis par la méthode de Baynton.

Aujourd'hui, 30 mars, elles sont complétement cicatrisées, et le malade n'a éprouvé à l'heure qu'il est aucun accident.

Il n'existe plus trace d'éruption ni aux jambes, ni à la tête. Le malade a bon appétit, et aussitôt que les cicatrices des plaies auront acquis quelque solidité, je me propose de le faire lever, ce qu'il n'a pu faire encore jusqu'à présent.

Je dois faire remarquer qu'en même temps que les plaies des jambes se cicatrisaient, j'ai fait établir à chaque bras un vésicatoire qui suppure abondamment.

Tels sont, Messieurs, les détails du fait que j'avais à vous communiquer. Ils ont, si je ne me trompe, une certaine portée pratique; ils offrent surtout un haut intérêt quand on les met en présence de la grave question des rétrocessions exanthématiques.

Nous voyons, en effet, un homme de 67 ans, atteint depuis longues années d'un eczéma chronique du cuir chevelu, puis, dans ces derniers temps, d'une éruption de même nature aux membres inférieurs, être pris au mois de janvier dernier d'une affection catarrhale des voies respiratoires et digestives, et, sous l'influence de cette dernière maladie, l'exanthème établi dans ces deux régions se supprime.

Le jour même où les dernières traces de la double éruption avaient disparu, une sorte de sidération des systèmes circulatoire et nerveux se produit; la mort est imminente, mais après six heures de cet état quasi-syncopal, la sensibilité se réveille sous l'action des sinapismes laissés à demeure sur les membres qu'avaient occupés l'exanthème, la circulation se ranime, et le malade se rétablit, mais avec des escarres gangréneuses considérables, aujourd'hui cicatrisées.

Qu'il y ait eu rétrocession de l'exanthème dans ce cas particulier, je ne crois pas que cela puisse faire l'objet d'un doute dans l'esprit de personne. Mais quel a été le mécanisme de cette rétrocession? C'est là un point qu'il est moins facile d'élucider.

Je vous l'avouerai, Messieurs, lorsque j'assistai à la scène terrible du 16 janvier, une crainte que vous apprécierez me saisit, ce fut celle d'avoir, par un traitement intempestif de l'exanthème, amené ces accidents que je considérais alors comme inévitablement mortels.

Je me suis demandé si la position horizontale qui était commandée par l'impossibilité où le malade se trouvait de marcher, si les cataplasmes qui n'avaient d'autre but que de modérer l'inflammation herpétique, n'avaient pas préparé l'issue fatale en empêchant l'éruption d'acquérir tout son développement.

Ces agitations de ma conscience se sont calmées par les réflexions que voici. Je crois, sauf meilleur avis, que la grippe dont le malade a été atteint, et que l'affection catarrhale des voies digestives qui s'y est jointe, sont les causes réelles, déterminantes de l'orage pathologique auquel il m'a été donné d'assister. Je crois qu'il y a eu révulsion de la maladie chronique par la maladie aiguë, de la même manière qu'on voit sous l'influence d'un érysipèle, d'une entérite, d'une pneumonie, disparaître certaines affections cutanées qui avaient résisté jusque-là à tous les efforts de la thérapeutique.

Mais ce n'est pas tout. Il nous reste à rechercher comment et pourquoi l'organisme a été frappé d'une manière si subite et si grave, alors que tout semblait marcher vers une terminaison heureuse.

Vous vous rappelez, Messieurs, que la circulation paraissait complétement abolie; absence totale de pouls et battements cardiaques si obscurs, si faibles que le mouvement respiratoire suffisait pour les masquer; membres froids; langue froide; abolition presque complète de l'intelligence et de la sensibilité. Ce n'était pas là une syncope dans le sens littéral du mot, puisque la respiration persistait, mais enfin c'était un état très grave et que je ne puis mieux comparer, à la cyanose près, qu'à la période algide du choléra foudroyant.

Je ne crois pas qu'il soit donné à l'esprit humain de pénétrer le mystère de ce passage soudain et sans cause matérielle appréciable de l'état de santé à un état si voisin de la mort, ou du moins dans lequel les principaux ressorts de l'économie semblent brisés. Mais si nous ne pouvons saisir la cause intime et prochaine de ces désordres, au moins nous est-il permis d'en apprécier les causes éloignées. Eh bien, si l'on considère que, dans la matinée du 16 janvier, le malade se rétablissait de sa grippe et de son catarrhe intestinal, qu'à cette même date il ne présentait plus, sur la surface tégumentaire, la moindre trace de son affection herpétique, si, d'une autre part, on réfléchit que, depuis plus de trente ans, le malade n'avait jamais cessé un seul instant d'être eczémateux, on comprendra qu'en l'absence de la maladie qui avait révulsé l'eczéma, il se soit produit un effort de l'organisme, lequel effort n'ayant pu aboutir à une éruption cutanée, se sera épuisé en sidérant les systèmes circulatoire et nerveux.

Quoi qu'il en soit, de l'explication que je viens de donner, il est un fait sur lequel j'appelle toute l'attention de la Société, c'est la coïncidence du rétablissement du malade avec l'action des sinapismes développée jusqu'à produire la gangrène de la peau. Est-ce à cette action du révulsif thérapeutique qu'il faut attribuer le retour du malade à la vie; j'en suis convaincu.

Et ce qui me fortifie dans cette conviction, c'est que les premières manifestations vitales qui ont succédé à la crise dont j'ai présenté le tableau étaient des manifestations douloureuses, des plaintes d'abord sourdes, puis plus vives, plus énergiques, et témoignant d'un état de souffrance qui reconnaissait évidemment pour cause l'action des sinapismes. Il est d'autant plus croyable que les sinapismes aient opéré dans ce cas une révulsion salutaire, qu'ils avaient été appliqués sur le lieu même où régnait précédemment l'éruption. L'inflammation et la gangrène qu'ils ont développée ont donc pu suppléer l'exanthème supprimé et rétablir ainsi l'équilibre momentanément rompu.

Si l'hypothèse que je viens d'énoncer est fondée, la conséquence pratique du fait dont j'ai été témoin est facile à déduire; c'est qu'en présence d'accidents graves déterminés par la rétrocession d'un exanthème, on ne devrait pas, alors même que la mort paraîtrait imminente, s'abandonner à un découragement stérile, mais bien plutôt agir par tous les révulsifs possibles, de manière à produire sur la région naguère occupée par l'exanthème une inflammation violente susceptible de détourner sur ce point l'attention et les forces de l'économie.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

SOMMAIRE. — Traitement des abcès par congestion.

TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION. — Au n° 27 de la salle Saint-Paul est couchée une femme âgée de 45 ans, couturière; elle a une constitution chétive et un tempérament lymphatico-nerveux. Il y a sept ou huit ans, elle tomba sur la hanche droite, mais cet accident n'eut immédiatement aucune suite fâcheuse. Il y a dix-huit mois environ, elle éprouva des douleurs à la partie postérieure du tronc, aux reins, dit-elle; mais, en explorant la région douloureuse, on voit qu'elle répond à la partie postérieure de la crête iliaque, au-dessus de la tubérosité postérieure. L'année dernière, elle eut des accès de fièvre intermittente quotidienne contre lesquels le sulfate de quinine, bien qu'habilement administré par M. Horteloup, fut complétement impuissant. A l'automne, la fièvre disparut d'elle-même. Vers le mois de décembre 1857 apparut une tumeur fluctuante située à la partie supérieure et externe de l'aine droite; cette tumeur augmenta graduellement et la malade entra dans notre service le 12 juin 1858.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la fièvre reparut, affectant la forme double tierce, c'est-à-dire que chaque jour il y a un accès, mais qui, tous les deux jours, revient avec plus grande intensité. J'essayai de nouveau le sulfate de quinine, mais, voyant son inefficacité, je recourus à la médication arsenicale expérimentée avec succès par M. Boudin en Algérie : l'arsenic fut tout aussi impuissant que le sulfate de quinine. Je croyais d'abord qu'il y avait une certaine relation entre l'abcès et les accès de fièvres, mais l'abcès ne s'est nullement modifié depuis l'apparition de la fièvre; je pense donc qu'il n'y a qu'une simple coïncidence.

Nous avons déjà dit que la malade a une mauvaise constitution, nous ne reviendrons pas sur ce point.

Comme éléments de diagnostic, il y a une douleur sourde, profonde, dont le siége était assez difficile à établir d'une manière précise : elle occupe, ainsi que nous l'avons dit, la partie postérieure et supérieure de la crête iliaque sur un point assez rapproché de la colonne vertébrale.

L'articulation coxo-fémorale est saine, il n'y a rien à noter de ce côté. Enfin, à la partie supérieure et externe de l'aine est une tumeur semi-sphérique, qui a pour limite supérieure le ligament de Fallope, en dehors le muscle couturier, et paraît, enfin, située dans la gaîne du muscle psoas; la peau qui la recouvre a son aspect normal. Cette tumeur, dans laquelle la fluctuation est manifeste, se prolonge en haut jusque dans le ventre, la fosse iliaque et le flanc droit sont bombés, et leur saillie se continue avec celle que l'on observe dans l'aine : il y a donc là une seule et même cavité très considérable, sans inflammation des parties ambiantes, contenant une grande quantité de pus, et sur laquelle on perçoit facilement la fluctuation en masse.

Comme on le voit, nous avançons déjà dans le diagnostic : nous avons constaté une mauvaise constitution, une douleur localisée, et une immense collection de liquide qui ne peut être que du pus, c'est-à-dire un abcès froid. De quelle nature est cet abcès froid? C'est un abcès symptomatique d'une lésion osseuse, si commune dans cette région; mais cette collection ne se trouve pas tout à fait vis-à-vis de la partie du tissu osseux malade, elle a descendu par le fait de la déclivité des parties et de la résistance des aponévroses qui ont guidé la marche du pus.

Nous avons donc un abcès par congestion symptomatique d'une lésion osseuse située profondément. Cherchons maintenant à déterminer le siége précis et la nature de cette lésion osseuse. C'est, en général, à la surface des os que se développe l'état pathologique qui fournit le pus des abcès par congestion; tantôt c'est une altération tuberculeuse des os, tantôt c'est une inflammation avec carie du tissu osseux; telle est la division établie depuis longtemps par les pathologistes. Chez notre malade ce ne peut être un état tuberculeux de l'os des iles, car la maladie est survenue à une époque de la vie où les tubercules des os sont rares; les poumons sont d'ailleurs parfaitement sains; la malade ne porte aucune trace de scrofule; enfin, elle éprouve des douleurs dans le point où existe la lésion osseuse, tandis que ces douleurs manquent le plus ordinairement dans le cas de tubercules des os. Il vous sera facile de vous en convaincre en examinant la jeune fille couchée au n° 16 de la salle Saint-Paul, qui, avec une altération tuberculeuse profonde de la deuxième vertèbre cervicale, ne ressent aucune douleur en ce point; la nature de l'altération osseuse qu'elle porte ne laisse aucun doute, car le sommet des deux poumons, surtout le droit, présente une grande quantité de tubercules à divers degrés. Enfin, il est un autre signe qui me fait rejeter l'idée d'une affection tuberculeuse des os chez notre malade, c'est que la fonte des tubercules ne donne pas naissance à une aussi grande quantité de pus; c'est donc une ostéite qui est le point de départ de cet abcès.

Si, maintenant, nous voulons établir d'une manière plus précise quel est le point du squelette où siége l'ostéite, nous trouvons une douleur occupant la partie la plus reculée de la crête iliaque, et la disposition anatomique de la région, comparée à la place où s'est montré l'abcès, nous prouvera suffisamment que c'est en effet cette partie de l'os iliaque qui doit être malade.

Où est l'abcès? Il est situé à la partie externe et supérieure de l'aine droite, remonte dans la fosse iliaque interne et dans le flanc droit, c'est-à-dire qu'il est placé dans la gaîne du muscle psoas-iliaque, sous le fascia iliaca : en effet, ce fascia s'insère en haut et en dehors à la crête iliaque, en dedans au détroit supérieur du bassin, en bas à l'arcade crurale, avec laquelle il se confond, puis il accompagne le muscle jusqu'au petit trochanter : le pus s'est accumulé dans la gaîne du psoas iliaque, sous laquelle on trouve aujourd'hui la collection purulente. Si l'abcès était placé entre le fascia iliaca et le péritoine, c'est-à-dire en avant de l'aponévrose iliaque, on ne le sentirait pas à la partie inférieure de la gaîne du psoas, le pus se serait dirigé vers le bassin, ou bien il aurait fusé le long des vaisseaux cruraux, ou bien enfin il serait descendu dans le canal crural. L'abcès, situé chez notre malade dans toute

la longueur de la gaîne du psoas iliaque, a donc pour point de départ une ostéite de la crête de l'os des îles.

Le diagnostic étant établi, voyons maintenant quel est le pronostic : si l'on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, on s'exposera à des accidents d'autant plus graves que l'abcès sera devenu plus considérable; peu de temps après que ces abcès ont été mis en communication avec l'air extérieur, le pus, qui était crèmeux et inodore, devient fétide, la fièvre s'allume, la peau est sèche, la langue fuligineuse, le foyer purulent est douloureux ; il y a une inflammation de la membrane pyogénique, le pus se décompose, devient noirâtre et laisse dégager des bulles de gaz hydrogène sulfuré. Dans de telles conditions, le malade est voué à une mort presque certaine ; il succombe, soit épuisé par l'abondance de la suppuration, soit empoisonné par l'absorption des gaz résultant de la décomposition du pus, c'est-à-dire par l'infection putride.

Tels sont les effroyables symptômes qui accompagnent l'ouverture spontanée des abcès par congestion : il faut donc donner issue au pus en même temps que l'on s'efforcera de prévenir l'altération putride du pus. Donc, deux grandes indications de traitement : 1° tarir la source du pus, c'est-à-dire modifier la lésion osseuse qui le produit ; 2° évacuer le pus.

1° Comme je vous l'ai dit plus haut, il faut, dans le traitement, s'adresser d'abord à la lésion inflammatoire de l'os qui produit le pus ; ce sera surtout à l'aide des révulsifs et des exutoires, cautères, moxas, que l'on modifiera d'une manière avantageuse la portion d'os enflammée : on se trouvera bien d'y associer une hygiène bien entendue et les toniques généraux.

2° Mais la partie la plus difficile du traitement est celle qui regarde la collection purulente. On a attribué à la pénétration de l'air dans le foyer purulent les accidents d'intoxication putride que nous venons d'énumérer; c'est pourquoi Boyer, Dupuytren, conseillaient de faire de très petites ouvertures et de vider l'abcès petit à petit; Abernethy se servait pour cela d'une aiguille à cataracte, moyen évidemment insuffisant. Boyer recommande, en outre, de faire un pli à la peau et de ponctionner à la base de ce pli, de manière que, la ponction étant pratiquée et le pus évacué en partie, le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle de l'abcès étant détruit, l'air ne puisse pas s'introduire dans le foyer.

J'ai vu un grand nombre de faits où cette pratique a été mise en usage; voici comment les choses se passent : ces petites ouvertures se ferment, et, le pus continuant à se sécréter, l'abcès se reproduit; quelquefois même on sera obligé d'en faire successivement plusieurs, et il peut arriver que le malade, qui aura eu le bonheur d'échapper aux accidents putrides aux trois ou quatre premières ponctions, ne les évitera pas à la quatrième ou à la cinquième et y succombera rapidement. Il n'est même pas rare de voir ces accidents se produire après la première ponction. Cela est tellement fréquent que Dupuytren, découragé de voir cette terminaison fatale survenir d'une manière presque inévitable dans la majeure partie des cas, en était venu, vers la fin de sa carrière, à ne plus ouvrir les abcès par congestion et à laisser les choses aller d'elles-mêmes.

Lisfranc, à l'époque où prédominait le système de Broussais, avait observé que dans les abcès où l'introduction de l'air avait déterminé la décomposition du pus, le foyer devenait douloureux ; il attribuait cette décomposition putride et tous les accidents qui en sont la conséquence, à l'inflammation de la membrane pyogénique. Aussi ouvrait-il largement les abcès pour livrer au pus une issue complète et facile, puis il combattait les accidents inflammatoires par de grandes applications de sangsues; plusieurs fois il en obtint d'excellents résultats.

Je me rappelle qu'en 1835, remplaçant Breschet dans ce même hôpital, j'eus à traiter un jeune homme qui portait aux deux aines un vaste abcès par congestion; il fut pris, après la première ponction d'un de ces abcès, des accidents de la décomposition putride. Je fis appliquer 50 ou 60 sangsues sur le foyer : l'inflammation se dissipa; le pus, qui était devenu noirâtre et fétide, reprit peu à peu les caractères du pus phlegmoneux louable, et le malade finit par conserver une fistule. C'est là le résultat le plus heureux qu'on puisse obtenir.

Vous comprendrez sans peine combien il est rare de pouvoir appliquer un traitement aussi énergique, les abcès par congestion étant le plus souvent liés à un mauvais état de la constitution.

Récamier conseillait, dans le but d'empêcher l'introduction de l'air dans ces abcès, de les remplir avec des liquides désinfectants, eau d'orge, décoction de quinquina, eau chlorurée, etc., et aussi pour agir sur la membrane pyogénique. J'ai également expérimenté ce genre de traitement; les malades n'en ont malheureusement éprouvé aucune amélioration, et ont, dans tous les cas, succombé aux funestes effets de l'infection putride.

Plus tard, M. J. Guérin, attribuant comme ses contemporains l'infection putride au contact de l'air dans le foyer, conseilla d'évacuer le pus des cavités closes (et les abcès par congestion sont de véritables cavités closes), en pratiquant à la peau des ponctions très obliques, de manière à avoir un long trajet sous-cutané dont la réunion se fait par première intention et conserve ainsi à l'abcès son caractère de cavité close. Ces ponctions sous-cutanées sont évidemment un bon moyen d'évacuer le pus de ces abcès; le plus souvent, elles mettent le foyer à l'abri du contact de l'air; cependant elles ne sont pas, comme le prétendait M. J. Guérin, un moyen infaillible d'éviter ces accidents; ainsi il y a des cas où l'inflammation, après avoir envahi d'abord la petite plaie externe, se propage le long du trajet jusque dans le foyer purulent; j'ai vu également un abcès où, sans qu'il y ait eu introduction de l'air dans le foyer, et la plaie étant réunie par première intention, une violente inflammation est survenue, le pus s'est décomposé et est devenu fétide, et il s'est développé des gaz constituant une sorte de tympanite de l'abcès.

La seule déduction que l'on puisse tirer de l'observation de ces faits, c'est que le développement des formidables accidents désignés sous le nom d'infection putride n'est pas toujours lié uniquement à l'introduction de l'air dans la cavité de l'abcès et reconnaît évidemment d'autres causes, parmi lesquelles je mets au premier rang l'inflammation suppurative aiguë du trajet de la plaie et son extension au foyer purulent.

Cette inflammation, quelquefois si terrible, a été regardée par M. J. Cloquet comme étant le résultat de l'évacuation trop prompte du pus, et par suite des changements qui s'opèrent brusquement dans la tension de la membrane pyogénique ; aussi conseillait-il de ne vider l'abcès que petit à petit. Cette pratique, déjà recommandée par Boyer, est bonne à suivre.

Mais les ponctions sous-cutanées, si elles réussissent à éviter ces accidents, ne constituent pas à elles seules un mode de traitement curatif; le pus, en effet, sécrété d'une manière constante par la membrane pyogénique, s'accumule sans cesse et finit par former une collection tout aussi considérable qu'auparavant. Que faire alors? Faut-il renouveler ces ponctions indéfiniment? Il est évident qu'elles sont insuffisantes et qu'il faut quelque chose de plus. Il est nécessaire que l'on obtienne la formation d'une fistule constamment ouverte au pus; mais comment arriver à ce résultat sans produire les accidents dont nous avons parlé ? C'est là le problème que nous aurons bientôt à examiner.

(La suite prochainement.) Dr Doumic.

SYPHILIOGRAPHIE.

SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA SYPHYLIS DU FOETUS A LA MÈRE PENDANT LA GROSSESSE.

Cette question importante est, comme on sait, diversement résolue. C'est à ce titre qu'il nous paraît important de faire connaître les opinions et les faits qui surgissent dans la littérature médicale quand ils présentent des garanties suffisantes. Le docteur Hutchinson a présenté à la Société huntérienne de Londres un travail sur ce sujet, travail publié dans le *Medical Times* des 11 octobre, 21 décembre 1856, et 10 janvier 1857, et que nous ne connaissons que par un extrait renfermé dans la *Monatsschr. f. geburtsk* du 8 avril 1857. M. Hutchinson a pris pour base de son mémoire 50 cas, sur lesquels il en a observé lui-même 40, chiffre bien considérable pour la pratique d'un seul homme, si ces cas remplissent toutes les conditions requises pour établir une validité incontestable. Toutes ces femmes se sont montrées exemptes d'une infection primaire, autant du moins qu'on peut être sûr d'un tel état des choses. Toutes avaient conçu, et il est *probable, mais non certain*, que tous les fœtus avaient présenté des symptômes syphilitiques. Les symptômes offerts par les mères appartenaient presque sans exception à la série tertiaire; les symptômes secondaires paraissaient avoir été sautés, et n'ont été observés que 9 fois sur 50. Dans beaucoup de cas, une exacerbation manifeste des phénomènes syphilitiques a pu être remarquée dans chaque nouvelle grossesse. Enfin, le plus souvent, ils avaient débuté pendant la grossesse. Dans bien des cas, la maladie ne se montrait que par une cachexie : teinte terreuse, amaigrissement, faiblesse, abattement, douleurs dans les os. Sur les 50 femmes, 23 avaient cet état à un degré bien marqué, 14 à un degré faible, et 12 avaient l'air bien portant. L'infection accrue de la mère à chaque nouvelle grossesse réagissait sur les enfants, et se montrait chez eux par des formes plus graves. Si, dans certains cas, les enfants venus plus tard sont moins malades, il faut en conclure que la cachexie syphilitique s'éteint peu à peu chez le père. Enfin, dans la plupart des cas, les enfants étaient nés en apparence bien portants, et ne se montraient syphilitiques que quelque temps après.

Dans le *Edinb. med. Journ.*, oct. 1856 (même journal allemand, juin 1857), le docteur Balfour a publié, sur le même sujet, trois observations très intéressantes qui doivent peser dans la balance.

Obs. I. — Une jeune dame de bonne constitution, n'ayant jamais eu la syphilis, épousa un homme exempt, à cette époque, de toute affection de ce genre, mais ayant eu, quelques années auparavant, un chancre, avec symptômes consécutifs légers, ayant bientôt disparu par un traitement approprié et ne s'étant plus manifestés en rien depuis ce temps. Elle devint enceinte quatre à cinq mois après le mariage, et, deux mois plus tard, M. Balfour constata un psoriasis syphilitique sur le cou, les bras et les jambes, et plusieurs tubercules durs, douloureux, au périnée et jusqu'au vagin. Un traitement actif fut ajourné jusqu'après l'accouchement qui vint en temps normal, et mit au monde un gros garçon de bonne apparence, mais sur lequel il se développa, huit jours plus tard, les symptômes les plus manifestes d'une syphilis héréditaire. L'enfant guérit par un traitement. Chez la mère, les symptômes disparurent spontanément pendant l'état puerpéral, de sorte qu'aucune médication ne fut entreprise. La femme resta parfaitement saine jusqu'à sa seconde grossesse, survenue quinze mois après. On observa alors exactement les mêmes symptômes chez la mère et chez l'enfant que la première fois; mais quoique tout eût disparu après les couches, elle fut soumise, ainsi que son mari, à un traitement par le proto-iodure de mercure. Deux nouvelles grossesses survenues depuis ont été complétement saines et normales pour la mère et pour l'enfant.

Cette observation nous semblerait être sans objection possible, si le père seul avait été traité, et que la femme et les deux derniers enfants eussent été exempts de maladie.

Obs. II. — Une jeune dame très estimée, avait épousé un négociant, de bonne santé en apparence, mais ayant eu, deux ans avant, une syphilis secondaire. Dans le troisième mois de la grossesse, il se montra les mêmes symptômes que dans l'observation précédente ; l'enfant devint syphilitique, guérit, et les accidents de la mère disparurent spontanément. Quelques mois après, elle perdit son mari, et épousa plus tard un propriétaire, dont elle eut trois enfants, sans que ni ceux-ci, ni elle, eussent eu le moindre accident analogue au premier.

Obs. III. — Rapportée trop brièvement. Un homme, ayant eu six ans auparavant son mariage, une syphilis secondaire, procréa un enfant syphilitique et fut traité alors par le mercure. La grossesse suivante se passa sans accident pour la mère et pour l'enfant.

Il est dit que cette observation a beaucoup de ressemblance avec la précédente; il faut donc admettre que la mère a présenté des symptômes pendant la grossesse et qu'elle s'est trouvée spontanément guérie après l'accouchement.

L'auteur relève cette particularité remarquable de la disparition des symptômes après les couches; on peut en conclure qu'il a existé là une intoxication du sang d'une nature autre que celle déterminée ordinairement par la syphilis. C'est même là un caractère spécial qui distingue essentiellement ces observations de celles de M. Hutchinson, et l'on pourrait se demander si c'était bien de la syphilis. Cependant la maladie des enfants, les antécédents des pères, les résultats du traitement ne permettent guère de répondre par la négative, et la seconde et la troisième observation montrent qu'elle ne procédait pas de la mère. — Dr S.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS SES APPLICATIONS A LA PATHOLOGIE, A LA MÉDECINE LÉGALE, A L'ART OBSTÉTRICAL ET A LA CHIRURGIE OPÉRATOIRE;

Par J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. Deuxième édition, corrigée, augmentée et en partie refondue. Un beau volume grand in-8° de 763 pages. — Paris, 1857, V. Masson.

Voici un de ces bons et *vrais* livres qui devraient être entre toutes les mains, sans exception; un de ces livres qui sont non seulement utiles, mais, on peut le dire sans exagération, indispensables aux étudiants pendant le cours de leurs études, aussi bien qu'aux docteurs dans l'exercice de leur profession. C'est une collection immense de faits. Mieux que cela, c'est la coordination méthodique, et dans un ordre qui les grave facilement dans la mémoire, de toutes les parties, nettement délimitées désormais, dont l'ensemble constitue le corps humain, et de toutes les connaissances qu'il importe au chirurgien, au médecin, au physiologiste et au médecin légiste d'avoir à ce sujet. Non d'avoir eues, qu'on le remarque bien, mais d'avoir actuellement, toujours, à chaque instant, présentes à l'esprit; faute de quoi il assistera toute sa vie à des phénomènes morbides, sans liaison entr'eux et sans signification pour lui, partant inexplicables. Il sera forcé de savoir par cœur tous les symptômes des maladies et par cœur aussi quelle peut être leur gravité; s'il s'en produit d'inattendus, il les verra comme voient les bœufs, sans regarder et sans comprendre. Que lui apprendra la souffrance d'organes ou d'appareils qu'il ne connaît pas ou dont il ne connaît pas les rapports et la connexion avec les parties voisines? Incapable d'imprimer le moindre progrès à la connaissance des maladies et à l'art de les guérir, c'est tout au plus s'il pourra se rendre compte des découvertes récentes. Tous les pas en avant que les sciences médicales ont faits de nos jours, sont dus en effet aux notions plus exactes et plus précises que nous avons maintenant sur la structure de nos organes et le mécanisme de leurs fonctions.

Mais nous n'avons pas à faire l'apologie de l'anatomie topographique ; les noms seuls qui jalonnent sa courte et brillante histoire diraient assez quelle est sa valeur et quelles sont ses destinées : Chaussier, Dupuytren, Velpeau, Blandin, Malgaigne; il n'est guère possible de se présenter avec de meilleurs parrains. Nous voulons dire seulement qu'après des maîtres si illustres, M. Pétrequin a su trouver une voie qui est sienne et marquer son œuvre d'un cachet qui lui est propre.

Il serait trop long d'indiquer, ne serait-ce qu'à grands traits, les points de vue nouveaux et les modifications de méthode qu'a introduits M. Pétrequin dans l'étude de l'anatomie des régions; il serait trop long même d'énumérer simplement les additions importantes qui distinguent cette seconde édition de la première. Mais on nous permettra d'ouvrir, au hasard, le volume et de montrer, par le premier exemple venu, de quelle utilité peut être pour le médecin l'ouvrage que nous lui signalons.

A une érudition sans lacunes, M. Pétrequin ajoute le contrôle d'une vaste expérience personnelle et son livre offre au lecteur, outre le mérite de descriptions exactes et didactiques, l'intérêt qui s'attache aux travaux pratiques proprement dits. Les descriptions et les faits se corroborent ainsi mutuellement et se présentent avec l'autorité d'une double garantie; on sent que les premières doivent être exactes, venant d'un chirurgien qui ne s'en est pas tenu à la théorie de son art; et les seconds s'imposent à la conviction du lecteur parce qu'on voit que la pratique du chirurgien s'est constamment éclairée des lumières du savant.

Fort de ces deux qualités, il rectifie, chemin faisant et sans jamais tomber dans les personnalités, les inexactitudes commises par ses devanciers ou ses contemporains :

Après avoir décrit la cavité abdominale, par exemple, il cite des faits curieux qui établissent la légitimité de la division des plaies de l'abdomen en simples et compliquées. Cette division était admise par Dupuytren, et a été contestée par M. Malgaigne dans son *Anatomie chirurgicale*, sur la foi des expériences de Travers, faites sur des chevaux.

En 1842, on adressa de Voiron à M. Pétrequin un jeune homme qui était tombé sur un pieu du haut d'un mur, et s'était, en quelque sorte, empalé. La pointe du morceau de bois avait pénétré profondément dans le flanc droit; elle s'y était même brisée, et une partie y était restée; ce ne fut qu'un an après l'accident qu'il réussit à l'extraire. A son arrivée, le sondage de la fistule indiquait une profondeur considérable (près de 20 centimètres). Il n'avait jamais éprouvé aucun désordre pouvant faire soupçonner la moindre plaie intestinale. La pointe du pieu avait donc glissé entre les viscères.

L'auteur rappelle, à l'appui de la même thèse, l'observation publiée par M. Roy, dans le *Journal de médecine de Lyon*, mai 1843, concernant un coutelier, âgé de 17 ans, chez qui une longue broche de fer affilée pénétra violemment entre l'ombilic et le flanc, et alla s'implanter dans les os du bassin, vers la symphyse sacro-iliaque, à une telle profondeur,

que trois médecins se lassèrent à l'arracher. Il n'y eut pas d'épanchement, ni le moindre signe de plaie intestinale. La guérison fut complète et rapide.

Enfin, d'après M. Gorup-Besanez, il cite l'autopsie d'un étudiant tué en duel à Erlangen en 1830 : l'instrument pénétra à droite de l'ombilic et alla ouvrir l'aorte avant sa bifurcation; les intestins étaient intacts. Il conclut que l'on est forcé d'admettre des plaies pénétrantes simples.

A propos de l'appareil oculaire, il donne un signe précieux pour reconnaître chez les enfants une habitude funeste, toujours obstinément niée par ceux qui en sont atteints, et qui souvent est la cause ignorée d'une foule de maladies; nous voulons parler de l'onanisme. Selon M. Pétrequin, les enfants livrés à ce vice terrible offrent une pupille transportée en haut et un peu en dedans. La connaissance de ce phénomène peut être, comme le fait remarquer justement l'auteur, fort utile non seulement aux médecins, mais encore aux chefs d'institution, — nous ajoutons : aux parents surtout. — MM. les docteurs Barbier, Chaverial et Deval ont recommandé l'étude de ce symptôme depuis qu'il a été signalé par le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

D[r] Maximin LEGRAND.

RÉCLAMATION.

[Après avoir reproduit la lettre que M. Robiquet a adressée mardi dernier à l'Académie de médecine, nous devons publier la réponse que M. Leras lui a faite et qu'il nous prie d'insérer dans l'UNION MÉDICALE. Les parties se trouvant en présence de leurs juges naturels, la prolongation de cette discussion dans la presse serait sans prétexte, et nous espérons que l'on comprendra de part et d'autre que nous avons atteint les limites de l'impartialité et de la justice. — A. L.]

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur,

Le sentiment de bienveillance et de justice qui vous a engagé à parler de mon travail sur le pyrophosphate de fer et de soude dans l'UNION MÉDICALE du 5 août, m'encourage à vous adresser quelques mots de réponse à la lettre que M. Robiquet vient de nouveau d'envoyer à l'Académie, et que, par convenance, je ne me permets pas d'envoyer à la même adresse.

Je croyais que M. Robiquet, après avoir eu pleine satisfaction, me permettrait au moins de prier l'Académie de vouloir aussi s'occuper de mes travaux, qui sont bien antérieurs aux siens.

Et d'abord M. Robiquet, dans sa lettre du 20 octobre 1857, commet plusieurs erreurs que je dois relever, dans l'intérêt de la vérité.

Il dit : que le pyrophosphate de fer et de soude ne peut pas se conserver, qu'il noircit, se décompose et prend un goût de fer insupportable;

Je conserve, depuis de longues années, des flacons de ce sel qui sont aussi intacts que le premier jour. Un de ces flacons se trouve exposé, depuis six semaines, entre mes deux fenêtres, au midi, à une chaleur qui va jusqu'à 47°. Le liquide est toujours parfaitement limpide.

Il dit : que, porté à une température de 70°, ce sel se décompose; c'est encore une erreur, puisqu'on peut le porter jusqu'à l'ébullition sans le décomposer; en supposant même qu'il ne pût supporter une haute température, cela ne diminuerait en rien le mérite de cette préparation qui, depuis des années, rend à la thérapeutique des services incontestables.

Il dit : qu'on ne peut le transformer en sirop; il y a un an, j'ai remis à qui de droit, un flacon de ce sirop qui avait passé six mois sur ma cheminée. Il est resté transparent et incolore.

Il dit : qu'il ne se prête pas aux formes pharmaceutiques, puisqu'on ne peut l'obtenir solide. J'ai envoyé à l'Académie un flacon de pyrophosphate de fer et de soude en poudre.

Eh bien, Monsieur, par un sentiment de convenance que M. Robiquet aurait dû comprendre, et dont il aurait dû me savoir gré, je n'ai rien dit de tout cela dans ma première réponse, qui, du reste, n'a été insérée dans aucun journal. Mais pourquoi publier de pareilles inexactitudes? Pourquoi chercher à jeter de la défaveur sur un médicament qui, dans bien des localités, a acquis une réputation bien méritée? Aux yeux des personnes clairvoyantes, c'est toujours un mauvais moyen de dénigrer une chose, même mauvaise, pour en faire valoir une autre, serait-elle meilleure.

Je dois le dire, j'ai la conviction que cet honorable pharmacien s'est trompé, et n'a agi que dans l'intérêt de la vérité.

Je disais encore, dans ma réponse : Puisque le pyrophosphate de fer dissous dans du pyrophosphate de soude rend des services incontestables, pourquoi maintenant une nouvelle forme? Pourquoi le dissoudre dans du citrate d'ammoniaque? Cette question bien naturelle a de même été faite par un honorable membre de l'Académie.

On pouvait encore, ainsi que je l'ai fait, demander à M. Robiquet quel avantage peut avoir le citrate d'ammoniaque, dont les éléments sont, je crois, peu assimilables, sur le pyrophosphate de soude, dont les parties constituantes se retrouvent dans notre organisation?

Je dis dans mon travail que les dissolutions du sel de M. Robiquet contiennent 0 g[r],042 de fer métallique par 20 centimètres cubes, et que les miennes contiennent 0,139, 0,166, 0,209. Je ne vois en cela aucune attaque, je me suis servi de la formule même de M. Robiquet, et je donne les miennes. Je ne dis pas un seul mot de son sel solide, que je ne lui revendique nullement, pas plus que ses dissolutions; je lui en laisse tout le mérite, de même que j'ai toujours laissé à M. Persoz le mérite d'avoir trouvé le moyen de dissoudre le pyrophosphate de fer dans du pyrophosphate de soude et d'avoir annoncé que ce sel pourrait rendre des services à la thérapeutique, et même d'en avoir essayé l'application. Mais d'*inadministrable* qu'il était, je suis parvenu à en faire une bonne préparation, très riche en fer, et qui enfin se prête facilement à toutes les formes pharmaceutiques.

Quant à mes expériences sur le suc gastrique, je les ai faites à Paris même, dans le laboratoire de M. Pelouze. J'en ai fait part à l'Académie des sciences en 1849; elles sont consignées dans les *Comptes-rendus*. En 1854, après avoir fait des expériences concluantes sur les avantages de ce sel en thérapeutique, j'ai présenté à l'Académie de médecine le même travail dans lequel j'ai expliqué comment j'avais opéré. Ce mémoire était accompagné d'échantillons de mon produit. Je me suis mis à la disposition de la commission, à laquelle j'aurais fourni formules, manière d'opérer, enfin tous les renseignements possibles. Je suis même allé chez M. Bouchardat, etc. Mais je n'ai plus *entendu parler de ce travail*. Et si même mes expériences sur le suc gastrique n'eussent pas eu les résultats que j'ai trouvés ou que j'ai signalés, le pyrophosphate de fer et de soude, tel que je le prépare, n'en serait pas moins un excellent médicament.

Enfin M. Robiquet dit : Que restera-t-il à M. Leras si son sel précipite par le suc gastrique, et si il est prouvé que son sel n'est pas le même que le mien? Rien!... M. Robiquet a oublié d'ajouter : Rien que d'avoir transformé en un excellent médicament une substance chimique, qui, d'après l'aveu de M. Robiquet, ne pouvait être employée; — rien que d'être parvenu à introduire, dans la thérapeutique, une bonne préparation qui, depuis des années, rend de grands services; et il est très probable, ainsi que je l'ai entendu dire maintes fois, que sans les succès obtenus par le pyrophosphate de fer et de soude depuis 1848, M. Robiquet n'aurait peut-être pas présenté, en 1857, le pyrophosphate de fer dissous dans le citrate d'ammoniaque. Enfin, je suis heureux d'apprendre que l'Académie ait bien voulu donner suite à mon rapport; j'ai l'honneur de connaître les trois honorables membres qui forment la commission, j'ai une confiance entière dans leur probité et dans leur intelligente loyauté.

Je m'aperçois, Monsieur, que j'ai dépassé le but que je m'étais proposé en commençant cette lettre. Si vous croyez pouvoir lui donner une place dans vos colonnes, je vous autorise à en retrancher ce que vous voudrez, et je vous serai très obligé de modifier ce qui vous paraîtra défectueux. Mes instants sont tellement employés, que je n'ai même pas le temps de donner à cette lettre une tournure plus convenable.

Je suis heureux, Monsieur, de trouver en vous un défenseur, et je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments très distingués et de ma sincère reconnaissance.

LERAS.

COURRIER.

Par différents décrets viennent d'être promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens dont les noms suivent :

Au grade de commandeur :

M. Lefèvre (Amédée), directeur du service de santé à Brest.

Au grade d'officier :

M. Vincent (F.-A.), premier pharmacien en chef.

Au grade de chevalier :

MM. Gallerand (R.-E.), chirurgien de la marine de 1[re] classe.
Durand-Fardel, inspecteur des eaux minérales d'Hauterive-Vichy.
Marquet, docteur en médecine à Clamecy.
Le docteur Regnier, ancien chirurgien militaire, ancien conseiller municipal : 54 années de services.
Perrin (P.-J.), pharmacien-major de 2[e] classe, en retraite : 36 années de services, 4 propositions.

Le Gérant, RICHELOT.

Tous les médecins connaissent, soit par leurs observations pratiques, soit par la lecture des travaux de MM. Magendie, Barbier d'Amiens, Martin Solon, Williams Grégory, Aran, Vigla, G. Dumont, etc., les propriétés éminemment sédatives de la codéine.

Presque tous lui accordent, contre les affections nerveuses, bronchiques et catarrhales, une action toute spéciale dénuée des inconvénients de la morphine et de ses sels; un petit nombre, au contraire, lui contestent la plus importante de ses propriétés, c'est-à-dire la sédation sans narcotisme et sans congestion.

A quelle cause attribuer cette divergence d'opinions?

Pour M. Berthé, dont les travaux sur cet alcaloïde ont été le point de départ des nouvelles expériences cliniques faites avec la codéine, deux raisons expliquent parfaitement ce désaccord :

La première, c'est le remplacement fréquent de la codéine par la morphine, substance d'une valeur dix fois moindre et si différente dans ses effets.

La seconde, c'est l'absence de formule obligatoire pour la préparation du sirop de codéine.

Cette lacune du *Codex*, en laissant à chaque pharmacien le droit de doser ce médicament à sa fantaisie, jette la plus grande incertitude dans son emploi et produit sans cesse des variations dans ses effets; il suffit, pour s'assurer de la vérité de cette assertion, de consulter MM. Cap et Guibourt, sans parler des autres pharmacologistes les plus éminents, et l'on sera convaincu que les doses indiquées par ces auteurs diffèrent de cent pour cent.

Comment, après cela, s'étonner des idées peu fondées de quelques praticiens sur la valeur thérapeutique insignifiante de la codéine.

Pour remédier à cette fraude et à cette espèce d'anarchie dans les formules, M. Berthé, amené par ses recherches et les observations cliniques de MM. Aran et Vigla à considérer la codéine comme un médicament précieux doué de propriétés toutes spéciales, s'est décidé à préparer lui-même un sirop de codéine chimiquement pur, et régulièrement dosé; de plus, il présente ce sirop aux médecins et au public avec une réduction de prix considérable, conséquence de son travail chimique.

Le but de M. Berthé, dans cette circonstance, n'a pas été seulement de faire un sirop pectoral nouveau et d'une efficacité certaine; il a encore l'espérance, tant sa conviction est profonde, de voir le sirop de codéine ordonné par les médecins dans un grand nombre de circonstances où ils prescrivent les préparations opiacées (sirop, extrait, laudanums), préparations dont l'activité est et sera toujours, quoi qu'on fasse, forcément irrégulière, ainsi qu'il l'a prouvé dans une note récente sur l'opium. (Voir *Moniteur des hôpitaux* des 6 et 13 février 1858, sous ce titre : *Examen critique des divers procédés qui ont été proposés pour doser la morphine dans l'opium.*)

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 98. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 19 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :*
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Par une chaleur lourde et orageuse de 30°, M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures, et l'assistance, il faut le dire, ne témoigne qu'un regret très modéré de cette suppression de la moitié de la séance. Mais M. le Président avait compté sans l'abondance et l'intérêt des communications; et cette séance, qui devait être très courte, a eu sa durée ordinaire, et, malgré la température, n'a jamais été mieux remplie.

Pour M. Bousquet absent, M. Depaul a lu le rapport, ou plutôt un fragment du rapport annuel sur la vaccine. M. Bousquet, qui a accoutumé l'Académie à des rapports développés, s'est montré cette année très sobre, et n'a agité aucune des questions qu'il traitait d'habitude dans ses rapports annuels. Aussi n'y a-t-il eu aucune discussion, et la proposition des récompenses à accorder aux vaccinateurs qui ont fait preuve de zèle, a-t-elle passé sans encombre. Le silence de la commission est-il peut-être, après tout, la meilleure réponse à faire aux accusateurs de la vaccine, que les démonstrations les plus évidentes et l'expression de plus en plus accentuée du sentiment public ne désarment pas.

Un chirurgien de Lyon, dont la renommée égale les plus grandes renommées parisiennes, M. Bonnet, membre associé, a lu un mémoire sur et a fait la démonstration des appareils de mouvement dans les déviations de la taille et les dyspnées qui en sont la conséquence. Nous donnons un résumé de ce travail qui a été écouté avec la plus grande attention par l'Académie. D'après une simple interpellation, fort discrète d'ailleurs, mais significative de M. Bouvier, il a été facile de voir que si une discussion se fût engagée sur ce travail, on eût contesté à M. Bonnet la nouveauté des principes et de l'appareil instrumental qu'il venait de produire. Nous devons laisser aux spécialistes de l'orthopédie le soin de compléter l'interpellation de M. Bouvier; mais, tout en réservant la question de nouveauté, nous n'en dirons pas moins que la communication de M. Bonnet a vivement saisi les esprits par la clarté de l'exposition, par les considérations physiologiques sur lesquelles ce savant chirurgien appuie les moyens thérapeutiques employés, par les résultats obtenus et par la réserve de ses conclusions. M. Bonnet, en effet, n'annonce pas des guérisons des déviations de la taille par l'emploi de ses appareils. Il se borne à obtenir des améliorations passagères qui, secondées par l'emploi des autres moyens connus, peuvent devenir permanentes. Le point sur lequel il insiste est le soulagement qu'il procure à ces pauvres malades dont les organes comprimés dans une cage thoracique déviée, sont en proie à des dyspnées douloureuses qui deviennent de plus en plus graves.

M. Ch. Robin, dans une communication que les exigences de l'ordre du jour l'ont forcé d'écourter, a appelé l'attention de l'Académie sur les transformation anatomiques que subissent les vaisseaux ombilicaux après la chute du cordon. D'après les recherches de M. Robin, les dispositions admises par tous les anatomistes ne seraient pas celles que présente la nature, dans la généralité des cas, car sur 41 dissections, il n'a trouvé qu'une fois exacte la description donnée par les auteurs.

Dans une savante communication, M. Serre (d'Uzès) a présenté des considérations très intéressantes sur le mécanisme de la vue stéréoscopique.

Amédée LATOUR.

ORTHOPÉDIE.

DES APPAREILS DE MOUVEMENT DANS LES DÉVIATIONS DE LA TAILLE ET LES DYSPNÉES QUI EN SONT LA CONSÉQUENCE;

Résumé du Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 17 août 1858,

Par M. BONNET, de Lyon, membre associé de l'Académie.

Malgré des travaux nombreux et des tentatives variées, les déformations de la taille restent souvent incurables ou ne sont améliorées que partiellement et pendant un temps très court. L'impuissance de l'art en ce qui regarde les difformités du tronc, tient en grande partie à la raideur qui se produit, avec l'âge, dans les articulations de la colonne vertébrale et des côtes. Cette raideur accroît les difficultés du traitement jusqu'au point de les rendre insurmontables après l'adolescence, et elle produit ces oppressions si graves, si fréquemment mortelles qui font qu'après la quarantième année, les déviations prononcées de la poitrine ne sont plus de simples difformités, mais de graves lésions.

Les causes de cette ankylose incomplète dépendent de la difformité d'abord, de l'immobilité ensuite; d'où il résulte que, pour rendre un jeu libre aux os du tronc dans les déviations de la taille, il ne faut pas se contenter d'agir sur la direction vicieuse par des pressions ou des tractions prolongées. mais qu'il faut faire mouvoir avec persévérance les os dont le jeu est depuis longtemps ralenti ou supprimé.

La gymnastique et les manipulations étant impuissantes à remplir cette dernière indication, j'ai été conduit à étendre aux raideurs de la poitrine, compliquées de difformités de la taille, le principe des appareils de mouvement que j'ai imaginés et employés d'abord pour les articulations des membres. Aucune application de ce genre n'a présenté d'aussi grandes difficultés. Je n'ai obtenu quelques résultats que par la persévérance de mes efforts réunis à ceux de M. Blanc, mécanicien-orthopédiste à Lyon.

Ceux que j'ai fait construire pour les tailles déviées sont de deux espèces : les uns tendent uniquement à faire cesser la torsion vicieuse du thorax; les autres ont pour effet simultané de combattre cette torsion et de redresser les incurvations latérales de la poitrine.

Quelle que soit la disposition que l'on adopte, l'essentiel est de faire agir le levier par pressions intermittentes, répétées aussi souvent que les efforts d'expiration.

Lorsqu'on exécute cette manœuvre, on voit si l'ankylose n'est pas complète, la série des apophyses épineuses former une courbe moins prononcée, arriver à la ligne droite ou même s'infléchir en sens inverse; la taille s'allonge momentanément, et cet allongement peut aller jusqu'à 1 et même 2 centimètres dans les premiers moments qui suivent une séance d'un quart d'heure à demiheure.

En présence de ces effets immédiats, on ne peut douter que l'usage des appareils du mouvement ne contribue au rétablissement d'une bonne direction.

Depuis huit à dix ans que je les emploie, je les ai toujours associés, indépendamment des modificateurs de la constitution, à l'usage d'une gouttière vertébrale qui empêche toute position vicieuse pendant le séjour au lit, et à celui d'un corset-tuteur qui tend à soutenir la colonne pendant la station debout.

Les pressions exercées à l'aide de l'appareil ont été répétées deux fois par jour pendant une durée croissante de quinze à quarante minutes. Cet office a été confié aux personnes qui soignaient les malades; et comme l'emploi de ces moyens n'offre aucune difficulté et n'entraîne aucune douleur, les traitements ont été suivis, non dans des établissements spéciaux, mais dans les familles ou dans des pensionnats.

Feuilleton.

PROFESSIONNELLES.

A Monsieur Camille BOUCHET, de Pourlans.

Je m'adresse à vous et je vous choisis pour juge, mon cher Camille, parce que me connaissant depuis l'époque où j'ai commencé mes études à l'École de médecine, vous ne vous méprendrez pas sur le sens de mes paroles; parce que n'étant pas médecin et habitant la campagne, où vous relisez Molière, vous êtes dans des conditions parfaites d'impartialité; et, enfin, parce qu'étant d'un caractère chevaleresque, dans la belle et généreuse acception du mot, si vous me donnez raison, c'est que j'aurai cent fois raison.

Je veux vous parler en toute liberté et sans équivoques possibles d'une chose délicate et grave : de quelques-uns des droits réciproques du médecin et de la société. Je sais ce qui me manque pour le faire avec quelque autorité, mais je sais aussi ce qui me guide et je suis sûr que vous apprécierez mes motifs.

Donc, je suis appelant devant votre tribunal, laissez-moi vous exposer sommairement les faits de la cause.

Le tribunal correctionnel de la Seine (8me chambre), sous la présidence de M. Rolland de Villargues, retenait, le 27 juillet 1858, une affaire de coups et blessures dans laquelle s'est produit un incident regrettable à tous les points de vue, et dont l'UNION MÉDICALE, journal des intérêts professionnels, doit se préoccuper. Le sieur Chamrobert, bourrelier à Vaugirard, frappé et poursuivi par une mégère, tombe sous la roue d'une voiture qui lui écrase le pouce. Il perd connaissance et on l'emporte chez lui. Nous laissons parler M. Edouard Bourdet, avocat, qui rend compte des débats dans la *Presse* (28 juillet) :

« Des voisins le soignaient et lui déclarèrent qu'ils avaient été chez quatre médecins sans en trouver un seul; vint enfin M. Nel, docteur en médecine à Vaugirard, rue Constantine, 7; mais ce médecin réclama 8 francs pour sa visite avant d'examiner le blessé; celui-ci déclara qu'il n'avait pas 8 francs chez lui, mais qu'il les paierait plus tard.

» Le médecin ne voulut pas se contenter de cette promesse, et se retira sans avoir voulu examiner la blessure. En sortant, il rencontra M. Granger, propriétaire de la maison, qui lui demanda des nouvelles du blessé. Le docteur raconta ce qui venait de se passer, et le propriétaire offrit de garantir le paiement, n'ayant pas d'argent sur lui. Nouveau refus du médecin, qui sort alors de la maison.

» Ces faits résultent des dépositions parfaitement identiques du blessé et de M. Granger qui ajoute : c'est nous-mêmes, les voisins de M. Chamrobert, qui l'avons pansé; l'un lui a remis le pouce, un autre lui a posé des compresses; nous avons fait ce que nous avons pu.

» M. LE PRÉSIDENT : En demandant 8 francs, le médecin Nel a-t-il dit qu'on voulait qu'il rédigeât un rapport sur l'état du blessé ? Il a dit cela devant le commissaire de police qui l'a interrogé.

» LE SIEUR GRANGER : Il n'a pas été question de rapport avec moi.

» M. LE PRÉSIDENT : C'est vraiment un fait scandaleux et incroyable, qui ne saurait être trop énergiquement flétri. Il est heureux qu'il se trouve à l'audience des représentants de la presse pour signaler un tel fait à l'indignation publique. Il est déplorable de voir des médecins refuser leurs soins dans des circonstances semblables; de pareils faits sont utiles à signaler, afin que l'opinion publique en fasse justice. Nous sommes habitués à plus de dévoûment et de désintéressement de la part des médecins; le médecin de Vaugirard est une bien malheureuse exception.

» Les autres témoins entendus déposent des faits relatifs aux coups portés par la prévenue au sieur Chamrobert et les établissent dans le sens de la prévention.

» M. L'AVOCAT IMPÉRIAL JOLLY, après avoir requis contre la prévenue l'application de la loi, a joint son blâme contre le médecin aux paroles de M. le Président. Il a rappelé un fait analogue qui s'est passé sur le boulevard, où un médecin a refusé de donner ses soins à une pauvre vieille femme qui venait de faire une chute.

» Toutes les fois, dit en terminant M. le substitut, qu'un si mauvais exemple sera donné par un membre du corps si honorable, si utile et d'ordinaire si dévoué des médecins, notre devoir sera de le signaler à la publicité et à l'indignation de tous. Nous savons tout ce que cette belle profession demande de fatigue, d'abnégation et de dévouement; l'estime publique est la seule récompense digne de ses sacrifices; mais, cette fois, le médecin a manqué à tous ses devoirs, et nous l'abandonnons au blâme sévère qu'il a si bien mérité.

» Le tribunal, après une courte délibération, a condamné la veuve Échaubart à quatre mois de prison. »

Supposons le fait vrai (aucun des journaux littéraires et politiques qui ont si complaisamment prêté leur publicité à MM. de la Cour et du parquet, n'a émis le moindre doute sur sa véracité, tout en disant, comme la *Gazette de Paris*, que dans la société moderne, le médecin est l'homme qu'on honore le plus, et voyons.

Il est triste, assurément, qu'un malheureux blessé reste sans secours faute d'argent; cela est affreux. Mais, après tout, demeurer sans pansement après une luxation du pouce, c'est moins grave que de mourir de faim; et je demande humblement si un blâme serait infligé à un boulanger ou à un restaurateur qui aurait refusé de nourrir gratis un homme exténué.

Cela arrive tous les jours, par malheur.

On s'apitoie sur la misère de l'homme qui a besoin, mais on comprend que les boulangeries ne soient pas librement accessibles à la foule des affamés, et le commissaire de police qui vient constater le décès par inanition, ne dénonce point au mépris et à l'indignation publics la conduite inhumaine des boulangers qui l'ont laissé périr.

A cela les présidents de chambre répondront, avec M. Rolland de Villargues, que c'est une affaire d'habitude : les médecins les ont habitués au dévouement et au sacrifice, tandis que les boulangers ont fait tout ce qu'ils ont pu afin d'empêcher de naître cette habitude dispendieuse pour eux, et ils y ont réussi. — Ils répondront encore que la boulangerie n'est pas une profession libérale...

Permettez, vous ne considérez la médecine comme libérale que quand il s'agit de lui imposer des devoirs; vous repoussez cette prétention

Dans quelques difformités peu prononcées, sans raideurs notables, et chez des sujets de moins de 10 ans, on a pu obtenir une disparition de toute difformité. Mais la grande majorité de nos malades, étant âgées de 12 à 18 ans, et les courbures très prononcées et très solidement maintenues, nous n'avons obtenu que des améliorations très notables, il est vrai, lorsque les malades ont été persévérants.

Cette simple diminution n'étonnera pas ceux qui connaissent l'extrême difficulté que présente la cure des déviations de la taille après la puberté; ils accepteront, je l'espère, avec satisfaction, un traitement qui peut se faire dans l'intérieur des familles, qui améliore la santé, produit un redressement sous les yeux mêmes de l'observateur, et prépare, par l'assouplissement des articulations, le succès qui est compatible avec la gravité des lésions.

Dans les dyspnées qu'entraînent les déformations anciennes de la poitrine, l'usage des appareils de mouvement continué pendant plusieurs mois, suffit à lui seul pour produire un soulagement très notable. Lors même que l'on ne réussit point à diminuer la déformation ou qu'on ne la diminue que très imparfaitement, les malades recouvrent la faculté de marcher, de monter, de courir même, sans être arrêtés par l'oppression qui les fatiguait auparavant.

Ces résultats ont été obtenus chez plusieurs jeunes personnes de 14 à 18 ans, ayant des déformations extrêmes, et bien que la difformité des plus malades n'ait été que médiocrement améliorée. Bien plus, ils ont été observés chez une demoiselle de 55 ans, affectée, depuis plusieurs années, d'une anhélation extrême qui allait toujours croissant et qui s'accompagnait d'étourdissements fréquents et d'une décoloration extrême. L'amélioration persiste depuis quatre ans, grâce aux manœuvres de mobilisation que la malade reprend de temps à autre, quand ces accidents tendent à se renouveler.

Ces faits sont remarquables; ils indiquent un véritable progrès; ils prouvent que lorsque les déviations sont devenues incurables, il est encore possible de diminuer la fâcheuse influence qu'elles exercent sur la respiration.

En présence de ces effets, on est conduit à se demander si l'on ne pourrait pas réussir par des moyens analogues, en agissant sur des poitrines dont la conformation est régulière. Je me suis beaucoup occupé de la solution de ce problème : j'ai fait construire des appareils, très simples, du reste, par lesquels je cherche à agrandir artificiellement la capacité de la poitrine, en redressant la concavité que présente en avant la région dorsale. Mais les recherches que j'ai faites sur ce sujet, quoique très nombreuses, sont encore incomplètes; elles demandent à être poursuivies et ne peuvent encore vous être présentées : je ne peux insister que sur les applications des appareils de mouvement, faites depuis longtemps aux roideurs et aux difformités des articulations des membres, et sur celles que j'expose aujourd'hui pour la première fois et qui ont trait aux déviations de la taille et aux dyspnées qui en sont la conséquence.

Si l'on rapproche les uns des autres tous les faits qui démontrent l'utilité de ces mouvements passifs, on sera conduit à donner place dans la pratique à l'ensemble des appareils qui permettent de les exécuter le plus souvent sans aide et toujours avec une régularité et une douceur dont l'influence sur la guérison ne peut être appréciée que par ceux qui en ont fait usage.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LETTRE MÉDICALE SUR LES CHEMINS DE FER

(MÉCANICIENS ET CHAUFFEURS).

A Monsieur le docteur Duchesne.

Cher et honoré confrère,

Vous avez sans doute eu peur de troubler encore ce qu'il vous plaît d'appeler *ma douce quiétude*, puisque vous ne m'avez même pas envoyé la lettre sur la suscription de laquelle vous m'avez fait l'honneur de mettre mon nom (1), si bien que tout le monde a pu la lire, excepté celui à qui elle était adressée. Ce n'est en effet qu'accidentellement et parce que mon collègue M. Devilliers m'a communiqué sa réponse (2) à vos deux lettres suivantes (3) que j'ai enfin été instruit de l'existence de la première, qui me concerne plus particulièrement. Comme l'état de ma santé ne me permet pas de me livrer actuellement à un travail suivi ni d'entamer avec vous une polémique sur un sujet que j'espère avoir le temps d'exposer un jour avec plus de développements, je me bornerai à vous donner les renseignements qui paraissent vous faire défaut sur l'état sanitaire des mécaniciens et des chauffeurs.

La maladie spéciale que vous avez redoutée pour ces ouvriers, n'existe pas en réalité, — ou du moins elle n'a jamais été observée sur le chemin de fer d'Orléans. — Je conçois que vous ayez pu craindre, théoriquement, que mécaniciens et chauffeurs, soumis pendant leur travail au mouvement continuel de *trépidation de la machine*, ne soient exposés par ce seul fait à une altération particulière de la substance nerveuse cérébrale ou spinale, et que cette substance si fine, si délicate ne finisse par être altérée dans sa structure sous l'influence de cet ébranlement répété qui aurait au moins, selon vous, pour effet de la ramollir et de la désagréger. Cette explication est, j'en conviens, fort ingénieuse, et je ne lui adresserai qu'un tout petit reproche, c'est d'avoir la prétention de donner la raison de faits qui n'existent pas. Non, mille fois non, les mécaniciens et les chauffeurs ne sont exposés à aucune maladie spéciale résultant de cette trépidation de la machine, et si quelques-uns d'entre eux ont dit à M. Cahen : « *Nous savons bien que c'est par les jambes que nous périssons*, » c'est qu'ils avaient fait comme vous de la théorie pure, car en rentrant dans la pratique et en jugeant par ce qu'il a vu, sans s'en tenir exclusivement au dire de ces employés, notre collègue du chemin de fer du Nord insiste sur ce fait que : « si presque tous se plaignent d'éprouver de la fatigue » dans les jambes, ils ne manquent pas d'ajouter que *quelques heures* » *de repos suffisent pour faire disparaître* COMPLÉTEMENT *cette fatigue*, » et aucun d'eux ne connaissait d'exemple d'affaiblissement des jambes » qui eût obligé à faire cesser le service de mécanicien. » (UNION MÉDICALE, 6 août 1857.)

En vérité, il vous a fallu une préoccupation que je ne m'explique pas pour trouver une opposition entre les idées émises par M. Cahen dans le travail auquel j'emprunte cette citation, et celles que j'ai exposées dans ma note présentée à l'Académie des sciences (séance du 20 juillet 1857). J'ai dit que les mécaniciens et les chauffeurs ne sont exposés à aucune maladie particulière, et que les seuls accidents auxquels ils seraient soumis par l'exercice de leur profession, sont des accidents purement traumatiques, des plaies ou des brûlures résultant d'une avarie quelconque, survenue dans leur machine, et plus ordinairement de la rupture d'un tube par la vapeur. Et mes collègues des chemins de fer, au lieu de *sourire d'incrédulité*, comme vous leur en prêtez la peu charitable intention, ne font que confirmer cette assertion. M. Cahen, en vous disant : « En résumé, les mécaniciens sont, en gé- » néral, dans des conditions de santé excellentes, la mortalité paraît » moindre chez eux que dans les autres professions, même si on tient » compte de la mortalité par accidents; les maladies sont plus rares » chez eux qu'en moyenne dans les autres professions; *il n'existe* » *aucune maladie qui leur soit particulière*; ce sont les jambes qui fati- » guent le plus dans leur service. Quant à cette fatigue, elle est géné- » ralement très supportable; le repos et des bains suffisent pour faire » disparaître ce qu'elle a de pénible. Ce n'est pas là une maladie. » (*Loc. cit.*) Et M. Devilliers en vous répondant : « Je ne nie pas qu'un » long séjour sur les locomotives et leur mouvement de trépidation ne » développent des douleurs et une certaine faiblesse dans les extrémités » inférieures; mais ces douleurs et cette faiblesse, qui d'ailleurs sont » ordinairement *passagères*, se remarquent chez les ouvriers de beau- » coup d'autres professions... Je suis contraint de soutenir que les sym- » ptômes que vous attribuez à la *prétendue maladie* (appelée par vous » *maladie des mécaniciens et des chauffeurs*) sont plutôt l'expression » d'une fatigue musculaire et articulaire que d'une affection de la moelle » épinière, et qu'*ils n'appartiennent pas à une maladie qui mérite* » *d'être désignée par un nom particulier*, et classée d'une manière » spéciale dans le cadre nosologique. » (*Moniteur des hôpitaux*, 29 juillet 1858.)

Vous le voyez, mon cher confrère, tous les médecins des chemins de fer, qui y ont regardé de près et attentivement, ont vu de la même manière, et il faut bien convenir que si vous avez vu autrement que nous, c'est que vous avez été obligé d'y regarder de plus loin, de trop loin peut-être pour voir bien et juste. Je pourrais vous démontrer, en m'appuyant également de l'autorité de mes collègues, que les mécaniciens ne sont pas sujets, comme vous le pensez, aux névralgies ou aux rhumatismes, affectant comme siége de prédilection la partie droite du corps, mais les faits me suffiront pour établir, d'une façon péremptoire, que cette hémiplégie rhumatismale ou névralgique n'existe, comme la maladie des chauffeurs et des mécaniciens, que dans votre imagination, et que les organes des sens, notamment la vue et l'ouïe, ne subissent chez eux aucune altération spéciale.

Il résulte, en effet, du relevé que j'ai dressé conjointement avec M. le docteur Salone, des cas de maladies observées en deux ans, au dépôt de Paris, sur le chemin de fer d'Orléans, que, dans ce dépôt composé de 85 employés (ainsi répartis : 40 mécaniciens, 12 élèves mécaniciens et 33 chauffeurs), il y en a 28 qui remplissent ces fonctions depuis plus de dix ans, et 7 seulement depuis moins de trois ans; ils ont donc été, en général, soumis depuis un temps assez long aux influences professionnelles qui, suivant vous, auraient dû altérer leur santé. Eh bien, sur aucun d'entre eux nous n'avons rencontré la moindre maladie du système nerveux, portant soit sur le cerveau, soit sur la moelle, et se traduisant par des symptômes de paralysie, de contracture, d'atrophie, ou de simple sensation de faiblesse, avec ou sans engourdissement ou fourmillements dans les membres, soit supérieurs, soit inférieurs. En revanche, et comme pour prouver qu'il n'y a pas chez eux inertie des fonctions génitales, nous avons constaté 30 blennorrhagies et 12 cas de chancres ou d'accidents syphilitiques secondaires, sans parler de ceux des accidents de cette nature qui nous ont été cachés par les intéressés. Les maladies que nous avons rencontrées le plus fréquemment sont : du côté des voies respiratoires, 25 bronchites et 22 angines simples, sans aucun cas de pneumonie ni de pleurésie; et du côté des voies digestives 28 dyspepsies, à propos desquelles nous avons dû nous demander si elles n'avaient pas été occasionnées par quelque excès de boisson. Le sens de l'ouïe ne nous a présenté aucune altération (1). Nous avons pu noter que l'exercice auquel les organes du sens de la vue sont soumis, loin d'altérer cette fonction, ne faisait que la perfectionner, puisque 23 de ces employés ont remarqué que l'étendue de la portée de la vision est augmentée chez eux, sans qu'aucun se soit plaint de sa diminution. Nous avons trouvé 12 cas de conjonctivite simple, et 1 cas de plaie de la cornée ayant amené l'opacité de cette membrane et la perte de la vue du côté correspondant. Quant aux rhumatismes, nous les avons notés 20 fois, mais 5 fois seulement à l'état de rhumatisme articulaire aigu plus ou moins généralisé, sans prédilection d'un côté plutôt que de l'autre, et 15 fois à l'état de simple lombago ou courbature. 4 seulement de ces employés ont des varices, et un seul présente un ulcère variqueux; cet individu a 19 ans de service sur les machines. Après cela, je vous dirai que nous avons trouvé 19 cas de prurigo, 4 d'urticaire, 1 de fièvre typhoïde suivie de mort, 23

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 29 juin 1858.
(2) *Ibid.*, 29 juillet 1858.
(3) *Ibid.*, 3 et 10 juillet 1858.

(1) En dehors de ces 85 employés, j'ai eu, depuis dix-huit ans, occasion de constater un seul exemple de surdité parmi nos mécaniciens.

---

quand il s'agit de ses droits. — LES MÉDECINS PAIENT PATENTE. — Ils diront encore : les avocats plaident d'office. Il n'y a ici qu'une assimilation forcée entre les avocats et les médecins. D'abord, les avocats ne paient point patente. Ensuite, leurs plaidoiries d'office, devant le public, sous les yeux des magistrats, leurs chefs hiérarchiques, offrent des avantages considérables aux jeunes avocats. Enfin quand un avocat prend, pour la première fois, la défense gratis d'un accusé et s'efforce d'être utile à son semblable, il y a plusieurs années déjà que le médecin se consacre tout entier, et gratis, au soulagement des malades. Compte-t-on pour rien le stage dans les hôpitaux? tous les soins et les pansements d'office que font les étudiants aux malades des établissements hospitaliers, sans profits et sans gloire? etc., etc. Je le répète : oui, il est horrible qu'un homme meure ou souffre faute de soins; mais il ne faut pas vous en prendre au médecin : vous vous trompez d'adresse. Adressez vos récriminations à qui de droit. Vous faites payer cher l'instruction aux médecins, vous leur faites payer patente, vous les assimilez à des marchands; ils doivent donc être, à leur tour, payés; payés strictement, absolument, toujours, et dans tous les cas, payés.

Serait-il donc si difficile de leur allouer, sur le budget communal ou municipal, des vacations pour leurs visites et leurs soins rendus aux indigents?...

Mais cela m'entraînerait trop loin, et sur une pente trop dangereuse, de vouloir examiner les moyens. Pour tous autres que pour des hommes habitués, comme nous le sommes, à la contradiction, les paroles des magistrats de la huitième chambre auraient, en effet, une portée formidable. Elles pénètrent jusque dans les profondeurs des problèmes sociologiques les plus graves. Si vous posez le droit, entendez-vous, *le droit* d'être secouru en cas de maladie, où cela ne vous mènera-t-il pas? N'est-il pas des droits plus sacrés encore et plus pressants que celui-là?... On tentera d'échapper à cette logique, en disant qu'il ne s'agit pas de droits, mais simplement de devoirs imposés à certains hommes envers les autres. Ces équivoques ne sont plus possibles, et l'idée de devoir n'a de sens qu'autant qu'elle est corrélative de l'idée de droit. Évidemment, si la société n'a pas le droit d'imposer au médecin de soigner gratis les malades, cela ne saurait être un devoir pour un médecin. Voyons, toutefois, sans aller au fond des choses, et en nous tenant dans l'interprétation la plus restreinte des *vœux* de la magistrature, si ces vœux sont acceptables, tels qu'ils ont été exprimés.

Disons donc, plus doucement même que ne l'a dit M. le président Rolland de Villargues, « il est bon qu'un homme malade ou blessé soit secouru. » Dans ces termes, cette proposition sera acceptée par tout le monde; secouru par qui? par le médecin; j'entends; mais, aux dépens de qui? sera-ce du médecin? Prenez garde, vous ne sauriez rendre les médecins responsables des maux physiques qui désolent et dépravent l'humanité, sans leur donner en même temps les moyens de conjurer ces fléaux par tous les moyens qu'ils croiront efficaces, et voilà le corps médical investi d'une action et d'un contrôle sans bornes. Ce n'est pas cela; soit. Alors je reviens à mes moutons, je veux dire à ma comparaison avec les boulangers. Il est bon qu'un homme ne meure pas de faim. Vous reconnaissez cependant que les affamés ne sauraient être nourris aux dépens des boulangers. C'est une affaire de charité générale. Les demi-mesures sont le tempérament même de la société actuelle. Le secours en cas de maladie et d'accident pourrait donc être aussi une affaire de charité générale, et à ce titre, les magistrats et le barreau devraient y concourir dans la mesure de leurs convictions ou de leur sensibilité. C'est dire que leur apport serait considérable, car, évidemment, on les calomnierait en supposant que leur blâme indique moins de pitié envers le blessé que de mauvais vouloir contre le médecin. Eh bien! si considérable que soit cette part, je les préviens d'une chose, c'est qu'elle sera inférieure pour chacun d'eux, en moyenne, à la somme d'honoraires dus que perd *volontairement* chaque année, le moins dévoué de ces laborieux praticiens que l'on traite, à l'occasion, avec si peu de ménagement.

Revenons donc, tous tant que nous sommes, à des sentiments de véritable équité et avant d'exiger, chez les autres, de la générosité, tâchons de pratiquer la justice : « Avant de songer aux dentelles, eût dit Champfort, occupons-nous d'avoir des chemises. »

Ce que vous venez de lire, mon cher Camille, est l'exposé un peu confus peut-être et sans ordre, des réflexions premières qui m'ont assailli à propos de ces malheureux débats.

Voici maintenant, si vous êtes encore indécis, de quoi vous décider au point de vue du droit écrit, du Code. M. E. Martin, docteur en droit, dans une consultation publiée, à ce sujet, par le *Moniteur des hôpitaux*, a rappelé les vrais principes, ainsi formulés par M. le procureur-général de la Cour de cassation, à l'occasion d'une affaire analogue :

« La première condition pour qu'un juge, un tribunal quelconque, soit en droit de statuer sur la personne, l'honneur ou les biens d'un citoyen, est qu'il soit leur justiciable. Il faut avoir été cité ou accusé régulièrement devant eux, et mis à la portée de se faire entendre avant d'être jugé et condamné; car, au civil comme au criminel, les juges ne peuvent valablement prononcer que : parties ouïes. — Cela est si vrai, surtout en matière pénale, que, même quand un homme est accusé et renvoyé devant une Cour d'assises, il ne peut être jugé que sur les faits portés en l'acte d'accusation qui lui a été signifié, et sur lequel il a été mis à même de se défendre. La loi dit expressément et avec juste raison (C. inst. crim., art. 271) que « le procureur général ne pourra porter à la Cour aucune autre accusation, à peine de nullité, et, s'il y a lieu, de prise à partie. » — Donc, à plus forte raison, quand un homme n'est cité, ni accusé, ni partie, à un titre quelconque, dans un procès civil ou criminel, il n'est pas permis aux tribunaux de se saisir, pour ainsi dire, d'office de sa personne; d'examiner, de discuter, d'incriminer ses actes et sa conduite, sans qu'il y ait pour lui possibilité d'élever la voix, de se faire entendre, de se disculper.

» Vainement, dirait-on que le dispositif du jugement ne renferme contre cette personne aucune condamnation; qu'il n'est question d'elle que dans les motifs. Eh! qu'importe? si ces motifs lui infligent par le fait une peine morale qui affecte son honneur et sa considération. »

M. E. Martin ajoute : « Dans l'affaire de M. le docteur Nel, il ne subsiste aucun acte, jugement, procès-verbal ou autre document régulier, que ce médecin puisse déférer à la révision d'une juridiction supérieure. Telle a été la précipitation commise à son égard que, n'ayant pas même été condamné par défaut, puisqu'il n'a pas été appelé, il se trouve que l'espèce de sentence rendue contre lui a reçu, par le fait de la publicité immédiatement donnée sur l'appel même du président, une exécution complète et en quelque sorte irrévocable. Ce n'était pas assez de la cen-

de fièvre éphémère ; et si j'ajoute 4 exemples de hernie inguinale, j'aurai épuisé toute la pathologie de nos chauffeurs et mécaniciens, pathologie qui, vous le voyez, ne présente rien de grave ni surtout de spécial. Aussi je persiste à dire que les seules altérations résultant pour ces hommes de l'exercice de leur profession, sont les lésions traumatiques qu'il me reste à mentionner, et qui, dans cette période de deux ans, n'ont pas été extrêmement nombreuses. Un chauffeur a été écrasé, et il en est mort. Il y a eu, en outre, une fracture de jambe, un écrasement de la jambe, un du pied, 12 contusions sans grande gravité, et 4 brûlures de médiocre étendue.

Ce sont ces dernières maladies qui, je le répète, constituent les seules affections spéciales auxquelles soient exposés les mécaniciens et les chauffeurs; une chose m'étonne même, c'est qu'elles ne soient pas plus fréquentes malgré toutes les précautions prises pour les éviter. Ainsi : qu'un tube de vapeur vienne à crever, il faut qu'il soit immédiatement bouché avec un petit cône de bois, et cette opération demande beaucoup d'adresse et de promptitude pour être faite avec succès. Un instant d'hésitation ou de retard peut amener de graves accidents; aussi, fréquemment, les mécaniciens sont-ils brûlés par la vapeur surchauffée au moment où ils veulent obturer l'ouverture par laquelle elle s'échappe. Dans des circonstances plus fâcheuses et fort heureusement plus rares, ils peuvent être asphyxiés par cette même vapeur, comme cela est arrivé une fois sur la ligne d'Orléans.

Habitué que j'étais à ne rencontrer aucune maladie spéciale parmi les mécaniciens et les chauffeurs, j'ai été, je l'avoue, fort ému lorsque vous nous en avez signalé une excessivement grave dont la connaissance aurait échappé à mes investigations répétées. Je me suis empressé de revoir mes notes personnelles et celles qui m'avaient été adressées par tous mes confrères de la ligne; non content de cela, j'ai fait ou provoqué de nouvelles enquêtes dans lesquelles près de 200 observations ont été consignées, et nulle part je n'ai trouvé trace de la maladie que vous venez de découvrir. Le résultat de mes recherches a été communiqué à l'Académie des sciences, et je suis heureux de constater aujourd'hui que tous les renseignements qu'en ma qualité de doyen des médecins de chemins de fer j'avais été le premier à rendre publics, concordent parfaitement avec ceux recueillis par mes plus jeunes collègues des lignes de Lyon et du Nord. En l'absence de toute maladie spéciale, quelles modifications utiles, au point de vue de l'hygiène, voulez-vous donc que je provoque en faveur des ouvriers dont vous nous exagérez les fatigues aussi bien que les maladies? Ferai-je faire une guérite sur leurs locomotives? Non, certes, car s'ils étaient ainsi abrités pendant une partie de leur travail, ils se vêtiraient peut-être moins convenablement et seraient exposés à des refroidissements ou tout au moins à de brusques changements de température, lorsque les exigences de leur service les appelleraient hors de cet abri, car vous savez bien qu'ils sont exposés à aller quelquefois d'un bout de la machine à l'autre, et plus souvent encore sur le tender. Du reste, je suis de ceux qui croient que l'exposition de leur corps entier à un courant d'air vif et continu, est une des causes principales de la bonne santé, de la constitution robuste qu'ils présentent. Et vous me semblez vous-même, cher confrère, partager un peu mon avis sur ce point, puisque vous convenez, dans votre livre, qu'il n'est pas rare de voir des élèves ajusteurs malingres et souffreteux devenir robustes et bien portants à dater du moment où ils montent sur la machine.

Quant à la fatigue excessive que ces employés éprouvent, elle est aussi imaginaire que les maladies auxquelles vous les aviez condamnés. Il est vrai que quelquefois ils ont à faire un trajet de 468 kilomètres dans les vingt-quatre heures, mais c'est là un travail exceptionnel, comme vous l'a fait remarquer M. Devilliers, qui a du reste fort judicieusement ajouté que la fatigue résulte moins pour les mécaniciens et les chauffeurs, du nombre de kilomètres parcourus que du temps passé sur la machine. En effet, ceux qui conduisent de Tours à Paris en train express sont moins fatigués que ceux qui nous amènent d'Orléans un convoi de marchandises. Aussi le trajet parcouru par ces derniers est-il de moitié moindre, et lorsqu'en nombres ronds, les mécaniciens conduisant les trains de voyageurs font environ 6,000 kilomètres par mois, les autres n'en font-ils que 3,000. C'est donc en moyenne 200 kilomètres pour les premiers et 100 pour les seconds par vingt-quatre heures, ou en défalquant les jours de repos 300, et 150 kilomètres par jour de travail. J'ai dit en défalquant les jours de repos; ces ouvriers ne sont donc pas astreints à un travail continuel; ils prennent du repos, et je ne sais s'ils seraient fort satisfaits de deux jours entiers de repos absolu que vous me conseillez de demander pour eux (à la condition sans doute de leur donner un travail continu pendant les vingt-huit autres jours du mois), quand effectivement ils se reposent beaucoup plus longtemps. Sur notre ligne, il y a par mois huit jours de repos de la machine, sur lesquels cinq jours sont accordés pour les réparations; il y a donc trois jours de congé et non pas seulement deux jours comme vous le demandez. De plus, il est rare qu'un congé supplémentaire ne soit pas accordé quand ils le demandent en le motivant même seulement sur le désir de se reposer. Et savez-vous comment se reposent ces hommes dont les jambes vous semblent en si mauvais état : c'est en se livrant au plaisir de la chasse, dont plusieurs d'entre eux sont fort amateurs. D'autres, plus désireux de gagner un supplément de paie que de prendre un repos dont ils n'éprouvent nul besoin, ne manquent jamais de se proposer lorsqu'il y a une corvée à faire ou un surcroît de travail à remplir. Je pourrais citer à cette occasion un de nos mécaniciens qui a déjà quatorze ans de service ; il n'est heureux que sur sa machine, et elle le fatigue si peu, qu'il est toujours le premier à s'offrir pour un travail supplémentaire.

Répondrai-je aux trop bienveillantes excitations que vous voulez bien m'adresser pour m'engager à livrer à la publicité le résultat de mes observations? Deux mots me suffiront pour justifier mon silence. Jusqu'à présent, je n'ai pas trouvé de maladies qui appartinssent en propre et d'une façon exclusive aux employés des chemins de fer; qu'aurais-je donc pu dire à propos des affections multiples et diverses que j'ai nombre de fois rencontrées chez eux et qu'il m'a toujours été possible de faire disparaître en les attaquant dans leurs causes? Et comme j'ai toujours trouvé près du Directeur et des Administrateurs de la ligne à laquelle je suis attaché, la plus grande condescendance pour apporter dans le service toutes les modifications que le soin de la santé des employés me semblait nécessiter, j'ai pu m'assurer que bien des maladies auxquelles on aurait pu, avec un examen superficiel, donner le nom de *maladies spéciales à telle ou telle classe des employés de chemin de fer* n'étaient pas le moins du monde inhérentes à la profession. Ne valait-il pas mieux agir ainsi que de consacrer à noircir du papier pour décrire ces maladies le temps que j'ai employé à les faire disparaître? Vous énumérerai-je toutes les modifications que j'ai proposées dans ce but et qui ont été adoptées avec empressement par la Compagnie? Les maisons basses et humides des cantonniers, élevées d'un étage et reposant sur des caves; l'épuisement des chambres d'emprunt, que l'accumulation des eaux pluviales transformait en véritables marécages; — L'établissement de fontaines à filtres de charbon dans les pays marécageux; — Le nivellement et la réunion des rails, qui a pour but sinon de faire cesser complétement, au moins de rendre presque insensible cette trépidation des locomotives qui vous épouvante tant; — La distribution de vêtements de flanelle, principalement en temps d'épidémie, et de surtouts en peau de chèvre, pour préserver du froid et de l'humidité les employés de la voie qui sont plus particulièrement exposés aux intempéries de l'atmosphère; — L'adoption de cabans pour les conducteurs et les garde-freins; — La mise à la disposition des employés dans toutes les gares d'une boisson rafraîchissante pendant les chaleurs; — Les perfectionnements importants apportés aux manivelles du garde-frein; — Les guérites des conducteurs de train, d'une utilité beaucoup plus réelle que celles dont vous proposez l'installation sur les locomotives pour les mécaniciens; — L'admission dans l'intérieur du wagon à bagages des conducteurs préposés au chargement et au déchargement des bagages à chaque station, et qui antérieurement étaient obligés de se placer tout en sueur sur un siége découvert, etc., etc.

Toutes ces améliorations ont heureusement influé sur l'état sanitaire de notre personnel (1), et j'ai tenu à bien en constater les résultats avant de rien écrire sur les maladies professionnelles des employés de chemins de fer. Il y a dix-huit ans que j'envisage cette question sous toutes ses faces, que je réunis des matériaux précieux provenant de toutes les extrémités du réseau des chemins de fer d'Orléans. Mes cartons renferment des documents importants, j'en conviens; mais avant de les utiliser pour une publication véritablement digne des médecins auxquels elle doit être adressée, vous m'accorderez bien qu'il faut les étudier, les classer, les comparer entre eux, afin de pouvoir bien distinguer ce qui, dans les maladies dont l'existence nous est signalée, tient plus spécialement à la profession de ce qui est causé par les circonstances hygiéniques étrangères, telles que le défaut d'acclimatement ou toute autre semblable, etc.; et tout ce travail, je crois qu'il est nécessaire de le faire lentement pour le faire sagement. Vous n'ignorez pas, du reste, qu'une maladie sérieuse est venue interrompre subitement le cours de mes travaux, et m'a mis pour quelque temps au moins hors d'état de le reprendre d'une manière fructueuse. Quant au petit livre que vous me reprochez d'avoir publié en dehors du cercle médical, il me suffira de vous dire qu'il n'a pas la moindre prétention scientifique, et qu'après avoir été fait sur la demande de l'administration pour l'usage des divers employés envoyés en Russie, il en a été tiré seulement un petit nombre d'exemplaires pour le service de la ligne d'Orléans. Si l'occasion se présentait d'en faire une seconde édition, je profiterais peut-être de vos bons conseils pour le compléter et lui donner un caractère plus scientifique.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments confraternels,

D[r] Bisson,
Médecin principal du chemin de fer d'Orléans.

Paris, 12 août 1858.

(1) Le nombre des malades qui, sur une population de 9,000 employés pour toute la ligne, était l'année dernière, à cette époque, de 125 par semaine, est aujourd'hui réduit à 67.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Août 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° De nouveaux échantillons de barégine envoyés par MM. les inspecteurs des eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), d'Olette et d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — (Com. des eaux minérales).

2° Le rapport de M. le docteur Calot, de Toulon, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Baudol (Var), en 1858.

3° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Somme en 1857. (Com. des épidémies.)

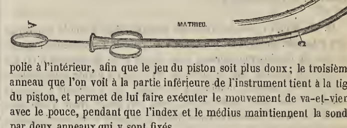
La correspondance particulière comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lanelongue, de Casseuil (Gironde), qui sollicite le titre de membre correspondant. (Comm. des correspondants nationaux.)

2° Une lettre par laquelle M. le docteur Moffat, de Londres, demande le titre de correspondant étranger. (Com. des correspondants étrangers.)

3° Une lettre de M. le docteur Garraud, de Laval, qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau mode de traitement de la prostatite chronique, qu'il accompagne de trois observations de guérison rapide.

Ce traitement consiste à porter de l'onguent napolitain dans la région prostatique avec une sonde à piston, que l'auteur a fait fabriquer par M. L. Mathieu; cet instrument se compose d'une sonde courbe bien



polie à l'intérieur, afin que le jeu du piston soit plus doux; le troisième anneau que l'on voit à la partie inférieure de l'instrument tient à la tige du piston, et permet de lui faire exécuter le mouvement de va-et-vient avec le pouce, pendant que l'index et le médius maintiennent la sonde par deux anneaux qui y sont fixés.

---

sure, il fallait encore, alors que la jurisprudence interdit l'insertion de la condamnation dans les journaux à titre de peine hors des cas où la loi l'autorise formellement, qu'une invitation officieuse, plus efficace qu'une mesure rendue en la forme régulière, suffit pour lui faire appliquer ce supplément de peine. »

Jusqu'à présent, mon cher Camille, j'ai raisonné comme si le fait reproché à M. le docteur Nel était vrai. Notez, en passant, que je ne connais en aucune façon M. Nel, et qu'avant cette affaire j'ignorais même son nom. Que diriez-vous si les reproches n'étaient pas fondés, si l'indignation de la Cour portait à faux, si le médecin de Vaugirard avait pansé le blessé et ne s'était retiré que devant des exigences ridicules et prématurées; si, enfin, cet homme, qu'on nous signale comme impitoyable et âpre au gain, était, en réalité, un vieillard pauvre dont toute la vie — vie de labeur et de désintéressement — a été consacrée à l'humanité, peu reconnaissante? Les tribunaux nous édifieront bientôt sur ce point. En attendant, M. le docteur Nel a adressé aux journaux la protestation suivante :

« Monsieur le directeur,

» Dans le numéro du 28 juillet de votre journal figure un compte-rendu d'un jugement de police correctionnelle, dans lequel se trouvent reproduites des déclarations qui portent à mon honorabilité de médecin une de ces atteintes tellement graves que, si elle était méritée, je n'aurais plus qu'à déchirer le diplôme de docteur que j'ai obtenu, en 1825, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de l'illustre Vauquelin; je serais indigne d'exercer cette noble profession qui demande non pas seulement de la science et de l'expérience, mais encore et surtout du dévouement et de l'abnégation, c'est-à-dire de l'âme et du cœur!

» Je viens donc, Monsieur le directeur, et pour ma dignité et pour celle du corps auquel j'ai l'honneur d'appartenir, vous prier d'insérer dans votre plus prochain numéro la rectification suivante, qui n'est que l'exposé pur, simple et *vrai* du fait.

» D'après votre compte-rendu, j'aurais été appelé un matin auprès d'un homme qui venait d'être transporté chez lui après avoir reçu des blessures d'une extrême gravité; arrivé auprès du blessé, non seulement j'aurais refusé de lui donner les soins que réclamait sa situation, mais je me serais éloigné du malade sans même vouloir l'examiner. Voici ce qui a eu lieu : Le 6 juillet, vers les onze heures du soir (et non pas le matin), appelé auprès du nommé Chamrobert, bourrelier à Vaugirard, qui venait d'être blessé à la suite d'une dispute, je m'empressai de me rendre en sa demeure, que je trouvai tellement remplie de voisins et de voisines qu'il me fut extrêmement difficile d'arriver jusqu'au blessé.

» Après y être parvenu, après avoir examiné le blessé avec tous les soins, toutes les précautions et toute l'attention nécessaires en pareil cas, je lui appliquai un premier appareil pour lequel une dame Molove, marchande de vin, eut l'obligeance de fournir une bande de toile neuve.

» Pendant que je m'occupais ainsi de mon malade et que je lui donnais les soins que son état réclamait, les assistants et le malade avec eux me demandèrent de lui délivrer immédiatement un rapport pour le commissaire de police. Je fis remarquer que la rédaction d'un rapport exigeait un peu de temps, et que je ne pouvais le faire séance tenante.

» On insista, ajoutant que je ne sortirais pas avant d'avoir fait et remis ce rapport. Alors, mais seulement alors, et le *blessé* complétement pansé, je dis au sieur Chamrobert qu'il aurait à me payer 8 fr., savoir : 6 fr. pour prix d'un rapport qu'il me demandait, et 2 fr. pour ma visite actuelle; et comme Chamrobert avouait n'avoir pas cette somme sur lui, je sortis de la maison en lui déclarant que je ne lui délivrerais mon rapport que contre la remise de ladite somme de 8 fr.

» Comme je me propose de poursuivre en diffamation et M. Chamrobert et M. Granger, j'espère que les débats à intervenir rétabliront les faits tels qu'ils ont eu lieu, et montreront si, après trente-six années d'une carrière tellement honorable et tellement désintéressée que jamais je n'ai eu recours même à la justice de paix, pour exiger mes honoraires, j'ai pu un jour oublier et ce que je me devais à moi-même, et ce que je devais à l'honneur de ma profession.

» Veuillez agréer, etc.

Nel,
Docteur-médecin, rue Constantine, 17, à Plaisance, commune de Vaugirard.

» Le 2 août 1858. »

A la suite de cette lettre, la presse médicale s'est émue et a pris la défense du signataire; l'Association des médecins de la Seine lui est venue en aide : elle lui a alloué une somme de 100 francs — remarquez cette circonstance — et par les soins de M[e] Paillard de Villeneuve, son habile conseil, elle prépare les moyens de lui faire rendre justice.

J'espère, mon cher Camille, que le jour où elle lui sera rendue, vous joindrez vos applaudissements aux miens.

A vous,

D[r] Maximin Legrand.

Par décret impérial du 2 août 1858, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État de la guerre, ont été nommés :

A deux emplois de médecin principal de 1[re] classe, les médecins principaux de 2[e] classe dont les noms suivent :

MM. Lacger, de l'hôpital de Toulouse.
Cazalas, de la division d'Alger.

A trois emplois de médecin principal de 2[e] classe, les médecins-majors de 1[re] classe dont les noms suivent :

MM. Jean Lagrave, de l'École impériale polytechnique.
Caselli, de l'École impériale spéciale militaire.
Chenu, bibliothécaire de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Par différents décrets viennent d'être promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens dont les noms suivent :

Au grade d'officier :

MM. Campmas, médecin principal de 1[re] classe à l'hôpital militaire de Baréges.
Peyre, médecin principal de 2[e] classe, aux Invalides.
Delioux de Savignac, second médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier :

MM. Hétel, pharmacien-professeur.
Gantelme, chirurgien de 1[re] classe de la marine.
Leclerc, chirurgien de 1[re] classe de la marine.
Ferrand, chirurgien auxiliaire de la marine.
Lerond, chirurgien auxiliaire de la marine.

A l'occasion du procès-verbal, M. VELPEAU regrette qu'on n'ait pas pris en considération la lettre de M. Nonat avant le vote des conclusions du rapport sur la ligature de l'œsophage. Cette lettre accompagne un travail de MM. Sandras, Nonat, Deville et Guibourt, qui rend compte des expériences entreprises sur 22 chiens, à propos des recherches relatives à l'emploi de l'hydrate de péroxyde de fer contre l'acide arsénieux (1838). Il résulte que les chiens à jeun, sur lesquels la ligature avait été faite, sont morts d'inanition le septième jour; que ceux à qui l'on a donné de l'arsenic ont succombé après un temps compris entre trois et douze heures, l'œsophage étant lié; et que ceux chez qui a été administré le péroxyde de fer, contre-poison de l'arsenic, la mort est arrivée beaucoup plus tard. On peut donc conclure légitimement de ces expériences que la ligature seule de l'œsophage ne tue pas les chiens sur lesquels on la pratique. M. Velpeau aurait voulu que M. Trousseau eût pu dire à l'Académie ce qu'il fallait penser de la lettre de M. Nonat.

M. DEVERGIE : Les usages académiques s'opposent à ce qu'une personne étrangère intervienne dans une discussion. Il s'agit d'ailleurs d'un document imprimé, il sera renvoyé à M. Trousseau qui en fera, s'il y a lieu, un rapport verbal.

M. VELPEAU : M. Bouley avait lu la lettre de M. Briquet; il eût été peut-être convenable de lire celle de M. Nonat.

M. BOUILLAUD appuie la proposition de M. Velpeau. Selon lui, la question de la ligature est loin d'être jugée; elle ne fait que commencer.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Keraudren, membre titulaire de la section d'hygiène. Les obsèques auront lieu demain, mercredi.

M. DEPAUL, au nom de M. Bousquet, rapporteur de la commission de vaccine, donne lecture du rapport officiel sur les vaccinations pour l'année 1856.

Après quelques explications demandées par M. GIBERT, il est donné lecture des conclusions. Purement administratives, ces conclusions sont adoptées sans discussion.

M. BONNET (de Lyon), donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des appareils de mouvement dans les déviations de la taille et les dyspnées qui en sont la conséquence.* (Voir plus haut.)

M. BOUVIER : Je demande à faire une seule question : M. Bonnet a donné à son travail la forme qui lui a paru convenable; il en résulte une équivoque, et je prie M. Bonnet de nous dire si les moyens qu'il emploie et les résultats qu'il obtient diffèrent de ce qui se fait depuis quarante ans?

M. BONNET : Les moyens dont je me sers diffèrent des moyens généralement usités, en ce sens que ce ne sont pas des moyens simplement mécaniques, mais des moyens fonctionnels par la nature des mouvements qu'ils déterminent. J'ai indiqué, dans mon mémoire, que la gymnastique et les manipulations ne réussissent pas, parce que les mouvements provoqués par ces moyens ne se passent pas dans les articulations malades, mais bien dans les articulations saines voisines.

Quant aux résultats obtenus, il ne m'appartient pas de dire que je fais mieux que ce qui a été fait avant moi; toutefois, je ne crois pas qu'il existe dans la science d'exemples semblables à ceux que j'ai cités et dans lesquels on voit la liberté de la respiration rétablie, même alors que la rectitude des parois thoraciques ne l'est pas.

M. BOUVIER : J'ai promis à M. le Président de n'adresser qu'une seule question. Je ne réplique pas.

M. Ch. ROBIN donne à l'Académie quelques détails sur la disposition des vaisseaux ombilicaux. Il met sous les yeux de ses collègues une succession de dessins représentant cette disposition, et annonce qu'il lira bientôt un mémoire sur ce sujet. Ce qu'il tient à établir actuellement, c'est que les vaisseaux ombilicaux ne restent pas adhérents à l'anneau ombilical, mais qu'ils se rétractent dans leur gaîne avant d'être oblitérés. On trouve leurs extrémités (leurs moignons) dans le petit bassin, rétractés jusque sur les côtés de la vessie, et les connexions de la veine avec l'ouraque sont constantes.

M. SERRE (d'Uzès) donne sur les *phénomènes stéréoscopiques*, des explications dont voici le résumé :

« Pour comprendre la mécanique et le mode de perception des phénomènes stéréoscopiques, il faut connaître les lois fondamentales de la vision.

Ces lois sont : l'extériorité, la direction et la limitation. Ayant leur analogue dans la réflexion, la direction des miroirs plans disposés d'une manière convergente sur le même plan, et dans la limitation par un écran des images matérielles par eux réfléchies.

L'*extériorité* est fondée sur la propriété possédée par la rétine de renvoyer la sensation phosphénienne à distance, en dehors de l'organe oculaire.

La *direction* se prouve en menant une ligne du point touché de la rétine au centre intérieurement perçu. Cette ligne passe par le centre du cristallin.

La *limitation* trouve sa preuve dans la provocation simultanée des deux phosphènes temporaux, perçus limités dans la région oculaire opposée, a la distance qui sépare les deux globes.

La surface où toutes nos sensations visuelles sont ainsi rapportées, a reçu le nom de rideau limitateur ou physiologique.

Avec ces trois lois fondamentales, on explique tous les phénomènes visuels : la vue *droite* avec des images *renversées*, la vision binoculaire *simple* et *double*, et les effets *stéréoscopiques* qui sont le résultat d'une projection différente dans chaque œil :

1° Les images offertes à nos yeux sous la forme symétrique, non identique, ne se superposent que d'une manière partielle et limitée au véritable lieu géométrique des images simples, au rideau physiologique.

2° En deçà et au delà de ce lieu, les points des objets donnent fatalement naissance à des images doubles.

3° De leur apparence croisée ou non croisée, on déduit instinctivement leur position par rapport au voile limitateur; les images croisées appartenant aux plans situés en avant, et les images non croisées appartenant à ceux situés en arrière de ce voile.

4° Dès lors, le sentiment du relief repose sur les traces différentes laissées par un solide sur nos deux rétines.

5° Ces traces révèlent dans l'instinct les éléments constitutifs du relief, savoir :

6° La hauteur, la largeur et la profondeur, sans l'intermédiaire d'aucune donnée tactile ordinaire.

7° Ces éléments sont réductibles à une simple question de distance.

8° La distance est réductible elle-même à une évaluation d'angles.

9° Un seul œil appréciant l'angle sous-tendu par l'objet, fait naître le sentiment de la *hauteur* et celui de la *largeur*; par suite, l'idée de *surface*.

10° L'action combinée des deux yeux ajoute la *profondeur* à la hauteur et à la largeur.

Étant donnée la base (qui sépare le centre des deux cristallins) les deux angles formés aux extrémités, et toutes les impressions produites par les variations angulaires des axes sur la bissectrice, l'instinct en déduit la *profondeur*, à l'insu de l'intelligence.

De la sensation ternaire issue de la hauteur, de la largeur, de la profondeur, ressort l'idée corporelle de relief.

C'est pour avoir laissé passer inaperçus les phénomènes *connexes* de simple et double vision provoqués par la perception des projections symétriques d'un objet sur chaque rétine, que l'éminent physiologiste anglais Stheahtone, inventeur du stéréoscope, n'a pu se rendre compte du conflit de ces phénomènes avec l'instinct. Leur rationnelle explication lui a échappé comme elle échappe encore aux savants, qui admettent la superposition *parfaite* des images symétriques, pas plus possible dans l'ordre vital que dans l'ordre matériel. »

— La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

ACCOUCHEMENT INDOLORE. — Dans le compte-rendu de la Maternité de Gottingue, pendant les années 1853 à 1856, le docteur E. Siebold rapporte l'observation d'un accouchement pendant lequel la femme n'avait pas éprouvé de douleurs.

M... B..., âgée de 25 ans, enceinte pour la seconde fois, est entrée dans l'établissement le 2 octobre 1856. Son premier accouchement avait eu lieu dans le même établissement le 29 octobre 1852. Alors, dans la nuit du 28 au 29, elle avait éprouvé de légères douleurs dans les extrémités inférieures, sans aucun sentiment douloureux dans les reins et l'abdomen; néanmoins, à sept heures du matin, les deux pieds se trouvaient à l'issue du bassin. A partir de là, toute contraction utérine avait cessé, et a quatre heures de l'après-midi on fit l'extraction de l'enfant. La tête ne put être dégagée que par la céphalotripsie. Les couches se passèrent sans la moindre réaction, et la femme sortit bientôt après. — Le 2 décembre 1856, à neuf heures du soir, il y eut, comme à l'accouchement précédent, de très légères douleurs, insignifiantes, dans les extrémités inférieures, et rien dans les lombes et dans le bas-ventre. Les choses en restèrent là toute la nuit, et le lendemain, à sept heures du matin, l'orifice utérin étant complétement ouvert, il y eut une seule violente contraction de la matrice, pendant laquelle la poche des eaux proémina à travers les parties génitales, se rompit et donna passage à une fille vivante, venue en seconde position pariétale. Ce n'est que pendant la sortie de la tête à travers la vulve, que la femme dit avoir éprouvé une douleur pénétrante, qui disparut instantanément. Elle se remit promptement et sortit avec son enfant le 18 décembre. — (*Monats. f. geburtzk,* juillet 1857.)

TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE PAR LE FOIE DE BŒUF; par le docteur ZSIGMONDY, de Vienne. — Ce traitement, tout à fait populaire en Pologne et en Russie, également connu en France, est des plus empiriques; aussi le chirurgien en chef provisoire du grand hôpital de Vienne ne se dissimule pas que sa communication fera hausser les épaules à beaucoup de ses collègues. Il a été témoin de plusieurs cas de guérison durable et très rapide en un à trois jours. Ordinairement 250 grammes de foie sont bouillis dans de l'eau et la vapeur qui se dégage dirigée sur les yeux au moyen d'un entonnoir. De plus, le malade doit manger ce foie. Cette ingestion seule, sans les fumigations, peut suffire, ainsi que M. Zsigmondy en a vu un cas.

Le docteur Karg, médecin de l'hospice des Orphelins de Vienne, a répété ces essais dans plus de trente cas; et a obtenu les mêmes résultats. D'après le docteur Kreuser, ce moyen est regardé comme spécifique dans les établissements pénitentiaires de Stuttgard, et on emploie aussi bien les foies de porc et ceux de veau. Le docteur Fuesslin, médecin de la prison cellulaire de Bruchsal s'en loue également, et il insiste le plus sur l'administration à l'intérieur; 150 à 200 grammes sont donnés tous les deux jours, à trois reprises. — (*Oesterr. zeitschr. f. prakt. heilk.*, 1857, n° 7.)

Dans le n° 25 du même journal, nous lisons que le docteur Allé, médecin de la prison de Brunn, y a trouvé ce traitement en usage depuis de nombreuses années, et qu'il l'a continué avec le plus grand succès.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 99. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 21 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

De la correspondance que dépouillait M. Élie de Beaumont, nous n'avons entendu qu'un seul article : c'est une note adressée par M. Blanchet, chirurgien des sourds-muets, et relative à un fragment de ver, ou de verre, logé depuis plusieurs années dans la fosse zygomatique d'un sujet soumis à son observation.

Et nous avons entendu cela, parce que M. Poinsot, usant des privilèges que lui confère son grand âge, s'est permis de faire répéter M. le Secrétaire perpétuel, en lui disant : Mais on n'entend rien! c'est absolument comme si vous ne lisiez pas!

Il est certain que, tout le temps qu'il lit la correspondance, M. Élie de Beaumont paraît s'entretenir confidentiellement avec ses collègues du bureau, et que pas un des membres présents, même les plus rapprochés de l'hémicycle, ne peut être admis dans ces confidences. Nous avons fait, à ce sujet, une remarque assez curieuse lundi dernier. Que ce soit l'influence des vacances ou l'effet de la chaleur, les banquettes, depuis quelques semaines, se dégarnissent au palais Mazarin, et les séances s'ouvrent en présence d'auditeurs très peu nombreux, disséminés, sans conversation possible entr'eux, en un mot, dans des conditions de calme et de silence aussi favorables qu'on peut le désirer. Eh bien, la voix de M. Élie de Beaumont ne porte pas plus dans ces conditions que lorsque tout le monde parle. Nous nous sommes, avec M. le Président, bien souvent impatienté contre les causeurs, les marcheurs, les gens qui laissent retomber bruyamment les portes, etc. Nous savons désormais à quoi nous en tenir : on ne gagne rien à ce que personne ne bouge. Seul, M. Élie de Beaumont y gagne quelque chose; il baisse la voix en raison proportionnelle du peu de bruit que l'on fait.

Que nos lecteurs considèrent que ce supplice — d'écouter pendant une heure pour ne rien entendre — se reproduit tous les quinze jours, et qu'ils nous pardonnent de les entretenir aussi souvent des petites misères du journalisme — qui regardent aussi un peu le bon public — nous ne promettons pas de n'y pas revenir. *Adversùs hostem* (si l'on peut se servir d'un aussi gros mot) *æterna fit justificatio*.

Une grande partie de la séance a été remplie, et bien remplie, par la lecture d'un mémoire de M. Bonnet (de Lyon), membre correspondant. L'illustre chirurgien, après avoir lu quelques pages seulement de son mémoire, dans lequel il expose ses vues doctrinales sur le redressement des difformités, a mis sous les yeux de ses collègues les ingénieux appareils dont il se sert pour rétablir des fonctions, quelquefois abolies depuis un grand nombre d'années. Puis, au moyen de moulages sur nature et de photographies bien autrement fidèles que les anciens dessins, les uns et les autres pris avant et après le traitement, il a montré les résultats obtenus.

Nous ne voulons dire aujourd'hui qu'une seule chose à propos de cette communication, c'est que nous ne nous rappelons pas avoir jamais vu l'Académie plus attentive que lundi, alors que M. Bonnet, dans un langage véritablement scientifique, calme, lucide, élevé, et d'une voix gravement accentuée, entretenait la compagnie de ses longues et sagaces recherches.

— M. Guérin-Menneville a présenté à l'Académie un nouveau ver à soie de Chine dont il est l'introducteur en France, et qui se nourrit des feuilles de l'*aylanthus japonica*.

— M. Cl. Bernard avait été chargé de rendre compte à l'Académie du travail d'un jeune anatomiste de Saint-Pétersbourg, M. Jacubowischt, sur l'histologie du système nerveux, travail qui avait été présenté avec de grands éloges par M. Flourens, il y a un an environ. M. Cl. Bernard s'est borné à analyser ce qui est contenu dans le mémoire de M. Jacubowischt, sans prendre, nous a-t-il semblé, parti, quant au fond, et sans se prononcer explicitement sur la valeur de la découverte de trois ordres de cellules correspondant à l'origine des trois ordres de nerfs. Si nous nous sommes trompé, les *Comptes-rendus hebdomadaires* nous l'apprendront et nous réparerons notre erreur.

— M. Regnault, au nom de M. Bertin, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, dépose sur le bureau une note concernant de nouvelles expériences sur la rotation et les courants électriques. M. Bertin a trouvé le moyen de rendre visibles tous les phénomènes qui résultent des courants électriques en leur faisant traverser des liquides mis en mouvement sous leur influence. M. Regnault pense que ces expériences méritent de prendre rang parmi les expériences classiques d'électro-magnétisme.

— M. Leverrier a dit quelques mots de la comète de Donati, qui, après avoir disparu, va redevenir visible et s'approchera de la terre plus que ne le font les comètes ordinaires.

— M. Pouillet a donné lecture d'un rapport sur la distance à garder entre les magasins à poudre et les lignes du télégraphe électrique. L'Académie avait été saisie de cette question à la demande de M. le ministre de la guerre.

Selon M. le rapporteur, la rupture d'un fil du télégraphe au moment de la transmission d'une dépêche, n'entraînerait que le dégagement de petites étincelles tout à fait inoffensives; mais il n'en serait pas ainsi dans le cas où le fil serait brisé par la foudre, surtout si le bris avait lieu près de l'un des poteaux, parce qu'alors le fil en fusion pourrait, sous l'impulsion du vent, décrire de grandes courbes de 40 à 50 mètres de rayon, et porter à cette distance les dangers de l'explosion pour les poudrières. La commission propose, par l'organe de M. Pouillet, d'astreindre l'administration des lignes télégraphiques à faire passer les fils dans des tuyaux souterrains toutes les fois qu'ils seront rapprochés de plus de 100 mètres des dépôts de poudre, et à protéger ces fils souterrains par plusieurs paratonnerres élevés de 15 à 20 mètres.

M. Leverrier approuve d'autant plus ces conclusions, que les appareils du télégraphe ont été foudroyés déjà trois fois à l'Observatoire.

Après quelques observations de M. Piobert, le rapport est mis aux voix et adopté.

L'Académie se forme en comité secret, à la fin de la séance, pour entendre le rapport de la commission chargée d'examiner les comptes.

En sortant, j'ai rencontré dans la salle d'attente M. Ducros, l'inventeur d'un moyen de diriger les aérostats.

— Vous devriez bien, me dit-il, parler un peu de moi, à propos de la mort de M. Poitevin, qui vient de périr au Niagara.

— Voulez-vous que je dise que vous brûlez d'en faire autant?

— Oui, ça me fera plaisir!

On ne me saura pas mauvais gré de déférer au vœu d'une ambition aussi peu commune. Dr Maximim LEGRAND.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES PAR LA TRÉPANATION DE L'UNGUIS;

Par M. le docteur DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc.

Il y a trois ans, j'ai publié, dans ce journal, un mémoire sur le traitement de la fistule lacrymale grave par la trépanation de l'unguis, suivant le procédé de M. Reybard, de Lyon, modifié. Dans ce travail j'ai cherché à démontrer que l'idée de créer une voie nouvelle aux larmes n'était point récente, bien loin de là, et

Feuilleton.

CAUSERIES.

Envie me prend de causer avec vous des conférences sur les principautés danubiennes... — Quoi! vous allez parler politique! me dirait, effrayé, notre honoré gérant, s'il était près de moi. — Rassurez-vous, lui répondrais-je, vous ne serez pas exposé de mon fait aux sévérités de la loi, et ce que je veux dire des conférences actuelles rentre tout à fait dans le domaine médical. C'est assez singulier, mais la chose est réelle, et voici comme, sans vous faire languir.

Au nombre des diplomates qui règlent en ce moment la question des provinces danubiennes se trouve un médecin. Serait-ce qu'on aurait prévu que la question étant difficile et complexe, l'intervention d'un homme de l'art serait nécessaire pour la mener à terme? Non, la profession médicale peut trouver dans ce fait un motif plus honorable encore et plus digne, à savoir qu'elle n'est pas exclusive des plus grandes fonctions et des plus hautes dignités, puisqu'un simple médecin a pu s'élever à la hauteur du rôle que remplissent aujourd'hui les ministres plénipotentiaires des grands États de l'Europe.

Ce médecin est le ministre des affaires étrangères de la Turquie, Fuad-Pacha, docteur en médecine de l'École impériale de Constantinople, un des personnages les plus éminents de l'Empire ottoman, et sur lequel je suis heureux de pouvoir vous transmettre quelques renseignements intéressants.

S. E. Mehmed Fuad-Pacha est né en 1814. Son père, Ketzijizadé Izzek Mullah, écrivain distingué, poète célèbre, surnommé le Lamartine d'Orient, chantait l'indépendance de la Turquie, l'excitait à la résistance contre les Russes : il mourut empoisonné. Le jeune Mehmed, orphelin à 14 ans, sans fortune, sans ressources, est recueilli par le gouverneur de Bagdad, qui, après l'avoir marié à l'âge de 16 ans, le fait entrer à l'École impériale de médecine de Constantinople. Mehmed Fuad y fait des études sérieuses et si rapides, que, peu de temps après, entre avec des fonctions actives à l'hôpital de Topana. L'éclat de ses services le désigne bientôt à Tahir-Pacha, grand amiral, qui, nommé chef d'une expédition contre Tripoli de Barbarie, emmène Mehmed Fuad comme médecin de l'expédition et comme sous-secrétaire particulier. A son retour, Fuad entre au bureau du drogmanat à la Sublime-Porte.

Ici finit la carrière médicale de Fuad-Pacha, les affaires publiques vont l'absorber complétement, et l'homme de science disparaît devant l'homme politique.

En 1840, il accompagne Chekib-Effendy, ambassadeur à Londres, en qualité de premier secrétaire d'ambassade, et un peu plus tard il y remplit les fonctions de chargé d'affaires. Il prend une part active au fameux traité de 1840; il est bientôt rappelé à Constantinople avec le titre de ministre des affaires étrangères. C'est cette fonction qu'il remplit encore après l'avoir quittée pendant quelques années, sans cesser de s'occuper des affaires publiques, soit comme ministre sans portefeuille, soit comme président du conseil du Tanzimat.

Fuad-Pacha est l'un des hommes d'État les plus éclairés et les plus progressifs de la Turquie, où le progrès, plus qu'ailleurs, est une œuvre de dévouement et de patience. Ce que la Turquie doit déjà à ses lumières et à ses efforts est considérable. C'est lui qui a fait allumer des phares sur les points les plus dangereux des côtes de la Turquie. Plusieurs lignes télégraphiques ont été établies par ses soins. Il a pris une large part à la confection d'un Code pénal, œuvre importante de civilisation. C'est lui qui a préparé les éléments de lois non moins importantes sur l'hérédité pour les ascendants et les collatéraux, sur les hypothèques, bases essentielles de la propriété si mal constituée jusque là par les institutions turques. Fuad-Pacha, avec le concours d'hommes éclairés, parmi lesquels il faut citer M. le docteur Servicen, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'École impériale de médecine de Constantinople, étudie en ce moment les divers systèmes pénitentiaires des nations civilisées, complément indispensable de la réforme introduite par le Code pénal.

Dans l'éminente position qu'il occupe, Fuad-Pacha n'a pas oublié ses premières études, sa première profession, la médecine. Il a très activement concouru à faire déclarer institution impériale la Société de médecine de Constantinople à laquelle, avec le concours d'Ali-Pacha et de Reschid-Pacha, il a fait accorder par le trésor impérial une subvention annuelle de 12,000 fr.; c'est que Fuad-Pacha aime la médecine, qu'il en comprend toute l'influence civilisatrice.

Fuad-Pacha n'est pas le seul médecin de la Turquie qui se soit élevé à une position importante dans les affaires publiques. Le directeur actuel de l'École de médecine a été plusieurs fois ministre du commerce, gouverneur de Smyrne, et fait encore partie des membres du conseil du Tanzimat.

Salich-Effendy, professeur de botanique à l'École de médecine, porte les titres de médecin en chef de l'Empire, de conseiller au ministère du commerce et de médecin en chef du palais.

Haïroullah-Effendy est président du Conseil d'instruction publique et membre du Conseil suprême de justice.

Ismaïl-Pacha a été ministre de l'instruction publique.

Le docteur Servicen a le titre de général de brigade.

Que vous en semble? et notre Occident sait-il honorer ainsi la science médicale et ses représentants? Il n'y a pas encore un médecin au Sénat ni au Conseil d'État. On dirait que les aptitudes médicales en France ne peuvent dépasser les limites du Conseil de l'instruction publique et du Conseil de santé des armées. Quant aux titres honorifiques, ils n'ont jamais dépassé le cordon de commandeur, ce cordon qu'avec tant de justice l'Empereur vient d'accorder à MM. Andral et Trousseau.

Cependant, dans le récit du voyage en Bretagne, je lis avec plaisir ce petit alinéa dans le *Moniteur* :

« A Lamballe........., le maire, dans un discours empreint des meilleurs sentiments, a remercié l'Empereur d'être venu visiter la ville de Lamballe et de s'être fait accompagner dans son voyage en Bretagne par un maréchal que les populations ont pu déjà apprécier, et par un docteur qui est l'illustration du pays. »

Tous ceux qui savent avec quelle émotion, avec quelle piété notre cher et illustre confrère M. Jobert parle de sa ville natale, comprendront la douce satisfaction qu'il a dû éprouver en entendant le discours du maire de Lamballe. En s'éloignant, il a dû s'écrier avec le poète :

Nos patriæ fines, et dulcia linquimus arva.

qu'après avoir été généralement employée, elle était depuis longtemps tombée dans le discrédit, d'où M. Reybard a cherché à la faire sortir. Depuis la publication du travail du chirurgien de Lyon, nous avons vu M. Robert et M. Monod recourir à cette méthode opératoire avec succès. Je ne reviendrai point sur les faits que j'ai publiés. Mon premier travail avait pour but de faire connaître le procédé opératoire que j'avais mis en usage et les résultats heureux que j'avais obtenus. Mais il restait dans mon esprit plusieurs points qui n'étaient pas suffisamment élucidés; des faits plus récents ont dissipé tous mes doutes, et m'ont démontré tout le parti qu'un chirurgien sage pouvait tirer de cette manière de traiter la fistule ou la tumeur lacrymale grave.

Ces quelques mots suffisent pour démontrer que la trépanation de l'unguis n'est point, à mes yeux, un procédé opératoire applicable à tous les cas, et qu'il doit être réservé pour ceux qui sont rebelles à toute espèce de traitement, et surtout pour ceux qui sont liés à une carie ou une nécrose soit de l'unguis ou de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Depuis quelques années, beaucoup d'ophthalmologistes distingués ont préféré recourir à la cautérisation du sac lacrymal avec le beurre d'antimoine ou avec un autre caustique. Cette cautérisation ne détruit pas seulement le sac lacrymal, elle est de plus très douloureuse, et laisse après elle une difformité choquante. Je ne l'ai jamais employée, mais j'ai vu beaucoup de malades traités de cette façon; et, dans tous ces cas, il y avait souvent une déformation très considérable du grand angle de l'œil et un larmoiement assez notable. Il est possible que je n'aie vu que des résultats malheureux; mais enfin ils existent, et les malades avaient été opérés par des hommes distingués. A tout prendre, à mes yeux, ces deux méthodes opératoires, la destruction du sac par les caustiques ou la trépanation de l'unguis, étant deux méthodes exceptionnelles, je préfère la seconde à la première; j'ai pu comparer mes résultats avec ceux obtenus par la cautérisation; il n'y a aucun doute à cet égard. La preuve la plus remarquable m'a été fournie par une dame, cliente de M. Vernois. Elle avait subi d'un côté la destruction du sac au moyen des caustiques. Il était résulté de cette opération une difformité choquante du grand angle de l'œil du côté opéré. Forcée de recourir à une nouvelle opération pour se guérir d'une tumeur lacrymale survenue de l'autre côté, elle avait voulu recourir à un autre procédé opératoire: 1° pour éviter les douleurs et les accidents inflammatoires causés par la destruction du sac avec les caustiques; 2° enfin pour éviter la cicatrice déprimée dont elle se plaignait. Après un examen attentif, il me fut démontré que je devais recourir à la cautérisation du sac ou à la perforation de l'unguis, que j'avais déjà employée avec succès en ville et à l'hôpital. Les causes déterminantes étaient ici le volume de la tumeur lacrymale et la nécrose de l'unguis. Les mêmes circonstances avaient déterminé mon honorable collègue à recourir de l'autre côté aux caustiques. Je fis donc une incision sur le sac lacrymal le soir, j'introduisis dans sa cavité un morceau d'éponge préparée, et le lendemain matin je fis, en présence de M. Vernois, la trépanation de l'unguis, en suivant les règles indiquées dans mon premier mémoire, et j'introduisis dans ce canal nouveau un clou de Scarpa en caoutchouc, fabriqué par M. Gariel, et figuré dans le travail signalé plus haut.

Ce temps de l'opération est un peu douloureux; on pourrait, chez les personnes pusillanimes, le faire pendant le sommeil chloroformique; la quantité de sang qui s'écoule n'est pas très grande, et la durée de l'opération courte. Je fis porter le clou de Scarpa pendant huit à dix jours; matin et soir une injection tiède était faite dans le canal nasal artificiel. Au bout de ce temps, j'explorai de nouveau la continuité de la nouvelle voie que je venais d'ouvrir, et, comme il restait quelques parcelles de l'unguis encore nécrosées, je les enlevai avec l'instrument convenable; j'agrandis fortement la nouvelle voie que je venais de créer aux larmes, et, au bout de quelques jours, j'enlevai le corps dilatant que j'introduisais matin et soir, après avoir fait les injections émollientes d'abord et détersives ensuite.

Au bout de quarante-huit heures que le clou de Scarpa n'était plus introduit, la plaie du grand angle de l'œil était fermée, et les larmes coulaient dans la narine correspondante à la tumeur lacrymale opérée. Depuis plus de dix-huit mois, j'ai fait souvent des injections par les points lacrymaux et toujours je me suis convaincu que le canal nouveau que j'avais frayé aux larmes était perméable. De plus, la cicatrice résultant de cette opération est à peine appréciable, et, par conséquent, bien différente de celle qui résultait de l'application du caustique. Cela se comprend. Il est difficile de limiter l'action d'un caustique énergique, tandis que celle du bistouri est réglée par la main de l'opérateur.

J'ai opéré au mois de novembre dernier, avec le concours de mon excellent maître, M. Monod, un jeune homme âgé de 20 ans, affecté d'une tumeur lacrymale ulcérée. L'unguis et une partie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur étaient nécrosée. J'opérai comme précédemment et en deux temps; je détruisis toute la paroi interne du sac lacrymal; j'enlevai la partie nécrosés du maxillaire supérieur: au bout de quinze à vingt jours ce jeune homme sortait de l'hôpital parfaitement guéri. Comme il habite les environs de Paris, je l'engageai à venir me revoir, ce qu'il fit plusieurs fois. Il y a quelque temps, j'ai pu constater que les traces de l'opération sont presque nulles et que l'injection faite par le point lacrymal inférieur coule parfaitement dans la narine correspondante et dans la gorge, et cela sept mois après son opération.

Cette circonstance est importante à noter. Dans mon premier mémoire, et dans une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, j'avais laissé un point de doute sur la persistance du canal nouveau ouvert aux larmes. Mes premiers malades opérés de tumeurs et de fistules lacrymales par la trépanation de l'unguis avaient guéri, sans difformité; mais ils avaient conservé l'œil humide et un peu de larmoiement quand ils étaient exposés au contact de l'air. Au bout d'un mois ou six semaines je ne pouvais plus faire arriver le liquide de mes injections dans les fosses nasales. Mes malades étaient guéris, mais ils avaient une oblitération du sac, et je me demandais si la trépanation de l'unguis n'était pas le meilleur moyen de détruire la voie des larmes, et si M. Rébard et moi nous ne nous étions point fait illusion sur le procédé que nous avions mis en usage. De nouvelles études faites il y a deux ans m'ont rendu plus hardi, et je détruis maintenant toute la paroi interne du sac, de manière à établir une large communication entre le sac lacrymal et les fosses nasales. Cela fait, j'introduis un gros clou de Scarpa en caoutchouc vulcanisé, bien souple, dans la plaie résultant de mon opération. Je fais des injections soir et matin, et huit ou dix jours après cette opération, quand tout travail inflammatoire est éteint par les injections, les cataplasmes, je fais, si cela me paraît nécessaire, un complément d'opération, consistant à enlever les portions d'unguis nécrosé s'il en reste, et à agrandir la voie nouvellement formée, si cela me paraît nécessaire.

Dans cette note, je ne donne pas la description des instruments imaginés par M. Reybard; ces derniers, d'ailleurs, sont connus de la plupart des chirurgiens, et je les ai figurés dans mon premier mémoire sur ce sujet, inséré dans l'UNION MÉDICALE, il y a trois ans bientôt.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE;

Par M. le docteur SURMAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Ham, etc.

La lecture du bien remarquable travail de M. Pidoux sur la fièvre puerpérale a rappelé à mon esprit des considérations qui firent l'objet de ma thèse en 1853, et qui, en 1851, avaient été l'objet d'un mémoire que je déposai à l'administration des hôpitaux pour le concours du prix de l'internat (*Considérations sur l'état pathologique appelé résorption purulente, infection purulente, diathèses purulentes*, etc. Thèse, Paris, 1853).

Comme mes idées me paraissent n'être pas tout à fait sans analogie avec celles de M. Pidoux, je me sens encouragé à en donner un résumé aussi succinct que possible.

Il y a un état inflammatoire général. Ce n'est pas une diathèse; c'est une affection générale aiguë, une disposition inflammatoire, comme disait J. Hunter.

Cet état peut être primitif, essentiel, et constituer à lui seul toute la maladie: c'est la fièvre inflammatoire.

Il peut être consécutif à une inflammation locale ou à une phlegmasie.

Il peut avoir été déterminé par une blessure (ce mot doit être pris dans son sens le plus étendu): c'est la fièvre traumatique.

Enfin il suit l'accouchement.

Quelle qu'en soit l'origine, l'état inflammatoire ne se révèle que par des symptômes généraux, ne détermine aucune inflammation locale, ou bien il engendre des inflammations plus ou moins étendues et plus ou moins répandues.

Cet état inflammatoire simple ou ayant produit des inflammations locales et des phlegmasies plus ou moins importantes ne dépasse pas la *disposition plastique* et se termine par la résolution, ou bien il passe à la *disposition suppurative*. Alors arrivent ces suppurations abondantes ou disséminées dont on a fait une maladie distincte et spéciale sous le nom de fièvre purulente, de diathèse purulente, etc., quand elles suivent les opérations chirurgicales, et une autre maladie non moins spéciale sous le nom de fièvre puerpuérale, quand elles se produisent à la suite des couches.

Cette terminaison par la disposition ou action suppurative générale peut être le résultat direct de l'évolution spontanée de l'action inflammatoire générale.

Elle peut avoir été déterminée par des influences spéciales ou spécifiques soit engendrées dans l'individu, soit extérieures, épidémiques, etc. L'élément spécial ou spécifique peut devenir l'élément dominant, mais il n'est pourtant qu'un modificateur de l'élément primordial qui est l'état inflammatoire.

Pour ce qui est de la fièvre puerpérale en particulier, je répéterai ce que je disais dans divers passages de ma thèse. Il me semble qu'on attribue à tort à une seule maladie tous les états morbides graves qui suivent l'accouchement.

« Ces états morbides sont fort divers. Quelle différence entre cette maladie foudroyante qui ne laisse après elle aucune lésion connue et ces suppurations abondantes ou multiples que des autopsies, qui ne sont que trop fréquentes, nous font voir, chez les femmes nouvellement accouchées? Ces suppurations constituent-elles aussi une maladie identique à celle dont le caractère anatomique est la putrescence de l'utérus, le ramollissement de tous les parenchymes, surtout apparent dans le cœur, le foie, la rate, les reins? à cette autre, qui présente une si grande analogie dans les symptômes avec la fièvre typhoïde? à cette autre encore, qui n'offre que des symptômes inflammatoires intenses (Gordon, etc.), et que les antiphlogistiques guérissent? à celle dont le caractère est l'état bilieux et dont l'ipécacuanha triomphe (Doulcet, Tonnellé, etc.)? » (Thèse, page 28.)

Le trouble profond causé par l'acte de la parturition laisse l'organisme plus sensible à toutes sortes d'influences. Pourtant, parmi les affections de l'état puerpéral, la forme phlegmasique est la plus commune; c'est surtout cette forme que l'on entend quand on parle de fièvre puerpérale, et c'est seulement à elle que s'applique la théorie que je développe

---

C'est que rien, ni gloire, ni honneurs, ni grandeurs, ne fait oublier les pures et naïves impressions de la maison paternelle.

Revenons à Paris. Je voudrais vous raconter une anecdote, mais je n'ose; avec les intentions les moins malveillantes, je crains néanmoins de blesser un de nos honorables et savants confrères pour lequel je ne me sens qu'estime et affection. Je crains surtout qu'on ne m'accuse de rire d'une petite infirmité dont nous le savons tous atteint et dont il a la petite faiblesse de se croire de temps en temps guéri. Je proteste contre toute interprétation de ce genre. Mais cette protestation ne me sauvera pas, je le crains. Voyons, accordez donc quelque chose à la liberté et à la pénurie du feuilleton.

Avez vous vu jouer au Théâtre-Français les *Doigts de fée?* Il y a dans cette pièce un rôle de bègue qui est admirablement rempli par M. Got. C'est la nature prise sur le fait; et ce n'est pas étonnant, M. Got, pour jouer ce rôle, a très sérieusement étudié la nature. On dit que Mlle Mars étudia longtemps le rôle de Valérie auprès d'une jeune aveugle de naissance, que Talma, pour jouer Hamlet et Charles VI, s'enferma souvent dans une maison d'aliénés. M. Got, pour étudier le bégaiement, cherchait un bègue. Le hasard lui en avait placé un tout près de lui, dans sa propre maison, qui est aussi habitée par un de nos confrères affecté de cette infirmité. Les relations avec un artiste du mérite de M. Got sont facilement recherchées; peut-être étaient-elles déjà désirées par notre confrère, peut-être furent-elles intentionnellement provoquées par M. Got, toujours est-il qu'elles furent bientôt nouées et que notre confrère fut admis dans la plus grande intimité de l'artiste. Soirées, dîners, réunions, notre confrère était de toutes les fêtes. M. Got se montrait pour lui plein de prévenances et d'attentions, et semblait prendre à sa conversation, qu'il provoquait sans cesse, un plaisir extrême. Vous comprenez tout ce qu'il est inutile de dire; M. Got étudiait le bégaiement, et sous cette forme suffisamment mais pas trop accentuée qui pût rendre cette infirmité supportable à la scène. M. Got a si bien étudié et si bien réussi, qu'en l'entendant au théâtre, c'est notre confrère qu'on croit entendre. On dit que M. Got a poussé la malice — malice qui devait naître dans la maison de Molière et par un de ses plus habiles interprètes — jusqu'à offrir une place à notre confrère pour la première représentation des *Doigts de fée*. Notre confrère, ajoute-t-on, s'en est tiré en homme d'esprit, ce qui ne doit surprendre personne, et a voulu porter lui-même dans le jeu de l'artiste quelques petits perfectionnements dont M. Got a heureusement profité.

Que disais-je donc tout à l'heure, que les médecins n'étaient pas honorés selon leur mérite? En voici un qui est bien plus que sénateur, que conseiller d'État, que commandeur; il s'est fait roi, empereur, potentat suprême. En doutez-vous? voici le fait, je vous le donne tel que je le trouve dans le *Journal de Toulouse*, et sans en garantir autrement la réalité:

« Il y a trente ans, un Français, M. Paul de la Gironnière, s'embarquait à Nantes, en qualité de chirurgien, sur un vaisseau marchand, le *Cultivateur*, et, après une heureuse traversée, il abordait aux îles Philippines. Pendant trois mois, il vécut à Manille, pauvre et obscur; puis, s'étant fait connaître par quelques cures heureuses, il devint médecin célèbre, épousa une femme riche et acheta une propriété immense, située près de peuplades sauvages, les Tinguanès. Là, il fonda la colonie de Jala-Jala, qui prospéra très vite.

» Au bout de quelques années, M. de la Gironnière était le souverain absolu d'une petite principauté de 4 à 5 mille habitants auxquels il avait donné des lois et une organisation municipale calquée sur celle des communes de France avant la Révolution.

» Après avoir vécu pendant dix ou douze ans à Jala-Jala, M. de la Gironnière se démit de son pouvoir et revint en France, mais, au bout de quelques années de séjour, la nostalgie le prit, et, il y a six mois, il faisait voile de nouveau vers les Philippines. Une lettre parvenue à Paris, ces jours-ci, annonce que l'ancien roi de Jala-Jala a retrouvé sa colonie très florissante et très agrandie. Il a été accueilli par ses anciens sujets avec tant de bienveillance qu'il a consenti à reprendre le sceptre administratif. La capitale de ce petit empire compte aujourd'hui à 2,800 habitants. N'est-ce pas une curieuse existence que celle de cet aventurier breton? »

Je fais l'emprunt suivant à la *Gazette médicale de Lyon*:

« Le tribunal correctionnel de Châlon-sur-Saône a, le 6 août, condamné un sieur Demomerot, en état de récidive, à quinze jours de prison et 300 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie; et un sieur Lefranc à 15 fr. d'amende pour avoir exercé la profession d'officier de santé hors du département où il avait été autorisé à le faire.

Ce jugement résout deux questions litigieuses: celle de savoir si, en fait d'exercice illégal de la médecine, la récidive peut entraîner l'emprisonnement, et celle de savoir si le fait de récidive peut être établi, quoique la contravention n'ait pas eu lieu dans l'année, non plus que dans le ressort du tribunal appelé à statuer. — Il les résout toutes deux affirmativement.

Ce jugement sera un bon avertissement aux charlatans.

Quant au public, il en trouverait un non moins significatif, s'il voulait écouter, dans les justes et énergiques paroles par lesquelles le procureur impérial, M. Lièvre, a peint, à l'audience, la vie de l'un de ces deux associés, de Demomerot.

Demomerot a osé dire au magistrat qui l'interrogeait:

« En me persécutant, en me condamnant, vous m'élevez au Temple de Mémoire, et plus vous me condamnerez, plus vous m'en ouvrirez largement les portes. »

Eh bien, il faut que le public sache la vérité sur cet homme.

Le Temple de Mémoire pour vous, c'est la prison! c'est la prison pour châtiment des faits les plus tristes et les plus honteux. Vous êtes un voleur!

Demomerot, s'agitant: Jamais, jamais, Monsieur.

M. le Procureur impérial: Il y a quelque chose de mieux que vos dénégations, ce sont les témoignages judiciaires que je tiens à la main. Vous êtes un voleur, vous êtes un escroc, vous êtes un déserteur, vous êtes un vagabond, vous êtes un mendiant avec menaces. Voici vos états de service.

Vous voilà convenablement placé au Temple de Mémoire!

Tenez! vous avez fait faire des portraits, vous les avez répandus à profusion parmi les admirateurs de votre génie; vous vous y êtes fait représenter avec le front inspiré des prophètes et des saints hommes. Il n'y manque en vérité qu'une seule chose: un extrait de votre casier judiciaire!

ici. C'est dans l'état général de la femme nouvellement accouchée et dans l'état de l'utérus que je trouve la raison des terribles accidents qui la signalent :

« Le travail plastique, duquel résulte l'oblitération des sinus béants » et la reconstitution de la muqueuse utérine, est bien voisin de l'inflammation, s'il n'en est déjà le premier degré ; et quand on songe à l'ébranlement général que produit ordinairement l'accouchement et à l'acte » violent que vient d'accomplir l'utérus, c'est de sa rareté plutôt que » de la fréquence des accidents de ce travail qu'on est étonné. Aussi, de » quelles précautions ne protégeons-nous pas la nature pendant qu'elle » répare elle-même le désordre qu'elle a fait.

» Ce n'est peut-être pas sans raison qu'il se fait pendant l'accouchement une si grande perte de sang et que cet écoulement continue » pendant les quelques jours qui suivent ce grand acte. Il le faut peut-être pour que l'accomplissement d'une fonction ne devienne pas une » maladie ; c'est une grande saignée dans une grande disposition inflammatoire, et cette disposition nous est démontrée au moment de l'accouchement par l'augmentation souvent considérable de la fibrine du » sang.

» Ainsi, l'état de l'utérus, la disposition inflammatoire, là sont, je » crois, les principaux dangers des suites de couches ; là sont les causes » premières des phlegmasies dans l'état puerpéral. L'intensité, la gravité » (ce qui n'est pas la même chose) souvent terribles de ces phlegmasies, les suppurations abondantes ou multiples quelquefois si rapides » qui les terminent, en dépendent aussi, mais dans une certaine mesure, et il faut y ajouter l'action des conditions individuelles et » d'influences extérieures qui ne sont guère connues que par leurs » funestes effets.

» Ainsi, je regarde les suppurations multiples de l'état puerpéral » comme de multiples expressions de l'état inflammatoire général sous » des influences soit individuelles, soit étrangères à l'individu, soit épidémiques, et ces influences épidémiques, ce n'est pas seulement sur les » femmes en couches qu'elles agissent, c'est aussi sur les blessés et les » opérés qui habitent l'établissement où règne l'épidémie ; nouvelle » preuve de l'origine commune de ces accidents : l'état inflammatoire.

» C'est peut-être sous l'influence de ce même état que le sang se » coagulant dans les veines détermine l'œdème douloureux des femmes » en couches. » (Thèse, page 30.)

En résumé, je pense :

1° Que les suppurations abondantes ou multiples de la fièvre purulente et de la fièvre puerpérale sont le produit d'une disposition ou action suppurative générale.

2° Que cette disposition a été engendrée, soit spontanément, soit sous l'influence de causes diverses, spécifiques ou autres, par une disposition ou action inflammatoire générale dont elle est ainsi la terminaison.

3° Qu'en nosologie, il ne faut faire de l'état pathologique, caractérisé par ces suppurations, une maladie, mais un mode d'une maladie qui est l'affection ou l'état inflammatoire général.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 juin. — Présidence de M. BARTH.

Sommaire. — Suite de la discussion *sur la diphthérite.* MM. Gubler et Guillot. — Suite de la discussion sur un cas de *pleurésie simple* rapporté par M. Vigla. MM. Aran, Guillot, Guérard, Legroux. — Communication de M. Sée sur les *éruptions scarlatiniformes qui s'observent après l'opération de la trachéotomie.* Discussion : MM. Marrotte, Ch. Bernard, H. Roger, Barthez.

M. WOILLEZ demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

A propos de ce qu'a dit M. Vigla sur la rapidité avec laquelle périssent les malades atteints de rhumatisme cérébral, rapidité telle qu'on n'a quelquefois pas le temps de les revoir, je citerai le fait d'un garçon de magasin affecté de rhumatisme articulaire, et qui a succombé dans l'espace de deux heures. Cet homme était depuis quelques jours sous l'influence de ces accidents, pour lesquels il avait été soigné par son père à l'aide de cataplasmes et de quelques liniments ; son état paraissait très satisfaisant, lorsque, samedi dernier, vers midi, il fut pris d'un délire violent. Appelé deux heures après pour lui donner des soins, je le trouvai dans l'état suivant : coma, râle trachéal, extrémités froides, pouls précipité. — La mort est survenue quelques minutes après mon arrivée.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la diphthérite.

M. GUBLER : Il y a environ douze ans, alors que j'étais interne de M. Trousseau, j'ai eu occasion d'employer le nitrate de potasse, comme moyen de dissoudre les fausses membranes de récente formation, chez un enfant de 3 ou 4 ans. J'ai agi avant aussi bien qu'après la trachéotomie et je n'ai rien obtenu du tout. Pour avoir un résultat utile, il faudrait employer des solutions très concentrées, les solutions diluées demeurant sans action. Je crois donc que c'est se faire illusion que d'espérer la disparition des fausses membranes par des agents de cette nature. Peut-être le chlorate de soude employé par M. Barthez jouit-il d'une plus grande efficacité que le nitrate de potasse. Mais quant à l'action des solutions de ce dernier sel sur la fibrine, je puis affirmer qu'elle est nulle.

M. GUILLOT : Je me suis servi du perchlorure de fer comme moyen de dissoudre la fibrine dans des cas de croup et d'angine couenneuse. J'ai obtenu quelques succès. J'emploie la solution de perchlorure de fer de 35 à 40°, comme l'a formulée Pravaz, et je la porte avec un pinceau d'aquarelle sur les surfaces malades. Une bonne précaution consiste, en pareil cas, à se servir de lunettes pour empêcher la projection du liquide dans les yeux de l'opérateur. Sous l'influence de l'agent caustique, les fausses membranes rougissent puis noircissent, et, en se contractant, expriment de leur tissu une nouvelle quantité de fibrine qui s'épaissit. J'emploie la solution concentrée pour les pseudo-membranes épaisses, diluée quand elles sont minces. Quand on a détaché la première couche de fibrine ainsi modifiée par le perchlorure de fer, il s'en produit habituellement une seconde, mais moins dense, et sur laquelle on a encore de l'action. J'ai dans mon service une malade récemment guérie par l'emploi de ce moyen.

Je me suis servi encore du perchlorure de fer dans des cas de coryza pseudo-membraneux et d'hypertrophie amygdalienne, et j'en ai obtenu d'assez bons résultats.

Je trouve que le perchlorure de fer a sur l'acide nitrique l'avantage : 1° d'être moins dangereux ; 2° d'agir non seulement sur la fausse membrane, mais encore sur la muqueuse, en modifiant le travail de sécrétion.

— M. ARAN communique un fait d'*empyème pulsatile* observé chez une jeune fille de 12 ans, et traité par la ponction.

La jeune malade, d'une constitution délicate, issue de parents lymphatiques, a eu toute sorte de malheurs dans son enfance. Elle s'est cassé la cuisse, et, de plus, à la suite d'une irrigation d'eau froide, elle a contracté une bronchite chronique. Il en est résulté que son développement est aujourd'hui très incomplet.

Elle m'a été amenée, continue M. Aran, pour une tumeur développée sur le côté gauche de la poitrine, à quelques millimètres du sternum, tumeur qui, après avoir formé, au début, une très petite saillie, a disparu pour reparaître ensuite et s'est accrue considérablement dans ces derniers temps. Le professeur Walther, ayant été consulté par les parents de la malade, qui est allemande, a proposé une opération. Le père a décidé que cette opération serait faite à Paris et j'ai été consulté à cet égard.

Quand je vis cette enfant pour la première fois, elle était dans son lit, et je constatai les phénomènes suivants : pâleur de la face, peau chaude, pouls à 120 ; 36 respirations à la minute. La tumeur, qui avait la forme d'une demi-sphère, était située à gauche du sternum et occupait l'intervalle compris entre le troisième et le septième espace intercostal. La peau qui la recouvrait était amincie, d'une rougeur livide, et semblait prête à se rompre. Elle présentait des battements très manifestes, isochrones aux battements du pouls ; mais, de plus, elle offrait des mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec les mouvements respiratoires, de telle sorte qu'elle se projetait fortement en avant dans l'expiration et se creusait dans l'inspiration.

Cette tumeur simulait à s'y méprendre un anévrysme ; mais je ne m'y trompai pas, et, me rappelant le mémoire de M. Stockes, je fus bientôt convaincu que j'avais affaire à un empyème pulsatile.

Après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, je fis une ponction exploratrice qui donna issue à environ un grand verre de pus. La petite plaie étant restée béante, la tumeur diminua ainsi que les battements ; mais, chose remarquable, les mouvements d'expansion et de retrait devinrent plus prononcés. La petite plaie finit par se fermer, mais le liquide se reproduisit. Je fis une nouvelle ponction, mais, cette fois, avec un trocart plus volumineux, et un litre et demi de pus s'écoula au dehors. Le cœur et le foie, qui avaient subi un déplacement notable, ont repris leur place accoutumée après cette seconde ponction ; la malade est actuellement en bonne voie, et j'espère qu'elle guérira.

M. Stokes ne s'est pas occupé dans son mémoire du mécanisme des mouvements qui animent ces sortes de tumeurs. Il s'est contenté de dire : ce sont des mouvements communiqués. Je crois, quant à moi, qu'il faut les attribuer au siége même de cette pleurésie qui, au lieu d'exister en arrière et en dehors comme cela s'observe le plus habituellement, est située en avant et en dedans. L'épanchement siégeait, en effet, dans le cas actuel, sur la partie latérale du péricarde et reposait sur le diaphragme. C'était donc une pleurésie diaphragmatique. Ce siége de la poche purulente explique donc d'une part les mouvements isochrones aux battements du pouls et d'une autre part les mouvements d'expansion et de retrait de la tumeur, laquelle suivait les mouvements du diaphragme.

Ce siége de l'épanchement m'explique encore les douleurs dans l'épaule gauche qui ont marqué le début de la pleurésie chez notre malade, et les douleurs de retentissement qui ont eu lieu dans le coude, par suite probablement des anastomoses du nerf phrénique avec le plexus brachial.

M. GUILLOT : L'observation de M. Aran me rappelle le fait d'un jeune enfant qui portait sur la partie latérale droite de la poitrine une petite tumeur sur la nature de laquelle la percussion et l'auscultation ne nous ont pas appris grand'chose, mais qui était animée de mouvements isochrones aux mouvements respiratoires, et se montrait alternativement dure et déprimée. L'enfant était rachitique ; il y avait affection des os, et derrière la lésion osseuse se trouvait une pleurésie très circonscrite. Il y avait amincissement et atrophie des muscles intercostaux, et la tumeur faisait saillie dans la plèvre à travers une perte de substance, comme l'autopsie l'a démontré.

M. BARTH fait observer à M. Guillot qu'il s'agissait peut-être là d'un abcès froid beaucoup plutôt que d'un épanchement pleurétique, la perte de substance de la plèvre ayant pu succéder à un travail ulcératif dépendant des progrès de la tumeur.

M. GUILLOT admet d'autant plus volontiers cette manière de voir, que le malade était rachitique et que les côtes étaient nécrosées.

M. GUÉRARD : Je désirerais avoir l'avis de mes collègues sur un jeune homme atteint de pleurésie et auquel je me disposais à pratiquer la ponction, lorsqu'un matin il fut pris d'un vomissement abondant et remplit en quelques instants un bassin de pus. C'était une vomique ; le pus s'était fait jour à travers le poumon. Les jours suivants, la respiration se rétablit ; seulement, il existait, à la partie inférieure de la poitrine, un souffle amphorique très prononcé. N'ayant plus aucune raison pour intervenir activement, j'attendis. Mais, le lendemain, expulsion d'une nouvelle vomique, et, aujourd'hui, l'état du malade est sensiblement amélioré. Dans ces conditions, dois-je m'abstenir ou faut-il opérer malgré la présence de cette fistule bronchique ?

M. LÉGROUX : Si l'épanchement est peu considérable, la maladie guérira, selon toute probabilité, spontanément. Si, au contraire, l'épanchement est très abondant et la matité étendue, je n'hésiterais pas à pratiquer la thoracentèse et à établir, chez ce malade, une canule à demeure.

— M. SÉE fait une communication relative à des *éruptions particulières survenues chez des jeunes sujets opérés de trachéotomie.*

J'ai observé, dit M. Sée, chez un certain nombre d'enfants opérés de trachéotomie, une éruption qui présentait les caractères suivants :

Sur une première série de malades, il est survenu le lendemain ou

---

Et cependant les deux associés avaient recueilli, en un mois, à Châlon, 4,772 fr. ! ! »

Je voulais vous parler aujourd'hui des derniers retentissements de la discussion académique sur la fièvre puerpérale, et cela à l'occasion de deux brochures qui portent le même titre : *La fièvre puerpérale devant l'Académie de médecine*, mais qui, sous cette homonymie de couverture, recèlent dans leurs pages le plus complet désaccord qui se puisse imaginer ; l'une publiée par M. le docteur E. Auber, l'autre par M. le docteur L. Fleury ; mais le temps et l'espace me manquent pour en dire convenablement ce que je pense, et, à mon grand regret, je remets la partie à une prochaine *Causerie*. Les bonnes choses peuvent attendre, et j'essaierai d'ailleurs de donner à mes éloquents confrères un cadre plus digne de leurs savantes appréciations.

Je termine, mes chers amis, en vous donnant une bonne nouvelle. La commission supérieure des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels s'est réunie, ces jour-ci, sous la présidence de M. Rouher, ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce. Un rapport a été fait à cette commission par l'un de ses membres, sur les statuts de l'Association générale des médecins de France, et les conclusions favorables de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité. La formule de l'*approbation* donnée à notre grande Association est en ce moment à la signature de M. le ministre de l'intérieur, et ce document officiel, en vertu duquel notre institution pourra être inaugurée et fonctionner, ne peut tarder à être transmis à M. le président de la commission d'organisation.

Que de peines, que de soins, que de sollicitudes, mes chers amis, pour en arriver où nous sommes ! Vous ne le saurez jamais, chers et impatients confrères, envers qui j'ai dû faire plus d'efforts encore pour ne pas répondre à l'expression de toutes vos inquiétudes. Dites à tous que partout, des plus hautes aux plus humbles régions de l'administration, l'Association générale apercevait le passage antérieur et évident d'une pensée hostile, qu'il a fallu partout redresser des opinions préconçues, parce que partout.....

Mais je m'arrête ; au sentiment de joie que j'éprouve, je ne veux pas mêler une expression de tristesse ou d'amertume. Les hostilités cesseront devant le succès de l'œuvre, c'est ma plus ferme espérance ; la fête de l'inauguration de l'Association générale sera aussi la fête de la concorde et de l'oubli.

Amédée LATOUR.

BOITE AUX LETTRES.

A M. D..., à Lyon. — L'ouvrage que vous me recommandez est en lecture. Il sera apprécié avec l'attention qu'il mérite.

A M. Y..., à Avignon. — Même réponse.

A M. L..., à Lyon. — Il sera fait un *extrait* du mémoire, qui, sous sa forme primitive, manque de lien et de cohésion.

A M. B..., à Furzac. — Avec quelques coupures et quelques modifications, l'observation sera toujours opportune. A bientôt.

A M. L..., dans l'Oise. — La nomination est réelle. — La *lettre* conviendrait en feuilleton.

A M. R..., à Grancey. — C'est un peu léger, et le personnage est bien infime.

A M. L..., à Toulouse. — On a parlé pour vous.

COURRIER.

Par différents décrets viennent d'être promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens dont les noms suivent :

Au grade de commandeur :

MM. le docteur Andral, membre de l'Institut.
Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'officier :

M. Poiseuille, membre de l'Académie impériale de médecine.

Au grade de chevalier :

MM. Béclard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
Empis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
Robin (Charles), membre de l'Académie impériale de médecine.
Gratiolet, aide-naturaliste, chef des travaux anatomiques au Muséum d'histoire naturelle.
Le docteur Beyran.
Le docteur Michéa.
Blanchet, vétérinaire de 1re classe.
Burgkly, médecin-major de 2e classe.
Lasserre, médecin-major de 2e classe.
Saugerres, médecin-major de 2e classe.
Sonrier, médecin-major de 2e classe.
Lapeyre, pharmacien-major de 2e classe.

— Par un décret impérial daté de Brest le 10 août 1858, et rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, ont été nommés au grade de pharmacien de 3e classe de la marine, à la suite du concours ouvert à Rochefort,

MM. Delteil (Arthur) ; — Cazalis (Théophile).

— M. le professeur Filhol est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine de Toulouse, en remplacement de M. le docteur Dassier, décédé.

— Le 7 août, M. le docteur Bardinet a été installé en qualité de directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — Dans un discours écrit avec l'entraînante simplicité d'une conviction profonde, notre estimable confrère a montré les avantages précieux des écoles préparatoires, avantages que son intelligente direction saura encore augmenter en facilitant entre élèves et professeurs ces rapports intimes qui assurent à l'institution d'Orfila sa supériorité, pour le début des études, sur les Facultés. Nos lecteurs, dont aucun n'ignore les titres scientifiques et le passé si méritant de M. Bardinet, applaudiront avec nous au choix qui l'appelle à un poste où il faut que le caractère et le savoir soient à la hauteur l'un de l'autre. — (*Gazette médicale de Lyon.*)

le surlendemain de l'opération des taches rouges régnant sur toute la surface du corps, excepté à la face, non accompagnées de vésicules miliaires et non suivies de desquamation. Parmi ces petits malades, les uns sont morts avant, les autres après la cessation de l'éruption. Cette éruption dura environ deux jours. Je l'appellerai érythémateuse ou scarlatiniforme.

Sur une seconde série de malades également trachéotomisés, l'éruption était tout à fait analogue à la scarlatine : même pointillé, même desquamation, et, dans certains cas, albuminurie et hydropisie générale. Je qualifierai cette éruption de scarlatineuse.

En considérant que ces éruptions n'ont aucune influence sur la marche du croup et qu'elles diffèrent de la scarlatine quant à la durée de la fièvre et de l'éruption, je suis arrivé à conclure qu'il fallait les classer à part de la scarlatine.

Ce qui m'a confirmé encore dans cette opinion, c'est la mention faite par Huxham d'éruptions fugaces qui surviennent dans l'angine couenneuse.

Dans les premiers temps, je m'applaudissais de ces éruptions, pensant qu'elles auraient peut-être une action favorable sur la marche de la maladie. J'ai été bientôt détrompé, et j'ai reconnu que le résultat final n'en était nullement modifié.

M. Marrotte : J'ai observé une éruption tout à fait analogue sur une enfant qui m'avait été amenée de Compiègne avec un coryza pseudo-membraneux, bientôt suivi de mal de gorge.

Lorsque je vis l'enfant, le coryza existait depuis six jours; les fausses membranes avaient envahi la gorge, et malgré les cautérisations énergiques auxquelles on eut recours, le larynx fut pris à son tour. En conséquence, on fit la trachéotomie; il s'en suivit un mieux manifeste, comme cela arrive toujours après l'opération, alors même qu'elle doit être malheureuse. Quelques jours après, c'est-à-dire dix à douze jours après le début de la maladie, survint une éruption de taches rouges formant un pointillé tout à fait analogue à celui de la scarlatine. L'éruption dura trois jours et disparut. La respiration s'embarrassa, et la petite malade succomba le quinzième jour.

Je n'ai pas cru, dans ce cas, à une scarlatine vraie, en raison du long intervalle qui a séparé le début de la maladie de l'apparition de l'éruption. J'ai cru à une hyperémie de la peau, à une de ces fluxions qu'on observe souvent dans le cours des fièvres graves. Peut-être cette éruption résultait-elle d'une intoxication, comme cela a lieu dans presque toutes les pyrexies.

M. Ch. Bernard cite, à cette occasion, le cas d'une femme qui, ayant été prise d'angine le jeudi, fut prise, le lundi suivant, d'une éruption qui s'étendit principalement sur le cou et la poitrine, et coïncida avec le développement de fausses membranes sur les amygdales et jusque dans le pharynx. M. Bernard est porté à voir là une éruption anomale.

M. H. Roger : Il faut séparer dans l'appréciation des faits qui viennent d'être rapportés, les observations de M. Sée de celle de M. Bernard; je ne vois dans cette dernière rien qui justifie, à proprement parler, la qualification d'éruption anomale..

Quant aux faits de M. Sée, il faut prendre en grande considération le théâtre où ils se sont passés, théâtre éminemment favorable à la production d'éruptions de toute nature, et qu'on peut regarder comme un foyer de maladies contagieuses. Que les petits malades opérés de croup prennent la scarlatine, il n'y a rien là d'étonnant. C'est même un fait très vulgaire dans les salles de chirurgie et qui désole M. Guersant.

Les éruptions observées par M. Sée ne sont pas toutes des scarlatines vraies. Mais, sur un certain nombre de petits malades, elles ont présenté tous les caractères de la scarlatine vraie et s'expliquent très bien de cette manière. Car il ne faut pas plus de deux ou trois jours pour prendre la scarlatine; or, c'est la limite de temps dans laquelle l'éruption est apparue chez ces enfants.

Dans les autres cas, l'éruption peut être rattachée soit à l'érythème, soit à l'érysipèle. Il faut, de plus, tenir compte de l'influence de la saison chaude, de l'action des couvertures, et des sueurs abondantes qui résultent de l'influence de ces deux causes.

Je ne conteste pas, d'ailleurs, les faits de M. Sée. Mais le rapport qu'il établit entre les éruptions dont il s'agit, et la diphthérite ne me paraît pas démontré.

M. Sée insiste de nouveau sur l'impossibilité de ne pas ranger dans une classe à part de la scarlatine les éruptions qu'il a observées. Il rappelle l'époque du début de l'éruption chez quelques enfants, époque qui ne permet pas d'admettre que l'exanthème a été pris dans le foyer de l'hôpital. Il repousse l'idée d'une confusion possible avec l'érythème ou l'érysipèle ou les éruptions sudorales et incline à penser, avec M. Marrotte, qu'il s'agit beaucoup plutôt d'éruptions analogues à celles qu'on rencontre dans les empoisonnements.

M. Marrotte combat à son tour les objections de M. Roger en faisant valoir que l'enfant observé par lui n'était pas dans les conditions nosocomiales qui ont été invoquées, que l'éruption n'a eu lieu que douze jours après le début des premiers accidents, qu'elle s'est développée dans un moment où les symptômes asphyxiques étaient à peine prononcés. M. Marrotte reconnaît d'ailleurs qu'en présence des caractères de l'éruption, il a cru tout d'abord à une scarlatine. Mais les raisons déjà mentionnées l'ont détourné de cette manière de voir.

M. Barthez : Je m'associe complétement à l'opinion exprimée par M. Roger. J'ai vu cette année un si grand nombre de scarlatines et d'angines couenneuses, qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que ces affections se soient compliquées mutuellement. D'une autre part, la courte durée de l'éruption et l'absence de symptômes graves ne prouvent nullement qu'on n'a pas affaire à une scarlatine, car j'ai donné des soins à un enfant qui fut atteint d'une éruption consistant en un pointillé rouge très léger. Point de phénomènes généraux graves; point de mal de gorge; je crus pouvoir, au bout de quelques jours, laisser sortir l'enfant; mais, au bout d'un mois, je fus appelé pour le traiter d'un œdème qui venait de se déclarer et qui se termina par la mort.

Le secrétaire, Dr E. Hervieux.

RÉCLAMATION.

LETTRE SUR L'HÉMÉRALOPIE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Je publierai prochainement, et si vous le permettez, dans l'Union Médicale, un ensemble de nouveaux faits relatifs à mon traitement de l'héméralopie, faits nombreux et contrôlés en grande partie par un médecin-major de la garnison de Strasbourg, M. Voll Moreau, qui a bien voulu suivre attentivement les malades qu'il m'a envoyés de son régiment. J'ajouterai qu'un de mes héméralopes a été examiné par M. le professeur Stœber la nuit qui a précédé la mise en traitement, et que, dès le lendemain soir, notre célèbre ophthalmologiste a constaté chez lui l'intégrité des fonctions visuelles.

Dans l'un des derniers numéros de l'Union Médicale (14 août), M. Baizeau, médecin employé au Val-de-Grâce, dit avoir expérimenté ma médication, *mais sans le moindre succès*. M. Netter, y ajoute-t-on, « n'aurait-il pas été trompé par ses malades? Ennuyés d'être renfermés dans une chambre noire pendant plusieurs heures, et craignant une nouvelle séquestration, n'ont-ils pas simulé leur guérison? »

Veuillez remarquer, Monsieur le rédacteur, qu'on ne me suppose pas avoir été trompé par de faux héméralopes : c'eût été là une hypothèse permise, attendu que l'héméralopie est une maladie fréquemment simulée par nos troupiers, du moins dans le cours de cette sorte d'épidémie. Pourquoi n'a-t-on pas interprété dans ce sens les faits que j'ai publiés? M. Baizeau a-t-il craint de voir retourner la supposition contre ses propres expériences? D'après lui, mes malades auraient simulé non la cécité, mais la guérison de la cécité. Or, des aveugles faire accroire à leur médecin qu'ils voient, alors qu'ils sont réellement aveugles, voilà des gaillards bien adroits et un médecin qui ne le serait guère! Pour ma part, je doute que cette nouvelle variété de simulation soit jamais enregistrée dans nos ouvrages de médecine légale. Parlons sérieusement.

En attendant mon prochain mémoire, je prie ceux qui auront l'occasion et la volonté de répéter mes expériences, de vouloir bien se conformer exactement à ma manière de procéder, telle qu'elle se trouve détaillée dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène* (juillet 1858). Il faudrait aussi que la répétition des expériences eût lieu *sans idées préconçues*. Si M. Baizeau n'a pas réussi, ne serait-ce pas parce que, d'après lui, « la théorie pouvait d'*avance* faire prévoir l'insuffisance de la méthode? » Ce sont ses propres expressions que je viens de transcrire. Quant à l'objection que les héméralopes, plongés chaque nuit dans d'épaisses ténèbres, n'en restent pas moins héméralopes, cette objection n'a rien de sérieux. En effet, quand les troupiers ne voient pas la nuit, ils se couchent et s'endorment. Or, le sommeil agit-il sur les yeux à l'instar de l'obscurité? il semble que non, puisque dans l'un de ces états les pupilles sont dilatées et que dans l'autre elles sont contractées. (Voir Müller, *Traité de phys.*)

Un mot maintenant sur les fumigations de foie de bœuf et autres topiques préconisés contre l'héméralopie. Voici ce que j'ai écrit à ce sujet il y a treize ans (*Gazette méd. de Paris*, 1845) :

« Celse vantait déjà les fumigations sur l'œil de vapeurs de foie bouilli.
» Cette médication a été expérimentée par Dupont et par M. Jobit, et
» l'efficacité n'en peut pas être mise en doute après les détails dans les-
» quels sont entrés ces auteurs.
» Scarpa exposait les yeux aux vapeurs ammoniacales. M. Déconihout
» s'est bien trouvé de l'emploi d'un collyre dont l'ingrédient était le
» sulfate de quinine.
» Pour ma part, j'ai soumis un grand nombre de mes malades aux
» fumigations de foie de bœuf, traitement qui m'a donné de bons résul-
» tats. Quelques héméralopes, malades depuis quinze jours, ont éprouvé
» une amélioration notable et immédiatement le soir des premières
» fumigations. *Celles-ci donnèrent, en général, lieu à un larmoiement*
» *abondant.*
» D'autres malades furent soumis aux lotions faites sur les yeux avec
» de l'eau froide; plusieurs ont été guéris, principalement ceux qui en
» ont fait tomber des gouttes sur l'œil, les paupières étant écartées, de
» manière à éprouver une vive douleur. L'un d'eux s'avisa de se laver
» les yeux avec de l'urine, ce qui donna lieu à une sensation très dou-
» loureuse, mais amena une amélioration notable et immédiate. Un mé-
» decin militaire, feu Poullain, a indiqué ce dernier moyen (*Gaz. méd.*
» *de Paris*, 1832). Tout bizarre qu'il paraisse, dit cet auteur, il a réussi
» aussi bien que les lotions avec de l'eau-de-vie et les collyres du même
» genre. »

Voilà ce que j'ai écrit en 1845; ainsi l'expérience générale concorde pour affirmer l'utilité des topiques irritants dans les cas d'héméralopie. Ces irritants agissent-ils en réveillant certaines parties de l'œil passagèrement frappées d'une sorte de paralysie? C'est possible; mais je croirais plutôt, et je dirai une autre fois pourquoi, qu'il y a là une action indirecte et à laquelle on ne s'attendra guère, voici cette action. Les irritants qui produisent le larmoiement, déterminent en même temps un certain degré de *photophobie*; or quand les yeux sont blessés par la lumière, on va naturellement et instinctivement se mettre où? *à l'ombre*. Voilà le secret des fumigations de foie de bœuf et autres topiques préconisés. En d'autres termes, le traitement par les irritants ne serait autre chose que le traitement par l'obscurité, aussi indirectement il est vrai que désagréablement pour les malades.

Les remarques suivantes, mais qui ont été plusieurs fois vérifiées, viennent à l'appui de cette interprétation qui, je l'espère, ne paraîtra ni spécieuse ni forcée.

Dans un mémoire très important, Chamséru a dit : « *Dès que* les pluies reviennent dans le cours de juin, ou au commencement de juillet, l'héméralopie guérit d'elle-même. » Or la pluie, c'est l'obscurité relative du ciel.

En 1845 j'ai écrit ce que voici : « Un grand nombre de mes malades ont fait la remarque que la vue était moins troublée le soir, quand le ciel avait été couvert dans la journée. » Ce fait s'est encore reproduit cette année.

M. Bégin a écrit de son côté : « La plupart des héméralopes guérissent spontanément par le fait seul du séjour au lit, dans des appartements *clos* et à l'abri des modificateurs du dehors. (Voir mon mémoire de 1845.)

On le voit, l'influence immédiate de l'obscurité n'a rien d'irrationnel.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, insérer cette lettre dans un de vos prochains numéros, et agréer l'expression de mon entier dévouement.

A. Netter,
Médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Strasbourg, 16 août 1858.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 100. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 24 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 AOUT 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Au nom de M. Triffet, ancien interne des hôpitaux de Paris, il est donné lecture de l'observation suivante :

Le fils de M. Lambié, notaire à Cartignier, âgé de 22 ans et convalescent d'une fièvre typhoïde, présentait au milieu du jarret droit une tumeur pulsatile du volume d'un petit œuf de poule, ayant tous les caractères d'un anévrysme circonscrit entièrement réductible. L'apparition de cette tumeur avait été précédée du gonflement des deux membres inférieurs.

M. Triffet, qui avait été appelé le 15 juin 1857, constatant que la tumeur faisait des progrès, malgré les moyens employés, écrivit le 8 juillet à Paris, pour demander l'appareil de M. Broca. Lorsque cet appareil arriva, le 19, le malade était dans l'état suivant :

La jambe est légèrement fléchie, œdémateuse; une tumeur oblongue paraissant plus volumineuse que le poing, fluctuante, réductible, agitée de battements d'expansion énergiques, remplit complétement le creux du jarret droit et refoule latéralement les tendons qui circonscrivent le creux poplité. La mensuration comparative des deux membres donne une différence de 7 centimètres; les pulsations se font sentir aussi bien dans ce membre que dans l'autre. Les douleurs, qui redoublent à chaque pulsation, disparaissent par la compression de la fémorale. Le pouls donne 85 pulsations.

La compression fut commencée le 19, vers trois heures du soir. L'appareil fut disposé de manière que les deux pelotes, destinées à être serrées et relâchées alternativement, pussent comprimer l'artère fémorale, l'une dans l'aine, l'autre dans l'anneau du troisième adducteur. « Après avoir essayé la sensibilité de l'appareil et m'être convaincu que les pelotes fonctionnaient d'une manière irréprochable, dit M. Triffet, j'ai commencé la compression par la pelote inguinale, en ayant soin de la serrer assez pour diminuer les battements de l'anévrysme, mais en n'interrompant pas complétement la circulation, c'est-à-dire que la pelote fut serrée de manière à donner au tourniquet le maximum d'agitation.

Au bout de dix minutes, la pression devenant douloureuse, la pelote inférieure fut appliquée de la même manière, et l'autre relâchée. Ainsi de suite.

Le malade fut mis à la demi-ration, de l'eau pour toute boisson, 38 grammes de sirop diacode chaque soir, et un granule de digitaline le matin et le soir.

Les 20, 21 et 22, la compression est parfaitement supportée; seulement, il faut changer les pelotes toutes les dix ou douze minutes. Le pouls descend à 80, il s'y maintient jusqu'à la fin du traitement.

Le 28, les battements sont beaucoup moins prononcés dans la tumeur ; elle n'est plus entièrement réductible; on sent que les parois de l'anévrysme ont acquis une certaine épaisseur et que des caillots commencent à se développer dans la poche anévrysmale.

Le 6 août, vers dix heures du matin, les artères collatérales ayant acquis un grand développement, la tumeur étant très dure, irréductible, les mouvements d'expansion presque nuls, et le malade se fatiguant du traitement, j'ai fait serrer les pelottes de manière à intercepter complétement la circulation.

Vers onze heures du soir, le malade accuse une douleur très vive dans le membre, de l'engourdisssement, des crampes et un malaise indéfinissable ; il dit qu'il ne peut plus continuer le traitement plus longtemps et qu'il va se trouver mal.

Remarquant que le membre se refroidit et que la sensibilité s'émousse, j'enlève l'appareil, afin de laisser reposer le patient, et surtout dans l'espoir que la circulation va ramener la chaleur et la vie dans le membre. Mais l'oblitération de la poche anévrysmale était complète et le sang ne traversait pas du tout l'artère poplitée; plus de mouvement d'expansion dans la tumeur, plus de battements ni dans le vaisseau, ni dans l'artère tibiale postérieure, ni dans la pédieuse. On ne sentait que deux collatérales, dont l'une, l'interne, avait acquis le volume d'une plume d'oie.

Pendant toute la nuit et le jour suivant, on s'occupe de réchauffer le membre par tous les moyens convenables, et au bout de quarante-huit heures, tous les accidents avaient disparu; les battements commençaient à se faire sentir à l'artère pédieuse.

Le 29, le malade allait de mieux en mieux; la tumeur diminuait de volume; aucun battement ne s'y faisait sentir; les mouvements de flexion et d'extension revenaient de plus en plus, lorsqu'une méningite se déclara et faillit nous enlever cet intéressant jeune homme. Heureusement, nous avons pu le sauver et suivre le retrait de la tumeur anévrysmale, qui, au bout de deux mois, n'avait plus que le volume d'un marron, et qui, aujourd'hui, a entièrement disparu; du moins on ne peut plus rien sentir à travers la peau.

M. Lambié, aujourd'hui 25 février, se porte admirablement bien et marche comme s'il n'avait jamais rien eu. Sauf l'absence des battements de l'artère poplitée et le développement énorme de la collatérale interne, il ne serait point possible de reconnaître le membre qui a été malade. »

— M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital général de Meaux, présente un malade sur lequel il donne les renseignement qui suivent :

D..., musicien aux dragons de l'impératrice, en garnison à Meaux, reçut en duel, sur la face dorsale du carpe, la main étant en supination complète, un coup de sabre qui divisa les parties molles transversalement à la hauteur de l'angle que forment entre eux les métacarpiens du pouce et de l'indicateur droits. Le sabre a labouré la face dorsale de la main en se dirigeant vers l'articulation radio-carpienne. A son côté externe et postérieur, il a divisé ou tout au moins atteint le tendon du court extenseur du pouce, dont les mouvements d'élévation ne se produisent que difficilement. En explorant les parties voisines, parfaitement intactes du reste, on reconnaît sur la face antérieure du radius, à 3 centimètres environ de l'articulation radio-carpienne, sur le trajet de l'artère radiale, une tumeur de la grosseur d'une aveline, parfaitement circonscrite, et présentant tous les symptômes pathognomoniques d'un anévrysme.

La compression digitale intermittente est pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur à l'avant-bras, mais sans résultat pendant deux jours; on l'abandonne pour être reportée à l'humérale, au pli du coude, où elle sera pratiquée par le malade de la manière suivante : Compression pendant le jour seulement, avec repos d'une heure d'intervalle, en sorte que la suspension de la circulation dans le membre, partant dans la tumeur, n'aura réellement lieu que durant six ou huit heures pendant vingt-quatre.

Au bout de dix jours (4 août), la tumeur a diminué des deux tiers; je continuerai à observer le malade pour rendre compte à la Société quand la guérison sera définitive. On perçoit très bien aujourd'hui les pulsations de la radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur, dans laquelle la circulation est complétement interrompue; on pourrait donc, à la rigueur, dire le malade guéri.

J'ai dit qu'on devait attribuer la formation instantanée de la tumeur anévrysmale à la rupture d'une ou de plusieurs des tuni-

Feuilleton.

RAPPORT SUR L'ÉTAT SANITAIRE DU CAMP DE CHALONS;

Par le docteur baron LARREY.

A ceux qui voudraient mettre en doute les progrès de l'hygiène publique et l'importance toujours croissante qu'elle acquiert dans notre civilisation moderne, l'on devra rappeler et le nombre d'esprits éminents qui s'occupent de la matière et les productions remarquables qu'ils publient chaque jour. Les objections de ces esprits rêveurs, pessimistes de toutes les époques, ne résistent pas à l'examen le plus superficiel. Que parlez-vous d'améliorations et de résultats sérieux, nous disait naguère l'un d'eux, puisqu'on ne meurt pas moins, à tout âge, aujourd'hui qu'hier ?

La mort est malheureusement une condition inhérente à notre existence, mais il est certain :

1° Que l'on meurt plus lentement, puisque la durée de la vie moyenne est plus élevée qu'elle n'a jamais été ;

2° Que l'on vit dans de meilleures conditions.

Ces épidémies meurtrières, ces lèpres immondes, ces pestes redoutables qui s'abattaient périodiquement et à des intervalles très rapprochés sur notre vieille Europe, n'existent plus que dans les archives du passé. Ces maladies syphilitiques, par exemple, qui minaient l'organisme jusque dans sa charpente la plus solide et dont nos musées offrent encore les preuves les plus irrécusables, se sont beaucoup amendées de nos jours : l'affection persiste mais ses manifestations sont moins nombreuses, moins terribles, moins effrayantes. S'est-elle modifiée naturellement, ou la thérapeutique moderne a-t-elle amené cette métamorphose? Ces deux causes ont eu chacune une certaine influence, mais l'action la plus efficace doit remonter aux mesures hygiéniques prises par l'administration supérieure pour restreindre les limites du mal, pour lui opposer un traitement plus direct, partant plus opportun.

Le courant des idées se dirigeant depuis un demi-siècle vers les classes laborieuses, c'est sur elles que devaient nécessairement tomber les premières améliorations ; l'énumération de toutes les mesures prises en vue de l'augmentation de leur bien-être matériel et moral paraîtrait ici fastidieuse, d'autant que la pensée d'un chacun suppléera facilement à cette lacune.

Nous énonçons cette proposition comme un fait bien et dûment acquis, et nous ajoutons que cette sollicitude constante s'est surtout retrouvée dans l'administration de la guerre. A aucune époque le soldat n'a été entouré de plus de soins, à aucune époque les médecins qui sont spécialement chargés de veiller à leur existence n'ont montré plus de zèle, plus d'intelligence, plus de cœur.

Il serait aussi superflu de rappeler la conduite de nos confrères sur les champs de bataille de la Crimée; qui de nous n'a été émotionné par les narrations si vraies, si touchantes de Baudens, de MM. de Bazancourt, Scrive, Quesnoy, Cordier.

Les enseignements des temps d'orage servent surtout dans les moments de calme, et lorsqu'au cliquetis des armes et au bruit du canon succède la vie plus régulière des garnisons et des camps, on demande au progrès régulier la réalisation des enseignements recueillis pendant la lutte.

Si vis pacem para bellum, dit une maxime bien ancienne, mais toujours bien vraie; si vous voulez des soldats robustes et aguerris, ménagez leurs forces physiques, fortifiez leur tempérament pendant la paix.

C'est assurément sous la préoccupation de semblables pensées que notre honorable confrère, le docteur baron Larrey, a écrit le remarquable rapport dont nous allons essayer de donner une esquisse; elle sera d'autant plus pâle, que les couleurs du tableau tracé par l'ex-chef du service de santé sont plus variées, plus animées; mais, telle qu'elle est, elle aura, nous l'espérons du moins, une utilité réelle pour l'instruction de ceux qui n'auront ni le temps ni le loisir de parcourir cette brochure de près de 150 pages.

Le camp de Châlons a été inauguré le 1er septembre 1857 : dès son arrivée, le docteur Larrey eut l'heureuse idée de convoquer les cinquante médecins majors et médecins aides-majors de la garde impériale pour examiner avec eux les questions afférentes au service, pour déterminer et régler les devoirs et attributions d'un chacun.

L'effectif général du camp était de 22,000 hommes, dont 7 de cavalerie et d'artillerie.

Ces troupes se trouvaient dans d'excellentes conditions physiques et morales.

Les premières ressortaient du recrutement même de cette troupe d'élite et de sa composition actuelle (presque tous ayant fait la campagne de Crimée ou de la Baltique) de sa haute paie.

Les secondes étaient le résultat de la protection toute particulière dont elle est l'objet, de ses souvenirs de gloire, de la présence d'un souverain bien aimé.

L'emplacement du camp, situé à 12 kilomètres de Châlons, au centre de la Champagne pouilleuse, offrait toutes les garanties désirables (pays salubre, exempt de maladies épidémiques, air pur et frais). Le périmètre du domaine militaire était de 42 kilomètres; le champ de manœuvre avait à lui seul une surface de 10,000 hectares, et le front de bandière une étendue de près de 8 kilomètres.

D'après le sage avis de notre très honorable confrère, quand il s'agit de la formation d'un camp et de ses dépendances, on devrait consulter une commission spéciale, dans laquelle l'élément, service de santé, serait naturellement représenté.

Trois rivières et divers cours d'eau fournissaient non seulement une eau potable et de bonne qualité, mais encore un approvisionnement notable de produits végétaux.

En outre, en creusant des puits à 8 et 10 mètres de profondeur dans ce terrain calcaire et légèrement séléniteux, on obtient une eau d'abord un peu trouble et blanchâtre, mais qui, après la clarification, ressemble à de l'eau de roche.

M. Larrey avait établi pour les eaux courantes une mesure hygiénique des plus indispensables : le puisage des rivières doit toujours être réglé selon le cours d'eau, et d'après trois besoins divers :

En amont, la partie réservée à la boisson des hommes;

Au centre, celle destinée au breuvage des chevaux ;

En aval, enfin, celle nécessaire pour la lessive du linge.

ques de l'artère, par un mouvement brusque. Le malade affirme, en effet, qu'avant le duel il n'avait rien à l'avant-bras qui le gênât dans ses fonctions de musicien et de copiste. On ne peut donc admettre que la pointe du sabre ait lésé l'artère ; des désordres qui n'ont pas eu lieu auraient alors été observés dans les parties voisines. La plaie du carpe et la tumeur sont à 4 centimètres de distance ; la première, à la face dorsale de la main, n'a que 1 centimètre 1/2 de largeur ; la seconde est située à la face palmaire de l'avant-bras. D'ailleurs, en passant brusquement de la supination à la pronation pour arriver à la parade, ainsi que le malade en rend compte, le radius aurait, par sa révolution même, couvert l'artère. Il faut donc chercher ailleurs que dans une lésion traumatique la cause de l'anévrysme, dont l'existence n'est pas douteuse. Bien que la rupture instantanée des tuniques artérielles, comme dans le présent cas, soit rare, elle n'est pas impossible ; le fait a déjà été observé, non pas sur la radiale peut-être, mais ailleurs.

OPHTHALMOLOGIE.

DU CROUP DES PAUPIÈRES OU DIPHTHÉRITE CONJONCTIVALE ;

Par le docteur MAGNE,

Médecin oculiste des Crèches du département de la Seine et du Bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, etc.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie quatre cas de diphthérite conjonctivale présentant un certain intérêt pratique et constituant quatre faits bien établis d'une des affections les plus rares de la pathologie oculaire ; des plus rares en effet, puisque ce sont les seuls que j'aie rencontrés durant plus de vingt années. Et à ce sujet, j'invoquerai l'appui de M. Sichel, qui, ainsi que moi, considère la diphthérite conjonctivale comme une maladie exceptionnelle.

Voici ce que m'écrivait mon savant et honorable confrère en 1854 : « Sur tant de milliers d'ophthalmies qui, depuis trente ans, me passent annuellement sous les yeux, je ne puis me rappeler, en dehors de l'ophthalmie de la petite fille du passage Choiseul, au traitement de laquelle vous m'aviez convié à concourir, que deux cas prononcés de véritables pseudo-membranes formées sur la conjonctive palpébrale, sans qu'il existât des brûlures par le feu ou les caustiques. Encore le souvenir que je conserve de ces deux cas qui, tous les deux, je crois, appartenaient à l'ophthalmie des nouveau-nés, est-il assez confus, et je ne pense pas en avoir conservé de notes. »

Ainsi, deux cas de diphthérite conjonctivale dans la pratique de M. Sichel, quatre dans ma propre pratique; en tout six observations pendant un laps de plus de trente années dans deux cliniques où les ophthalmies de toute sorte abondent.

En opposition avec ce que nous avons constaté, comment se fait-il que la diphthérite conjonctivale se soit présentée fréquemment à MM. Chassaignac et de Graefe, deux savants observateurs avec lesquels on ne peut se dispenser de compter ? Pour ma part, sauf plus ample édification, je crois que toute la différence gît dans le nom de la maladie.

L'ophthalmie pseudo-membraneuse de MM. Chassaignac et de Graefe est constituée, qu'on me permette l'expression, par une pseudo-pseudo-membrane ; il ne s'agit que d'une concrétion de mucus ou de muco-pus, mince, molle et si peu adhérente, qu'une injection, une éponge, une pince, les doigts mêmes, roulent aisément cette pseudo-pseudo-membrane, et la détachent sans effort, l'adhérence à la conjonctive étant presque nulle : une sorte de juxtà-position.

En effet, la concrétion de muco-pus, cette espèce de trame épithéliale enlevée, la conjonctive demeure d'un rose-rouge, quelquefois granuleux, mais toujours uniforme.

Dans le croup des paupières, au contraire, la véritable pseudo-membrane, la couenne, le tissu albuminoso-fibreux est intimement soudé à la conjonctive, jamais il ne s'enlève d'une seule pièce, il faut le gratter, le râcler, et partout où la conjonctive a cédé son parasite, le sang coule, tant la soudure est intime. La paupière présente alors une série de points blancs ; c'est la couenne, puis une série de points rouges, granuleux, saignants, qui vont en quelques heures se recouvrir d'une nouvelle trame aussi adhérente que la première ; en miniature, le portrait tracé par Plutarque du visage de Sylla : Une fraise saupoudrée de farine.

En somme, et pour faire cesser toute erreur de mots, je pense qu'il faut réserver à la maladie en question la désignation de diphthérite conjonctivale ou croup des paupières.

PREMIER FAIT. — Le 19 juillet 1853, je suis appelé en toute hâte, par mon honorable confrère et ami, M. le docteur Eugène Duvivier, chez Mme H..., passage Choiseul, n° 67. La fille de cette dame, jeune enfant de 4 ans environ, jouissant d'une parfaite santé, mais d'une constitution légèrement lymphatique, et n'ayant jamais eu mal aux yeux, était sortie le jour même comme d'ordinaire, à midi, pour aller jouer aux Tuileries. Elle était gaie et bien portante ; tout à coup, vers deux heures, elle se plaint à sa bonne de ne pouvoir ouvrir l'œil gauche ; celle-ci aperçoit une toile qui masque la cornée, et, très effrayée, ramène l'enfant à sa mère. —Il est trois heures et demie quand je vois la malade pour la première fois, une heure et demie s'est donc écoulée depuis l'invasion de la maladie ; voici ce que je constate :

Œil droit à l'état normal ; œil gauche : aucune rougeur, aucun gonflement apparent. Les paupières ne s'ouvrent qu'à demi et avec effort ; moi-même j'essaie inutilement de les écarter ; elles sont soudées par une toile qui recouvre également la cornée. Cette toile, cette fausse membrane, ressemble à un fragment très mince de baudruche, elle en a la couleur, et permet de voir, comme à travers une gaze, la cornée, l'iris et la pupille qui n'ont subi aucune modification. Tendue et lisse, quand les paupières sont entr'ouvertes, la fausse membrane se plisse et fait saillie au dehors si les voiles palpébraux se rapprochent ; adhérente à la muqueuse palpébrale jusqu'au bord ciliaire, elle semble avoir quelques points de contact avec la cornée qui, néanmoins, n'a rien perdu de sa transparence.

Depuis vingt ans que je m'occupe d'ophthalmologie, jamais affection de cette nature ne s'était présentée à mon observation ; je fus on ne peut plus surpris, cherchant vainement à me rendre compte et de la nature de cette membrane transparente et de sa rapide organisation, et des circonstances dans lesquelles elle s'était formée, sans inflammation apparente, sans rougeur visible des paupières à l'extérieur, sans sécrétion d'aucune sorte et occasionnant cependant à la petite malade une douleur aiguë. Il n'y avait pas à hésiter : les paupières étant à demi-closes et la fausse membrane donnant assez de prise pour ne pas exposer l'instrument à glisser, je la saisis à l'aide d'une pince à disséquer et l'enroulant doucement autour de la pince, je l'enlevai en exerçant d'assez fortes tractions; la pince saisissant la fausse membrane, produisit un léger bruit, comme si j'eusse froissé un morceau de baudruche. La petite malade poussa un cri, et une assez grande quantité de sang coula pendant plusieurs minutes. Des injections d'eau froide furent dirigées entre les paupières et nous permirent de voir les conjonctives oculo-palpébrales rouges et gonflées ; la cornée elle-même avait une teinte légèrement obscure qui annonçait un début d'inflammation. Nous prescrivîmes la diète, un lavement purgatif et l'application en permanence sur l'œil de compresses imbibées d'eau glacée.

A notre visite du soir, même état, douleurs oculaires ; le globe est à peine rouge ; les paupières seules sont injectées.

Le lendemain 21 juillet, au matin, nous trouvons, mon confrère Duvivier et moi, les paupières gonflées comme dans l'ophthalmie purulente ; en les écartant, nous donnons issue à une grande quantité de liquide puriforme ; la cornée a blanchi, surtout au centre ; les couches superficielles commencent à se ramollir et à se plisser légèrement. La mère de la malade, à qui nous n'avions pu donner un espoir que nous n'avions pas nous-même, eu égard à l'étrangeté du cas, avait passé la nuit à recouvrir l'œil de compresses imbibées d'eau glacée.

Traitement : Six sangsues derrière les oreilles ; instillations d'extrait sirupeux de belladone, une fois par jour ; injection de demi-heure en demi-heure entre les paupières d'un collyre contenant 10 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé sur 30 grammes d'eau distillée. Laver souvent les paupières avec de l'eau de fleurs de sureau du côté gauche. Nous pratiquons nous-mêmes la première injection du collyre, et l'organe ainsi nettoyé, nous trouvons les conjonctives oculaires boursouflées, fendillées, et offrant en plusieurs endroits des débris de fausses membranes très adhérents, et qu'il est impossible de détacher. Cautérisation des conjonctives palpébrales à l'aide d'un crayon d'azotate d'argent fondu.

Le 21, les paupières ont encore augmenté de volume ; elles sont lissées et tendues extérieurement ; l'inflammation conjonctivale a gagné tout le globe oculaire ; de nouveaux débris de fausses membranes d'un blanc grisâtre tapissent les conjonctives palpébrales. Commencement de chémosis. La cornée offre une ulcération centrale ; la sécrétion est moins abondante ; la joue et la tempe sont le siége d'un érythème. Instillations belladonées ; un large vésicatoire volant à la nuque ; purgation avec le calomel ; bains de pieds ; applications de glace en permanence ; injections d'un collyre d'azotate d'argent cristallisé, dans les proportions de 20 centigrammes pour 30 grammes d'eau ; les injections n'eurent lieu que d'heure en heure ; enduire de cérat les parties malades extérieures. La fièvre étant peu intense, nous permettons du lait coupé et un échaudé.

Le 22 et le 23, à peu près même état. Même traitement, moins la purgation ; injections alternatives d'eau de fleurs de sureau et de collyre à l'azotate d'argent. Le 25, la cornée semble se nettoyer ; mais la conjonctive oculo-palpébrale est toujours tendue et gonflée ; l'iris lui-même semble vouloir participer à l'inflammation par une légère modification dans sa couleur ; néanmoins, grâce à la belladone, la pupille est toujours largement dilatée. La sécrétion a singulièrement diminué. Nous décidons alors, M. Duvivier et moi, de revenir à une application de sangsues, d'employer le calomel à doses fractionnées, et de faire des frictions, sur le pourtour de la base de l'orbite, avec l'onguent napolitain belladoné ; cependant, avant d'agir, je propose d'appeler en consultation M. Sichel. Cet honorable et savant confrère partage notre opinion ; il retrouve sur les conjonctives palpébrales de nouveaux fragments de pseudo-membranes, et nous dit que, dans sa pratique, il n'a rencontré que deux cas analogues à celui qui nous occupe.

Le calomel à dose fractionnée fut donné pendant trois jours, les frictions furent faites pendant deux semaines. Un vésicatoire volant appliqué derrière l'oreille, les instillations belladonnées, les injections du collyre à l'azotate d'argent cristallisé deux fois par jour, la cautérisation des pseudo-membranes avec la pierre divine complétèrent le traitement.

A dater du 31 juillet, nous ne vîmes plus reparaître les fausses membranes, tous les symptômes cédèrent peu à peu, la cornée seule demeurant le siége de l'inflammation, et, le 8 août, la petite malade se trouvait assez bien pour que sa mère l'amenât à ma consultation.

État au 8 août : Les paupières sont à peine rosées, l'ulcération cornéenne est cicatrisée ; mais il existe un albugo qui recouvre la presque totalité de la cornée ; la petite malade ne distingue la lumière qu'en regardant de côté : un emplâtre perpétuel de Janin derrière l'oreille gauche, instillations de collyre à l'azotate d'argent tous les soirs, et, comme la constitution est faible et lymphatique, sirop d'iodure de fer, amers, viandes noires grillées, bains d'eau salée.

L'œil est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant ; l'ancienne ulcération de la cornée est remplacée par un léger néphélion, qui ne gêne pas la vision.

DEUXIÈME FAIT. — Le 13 juillet 1855, notre honorable confrère et ami M. le docteur Cerise nous adresse le jeune X..., demeurant rue Godot n° 32, et atteint depuis deux jours d'une maladie aiguë. C'est un

---

La condition des vents était aussi très favorable.

Ceux de S.-O ont prédominé en septembre ; les N.-E. se sont fait sentir en octobre. Les matinées et les soirées étaient fraîches, les nuits un peu humides ; aussi avait-on établi avec avantage en ces moments des feux de bivouac.

C'est sous la tente que toute la garde a été campée pendant ces deux mois ; la forme et la qualité des tentes peut varier sans inconvénients ; ce qu'il importe, c'est un nettoyage régulier, un entretien journalier, une aération parfaite. Il faut réduire le nombre des hommes couchés sous le même abri, en leur donnant la forme rayonnante, les pieds au centre.

Pour ce qui concerne les tentes des cavaliers on réaliserait un véritable progrès en les débarrassant des selles et du harnachement. Notre confrère préconise l'utilité des baraques et il paraît disposé à faire adopter le système Lagout : c'est ce modèle que plusieurs de nos lecteurs auront pu voir installé dans le jardin réservé des Tuileries; la charpente est en roseaux ou en bois léger et les parois sont recouverts d'algues marines.

Les vêtements des soldats sont parfaitement adaptés à leur manière de vivre ; l'usage des chemises de toile se généralise de plus en plus ; une distribution de ceintures de flanelle avait été faite sur la demande du médecin en chef, qui avait aussi encouragé utilement l'emploi des sabots.

Un fait incontestable, c'est que, dans l'armée, il y a de l'incurie pour tout ce qui concerne la propreté du corps ; le soldat s'occupe moins de sa personne que de son armement et de son équipement. Il serait à désirer, d'après M. Larrey, que les chefs de corps prescrivissent plus de surveillance à cet effet, et que, sur tous les points de réunion, il y eût des piscines, ou tout au moins de larges récipients d'eau permettant de réelles et fréquentes ablutions d'eau.

Comme mesure complémentaire, il faudrait ordonner de battre journellement les habits et de les exposer à l'air.

Le service alimentaire du camp de Châlons était parfaitement établi, et des dispositions spéciales relatives aux subsistances avaient été d'avance arrêtées par les soins de l'Intendance.

Le pain, fabriqué dans une manutention sur place, était d'excellente qualité ; la viande ne laissait rien à désirer ; bien plus, comme la variété du régime importe beaucoup aux effets de l'alimentation, on s'était arrangé de manière à ce que des aliments maigres et légers, des légumes frais ou conservés par le procédé Chollet fussent distribués en quantité suffisante. La qualité du vin de troupe était bonne, mais il avait fallu empêcher la vente des vins factices et falsifiés que les marchands ambulants mettaient en circulation.

L'installation des chevaux pouvait donner lieu à quelques observations critiques : ils ont été parqués pendant deux mois sur place fixe et à l'air libre ; ils étaient attachés au sol par les pieds de devant à l'aide de liens et de piquets.

Pour ce qui concerne le transport des malades, l'établissement des ambulances, l'évacuation sur les hôpitaux de Châlons et du Val-de-Grâce, notre confrère mettant à profit le crédit dont il jouissait à si juste titre auprès de S. M. l'Empereur, avait pu modifier très heureusement et très promptement les détails de ces divers services.

Une erreur assez répandue dans l'armée, c'est de croire que les affections syphilitiques peuvent être reléguées dans les locaux secondaires d'un hôpital. M. le docteur Larrey pense, au contraire, que la première des garanties hygiéniques pour la guérison de ces maladies, réside dans un milieu favorisé par la chaleur, la lumière, l'aération et l'isolement.

Comme nous nous sommes un peu étendu sur la partie hygiénique, il ne nous reste que quelques lignes pour l'exposé des maladies observées pendant la durée du camp : les résultats, du reste, ont été des plus inespérés, et sur 22 mille et quelques cents hommes, on n'en a perdu que 4 dans l'espace de deux mois.

Les maladies se rapportaient à trois origines :

1° Maladies anciennes, importées du dehors ;
2° Maladies récentes développées sur place ;
3° Maladies consécutives provenant du camp.

Parmi les premières, figurent en première ligne les affections vénériennes ; dans le deuxième groupe, par ordre de fréquence, sont comprises les affections gastro-intestinales (diarrhée, dysenterie), fièvres typhoïdes (10), fièvres intermittentes, phlegmasies des organes respiratoires, affections rhumatismales, etc.

Celles de la troisième catégorie sont restées à peu près nulles ou ignorées.

Les maladies chirurgicales se sont présentées dans l'ordre suivant, d'après leur fréquence comme lésions générales :

Furoncles, panaris, abcès, contusions, plaies diverses par instruments piquants, tranchants ou contondants ; fractures, entorses, luxations et blessures par armes à feu.

Les lésions spéciales n'ont rien offert de particulier.

Dans leur traitement l'on a et l'on devait naturellement suivre les enseignements précieux du Val-de-Grâce.

Nous nous garderons bien, en finissant, de faire l'éloge de la méthode qui règne dans ce beau travail, des qualités du style qui en forment l'ornement. M. Larrey a conquis depuis longtemps ses galons, il était déjà maître avant d'entrer au Conseil de santé des armées ; il ne nous reste plus, à nous, humbles pionniers de la science, qu'à marcher sur les traces de ces illustres exemples, en nous inspirant de leur zèle et de leur dévouement.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Léon Coze fils, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé professeur de pharmacologie et de matière médicale à la même Faculté, en remplacement de M. Coze père, démissionnaire. L'installation de M. Léon Coze a eu lieu le 29 juillet dernier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 25 août, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : Rapport d'urgence sur une question de dignité et d'intérêt professionnels. (Affaire de Vaugirard.)

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

garçon de 2 ans, assez robuste, quoique légèrement lymphatique. L'œil droit est sain; quant à l'œil gauche, il existe un tel gonflement de paupières, que je parviens à grande peine à entrevoir le globe oculaire. La cornée offre un commencement de ramollissement, et les conjonctives palpébrales sont recouvertes de couennes blanchâtres, épaisses, adhérentes.

La diphthérite était facile à reconnaître; je n'hésite pas à gratter, à ruginer, pour ainsi dire, les muqueuses palpébrales, que je touche dans toute leur étendue avec un crayon de pierre divine. Je prescris des injectionss, d'heure en heure, de collyre au nitrate d'argent, et, le soir même, je revois le malade, assisté de M. le docteur Cerise.

Les fausses membranes se sont déjà renouvelées; nous cautérisons de nouveau, après avoir enlevé les débris les moins adhérents. Une application de sangsues, le calomel à l'intérieur à dose fractionnée, le collyre injecté et des applications de compresses imbibées d'eau froide constituent le traitement.

L'enlèvement des couennes et la cautérisation durent être pratiqués tous les jours pendant sept jours et, le 3 août, l'enfant ne présentait plus de trace de l'inflammation kérato-conjonctivale.

Mais ce qu'il importe de constater, c'est qu'ici la diphthérite n'a pas été une maladie purement locale, la masse du sang participait à la disposition particulière qui engendre ces fausses membranes. Un petit vésicatoire fut appliqué derrière l'oreille gauche; ce vésicatoire devint douloureux; la plaie s'enflamma, se couvrit de couennes dures et grisâtres, et laissa suinter une sérosité fétide. Malgré tout le soin que nous eûmes d'enlever les fausses membranes à mesure qu'elles se formaient et de cautériser chaque fois à l'aide de l'azotate d'argent, le vésicatoire, triplé de volume, mit près de deux mois à guérir, et laissa une cicatrice analogue à celles des brûlures qui ont détruit le derme.

Troisième fait. — Un jeune enfant m'est adressé dernièrement par mon honorable confrère et ami M. Baret. Ce jeune enfant présente non seulement de la diphthérite de la conjonctive, mais encore des plaques gangréneuses des paupières supérieures et inférieures du côté gauche. Déjà des injections et des cautérisations ont été pratiquées par M. Baret; je m'associe à la thérapeutique de notre confrère, et je conseille de fréquents lavages avec une décoction de quinquina.

Chez cet enfant, les paupières étaient considérablement infiltrées, l'inflammation était extrême; sans tirailler même les fausses membranes et rien que dans l'acte de retourner les paupières, le sang coulait aisément, nous eûmes recours, sur la proposition de M. Baret, au chlorate de potasse à l'intérieur et en injections, et, sous l'influence de ce traitement, la diphthérite se modifia tellement qu'au bout d'une dizaine de jours les paupières avaient repris l'état normal.

Un chémosis, que nous avions constaté au début, et un commencement de kératite ulcéreuse disparurent aussi sans laisser de trace.

Il est à remarquer que, dans la maison habitée par le jeune malade qui fait le sujet de notre observation, et deux jours avant l'invasion de l'ophthalmie, une jeune enfant était morte, atteinte d'une *gourme* qui, ainsi que me l'écrit M. Baret, prit, en deux jours, une teinte violacée et se recouvrit d'une couenne diphthéritique. On avait eu recours à l'isolement et à tous les soins de désinfection.

Nous ne devons pas oublier de signaler aussi chez ce jeune malade la présence de couennes derrière l'oreille, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion émise par nous, que la diphthérite de la conjonctive n'est pas une maladie purement locale.

Quatrième fait. (Lettre de M. le docteur Lequoy.) — « Monsieur et honoré confrère, vous me demandez quelques détails sur l'ophthalmie de l'enfant D..., ophthalmie dont vous avez caractérisé plus tard la nature toute nouvelle. Quand l'enfant me fut présenté, l'œil gauche était gonflé et douloureux. D'après les renseignements, l'enfant avait été pris de coryza; les larmes avaient coulé fortement; un prurit assez fort déterminait le petit malade à se frotter l'œil, ce qui, évidemment, avait augmenté le mal; il y avait un peu de photophobie; la cornée était saine; mais il existait une sécrétion de la muqueuse palpébrale qui amenait chaque matin l'agglutination des paupières. La conjonctive scléroticale était parsemée de quelques vaisseaux veineux, et profondément se laissait voir un rayon de vaisseaux artériels. Pour moi, il existait chez l'enfant une ophthalmie catarrhale, commune alors parmi les symptômes morbides auxquels on a donné le nom de grippe. Je prescrivis un collyre avec l'azotate d'argent (15 centig. pour eau 30 grammes) et des compresses avec l'infusion de thé. Je revis l'enfant le surlendemain, il n'y avait de changement qu'une sécrétion plus abondante de mucus et un gonflement notable de l'œil. Deux jours après, les parents, effrayés, conduisirent l'enfant chez vous, où vous me fîtes demander pour le voir avec vous. Il existait alors réellement une couche blanche, comme membraneuse, à la partie interne de la paupière supérieure. Cette couche, difficile à enlever, laissait une surface rouge et saignante. Sans repousser le diagnostic d'une analogie de cette production morbide avec celle de l'angine, j'étais curieux d'en connaître plus intimement la nature; aussi, le même soir, quant l'enfant revint chez moi, j'enlevai une petite portion de la pseudo-membrane qui s'était déjà reformée; je la lavai sous un filet d'eau pour la débarrasser du mucopus, et placée entre deux verres, je l'examinai au microscope. J'aperçus très bien des filaments déliés ayant l'aspect de ceux de la fibrine. Une amplification plus grande (401 en ɔ) me fit distinguer une assez grande quantité de globules blancs qui étaient comme intercalés entre les filaments. Cette espèce de tissu n'avait pas une très grande ténacité, Cette observation, tout incomplète qu'elle était, suffit pour me ranger de votre opinion sur la nature de la production morbide que nous avions sous les yeux et de son identité avec la couenne dans l'angine. Je donnai à l'enfant (ainsi que vous en aviez témoigné le désir d'expérimentation) 4 grammes de chlorate de potasse par jour à l'intérieur, et solution du même sel pour lotions. Vous cautérisâtes chaque jour la muqueuse palpébrale avec la pierre divine. Cette muqueuse, mise à nu, était comme granulée, boursouflée. L'intérêt, pour moi, était de savoir quand et comment finirait cette affection. Quelques jours après, quoique le renouvellement continu de la couche membraneuse, le gonflement et même l'œdème de la paupière supérieure annonçassent bien que la maladie persistât, je fis au microscope un nouvel examen qui ne me montra qu'un tissu fibrillaire très délié et pareil au précédent. Le onzième jour, je procédai à un nouvel examen du tissu morbide qui ne présentait plus qu'une substance amorphe, et le lavage au pinceau ne me laissait sur le verre aucun filament. Cette observation coïncidait parfaitement avec l'amélioration survenue dans l'état de l'œil à cette époque, et la facilité que vous aviez à enlever les produits sécrétés. Quant au chlorate de potasse que nous avons expérimenté, je pense qu'on ne peut légitimement lui attribuer aucune des phases de l'amélioration survenue, ni la guérison de l'œil. L'enfant a pris en tout 40 grammes de chlorate en dix jours, et il n'a cessé que lorsque les nausées et le dégoût sont arrivés. L'amélioration de la maladie n'est survenue que le onzième jour; ordinairement les effets du chlorate de potasse comme antiplastique ou antiseptique sont manifestes avant le cinquième, nous ne pouvons donc attribuer au chlorate aucune part dans la guérison de la maladie que nous avons eu à traiter, malgré l'analogie pathologique de cette maladie avec l'angine couenneuse. J'oubliais de dire que l'infiltration des paupières a été telle, que deux fois nous en avons craint la rupture, et que deux fois il a fallu recourir à de profondes scarifications.

» Agréez, etc. Dr Lequoy. »

Résumé.

Quatre faits, si bien établis qu'ils soient, n'autorisent pas suffisamment des conclusions rigoureuses; cependant, qu'il me soit permis, quant à présent, de poser les quelques jalons qui paraissent mesurer le terrain encore inconnu de la diphthérite conjonctivale.

1° La diphthérite conjonctivale est une maladie de nature couenneuse, comme le croup;

2° La diphthérite conjonctivale a des signes particuliers qui ne permettent pas de la confondre avec l'affection que l'on a désignée sous le nom d'ophthalmie pseudo-membraneuse;

3° La diphthérite conjonctivale affecte spécialement les enfants;

4° La diphthérite conjonctivale ne paraît pas être une maladie purement locale; elle semble liée à un état général; aussi, la prudence recommande-t-elle de s'abstenir d'employer pour la combattre les exutoires qui, à leur tour, pourraient constituer une complication;

5° La diphthérite conjonctivale ne semble pas, en général, offrir le caractère contagieux; sans nous prononcer formellement sur cette question, c'est du moins ce qui résulte de nos observations, cette affection n'ayant jamais occupé qu'un œil, et l'autre œil ayant toujours été exposé au contact des liquides sécrétés par la conjonctive malade, quelque pressantes qu'aient été nos recommandations à ce sujet;

6° La diphthérite conjonctivale est une affection très rare et assez grave, mais de nature curable.

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES (*);

Par M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

ANESTHÉSIE DES MUSCLES.

Ainsi que l'anesthésie de la peau, l'anesthésie des muscles a été constatée depuis longtemps; et quoiqu'elle n'ait pas fixé l'attention des observateurs, on peut acquérir la certitude que ce n'est pas un symptôme nouveau.

Les filles de Milet qui, selon Plutarque, voulaient toutes se pendre et qui restaient insensibles à la douleur que cet acte devait produire étaient évidemment des hystériques avec anesthésie des chairs.

Mais l'exemple le plus remarquable du degré d'insensibilité auxquels les muscles peuvent être conduits, se voit dans ce qu'on appelle les convulsionnaires de Saint-Médard.

En 1727, au fort des querelles religieuses qui s'étaient élevées entre les Jésuites et les Jansénistes, à propos de la bulle *Unigenitus*, mourut un bon vieux prêtre, le diacre de Pâris. Ce brave homme, qui, pendant sa vie, avait été un modèle d'humilité et de charité chrétienne, avait éprouvé des ennuis de la part de ses supérieurs ecclésiastiques, à raison des opinions jansénistes dont il était entiché. Le parti en fit de suite un bienheureux, et l'on vint prier sur son tombeau : l'exaltation religieuse et l'irritation produites par une sorte de persécution, fit que bientôt quelques jeunes filles hystériques eurent leurs attaques au tombeau luimême, qui était placé dans le cimetière de Saint-Médard, que d'autres hystériques, qui n'avaient pas encore eu d'attaques, en eurent à ce moment, et qu'enfin un grand nombre des femmes que l'exaltation conduisait dans ce lieu, eurent aussi des convulsions. Tout cela fut considéré comme une œuvre miraculeuse. La puissance de la communication avait été si grande que, dès le principe, on ne comptait que sept à huit jeune filles convulsionnaires, et qu'au bout de deux ans, on en comptait sept à huit cents. C'était à qui ferait les sauts les plus extraordinaires, celles-là se nommaient les sauteuses; d'autres poussaient des cris qui leur firent donner la qualification d'aboyeuses pour les unes et de miauleuses pour les autres.

La police étant intervenue pour faire cesser tout ce désordre, les convulsionnaires se groupèrent en sociétés qui se réunissaient en divers quartiers de Paris. Dans ces réunions, des jeunes et aussi des vieilles filles éprouvaient des convulsions, des extases, des visions, et surtout elles éprouvaient un besoin de tortures. Les unes se faisaient, littéralement, crucifier; on les plaçait sur une croix à laquelle elles étaient attachées par de très gros clous qui leur traversaient les pieds et les mains, sans qu'elles parussent éprouver la moindre douleur. Les autres se faisaient, presque nues, fouler aux pieds d'hommes vigoureux, ou recevaient des coups d'une grosse bûche ou d'un fort chenet administrés sur la tête, sur la poitrine, sur l'épigastre et sur le ventre, par des hommes jeunes et vigoureux. Quelques-unes de ces femmes recevaient jusqu'à cent coups sans en éprouver la moindre sensation pénible; ces opérations s'appelaient des secours, parce qu'ils étaient destinés à apaiser les malaises dus à des gastralgies, à des tympanites hystériques dont elles étaient affectées. D'autres enfin se faisaient tordre les seins, couverts d'un simple linge, soit avec les mains, soit avec des tenailles, et ne paraissaient pas souffrir plus que les autres.

Des magistrats, et entr'autres Carré de Montgeron, membre du Parlement (*Vérité des miracles*, etc.), des médecins tels que Hecquet (*Traité du naturalisme des convulsions)*, Morand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (*Rapport manuscrit)*, avaient constaté ces faits *de visu* de la manière la plus positive. Les coups de bûche, et ceux qu'on donnait avec un chenêt de fer du poids de 25 livres, étaient si bien et si duement administrés, que Carré de Mongeron lui-même déchargea contre une muraille quelques coups du même chenêt qui lui avait servi à secourir une convulsionnaire, et qu'au troisième ou quatrième coup, la maçonnerie fut enfoncée. Aussi ne peut-on pas élever le moindre doute sur l'authenticité des faits et sur la réalité de l'anesthésie. Carré de Montgeron avait vu en cela des miracles; mais les médecins que je viens de citer assurent bien positivement que toutes ces convulsionnaires étaient des filles hystériques plus ou moins nymphomanes, et je suis complétement de leur opinion, car presque toutes ces femmes avaient des attaques. Ces scènes de déraison durèrent trente-cinq ans, temps pendant lequel on eut l'occasion de bien observer ces nombreux faits d'anesthésie des muscles; puis elles cessèrent peu à peu. Malgré des preuves aussi évidentes., aucun auteur, avant M. Gendrin, n'avait parlé de l'anesthésie des muscles, et ce médecin lui-même n'en avait parlé que d'une manière très vague.

L'anesthésie peut, à la rigueur, intéresser tous les muscles qui servent aux mouvements volontaires, mais l'expérience montre qu'elle affecte de préférence les muscles des membres affectés. Il est assez difficile de déterminer le degré de fréquence de cet accident hystérique, attendu que les malades ne se plaignent de rien tant qu'il n'y a pas de la faiblesse.

Je l'ai observé intéressant les quatre membres chez 5 malades.

Toute la moitié gauche du corps chez.	42
Tout le côté droit chez.	13
Les membres inférieurs des deux côtés chez.	10
Le membre inférieur gauche seul chez	7
Le droit seul chez	3
Les membres supérieurs des deux côtés chez. . . .	2
Le membre supérieur gauche seul chez.	3
Le droit seul chez	2
Et les divers muscles du thorax chez	10

Je n'ai jamais eu l'occasion de constater l'anesthésie siégeant isolément sur un seul muscle; toujours elle attaquait un ensemble plus ou moins grand de ces organes du mouvement. L'anesthésie des muscles est très ordinairement un accompagnement de celle de la peau et ne paraît qu'après elle; cependant quelques personnes prétendent avoir vu les muscles anesthésiés, sous une peau douée de la sensibilité normale.

Elle se produit soit lentement et d'une manière en quelque sorte insensible, par des fourmillements, par des engourdissements, et quelquefois par des tremblements dans les muscles qui vont être anesthésiés. D'autres fois, il n'y a pas eu le moindre phénomène précurseur, soit que l'anesthésie survienne lentement, soit qu'elle arrive soudainement, comme elle le fait après une attaque d'hystérie.

Chez les malades prises de cette espèce d'anesthésie, on peut enfoncer brusquement une épingle et la faire profondément pénétrer dans les chairs, au tronc comme aux membres, sans provoquer la moindre douleur, et sans que la malade éprouve la plus légère sensation qui l'avertisse de ce qu'on lui fait. On peut également pincer fortement ces chairs, les presser très durement contre les os, sans que les malades aient la conscience de ces actions. On peut même faire plus : on peut imprimer à leurs membres, à une partie de leur corps, et, dans quelques cas, à tout leur corps luimême, des mouvements aussi étendus que possible, sans que les malades, auxquelles on a préalablement bandé les yeux, soupçonnent même qu'on les a remuées.

Les muscles anesthésiés ne sentent pas le passage du courant électrique qui les traverse; ils sont néanmoins contractiles sous l'influence de la volonté et sous celle des courants électriques. L'affection paraît, dans sa plus grande simplicité, être bornée aux filets sensitifs, dont M. Longet admet l'existence dans les muscles.

La perte de la sensibilité dans les muscles donne lieu à de la perturbation dans les mouvements des membres qui se font toujours avec une certaine indécision. Les malades ont perdu plus ou moins de ce sentiment, que Charles Bell et M. Gerdy ont appelé le sens ou le sentiment d'activité musculaire, et sur lequel M. Landry a présenté des remarques pleines de finesse et d'exactitude.

C'est, comme on le sait, ce sentiment résidant au sein des muscles qui donne la sensation de la quantité d'action nerveuse envoyée par l'encéphale pour produire un mouvement donné. C'est encore cette sensation qui donne aux muscles la faculté de sentir la résistance à leur mouvement et l'étendue de ces mouvements, enfin, c'est encore d'elle que vient la sensation de fatigue éprouvée par les membres. Or, ce sentiment venant à manquer chez ces anes-

(*) Suite. — Voir les numéros des 24, 27 juillet, 5 et 12 août.

thésiques il en résulte qu'ils ne savent plus gouverner leurs mouvements, qu'ils ne peuvent plus apprécier ni le degré des résistances ni la fatigue. Ces malades ne peuvent guère travailler de leurs mains sans l'intervention de la vue, elles sont maladroites, brisent ce sur quoi elles portent la main. La marche se fait mal, les jambes sont mal gouvernées et le pas n'est point régulier, il y a une sorte de titubation qui étonne quand on voit les malades mouvoir si bien dans leur lit leurs membres inférieurs.

Dans le degré le plus avancé de l'anesthésie des muscles, il se produit un phénomène très singulier qui donne lieu de supposer que la sensibilité des muscles est encore plus profondément affectée que dans les catégories précédentes.

Soit une hystérique dont la sensibilité de la peau des membres est complétement abolie, et dont la sensibilité des muscles est également complétement détruite, cette malade présentera tous les phénomènes d'insensibilité, de perte du sentiment d'activité musculaire, dont il vient d'être question; mais si l'anesthésie des muscles est encore plus profonde que dans les cas précédents, la malade ne pourra plus exercer aucun mouvement, quelque effort de volonté qu'elle fasse, si ses yeux ne sont pas dirigés sur la partie du corps qui doit exécuter ces mouvements.

Ainsi, pendant un mouvement du membre supérieur, si on bouche les yeux, si on les fait se diriger d'un autre côté, ou si on place le membre derrière le dos, à l'instant même tout mouvement s'arrête, et la malade, qui croit avoir exécuté un mouvement complet, est tout étonnée lorsqu'elle s'aperçoit que ce membre n'a pas bougé.

Si, la main ou le bras étendus, la malade veut fléchir ces parties, elle croit l'avoir fait, mais elles n'ont pas bougé. La même chose a lieu si, étant fléchies, la malade veut les étendre.

Si, ayant un corps fortement serré dans la main, on ordonne à la malade de le lâcher, elle croit l'avoir lâché, s'attend à l'entendre tomber, et, malgré l'effort de la volonté, la main ne s'est pas le moins du monde desserrée.

Et ainsi de suite pour tous les mouvements des membres. La malade n'est point paralysée, car aussitôt que les yeux sont dirigés sur les membres, le mouvement qui avait cessé reparaît de suite.

L'influence de la vue est tellement capitale, que, chez une jeune fille dont l'œil gauche, incomplétement anesthésié, voyait très mal, les mouvements des membres se faisaient très bien quand ils étaient dirigés par l'œil droit, ils se faisaient assez mal, au contraire, quand ils étaient dirigés par l'œil anesthésié.

Si, à l'aide de la faradysation de la peau du membre, on y rétablit la sensibilité, ce qui se peut faire en quelques minutes, rien n'est changé dans les troubles du mouvement, la vue reste toujours indispensable au même degré pour que le mouvement se produise.

Mais si, laissant la peau anesthésiée, on rétablit la sensibilité des muscles en les faisant exclusivement traverser par le courant faradyque, rétablissement qui peut se faire au bout de quelques minutes, à l'instant même la malade reprend toute sa puissance contractile, et elle exécute tous les mouvements qu'elle veut faire, aussi bien sans le secours des yeux, que quand ceux-ci gouvernent le mouvement. On est assuré qu'on a ramené la sensibilité, parce que la malade sent le courant électrique, et qu'elle perçoit alors sur les muscles la sensation des pressions qu'on y exerce ou des piqûres qu'on y fait. Au bout de quelques jours, soit par le fait de la persistance de l'hystérie, soit par celui de nouvelles attaques hytériques, l'anesthésie des muscles se reproduit, et la malade perd en mouvements tout ce qu'elle venait de gagner.

Comment expliquer ces phénomènes singuliers, dont les derniers ont été observés et suivis dans tous leurs détails par M. Duchenne sur des malades de nos salles? Évidemment, l'action de l'encéphale se fait dans son intégrité; les malades ont la volonté d'exécuter un mouvement, l'influx excito-moteur est produit, il parcourt les nerfs et arrive au muscle; mais celui-ci a perdu la faculté de se servir de l'excitant; dans les degrés moins élevés de l'anesthésie, il ne proportionnait plus son action à la quantité d'incitant encéphalique qu'il recevait, il faisait mal ses mouvements; dans le degré le plus élevé, il ne sait plus que faire de cet incitant, il ne se met plus en mouvement. M. Duchenne a proposé de donner à ce degré de l'anesthésie des muscles le nom de perte de la conscience musculaire.

Il résulte de là des effets assez curieux qu'a observés M. Duchenne : pendant le jour, les malades sont presque impotentes, attendu que leur vue ne pouvant pas se porter à la fois sur toutes les parties en mouvement, elles marchent très mal, chancellent ou ont de la titubation, dès qu'elles ne font pas grande attention à leurs pieds; mais quand la nuit survient, quand il n'y a plus de lumière, tout mouvement cesse, les malades ne peuvent plus marcher, ni exécuter de mouvements de leurs membres supérieurs, elles tombent paralytiques la nuit pour reprendre la faculté de se mouvoir dès que le jour reparaît.

Cet état d'alternative, d'après ce que dit M. Duchenne, a été pris pour une maladie intermittente, traitable par le sulfate de quinine.

Ce degré élevé de l'anesthésie des muscles est fort rare; il n'a été observé à la Charité que sur un très petit nombre d'hystériques affectées à la fois d'anesthésie de la peau, ainsi que des parties subjacentes et d'affaiblissement dans la contractilité musculaire.

Arrivée à ce point, l'anesthésie dure longtemps, et ne se dissipe qu'après de nombreuses oscillations. Chez une des malades, il ne s'était pas dissipé au bout de dix-huit mois lorsque je l'ai perdue de vue.

Bien que les filets moteurs paraissent respectés, cependant l'anesthésie des muscles s'accompagne presque toujours d'un degré quelconque de diminution dans la contractilité des muscles, et de troubles dans les mouvements. Cet affaiblissement et ce trouble se montrent à divers degrés. Le plus souvent, ils se bornent à une diminution d'un à deux tiers de la force musculaire; mais, quand l'anesthésie est très prononcée, on observe une absence presque complète de la contractilité volontaire; les malades sont à peu près paralytiques, leurs mouvements n'ont pas de force; ainsi, dans le lit, elles meuvent assez bien leurs membres inférieurs, mais quand ceux-ci sont chargés du poids du corps, il n'y a plus de mouvement possible.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

EXCISION DU NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR AU-DELA DU GANGLION DE MECKEL, DANS TROIS CAS DE NÉVRALGIE FACIALE. — M. CARNOCHAN, professeur de chirurgie au Collége médical de New-York, rapporte trois cas de névralgie faciale arrivés au marasme et guéris par l'opération suivante :

Le malade, fixé sur une chaise solide, et chloroformisé, a la tête appuyée sur la poitrine d'un aide chargé de la maintenir. L'opérateur fait sur la joue une incision en V, à sommet inférieur, et comprenant dans son aire le trou sous-orbitaire. Il relève le lambeau, et, se guidant sur quelques rameaux nerveux, il arrive au tronc lui-même, qu'il isole jusqu'au trou sous-orbitraire; alors, relevant la lèvre supérieure, il détache la muqueuse de la mâchoire supérieure, le long de la ligne de jonction de la joue et des gencives, et, par une incision qui, passant à égale distance de l'aile du nez et de la commissure labiale, va rejoindre le sommet du V; il divise entièrement les tissus de la joue et de l'aile du nez. Il dissèque ensuite les deux lambeaux, de manière à mettre à nu toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, ainsi que le nerf émergeant du trou sous-orbitaire. Le sinus est largement ouvert immédiatement au-dessous de cet orifice par une couronne de trépan de trois quarts de pouce de diamètre. Le chirurgien fait sauter, avec la pince de Lüer et un petit ciseau, le pourtour du trou sous-orbitaire et la portion dure du canal de ce nom, incise avec précaution le plancher de l'orbite, brise la paroi postérieure du sinus et arrive à la fosse sphéno-maxillaire. Là il isole le nerf et coupe les branches qui vont former le ganglion de Meckel. Enfin, à l'aide de ciseaux à pointe mousse et courbés sur le plat, le tronc du nerf lui-même fut divisé de bas en haut juste à sa sortie du trou rond, et reséqué dans l'étendue d'un pouce environ.

Dans les trois cas, les suites de l'opération furent très simples, sans accidents. La névralgie, qui avait résisté à tous les traitements, et même dans un cas à la cautérisation et à la division, fut définitivement guérie. — *(Moniteur des hôpitaux,* 16 mars 1858.)

ÉTRANGLEMENT INTERNE : ANUS CONTRE NATURE; GUÉRISON; par M. DE GUINDRECOURT. — Joseph Verdoux, âgé de 25 ans, était atteint depuis sept jours, d'une douleur vive, siégeant vers la fosse iliaque droite, et tendant à sa généraliser dans l'abdomen. Cette douleur avait débuté subitement et avait été bientôt accompagnée de vomissements d'une odeur infecte en même temps que les selles se supprimaient. M. de Guindrecourt le trouve dans l'état suivant le 10 décembre : yeux excavés, respiration courte et entrecoupée par un hoquet continuel alternant avec des vomissements; ventre ballonné, douloureux, surtout à la hauteur de la fosse iliaque droite. Selles supprimées depuis dix jours; mouvements alternatifs d'ascension et de descente du testicule droit. M. de Guindrecourt prescrit quelques lavements d'assa fœtida laudanisés et l'iodure de potassium contre les vomissements, qui avaient disparu le lendemain. Le 15, les selles étaient rétablies. Mais le ballonnement du ventre et la douleur locale persistaient : frictions mercurielles belladonées et lavements laxatifs et antispasmodiques. Au bout de dix jours, apparut vers la ligne blanche, à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, une ouverture communiquant avec l'intestin. Malgré un débridement, la gangrène détruisit toute la peau et le tissu cellulaire de l'hypogastre et de la fesse droite et ne tarda pas à s'étendre à la partie interne de la cuisse droite. Pansement avec le camphre, le quinquina, etc., puis avec du cérat au quinquina et l'eau antiseptique de Gannal. Malgré un état général très alarmant, le malade a guéri de sa plaie et de son anus contre nature, qui s'est spontanément oblitéré. — *(Gazette méd. de l'Algérie,* 25 juin 1858.)

ÉTUDES SUR L'ALBUMINURIE; CONSIDÉRATIONS DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE; par M. LUTON, interne des hôpitaux (1). — Dans ce travail, M. Luton établit par plusieurs observations une proposition sur laquelle M. Gubler a, le premier, appelé l'attention des médecins; c'est que l'albumine urinaire éprouve chez les albuminuriques des variations périodiques dans ses proportions. Il apprécie ensuite les principales influences qui lui paraissent présider à ces variations, et aussi à la production de l'albuminurie. En tête de ces influences, il place le mode d'alimentation; divers auteurs ont, en effet, démontré que certains aliments pouvaient, dans des circonstances déterminées, rendre les urines albumineuses. On conçoit donc, dès lors, que la même cause, dans un cas d'albuminurie, puisse faire varier les proportions de l'albumine dans l'urine, et c'est ce qui a été constaté par M. Gubler et M. Luton, qui ont, à plusieurs reprises, trouvé une plus grande quantité d'albumine dans l'urine de la digestion que dans l'urine du sang. Regrettons en passant que l'emploi d'une méthode de précision dans ces examens comparatifs demande beaucoup trop de temps, et que M. Luton n'ait pu s'en servir. Ses résultats auraient une valeur beaucoup plus grande encore; ils sont vrais : c'est l'essentiel.

Partant de là et suivant l'exemple de M. Gubler, l'auteur recommande, toutes les fois que l'état du malade le permettra, principalement dans le cas d'albuminurie aiguë et essentielle, que le régime végétal domine sur le régime animal.

ABCÈS CHRONIQUE AUTOUR DU PREMIER MÉTATARSIEN, SIMULANT UNE TUMEUR BLANCHE; GUÉRISON SANS AMPUTATION; VASTE ABCÈS SOUS-DELTOIDIEN CONCOMITANT. — Un homme de 35 ans, d'une constitution vigoureuse, sans aucun antécédent syphilitique ou rhumatismal, fut pris, dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, et au milieu d'une bonne santé, d'une douleur siégeant sur la tubérosité interne de la tête du premier métatarsien droit, apparaissant par la fatigue et disparaissant par le repos. Au bout de peu de temps, il vit se développer sur le point douloureux une tuméfaction élastique, indolente à la pression du doigt, sans changement de couleur à la peau, et du volume d'une petite noix environ. Puis tout resta dans le même état. Mais un an après, des douleurs vives se déclarent; la partie malade devient rouge, gonflée, depuis l'interligne articulaire du gros orteil jusque près de la malléole correspondante; la santé générale se trouble. Le malade put néanmoins continuer son service de sergent de ville, jusqu'à ce qu'ayant consulté son médecin, un mois seulement avant son entrée, celui-ci lui recommanda le repos, et lui ouvrit, quelques jours après, deux abcès. Les deux ouvertures restèrent fistuleuses. C'est à peu près à ce moment qu'il survint un gonflement douloureux du moignon de l'épaule droite.

A l'entrée du malade, on constate l'état suivant : maigreur extrême, fièvre hectique, insomnie. Au pied, tuméfaction chaude, rouge violacé, molle, comme fongueuse au toucher, occupant l'extrémité antérieure du premier métatarsien. La peau qui la recouvre est mince, adhérente, et percée de deux orifices fistuleux. Le stylet ne fait découvrir aucune partie dénudée, et on ne constate aucune communication avec l'articulation. Celle-ci jouit d'une mobilité anormale avec crépitation sèche. Les mouvements qu'on y imprime ne causent aucune douleur. Se fondant sur cette particularité, et aussi sur l'âge et la constitution du malade, M. Laugier rejette l'idée d'une tumeur blanche, et diagnostique un abcès chronique du premier métatarsien. Quant à l'épaule, elle est le siége d'un abcès profond situé sous le deltoïde. M. Laugier ordonne : cataplasmes résolutifs sur l'épaule et le pied malade, iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 2 grammes par jour, potion calmante le soir, vin de Bordeaux, bouillons et potages. Au bout de huit jours, le 25 avril, changement : frictions mercurielles belladonées sur l'épaule. Le 8 mai, ouverture de l'abcès de l'épaule. A partir de ce jour, le mouvement fébrile tombe rapidement, les forces reviennent, l'appétit renaît. Le 16 mai, plus de suppuration au pied; et le 27, le malade sort parfaitement rétabli. Le pied a repris son aspect et son volume ordinaires. Quant à l'épaule, elle était également guérie. — *(Gazette des hôp.,* juillet 1858.)

Le Gérant, RICHELOT.

(1) Brochure, chez Adrien Delahaye, libraire.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 101. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 26 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
à PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie n'a tenu hier qu'une séance de vacances. Un seul mémoire lu par un savant étranger, M. Bouis, sur la recherche de l'iode dans l'air et les eaux, a fait tous les frais de cette courte séance qui s'est terminée par un comité secret. Il s'agit de la présentation de candidats à une place vacante dans la section de physique et de chimie. La nomination de M. le professeur Gavarret est à peu près assurée, et tout le monde se réjouira de voir entrer à l'Académie ce confrère aussi méritant par la science que par le catactère.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

A PROPOS D'AFFECTIONS DIPHTHÉRIQUES, CONSIDÉRATIONS SUR LA TRACHÉOTOMIE ET SUR LE PROCÉDÉ DE M. LOISEAU, POUR LA CAUTÉRISATION DU LARYNX.

Dans le courant des mois de mai et de juin 1857, régnait à Paris une épidémie de diphthérie, et dans nos salles de l'Hôtel-Dieu nous avions eu l'occasion d'en observer plusieurs cas.

Ainsi, une femme qui succomba au n° 13 de la salle Sainte-Agnès à une diarrhée chronique, et chez laquelle, à l'autopsie, nous ne trouvâmes ni tubercules pulmonaires, ni lésions intestinales, fut prise, vers la fin de sa vie, d'une affection couenneuse des gencives, affection que M. Bretonneau a décrite, dans son *Traité des inflammations spéciales*, sous le nom de *diphthérie gingivale*. Chez notre malade, cette affection persista jusqu'à la mort, résistant à tous les moyens employés pour la combattre, compliquant les accidents graves auxquels elle a succombé, et accélérant, pour leur part, la terminaison fatale de la maladie.

Le 27 mai, on apporta à l'hôpital une petite fille de 4 ans, atteinte d'*angine laryngée pseudo-membraneuse;* elle était à la dernière extrémité, et je me hâtai de pratiquer la trachéotomie. Cette opération offrit une particularité sur laquelle il est nécessaire d'appeler l'attention, car pareil accident peut se présenter quelquefois. Au moment où la trachée fut mise à nu, j'avais coupé une veine thyroïdienne un peu volumineuse, et pour arrêter l'hémorrhagie assez abondante qu'occasionnait cette plaie du vaisseau, je me hâtai d'introduire la canule dans le conduit aérifère. Cependant la respiration ne se rétablissait pas ; la suffocation était considérable ; l'asphyxie commençait; le sang prenait une teinte noire, et la figure de la petite malade présentait une coloration bleuâtre effrayante. Je retirai la canule, et j'introduisis à sa place le dilatateur : l'enfant était dans un état de mort apparente, la respiration suspendue, les pupilles étaient dilatées. Nous fîmes alors exécuter à la poitrine des mouvements de soufflet, et après une minute et demie ou deux minutes, nous vîmes la malade faire quelques grimaces, une grande inspiration appelait l'air dans la poitrine, et la vie se ranima.

Il m'était déjà arrivé ce que j'avais déjà observé dans une longue pratique, car on ne fait pas, comme je l'ai fait, plus de 250 trachéotomies, sans être témoin de tous les accidents qui surviennent dans cette opération. Une fausse membrane tapissait le larynx, la trachée et les bronches, et au moment où j'engageai la canule, une fausse membrane déchirée avait été refoulée par mon instrument, obstruant complétement le passage de l'air; lorsque après avoir retiré la canule et introduit mon dilatateur, nous eûmes rétabli les mouvements respiratoires, cette fausse membrane vint se présenter à l'orifice de la trachée, nous pûmes la saisir avec une pince et en enlever un long fragment qui était ramifié à son extrémité inférieure; la canule fut remise en place, et bientôt elle donna passage à d'autres fausses membranes venant des tuyaux bronchiques, et dont l'expulsion fut sollicitée par des efforts de toux provoqués eux-mêmes par la titillation faite dans la trachée avec une barbe de plume. Le calibre de ces fausses membranes nous montrait que l'affection avait progressivement gagné les voies respiratoires, et bien que la respiration fût rétablie, nous ne pûmes pas nous faire illusion sur les suites de notre opération. L'enfant succomba, en effet, dans la nuit.

Quelques jours plus tard, M. le docteur Richet fit également une trachéotomie chez un enfant, mais avec un entier succès; le 16 juin, le petit malade était depuis longtemps guéri. L'habile chirurgien procéda à l'opération avec cette lenteur que je préconise dans ces cas, et il eut à s'en féliciter, car, au moment où il allait ouvrir la trachée, il fut obligé de couper une artère presqu'aussi grosse que la radiale, c'était une anastomose anomale des deux thyroïdiennes inférieures. Une ligature appliquée aux deux extrémités du vaisseau divisé, arrêta l'hémorrhagie. Jamais je n'ai rencontré une semblable anomalie, mais une fois j'ai trouvé la carotide gauche naissant du tronc innominé, et croisant la trachée-artère. Ces anomalies, les dangers qu'elles peuvent faire courir, sont un nouvel argument à opposer au procédé opératoire proposé dans ces derniers temps par M. le docteur Chassaignac, et qui consiste à saisir le cartilage cricoïde ou le larynx à travers les téguments à l'aide d'une érigne ou d'un ténaculum, et à pénétrer du même coup dans la trachée, en traversant la peau et les parties profondes. Ce procédé, d'ailleurs, est, à peu de chose près, renouvelé des anciens, puisque Sanctorius, qui, en 1586, pratiqua un des premiers la bronchotomie, comme on appelait alors cette opération, posait en principe de ponctionner la trachée avec le trocart qu'il avait inventé pour la paracentèse abdominale; puisque cette *laryngocentèse* était également pratiquée par Garengeot, qui, en 1748, la recommande comme de beaucoup avantageuse à l'opération suivant laquelle on arrive couches par couches sur la trachée ; toutefois, Garengeot *(Opérations de chirurgie*, tome II, page 448) prescrit d'inciser préalablement la peau, sans s'inquiéter d'ailleurs des muscles. La ponction directe sans incision préalable était aussi la méthode que préférait Heister *(Institutions de chirurgie*, t. III, p. 153, année 1770), parce qu'elle était plus expéditive et parce que la canule se trouvant introduite du même coup avec le trocart, on évitait au malade de nouvelles douleurs. Enfin, Decker, Bauchot, Richter, et Barbeau-Dubourg avaient inventé des bronchotomes pour rendre l'opération plus simple encore. Van Swieten, dans un admirable commentaire à l'aphorisme 813 de Boerhaave, sur la bronchotomie dans l'angine inflammatoire, Van Swieten s'élève déjà contre ce procédé, qu'il a essayé sur le cadavre et sur des animaux vivants, et dont il a reconnu les difficultés et les dangers. Ces dangers, il serait long de les énumérer, mais je pourrais citer un cas dans lequel un de nos chirurgiens les plus regrettés, A. Bérard, pratiquant la trachéotomie suivant cette méthode expéditive, était arrivé dans l'œsophage. En les limitant aux cas analogues à ceux que nous rapportons, on voit quels dangers cette méthode ferait courir au malade; si l'instrument poussé en aveugle, tombait sur une anomalie artérielle. Ces dangers seraient graves encore s'il survenait des accidents semblables à celui qui s'est présenté chez la petite fille dont nous avons parlé, comment, en effet, aller chercher la fausse membrane qui fait obstacle à travers une plaie étroite et profonde? Comment la voir au milieu du sang qui l'inonde? La mort alors serait inévitable.

Je ne saurais donc trop insister sur le précepte de procéder lentement, dans l'opération de la trachéotomie, d'inciser couches

---

Feuilleton.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR KÉRAUDREN,

AU NOM DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Par M. DEVERGIE, secrétaire annuel de l'Académie.

Messieurs,

Sept mois sont à peine écoulés depuis le commencement de l'année, que déjà l'Académie de médecine a payé trois fois son tribut à cette loi immuable de la nature qui nous sépare à toujours de ceux qui nous sont chers.

D'abord un praticien éminent, un professeur de clinique de premier ordre, honoré de tous, Chomel, succombait à un âge où le médecin peut encore léguer à ses successeurs les enseignements précieux d'une longue expérience.

Burdin le suit de près, Burdin le praticien instruit et modeste, qui portait haut et ferme l'honorabilité médicale, en même temps qu'il savait associer à ses devoirs l'humanité pieuse et efficace envers celui qui était dans le besoin.

Aujourd'hui, je viens au nom de l'Académie impériale de médecine témoigner de ses regrets sur la tombe d'un des membres de la compagnie dès l'époque de sa fondation.

Je viens dire en son nom un dernier adieu à Kéraudren, avec lequel je n'ai eu que peu de relations, mais elles m'ont suffi pour distinguer tout d'abord l'homme dont la carrière avait été une longue suite de services rendus à cette marine militaire, dont la France est fière à si juste titre.

Pierre-François Kéraudren était né à Brest, en 1769. C'était presque un enfant de la mer. Fidèle à son origine, il ne voulut jamais se séparer de ses compatriotes, dont la vie appartient au vaisseau.

A peine sorti des études médicales qu'il avait faites à Quimper et à Brest, sous les auspices du frère du grand Sabatier, Kéraudren entre comme médecin dans la marine.

Il en parcourt rapidement les degrés, car on reconnaît bientôt et dans son instruction et dans ses capacités, celui qui devait un jour imprimer au corps de santé militaire de la marine une haute et forte direction.

Il se livre à l'enseignement, et enfin, voulant acquérir un grade auquel il avait déjà tant de droits de prétendre par l'étendue de ses connaissances, il se rend à Paris, où il est reçu docteur à l'âge de 34 ans.

C'est peu de temps après que se forme l'escadre de la Méditerranée, sous le commandement de l'amiral Brueys, qui s'empresse de désigner Kéraudren pour être le médecin en chef.

Un accident grave et compromettant pour la vie de l'amiral oblige à désigner un autre commandant à l'escadre; mais l'amiral Brueys ne veut pas recevoir d'autres soins que ceux de Kéraudren, qui revient ainsi à Paris. Là il se livre à l'étude de plusieurs projets d'organisation du service médical de la marine; le ministre les met bientôt en exécution.

Il rédige les instructions sanitaires pour l'expédition du capitaine Baudin dans la Méditerranée, et telle était la valeur de ces instructions, qu'elles furent citées avec les plus grands éloges par Peron dans la relation de son voyage aux terres australes. En 1806, Kéraudren fut attaché au ministère de la marine comme médecin en chef consultant, et comme tel il reçut des missions importantes dans les divers ports de la France, de la Belgique et de la Hollande. Alors aussi il créa cette École de médecine navale dans le grand hôpital de St-Bernard, où les jeunes Flamands vinrent puiser aux sources d'une instruction toute française les doctrines et les sages préceptes d'un enseignement régulièrement coordonné.

A peine cette École est-elle en activité que Kéraudren fonde celle de d'Enckuisen, qui prit en peu de temps un très grand développement.

Ce fut alors qu'en 1813 Kéraudren fut promu au grade d'inspecteur du service de santé de la marine, et l'on peut dire que jusqu'à lui ces fonctions n'avaient été que nominatives, qu'il les a régularisées, qu'il en a étendu les limites, et leur a réellement donné toute l'importance qu'elles méritent en apprenant à tous les services que cette institution peut rendre quand elle est placée dans des mains expérimentées.

Plus tard, Kéraudren fut promu aux grandes dignités dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Malgré ses incessantes occupations, Kéraudren trouvait le temps d'écrire, et tous ses écrits témoignent du caractère de l'homme, comme aussi de ses préoccupations de tous les instants : *Nourriture des équipages, moyen de conserver l'eau à la mer; Application du système des fosses inodores au renouvellement de l'air dans la cale des vaisseaux; De la distillation de l'eau de mer, Secours à porter aux naufragés sur les côtes*, etc., tels sont les titres de divers mémoires que Kéraudren a publiés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*.

On a dit avec raison que l'on jugeait les hommes d'après leurs actes; interrogez tous ces titres, et vous y verrez partout Kéraudren consacrant son temps, ses veilles, ses loisirs même, à son étude chérie, à ses compatriotes, à ses enfants de la marine, cherchant partout et toujours une amélioration pour adoucir la vie à la fois si solitaire et si tourmentée du marin, heureux quand il pouvait apporter quelque adoucissement à ses labeurs.

Et si nous ajoutons que, dans la position éminente où se trouvait Kéraudren, il était accessible à tous, qu'il accueillait avec bienveillance tous ses subordonnés, qu'il était affable et simple envers tout le monde, nous peindrons le caractère de Kéraudren en même temps que nous rendrons justice à une carrière si bien remplie.

Kéraudren ne coopérait plus depuis longtemps aux travaux de l'Académie; mais les premiers volumes des *Mémoires* publiés par cette compagnie, témoignent assez de la part qu'il avait prise à ses travaux. Ici je m'arrête; je n'ai été qu'un bien faible historien des mérites de l'un des hommes qui ont occupé la première position médicale dans la marine; d'autres viendront raconter avec plus d'autorité et de détails ce qu'il a fait.

En ce moment, où la terre va couvrir le cercueil de l'homme de bien, disons-lui un éternel adieu, et puisons quelques consolations dans cette pensée que son nom restera inscrit dans les annales de la marine militaire, parmi les hommes les plus éminents.

par couches les parties molles, en écartant les vaisseaux autant que faire se peut, et de mettre ainsi la trachée à nu avant de l'ouvrir. Cette méthode est, d'ailleurs, généralement, je dirais même universellement adoptée; après avoir essayé celle de M. Chassaignac, M. Paul Guersant, qui a eu l'occasion de pratiquer un grand nombre de fois la trachéotomie, est revenu à la première. Cette rapidité avec laquelle on veut faire l'opération est tout au moins inutile, et, bien que je la pratique toujours avec une extrême lenteur, même dans les cas où le malade est à toute extrémité, je n'ai jamais vu mourir qu'un individu sous mon couteau. C'était un homme de 56 ans, que j'opérais ici en 1831, pour une affection différente du croup; une convulsion l'enleva entre nos mains, avant que j'eusse pénétré plus loin que la peau; la mort ne pouvait donc pas être imputée à l'opération. La lenteur avec laquelle on procède augmente donc les chances de succès, elle facilite aussi l'opération elle-même pour ceux qui n'y sont point exercés.

Le petit opéré de M. Richet fut, d'ailleurs, soumis au traitement que j'ai institué depuis longtemps, et qui consiste à se servir d'une canule double, afin de pouvoir nettoyer la canule interne, toutes les deux ou trois heures, sans toucher à la canule externe; à cautériser la plaie extérieure très vigoureusement pendant quatre à cinq jours, avec la solution de nitrate d'argent; à mettre une *épaisse* cravate autour du cou de l'enfant, de façon à ce que l'air qu'il inspire soit toujours chaud et humide, enfin, et ce point est essentiel, à alimenter les enfants.

Depuis longtemps j'avais institué ce traitement, lorsqu'en relisant les commentaires de Van Swieten, je retrouvai, dans cet auteur d'une si prodigieuse érudition, les indications de la double canule et de la cravate, clairement notées, pour le premier point, à peu de chose près pour le second; voici le passage relatif à celui-là :

« Incommodum inveniebatur, dum mucosi humoris copia per » tubi orificium effluens, ejusque lateribus adhœrens, sensim » impissata angustabat tubi cavum, liberamque aeri ingressuro » viam impedebiat; unde cogebatur *Georgius Martinius* tubum » educere et mundare. Multùm quidem hoc caveri potest, dum » alterum tubi extremum multo latiùs liberum humoribus exitum » permittet : interim tamen non incongruum videtur, uti monuit » celebris auctor, *si duplex foret tubulus in asperiam arteriam* » *dimissus, quorum major alterum minorem exciperet.* »

Les indications de la cravate, ou pour mieux dire d'un corps placé à l'orifice de la canule pour empêcher l'air d'arriver directement dans la trachée ne sont pas moins précises. Toutefois, les raisons données par les auteurs pour appuyer leur manière de faire, celle-ci consistant à mettre un peu de ouate de coton dans la canule même et de la fixer au dehors à l'aide d'un fil, ou bien à placer un plumasseau de charpie à l'orifice extérieur du tube, ces raisons sont assez mauvaises, puisque ces auteurs se proposaient d'empêcher les petites poussières voltigeant dans l'air de s'introduire dans la trachée. Toutefois aussi, en proposant de placer sur l'orifice du tube un linge simple dont le tissu serait lâche, Garangeot, que je citais tout à l'heure, dit que ce linge a pour but de modifier l'air, et Van Swieten fait remarquer qu'il est nécessaire que l'atmosphère de la chambre du malade soit un peu chaude, car si l'air était froid, il pourrait nuire, puisque lorsqu'il pénètre par les voies ordinaires de la respiration, il se réchauffe à son passage dans la bouche et dans les fosses nasales.

Le malade de M. Richet a donc été soumis au traitement que j'ai préconisé, et qui, dernièrement entre les mains de M. le docteur Archambault, a été couronné d'un plein succès chez un enfant opéré *in extremis* dans la clientèle de M. le docteur Miguet. M. Archambault, ancien interne distingué de l'hôpital des Enfants, n'en est plus à sa première réussite; sur 12 opérations de trachéotomie qu'il a pratiquées, il compte aujourd'hui 7 guérisons. Ce sont là, à coup sûr, d'utiles et encourageants exemples.

Pour revenir à nos faits de diphthérie, en voyant la première malade dont j'ai parlé prendre une affection couenneuse des gencives, je craignis que le mal ne se propageât par contagion. Bientôt, en effet, une petite fille de trois ans, couchée avec sa mère dans la même salle, prenait, à son tour, la diphthérie, et la prenait par les voies ordinaires que suit le contagium, c'est-à-dire *par les surfaces dénudées de la peau* ou des muqueuses. Cette enfant portait un vésicatoire au bras gauche, et ce vésicatoire avait été fait avec le garou, non avec la cantharide, point important à considérer, car le garou ne détermine pas d'inflammations couenneuses comme le fait la cantharide; or, ici, nous vîmes apparaître *sur la surface dénudée du vésicatoire* d'énormes plaques pseudo-membraneuses dont la nature ne pouvait laisser aucun doute; puis un érysipèle se développa comme il s'en développe souvent en pareilles circonstances; il fut accompagné de phlyctènes, envahit successivement tout le bras, le tronc, et l'enfant succomba.

Dans cette même salle, une jeune infirmière fut frappée par la maladie : la *diphthérie* envahit, chez elle, les *deux amygdales et la partie postérieure du pharynx.* L'affection fut promptement et énergiquement combattue par des cautérisations faites deux fois par jour avec une solution concentrée de sulfate de cuivre. Après cinq ou six jours de cette médication locale, les plaques diphthériques qui, dès la première cautérisation, avaient paru se limiter et ne plus s'étendre, avaient totalement disparu; simultanément, et sans y compter beaucoup, on donnait à la malade une potion de 125 grammes, contenant 10 grammes de chlorate de potasse, à prendre dans les vingt-quatre heures, cette potion fut continuée pendant onze jours. La guérison avait été rapide, mais la maladie exigeait une aussi prompte et aussi énergique intervention de l'art. Si nous n'avions pas été prévenus à temps, la diphthérie eût gagné le larynx et produit le croup, plus grave chez les adultes ou les jeunes gens que chez les enfants.

Chez les adultes, en effet, le larynx étant très large comparativement, les fausses membranes peuvent couvrir les cordes vocales, sans déterminer une notable oppression; la maladie se propage donc dans la trachée et les bronches, avant d'occasionner une suffocation telle, que la trachéotomie devienne nécessaire. On comprend dès lors que cette opération soit, chez eux, toujours inutile, puisqu'elle intervient au moment où la diphthérie s'est tellement étendue qu'elle est fatalement mortelle. Il ne faut, par conséquent, pas attendre chez l'adulte la manifestation des symptômes qui, chez l'enfant, indiquent l'urgence de l'opération, il faut, dès que l'on constate l'envahissement du larynx, pratiquer la trachéotomie, à moins que l'on n'ait recours à la *nouvelle méthode de traitement préconisée par M. Horace Green, de New-York, et par M. Loiseau.* Celle-ci consiste à porter directement dans le larynx même les agents caustiques, et à en arracher les fausses membranes qui peuvent s'y trouver.

Cette nouvelle méthode est encore fort peu connue; elle a été le sujet d'un rapport que j'ai présenté à l'Académie de médecine, et je vais ici raconter ses avantages dont M. Loiseau m'a rendu témoin.

Ce praticien est un ancien élève de l'Hôtel-Dieu; en 1832, 1833 et 1834, il suivait les cliniques que je faisais à cette occasion dans cet hôpital, lorsque je remplaçais le professeur Récamier. Frappé des avantages de la cautérisation du pharynx et des fosses nasales dans les affections diphthériques de ces organes, M. Loiseau avait compris l'impossibilité de pratiquer convenablement cette opération sur le larynx, il avait compris qu'une baleine armée d'une éponge pouvait tout au plus porter quelques gouttes d'une solution caustique sur les ligaments arythéno-épiglottiques; il chercha le moyen de suppléer à ce que cette opération avait d'incomplet, de défectueux, et il parvint au résultat qu'il désirait obtenir à l'aide d'un procédé bien autrement certain que celui dont le docteur Green, de New-York, a vanté les avantages. Ce procédé de M. Green consiste à abaisser vigoureusement la langue à l'aide de l'abaisse-langue dont vous me voyez me servir journellement, puis porter une baleine recourbée et munie d'une très petite éponge, préalablement imbibée dans une solution caustique, jusque dans la trachée à travers la glotte. M. Green lui-même réussit de cette façon, mais chacun sait combien cette opération offre de difficultés, je ne dis pas seulement sur le vivant, où les contractions spasmodiques de la glotte sont une barrière presque insurmontable à l'instrument qui veut la franchir, mais encore sur le cadavre, où l'on arrive presque toujours dans l'œsophage sans entrer dans le larynx. Le procédé de M. Loiseau est tout différent, et l'on comprend qu'il mène droit au but que l'on se propose d'atteindre.

Il ouvre l'orifice du larynx avec son doigt, à l'aide d'une manœuvre fort simple. La première phalange métacarpienne de l'indicateur de la main gauche est garnie d'une espèce de dé en ferblanc, en argent ou en zinc, et ce dé est facile à fabriquer. Les deux dernières phalanges restent libres, on écarte alors les mâchoires de l'enfant; saisissant le moment où la bouche est ouverte, on porte brusquement le doigt ainsi défendu jusque dans le pharynx. Le malade peut alors serrer ses dents impunément pour l'opérateur, car elles ne mordent que la cuirasse de fer-blanc; on peut alors saisir l'épiglotte, la tenir soulevée contre la base de la langue, et ouvrir, par conséquent, l'orifice supérieur de la trachée artère. Ceci fait, M. Loiseau conduit, sur son doigt, une canule qu'il introduit dans le larynx forcément ouvert. Cette canule, analogue à celle de Chaussier pour les insufflations laryngées, est creuse, courbe, aplatie sur le champ, à son extrémité, et percée de deux yeux; large à sa partie supérieure, elle se rétrécit à son extrémité inférieure. Une éponge, fixée sur un fil de fer ou de laiton, et imbibée soit d'acide chlorydrique, soit d'une solution d'alun, de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre ou de tannin, est introduite dans la canule et poussée jusqu'au niveau du larynx où le liquide va agir en s'exprimant à travers les yeux de la sonde, et agir même jusque dans la trachée.

Bien que Dieffenbach ait, en 1839, employé une fois ce procédé dans des circonstances analogues, à l'hôpital de la Charité de Berlin, l'honneur n'en revient pas moins également à M. Loiseau qui n'en avait jamais eu connaissance, et qui l'a par conséquent inventé. Je la lui ai vu pratiquer chez deux enfants de sa clientèle, et j'ai admiré la simplicité, la rapidité et l'efficacité de son procédé.

De plus, à l'aide de pinces à pansement plates et recourbées, M. Loiseau pénètre de la même façon dans le larynx, et peut en détacher les fausses membranes qui le tapissent; il peut encore, comme le fait M. Horace Green, introduire dans la trachée des baleines assez petites et assez rigides, garnies d'éponges imprégnées de solutions caustiques, et *égouvillonner* le tube aérifère.

Grâce à ces opérations il a pu, dit-il, guérir des malades en leur évitant la trachéotomie. Il est donc utile de connaître ses procédés pour les employer avant d'avoir recours à une opération plus sérieuse, et qu'il sera toujours temps de pratiquer lorsque ces moyens n'auront point arrêté les progrès du mal.

Encore un mot à propos de notre dernière malade : nous lui avons donné le *chlorate de potasse*. On a beaucoup parlé de ce médicament, et le travail de M. le docteur Isambert a parfaitement résumé l'état de la question. On a cependant exagéré ses propriétés, car le chlorate de potasse et le chlorate de soude ne pouvaient échapper à la loi commune des nouvelles découvertes. Très utiles contre certaines affections couenneuses pultacées, je n'oserais pas affirmer qu'ils le soient autant dans les affections diphthériques. Malheureusement on a confondu les unes avec les autres; les différences qui les distinguent sont néanmoins capitales : pour ma part, j'ai admininistré le chlorate de potasse, et l'ai vu administrer sans succès contre la diphthérie franche; toutefois, en quelques cas, il m'a paru un avantageux adjuvant de la cautérisation. Je n'hésite donc pas à l'employer. Si son action est douteuse ou peu certaine dans les affections franchement diphthériques telles que les a décrites M. Bretonneau, son efficacité est incontestable contre certaines autres formes d'affections pultacées de la bouche ou du larynx, contre certaines maladies inflammatoires de la bouche, telles que la stomatite aphtheuse. Dans les stomatites mercurielles, entre autres, il m'a procuré de réels succès. Alors que la salivation commence, ce médicament agit presque à coup sûr, mais plus tard, comme l'ont démontré MM. Ricord, Cullerier, Lasègue, lorsque l'inflammation des gencives est portée à un degré trop élevé, lorsque la salivation est trop abondante, son action est loin d'être aussi certaine, le plus généralement elle est insuffisante. On peut, d'ailleurs, le donner à la dose de 7, 8, 10, 12 grammes par jour à un adulte, à celle de 4, 5, 6, 8 grammes aux enfants, et aux enfants de très bas âge on peut, sans inconvénient, en donner 1, 2, 3 et même 4 grammes dans le courant de la journée.

Dr Léon Blondeau,
Chef de clinique.

PATHOLOGIE.

DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES (1);

Par M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

ANESTHÉSIE DES OS.

Chez certaines hystériques, on peut communiquer aux membres des mouvements très étendus et très brusques, de manière que les diverses surfaces osseuses d'une articulation se choquent assez fortement, sans que les malades, si on leur bande les yeux, non seulement aient senti quelque chose, mais même sans qu'elles se doutent qu'on leur ait fait exécuter des mouvements. On peut frapper rudement sur l'humérus, au milieu du bras, sur le tibia, à la jambe, en employant le bord de la main; et quel que soit le degré de force qu'on aura employé, la malade n'aura perçu aucune sensation.

Il est bien évident que quand de pareils chocs ne sont pas ressentis, il faut que les os aient perdu la faculté de sentir.

Cette anesthésie n'est, comme on le suppose bien, qu'une extension de l'anesthésie des parties plus superficielles qui recouvrent les os. Elle n'a jamais lieu que quand la peau et les chairs ambiantes sont déjà anesthésiées.

Ce serait ici le lieu d'entrer dans des considérations relatives à la nature et au mode de production de ces phénomènes si peu ordinaires, mais les limites de ce travail, destiné tout entier à l'exposition des faits, ne me permettent pas de donner les développements que nécessiterait cet examen. Aussi passé-je de suite au traitement de l'anesthésie.

TRAITEMENT.

L'expérience des temps passés ne peut guère servir au traitement de l'anesthésie; le symptôme n'étant pas connu, on n'avait pas dû s'occuper de sa thérapeutique; on ne trouve même pas d'indication précise à ce sujet dans les écrits des médecins qui ont parlé de ce symptôme. On lit, en effet, dans la thèse de M. Heurot, p. 30, ces lignes : « Quand les phénomènes d'hyperesthésie » et d'anesthésie persistent avec la forme chronique, ils cèdent » quelquefois à l'emploi de petites doses d'opium à l'intérieur; » mais quelquefois ce moyen est insuffisant, et il faut y ajouter ou » y substituer, selon les conditions particulières, l'emploi externe » des narcotiques, le massage, l'électricité. » — Ce traitement, institué par M. Gendrin, n'offre pas une grande précision, et il serait difficile à un praticien d'en déduire quelque chose de bien fixe et de bien utile au traitement.

J'espère qu'on trouvera dans ce qui va suivre des indications plus précises.

La médication générale par l'opium, par l'extrait de noix vomique et par les antispasmodiques, a généralement très peu d'influence sur l'anesthésie; je l'ai souvent employée avec persévérance, et je n'en ai que rarement obtenu un effet évident.

Il n'en est pas de même de la médication locale : celle-là est toute puissante, et l'on peut assurer qu'elle réussit au moins 8 fois sur 10. Elle est tellement puissante, qu'on peut dissiper l'anesthésie aussi facilement quand les troubles hystériques dont elle est l'effet, sont dans toute leur intensité, que quand ceux-ci ont complétement disparu.

Cette médication doit être étudiée dans les diverses parties où siége l'anesthésie.

A la peau. — L'expérience a constaté de la manière la plus péremptoire l'insuffisance des topiques narcotiques. Après les avoir longtemps employés avec persévérance, j'ai fini par les abandonner pour n'en avoir jamais tiré de résultats satisfaisants.

Les seuls moyens utiles sont les stimulants appliqués sur les

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24, 27 juillet, 5, 12 et 24 août.

parties anesthésiées. On peut, sous le rapport de la puissance, les ranger dans l'ordre suivant :

1o Les frictions avec les substances irritantes, l'ammoniaque unie à l'huile, la teinture de cantharide, l'huile essentielle de moutarde, le baume de Fioraventi, etc.

2o Les sinapismes répétés dont il faut bien surveiller l'action, attendu que les malades, en raison de leur insensibilité, en sont mauvais juges.

3o Les frictions avec l'huile de croton tiglium.

4o Les emplâtres vésicants.

5o Enfin la faradysation de la peau.

Quand la peau est le siége d'une anesthésie limitée à des surfaces peu étendues, on peut avoir recours aux sinapismes et aux vésicatoires. Mais quand l'insensibilité occupe toute une moitié du corps, il faut user de moyens qu'on puisse étendre, tels sont les frictions stimulantes et surtout les frictions avec l'huile de croton.

Les topiques ont bien la puissance de ranimer la sensibilité de la peau, mais ils ont l'inconvénient d'altérer le tissu de cet organe, de laisser après eux des traces souvent désagréables pour des femmes dont la peau est l'un des ornements, ou des phlogoses érysipélateuses, suppurantes ou indurées.

Aussi, le moyen le plus sûr, le plus simple et le plus expéditif, est la faradysation de la peau anesthésiée. En une ou deux séances d'un quart d'heure chaque, on est à peu près certain de faire disparaître l'anesthésie de la peau, quelle que soit son étendue, et de ne laisser aucune altération dans son tissu. L'inconvénient de la douleur que ce moyen provoque est nul, attendu que du moment que la douleur commence à être sentie, l'anesthésie est dissipée.

Pour faradyser la peau anesthésiée, l'éponge humide étant appliquée sur un point quelconque de la surface insensible, la brosse est promenée sur les diverses parties de cette surface, jusqu'à ce que le courant soit senti; dans cette opération, la rougeur commence à apparaître, puis la chaleur vient, puis des fourmillements, et, enfin, arrive la douleur. Le plus habituellement, cinq à six minutes suffisent. De telle sorte que, quand l'anesthésie occupe l'une des moitiés du corps, il faut ordinairement deux à trois séances pour rappeler la sensibilité partout. Généralement, dès que la sensibilité est rétablie dans le lieu faradysé, elle reparaît également à ses environs, dans un rayon assez étendu. Dans un certain nombre de cas, il a suffi de la faradysation du membre supérieur pour que la sensibilité reparût dans le membre inférieur.

Il ne m'est jamais arrivé de ne pas voir le rétablissement de la sensibilité; toujours la faradysation réussit. J'ai vu des anesthésies qui paraissaient dater de plus d'une année, être enlevées à une première faradysation, aussi facilement que si elles n'eussent existé que depuis peu de temps. Aussi peut-on établir, comme règle générale, que l'ancienneté du symptôme est tout à fait sans influence sur sa curabilité.

Il est bien évident que la guérison n'est définitive que quand l'état hystérique aigu est dissipé, tandis que dans le cas contraire la guérison n'est que temporaire.

Aux yeux. — L'anesthésie est infiniment tenace; on n'a pour la combattre qu'un seul moyen, la faradysation, à laquelle l'anesthésie ne cède qu'après plusieurs séances.

On peut faradyser les deux paupières de la même manière qu'on le fait pour la peau; mais ce mode de faradysation est faible, même quand on place une brosse très fine sur le trajet des filets nerveux qui sortent des trous sus et sous-orbitaires. Le mode le plus puissant consiste à substituer une éponge à la brosse métallique, et à la promener sur divers points du contour de l'orbite, de telle sorte que l'une des éponges soit placée sur le rebord supérieur et l'autre sur le rebord inférieur. Le courant pénètre profondément. On le fait agir pendant cinq à six minutes en multipliant les contours, et en ayant soin de modérer beaucoup la force du courant, car, à chaque contact, les malades sentent une douleur profonde, et ils aperçoivent une vive lueur. Peut-être pourrait-on, dans ce cas, faire pénétrer le courant dans les parties profondes à l'aide de l'aiguille à acupuncture.

La difficulté du succès tient à ce qu'il n'y a guère de moyen direct de faradyser les houppes nerveuses qui constituent les dernières expansions du nerf optique dans la rétine, cette membrane étant renfermée dans une coque fibreuse qui l'isole des parties superficielles.

A l'oreille. — L'anesthésie est, au contraire, si facile à dissiper, que ce fut, pour M. Duchenne et pour moi, un grand sujet d'étonnement quand, fondés seulement sur les effets de la faradysation sur la peau, nous essayâmes, pour la première fois, cette opération sur l'oreille, et que nous vîmes chez une hystérique, sourde depuis longtemps de l'oreille gauche, la malade se sentir débarrassée du bourdonnement si fatigant de l'oreille, puis entendre parfaitement le battement d'une montre placée à distance de son oreille, au bout de quelques secondes de faradysation.

Le diagnostic et le traitement de cette anesthésie sont si certains, qu'un jour une dame étrangère vint, je ne sais par quel hasard, me consulter pour une surdité; j'allais la renvoyer à des personnes plus compétentes, lorsqu'elle m'apprit qu'elle n'était sourde que d'une oreille, que c'était de la gauche, et qu'en même temps elle éprouvait des sifflements d'oreille qui l'incommodaient beaucoup. Cela fixa mon attention; je regardai son oreille, que je trouvai insensible. Je dis à cette dame, traversez le boulevard, montez chez M. Duchenne, priez-le de ma part de vous ôter votre surdité, et vous reviendrez dans dix minutes. Elle revint en effet au bout de dix minutes, entendant parfaitement et heureuse d'être débarrassée de son sifflement, qui lui était si importun, qu'elle croyait toujours avoir derrière elle quelqu'un qui, pour lui faire niche, lui sifflait dans l'oreille.

Je ne connais pas un seul cas où il ait fallu plus de deux séances de quelques minutes chacune, pour faire disparaître complétement la surdité par anesthésie. Nous avons traité à la Charité et guéri, M. Duchenne et moi, de la même manière, une malade chez laquelle le sulfate de quinine avait depuis peu de temps amené la surdité des deux oreilles.

Pour faradyser l'oreille, M. Duchenne remplit d'eau tiède le conduit auditif, puis il plonge dans ce liquide une tige métallique qui termine l'un des fils d'induction; en même temps il place sur la nuque, et assez près de l'oreille, l'éponge mouillée qui termine le bout de l'autre fil; il suffit de trois ou quatre interruptions du courant pour déterminer une excitation suffisante. Pendant cette opération, il y a dans l'oreille une vive douleur sentie à chaque interruption, et une sensation de saveur très aigre perçue dans la bouche.

Il est un autre procédé encore plus simple, qui m'a réussi toutes les fois que la peau du pavillon de l'oreille était anesthésiée. C'est de placer l'éponge mouillée sur la peau derrière l'oreille, puis de promener la brosse électrique sur les divers points du pavillon et de la conque de l'oreille.

L'anesthésie de la pituitaire et celle de la muqueuse buccale se traitent de la même manière; on porte l'excitateur métallique sur les parties accessibles de ces deux membranes, tandis que l'éponge humide est placée sur une partie peu éloignée. Il suffit, en général, d'un petit nombre d'intermittences du courant pour faire revenir complétement la sensibilité disparue.

L'anesthésie des muqueuses de la vessie, du vagin et du rectum sont également attaquées avec succès par la faradysation; l'un des pôles de l'appareil est terminé par une sonde métallique entourée d'une résine isolante jusqu'à petite distance de son extrémité libre; on la porte au fond de celle des cavités qu'on veut faradyser; l'éponge mouillée se place soit sur le pubis, soit sur le sacrum, et l'on fait passer le courant en l'entrecoupant par de fréquentes intermittences.

Le traitement de l'anesthésie des muscles est le plus simple de tous, il n'y a plus lieu d'appliquer des topiques d'aucune espèce, et les moyens médicaux seraient réduits à zéro, si l'on n'avait pas la faradysation des muscles eux-mêmes comme ressource.

Pour agir sur les muscles, il faut faire traverser les organes par le courant, et, à cet effet, les deux fils de l'appareil sont terminés chacun par une éponge mouillée, et on les applique sur la peau à une certaine distance l'une de l'autre; le courant pénètre les muscles, et, en répétant le contact à chaque instant, il en résulte des secousses dans la partie de cet organe comprise entre les deux éponges; ces secousses s'étendent jusque dans les parties inférieures. L'opération doit durer plusieurs minutes. A chaque interruption, il y a une contraction musculaire des muscles voisins et une douleur assez vive. L'anesthésie des muscles est un peu plus difficile à dissiper que celle des organes précédents; de sorte qu'il faut plusieurs séances avant d'arriver à un résultat positif. On réussit dans la majorité des cas, et l'on voit bientôt l'insensibilité en même temps que la faiblesse disparaître, et la partie anesthésiée est remise à l'état à peu près normal.

Si l'anesthésie résistait, il faudrait faradyser les muscles par les cordons nerveux qui s'y rendent, en plaçant les éponges l'une sur le nerf au-dessus du point malade, et l'autre bien au-dessous des muscles anesthésiés, dans la direction des cordons nerveux qui animent les muscles correspondants.

Tel est l'ensemble des faits relatifs à l'anesthésie.

OPHTHALMOLOGIE.

DE LA CURE RADICALE DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE DU SAC LACRYMAL;

Par le docteur Alexandre MAGNE.

Nous ne connaissons pas de maladie qui ait plus incessamment tenu en éveil l'esprit inventif des chirurgiens de toutes les époques que la tumeur et surtout la fistule du sac lacrymal, laquelle n'est, *d'ordinaire*, que l'ultime période de l'inflammation catarrhale du siphon lacrymal proprement dit, etc. Ajoutons que nous n'en connaissons pas non plus qui se soit jouée d'une façon plus désespérante de toutes les tentatives faites par les ophthalmologistes pour en triompher. Aussi, que de modes de traitement, que de procédés, que de méthodes tour à tour adoptés et rejetés !

Parmi ces méthodes, il en est une fort ancienne déjà, qui, après des vicissitudes nombreuses, avait fini par être complétement abandonnée, lorsque quelques chirurgiens de notre époque, M. Magne, entre autres, y ayant découvert le germe d'une idée féconde, tentèrent de la remettre en honneur. Nous voulons parler de la méthode inventée par un chirurgien de Florence du nom d'Angelo Nannoni (1), laquelle avait pour base l'oblitération complète des voies lacrymales. Cette méthode repose sur une donnée entrevue, sans doute, par son auteur, mais indubitablement mieux appréciée par les oculistes modernes, à savoir : l'innocuité de l'obturation, soit congénitale, soit acquise de l'appareil lacrymal.

L'innocuité de cette occlusion admise en principe, restait à trouver le moyen de la justifier par des faits. Chacun s'est donc mis à l'œuvre. Quelques chirurgiens assez timorés se sont attaqués aux points lacrymaux qu'ils ont torturés de la belle manière, et cela, hâtons-nous de le dire, sans aucune espèce de succès. D'autres, plus osés, ont cherché à détruire les canaux lacrymaux eux-mêmes, mais sans être plus heureux. D'autres enfin, les déterminés, ceux-là, et M. Magne est du nombre, ont tenté la destruction radicale du sac lacrymal, soit à l'aide des caustiques (c'est ce que faisait Nannoni), soit à l'aide du fer chauffé à blanc, avec des résultats très divers. C'est donc la méthode de Nannoni que notre confrère a reprise en sous-œuvre, qu'il a modifiée, perfectionnée, et, disons-le, généralisée. A ce dernier point de vue surtout, la méthode régénérée mérite de fixer d'une façon toute particulière l'attention des ophthalmologistes. « La méthode en elle-même n'est pas nouvelle, dit » M. Nélaton (2), mais elle avait été complétement abandonnée, et l'on » peut la considérer comme une invention nouvelle au point de vue » de sa généralisation. »

Nous sommes heureux de nous trouver en communauté d'opinion avec un chirurgien de la valeur de M. le professeur Nélaton.

L'appropriation de cette méthode, à l'exclusion de toute autre, à un grand nombre de cas auxquels on n'aurait pas osé précédemment en faire l'application lui donne aussi un cachet de nouveauté qu'on ne saurait lui contester. C'est ainsi qu'elle peut rendre de grands services dans les cas même de simple blennorrohée du sac (dacriocystite blennorrhéique), alors que les moyens ordinaires de traitement de cette période de la maladie ont échoué.

Il y a encore une particularité qui, selon nous, en rehausse encore la valeur, c'est le choix du caustique destiné à amener le résultat désiré, et ce choix n'est pas indifférent, puisque c'est sur lui, ainsi qu'on le verra plus loin, que reposent tout entières les destinées de la méthode en question.

M. Magne donne la préférence au beurre d'antimoine sur tous les autres caustiques.

La date des premières tentatives faites par notre honoré confrère remonte déjà à 1848; elles ont donc pour elles la sanction du temps; mais elles ont aussi celle de l'expérience, puisque c'est le résultat de dix années de pratique et d'études sur ce sujet spécial que M. Magne vient soumettre au jugement des ophthalmologistes ses contemporains.

Le mémoire dans lequel notre collègue en ophthalmologie expose ses idées porte un titre bien consolant pour les malheureux qui ont le triste privilége d'être plus ou moins défigurés par cette désobligeante infirmité qu'on désigne sous le nom de fistule lacrymale, il faut l'avouer, et aussi bien engageant pour le praticien chez qui la confiance dans le procédé habituellement mis en usage n'est pas encore parfaitement assise : *De la cure radicale*, etc., etc.

Il promet beaucoup, ce titre là, mon cher confrère. Que dis-je, il promet tout. Ne promettrait-il pas un peu trop? soit dit sans vouloir en aucune façon rabaisser le mérite de votre œuvre! Voyons : n'est-ce pas une *cure* un peu bien *radicale* que celle qui a pour résultat final la suppression complète d'un organe ou d'un appareil d'organes en souffrance? On pourrait donc dire qu'un malade à qui on a coupé l'une des cuisses pour une affection grave du genou a été *radicalemant* GUÉRI par cette amputation.

Mais voyez où cela nous conduirait si nous voulions pousser la conséquence jusqu'à ses dernières limites, sans même la forcer : à ce compte, nous devrions, sous peine de passer pour des ingrats, élever des autels à cette affreuse mégère qui tient entre ses mains le fil de nos existences, puisque d'un seul coup de ciseaux elle nous guérit *radicalement* de tous nos maux. Cela dit, permettez-nous d'ajouter incidemment une autre réflexion qui découle tout naturellement de la précédente, c'est que l'aphorisme si judicieux, *Sublatâ causâ, tollitur effectus* que vous invoquez pour justifier les avantages de la méthode par occlusion ne saurait véritablement trouver ici son application. Mais, passons. Abordons l'analyse du travail en question. Il est divisé en sept chapitres, à part une dédicace et un avant-propos. Les cinq premiers chapitres sont consacrés à l'examen critique des diverses méthodes, soit médicales, soit chirurgicales généralement usitées dans le traitement de la fistule du sac lacrymal. Le sixième a pour objet l'exposition détaillée de la méthode propre à l'auteur. Le septième, enfin, contient la relation de quelques cas *anormaux* de tumeur lacrymale.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses appréciations critiques sur le traitement *usuel* des deux premières périodes de la maladie de l'appareil lacrymal, parce que cela nous conduirait bien au delà des limites qui nous sont imposées; nous dirons seulement, que nous craignons que notre honorable confrère, entraîné, sans doute, par ses aspirations paternelles, bien légitimes d'ailleurs, ne se soit laissé aller peut-être un peu loin dans ses conclusions définitives. Arrivons de suite à la description de la méthode en question, afin que chacun soit à même de porter un jugement sur la simplicité de son application et les avantages que M. Magne lui attribue en toute confiance.

Les instruments employés ou imaginés par notre confrère pour cette opération consistent en un couteau à fistule du sac, un *spéculum* ou dilatateur du sac, une petite pince à pansement et un porte-caustique.

M. Magne divise l'opération en deux temps :

« *Premier temps* : Le couteau étant tenu comme une plume à écrire, on fait la ponction de la tumeur selon les préceptes établis pour l'opération habituelle de la fistule lacrymale. Lorsque la pointe de l'instrument a pénétré dans le sac, l'opérateur prolonge son incision de haut en bas et *perpendiculairement*, de manière à lui donner 7 à 8 millimètres de longueur. Notre confrère fait remarquer qu'il est essentiel que cette incision soit faite perpendiculairement, attendu qu'une incision oblique modifierait désavantageusement la courbe normale de la paupière inférieure lors du travail de la cicatrisation.

» *Deuxième temps* : La plaie étant convenablement nettoyée, on introduit entre les lèvres le spéculum, que l'on confie à la main d'un aide, puis on fait pénétrer jusqu'au fond du sac le porte-caustique chargé de *beurre d'antimoine*. On le dirige de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à attaquer directement l'embouchure des conduits lacrymaux, puis on le retire au bout de quelques secondes, en le promenant dans l'intérieur du sac et le ramenant ensuite au dehors. On doit apporter la plus grande attention à ce que l'éponge ne soit pas trop chargée de liquide, autrement on s'expose à en voir couler quelques gouttes qui excorient la joue. L'auteur recommande encore d'une manière expresse de ne se servir que de beurre d'antimoine en cristaux qu'il suffira d'approcher du feu pour le faire passer à l'état liquide.

» *Pansement* : Une compresse fenêtrée enduite de cérat, un plumasseau de charpie, une compresse carrée et un bandage monocle constituent le premier pansement.

(1) Angelo Nannoni, *Dissertazioni chirurgiche*. (Paris, 1748.)

(2) *France médicale et pharmaceutique*, no du 24 mars 1857.

» *Accidents, soins consécutifs et cicatrisation :* On ne doit lever l'appareil que le troisième jour. Durant cet intervalle, voici comment les choses se passent : un gonflement inflammatoire se manifeste, qui envahit les paupières, un peu le nez et la joue du côté opéré ; par une rare exception, il existe un peu d'accélération du pouls ; le sommeil et l'appétit sont généralement conservés ; les malades se plaignent de douleurs sourdes dans la plaie et aux environs, douleurs qu'explique l'état fluxionnaire et qui disparaissent dès que l'escarre commence à se détacher. Le pansement doit être fait tous les jours. Du septième au dixième l'escarre se détache par fragments, et, dans la presque généralité des cas, le douzième jour la cicatrisation est complète. »

Tel est, en résumé, le mode opératoire à l'aide duquel notre honoré confrère, M. Magne obtient l'oblitération complète du siphon lacrymal dans les cas de tumeur ou de fistule du sac. Ce mode opératoire est d'une exécution facile et exempt de toute espèce de danger. Le caustique préféré n'a rien d'effrayant aux yeux des malades ; il n'en est pas de même du cautère actuel que tous redoutent, ainsi que notre expérience personnelle nous l'a bien souvent démontré. En outre, un des grands avantages que possède le beurre d'antimoine sur le fer rouge, c'est qu'à la suite de la cautérisation par l'un ou par l'autre, la marche de la cicatrisation est bien différente. En effet, tandis que celle-ci ne met généralement que douze jours à se faire après la cautérisation par le sel antimonial, elle n'est guère complète que du quinzième au vingtième jour à la suite de la cautérisation par le cautère actuel.

Maintenant, envisagée au point de vue de sa généralisation, nous sommes d'avis que la méthode par occlusion, pratiquée surtout d'après les préceptes posés par notre honoré confrère, est appelée à rendre de véritables services, tant aux malades qu'aux praticiens : aux malades, en ce qu'elle les débarrasse, à tout jamais, et d'une manière certaine, de ces diverses altérations morbides du sac qui font leur désespoir ; aux praticiens, en les tirant de cette vague incertitude et de ces nombreuses préoccupations dans lesquelles les jettent habituellement les autres méthodes dites également curatives, telles que l'application de la canule, la cautérisation du canal nasal, le séton nasal, etc., méthodes aujourd'hui presque généralement abandonnées ; sans en excepter même la trépanation de l'os unguis, méthode que deux chirurgiens de mérite, MM. Reybard, de Lyon, et Demarquay, s'efforcent depuis quelques années déjà de remettre en honneur, et sur laquelle ce dernier vient de publier, dans l'avant-dernier numéro de ce journal (1), une note dont les conclusions générales nous ont paru, n'en déplaise à notre honoré confrère, un peu prématurées, et peut-être un peu ambitieuses dans leurs tendances, en tant que déduites surtout de l'application d'une méthode tout à fait exceptionnelle, et qui, selon nous, ne doit être *tentée* QUE dans les cas tout à fait spéciaux, et assez rares d'ailleurs, de carie ou de nécrose, soit de l'os unguis, soit de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Dr Alfred COMPÉRAT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Août 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le docteur BARRION, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bressuire, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de la Ronde (Deux-Sèvres) en 1857 et 1858.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Hérault et du Loiret en 1857. (Com. des épidémies.)

3° Un exemplaire d'une publication dans laquelle M. le docteur PLEISCHL, professeur à l'Université de Vienne, recherche les moyens propres à assurer la conservation du quinquina.

4° Un mémoire contenant la description et la recette d'un nouvel oreiller hygiénique de l'invention du sieur AUBERT, de Barbière (Drôme). (Com. MM. Michel Lévy et Poiseuille.)

5° Trois modèles en cire, moulés sur les têtes de trois filles muettes appartenant à la famille Pensa, de Bastia (Corse), avec un rapport du conseil d'hygiène publique de cette ville. (Comm. M. Baillarger.)

6° Un échantillon d'une nouvelle préparation de chloroforme proposée par le sieur AUGIERAS, de Saint-Pourçain (Allier). — (Com. M. Chatin.)

7° Les rapports de M. le docteur ALLIÈS et de M. le docteur SALES-GIRONS, sur le service médical des bains de mer de Trouville (Calvados) et des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail intitulé : *Observations sur la vaccine, la revaccination et la variole dans les départements de l'Orne et de la Mayenne*, par M. le docteur RENAULT, d'Alençon. (Com. de vaccine.)

2° Une notice sur les poissons vénéneux des Saintes (Antilles françaises), par M. le docteur LALLUYEAUX, d'Ormay, chirurgien de marine. (Com. MM. Duméril, Wurtz et Bouchardat.)

3° Une lettre de M. le docteur PHILIPEAUX, de Lyon, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

4° Une lettre de M. le docteur Aug. MERCIER, qui réclame la priorité pour l'invention de la sonde à piston, que M. Garreau, de Laval, a présentée dans la dernière séance. (Comm. M. Laugier.)

5° Une note de M. MÈGE, de Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme), qui propose de remplacer la ligature de l'œsophage par un nouveau procédé. Ce procédé consiste à introduire dans l'œsophage une éponge préparée, comprimée avec une forte dissolution de gomme, et convenablement séchée et fixée à une ficelle pour pouvoir la retirer après l'expérimentation. (Comm. M. Trousseau.)

M. DEVERGIE présente, pour M. FALRET, absent, une brochure intitulée : *Etude médico-psychologique sur l'histoire de Don Quichotte*, par le docteur MOREJON, traduite et annotée par le docteur J.-M. GUARDIA.

M. FERRUS dépose sur le bureau un ouvrage en italien, sur l'*éclampsie sympathique des enfants*, par M. le docteur Gabrille MINERVINI, de Naples.

M. Ch. ROBIN, au nom de M. LITTRÉ et au sien, fait hommage à l'Académie de la onzième édition du *Dictionnaire de Nysten*.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une députation de l'Académie a assisté aux obsèques de M. Kéraudren, et qu'un discours a été prononcé sur sa tombe par M. Devergie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. DEVERGIE donne lecture de ce discours, qui est accueilli par les marques d'approbation de l'Académie. (Voir au *Feuilleton*.)

M. Jules BOUIS donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'iode atmosphérique*.

L'auteur décrit avec détails les procédés qu'il a mis en pratique pour la recherche de l'iode, ainsi que le mode de préparation des réactifs.

D'après le tableau joint au travail de M. Bouis, on voit que l'auteur a pu constater l'iode dans l'eau de pluie tombée à Paris ou dans la plaine St-Denis, dans les mois d'avril, mai, juin, juillet et août.

Il a examiné également l'eau provenant de la grêle qui est tombée à Paris le 30 avril et le 3 juillet. Dans le premier cas, l'iode s'est montré d'une manière très nette. Dans la grêle du 3 juillet, il n'a pu constater l'iode. « Doit-on attribuer cette différence, dit l'auteur, à ce que, dans le premier cas, il est tombé très peu d'eau avec la grêle, tandis que le 3 juillet, l'eau a été très abondante ; ou bien, doit-on supposer que la grêle a été formée à des hauteurs différentes ?

D'après un grand nombre de médecins, l'iode de l'air n'est pas sans influence sur la santé des populations. Il me paraît donc important de voir à quel état l'iode s'y trouve. La solution de cette question est complexe, et j'ai fait beaucoup d'essais infructueux. Mais les résultats auxquels je suis arrivé depuis peu, me paraissent assez satisfaisants pour que j'essaie d'en rendre compte.

Partant de l'opinion émise par M. Chatin, que l'iode se trouve dans l'air à l'état de liberté, j'ai voulu chercher ce corps dans les premiers produits de la distillation de l'eau de pluie ; je me suis aperçu qu'il reste presque entièrement dans le résidu de la distillation. Et comme la pluie renferme toujours de l'ammoniaque, j'ai supposé que l'iode s'y trouvait à l'état d'iodhydrate d'ammoniaque, composé très peu volatil. Mais l'emploi du perchlorure de fer m'a fait voir que, dans un grand nombre de cas, l'iode se trouve associé à des matières organiques qui masquent sa présence.

Si donc l'eau de pluie contient l'iode à l'état de liberté, par la distillation seule, on le chassera ; si l'iode est à l'état d'iodure, l'addition de perchlorure de fer rendra aussi son élimination facile, et c'est ce qui arrive très rarement.

En traitant les eaux de pluie par du perchlorure de fer très peu acide, il se forme ordinairement des flocons bruns comme le crénate de fer, et dans ce cas, on ne peut constater l'iode dans les produits de la distillation. Mais si, après ce traitement, on calcine le dépôt ocreux en présence du carbonate de fer, la matière organique est détruite et il est alors facile de reconnaître l'iode.

En résumé, je conclus de mes expériences que l'iode se trouve dans l'eau pluviale ; qu'il y est quelquefois à l'état d'iodhydrate d'ammoniaque, mais le plus habituellement associé à des matières organiques. » (Com. MM. Chatin et Wurtz.)

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

La séance publique est levée à quatre heures.

COURRIER.

Par décret impérial rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur :

M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Au grade d'officier :

M. Romand, inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

Au grade de chevalier :

MM. La Bonnardière, maire de Crémieu depuis 1830, conseiller général depuis 26 ans, médecin gratuit de l'hospice depuis 1816.
Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.
Willemin, médecin en chef de l'hospice des orphelins de Strasbourg.
Bourdon, médecin de l'hôpital de Lariboisière.
Charcot, médecin à Paris.
Naudin, médecin à Paris.
Blanchet, chirurgien à titre gratuit de l'institut impérial des Sourds-Muets de Paris.
Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Une perte cruelle vient de frapper la ville de Dreux et son arrondissement. Le docteur Adolphe Maréchal, membre du conseil municipal et du conseil d'arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé à une longue et douloureuse maladie. Les classes pauvres et riches ont perdu leur médecin, leur ami. Le docteur Maréchal, un des élèves, puis l'ami du docteur Roux, avait laissé à cette vieille école les souvenirs les plus flatteurs, et dans toute la France son nom était connu avantageusement de tous ses confrères contemporains. Sa mort est, pour l'arrondissement de Dreux, un deuil universel.

Le docteur Adolphe Maréchal, qui s'était adonné de tout cœur aux soins de ses malades, passait les jours et les nuits à les secourir : c'est ainsi qu'il avait affaibli sa santé, et qu'il a été enlevé à sa famille, à ses amis, et à une nombreuse clientèle, au moment où l'expérience vient seconder le savoir profond du médecin.

Le Gérant, RICHELOT.

(1) UNION MÉDICALE, tome XII, n° 99, 21 août 1858.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 102. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 28 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 AOUT 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Violet, président de la Société des arts et des sciences de Nismes, écrit à l'Académie pour demander l'envoi régulier des *Comptes-rendus hebdomadaires*. M. Flourens, à l'appui de cette demande, fait remarquer que la Société nismoise envoie depuis longtemps les comptes-rendus de ses séances, et qu'ils sont très intéressants.

M. Leclerc écrit de la Kabylie une lettre relative à la fécondation artificielle des figuiers. L'auteur insiste particulièrement sur les moyens de faire la distinction exacte entre les figuiers mâles et les figuiers femelles; et sur les différentes espèces de cynips qui vivent sur ces arbres. On n'en connaissait que deux, jusqu'à présent; M. Leclerc en décrit trois. Il les désigne sous le nom de moucheron. « L'auteur, dit M. Flourens, ne se donne pas pour savant, mais c'est un bon observateur, et je crois son travail digne, à tous égards, d'être examiné par une commission. » Il en a été nommé une.

— M. de Luca, qui a obtenu de l'Académie une récompense pour ses recherches sur le cyclamen, adresse une note relative à de nouvelles recherches sur le même sujet.

Un mémoire venu d'Italie confirme les bons résultats obtenus du soufrage contre la maladie de la vigne.

A propos du livre de M. Burdel sur les fièvres paludéennes et sur la Sologne, un médecin dont le nom nous a échappé, écrit pour réclamer la priorité de quelques idées émises par M. Burdel. Nous nous proposons de rendre compte de ce livre prochainement.

Un autre médecin, à propos de la communication de M. Martini sur les effets de la santonine, dit avoir observé depuis longtemps, chez une petite fille à qui la santonine avait été administrée comme *anthelmintique*, la coloration verte de l'urine. M. Flourens ne sait pas si M. Martini a noté la coloration de l'urine. Il vérifiera. En attendant, il donne acte de la déclaration de ce médecin dont nous écrirons le nom dans notre prochain *Bulletin*.

M. Colin, qui est en discussion avec M. Poiseuille, relativement au sucre de la lymphe et du chyle, envoie une nouvelle note à l'appui de ses opinions.

M. Flourens, au nom de M. Nortmann, présent à la séance, dépose sur le bureau un mémoire et un volumineux album de dessins, sur les gisements paléontologiques de la Russie septentrionale. M. Nortmann a rassemblé de précieuses collections en ce genre. Il possède, entre autres, un squelette entier de l'*ursus ferox*, qui tranche une question longtemps et passionnément débattue. Ce squelette montre que l'ours des cavernes n'était pas le même que l'ours vivant actuellement : G. Cuvier avait donc raison contre M. de Blainville.

Une lettre du Paraguay confirme la mort de M. Bonpland, à propos de laquelle son vieil ami, M. de Humboldt, s'efforçait de conserver des doutes et de les faire partager aux collègues de cet infatigable savant.

M. Peligot, au nom de M. Hoffmann, dépose une note relative à l'action du chloroforme sur l'acide chlorhydrique.

M. Dumas, au nom de M. Würtz, une note sur les éthers de glycol qui ne seraient autre chose que de l'aldéhyde.

M. Cl. Bernard, au nom d'un docteur de Bar-sur-Aube, une note sur les colorations du sang des organes glandulaires dans certains cas pathologiques.

M. Despretz, au nom de M. Ch. Renou, licencié ès-science et professeur dans plusieurs institutions de Paris, une note sur le moyen de déterminer, sans hygromètre, la quantité de vapeur d'eau contenue dans l'air.

M. le docteur Prosper de Pietra Santa donne sommairement lecture de deux mémoires, l'un relatif à la non-existence de la colique de cuivre; les conclusions de ce travail, inséré dans le numéro du 25 février 1858 de l'UNION MÉDICALE, confirment les opinions émises précédemment par MM. Chevallier et Bois de Loury; — l'autre relatif aux accidents que détermine chez les ouvriers en papiers peints l'emploi du vert de Schweinfürt et au traitement propre à les combattre. Ces accidents ne sont jamais profonds et n'intéressent pas les grandes fonctions de l'organisme; leur siége est borné à la peau; ils consistent en éruptions vésiculeuses et pustuleuses, en plaques muqueuses, etc. Ils affectent de préférence les parties les plus exposées au contact extérieur, les mains, les pieds, le visage, le scrotum. Les soins de propreté constituent le meilleur des prophylactiques; le traitement spécifique qu'il faut leur opposer c'est, après avoir bien nettoyé les surfaces malades, de les saupoudrer avec du calomel à la vapeur.

L'auteur demande, en terminant sa lecture, que son travail soit renvoyé à la commission des arts insalubres.

A quatre heures, personne ne demandant plus la parole, le Président déclare la séance levée.

Dr Maximin LEGRAND.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

SOMMAIRE. — Traitement des abcès par congestion (suite).

Avant de continuer l'exposé du traitement des abcès par congestion, je vais résumer en quelques mots ce que je vous ai dit dans la dernière leçon :

1° Il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée des abcès par congestion, parce que les accidents qui en sont la conséquence sont le plus souvent mortels; dans la majeure partie des cas, le malade succombe soit à l'infection putride, soit à l'épuisement qu'entraîne l'abondance excessive de la suppuration. Nous verrons plus tard quelle marche suit la nature, dans les cas fort rares où le malade échappe aux funestes effets de l'ouverture spontanée de l'abcès, pour amener la guérison; étude fort importante, car c'est en se conformant autant que possible à cette méthode, en imitant la succession des phénomènes que l'on observe dans les cas de guérison spontanée, que le chirurgien pourra instituer un traitement utile au malade.

2° Il faut ouvrir les abcès par congestion, de manière à éviter l'accès de l'air dans le foyer, et à faciliter la réunion immédiate du trajet de la plaie; c'est ainsi qu'on évitera la décomposition putride du pus et les terribles accidents qu'elle détermine. La ponction dite sous-cutanée me paraît remplir plus sûrement que tout autre moyen cette double indication. Elle doit être faite très obliquement, de manière à avoir un trajet long et étroit, dont les parois se trouvent facilement en contact. M. Guérin veut même, pour augmenter la longueur du trajet, et en assurer l'oblitération, que l'on pratique la ponction à la base d'un pli fait à la peau.

Cette ponction étant faite, on attend quelques jours. Parfois une seule ponction suffit, parce qu'il peut y avoir eu erreur de diagnostic et que, l'abcès étant idiopathique, peut être ainsi évacué d'une manière définitive, ou bien parce que, la lésion osseuse qui a produit le pus étant bornée à un point fort étroit de l'os, l'abcès ne se reforme pas ou met un temps infini à se développer.

Je me rappelle une malade qui m'avait été adressée par mon excellent confrère M. Debout; je pratiquai une ponction dans

Feuilleton.

CAUSERIES.

A propos des brochures de MM. les docteurs FLEURY et Ed. AUBER, intitulées : *La fièvre puerpérale à l'Académie de médecine*. — Les petits collèges.

Ah! la critique est morte!... Et savez-vous qui dit cela? Ceux-là mêmes qui voudraient que cela fût, qui ouvrent des yeux effarés, qui poussent des gémissements lamentables aux moindres libertés que se donne la critique..... quand elle s'exerce sur leur propre compte, car elle n'est jamais ni assez vive, ni assez pénétrante quand elle atteint l'œuvre d'un compétiteur ou d'un rival. La critique est morte!... C'est vous qui l'auriez tuée, si elle n'était immortelle, vous qui, en public, faites le fanfaron et semblez la dédaigner, quand, secrètement, vous tremblez devant elle, et à qui la seule vue d'un bec de plume « ferait faire dix lieues à reculons; » vous, auteur bouffi de vanité, que la contradiction blesse et irrite, et qui la guettez au passage avec la verge de M. Loyal; vous qui, la bouche en cœur et les yeux en coulisse, venez l'engluer de vos mielleuses paroles en la poursuivant dans ses plus intimes retraites; vous qui la circonvenez par des recommandations et des protections; vous qui l'accablez d'obsessions; vous tous qui la calomniez et qui ne croyez ni à sa justice, ni à son désintéressement, ni à sa probité.

Ah! la critique est morte!... Venez, voyez et lisez! Voici deux brochures sur le même sujet, écrites à des points de vue bien différents, et qui, sur quelques circonstances, à l'occasion desquelles j'ai publié moi-même des réflexions qui m'ont valu de vives remontrances, se trouvent exprimer les mêmes impressions, les mêmes sentiments. Pendant cette longue discussion sur la fièvre puerpérale, j'avais écrit avec tristesse que l'exhibition publique et retentissante de nos dissidences scientifiques et pratiques était d'un mauvais exemple et ne pouvait avoir que de facheux résultats. Écoutez sur le même sujet M. le docteur Fleury; il prélude ainsi en mode mineur :

« Jamais l'Académie de médecine n'a donné un aussi triste spectacle que celui auquel nous avons assisté pendant quatre mois.

» M. Guérard soulève une question qui est pour les familles l'objet d'une douloureuse et incessante préoccupation; une question qui se rattache aux plus graves intérêts sociaux.

» Une profonde émotion s'empare de tous les esprits, de tous les cœurs; l'on attend avec impatience, avec confiance, la lumière qui va jaillir d'une discussion où, dans le sanctuaire même de la science, vont s'engager forcément les hommes les plus compétents et les plus autorisés; l'on attend avec anxiété l'arrêt que va prononcer ce tribunal suprême :

» Et l'Académie, dans ces circonstances solennelles, ne fait autre chose que de s'abaisser et de se déconsidérer par une discussion sans méthode, sans frein, sans issue, sans dignité; par une mêlée désordonnée de contradictions scientifiques et d'excentricités oratoires! »

Écoutez maintenant la *coda* de la symphonie *majeure* exécutée par M. le docteur E. Auber :

« Ainsi, sur douze orateurs entendus, on peut compter des essentialistes, des demi-essentialistes, des essentialistes sans le vouloir, des essentialistes sans le savoir, des localisateurs absolus, des demi ou des quart de localisateurs, des localisateurs avec tendance à l'essentialisation, des essentialistes avec amour pour la localisation, des spécifistes, des thyphistes, des traumatistes et des néo-traumatistes!...

» Maintenant débrouillez-vous, arrangez-vous, composez-vous une religion médicale avec les dogmes de tous ces chefs d'école, véritables pontifes de l'enseignement officiel;.... »

« Du reste, ce qui s'est passé à l'Académie vient parfaitement à l'appui de notre sentiment. En effet, a-t-on jamais surpris la grande pratique en plus flagrant délit de défaillance et d'impuissance? A-t-on jamais trouvé sur le roc plus de stérilité? Est-ce donc là tout ce que l'exercice de la médecine le plus délicat et le plus étendu a révélé aux matadores les mieux informés des premières cliniques du monde? Évidemment non; car, s'il en était ainsi, on aurait le droit de dire les choses les plus détestables de la pratique, impartialement jugée par ses œuvres et dans ses derniers résultats... Espérons donc! »

Que sont nos humbles et timides réflexions à côté de cette maestria de critique? Je le demande à M. E. Auber lui-même, qui, avec une excessive bienveillance, a daigné en citer quelques-unes?

Ces deux brochures sont extrêmement curieuses; la discussion académique n'a certainement produit rien d'aussi remarquable, et avec les lettres de M. Béhier, avec le travail de M. Pidoux et les articles de M. Jacquemier, on peut dire que c'est en dehors de l'Académie que s'est passée la véritable discussion. Je ne prétends ni les analyser ni les apprécier, je voudrais seulement donner le goût de les lire, car elles me semblent mettre en relief, plus que partout ailleurs, les deux tendances médicales qui, à l'heure actuelle, se disputent les esprits, et doivent entraîner les générations qui vont nous succéder.

Avec M. Fleury, vous verrez l'anatomisme se souvenant encore, et avec un orgueil légitime, de ses belles conquêtes, mais légèrement troublé, hésitant et forcé de courber la tête devant l'essentialisme de la fièvre puerpérale.

Chez M. E. Auber, vous trouverez le culte fidèle et respectueux de la tradition, le vitalisme hippocratique élevé à la hauteur d'un dogme, en dehors duquel il n'y a qu'égarement, confusion et stérilité.

Pour M. Fleury, la critique a des droits superbes; il dit ce qu'il veut dire avec une complète liberté, le nom propre ne l'effraie guère; il s'attaque plus encore aux hommes qu'aux principes, et courageusement il enfonce son épée sans regarder s'il perce un orateur ou une idée.

Chez M. Auber, la critique des principes est seule ferme et accentuée; celle des hommes est toujours adoucie par tous les ménagements de l'écrivain courtois.

M. Fleury est plus vif, M. Auber plus littéraire.

M. Fleury pénètre davantage, M. Auber s'élève plus haut.

Chez M. Auber, le philosophe l'emporte sur le polémiste; chez M. Fleury, le polémiste affaiblit le philosophe.

Il y a plus de logique chez M. Auber, plus de passion chez M. Fleury.

M. Fleury a fait un tableau plein de bruit, de mouvement et de cou-

l'abcès, et au bout de quelques jours je me préparais à en faire une nouvelle, lorsque je m'aperçus que l'abcès ne s'était pas reproduit; nous avions tous deux probablement fait une erreur de diagnostic. l'abcès qu'elle portait était idiopathique. Cette malade, dont j'ai souvent des nouvelles par M. Debout, est complétement guérie. Mais les cas de ce genre sont très rares.

Le plus souvent, la lésion osseuse qui était le point de départ de la première collection purulente continuant à exister après la ponction, le pus ne tarde pas à se reproduire, et au bout d'un certain temps l'abcès se forme de nouveau. La ponction n'a donc fait qu'éloigner la difficulté; quelquefois même il est impossible d'évacuer l'abcès autant qu'on l'aurait voulu, des flocons albumineux s'engagent dans la canule et s'opposent à la sortie du pus; dans ce cas l'abcès se reproduit avec une plus grande rapidité.

Quand l'abcès s'est reproduit, faut-il d'emblée recourir à un autre traitement? Je ne le crois pas. Il faut revenir à la ponction, dans l'espoir que la suppuration se tarira; M. Guérin pense que la ponction renouvelée un certain nombre de fois suffit, le plus souvent, pour amener la guérison : je ne partage pas cet avis, la guérison par la ponction seule est très rare ; j'ai cependant observé un cas fort curieux qui aurait pu faire croire à la guérison; c'était une jeune femme qui avait un énorme abcès par congestion dépendant d'une lésion des vertèbres : j'appliquai d'abord des moxas sur le point douloureux de la colonne vertébrale, puis je pratiquai une ponction qui donna issue à 900 grammes de pus; quinze jours après l'abcès s'était reproduit, je n'attendis pas qu'il eût atteint les dimensions du premier abcès, je le ponctionnai de nouveau, et fis sortir environ 650 grammes de pus phlegmoneux; quinze jours après, troisième ponction qui donna 400 grammes de pus; je fis successivement cinq ou six ponctions, après lesquelles la guérison fut complète, en apparence du moins; la malade partit à Châteauroux, et, pendant deux ou trois ans, il ne survint aucun accident; mais, au bout de ce temps, l'abcès se reproduisit, et, cette fois, la malade attendit si longtemps que le foyer s'ouvrit de lui-même, une abondante suppuration s'établit et la malade succomba dans le marasme peu de temps après son entrée à l'hôpital. Je fis l'autopsie et je trouvai sur la onzième vertèbre dorsale un point malade de la largeur d'une lentille environ.

Comme on le voit, la guérison chez cette femme n'avait été qu'apparente, c'est-à-dire que la membrane pyogénique était revenue sur elle-même, et le pus était sécrété en très petite quantité.

Mais quand on a échoué par ces moyens, que faut-il faire? Examinons ce qui se passe chez les malades quand l'abcès s'ouvre spontanément, et que la guérison arrive par les seuls efforts de la nature.

L'abcès progresse; après un certain temps, il se forme un point culminant très limité, sur lequel la peau rougit et s'amincit; puis, sur ce point, on voit se former une phlyctène sous laquelle est une petite ulcération, à laquelle succède une petite ouverture qui met le foyer en communication avec l'extérieur par un trajet oblique et sinueux; alors le pus sort, mais en petite quantité et d'une façon intermittente; c'est-à-dire qu'un jour l'ouverture est libre, et un autre jour elle est bouchée par un flocon albumineux ou par le gonflement des tissus, ou même elle est cicatrisée; mais le pus continuant à s'accumuler, la tension du foyer augmente, la cicatrice se déchire et il s'écoule une certaine quantité de pus. Cet écoulement du pus se fait sans que l'économie en éprouve aucune influence fâcheuse; l'abcès se vide peu à peu, la membrane pyogénique revient sur elle-même, et, au bout d'un certain temps, il s'établit là un trajet fistuleux. Les choses restent indéfiniment dans cet état tant que la lésion osseuse qui fournit le pus n'est pas guérie; aussi voit-on cette fistule persister indéfiniment ou ne se cicatriser qu'après un temps fort long.

Le but définitif de l'organisme est donc l'établissement d'une fistule qui donne passage au pus, fistule qui s'oblitère lorsque la lésion osseuse cesse d'exister. L'observation de cette marche que suit la nature est curieuse et instructive, car c'est elle qui dicte au chirurgien la conduite qu'il doit suivre.

Notre malade a une lésion osseuse et un abcès par congestion; il faut donc que nous arrivions à établir une fistule qui donne issue au pus, tout en évitant les accidents terribles de l'infection putride. Que fait l'organisme pour vider l'abcès? Une ouverture très petite qui donne passage au pus d'une manière intermittente, faisons donc une petite ouverture, une ponction sous-cutanée avec un trajet long et oblique, et nous y reviendrons à de certains intervalles.

Je pratiquai donc une ponction à notre malade, mais un flocon albumineux s'engagea dans la canule et suspendit l'écoulement du pus; un litre de liquide s'était déjà écoulé. J'avais un trajet long et étroit dont j'espérais obtenir la réunion par première intention; j'avais fermé la plaie de la peau avec du collodion : mais le pus était passé dans le trajet qu'avait créé le trocart, de manière que, lorsqu'au bout de deux jours j'enlevai la petite compresse. Il s'échappa quelques gouttes de pus. je craignais qu'en raison de la non-réunion de la plaie, il ne se développât des accidents inflammatoires ou putrides; il n'en a rien été : la plaie s'est gonflée, et ce rapprochement en a produit la guérison. Mais cette cicatrice est très superficielle, et, quand le pus se sera de nouveau accumulé, il est probable que la tension du foyer suffira pour la déchirer et une nouvelle quantité de pus s'écoulera. Jusqu'ici, vous le voyez, nous suivons la même marche que la nature.

Tant que les choses iront ainsi, nous attendrons, mais, s'il se développait des accidents, que ferions-nous? Faudrait-il, comme le conseille Lisfranc, fendre largement le foyer, de manière à donner au pus une issue facile, et combattre l'inflammation par de larges applications de sangsues? Je ne le crois pas; évidemment notre malade serait incapable de les supporter. Nous emploierions les injections iodées, qui constituent le meilleur agent antiputride dont nous puissions disposer.

L'iode agit chimiquement sur le pus, et, en même temps, il modifie la surface de la membrane pyogénique. Lors donc que l'ouverture fistuleuse sera constituée, nous y introduirons une sonde de gomme élastique par laquelle nous ferons des injections iodées dans le foyer, et nous réussirons ainsi à diminuer les dimensions de l'abcès.

Chez notre malade, l'ouverture faite par le trocart s'est cicatrisée, mais la cicatrice n'est pas assez forte pour que la pression du pus ne puisse la rompre; et, d'ailleurs, le trajet est conservé. Mais, dans les cas où le trajet se réunit par première intention, il faut, au bout d'une quinzaine de jours, faire une nouvelle ponction, puis une autre un peu plus tard, et enfin chercher à maintenir la liberté du trajet lorsqu'on a reconnu l'insuffisance des ponctions simples. Voici comment on obtient la formation de la fistule : la ponction étant faite, on laisse la canule en place; elle détermine un peu d'inflammation dans tout le trajet qu'elle parcourt, et celui-ci demeure fistuleux; quand le trajet est établi, on retire la canule, et tous les jours on introduit une sonde par laquelle on fait une injection iodée.

C'est par ce moyen que l'on arrive à faire revenir le foyer sur lui-même et à établir un trajet fistuleux étroit et oblique qui livre passage au pus et aux parcelles osseuses qui se détachent de la surface de l'os malade. Quand on a obtenu ce résultat, l'intervention active de la thérapeutique cesse.

M. Boinet, qui s'est occupé avec succès d'iode et d'iodothérapie, croit que cet agent, injecté dans le foyer, remonte jusqu'à la lésion osseuse qu'il modifie avantageusement; mais, souvent, le trajet suivi par le pus est tellement long et étroit, que l'iode ne peut aller jusqu'à l'os malade; et, d'ailleurs, je crois que l'iode n'est pas un modificateur assez énergique pour guérir la lésion osseuse. Son action se borne à modifier la membrane pyogénique, à diminuer la suppuration, à empêcher qu'elle ne devienne fétide, et, par conséquent, à soustraire les malades à l'infection putride. C'est là, du moins, ce qui résulte pour moi d'un grand nombre de faits que j'ai suivis et observés avec soin.

Ainsi il ne faut pas arriver d'emblée aux injections iodées; il faut d'abord faire plusieurs ponctions, puis on établit le trajet fistuleux, et enfin on injecte de l'iode pour diminuer les dimensions de l'abcès. Cependant, quand les premières ponctions donnent lieu à des accidents, il faut, dès le début, en arrêter le développement en recourant de suite aux injections iodées.

Il y a très longtemps que je m'occupe du traitement des abcès par congestion; j'ai toujours eu en vue les accidents graves auxquels il donne parfois naissance; j'ai essayé tous les moyens, et j'en suis arrivé à ce résultat que la méthode dont je viens de vous entretenir est la meilleure; c'est par elle que vous obtiendrez le plus de guérisons. Il faut toutefois vous attendre, même la fistule étant établie, à perdre encore un certain nombre de malades, parce qu'il peut arriver qu'un refroidissement, un écart de régime, etc., déterminent dans la fistule une inflammation qui se communique au foyer purulent, et que les malades enfin succombent soit à l'abondance de la suppuration, soit épuisés à la longue, soit encore d'érysipèles et de divers accidents. J'ai vu moi-même un certain nombre de cas de ce genre; malgré cela, la série de moyens que je vous ai exposée est le meilleur mode de traitement que je connaisse.

Le traitement des abcès par congestion peut donc se résumer de la manière suivante :

1° Traitement de la lésion osseuse, exutoires, cautères, moxas.

2° Il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès.

3° Il faut l'ouvrir par une ponction sous-cutanée constituant un trajet long et étroit que l'on s'efforcera de transformer en fistule lorsque les simples ponctions sont reconnues être insuffisantes; enfin on fera par ce trajet des injections iodées dans le but de tarir la suppuration et de faire revenir le foyer sur lui-même, et pour modifier la nature du pus si des accidents arrivent.

4° On n'oubliera pas de soumettre le malade à un traitement général tonique et reconstituant.

Dr Doumic.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION D'APOPLEXIE EMBOLIQUE PAR DÉTACHEMENT DE COAGULUMS FIBRINEUX D'UN ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE;

Par le docteur Esmarch, de Kiel.

Un capitaine de vaisseau, âgé de 37 ans, fort bien constitué, portait depuis trois ans une tumeur, ayant acquis, en dernier lieu, la grosseur d'un œuf de poule, et située dans le triangle du cou, du côté gauche. C'était un anévrysme de la carotide commune. A une nouvelle exploration, faite le 8 mai 1855, le médecin essaya encore de réduire le volume de la tumeur au moyen d'une pression augmentée graduellement, lorsque le malade retomba subitement dans les coussins, en présentant tous les signes d'une apoplexie cérébrale. Il en résulta une hémiplégie droite, avec paralysie du côté droit de la face. On diagnostiqua une apoplexie

---

leur; M. Auber une toile plus calme, plus correcte et plus harmonieuse.

Voilà mon petit plaidoyer; mais écoutons maintenant les parties :

M. Fleury.

« Est-il croyable qu'après les interminables et stériles dissertations dont la spécificité a été l'objet, est-il croyable qu'après la thèse de Requin, l'Académie ait permis à M. Trousseau de l'entraîner dans une discussion sur la spécificité en général, et sur la spécificité de la fièvre puerpérale en particulier? »

« Avant de déterminer si la fièvre puerpérale est une *maladie spécifique*, il faudrait définir la *spécificité*, or, nous n'avons pas la prétention d'acccomplir ce travail d'Hercule, et nous avons d'autant moins l'envie de le tenter que l'utilité ne nous en est rien moins que démontrée.

» La fièvre puerpérale n'est point une maladie spécifique comme les maladies virulentes telles que la variole, la syphilis, la morve, la rage, etc.

» La fièvre puerpérale n'est point une maladie spécifique comme les maladies produites par un agent toxique tel que le plomb, le mercure, la belladone, etc.

» La fièvre puerpérale n'est point une maladie spécifique comme certaines maladies miasmatiques, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre intermittente.

» La fièvre puerpérale est probablement une maladie spécifique comme la fièvre typhoïde, comme le typhus, si l'on admet que ces maladies sont des maladies spécifiques.

» Mais que la fièvre puerpérale soit ou ne soit pas une *maladie spécifique*, elle n'en est pas moins une *maladie spéciale aux femmes en couches*.

» C'est en présence d'une spécificité aussi problématique que M. Trousseau a fait intervenir *sa* théorie des *ferments morbides!* — Théorie qui ne lui appartient pas! — « *Il y a vingt ans*, s'écrie M. Bouillaud, *que j'en ai parlé!* » — « *Tant mieux*, répond M. Trousseau, que rien n'embarrasse, *je n'en suis que plus fort!* »

» Non, Monsieur, vous n'en êtes que plus amoindri; car ce qui peut être défendu, — la théorie des ferments morbides, — ne vous appartient pas, et ce qui vous appartient, — l'application de cette théorie à la pathogénie de la fièvre puerpérale, — est la moins probable des hypothèses !!! »

M. E. Auber.

« M. Paul Dubois, doyen de la Faculté (*caput facultatis, custos legum*), est renommé dans le monde médical par l'honorabilité de son caractère, par son savoir et par son enseignement, qui est un modèle de simplicité et de délicate exposition. M. Dubois a apporté dans la question en litige toutes les qualités qui le distinguent, laissant peut-être à désirer un peu plus de décision dans ses conclusions!... Mais le Sage a dit : « Dans le doute abstiens-toi... » Peut-être M. Dubois est-il encore dans le doute? »

« Quelques critiques ambiants ont reproché assez sévèrement à M. le professeur Dubois sa modération, son attitude, sa prudence, ses formes sobres et ses manières distinguées. En vérité, la leçon est étrange, mais elle est bien digne du siècle et de ses défaillances! Nous n'aurons garde de partager ces errements; nous savons trop que ces prétendus défauts ne sont que de belles et bonnes qualités qui relèvent de coutumes magistrales, et surtout d'une éducation première qui disparaît de plus en plus! Nous savons que ce sont ces habitudes toutes françaises qui distinguent les médecins d'origine et les font reconnaître. Car, notez-le bien : on naît médecin comme on naît poète, et celui-là seulement est né médecin qui arrive au monde complètement doué des qualités du cœur, qualités qui se révèlent plus tard par des aménités de forme et des délicatesses de langage, auxquelles les natures grossières et incultes ne comprennent absolument rien. »

Jugement : Je condamne M. Fleury à supprimer trois ou quatre mots de sa brochure, et M. Auber à modifier profondément tout le chapitre consacré à M. Trousseau.

J'invite mes lecteurs à se donner le plaisir de lire ces deux publications, auxquelles, par discrétion, je n'ai dû faire que de petits emprunts.

M. le ministre de l'instruction publique, frappé des avantages que présente l'institution hors ville du lycée Louis-le-Grand et du collége Sainte-Barbe, de colléges pour les petits enfants, a ordonné la création d'un petit collége semblable près Lyon, pour les enfants de l'âge de 6 à 12 ans, sur la commune de Saint-Rambert-L'Ile-Barbe. Notre respectable confrère, M. le docteur Pointe, qui, depuis vingt ans, est médecin du lycée de Lyon, vient de publier une brochure dans laquelle il expose les avantages de ces institutions, d'après ce qu'il a vu aux petits colléges de Vanvres et de Fontenay-aux-Roses. C'est là une pensée pieuse. Le système de l'éducation en commun est encore très controversé. Nous n'avons pas à intervenir dans ce débat. Acceptant ce qui est comme une nécessité sociale, nos efforts doivent tendre à ce que ce qui est puisse donner les meilleurs résultats possibles. La création de petits colléges à la campagne est une pensée des plus heureuses. Il va sans dire que M. Pointe l'encourage de toute son autorité, et sous sa direction l'hygiène du petit collége de Lyon ne laissera rien à désirer.

Amédée Latour.

BOITE AUX LETTRES.

A M. J..., à Bordeaux. — Excellent programme, qui sera soumis à qui de droit.

A M. R..., à Strasbourg. — N'a-t-il pas été déjà question de ce que vous me demandez? Disposé à vous être agréable, dites-moi ce qu'il faut faire.

A M. D... D... C..., à Auxerre. — J'ai bien reçu votre lettre, mais non le programme.

A M. N..., à Strasbourg. — J'attendrai d'avoir reçu la fin du travail avant de livrer à l'imprimerie.

A M. D..., à Mauvezin. — Je suis convaincu que vous pouvez envoyer de confiance, et j'ose assurer que vous serez bien accueilli.

A M. P..., au Cateau. — J'ai communiqué à qui de droit votre charmante lettre. Mille remercîments de qui de droit.

embolique, en se fondant surtout sur l'existence de la paralysie de la face du même côté que l'hémiplégie, symptôme déjà indiqué par Virchow. Le traitement ne pouvait être que symptomatique ; une saignée avait été faite immédiatement, et M. Esmarch, suivant encore les idées de Virchow, redoutait surtout l'établissement d'une circulation collatérale trop brusque, pouvant donner naissance à une hyperémie active d'autant plus à craindre, que les tuniques artérielles devaient être probablement altérées. En conséquence, on prescrivit des applications de glace sur la tête, des révulsifs cutanés et intestinaux, etc., et le dernier jour une application de douze sangsues. Le malade mourut dans la nuit du 11 au 12 mai, ainsi du quatrième au cinquième jour, après avoir éprouvé d'abord un peu d'amélioration.

Autopsie faite douze heures après la mort.

La carotide commune était le siége d'une dilatation fusiforme, commençant à 4 centimètres au-dessus de la naissance de l'aorte, augmentant peu à peu et se renflant subitement, à 6 centimètres plus haut, en une poche du volume d'un gros œuf de poule, de laquelle partaient les carotides interne et externe. La paroi interne de l'artère, à partir de son origine, offrait une dégénérescence athéromateuse étendue, avec des plaques crétacées dures à la paroi antérieure, les deux tuniques internes étaient rompues et détachées de la tunique externe ; elles se prolongeaient à 2 centimètres à peu près dans le sac anévrysmal et cessaient alors brusquement en se terminant par un rebord fusiforme, qui proéminait librement dans l'intérieur du sac. La même altération se retrouvait en haut, près de la naissance de la carotide interne. On avait donc affaire à un anévrysme mixte : anévrysme vrai fusiforme et anévrysme mixte externe (disséquant). La paroi postérieure était formée par toutes les tuniques épaissies, l'antérieure seulement par la tunique externe, à la hauteur de la plus grande dilatation. L'intérieur de la poche était rempli par des coagulums de grandeur, de consistance et de couleur différentes, quelques-uns pâles, comme la fibrine lavée.

La carotide externe était perméable; la carotide interne, fendue aussi haut que possible, contenait un coagulum sanguin rouge, assez consistant, se terminant en pointe inférieurement et contourné en spirale. Extrait avec une pince, il se déchira à peu près à la hauteur du canal carotidien, et le fragment retiré avait une longueur de 4 centimètres. Sa face supérieure arrachée s'adaptait parfaitement à un caillot rencontré dans la carotide crânienne.

Il n'existait d'hyperémie bien notable que dans les vaisseaux de la pie-mère; exsudation séreuse de moyenne abondance sous l'arachnoïde. Les circonvolutions de l'hémisphère gauche paraissaient un peu aplaties. Toute la partie médiane de cet hémisphère, notamment le corps strié, la couche optique et une portion du corps calleux était convertie en une bouillie molle gris-jaunâtre. Le tissu cérébral avoisinant offrait à la section un piqueté sanguin plus abondant et plus volumineux que la substance de l'autre côté, parfaitement saine. Les ventricules latéraux contenaient une assez grande quantité de sérum transparent.

Au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, on a trouvé, sur la ligne médiane du pont de Varole, un extravasat sanguin tout récent, de la grosseur d'un haricot ; et à 1 centimètre en avant, un second un peu plus petit, et, dans le voisinage des deux, beaucoup d'extravasations capillaires.

L'examen microscopique de la substance cérébrale ramollie ne fit trouver nulle part des éléments normaux ; elle était composée entièrement d'un détritus de granulations libres et de courts fragments de fibres cérébrales brisées. Parmi elles on rencontrait des vaisseaux capillaires dans lesquels les globules sanguins étaient en partie ratatinés et en partie rassemblés en grumeaux irréguliers brun-rouge. Quelques capillaires contenaient des globules graisseux, probablement dans leurs parois. Dans les petites hémorrhagies du pont, les globules sanguins étaient tout à fait normaux.

La carotide cérébrale était entièrement remplie d'un caillot solide, dont le bout inférieur s'adaptait parfaitement au bout supérieur du caillot retiré de la carotide interne. Ce coagulum se continuait dans l'artère sylvienne, jusque dans ses plus fines ramifications, dans l'artère ophthalmique jusqu'à sa sortie du crâne, et bouchait complétement ces vaisseaux. Il n'envoyait qu'un petit prolongement dans l'artère calleuse. Ce caillot était d'un rouge brun foncé, mais renfermait un grand nombre de bouchons rouge clair et blanc-grisâtre, de formes irrégulières et de grosseurs variables. *Ces bouchons provenaient évidemment de l'anévrysme, avec les caillots duquel ils offraient une coloration et une structure histologique identiques.*

Beaucoup d'autres artères étaient envahies par la dégénérescence athéromateuse.

Ce cas ne laisse pas de doute sur l'existence de l'embolie artérielle et sur les effets désastreux de la suspension brusque de la circulation sanguine dans le cerveau. Il nous invite de plus à n'examiner les anévrysmes de la carotide qu'avec la plus grande prudence. Enfin il fournit une grave objection contre le traitement des anévrysmes proposé récemment par Fergusson, et qui consiste à produire avec intention l'accident provoqué involontairement chez le malade précédent, c'est-à-dire l'oblitération de l'artère au-dessous de l'anévrysme, par l'expulsion hors du sac de caillots déjà formés. Il peut bien arriver que ces coagulums bouchent l'artère jusque dans ses ramifications et rendent ainsi impossible l'établissement de la circulation collatérale. —*(Archiv. f. pathol. anat. u. physiol.*, t. XI, n° 5.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 juin 1858. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — Hommage par M. Béhier de ses *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale.* — Addition de M. Guérard au procès-verbal. — Note de M. Sée sur les *éruptions dans le croup*, et suite de la discussion : MM. Gubler, Bouchut, Vigla, Barthez (Ernest), Béhier.

M. Béhier fait hommage à la Société d'un volume intitulé : *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale.*

M. Henri Roger demande un congé d'un mois qui lui est accordé.

M. Guérard fait savoir à la Société que le pleurétique dont il a parlé dans la dernière séance, a été atteint d'une diarrhée très abondante qui l'a fait succomber au bout de quarante-huit heures. Le niveau de l'épanchement est resté le même, malgré l'abondance des évacuations intestinales. Il y avait une fistule à la partie inférieure du poumon, et cet organe était circonscrit par des fausses membranes et n'aurait pu, par conséquent, se développer, si l'on eût pratiqué la thoracentèse.

— M. Sée complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur les *éruptions qui surviennent dans le croup.*

Pour corroborer, dit-il, ce que je disais dans la dernière séance, je puis m'appuyer sur des observations de croup qui ont été publiées dans un simple but de statistique (thèse de M. André, 1856); j'y ajouterai l'analyse des observations recueillies dans le service de M. Blache, par M. Millard.

1° *Fréquence de l'éruption.* — Sur 54 enfants opérés en 1856, 12 sont pris d'éruption scarlatineuse ou scarlatiniforme, ou 1 sur 4 au moins, car, sur les 54 cas, il n'y en a que 47 analysés et rapportés. Or, ce n'est pas là une coïncidence due au hasard, et la fréquence de l'éruption est hors de toute proportion avec celle qui frappe les autres malades.

2° *Date de l'éruption.* — L'éruption a éclaté dans les 12 cas, 3 fois dans les vingt-quatre heures, 5 fois dans les quarante-huit heures, et 2 fois le troisième jour; ainsi, 8 fois sur 12 dans les deux premiers jours.

Or, ce rapprochement de l'éruption et de l'opération ne permet pas d'y voir une rencontre fortuite; une fièvre éruptive à laquelle il ne faut que vingt-quatre heures pour subir et l'incubation, et la fièvre prodromique, ne saurait, en tous les cas, être contractée à l'hôpital.

En effet, l'incubation des scarlatines transmises dure toujours un temps plus long.

MM. Guersant et Blache, MM. Rilliet et Barthez fixent le minimum à trois ou cinq jours, et la moyenne de cinq à treize jours.

Les recherches que M. Moere a publiées dans le *Journal des maladies des enfants*, en 1851, sont d'une précision remarquable à ce sujet; elles démontrent qu'il se passe ordinairement six à sept jours entre la contagion et l'invasion de l'éruption.

Dans 4 cas bien distincts, ce médecin a pu calculer cette durée, attendu que les malades n'avaient eu qu'un seul contact avec les fiévreux.

Ainsi, s'il s'agit d'une éruption scarlatineuse chez nos malades, c'est qu'évidemment ils en avaient porté le germe à l'hôpital, en même temps que la diphthérite.

3° *Durée de l'éruption.* — La scarlatine a une durée déterminée quand elle est régulière, et un aspect constamment le même.

Chez les 8 enfants qui ont survécu à l'opération, 4 fois l'éruption n'est que signalée, donc elle n'a pas duré.

Dans les 4 autres cas, elle s'efface en deux à trois jours; une seule dura quatre jours.

Or, il est à noter que l'éruption scarlatineuse dure ordinairement cinq à six jours.

4° *Apparences de l'éruption.* — L'éruption, dans la plupart des cas, ressemble de tous points à celle de la scarlatine.

Mais voici deux observations de M. Millard, où il n'est question que d'urticaire.

Voici une observation de M. André, où il s'agit d'une éruption vésiculeuse.

Enfin, M. Barthez m'a communiqué une observation où il s'agit de plaques érythémateuses.

Or, si les éruptions revêtent des caractères si variés, c'est qu'évidemment toutes les éruptions qui suivent le croup ne sont pas scarlatineuses; c'est ce que je voulais prouver.

5° *Récidive.* — La preuve la plus péremptoire qu'il s'agit ordinairement d'une éruption spéciale, c'est que, chez une enfant qui, après une trachéotomie, fut prise d'une éruption dite scarlatine, il y eut, six mois plus tard, une vraie scarlatine avec albuminurie et hydropisie.

Deux scarlatines en six mois, c'est plus qu'étrange pour une maladie qui ne récidive point; car, jusqu'ici, il n'existe, dans la science, qu'un seul exemple authentique de récidive : c'est dans la 2ᵉ édition du livre des *Maladies de peau* de M. Rayer; lors de la 1ʳᵉ édition, M. Rayer n'en connaissait point.

6° *Influence de l'éruption sur le croup.* — Ordinairement, ces éruptions éclatent sans aggraver sensiblement la fièvre des opérés; quelquefois même la fièvre tombe au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

En général, elles sont loin d'aggraver le mal et les résultats de l'opération. Il y a même cette circonstance singulière, que, chez 12 enfants qui présentèrent cette complication, 8 guérirent, c'est-à-dire 2 sur 3, tandis que, sur les 54 opérés, il n'y eut qu'une guérison sur trois.

Ainsi, la scarlatine, c'est-à-dire une maladie grave par elle-même, serait un privilége !

7° *Age des malades.* — Ce qu'il y a de plus inexplicable encore dans l'hypothèse d'une complication, c'est que, sur 12 de ces enfants, 11 avaient moins de 4 ans. Or, la mortalité chez les enfants au-dessous de cet âge était telle dans cette même épidémie (1856), qu'il n'y eut qu'une guérison sur 7; tandis que chez les croupeux dits scarlatineux, la guérison eut lieu 2 fois sur 3. Ainsi, l'influence de l'éruption est ou favorable ou nulle; en tous cas, elle n'aggrave pas le croup.

8° *Circonstances étiologiques.* — Tous les enfants chez lesquels on observa l'éruption avaient été opérés; je n'ai pas eu l'occasion de la noter dans les croups non opérés, attendu que ceux-ci sont très rares à l'hôpital; on ne nous amène les enfants que quand le danger devient imminent.

Chez presque tous, le croup était accompagné d'angine pseudo-membraneuse, c'est-à-dire qu'il était de nature diphtéritique; cependant cette règle n'est pas générale; car j'ai vu des croups laryngés être suivis de la même éruption.

Suites de l'éruption. — Ordinairement, ces éruptions ne laissaient ni desquamation, ni hydropisie, ni albuminurie; ce qui les distingue de la scarlatine.

Nature de l'éruption. — Quelle est donc cette éruption ? On m'a objecté, mais sans fondement, que ce pouvait être un érysipèle, d'autres ont dit une éruption hydrargyrique, d autres une éruption sudorale.

L'érysipèle s'en distingue facilement; il commence par la plaie et suit une marche graduellement envahissante.

L'éruption hydrargyrique est impossible à supposer; dans tous les cas analysés, le mercure n'a pas figuré dans le traitement.

Enfin les éruptions sudorales ont un caractère vésiculeux, et surviennent principalement au printemps ou en été; ici, il s'agit d'éruptions rouges, uniformes, granulées, qui surviennent en toutes saisons, surtout au moment où l'enfant commence à mieux respirer.

Donc ce ne peut être qu'une éruption particulière, analogue à celles qu'on voit dans le choléra, dans le typhus, ou bien c'est la scarlatine elle-même.

J'admets, en effet, deux catégories d'éruption : il y a une *éruption spéciale distincte de la scarlatine*, car

1° Elle apparaît plus fréquemment et plus promptement après l'opération qu'après toute autre maladie;

2° La rapidité de sa marche est plus marquée; elle dure moins longtemps que la scarlatine;

3° Elle n'augmente pas sensiblement la fièvre, car celle-ci tombe parfois le lendemain;

4° Elle n'aggrave nullement le croup, qui semble au contraire, malgré cette complication, guérir plus souvent;

5° Elle revêt des formes différentes de la scarlatine;

6° Il n'y a pas de desquamation ni d'albuminurie;

7° Elle frappe surtout les très jeunes enfants et épargne plutôt les plus âgés;

8° Enfin, elle peut être suivie de la scarlatine vraie, et cette circonstance seule suffirait pour imprimer un caractère spécial à ces éruptions,

Outre cette éruption, il peut y avoir une scarlatine vraie; — nous en avons cité des exemples — M. Millard en a vu; mais alors elle éclate ordinairement plus tard, elle dure cinq à six jours, est accompagnée de deux à quatre jours de fièvre, est suivie de desquamation, et ne récidive point.

Dans cette deuxième catégorie de faits, la scarlatine vient à titre de complication accidentelle, et le plus souvent elle est contractée à l'hôpital.

Mais je vais plus loin, je prétends qu'il est une troisième catégorie de faits dans lesquels l'éruption, quoique tardive, doit dominer toute la maladie.

La scarlatine et l'affection couenneuse du larynx peuvent coexister; et bien que je n'aie trouvé dans la science que deux ou trois exemples de cette fusion, je ne la mets pas en doute. Le même malade peut présenter pendant trois, quatre ou cinq jours, des pseudo-membranes dans la gorge et le larynx, et subir ensuite l'éruption scarlatineuse. La plupart des scarlatines vraies, greffées sur le croup ou sur l'angine couenneuse, ne sont autre chose que des scarlatines renversées, c'est-à-dire ayant procédé de dedans en dehors.

Tous les médecins ont vu des scarlatines débuter par la gorge, sous forme de pseudo-membranes et ne se révéler à la peau qu'au bout de deux à trois jours.

Or, si on suppose que cette même pseudo-membrane, au lieu de s'arrêter à la muqueuse des amygdales et du voile palatin, descende jusqu'au larynx, ce sera toujours la même affection ; elle portera le nom de croup pendant deux ou trois jours; mais dès que l'éruption viendra à paraître, si cette éruption suit les phases de la scarlatine, je rattacherai toute cette série de phénomènes, non plus à la diphthérite, mais à la scarlatine qui aura eu le fâcheux privilége d'envahir les muqueuses avant de se trahir à la peau.

Ce qui me décide en partie, c'est l'intensité de la fièvre dans ces scarlatines croupales, tandis que la diphthérite simple, ainsi que l'a démontré M. Bretonneau, procède le plus souvent d'une manière insidieuse; elle élève peu la température; dans les angines dont je parle, la peau est brûlante comme dans la scarlatine.

Aussi, loin de rejeter la possibilité de la scarlatine dans les affections couenneuses, j'admets qu'elle mérite alors la préséance dans l'ordre nosologique, bien que l'ordre chronologique la remplace sur le deuxième plan. L'angine qui la précède n'en est que la première manifestation, et dès lors, il ne s'agit plus d'une diphthérite compliquée de scarlatine; ce n'est plus une diphthérite, mais bien une angine couenneuse d'origine scarlatineuse; en d'autres termes, une scarlatine angineuse. Tant que le pharynx est seul envahi, on s'accorde volontiers sur la nature du mal; mais, hélas! il semble que la scarlatine ne respecte pas les limites qu'on lui a assignées; il n'est pas rare de voir, dans les scarlatines les plus élastiques par l'éruption, se manifester une angine qu'on appelait autrefois pultacée, pour lui faire une part distincte de la diphthérite; puis cette angine, si bénigne dans les livres, envahit le larynx brusquement, et tue le malade absolument comme la diphthérite. Graves et M. Trousseau ont signalé cette espèce de croup. Et déjà, l'an dernier, je fus frappé de cette forme laryngée de l'angine scarlatineuse. Or, de même que la scarlatine régulière peut procéder de la peau vers le pharynx, puis vers la glotte, de même aussi la scarlatine interne peut se compléter et se propager à la muqueuse respiratoire, avant de montrer sa signature vers la peau.

Il semble donc qu'il y ait :

1° Des éruptions érythémateuses propres au croup;

2° Des scarlatines accidentelles à titre de complication du croup, scarlatines ordinairement tardives et à marche régulière;

3° Enfin des scarlatines angineuses et croupales.

Nous admettons d'autant plus volontiers cette unité morbide, qu'il y a évidemment de nombreux points de contact entre la diphthérite et la scarlatine.

Dans les deux maladies, la muqueuse pharyngo-laryngée est affectée de fausses membranes.

Dans les deux maladies, il y a eu, il peut y avoir une éruption.

Enfin, j'ajouterai un dernier caractère qu'on m'a contesté, c'est que, dans les deux maladies, on trouve dans la majorité des cas de l'albumine dans les urines. Ainsi, dans le croup et dans l'angine maligne, on sera étonné de la quantité d'albumine qu'on rencontre parfois dans les urines; je l'ai rencontrée dans plus du tiers des cas en quantité notable.

Quant à la scarlatine, elle est plus fréquente, et je suis étonné de la négation qu'on m'oppose. M. James Miller (*Journal des Enfants*, 1851, t. XVI), M. Begbie et Patrith l'ont considérée comme constante. C'est là une exagération ; mais j'ai eu la patience de suivre les urines des malades depuis le sixième jour de la scarlatine, et, dans plus de la moitié des cas, même réguliers, j'ai trouvé de l'albumine. De sorte qu'on peut considérer les hydropisies comme d'origine rénale et albuminurique.

En définitive, si dans la diphthérite, comme dans la scarlatine, les mêmes organes sont pris ou peuvent être pris, c'est-à-dire si l'une et l'autre maladie peuvent porter sur les muqueuses pharyngo-laryngées, sur la peau, et sur les reins, il n'est pas étonnant que ces deux maladies ne se confondent en certains cas, et c'est, en effet, ce qui a lieu parfois. Mais je me hâte d'ajouter que, dans ces cas, c'est la diphthérite qui disparaît pour céder le pas à la scarlatine, que j'appellerai *angineuse* et *croupale*.

M. GUBLER : Les faits dont nous a entretenus M. Sée sont assez intéressants pour mériter toute l'attention de la Société. On a pensé que le théâtre sur lequel ces faits ont été observés devait provoquer des doutes sur les explications que notre collègue en a données; mais c'est à tort, car, de mon côté, j'ai vu, en ville, un fait qui vient à l'appui de sa manière de voir.

Il s'agit d'un enfant atteint de croup et opéré par la trachéotomie. Le lendemain de l'opération, il est survenu à la face, au cou, et autour de la plaie, une éruption difficile à dénommer : un pointillé de vésicules presque microscopiques, sur un fond injecté, pouvait la faire regarder comme un *eczema rubrum*; mais il pouvait y avoir aussi une espèce de roséole; et, d'ailleurs, il se développa çà et là des vésico-pustules et de vraies pustules phlysaciées d'ecthyma. Il est probable que la plaie et un coryza aigu qui existait chez l'enfant ont été une sorte d'appel pour cette éruption.

M. BOUCHUT : Pour bien apprécier la nature des affections éruptives dont il est question, il faut savoir qu'il existe maintenant une épidémie de scarlatine, qui règne avec bien plus d'intensité que la diphthérite, et que l'on doit, dans les cas actuels, songer plutôt à des scarlatines irrégulières qu'à toute autre éruption.

L'invasion de cette scarlatine n'est pas ordinaire, et se fait quelquefois sans angine. C'est ce que j'ai observé notamment sur mon propre enfant, et chez un autre enfant de ma clientèle. A l'hôpital, deux petits malades, admis pour un rachitisme, ont présenté, vingt-quatre ou trente-six heures après l'admission, une éruption rouge pointillée, et, encore ici, il n'y a pas eu de prodrômes, pas de vomissements, et à peine un peu de fièvre. A côté de ces faits, il est des scarlatines parfaitement caractérisées dans toutes leurs phases.

Je crois donc qu'il s'agit, dans les faits de M. Sée comme dans ceux que je viens de rapporter, d'une scarlatine irrégulière, non semblable à celle qui a été décrite par les auteurs. M. Sée s'est fondé sur l'observation théorique pour établir l'existence d'une éruption particulière non scarlatineuse; mais tous les jours nous voyons ainsi la clinique aux prises avec les descriptions classiques. On voit des faits semblables à ceux de M. Sée sans trachéotomie; et si cette opération eût été faite dans ceux que j'ai rappelés, on aurait pu dire qu'ils venaient à l'appui de son opinion, tandis qu'ils lui sont contraires.

Mais, me dira-t-on, comment admettre que les éruptions variées qui ont été observés soient exclusivement scarlatineuses? Elles ne le sont pas toutes, en effet. On rencontre maintenant des éruptions plus ou confluentes, semblables à celle décrite par M. Gubler, et qui, suivant moi, ne sont autre chose qu'un *eczéma sudoral*.

Il ne faut pas confondre cette éruption avec la scarlatine; et, à ce propos, je demande la permission de parler d'un nouveau signe propre à faciliter le diagnostic de cette dernière affection : c'est la trace blanche que l'on obtient sur la cuisse, sur le fond rouge de l'éruption, en y passant un crayon comme pour écrire, et qui persiste pendant une demi-minute à une minute et demie. Dans quelques cas même, le phénomène est si apparent, qu'en traçant légèrement sur la peau le nom de scarlatine, ce mot se reproduit en trace blanche très évidente. Cela n'a lieu que dans la scarlatine. Dans l'érysipèle, dans l'érythème résultant de l'application d'un sinapisme, et dans l'eczéma sudoral, aucune trace blanche ne persiste; dans la rougeole, il se produit une raie rouge bordée de deux lignes blanches.

Sans être pathognomonique dans la scarlatine, toujours est-il que ce signe ne se produit pas dans les autres éruptions que je viens de rappeler. Eh bien, je l'ai rencontré dans toutes les scarlatines irrégulières et sans les prodrômes que j'ai cités, et qui, par cela même, ont été pour moi des scarlatines dont l'éruption ne différait que par le degré d'intensité, de la scarlatine la plus nette.

C'est donc trop se hâter de vouloir faire une éruption particulière de celles qui sont survenues après l'opération de la trachéotomie pendant l'épidémie actuelle, et qui ne sont, je le répète, que des scarlatines irrégulières ou de l'eczéma sudoral.

M. VIGLA : Notre collègue M. Sée a posé une question, mais sans la résoudre, à mon avis. L'éruption qu'il signale est commune en nosologie, et survient sous des formes diverses, comprises sous le nom de *roséole*. On l'observe dans le choléra, dans la fièvre typhoïde, mais seulement dans les cas graves, tandis que, dans les faits de M. Sée, l'éruption s'est montrée principalement lorsque l'issue a été favorable. Je crois qu'il a attaché trop d'importance au phénomène, qui peut d'ailleurs avoir été provoqué par l'opération. L'interprétation définitive, en un mot, doit être réservée.

M. BARTHEZ (Ernest) : Je m'aperçois que, lorsque j'ai dit à M. Sée de faire attention, et de prendre garde d'avoir eu affaire simplement à des scarlatines, je n'étais pas le seul de cette opinion. M. Sée nous dit bien que ce seraient des scarlatines de quarante-huit heures, et que la chose ne peut pas être; mais la nature de cette maladie est précisément d'être irrégulière, surtout lorsqu'elle est secondaire. On peut même dire qu'alors elle est toujours irrégulière, et d'autant plus que la maladie principale est plus grave. Or, l'emploi de la trachéotomie prouve ici que l'affection primitive n'est pas légère : donc il a été trop loin.

Sous quelques rapports, j'appuie pourtant la proposition de M. Sée. Je ne nie pas l'existence d'une éruption particulière, mais je dis seulement que le diagnostic n'en est pas établi assez rigoureusement.

J'ai été frappé, comme M. Bouchut, de la vérité du signe qu'il a indiqué : la ligne blanche qui marque sur l'éruption le tracé d'un crayon dans la scarlatine, et la ligne rouge, bordée de deux lignes blanches, qui s'observe dans la rougeole, dans la même circonstance.

M. SÉE : Il ne me suffit pas que M. Bouchut ait écrit le mot *scarlatine* avec son crayon sur la cuisse d'un malade, pour que j'accepte qu'il s'agit d'une éruption scarlatineuse. Les travaux remarquables de Sandras et des médecins étrangers ont démontré que certaines éruptions ont tout à fait les apparences de la scarlatine sans être des scarlatines. C'est ce que les Allemands appellent *rotheln*.

Pour faire la scarlatine, il faut une fièvre ardente, cette affection, d'après les recherches de M. Henri Roger sur la température du corps dans les maladies, étant celle qui élève le plus de chaleur de la peau; il faut ensuite le mal de gorge, et enfin les symptômes du côté des reins. J'admets, avec les observateurs étrangers, trois élémens de scarlatine : les manifestations vers la peau, la gorge, les reins. Sans l'une de ces manifestations, il n'y a pas scarlatine.

Une autre objection de M. Bouchut est celle-ci : l'épidémie *actuelle* est une scarlatine. Mais précisément mes observations datent de l'hiver, et celles de M. André de l'année 1856; elles ne peuvent donc être assimilées à celles que l'on peut avoir actuellement sous les yeux. Je n'admets pas non plus l'existence de l'éruption sudorale de notre collègue.

On a tort de me faire dire que je rejette complétement la scarlatine; de même que, à propos de la chorée, on m'a fait admettre, dans tous les cas, l'influence rhumatismale sur la production de la maladie; c'est une exagération dont je ne suis point coupable. J'ai admis deux genres d'éruption : une *scarlatineuse* et une *non-scarlatineuse*.

On a dit que des scarlatines très bénignes et sans prodrômes expliquaient parfaitement les faits que j'ai observés. Mais M. Bouchut a confondu l'incubation avec les prodrômes, et, dans mes faits, il s'agissait d'incubation. Je ne connais pas d'affection éruptive qui se manifeste à la peau après vingt-quatre heures de prodrômes et d'incubation réunis; et c'est ce qui m'a fait admettre une aptitude et une parenté de l'éruption avec le croup.

Cette éruption doit être considérée comme n'ayant aucune signification au point de vue du pronostic.

M. BARTHEZ (Ernest) : J'insiste sur l'insuffisance du diagnostic de M. Sée, lorsqu'il rejette la scarlatine, dont les manifestations ne me paraissent pas, en outre, être celles qu'il indique. Je ne crois pas non plus à la manifestation vers les reins comme signe nécessaire de la scarlatine, car elle manque dans une foule de cas. La température élevée de la peau n'en est pas davantage un caractère important; car, après le croup opéré, il survient un accès de fièvre intense qui dure vingt-quatre ou quarante-huit heures et qu'on ne peut distinguer de la chaleur scarlatineuse même très intense. Enfin, la manifestation vers la gorge n'est pas caractéristique.

Toute l'importance des manifestations est donc dans l'éruption; mais avant de conclure qu'elle n'est pas scarlatineuse, il faut mettre beaucoup de réserve.

M. BÉHIER : Je voudrais précisément qu'avant d'aller plus loin, on recherchât ces éruptions douteuses dans les autres maladies, et qu'on les soumît à une étude comparative avant de poser des conclusions définitives. Quant au signe de M. Bouchut, il me paraît exister dans le simple érythème aussi bien que dans la scarlatine; on ne peut donc en faire un signe pathognomonique de cette dernière affection.

M. SÉE fait observer qu'il a voulu dire, relativement aux manifestations de la scarlatine, que l'éruption, pour lui être attribuée, doit coïncider soit avec une fièvre intense, soit avec l'angine, soit avec l'affection des reins. La lésion des reins est manifeste par la présence de l'albumine dans l'urine et par la desquamation des *tubuli* des reins qui répond à la desquamation de la peau; or, cette manifestation a lieu quatre fois sur six, et se montre à partir du sixième jour. Si M. Barthez ne l'a pas trouvée aussi fréquente, c'est qu'il n'a pas suivi la maladie du commencement jusqu'à la fin.

M. GUBLER fait remarquer que MM. Barthez et Bouchut ont parfaitement démontré qu'il existait, dans l'épidémie actuelle, des éruptions qu'on ne peut pas rattacher à la scarlatine, de même que le fait que j'ai rapporté. Il s'agit actuellement de rechercher qu'elle peut être la nature de ces affections éruptives comparées à celles dont M. Sée nous a entretenus.

Le secrétaire, Dr WOILLEZ.

COURRIER.

PRÉSERVATIF DE LA SYPHILIS.— Le docteur Massone, de Gênes, connu par plusieurs ouvrages de haut intérêt, et surtout par son *Manuel d'hygiène et de médecine navales*, était récemment à Florence. Pendant son séjour, il communiqua aux médecins de cette ville plusieurs observations sur la vertu préservatrice du *guaco* contre la syphilis.

Sans rapporter ici des expériences qui ne sont pas encore assez nombreuses pour être concluantes, disons seulement que les praticiens éclairés qui en ont été témoins les regardent comme dignes de la plus grande attention. M. Massone, ayant depuis longtemps appris que le *guaco*, originaire d'Amérique, était avantageusement employé contre les effets vénéneux de la morsure des serpents, était parti de cette idée pour l'expérimenter contre l'infection vénérienne. — (*Il Fil Sebezzio Giorn. dell. Sc. med.*)

Nos lecteurs peuvent avoir oublié ce que c'est que le *guaco* : c'est une plante de la famille des *eupatoriées*, l'*eupatorium guaco* ou *huaco* connu sous le nom d'herbe de Sainte-Cunégonde. Elle croît dans les lieux humides des bois : on l'a employée comme fondante sur les tumeurs du scrotum. — (*Presse médicale de Marseille.*)

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Alexis Mathieu, 45, marchand de lapins à Troyes, comparaît seus la prévention d'exercice illégal de la médecine dans les circonstances suivantes :

Le sieur Mathieu avait pratiqué sur les jambes d'un nommé Degris des vésicatoires avec l'ammoniaque liquide, pour le guérir d'une hydropisie assez grave, et pour laquelle Degris n'avait pas jugé à propos de consulter un médecin. Il en résulta des plaies considérables qui exigèrent enfin un traitement régulier.

Le docteur Guichard, qui donne des soins à la victime de Mathieu, est entendu comme témoin; il déclare qu'il est de règle d'éviter l'application d'agents irritants sur la peau qui est le siége d'une hydropisie, parce qu'on ne peut pas en calculer exactement l'effet. L'organe tégumentaire ayant subi des altérations dans sa texture et ses propriétés vitales, on est exposé à produire des inflammations gangréneuses souvent très redoutables.

C'est ce qui est arrivé à la suite de l'imprudence du sieur Mathieu : une gangrène étendue succéda à la vésication, puis des plaies larges, profondes, douloureuses, et qui exigèrent beaucoup de temps pour leur guérison.

La maladie du sieur Degris, loin d'être améliorée par cette fatale opération, a été aggravée au contraire. Il est toujours malade et n'a pu se trouver à l'audience.

Déclaré coupable, Mathieu a été condamné à 15 fr. d'amende.

— La Société médicale du 8me arrondissement, dans sa séance du mois d'août, a renouvelé son bureau de la façon suivante :

MM. Michéa, président;
Malingre, vice-président;
E. Géry (fils), secrétaire général;
Denouh, secrétaire annuel;
Gallois, trésorier.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 103. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 31 Août 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 AOUT 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Larrey ayant présenté, dans le courant de mai (V. UNION MÉDICALE du 13 mai 1858), une jambe momifiée qui s'était détachée spontanément au-dessous du genou chez une femme, complète l'observation de cette malade, d'après une lettre récente de son médecin, M. le docteur Larbès, ex-chirurgien militaire. Voici l'extrait de la lettre :

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que la pauvre femme à laquelle vous vous êtes intéressé jouit d'une parfaite santé; que depuis trois semaines, elle se sert d'une jambe de bois, et que chaque jour elle recouvre de plus en plus ses forces et la sûreté des mouvements de ce côté.

» C'est la jambe de bois des pauvres que j'ai employée ici comme moyen prothétique ; elle convenait à la fois à la position pécuniaire de ma blessée et à son moignon.

» La guérison de ce cas remarquable est aujourd'hui un fait accompli pour la science. Il est à enregistrer, tant sous le rapport de l'étendue des désordres et de la momification qui en a été le résultat, que pour la guérison qui s'en est suivie. Cette observation, enfin, est de nature à inspirer la plus grande circonspection quant à l'amputation préventive. »

M. Verneuil fait la communication suivante :

« J'ai eu l'occasion de recevoir et de traiter dans un court espace de temps trois malades affectés de phlegmon du cou. Chez tous, la tumeur offrait une telle identité de siége, de forme, d'étendue, que j'ai été conduit à la considérer comme une variété distincte méritant une description spéciale.

Le phlegmon, comme on le sait, envahit presque sans distinction les régions qui renferment du tissu cellulaire plus ou moins abondant. Cependant, lorsque, dans un point donné, la collection purulente se présente plusieurs fois avec un siége, des rapports et des limites semblables, on est porté à croire que la maladie s'est développée dans le même endroit, et qu'il existe là une disposition anatomique anormale ou du moins fréquente, susceptible de rendre compte de l'apparition et de la marche du mal.

Je fus frappé de trouver à ces trois phlegmons les caractères suivants tellement identiques, qu'une description unique suffit pour les trois cas :

Tumeur arrondie, volumineuse, étendue depuis la région parotidienne en haut jusqu'au voisinage du trou mentonnier en bas, se perdant en avant dans l'épaisseur de la joue, et atteignant en arrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le point le plus saillant correspond à l'angle de la mâchoire, qu'on ne peut plus distinguer par le toucher. Le sillon ou la dépression qui sépare la région faciale inférieure de la région sus-hyoïdienne n'existe plus, il est remplacé par une saillie considérable.

Les mouvements d'écartement de la mâchoire sont très gênés. La peau est rouge, luisante, tendue, douloureuse au toucher, surtout au centre. Le doigt, introduit à la face interne des joues, ne perçoit pas de fluctuation, et l'arcade alvéolaire paraît tout à fait saine. A l'intérieur, la fluctuation est difficile à trouver, ou, pour parler plus exactement, elle n'existe que dans un point très circonscrit, alors même que la tumeur possède un très grand volume.

Lorsque l'on a ouvert l'abcès, le doigt ou la sonde cannelée pénètre dans un foyer plus ou moins profond, suivant l'embonpoint du sujet et la saillie de la tumeur. Ce foyer, assez circonscrit, et qui ne fournit pas autant de pus qu'on pourrait le supposer, répond exactement à l'angle du maxillaire et à la partie inférieure de la face externe de l'os. Le tissu osseux n'est pas dénudé. L'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la chute rapide de l'inflammation et du gonflement du voisinage. En deux jours tout au plus, la cicatrisation est presque achevée; elle ne laisse après elle aucune induration, seulement la cicatrice paraît pendant quelque temps adhérer à l'os, et la mobilité de la peau, si grande d'ordinaire à cet endroit, ne revient que tardivement. La bouche s'ouvre bientôt comme de coutume.

Comme tous les phlegmons légitimes, celui-ci s'accompagne de réaction générale, fièvre, douleurs vives, insomnie, soif, inappétence. Le pus présente le caractère phlegmoneux le mieux tranché.

En réfléchissant à ces faits et en les comparant, je suis arrivé à penser que ces phlegmons ont pour point de départ l'inflammation de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. En effet, c'est précisément à ce niveau que le mal débute, c'est là qu'on sent la fluctuation dans un espace très circonscrit d'abord. La division de la peau, à la vérité, souvent très épaisse en ce point, suffit pour atteindre le foyer, dont le fond repose précisément sur le lieu occupé normalement par la bourse séreuse susdite. La tumeur présente maintenant les mêmes apparences que les phlegmons qui se développent autour des bourses séreuses du coude, du genou, des malléoles, de la paume de la main, etc. Enfin, la résolution est franche dès que le pus est évacué. La mobilité de la peau, lente à revenir, et l'adhérence de la cicatrice à l'angle de la mâchoire, viennent encore militer en faveur de mon hypothèse.

Les adénites aiguës, assez communes à la région du cou, diffèrent beaucoup des phlegmons que je viens de décrire. Leur développement est moins rapide, l'inflammation de voisinage moins intense. Elles siégent ou plus en haut et en arrière (adénite parotidienne), ou plus bas et plus en avant (adénite sous-maxillaire), ou plus profondément dans la région sus-hyoïdienne (adénite de l'angle de la mâchoire). Les douleurs et les phénomènes généraux sont rarement intenses, le pus moins louable. Le ganglion enflammé reste longtemps perceptible après l'évacuation du foyer. Enfin, ces adénites s'observent de coutume chez des sujets lymphatiques, et comme retentissement de la lésion préexistante d'une muqueuse ou de tout autre organe de la tête. Ce n'était pas le cas chez mes trois malades. »

M. Larrey, sans contester l'intérêt de la communication de M. Verneuil, ne pense pas cependant que l'on puisse assigner, en général, à la bourse muqueuse de l'angle de la mâchoire, l'origine des abcès phlegmoneux circonscrits à cette région. Il ne croit pas non plus que cette cavité close soit comparable, par son siége même et ses rapports, à celle du coude ou du genou, qui, d'ailleurs, devient rarement le point de départ d'abcès péri-articulaires. Il a vu, enfin, bien souvent des phlegmons et des abcès du cou, presque aussi fréquents que les adénites dans l'armée, et offrant les formes les plus appréciables de délimitation sous-maxillaire, sans provenir de l'angle ni de la bourse dite muqueuse de la mâchoire.

Mais M. Larrey insiste sur l'opportunité de l'ouverture même prématurée du foyer phlegmoneux ou purulent, avec la précaution de le ponctionner d'abord, sans l'inciser, et de dilater la ponction avec un instrument mousse, tel que la sonde de femme, sauf à débrider secondairement l'ouverture pour mieux assurer l'écoulement du pus.

Feuilleton.

LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE M. CLAUDE BERNARD AU COLLÉGE DE FRANCE.

DE LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE. — DE L'EXPÉRIMENTATION ET DE SES PERFECTIONNEMENTS. — DE LA CRITIQUE EXPÉRIMENTALE.

Messieurs,

Nous aurons à examiner cette année les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme. Avant d'entrer en matière, je consacrerai, suivant notre habitude, la première leçon du cours à des généralités sur quelques points de la méthode expérimentale appliquée à l'étude des phénomènes de la vie.

Vous savez en quoi l'enseignement du Collége de France diffère de celui des Facultés; ici nous ne pouvons pas avoir pour objet de vous exposer uniquement les notions déjà acquises à la science sur les sujets que nous traitons. Nous devons surtout faire nos efforts pour agrandir le champ de nos connaissances, soit en réalisant des découvertes, soit en abordant de préférence les questions obscures et indécises, afin d'élucider ou de vérifier les faits qui s'y rattachent. En un mot, nous avons à faire ici, non pas des leçons de simple exposition, dans lesquelles l'esprit de l'auditeur reste toujours jusqu'à un certain point passif devant des résultats scientifiques établis; mais, au contraire, des leçons de recherches et d'investigations, dans lesquelles l'esprit de l'auditeur, s'associant à celui du professeur, poursuit de concert la solution d'un problème qui les préoccupe tous deux.

Dans ces conditions, les généralités d'une leçon d'ouverture sont toujours une introduction fort utile, parce qu'elles ont pour avantage, en nous plaçant de suite à un point de vue commun, de nous permettre de suivre et d'apprécier, dans une même idée philosophique, toutes les questions de détail qui se présenteront ultérieurement à nous dans le cours de nos recherches.

Aujourd'hui, les sciences biologiques n'en sont plus à chercher leur voie. La méthode expérimentale y est définitivement installée comme dans les autres sciences. C'est à notre siècle qu'appartient la gloire de ce résultat, et le nom de mon illustre maître, mon prédécesseur dans cette chaire, restera attaché à cet avénement définitif de la méthode expérimentale dans les sciences physiologiques.

Toutefois, plusieurs raisons empêchent cette méthode de rendre actuellement au physiologiste tous les services qu'il doit en attendre. Non seulement ses moyens d'investigation, encore fort limités, s'appliquent à des phénomènes très complexes, mais, ce qui la complique surtout, c'est qu'elle est souvent employée à tort et à travers par des hommes qui s'improvisent expérimentateurs sans se douter de ces difficultés expérimentales et surtout sans y être aucunement préparés par leurs études antérieures.

Ce qui doit donc préoccuper aujourd'hui le physiologiste, ce n'est plus l'introduction de l'expérimentation dans les habitudes scientifiques, c'est là un fait accompli, c'est à appliquer convenablement la méthode et à en fixer les règles qu'il doit s'attacher. C'est pourquoi je désire, dans cette leçon, vous parler de l'expérimentation en physiologie et de ses perfectionnements. Mais avant, et parce que j'ai quelquefois lu ou entendu des définitions de la méthode expérimentale qui me semblent fausses ou trop exclusives, je tiens à vous dire d'abord quelques mots sur la manière dont, suivant moi, il faut comprendre cette méthode.

La *méthode expérimentale* n'est, en définitive, que la logique appliquée à la coordination des phénomènes de la nature pour en découvrir les lois. Elle a, sous ce rapport, des principes généraux qui sont communs à toutes les sciences.

En effet, dans tous les cas, on peut dire que la méthode expérimentale a pour objet de disposer logiquement tous les faits observés directement ou provoqués par l'expérimentation en vue de les faire servir de *vérification* à une idée préconçue; idée préconçue qui n'est, en réalité, qu'une anticipation logique de notre esprit sur des phénomènes inconnus.

Or, je dis qu'il faut chercher la vérification et non la *preuve* de son idée, parce que, dans le premier cas seulement, l'expérimentateur se trouve dans une disposition favorable pour bien voir, quand il est décidé d'avance à accepter tous les résultats de l'expérience, qu'ils soient favorables ou contraires à l'hypothèse qui lui a servi de point de départ, ou bien même alors qu'ils n'auraient avec elle aucun rapport. Si, au contraire, il a pour préoccupation unique de chercher des arguments propres à justifier son opinion ou à renverser celle d'un autre, son esprit s'attachant exclusivement aux faits dont il désire la réalisation, se trouve, comme nous l'avons dit ailleurs (1), prédisposé à subir l'empire d'une idée fixe qui lui fait exagérer ce qui se rapporte à l'objet qu'il poursuit en négligeant tout le reste. Mais outre qu'un pareil procédé est incapable de conduire à une appréciation exacte des faits, il a encore l'inconvénient grave d'enlever à celui qui l'emploie la chance heureuse, et fréquente dans les sciences aussi peu avancées que la physiologie, de faire des découvertes imprévues en recherchant autre chose.

Je pense que, dans son application à la physiologie, la méthode expérimentale ne doit pas seulement avoir pour objet d'aller logiquement à la vérification d'idées basées sur des faits antérieurement acquis, mais en même temps qu'elle doit aussi, pour être entière et féconde, chercher à conquérir des idées nouvelles qui surgiront naturellement des faits inattendus que présentent toujours les expériences instituées.

La constatation d'un fait prévu par la théorie confirme et étend cette théorie ; c'est souvent le cas des sciences avancées. La découverte d'un fait inattendu en dehors de la théorie prouve que cette théorie est mauvaise ; c'est le cas le plus ordinaire des sciences non constituées, de la physiologie en particulier.

Mais ce résultat imprévu aura alors une très grande importance, parce que, en détruisant la théorie ancienne, il deviendra l'origine de nouvelles idées, et le point de départ de nouvelles expériences qui hâteront les progrès de la science.

En effet, les théories ne représentent que notre manière de comprendre les faits connus, et elles sont nécessairement provisoires. En les modifiant à mesure que les faits s'accumulent, nous arriverons successivement à des conceptions qui seront de plus en plus parfaites, c'est-à-dire qui relieront un plus grand nombre de faits. Et sous ce rapport la théorie physiologique ne sera bonne que lorsqu'elle permettra de prévoir tous les résultats de l'expérimentation et qu'elle ne laissera plus en dehors d'elle aucun phénomène imprévu.

Mais nous sommes loin de là, et je pense que personne n'en doute. Tout le monde admettra sans peine qu'il nous reste encore des phé-

(1) *Leçons sur le système nerveux* (1857), première leçon. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris.

M. Morel-Lavallée aurait plus d'une objection à faire à M. Verneuil.

1° Il ne comprend pas pourquoi cette bourse séreuse sous-maxillaire aurait le privilége exclusif de s'enflammer spontanément, et, tant que l'autopsie n'aura pas démontré le point de départ de l'inflammation, il croit prudent de ne pas se prononcer.

2° Lorsque la maladie se développe sous les yeux du chirurgien, elle n'est point circonscrite et globuleuse comme si elle avait la bourse muqueuse pour point de départ; mais elle est de prime abord vague, étalée; c'est une sorte de gâteau, au lieu d'une tumeur petite et globuleuse.

3° Enfin, toutes les irritations de la tête aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, et cette circonstance suffit à expliquer la fréquence de l'inflammation de ces ganglions et de leur atmosphère celluleuse.

— La Société a procédé, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre titulaire. M. Depaul ayant obtenu 14 suffrages sur 22 votants, a été élu.

PATHOLOGIE.

DE LA DYSENTERIE DES PAYS CHAUDS,

Rapport lu à la Société médicale d'émulation de Paris,

Par M. le docteur Besnier.

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier l'examen de la thèse de M. le docteur Simonot, candidat au titre de membre titulaire de la Société médicale d'émulation. Je viens aujourd'hui vous communiquer les résultats de cet examen, en réclamant pour moi-même toute votre indulgence.

Le sujet choisi par M. le docteur Simonot pour sa dissertation inaugurale (*De la dysenterie au Sénégal et aux Antilles*), est un de ceux qui méritent le plus particulièrement de fixer l'attention des observateurs; car, malgré les travaux nombreux et considérables des anciens et des modernes, bien des points restent à élucider, et les opinions les plus diverses règnent encore aujourd'hui parmi les médecins sur les causes, la nature, la thérapeutique, et même sur les caractères anatomiques de la dysenterie. M. Simonot n'a pas eu la prétention de combler ces lacunes de la science; il a voulu seulement, ainsi qu'il le déclare tout d'abord, en publiant ce qu'il avait eu occasion d'observer pendant huit années de séjour au Sénégal et aux Antilles, apporter quelques matériaux de plus à ceux qui voudraient faire une histoire générale de la maladie.

La dysenterie est endémique au Sénégal et aux Antilles, et si l'on a souvent, dit l'auteur, parlé d'épidémies de dysenterie, dans ces colonies, on se basait plutôt sur le nombre des victimes que sur la présence des caractères essentiels à toute épidémie. « La dysenterie de ces contrées, en effet, exerce ses ravages d'un bout de l'année à l'autre, et si, pendant l'hivernage, son intensité diminue quelquefois, c'est qu'alors les affections intermittentes semblent contrebalancer momentanément sa puissance morbide et lui préparer de nouvelles victimes pour le retour de la saison suivante. Elle n'offre pas, dans un temps plus que dans l'autre, telle ou telle forme; on les trouve souvent toutes réunies dans la même salle de malades. Le chiffre seul de la mortalité varie, mais reste toujours très élevé. »

Toutes les fois qu'une maladie règne à l'état endémique, on est conduit, logiquement, à examiner quelles sont les influences locales diverses auxquelles il est possible de la rattacher. Jusqu'ici, aucune des circonstances étiologiques qui ont été indiquées ne donne une explication tout à fait satisfaisante du développement de la dysenterie. M. Simonot reconnaît que c'est là un des points les plus obscurs de la question, et il admet, tout d'abord, l'existence d'un principe pathogénique inconnu dans son essence; puis il cherche à expliquer la production de la maladie en plaçant sa cause prédisposante dans le défaut d'équilibre entre les fonctions digestives et respiratoires et sa cause déterminante dans un de ces faits nombreux inhérents aux sujets et aux localités : excès, mauvaise alimentation, insalubrité, variations de température, phénomènes électriques, etc.

L'auteur est entré, à ce sujet, dans d'assez grands détails, et il développe avec habileté une théorie, sinon complétement nouvelle, au moins très ingénieuse, que je vais essayer de résumer en quelques lignes : sous l'influence de l'élévation de température et de la diminution correspondante dans la quantité d'oxygène contenue dans un volume d'air donné, la respiration et la circulation sont accélérées d'une manière constante, l'absorption interstitielle s'exerce avec énergie, l'appétit et la soif sont exaltés au plus haut degré. De ces influences diverses résulte une prédisposition aux congestions vasculaires sanguines, congestions favorisées par les variations brusques de température, et qui ont lieu, le plus habituellement, vers les organes abdominaux. C'est là ce qui constitue la première période par laquelle passent, en général, tous les Européens qui arrivent aux colonies. Sa durée est de un ou de deux mois au plus. On voit, après cet espace de temps, à cette surexcitation succéder une atonie profonde et toujours croissante : « La respiration et la circulation sont ralenties; le pouls s'est ramolli; toute locomotion est devenue pénible; la digestion a perdu son activité; la bouche devient pâteuse; l'estomac, paresseux, embarrassé, semble désirer les aliments épicés et les boissons alcooliques qui ne feront que l'irriter. Dès ce moment, la digestion se fait mal : l'estomac se hâte de se débarrasser de ses aliments, et pousse dans l'intestin grêle un chyme mal élaboré, qui, rencontrant une bile et un suc pancréatique viciés dans leurs caractères physiques et chimiques, arrivera dans le gros intestin avant d'avoir subi une chymification complète. Retardé dans sa marche par les courbures et les cellules de cette portion du tube digestif, il en irrite la muqueuse, y détermine l'afflux de mucosités et de sérosités qui délaieront les fèces et donneront lieu à des selles liquides : voilà la diarrhée. Un degré de plus, ce sera la dysenterie. » En d'autres termes, si l'individu qui débarque aux colonies ne modifie pas d'une certaine façon son alimentation, les éléments carbone et hydrogène, incomplétement brûlés dans l'acte respiratoire, iront se localiser dans le foie, augmenter la sécrétion biliaire, déterminer une véritable idiosyncrasie hépatique, et retentir sur tous les organes digestifs.

Tout en admettant, dans de certaines limites, la valeur de ces spéculations et de cette théorie chimico-physiologique, on ne peut, à mon avis, en déduire aucune application spéciale à la dysenterie plutôt qu'à toute autre affection abdominale. On entrevoit seulement, de cette manière, la raison d'être de ce fait d'observation rappelé par l'auteur, que les mêmes causes qui, en Europe, auraient développé des phlegmasies pulmonaires, vont donner lieu à des affections abdominales chez les Européens, tandis que chez l'indigène elles conservent leur influence sur les organes thoraciques. Mais l'intelligence absolue des faits s'arrête là et l'on ne trouve pas de raison suffisante pour expliquer le développement d'ulcérations sur une partie spéciale du tube digestif, le gros intestin. Il me semble difficile de rattacher, avec l'auteur, le développement de l'affection à l'irritation produite par la présence d'un chyme mal élaboré. Pourquoi, en effet, ce chyme mal élaboré, ou bien encore les produits viciés de la sécrétion hépatique laisseraient-ils intacte la totalité de la partie supérieure du canal intestinal qu'ils traversent d'abord? Un premier fait resterait, d'ailleurs, à établir, c'est la préexistence constante d'une lésion physique ou fonctionnelle du foie aux lésions de l'intestin.

N'est-on pas en droit de supposer au contraire que si, sous certaines influences de lieu et d'alimentation qu'il importe moins d'expliquer que de bien constater, la muqueuse de l'intestin se congestionne, s'enflamme et s'ulcère, les fonctions de l'organe seront altérées par ce seul fait; l'absorption veineuse intestinale pourra, d'une part, être insuffisante, de l'autre, introduire dans la circulation de la veine porte, affluent commun de tout le système veineux intestinal, des éléments capables de concourir secondairement à la production de lésions physiques et fonctionnelles de la glande hépatique. Cette manière de voir n'est pas moins conforme que la précédente aux lois de la physiologie, et elle fournit, au point de vue de la pathologie, des données plus satisfaisantes. On sait, par exemple, que les abcès du foie sont communs dans les pays où la dysenterie règne à l'état endémique; n'est-il pas logique de penser, ainsi que le disait dernièrement M. Barth dans le cours qu'il fait en ce moment à la Faculté, qu'il y a une relation directe de cause à effet entre les ulcérations intestinales de la dysenterie et la suppuration de la glande hépatique.

Je ne reviendrai pas sur les causes déterminantes auxquelles, du reste, l'auteur a consacré fort peu de lignes, et je me hâte d'arriver à la partie symptomatologique et anatomo-pathologique qui est traitée avec un véritable talent. Il est à regretter, toutefois que M. Simonot ait cru devoir donner à ses descriptions une forme à peu près exclusivement dogmatique. L'absence de résumés ou au moins de relevés d'observations, l'absence d'indications statistiques rendent l'appréciation et le contrôle scientifique beaucoup plus difficiles. Cette réserve étant faite, je me plais à déclarer encore que cette partie du travail de M. Simonot est des plus remarquables, et qu'elle donne un tableau saisissant des diverses formes de la maladie qu'il a observée.

Considérés isolément, les symptômes et les lésions de la dysenterie endémique du Sénégal et des Antilles se rapportent entièrement aux symptômes et aux lésions des dysenteries graves de tous les pays. C'est par leur mode de réunion, leur gravité, par la rapidité de leur développement, par leur longue durée, et, surtout, par l'existence des complications, qu'ils donnent à la maladie une physionomie spéciale. Des trois variétés admises par l'auteur et qui sont la dysenterie aiguë, sur-aiguë et chronique, la dernière est celle dans laquelle on observe le plus souvent ces complications. La forme sur-aiguë est, généralement, trop rapide et trop grave pour permettre leur développement.

Au premier rang de ces complications vient se placer l'hépatite qui, suivant M. Simonot, peut se développer avant ou après la dysenterie. Dans quelques cas, la phlegmasie du foie est liée si intimement à la dysenterie, que quelques médecins en font une forme spéciale, à laquelle ils donnent le nom de dysenterie hépatique, forme excessivement grave et promptement au-dessus des ressources de l'art. Les fièvres intermittentes endémiques au Sénégal et aux Antilles viennent aussi se mêler plus ou moins inti-

---

nomènes physiologiques essentiels à découvrir, et que les vérifications théoriques, que nous regardons comme les plus probables, sont le plus ordinairement fort incertaines. Or, je dis que, dans cet état de choses, il est plus avantageux pour la science d'arrêter son esprit sur les résultats expérimentaux imprévus que de diriger exclusivement son attention vers les faits que nos théories actuelles pourraient nous faire induire. Le côté prévu de la méthode expérimentale devra donc, en physiologie, être pour le moment facilement sacrifié au côté imprévu, c'est-à-dire que nous devons nous hâter d'abandonner cet échafaudage provisoire, que nous appelons nos vues théoriques pour ne garder que les résultats de l'expérience quels qu'ils soient, et cela me semble logique. Car si nous reconnaissons que nos théories sont imparfaites, nous ne pouvons avoir la prétention de les conserver et de les confirmer; qu'elles nous servent au moins à en trouver de meilleures, et surtout à découvrir de nouveaux faits qui resteront toujours acquis à la science comme des matériaux avec lesquels elle s'édifiera plus tard.

Je me hâte, après cette digression, d'arriver à l'expérimentation dont je dois plus spécialement vous entretenir.

L'*expérimentation* est l'art de provoquer l'apparition des phénomènes par des moyens appropriés, dans des conditions choisies et déterminées par le but qu'on se propose.

L'art expérimental ne peut pas avoir des règles identiques dans toutes les sciences; je pense, au contraire, que l'expérimentation doit modifier ses procédés et quelquefois même son point de vue, suivant la nature des sujets auxquels elle s'applique, et j'espère vous prouver aujourd'hui que les conditions de l'expérimentation doivent être envisagées différemment, suivant que l'on expérimente sur des êtres vivants ou sur des corps bruts. Selon moi, toute l'exactitude de l'expérimentation physiologique et la certitude de la critique expérimentale reposent sur cette considération fondamentale.

Tout le monde comprend l'importance qu'il y a à perfectionner l'art de l'expérimentation, et cette pensée est actuellement la préoccupation spéciale des physiologistes et des médecins. On introduit partout dans l'appréciation des phénomènes de la vie le poids et la mesure. Chacun sent le prix qui doit être attaché à une expérimentation rigoureuse, parce que tant qu'on n'y aura pas atteint, il restera impossible de comparer les faits, d'en déduire les lois, et partant de constituer la science physiologique.

C'est la conscience de ce besoin d'exactitude qui fait que, dans tous les travaux qui paraissent, chaque expérimentateur cherche à être plus précis que ses devanciers; et que tous les jours on invente des procédés nouveaux ou des instruments plus parfaits destinés à mesurer des phénomènes qui, jusqu'alors, avaient échappé plus ou moins à l'observation des scrutateurs de la nature.

Je n'entreprendrai pas de vous énumérer ici tous les moyens de recherches que le physiologiste et le médecin empruntent à la physique et à la chimie. Il suffit de constater sous ce rapport la réalisation d'un grand progrès qui tous les jours tend à s'accroître. Ce progrès consiste dans l'acquisition d'une foule d'instruments de plus en plus exacts, et de moyens d'investigation de toute sorte qui s'appliquent avec rigueur à la détermination et à la mesure des phénomènes en observation. Tout cela doit constituer, en effet, la première condition indispensable à l'accomplissement d'une expérience exacte.

Mais, pour obtenir un bon résultat expérimental, il ne suffit pas encore d'avoir de bons instruments, il faut, de plus, pouvoir et savoir s'en servir utilement. Pour cela, il faut faire en sorte de se placer toujours dans des conditions expérimentales identiques, et par conséquent comparables entre elles.

Pour réaliser cette deuxième condition de l'expérience, les physiologistes font une chose qui paraît bien simple : ils imitent les physiciens et les chimistes dans l'application des instruments qu'ils leur emprunt. A l'aide du baromètre, du thermomètre, etc., ils peuvent se placer dans des conditions déterminées de pression, de température, etc.; puis, comme le poids des divers animaux diffère, ils ramènent à une même unité commune, le kilogramme, tous les résultats physiologiques obtenus. C'est là le procédé généralement employé aujourd'hui pour rendre les animaux comparables; et dans les travaux bien faits qui paraissent chaque jour sur la respiration, la digestion, les sécrétions, par exemple, on évalue toujours chaque phénomène en le rapportant au kilogramme d'animal, etc.

Dans ce perfectionnement successif de l'art expérimental, il y a eu une évolution scientifique naturelle et tout à fait logique : l'expérimentation s'est d'abord introduite et perfectionnée dans les sciences physico-chimiques, où la complexité des phénomènes est moins grande. Plus tard, après une longue série de tentatives infructueuses, cette expérimentation a fini par entrer définitivement dans les sciences biologiques beaucoup plus complexes. Depuis lors, les physiologistes mettent avec raison tous leurs soins à se rapprocher de leurs aînés dans la carrière expérimentale, les physiciens et les chimistes, dont ils ont emprunté les instruments et les procédés. Grâce à ces efforts, il faut reconnaître qu'aujourd'hui l'expérimentation physiologique est assez perfectionnée sur quelques points pour donner des résultats d'une grande délicatesse, obtenus dans des conditions d'expérimentation tout à fait irréprochables au point de vue physique, chimique, mécanique ou instrumental.

Mais ici vient se poser une question importante : pour qu'une expérience physiologique soit bonne, suffit-il qu'elle soit irréprochable au point de vue physico-chimique extérieur ou purement instrumental?

Certainement non; car ces conditions d'extériorité, qui intéressent à un si haut degré le physicien et le chimiste, sont d'une importance relativement faible pour le physiologiste. Ce sont les conditions vitales intérieures de l'animal en expérience, le plus ordinairement négligées par le physicien, qui doivent être placées au premier rang dans toute expérience physiologique. Cela se conçoit fort bien d'ailleurs, lorsqu'on envisage le caractère distinctif fondamental qui sépare les êtres vivants des corps bruts.

En effet, un corps brut n'a en lui aucune spontanéité; toutes les modifications qu'il peut éprouver ne viendront que des circonstances qui lui sont extérieures, et on conçoit qu'en en tenant compte exactement, on soit sûr d'avoir toutes les conditions expérimentales qui sont nécessaires à la conception de l'expérience.

Dans les corps vivants, au contraire, il y a une évolution organique spontanée, qui, bien qu'elle ait besoin du milieu ambiant pour se manifester, en est cependant indépendante dans sa marche. Ce qui le prouve, c'est qu'on voit un être vivant naître, se développer, devenir malade, et mourir sans que cependant les conditions du monde extérieur changent pour l'observateur, et réciproquement. L'enfant et le vieillard, l'homme sain et l'homme malade ne sont-ils pas soumis à la même pression barométrique? Ne respirent-ils pas le même air? Ne sont-ils pas réchauffés par le même soleil et refroidis par le même hiver?

(*La suite prochainement.*)

mement à l'élément dysentérique. Quelquefois, les symptômes s'aggravent à chaque accès; d'autres fois, la maladie revêt simplement le caractère intermittent, sans accès fébrile. L'état typhoïde, le choléra, les affections scorbutiques se développent souvent aussi dans le cours de la dysenterie qui perd alors de ses caractères spéciaux, pour revêtir plus particulièrement, dans sa marche et dans ses symptômes, la physionomie de l'affection prédominante.

« Les phlegmasies pulmonaires, des douleurs névralgiques, » des parotides, des gangrènes partielles de la bouche, des gan- » grènes d'un membre, viennent, quelquefois aussi, ajouter à la » gravité de la dysenterie en multipliant les souffrances et les » altérations morbides. Quant à la péritonite, elle ne complique » pas, mais termine la dysenterie. »

Après avoir exposé cette partie de la question, M. Simonot a formulé, en termes très précis et très clairs, un certain nombre de propositions résumant les points principaux de sa manière d'envisager l'affection dysentérique.

La forme analytique que j'ai donnée à ce rapport me dispense de m'arrêter encore sur ce point; toutefois, dans une de ces propositions, l'auteur a commis une erreur d'appréciation anatomique étrange, et que je ne peux pas passer sous silence. Voici cette proposition :

« Dans la forme chronique, d'effet la dysenterie devient cause » et pèse sur l'organisme à la manière d'une diathèse dont les » résultats à peu près constants, sont : cancer de l'intestin, » tubercules. »

Il est évident que le cancer n'a, ici, aucun rapport avec la dysenterie, et que l'auteur paraît avoir considéré comme du cancer l'induration et l'épaississement résultant d'inflammations anciennes. Cette erreur est d'autant plus singulière, que, quelques lignes plus haut, l'auteur, décrivant les lésions anatomiques de la dysenterie chronique avec beaucoup de soin, ne paraissait pas avoir fait cette confusion. Voici, en effet, comment il s'exprime dans ce passage :

« Le colon est volumineux, son calibre est considérablement » rétréci; ses parois ont une épaisseur très grande, jusqu'à 2 » centimètres quelquefois; leur densité est extrême; elles crient » sous le scalpel; leur section offre la couleur de la cire un peu » vieille; son *aspect* est lardacé et squirrheux. »

Le nombre et la variété des formes de la dysenterie, la multiplicité des influences morbides auxquelles se trouve soumis l'Européen qui arrive aux colonies font, de la partie thérapeutique, une question des plus délicates et qui exige, dit l'auteur, de la part du médecin, et du malade, la plus grande attention. D'un autre côté, l'inefficacité presque constante des diverses méthodes thérapeutiques appliquées aux dysenteries graves confirmées donne une importance de premier ordre aux prescriptions de l'hygiène. Je ne puis mieux faire ici que de laisser parler l'auteur :

« Appelé à vivre dans les colonies, l'Européen doit bien se » convaincre que la dysenterie est son ennemi le plus menaçant, » qu'il est constamment sous le coup de ses effets, et que, s'il ne » lui est pas toujours possible de les éviter, il peut tout au moins » les éloigner par des précautions hygiéniques bien entendues. » Placé dans des conditions toutes nouvelles, il doit apporter » tous ses soins à modeler, autant que possible, sa manière de » vivre sur les exigences du climat, afin d'habituer progressive- » ment ses organes aux nouvelles influences qu'ils ont à subir. » C'est bien souvent l'oubli de ce précepte qui multiplie les » maladies, et surtout celle qui nous occupe. Beaucoup de gens, » en effet, veulent vivre dans les pays chauds comme en France; » d'autres, guidés par la peur ou des conseils erronés, se croient » dans l'obligation de s'imposer une foule de privations.... Ici, » plus que partout ailleurs, et surtout pendant les premiers temps, » la vie doit être régulière, sans transitions brusques. Il faut » prendre un exercice modéré, éviter la chaleur brûlante de la » journée, l'humidité froide des nuits; entretenir l'uniformité » de la température du corps par un vêtement approprié aux » différentes phases de la journée, ou, à défaut, par l'usage de » la flanelle sur la peau; maintenir le ventre libre, suivre un » régime alimentaire doux, facilement réparateur, modérément » tonique : substances végétales, poissons de bonne qualité, » viandes légères, vin de Bordeaux, etc...... »

L'existence de l'élément inflammatoire a toujours paru incontestable au début de la dysenterie, mais sa durée est excessivement courte, si l'on en juge par la brièveté et par le peu d'intensité de la réaction fébrile chez les dysentériques. Se basant sur ces principes, M. Simonot pense que ce n'est guère qu'au début, dans la forme suraiguë et chez les hommes tout nouvellement arrivés d'Europe, que l'on peut avoir à remplir l'indication d'une émission sanguine générale, et encore doit-elle être peu intense. Il a paru, en général, préférable d'avoir recours aux émissions sanguines locales : sangsues à l'anus ou ventouses scarifiées sur l'abdomen. C'est à l'emploi trop exclusif ou au moins immodéré de ces agents que l'auteur attribue ces ascites rebelles, ces interminables chloro-anémies qui entravent les convalescences et font périr des malades échappés à leur affection première. Les caractères du sang tiré de la veine : couleur brune, sérum abondant et couenne inflammatoire nulle ou très imparfaite, viennent confirmer cette manière de voir.

Les émollients et les narcotiques sont employés avec avantage, et il n'est pas rare de voir, aux colonies, les symptômes dysentériques s'amender, quelquefois même disparaître assez rapidement, au point qu'on pourrait croire à une guérison solide.

« Mais il n'en est rien; le mal n'est que pallié, et le palliatif cessant, il reparaît avec toute son énergie. » On ne saurait trop, dit M. Simonot, se mettre en garde contre une semblable erreur qui expose à voir la dysenterie revêtir promptement la forme chronique.

La médication vomitive est en plus grande faveur aux colonies, et l'ipéca, considéré comme spécifique de la dysenterie, est à peu près le seul vomitif employé. La méthode suivant laquelle on l'administre n'est qu'une modification de la méthode brésilienne, dont la dose, au rapport de M. Simonot, est intolérable pour la plupart des malades. « On met à infuser 2, 3 ou 4 grammes » d'ipéca concassé dans 120 grammes d'eau froide; après vingt- » quatre heures, on donne, le matin, en une seule prise; on » renouvelle l'eau en même quantité pour le lendemain, et » l'on renouvelle une troisième fois. Le premier jour, les vomis- » sements sont opiniâtres et très pénibles; le second, il n'y a » plus habituellement que de fortes nausées, et la troisième dose » ne produit souvent aucun effet vomitif appréciable. L'action de » l'ipéca est prompte, ses résultats avantageux. Dès le deuxième » jour, il détermine une sédation manifeste, une sueur abon- » dante; les selles présentent rapidement une amélioration nota- » ble dans leur nature, leur quantité et leur fréquence. »

Le moment le plus favorable pour son administration a paru à M. Simonot être, dans les formes aiguë et suraiguë dès le début, aussitôt que les premiers symptômes ont été atténués par les antiphlogistiques, les émollients et l'opium, et avant que les ulcérations intestinales aient eu le temps de se développer.

Les purgatifs n'ont été administrés que comme médication secondaire, et surtout dans la dysenterie chronique, pour balayer en quelque sorte l'intestin.

Les frictions mercurielles, le calomel à haute dose, ont été dirigés surtout contre les complications hépatiques. M. Simonot fait remarquer que la tolérance est complète tant que les symptômes phlegmasiques sont très intenses, et qu'elle cesse rapidement pour faire place à une excessive sensibilité dès qu'ils ont perdu de leur gravité.

Les astringents, les toniques, les révulsifs, ne sont pas employés à titre de médication principale; on les emploie surtout avec avantage dans la dysenterie chronique, et suivant les indications qui se présentent.

La poudre de Dower, les pilules de Segond, sont les associations médicamenteuses auxquelles l'auteur accorde le plus de confiance dans le traitement de la dysenterie.

« Les pilules de Segond (1) réunissent plusieurs avantages : » leur efficacité est généralement manifeste, leur administration » commode; enfin, les doses de leurs éléments sont faciles à mo- » difier, suivant les individus, les formes de la dysenterie, faciles » à approprier aux différentes formes de chaque phase. »

Enfin, lorsque tous ces moyens ont échoué, l'auteur ne voit plus qu'une ressource, c'est le retour en Europe, s'il en est temps encore toutefois; car quelques malades s'embarquent dans des conditions tellement déplorables, qu'ils ne peuvent arriver en France ou meurent peu de jours après leur débarquement.

Ici se termine, Messieurs, le rapide aperçu que j'ai cru devoir vous donner de la thèse de M. Simonot. Il sera suffisant, je l'espère, pour vous montrer qu'à part quelques lacunes regrettables, ce travail se fait remarquer par des qualités réelles et qu'il dénote chez son auteur un esprit judicieux, un observateur attentif et un travailleur consciencieux.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société l'adoption des deux conclusions suivantes :

1° Déposer honorablement la thèse de M. Simonot dans les archives de la Société;

2° Admettre M. le docteur Simonot au nombre des membres titulaires de la Société médicale d'émulation.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

BIBLIOTHÈQUE.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE DE BANDAGES, PANSEMENTS ET APPAREILS;

Par le docteur GOFFRES.

Paris, 1854-1858, chez Méquignon-Marvis.

Il est peu d'ouvrages qui exigent aussi impérieusement la présence de planches ajoutées ou intercalées dans le texte qu'un livre qui traite des bandages et des appareils. Quelque soin que vous mettiez dans vos descriptions, quelque clarté que vous cherchiez à répandre sur votre tableau, le lecteur sera obligé de se livrer à un grand effort d'intelligence pour vous comprendre; il restera des heures entières à se rendre compte d'un bandage ou d'un appareil dont il saisira la construction ou le mécanisme à la simple vue. Ces considérations ont sans doute frappé M. le docteur Goffres, qui vient de terminer un volume d'environ 600 pages, dans lequel il a fait intercaler 81 planches, chacune d'elles représentant un certain nombre de figures. L'éditeur, il faut le reconnaître, a apporté le plus grand soin dans la confection de ces planches, et nous aimons surtout à signaler l'exactitude des renvois en chiffres et en lettres, exactitude si nécessaire dans un ouvrage où le texte et les figures sont solidaires l'un des autres.

La première partie, qui est en quelque sorte une introduction à la seconde, traite des instruments de pansement et des premières pièces d'appareil de pansement. Ces préliminaires conduisent l'auteur à l'étude des bandages proprement dits. M. Goffres les décrit par régions : les bandages de la tête, ceux du cou et du tronc, ceux des membres supérieurs et des membres inférieurs. Pour donner une idée de l'importance que l'auteur a donnée à cette partie du livre, il suffit de signaler ce fait, que quarante-et-une planches représentant la plupart des bandages s'y rapportant.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée aux fractures. L'auteur ne s'est pas borné à indiquer les divers appareils employés pour chaque espèce de fracture; il a tracé l'histoire de toutes les fractures au point de vue de leurs variétés, de leurs causes, de leurs symptômes, du diagnostic et du traitement. Ce dernier point est traité en détail, et M. Goffres n'a pas donné une simple description des diverses méthodes; il a comparé ces méthodes les unes aux autres et presque toujours il a formulé un jugement sur leur valeur respective. Dans les dessins qui accompagnent cette partie du livre, se trouvent représentés la plupart des appareils à fracture; nous citerons en particulier, parmi les modernes, ceux de M. Seutain, de M. Bonnet de Lyon, etc.

La quatrième partie est une histoire abrégée des luxations, et est accompagnée de quelques planches représentant les procédés de réduction des luxations de l'humérus, du fémur et de la mâchoire inférieure.

Enfin, la cinquième partie traite des pansements en général et des pansements en particulier, des abcès, des plaies, des ulcères, des fistules, etc. L'ouvrage est terminé par une exposition succincte de la méthode *galvano-caustique* et par une représentation des principaux instruments qui s'y rapportent. FANO.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances d'avril 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT.

Sommaire. — Mort de M. le professeur Chomel. — Correspondance. — Traitement préservatif des cicatrices de la variole. — Rétrécissement de l'urètre.

Sur la proposition de M. TRÈVES, la Société décide qu'une lettre de condoléance sera envoyée à la veuve de M. le professeur Chomel.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le Président de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine, qui répond que la commission de permanence n'a pas cru devoir prêter son appui moral et au besoin matériel, au docteur Gallard, dans le procès qui lui est intenté par quelques homœopathes.

Après quelques mots de MM. Aubrun, Gimelle et Labarraque, qui trouvent la lettre très molle au point de vue confraternel, on passe à l'ordre du jour sur cette question.

2° Un *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille.*— M. Dreyfus, rapporteur.

3° Le *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Besançon* pendant l'année 1857. — M. A. Mayer, rapporteur.

4° M. F. Martin remet une lettre de M. le docteur Ragaine, qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie à l'appui de sa candidature un mémoire *sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Moulins-la-Marche en* 1855-1856, mémoire auquel l'Académie de médecine, commission des épidémies, a accordé une médaille d'argent en 1857.— M. Simonot est nommé rapporteur.

M. AUBRUN a été appelé récemment auprès d'un jeune homme de 18 ans, vacciné, et atteint d'une variole très confluente sur tout le corps, et principalement sur la figure. La peur de rester marqué donna lieu à un délire portant sur la déformation des traits. On le rassura, et on eut recours aux frictions avec l'onguent mercuriel pendant six ou sept jours; au bout de quelques jours, les croûtes se détachèrent, l'épiderme était très net au-dessous.

Au point de vue de l'avortement, M. Aubrun regarde ce fait comme très concluant; il fit préparer une once d'onguent étendu d'huile, un tiers tout au plus fut employé. Il y eut une salivation des plus intenses, des plus sérieuses, quoiqu'il eût employé le chlorate de potasse concurremment avec les frictions mercurielles. Le malade ne pouvait remuer la langue; il y avait d'énormes ulcérations. Au bout de quatre jours, on cautérisa avec l'acide hydrochlorique; dès les premières vingt-quatre heures, il y eut un peu de mieux; on donna en même temps l'acide hydrochlorique en boisson, sous forme de limonade.

M. DREYFUS : Cette observation présente deux questions à la fois très importantes et très intéressantes. Pour lui, il n'a eu jusqu'ici qu'à se louer de l'emploi du chlorate de potasse. Quant au traitement abortif des pustules, il ne regarde pas le fait comme concluant. Quand un sujet vacciné est atteint de variole confluente, le mal peut s'arrêter brusquement. Pour lui, il préfère l'onguent soufré des Allemands (6 grammes de fleurs de soufre pour 20 à 30 grammes d'axonge), qui a tous les avantages de l'onguent mercuriel sans en avoir les inconvénients.

M. AMEUILLE : Dans une des précédentes séances, M. Morpain avait déjà appelé l'attention sur la pommade soufrée, mais il y avait 4 gram. de fleurs de soufre pour 30 grammes d'axonge. Appelé il y a huit jours dans une famille où un enfant de 3 mois, non vacciné, a été pris de variole, j'ai fait faire des frictions sur toute la surface du corps avec la pommade ci-dessus. Dans les premiers jours, on aurait pu croire le développement des pustules arrêté; aujourd'hui, le traitement paraît avoir été sans résultat sur la face : en résumé, la maladie paraît suivre sa marche ordinaire.

M. AUBRUN : Les boutons ont complétement avorté avec l'onguent mercuriel. Quant au cas de M. Ameuille, il pense que l'on pourra parfaitement étudier l'effet du soufre sur le développement de la suppuration.

M. DREYFUS : Il ne suffit pas d'employer les frictions; il faut ouvrir les boutons et continuer les frictions.

M. A. MAYER avait entendu parler des frictions, mais il ne croyait pas qu'il fallût ouvrir les boutons.

M. DREYFUS : Hufeland et les Allemands conseillent d'ouvrir à temps les boutons et de les déterger. Le soufre a une action spéciale sur la peau; il modère la maladie. On ouvre un bouton, on le déterge; on revient deux ou trois heures après et on renouvelle cette petite opération, en ayant soin d'appliquer chaque fois une nouvelle couche de pommade.

M. TRÈVES place ses malades dans l'obscurité la plus complète; il leur fait un masque avec de la crème et tire d'excellents résultats de ce mode de procéder.

---

(1) Ipéca pulvérisé............ 40 centigrammes.
Calomelas.................. 20 —
Ext. aq. d'opium........... 5 —
Sirop de nerprun........... 5 —

M. Aug. Mercier entretient ensuite la Société d'un malade de Hambourg, presque sexagénaire, et qui, depuis six ans, avait parcouru diverses villes d'Allemagne sans rencontrer un chirurgien qui pût franchir un rétrécissement extrêmement étroit qu'il avait à la jonction de la région membraneuse avec le bulbe. Il n'urinait que goutte à goutte, et il était dans des transes continuelles que sa rétention ne devînt complète. Au mois d'août 1857, ce malade lui fut adressé par M. le professeur Wolf, de Bonn.

Mais à son arrivée à Strasbourg, des annonces de guérison immédiate, qu'il lut dans les journaux politiques, le séduisirent, et il eut recours à l'auteur de ces annonces. Depuis le commencement de septembre jusqu'au milieu de janvier, il resta entre les mains de ce chirurgien, dont toutes les tentatives n'aboutirent qu'à faire une fausse route dans le fond du bulbe. C'est alors qu'il s'adressa à M. Mercier. Celui-ci, supposant que la portion capillaire devait se trouver dans la paroi supérieure de la région bulbeuse, alla à sa recherche ainsi qu'il suit : il explora d'abord cette région avec une algali, et reconnut avec le bec la légère dépression sus-pubienne qui correspond au point où les racines du corps caverneux s'écartent, et où le canal se met en contact avec la pointe de l'aponévrose moyenne du périnée. Au fond de cette dépression, il reconnut un endroit plus déprimé encore que les parties voisines, et qui correspondait à la lacune par laquelle cette aponévrose donne passage à l'urètre. Là, il exerça une pression assez forte pour rendre la dépression plus sensible. Cela fait, il prit une sonde élastique des plus fines, et munie d'un fil d'argent courbé à son extrémité, il fit parcourir à ce bec les différents points de la dépression, et reconnaissant qu'il était toujours arrêté et comme accroché au même point, il y exerça une pression douce et soutenue, et lorsqu'il s'aperçut, à l'aide d'une traction légère, que la sonde était, pour ainsi dire, pincée à son extrémité, il en conclut que celle-ci était engagée dans le rétrécissement, et il insista davantage lorsqu'il eut lieu de croire qu'il ne faisait plus de progrès, il prit une sonde un peu plus volumineuse qu'il courba de la même manière, et s'en servit pour dilater les parties traversées d'abord. Cela fait, il revint à la première, puis à la deuxième, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il eût franchi tout le rétrécissement, suivant en cela les règles qu'il a posées dans les divers travaux qu'il a publiés sur ce sujet.

Le malade était dans un tel état d'épuisement et d'irritabilité, qu'on ne pouvait dilater son canal que tous les six ou huit jours; néanmoins, on parvint à lui passer et il finit par se passer lui-même des bougies métalliques de 8 à 9 millimètres de diamètre, et il partit au commencement de mars pour son pays, urinant à plein canal.

Le secrétaire annuel, J. Gimelle.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS, RÉDUIT D'APRÈS LA MÉTHODE ARABE, par le docteur Castex. — Voici un procédé de réduction complètement inédit. Une femme juive de 35 ans avait mis au jour, depuis quatre heures, un enfant vivant, assistée d'une matrone juive qui tirait à le rompre le cordon amené presqu'au dernier degré de son élasticité, lorsque le docteur Castex, appelé, constata un renversement complet de l'utérus que l'ignorante vieille prenait pour le placenta. Toutes les tentatives de réduction ayant échoué, le médecin se retire fort inquiet de ce qui va survenir; le lendemain matin, on le rappelle pour lui annoncer qu'une femme mauresque a fait rentrer la tumeur. Fort intrigué, M. Castex s'informe, et il apprend que deux hommes vigoureux, saisissant la patiente par les pieds, l'avaient maintenue suspendue, la tête en bas. Alors la matrone mauresque avait versé sur la tumeur une bouteille d'huile; quelques pressions manuelles sur le globe hernié avaient fait le reste. Malheureusement, quelques jours après, une métro-péritonite fit tout à coup explosion et foudroya la malade. Est-il juste d'imputer cette terminaison funeste à ce bizarre procédé de réduction? M. Castex ne le croit pas, et il pense que les barbares manœuvres de la matrone juive, que celles qu'il pratiqua méthodiquement lui-même pour opérer la réduction de l'utérus, et la constitution très affaiblie de la malade, ont pu causer l'inflammation métro-péritonéale. Il ne répugnerait pas à ce que le procédé arabe fût inscrit dans nos livres, du moins à titre de ressource extrême. — (in *Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 8, 1858.)

DE LA GENGIVITE CHEZ LES ENFANTS; CHLORURE DE CHAUX; CHLORATE DE POTASSE. — M. le docteur Henriette a publié, dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, quelques observations sur le traitement de la gengivite ulcéreuse chez les enfants. Après avoir rappelé la fréquence et la gravité de cette maladie dans le jeune âge, l'auteur établit que, parmi tous les moyens recommandés, il n'en est pas de préférable au chlorure de chaux. Ce moyen avait déjà été préconisé dans la maladie qui nous occupe; mais M. Henriette, qui se loue extrêmement de son administration, en a retiré les plus grands avantages et voudrait qu'on y eût recours de préférence à tout autre dans cette gengivite ulcéreuse et scorbutique qui fait tant de ravages, surtout dans les établissements publics.

A la vérité, l'application du chlorure de chaux est assez douloureuse et les enfants ne s'y soumettent pas volontiers; mais si l'on songe à la difficulté que l'on éprouve dans la plupart des cas à obtenir la guérison par les autres moyens, on conviendra que cette objection a peu d'importance. Quoi qu'il en soit, dit l'auteur, douloureux ou non, il importe, quand on a recours au chlorure de chaux, que l'application en soit faite largement, hardiment : ce principe doit être suivi lors de la première application avec d'autant plus de rigueur que les applications subséquentes deviennent plus difficiles à cause précisément de la douleur que l'on provoque et que l'enfant n'a pas encore ressentie lorsqu'il est soumis la première fois à ce moyen.

Le chlorure de chaux employé par M. Henriette est celui qui se trouve dans le commerce; il ne doit être ni à l'état liquide, ni parfaitement sec. Pour en faire usage, on peut se servir du doigt, d'un tampon d'ouate ou de charpie que l'on porte dans la bouche à l'aide d'une pince à pansement ordinaire; on peut également se servir d'une spatule de trousse. Lorsqu'on se sert du doigt, il faut avoir soin de le recouvrir entièrement de chlorure. Il suffit de plonger l'indicateur dans le verre qui en contient, d'en enduire entièrement l'extrémité, de manière à pouvoir en porter ainsi sur toutes les surfaces malades, d'en glisser même dans les interstices dentaires; on procède de même quand on se sert d'ouate ou de charpie. M. Henriette préfère se servir du doigt, et en second lieu de la spatule.

Lorsqu'on a recours à cet instrument pour porter le chlorure de chaux dans la bouche d'un enfant, atteint de stomatite ulcéreuse, il faut, de même que les maçons glissent le mortier entre les briques qu'ils superposent, introduire le médicament dans chaque interstice dentaire, l'y laisser séjourner pendant dix à douze minutes, puis faire des gargarismes pour en enlever l'excedant. On isole en même temps les joues des parties malades, par l'interposition d'un peu d'ouate ou de charpie.

Le sang qui s'échappe dans ce moment des gencives ne tarde pas à s'arrêter, et l'on voit se former aussitôt, sur les ulcérations, une masse plastique composée de pus, de fausses membranes, de sang et de chlorure de chaux que le malade rejette, ou qui est enlevé à l'aide de gargarismes.

Sous l'influence de cette application, la stomatite ne tarde pas à s'améliorer. M. Henriette fait, en général, deux applications par jour, et rarement il est nécessaire de les continuer au delà du quatrième. Ces applications locales ne dispensent point des moyens généraux qui peuvent être réclamés par l'état général des malades, et, parmi les médications qui ont été recommandées dans la stomatite, il faut citer le chlorate de potasse, que l'on a beaucoup vanté dans ces derniers temps contre la maladie qui nous occupe.

M. Henriette a peu de confiance dans le chlorate de potasse, ou du moins il ne pense pas qu'on doive attendre la guérison de l'emploi de ce seul médicament. Cependant il le prescrit tout en faisant usage du chlorure calcique. C'est sous la forme de potion qu'il le donne le plus ordinairement. Voici la formule qu'il suit presque toujours :

Pr. Mucilage de gomme arabique . . .	120 grammes.	
Chlorate de potasse	4	—
Sirop de quinquina.	30	—

à prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

Le mémoire de M. Henriette est terminé par une observation dont nous allons donner une courte analyse, pour bien faire connaître la pratique de ce médecin.

Une petite fille de cinq ans environ est malade depuis plusieurs jours. Elle a été renvoyée de sa pension à cause de l'odeur infecte qu'elle répand autour d'elle et qui incommode toutes les écolières. Cette enfant est d'une bonne constitution et n'a pas eu de maladies antérieures. Les gencives qui garnissent les dents, à partir de la deuxième incisive latérale supérieure gauche jusqu'aux molaires, sont le siége d'ulcérations grisâtres, recouvertes de détritus. Elles saignent au moindre contact. Elles sont boursouflées et très douloureuses; les dents, déchaussées, sont branlantes dans leurs alvéoles, et le tartre qui les recouvre les rend inégales et rugueuses au toucher. Le bord de la langue qui correspond au côté malade, présente un ulcère qui s'étend à tout son bord libre. L'haleine est fétide. L'enfant ne peut plus manger et ne boit que de l'eau froide, tant la douleur est exaspérée par le contact des aliments.

M. Henriette est immédiatement recours aux applications de chlorure de chaux, et les dix ou douze jours qui suivirent ces applications, on n'observa aucune amélioration sensible. Les gencives restaient boursouflées et saignantes, les dents menaçaient de tomber. L'odeur seule disparaissait après les applications, mais ne tardait pas à reparaître. Alors M. Henriette se décida à employer, conjointement avec le chlorure calcique, le chlorate de potasse de la manière suivante :

Pr. Mucilage de gomme arabique . . .	120 grammes.	
Chlorate de potasse	8	—
Extrait de quinquina	2	—
Sirop d'écorce d'orange	30	—

Dès le lendemain il y avait une grande amélioration. Le second jour, l'enfant pouvait être considérée comme guérie. — (*Presse médicale.*)

ULCÈRE DE LA CORNÉE; HUILE DE FOIE DE MORUE. — Contre les ulcères de la cornée, on a vanté la cautérisation du fond ulcéreux. Ce moyen est généralement mauvais; en effet, si les lames extérieures de la cornée sont seules atteintes, il est pour le moins inutile, puisque l'ulcère se guérit seul ou par les moyens les plus simples; de plus, on risque souvent de voir les parties profondes entamées par le nitrate d'argent qui laisse des traces ordinairement indélébiles. Si l'ulcère est plus profond dès le début, le moyen est plus inefficace encore, et on doit toujours craindre de déterminer une perforation complète. — M. Decondé traite toujours les ulcères de la cornée par l'huile de foie de morue additionnée ou non de laudanum, et, depuis quinze à dix-huit ans qu'il a recours à ce traitement, il s'en est toujours bien trouvé. Il est bien entendu que si l'ulcère est entretenu par des granulations, il faut, avant tout, en débarrasser le malade. — (*Arch. belges de méd. milit.*; 1858, n° 1, et *Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

COURRIER.

Notre honoré collaborateur, M. Maximin Legrand, nous adresse, trop tard pour que nous puissions l'insérer dans ce numéro, la réponse qu'il a cru devoir faire à un article publié par la *Patrie* sur son feuilleton concernant l'affaire de M. le docteur Nel. Cette réponse paraîtra dans le prochain numéro.

CONCOURS. — Un concours pour la place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux commencera le 18 décembre prochain.

Pendant la durée de ses fonctions, le chirurgien adjoint remplace le chirurgien titulaire en cas d'absence, et fait, aux époques qui lui sont assignées par le règlement, le service des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Ces fonctions sont gratuites, sauf dans le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois, et le service des admissions conformément aux articles 17 et 30 du règlement précité.

S'adresser au secrétariat de l'administration des hospices de cette ville pour tous les renseignements relatifs à ce concours.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 104. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 2 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er SEPTEMBRE 1858.

L'article de M. le docteur Maximin Legrand, à l'occasion de l'affaire de M. le docteur Nel, de Vaugirard, inséré dans notre numéro du 19 août dernier, a été l'objet de la part de la *Patrie* et du *Charivari* d'interprétations désobligeantes et de commentaires blessants. L'UNION MÉDICALE a été mise en cause avec son honorable collaborateur. L'UNION MÉDICALE ne croit pas avoir à se défendre contre ces attaques; elles ne proviennent évidemment que d'une erreur d'appréciation. Les lecteurs auxquels notre journal s'adresse savent si, depuis douze ans, il a émis, encouragé, propagé d'autres principes que ceux de la charité, du dévouement et de l'assistance. Grâce à Dieu, ces principes sont et seront toujours les nôtres; nous n'avons rien vu dans l'article de M. Legrand qui y fasse opposition. La *Patrie*, en n'en publiant qu'un extrait incomplet et mutilé, a très involontairement, sans doute, égaré la religion et la justice de ses lecteurs. Dans l'article qui suit (V. le *Feuilleton*), M. Legrand explique sa pensée de manière à ne laisser aucun doute sur ses intentions. La protection incessamment demandée par nous pour les *droits* du corps médical est-elle donc incompatible avec l'accomplissement de ses *devoirs?* Comme nous, et avec nous, M. Legrand ne l'a pas cru, et son article n'était qu'une protestation légitime et morale contre des prétentions exagérées, contre des exigences injustes envers une profession qui jamais n'a manqué à ses devoirs, qui jamais n'a eu besoin qu'on les lui rappelât, quoiqu'elle réclame toujours vainement la garantie due à ses droits. Nous vous évoquons en témoignage, chères, nobles et si nombreuses victimes du typhus d'Orient, et vous aussi, admirables confrères qui, au nombre de plus de cent, seulement en France, êtes courageusement tombés sur les champs de bataille du choléra indien.

Après avoir lu le nouvel article de M. Legrand, nous osons espérer de la loyauté bien connue des honorables rédacteurs de la *Patrie* et du *Charivari*, que ces journaux s'empresseront de réparer spontanément le tort moral, bien plus grave à nos yeux que tout autre préjudice, qu'ils ont pu faire à l'UNION MÉDICALE et à l'un de ses plus loyaux et généreux rédacteurs.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

UN CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE SYNCOPALE DE TORTI; — CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE CETTE AFFECTION;

Par le docteur FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Les intermittentes pernicieuses sont des affections fort graves, sans aucun doute, dans toutes les localités, et dont le traitement exige partout de la sagacité, de la décision et de l'habitude; mais au moins dans les régions tropicales et dans les pays notoirement ravagés par les miasmes salubres est-on sur ses gardes, et soupçonne-t-on de prime-abord, dans des accidents dont la nature est douteuse, l'intervention possible d'une influence paludéenne, tandis qu'au contraire, dans les lieux qui ne sont pas suspects à ce point de vue, et où les foyers marématiques sont tellement restreints, que leur action ne se manifeste qu'à de rares intervalles et ne s'étend qu'à des individus isolés, on se laisse aisément surprendre et on perd dans les hésitations d'un diagnostic laborieux un temps dont chaque minute peut être une question de salut pour le malade. La médecine des pays chauds a cela de profitable, qu'elle exerce singulièrement l'esprit au diagnostic des affections paludéennes, et qu'elle y grave une empreinte si forte de la physionomie protéiforme des accidents qui sont justiciables de la quinine, qu'on s'attend toujours à les rencontrer, et que, par suite, on se trouve prêt à les combattre.

On a peut-être un peu abusivement multiplié les formes d'intermittentes pernicieuses; mais il est certain, néanmoins, que le plus grand nombre de celles décrites par Torti existent réellement. Les formes algide, comateuse, phrénétique ou délirante, dysentérique, etc., sont les plus communes de toutes; nous les avons fréquemment rencontrées sous la zone torride; d'autres, au contraire, sont d'une rareté extrême, et il est d'un grand intérêt de recueillir avec soin les observations qui s'y rapportent, afin de signaler nettement leurs caractères et de les séparer des affections avec lesquelles elles ont le plus de points de contact. Telle est la *pernicieuse syncopale*. Rivière en a cité un cas qui affectait le type double-tierce; Torti décrit également cette forme; Alibert paraît aussi l'avoir observée plusieurs fois, puisqu'il déclare ne l'avoir jamais vue mortelle. A-t-elle été décrite par les observateurs modernes? Des cas bien authentiques en ont-ils été relatés? Nous ne saurions véritablement le dire, et nous n'avons fait à ce sujet que des recherches bibliographiques fort insuffisantes; mais ce qui nous paraît très certain, c'est que cette fièvre est rare; qu'elle peut, par l'étrangeté de ses symptômes, tenir le diagnostic en échec, et qu'il y a, au point de vue du traitement, un intérêt pratique très grand à la connaître dès le début. Voici, sans plus de préambule, le cas que nous venons d'observer :

OBSERVATION. — M. L..., employé dans l'administration de la marine, est un homme de 41 ans, d'une bonne santé habituelle, que l'assiduité de la vie bureaucratique n'a pas entamée jusqu'ici; son teint est blême et accuse un certain degré d'anémie; cependant il ne ressent aucun malaise habituel, et affirme n'avoir jamais fait de maladies sérieuses. D'une sobriété irréprochable, il fait cependant un usage habituel, mais modéré, de l'eau-de-vie associée au café, et fume avec une certaine intempérance. Il a navigué longtemps dans les pays chauds, notamment aux Antilles, au Brésil et à la Guyane; sa santé est sortie intacte de toutes ces campagnes; toutefois, en 1843, étant à Cayenne, il contracta une fièvre intermittente, dont les accès, très simples, ne furent signalés par aucune syncope, et qui céda assez promptement sous l'influence de la quinine. Depuis l'âge de 15 ans, il est sujet à des battements de cœur très modérés, qui se réveillent sous l'influence de la marche et des émotions, mais que l'examen très attentif de la poitrine ne permet de rattacher à aucune altération organique. Trois semaines avant l'invasion de son accès, M. L... avait fait, à pied, plusieurs lieues sans fatigue et sans augmentation des battements du cœur. Le mardi, 22 juin, il se lève très bien portant, déjeune de bon appétit et se rend à son bureau. Dans l'après-midi, et après avoir passé un certain temps dans une cour étroite et infectée des émanations méphitiques d'une fosse d'aisances mal tenue, il éprouve quelques coliques, suivies bientôt après de trois selles diarrhéiques aqueuses, incroyablement abondantes, et coïncidant avec une sensation extrême de faiblesse dans les jambes et un frisson très accusé. A quatre heures et demie, M. L... revint chez lui, accusant un malaise indéfinissable, indiqué, au reste, par une extrême pâleur et une sorte de titubation; une selle nouvelle se produit : elle est de la

---

Feuilleton.

PROFESSIONNELLES.

En réponse à notre feuilleton du 19 août dernier, sur l'affaire de M. le docteur Nel, le journal la *Patrie*, dans son numéro de samedi dernier, publie l'article suivant. Nous le mettons, *in extenso*, sous les yeux de nos lecteurs, nos juges en dernier ressort :

« LES DEVOIRS DES MÉDECINS.

» Le 28 juillet dernier, dans un procès en police correctionnelle, deux témoins accusèrent un médecin d'avoir refusé ses soins à un blessé, parce que le blessé ne pouvait le payer immédiatement.

» On sait quelle indignation excita cette déposition. A l'audience, le président flétrit la conduite du médecin accusé, et l'opinion publique, avec la presse tout entière, frappa de réprobation un pareil acte d'inhumanité.

» Grâce à Dieu, le médecin, non seulement a protesté contre une accusation qu'il qualifie à juste titre d'odieuse, mais encore il a intenté une action judiciaire à ceux qui, dit-il, l'ont diffamé.

» Par un sentiment aussi honorable que naturel, l'Association médicale de la Seine a voulu contribuer à cet acte de réhabilitation ou plutôt de justification, qui intéresse à la fois l'honneur d'un de ses membres et l'honneur du corps médical tout entier. Elle a voté un subside de 100 fr. pour subvenir aux frais de la procédure.

» Le croira-t-on, après des protestations si dignes, si bien en rapport avec la haute opinion et le respect justifié qu'on professe en France pour le corps médical, un journal spécial, l'UNION MÉDICALE, ne craint pas de dire :

« Les médecins doivent être payés, payés strictement, absolument, » toujours, dans tous les cas payés, *parce que* les médecins paient » patente... »

Après cette phrase, qu'on pourrait croire extraite textuellement de notre feuilleton, mais qui, en réalité, est une phrase arrangée par l'auteur de l'article et arrangée de façon à dénaturer complétement notre pensée, M. Henry Berthoud reproduit ce qui, dans la première partie de notre argumentation, a trait à la question des honoraires, puis il ajoute :

« On ne saurait trop regretter qu'un journal de médecine tienne un pareil langage.

» En vain, cite-t-on les avocats. Les avocats paient patente tout aussi bien que les médecins, et leur ordre n'aurait point assez de réprimandes pour ceux d'entre eux qui refuseraient leur aide à un prévenu sans ressources.

» En vain cite-t-on les boulangers. Il n'y a point à Paris un boulanger assez impitoyable pour refuser un morceau de pain à un homme mourant d'inanition. Il suffit de voir l'empressement que témoigne tout un quartier, lorsqu'un passant, malade ou blessé, tombe dans la rue. Chacun l'entoure, chacun lui prodigue les soins et les secours, et si l'on attribue sa défaillance au besoin, le marchand de vin et le boulanger ne lui prodiguent que trop abondamment — du moins dans l'intérêt de sa santé — les denrées de leur boutique.

» Il y a peu d'années, il était d'usage, parmi les médecins, de ne jamais recourir aux tribunaux pour réclamer les honoraires que se refusait à payer même un client aisé; maintenant encore bien peu en viennent à cette extrémité.

» De nos jours, jamais un médecin n'accepte d'honoraires d'un artiste, riche ou pauvre. Enfin, la plupart de nos praticiens, célèbres ou obscurs, n'hésitent pas à escalader jusqu'aux mansardes s'il le faut, pour porter à des indigents les secours de leurs soins et de leur science. Si l'on pouvait citer ici ceux qui glissent, en outre, sous le chevet de ces clients sans ressource, le prix des médicaments, certes les noms ne manqueraient pas.

» Se refuser à suivre de pareils exemples, protester contre de semblables traditions, se mettre en contradiction avec l'opinion publique, c'est non seulement une pensée mesquine et mauvaise, mais encore une fausse spéculation.

» On ne saurait que perdre à ravaler à l'état de métier mercenaire une profession libérale, et jusqu'ici, à bon droit, respectée de tous.

» S. Henry BERTHOUD. »

Pour les lecteurs du journal la *Patrie*, qui ne connaissent de notre article que ce que M. S. Henry Berthoud a voulu en citer, les réflexions qui précèdent peuvent paraître dictées par le louable désir de défendre la dignité médicale que nous aurions compromise.

Pour eux, nous croyons devoir adresser à M. S. Henry Berthoud la lettre suivante :

Vous voulez être, Monsieur, plus dévot que votre curé. Mais, exclusivement préoccupé, je le suppose, de montrer vos sentiments généreux, vous blessez à mon égard la justice la plus élémentaire.

D'abord vous présentez et les faits et le sens de mes paroles, sous un jour qui n'est pas vrai.

Cela vient de ce que vous commettez, Monsieur, une étrange confusion. Il ne s'agit pas, en effet, de l'homme qui s'est fait battre par une femme à laquelle il réclamait 3 francs. Cet homme a été pansé, personne n'en doute depuis la protestation du docteur Nel; personne, avant cette protestation, n'en doutait parmi les médecins. Il s'agit, Monsieur, de l'atteinte portée à l'honorabilité du corps médical, dans le blâme infligé publiquement à l'un de ses membres par des magistrats en fonctions, sur la foi de dépositions déférées elles-mêmes maintenant à la justice.

Justement affligé de la facilité avec laquelle les magistrats de la huitième chambre, la presse non médicale et le public avaient accueilli, sans preuves, sans examen même, une aussi grave accusation, je me suis fait d'office le défenseur de l'accusé. Encore ai-je voulu, afin d'enlever à ces débats tout caractère personnel, bien moins défendre M. Nel — je ne le connais pas, d'ailleurs — que certains droits des médecins et certains principes d'équité absolument méconnus. J'ai dit cela, Monsieur, d'une façon très explicite et à plusieurs reprises dans mon feuilleton, mais il ne vous a pas plû de l'y voir.

Relevant une des plus choquantes contradictions de ce temps, je disais aux journaux qui ont si légèrement pris parti contre un des nôtres : Eh quoi! vous affectez sans cesse d'élever le médecin sur un piédestal sublime, vous protestez, en théorie, du respect et de l'admiration que son dévouement et ses sacrifices vous inspirent, et vous êtes, en pratique, plus contre lui que contre nul autre, prompts à l'injure et au déni de justice! Croyez-vous, comme vous le répétez à tout propos quand vous avez besoin de lui, que le médecin exerce un sacerdoce? Honorez-le donc, et prouvez, autrement que par de vaines paroles aussitôt démenties, la sincérité et la hauteur de l'estime en laquelle vous le tenez. Mais si, au contraire, toujours en lutte contre les mieux fondées de leurs réclamations, vous assimilez, en fait, les médecins à des commerçants, et leur science à une marchandise; si, après leur avoir fait acheter chèrement leur diplôme, vous les soumettez à la patente, alors trouvez bon qu'ils jouissent au moins des avantages d'une position que vous leur imposez, et contre laquelle ils ne se lassent de protester.

Voilà ce que j'ai dit, et de plus, j'ai dit comment on pouvait remédier à cet état de choses mauvais, ou, du moins, pallier ses principaux inconvénients.

Je puis me rendre ce témoignage que ma pensée a été exactement comprise par mes confrères.

Mais vous, Monsieur, qui vous montrez plus jaloux de notre honneur que nous-mêmes, que faites-vous? Une seule chose vous occupe et vous irrite : la prétention des médecins à être payés; vous ne voyez que cela et cela vous semble monstrueux. La plainte déposée par le docteur Nel, l'appui qu'il a trouvé dans la presse médicale et auprès de

même nature que les précédentes. Malgré l'administration d'un grog chaud, la faiblesse fait des progrès et aboutit bientôt à une syncope : la pâleur devient livide, les lèvres blanches, le nez s'effile; une sueur froide couvre le front, et le malade perd complétement connaissance. Au bout de dix minutes, il revient à lui, mais la sensation de faiblesse persiste, et le visage est profondément altéré. Une demi-heure après, nouvelle syncope moins complète que la première, mais annoncée comme elle par des frissons, une lassitude extrême, une sensation d'engourdissement dans les jambes, des crampes; quatre syncopes se manifestent successivement; la dernière d'une manière très inquiétante. Chacune d'elles est précédée d'un malaise indéfinissable au niveau du cœur; le malade a conscience de la cessation des battements de l'organe; il croit à une fin imminente, et son visage exprime la plus grande anxiété. Cet état syncopal, combattu, dès le principe, par les excitants périphériques et les stimulants diffusibles, se prolonge de quatre heures à dix heures du soir. La réaction s'établit alors, et la période œstueuse de l'accès commence; elle dure toute la nuit et s'accompagne de délire; pas de sommeil, agitation. Vers six ou sept heures du matin, sueurs assez abondantes. Un gramme de sulfate de quinine est alors administré; la rémission se prononce de plus en plus, la fièvre disparaît, les forces se relèvent et le malade recouvre sa gaîté. A midi, nouveau refroidissement, état lipothymique; cet état se prolonge jusqu'à cinq heures; il est suivi d'une réaction médiocre; la nuit suivante est très bonne. Le jeudi se passe très bien jusqu'à trois ou quatre heures; à ce moment, la réfrigération, le malaise au niveau du cœur et la tendance aux syncopes se manifestent encore, mais sous une forme singulièrement atténuée, grâce à la quinine. La nuit est bonne. La journée du vendredi se passe si bien, que le malade croit le lendemain pouvoir se passer de quinine; mais à l'heure habituelle, la réapparition des accidents montre que l'ennemi veille et que l'administration du sel fébrifuge doit être persévéramment continuée. Sous son influence, les syncopes disparaissent définitivement, mais le malade conserve encore longtemps une faiblesse très grande, entretenue, il est vrai, par un état prolongé de dyspepsie, mais qui me paraît cependant une conséquence de la dépression nerveuse et circulatoire qu'il a éprouvée pendant ses accès. L'usage du vin de quinquina et des ferrugineux semble devoir activer la convalescence.

Réflexions. — Il serait difficile, je crois, de ne pas reconnaître, dans l'observation qui précède, un cas de fièvre intermittente pernicieuse à forme syncopale. La brusquerie du début, les phénomènes d'algidité qui l'ont signalé, le caractère délirant de la période œstueuse, la sueur qui a annoncé la diminution des accidents, le retour des accès les jours suivants avec une intensité singulièrement amoindrie, il est vrai, par la quinine, mais aussi avec une remarquable périodicité, tout, dans cette affection, indiquait manifestement le génie paludéen. L'absorption des effluves infectieux, dégagés d'une fosse d'aisances, a-t-elle pu, à la manière des effluves végétaux des marais, produire de toutes pièces une intermittence pernicieuse? L'affirmer serait une hérésie; le nier serait une imprudence. Que savons-nous, en effet, de positif sur les résultats de l'intoxication putride? Ici, elle a été manifestement accusée par l'abondance et la soudaineté des évacuations alvines, lesquelles sont, comme chacun sait, l'émonctoire habituel par lequel l'économie se débarrasse des molécules cadavériques qu'elle a puisées dans l'air ou dans des aliments en voie de décomposition. Ce qu'il y a de certain, c'est que des syncopes répétées s'étaient manifestées, quelques jours auparavant, chez une personne qui avait séjourné une heure dans la même cour, et avait été fort importunée par l'odeur qui s'y exhalait. Nous n'émettons, au reste, que sous forme de doute cette prévision étiologique; des affections paludéennes se montraient, en effet, en grand nombre à Cherbourg, sous l'influence probable des travaux de terrassement du chemin de fer, au moment où M. L... fut atteint de son accès pernicieux.

La fièvre syncopale ne saurait être confondue avec aucune autre forme pernicieuse, dont elle se sépare par les caractères particuliers de l'accident qui en signale le début; d'ailleurs, en admettant que la confusion fût possible, elle ne préjudicierait en rien au malade, puisque l'indication capitale de l'emploi de la quinine persisterait dans les deux cas; mais s'il s'agit de la distinguer de l'état syncopal, qu'il soit essentiel ou qu'il se lie à certaines névroses et à certaines affections organiques du cœur, la difficulté commence et avec elle l'importance d'établir sur-le-champ un diagnostic exact. Les syncopes goutteuse et hystérique, les plus fréquentes de toutes, ont des caractères assez tranchés et leur physionomie éclairée d'ailleurs par les commémoratifs, est facilement reconnaissable; il en est de même des syncopes qui se lient à une altération organique du cœur, et particulièrement à une hypertrophie excentrique; on sait par avance, et de longue date, que l'affection existe et le diagnostic n'offre pas ordinairement d'embarras; d'ailleurs il est rare que les syncopes de cette nature se répètent coup sur coup, comme dans la fièvre syncopale; de plus, l'absence de fièvre consécutive est un caractère univoque et qui doit à lui seul déterminer le traitement. Le défaut de retour des syncopes ou de périodicité dans leur retour est aussi un signe différentiel qui a sa valeur, mais une valeur trop tardive au point de vue décisif de l'administration de la quinine.

Entre toutes les maladies syncopales, il en est une qui peut particulièrement embarrasser le diagnostic, c'est la dégénérescence graisseuse du cœur, cette singulière et terrible affection à laquelle Abercrombie et le docteur Chalmers ont succombé dans ces dernières années. Dans un cas qu'il nous a été donné d'observer à Brest, en 1855, la ressemblance des symptômes était si complète que, bien que nous eussions constaté chez notre malade tous les signes plausibles de la transformation adipeuse du cœur (le pouls battait habituellement à 30, les battements étaient sourds, la respiration haletante pendant la marche, il existait une tendance singulière aux lypothymies), nous crûmes, pendant une succession rapide de syncopes, à une fièvre pernicieuse, et nous administrâmes, autant qu'il nous en souvient, de la quinine. Elle était inopportune sans aucun doute; l'absence de fièvre ultérieure et la marche de la maladie, qui se termina quelques mois après par la mort au milieu d'une syncope, nous l'a démontré, mais il vaut mieux administrer dix fois de la quinine sans utilité que d'omettre une seule fois d'en donner quand elle est nécessaire, et nous n'hésitons pas à poser en règle que, dans les pays suspects de paludisme, des syncopes qui débutent brusquement et qui ne s'expliquent par aucune affection antécédente, indiquent d'une manière formelle l'emploi prompt et énergique du sel fébrifuge.

CHIRURGIE.

SUR LES INDICATIONS ET LE BUT DE LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE;

Par le docteur W. Adams (1).

Après avoir rappelé en quelques mots le résultat des observations de J. Hunter sur les différences qui séparent les plaies ou fractures profondes sans communication avec l'air extérieur des plaies ou fractures compliquées de division des téguments, observations qui démontrent combien il est rare que les plaies profondes, à l'abri du contact de l'air, s'enflamment et suppurent, et avec quelle promptitude ces plaies guérissent en général, l'auteur examine les différents cas dans lesquels les opérations sous-cutanées sont indiquées.

(1) Extrait du *British medical Journal*, 30 janvier 1858.

Classe I. — Dans cette première classe, les opérations sont pratiquées par la méthode sous-cutanée dans le seul but d'éviter l'inflammation et ses suites, inflammation qui serait la conséquence inévitable de l'opération pratiquée à ciel ouvert. Ces opérations portent généralement sur des organes ou des régions importantes dans lesquelles l'inflammation mettrait la vie du malade en danger, ou entraînerait la perte de la fonction de cet organe. Ici, les indications sont très nombreuses; en voici les principales :

1° L'extraction de cartilages détachés des surfaces articulaires; pratiquée pour la première fois par le docteur Goyrand par la méthode sous-cutanée, adoptée aujourd'hui par tous les chirurgiens, cette opération constitue un des plus grands progrès de la chirurgie moderne;

2° La division de ligaments articulaires pour faciliter la réduction de luxations anciennes ou la guérison de certaines difformités. Ces opérations sont très fréquentes, et l'expérience a démontré qu'on peut, sans beaucoup de danger, attaquer les articulations par la méthode sous-cutanée;

3° Un grand nombre des opérations pratiquées sur les yeux se rattachent à cette classe, bien que la ponction porte sur un tissu différent de la peau; par exemple, les opérations de cataracte à l'aiguille, les opérations de pupille artificielle, l'extraction de cataractes capsulaires à l'aide de la pince-tube introduite par une ponction de la cornée. On y peut joindre la division sous-conjonctivale des tendons musculaires dans le cas de strabisme, opération inaugurée en 1840 par le docteur J. Guérin, et vulgarisée en Angleterre par MM. Brooke, Critchett et Holthouse. Il est inutile de détailler ici les avantages que présente dans ce cas la méthode sous-cutanée.

4° On peut réunir dans une catégorie à part un grand nombre d'opérations qui ont pour but d'évacuer le liquide contenu dans des tumeurs ou des cavités, à la production desquelles l'inflammation est étrangère, et qui, au moment où l'on pratique l'opération, ne sont pas le siége d'une inflammation : telles sont les opérations de ponction d'une ascite, d'un kyste ovarique, du *spina bifida*, de l'hydrocèle, de l'hydrocéphale, et des collections de liquides qui se produisent dans un grand nombre de circonstances.

5° Quelques opérations ayant pour but de remédier à des difformités; la méthode sous-cutanée est employée ici pour éviter autant que possible le développement de l'inflammation : de ce nombre est le traitement proposé par Dieffenbach, contre les cicatrices déprimées, en divisant les adhérences sous-jacentes, que souvent elles contractent avec le périoste; ces cicatrices profondes constituent fréquemment des difformités très désagréables de la face, du cou, des bras et des doigts, ainsi que des déformations du nez.

Classe II. — On range, dans cette deuxième classe des opérations par la méthode sous-cutanée, celles qui ont pour but, non

---

l'Association de la Seine, tout cela pour vous n'a qu'un but : établir que le docteur Nel n'a pas commis ce crime de vouloir être payé de sa peine.

Quant à savoir si le docteur Nel a souffert un dommage de l'accusation lancée contre lui du haut d'un tribunal; quant à savoir si l'on peut, sans l'avoir entendu contradictoirement, dénoncer un homme au mépris et à l'indignation publics, vous ne vous en souciez point, et, selon vous, personne ne s'en occupe. Qu'est cela, grands dieux, au prix d'un homme qui refuse d'exercer sa profession gratis? « L'Union Médicale seule, écrivez-vous, ne craint pas de dire.... »

Eh! Monsieur, j'ose vous affirmer, sans crainte d'être désavoué, que votre interprétation est fausse. L'Union Médicale, que vous essayez d'isoler, a obéi au même sentiment que le docteur Nel lui-même (il est venu nous remercier), que l'Association de la Seine et que ceux des journaux de médecine qui ont pris la parole dans cette occasion.

Ensuite, Monsieur, vous commencez votre citation par une phrase qui, dans l'ordre où vous la présentez, ne m'appartient pas et qui a le tort d'obscurcir complétement le sens de la phrase qui termine cette même citation.

Vous ne prenez, d'ailleurs, dans tout mon article que ce qui vous est un prétexte pour déployer des sentiments sans doute magnifiques, mais sans nulle application contre mes paroles.

Enfin, Monsieur, vous me rappelez les traits d'humanité et de désintéressement dont les médecins, les avocats, les boulangers et les marchands de vins donnent journellement l'exemple, et vous me reprochez, comme une pensée mesquine et mauvaise, comme une fausse spéculation, de m'inscrire contre de semblables traditions et de me mettre, sur ce point, en contradiction avec l'opinion publique. Et vous terminez en assurant que la médecine est une profession, à bon droit respectée de tous.

Je trouve, Monsieur, vos expressions bien douces à mon égard, si vous me croyez aussi coupable que vous le dites. Je serai plus sévère que vous, et, le jour où je me serai élevé contre le dévouement, contre le désintéressement, contre l'humanité, ce jour-là, je consens à ce que l'on me coupe la main droite et qu'on la jette à l'égout. Non, Monsieur, j'admire comme vous ces grandes vertus, et leur seul spectacle, en ranimant mes espérances, me console de toutes les misères. Mais, dans les conditions actuelles, je ne les crois pas précisément aussi communes que vous me le dites pour les besoins de votre cause. — En vous lisant, il semblerait que la justice est gratuite et l'indigence impossible. — Mais, surtout, Monsieur, je suis convaincu que ces vertus ne sauraient être imposées. Que devient le dévouement, s'il est exigé? Il disparaît et n'est remplacé que par l'obéissance, sans spontanéité et sans gloire. J'estime les médecins ce qu'ils valent, et je fais assez fonds sur la nature humaine pour savoir que les nobles passions n'ont besoin que de liberté pour s'épanouir. Il ne sera sans doute jamais défendu aux médecins de se dévouer, cela suffit....

Je m'arrête, Monsieur, et ce qui me reste à vous dire est la seule partie de cette lettre que je vous demande de mettre sous les yeux de vos lecteurs.

Dans l'article que vous attaquez, j'établissais et je maintiens :

Que la société, avare et parcimonieuse envers le médecin, n'a pas le *droit* d'exiger qu'il donne ses soins gratis; que, par conséquent, cela ne saurait être un *devoir* imposé au médecin.

Que, par conséquent encore, personne au monde, et les magistrats moins que tout autre, n'ont le droit de flétrir un médecin pour s'être renfermé dans l'exercice, étroit peut-être, mais légitime, de son droit. Quand un homme se dévoue, admirez-le; punirez-vous ceux qui ne se dévouent pas?

Voilà pour le principe.

Mais il est quelque chose de plus sacré qu'un principe, c'est l'humanité, c'est l'intérêt des pauvres qui souffrent. Or, la phrase qui suit, dans mon article, celle à laquelle s'arrête votre citation, montre que cet intérêt et ce principe n'ont rien d'inconciliable, et elle indique un des mille moyens de les concilier. En d'autres termes, j'ai dit qu'il fallait que le médecin fût payé et que personne n'avait le droit d'exiger qu'il ne le fût pas. — Le niez-vous?

Je n'ai écrit nulle part cette énormité qu'il fallait que l'indigent payât, sous peine de n'être pas soigné.

J'ai dit, au contraire, de la façon la plus formelle :

1° Que le dévouement des médecins était à toute épreuve;

2° Que les moyens ne manquaient pas, à l'aide desquels on pourrait, du même coup, reconnaître ce dévouement et assurer, s'il en était besoin, le service médical des pauvres dans toutes les occasions. — Le blâmez-vous?

Vous faites pis, Monsieur, vous me reprochez de n'avoir songé qu'aux honoraires des médecins, alors que je cherche à fonder leur droit; et, en ne citant que la première partie de mon argumentation, vous faussez ma pensée et lui imprimez un caractère odieux. — Est-ce loyal? Il vous suffisait cependant de transcrire une phrase, une seule phrase de plus, pour éviter à vos lecteurs cette interprétation que je repousse de toutes mes forces.

Toutefois, vous parlez de votre respect pour le corps médical. Vous nous respectez mal, Monsieur, car vous ne nous respectez que du bout de votre plume, et dans le même moment où vous écrivez le mot respect, vous prouvez qu'il n'est ni dans votre cœur, ni dans votre pensée. Un médecin est accusé de ce que vous regardez comme une infamie, et, alors même que ce médecin a protesté contre l'accusation, vous n'avez pas un mot de blâme pour les accusateurs! Bien loin de là, quand j'élève la voix et que j'essaie de demander justice, vous altérez ma parole, vous me supposez de mesquines et mauvaises intentions, et vous me prévenez charitablement que ma *spéculation* est fausse. Et vous dites que vous respectez notre profession! Que feriez-vous donc, Monsieur, si vous la méprisiez?

Encore un mot et j'ai fini. Vous nous recommandez la générosité et vous manquez deux fois l'occasion d'être vous-même non généreux, mais simplement juste. Vous eussiez dû prendre en main la cause d'un vieillard frappé dans son honneur et vous eussiez dû comprendre les motifs qui me guidaient, sinon leur prêter l'appui de votre talent. La générosité dont vous parlez est-elle donc cette générosité banale et fausse à l'aide de laquelle on déconcerte, en les faisant rougir de leur mesquinerie, ceux qui ne réclament que l'équité?

La générosité est au-dessus de la justice, c'est vrai, mais elle est sur la même ligne et dans le même sens; elle ne saurait lui être opposée. Comme il faut passer par le vrai pour arriver au beau, aussi faut-il passer par la justice pour arriver à la générosité, qui n'en est que la splendeur. C'est ce qu'a dit Jésus dans une formule qui, simplifiée de façon à être universellement et éternellement intelligible, peut s'écrire ainsi : « Cherchez premièrement la justice, et le reste vous sera donné par surcroît. »

Dr Maximin Legrand.

M. Taxile Delord, dans le *Charivari*, a laissé surprendre sa religion, et sur la foi d'une citation incomplète, il a accepté le caractère odieux prêté par la *Patrie* à notre article. Nous faisons, ici, appel à sa loyauté pour qu'il répare autant qu'il le pourra, le dommage qu'il nous a causé, en altérant, sans le savoir, la vérité.

Dr M. L.

pas seulement (comme dans la classe précédente) d'éviter l'inflammation, mais encore d'obtenir un nouveau tissu connectif entre les parties divisées, formé en dehors du travail inflammatoire et destiné à rétablir ou à améliorer les fonctions de la partie. Ce tissu connectif nouveau peut être soit une reproduction, soit une nouvelle formation du tissu normal de cette partie du corps, lorsque le tissu divisé est susceptible de se reproduire; quelquefois, au contraire, c'est un simple dépôt de tissu fibreux ou cellulo-fibreux qui s'interpose entre les deux extrémités de l'organe divisé et les unit d'une manière solide, lorsque le tissu divisé n'est pas susceptible de reproduction.

1° L'opération dans laquelle les différents résultats que l'on se proposait sont le mieux obtenus est la ténotomie sous-cutanée. On obtient, en effet, une nouvelle production de tendons d'une longueur suffisante, qui se forme de toutes pièces d'une matière réparatrice particulière déposée et organisée complétement en dehors du travail inflammatoire. Les travaux du docteur Paget, sur ce point de la pathologie, ont parfaitement démontré que, dans cette reproduction d'une portion tendineuse, l'épanchement d'une certaine quantité de sang, ni le développement de l'inflammation n'ont aucune espèce d'influence, et qu'au contraire, l'une ou l'autre de ces deux circonstances retarde le travail réparateur et lui est nuisible dans la proportion de son intensité.

2° Myotomie sous-cutanée : Elle agit dans le même sens que la ténotomie sous-cutanée, mais elle en diffère en ce que, dans ce cas, ce n'est pas du tissu musculaire qui se reproduit après la section du muscle, c'est un tissu fibreux ou cellulo-fibreux qui s'interpose entre les extrémités du muscle divisé et les unit solidement. Les principales applications de la myotomie sous-cutanée sont: la division du muscle sterno-mastoïdien dans le torticolis; la section des muscles spinaux dans les cas de déviation latérale de la taille et la section sous-cutanée des rétrécissements de l'urètre. La division sous-conjonctivale des muscles de l'œil dans l'opération du strabisme, dont il a été parlé dans la première classe ne peut pas, à proprement parler, rentrer dans la catégorie dont nous venons de parler, car dans cette opération le but n'est pas d'obtenir un allongement du muscle ou du tendon divisé par l'interposition d'un tissu de nouvelle formation, on se propose simplement de détacher le muscle de son insertion normale sur le globe dans l'espoir que son tendon contractera des adhérences dans un point du globe plus approprié au cas particulier.

Classe III. — Elle comprend les opérations dans lesquelles l'inflammation est presque inévitable, et dans laquelle la méthode sous-cutanée réussit souvent, mais non certainement à limiter le travail inflammatoire.

1° L'opération connue sous le nom d'extension forcée, qui a pour but le redressement d'articulations fléchies ou ankylosées. Elle a été depuis longtemps préconisée par Langenbeck, Frank et autres comme préférable au procédé généralement employé, de section sous-cutanée des tendons et extension mécanique graduelle du membre ; mais d'après le docteur Adams, il ne faut recourir à la rupture forcée et à l'extension forcée que quand la ténotomie et l'extension progressive ont échoué. Certainement cette opération n'est pas exempte de tout péril, surtout chez les sujets qui ont une mauvaise constitution: on a vu de graves accidents causés par l'inflammation, la déchirure de la peau ou de gros vaisseaux; malgré cela, l'auteur affirme qu'il préfère ce procédé aux dangers d'une résection qui met nécessairement la plaie des os en contact avec l'air extérieur : la différence entre ces deux opérations est exactement la même qu'entre une fracture simple et une fracture composée. A l'appui de cette assertion, l'auteur cite un certain nombre d'opérations pratiquées dans ces derniers temps en Angleterre avec un succès complet.

2° L'opération de la hernie sans ouverture du sac peut être rattachée à cette classe, elle a pour but d'éviter l'inflammation excessive en mettant la cavité péritonéale à l'abri du contact de l'air.

Classe IV. — Les opérations de cette classe sont pratiquées par la méthode sous-cutanée, dans le but de développer une légère inflammation, tout en évitant un travail inflammatoire excessif.

1° Différents procédés opératoires destinés à produire la réunion des os dans les cas de fractures non consolidées. Le but de ces opérations est de déterminer une somme limitée d'inflammation nécessaire pour que le dépôt de matière osseuse puisse se faire entre les fragments et les réunir solidement. Il y a plusieurs méthodes pour arriver à ce but : *a*, l'introduction d'un séton passé profondément entre les extrémités non réunies des os ; *b*, l'introduction d'une cheville d'ivoire dans l'os juste au niveau de la fracture : cette dernière opération proposée récemment par le docteur Stanley, est aujourd'hui adoptée par la plupart des chirurgiens anglais qui en tirent d'excellents résultats ; *c*, une opération qui est une des expressions les plus parfaites de la méthode sous-cutanée, est celle qui consiste à introduire profondément un ténotome avec lequel on va diviser les parties molles adhérentes aux fragments osseux, après quoi on rapproche ceux-ci. C'est ce procédé que M. Malgaigne a appliqué au traitement de la fracture de la rotule, affection jusque là regardée comme incurable.

2° Dans le double but de produire une inflammation légère et d'éviter l'excès du travail inflammatoire, on pratique diverses opérations sur des cavités séreuses dont on cherche à obtenir l'oblitération par l'introduction d'une substance étrangère, tels sont la teinture d'iode et différents autres liquides que l'on injecte dans les hydrocèles, les kystes ovariques, etc. A cette catégorie se rattache l'opération de certaines kystes par des incisions sous-cutanées, par exemple les kystes du poignet qu'il serait dangereux de traiter par le séton à cause du voisinage de l'articulation. Il faut encore y joindre l'ingénieuse opération proposée par le professeur Wutzer, de Bonn, pour la cure radicale de la hernie inguinale réductible.

3° Différentes opérations sous-cutanées pour guérir des veines variqueuses : *a* division sous-cutanée de la veine, comme l'a proposé B. Brodie; *b* la ligature des veines variqueuses pratiquée en passant une épingle au-dessous de la veine, et appliquant sur les deux extrémités de l'épingle une suture entortillée qui comprime la veine et y détermine une inflammation dont le résultat est l'oblitération du vaisseau ; *c* la ligature sous-cutanée du varicocèle, comme la pratique M. Ricord.

4° Opérations sous-cutanées pour la guérison des nœvi, en y excitant une certaine somme d'inflammation : *a* le simple passage de fils à travers les nœvi; *b* l'injection de substances irritantes; *c* les incisions sous-cutanées de la substance et à la base du nœvus, pratiquées dans le but de développer un peu d'inflammation, un dépôt de lymphe et l'oblitération des vaisseaux.

5° L'oblitération des trajets fistuleux par la ligature sous-cutanée, proposée et employée avec succès par Dieffenbach.

Classe V. — Dans les opérations réunies dans cette cinquième et dernière classe, la méthode sous-cutanée se propose de limiter l'inflammation et d'éviter quelques-unes de ses plus funestes conséquences, comme, par exemple, la tension douloureuse de certains tissus, l'ulcération continuelle de certaines plaies extérieures et l'excessive distension de certaines cavités par le liquide qu'elles contiennent.

1° L'incision sous-cutanée du périoste enflammé, proposée par le docteur Fergusson pour diminuer la douleur que cause la distension de ce tissu quand il est le siége d'une inflammation.

2° Le docteur Milton applique la méthode sous-cutanée à l'ouverture des bubons ; le pus s'échappe par la cannelure de l'aiguille, et l'on applique un appareil compressif; on évite ainsi les hémorrhagies, les cicatrices, les décollements et le phagédénisme. Rarement une seconde opération est nécessaire.

3° L'ouverture sous-cutanée des abcès, y compris le psoitis, etc., ainsi que l'évacuation des épanchements dans les cavités séreuses, comme dans la pleurésie, la péricardite et dans les cavités articulaires. A cette série d'opérations peut se rattacher un autre groupe qui tient le milieu entre les plaies sous-cutanées et les plaies à ciel ouvert, ce sont les opérations que l'on ne peut faire par la méthode sous-cutanée, dans laquelle, par conséquent, la plaie est extérieure; on pourrait les qualifier, avec le docteur W. Adams, de plaies ouvertes rapidement fermées. Le premier principe du traitement des plaies par incision ou par déchirure, est de mettre les lèvres de la plaie en contact, et de mettre celle-ci à l'abri de l'air extérieur. Cette réunion immédiate a pour but de prévenir un excès d'inflammation et surtout la suppuration; en général, l'inflammation se limite à un dépôt de lymphe plastique, elle est purement adhésive. C'est en pratiquant la réunion des plaies que souvent le chirurgien réussit à transformer en fracture simple une fracture compliquée qui aurait demandé un temps infini pour guérir.

Il y a quelques opérations chirurgicales dans lesquelles la plaie est nécessairement à ciel ouvert, et dont le succès dépend en grande partie de la rapidité avec laquelle la plaie ouverte a été soustraite au contact de l'air.

1° L'opération de cataracte par extraction, dans laquelle la large plaie de la cornée est immédiatement recouverte par la paupière supérieure, et se réunit par première intention.

2° L'extirpation sous-conjonctivale du globe, comme elle est pratiquée maintenant par la plupart des chirurgiens; au lieu de disséquer le contenu de l'orbite, et de laisser une énorme plaie ouverte, qui s'enflamme rapidement (inflammation qui se propage quelquefois au cerveau et devient mortelle), on ouvre circulairement la conjonctive tout autour de la cornée, et l'on divise les tendons musculaires ainsi que le nerf optique : l'œil est facilement énucléé par ce procédé. A. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 Août 1858. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans le mois de janvier 1858, dans la commune de Benin-d'Azy (Nièvre), par M. Plissard, médecin des épidémies.

2° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Chapelle-Saint-Martin (Loir-et-Cher).

3° Un travail de M. le docteur Brouillet, intitulé : *Des conditions de salubrité du canton de Geispolsheim (Bas-Rhin) et de son état sanitaire habituel, notamment pendant l'année* 1857. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire pour servir à l'étude des empoisonnements par les miasmes des marais, par le docteur Faget, de la Nouvelle-Orléans. (Com. MM. Grisolle et Beau.)

M. Landouzy, membre correspondant, adresse la lettre suivante, dont M. le Secrétaire perpétuel donne lecture :

« J'ai l'honneur d'informer l'Académie que deux nouveaux cas de pellagre se trouvent en ce moment à ma clinique, réunissant au plus haut degré l'ensemble des phénomènes pathognomoniques, c'est-à-dire l'érythème terreux, diminuant à mesure que le printemps s'éloigne ; le trouble des fonctions digestives, et particulièrement la diarrhée; le trouble des fonctions intellectuelles et particulièrement la lypémanie suicide ; le scorbut, et particulièrement les taches ecchymotiques.

» Chez ces deux malades, comme chez celles dont j'ai parlé il y a quelques années, on ne peut invoquer ni le maïs, puisqu'elles n'en ont jamais fait usage, ni l'altération des céréales, puisqu'elles n'ont mangé que de bon pain, ni l'insolation, puisqu'aucune des deux ne travaillait aux champs. Si je mentionne ces circonstances, c'est que, selon moi, le talent remarquable avec lequel M. Roussel a soutenu certaines hypothèses étiologiques, et la fidélité avec laquelle les pathologistes les ont reproduites ont beaucoup nui à la notion de la maladie.

» Aux yeux d'un grand nombre de praticiens, en effet, la pellagre doit passer inaperçue, par cela seul que les malades qui s'offrent à eux, ne se trouvent pas dans les conditions de causalité formulées dans les livres ; et comme il est toujours possible de classer l'affection selon ses phénomènes prédominants, soit parmi les entérites chroniques, soit parmi les paralysies progressives, etc., la pellagre passe pour une maladie des plus rares à l'état sporadique, tandis qu'en réalité on en remarque encore assez souvent des exemples, puisqu'en voici sept en six ans, dans mon service, et qu'un praticien distingué des environs, M. Collard, de Beine, m'en a, en outre, signalé plusieurs depuis ceux que j'ai fait connaître à l'Académie.

» Nul doute qu'il en sera de la pellagre sporadique comme de la maladie de Bright, de la maladie d'Addison, du diabète des enfants, etc., qui deviennent de plus en plus fréquents, à mesure qu'ils sont mieux connus. »

Cette lettre sera insérée au *Bulletin*.

— M. le docteur Tigri, professeur à Sienne, adresse une lettre relative à la vaccine. (Com. M. Depaul.)

M. Guibourt lit, au nom d'une commission, un rapport sur un remède nouveau. Le rapporteur propose de faire à ce remède l'application des décrets de 1850. Sur les observations de M. Caventou et de M. le Secrétaire perpétuel, M. le Président propose de renvoyer ce rapport à la commission des remèdes secrets et nouveaux, à laquelle s'adjoindra, pour cette circonstance, la commission dont M. Guibourt est le rapporteur.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie médicales.

Les candidats que présente la commission sont :

En première ligne, M. Gavarret.
En deuxième ligne, M. Regnault.
En troisième ligne, M. Grassi.

Sur 53 votants,

M. Gavarret obtient	42	suffrages.
M. Regnault	8	—
M. Grassi	2	—
M. Figuier	1	—

En conséquence, M. Gavarret est proclamé membre titulaire de l'Académie impériale de médecine.

M. Lasègue lit, au nom de M. Le Roy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest, un mémoire sur *la coloration partielle, en noir ou en bleu, de la peau chez la femme*. Après avoir rappelé, très succinctement, les observations dues aux docteurs Yonge, Billard (d'Angers), Read, Moore, Neligan, qu'il avait rassemblées dans un premier travail sur ce sujet inséré aux *Archives générales de médecine* (octobre 1857), et rapprochées des cinq premiers faits survenus depuis quelques années, dans la seule ville de Brest, M. de Méricourt trace une description complète de cette singulière affection à l'aide de neuf nouveaux cas postérieurs à la publication de sa première étude.

Ces dix-neuf faits offrent une analogie parfaite sous le rapport du phénomène essentiel qui est la sécrétion d'une matière colorante accidentelle à la surface de la peau. Dans la majorité des cas, elle est localisée aux deux paupières inférieures, mais elle peut occuper les deux supérieures, une partie des joues, du front, et s'accompagner de taches situées sur d'autres parties du corps. Les cas ne diffèrent que par l'abondance du produit sécrété, sa nuance, l'étendue des taches, mais surtout par le nombre et la gravité des phénomènes morbides liés à leur apparition.

Le début peut être brusque et suivre de très près les accidents convulsifs ou spasmodiques se rattachant à une suppression de l'écoulement menstruel ou à sa diminution ; mais, le plus souvent, une teinte noire ou d'un bleu foncé s'étend graduellement à partir de l'angle interne des deux paupières. Il peut exister en même temps un prurit très vif en cette région. L'intensité de la teinte peut varier beaucoup et quelquefois être assez forte pour faire croire à l'application d'une couche de noir de fumée. Chez une même personne, l'étendue et la nuance peuvent subir de rapides changements. Toutes les causes capables d'amener une légère congestion vers la tête rendent la coloration plus apparente. L'époque ordinaire du flux périodique produit le même résultat.

Les taches sont formées d'une matière colorante déposée comme une poussière très fine dans les sillons aréolaires, et accumulée surtout dans les plis de la peau. Un linge blanc, promené sur la tache, se colore plus ou moins d'une nuance pareille ; un linge imbibé d'huile se charge de toute la matière colorante; mais elle ne tarde pas à reparaître. L'examen microscopique ne fait reconnaître aucune trace d'organisation, aucune apparence de cellules. L'analyse chimique dénote la présence du carbone et du fer. Le chlore n'a aucune action ni à chaud ni à froid. Jusqu'à présent, ce phénomène ne s'est montré que chez des femmes à l'âge de la plus grande activité fonctionnelle de l'utérus, de 16 à 32 ans. 14 fois sur 19, il existait une perturbation plus ou moins grave de la menstruation; 2 fois seulement, les taches noires ont paru chez des femmes mariées, après trois ou plusieurs années de mariage. Leur intensité n'est pas en rapport avec la gravité des symptômes fournis par les autres fonctions. Ces derniers apparaissent surtout à l'époque du retour de la période menstruelle, ils consistent en vomissements de sang, des épistaxis, palpitations de cœur, syncopes, accidents hystériques. Dans l'intervalle, il y a irritabilité très marquée, perte ou bizarrerie de l'ap-

petit, toux nerveuse, névralgies de siége variable, sensation de froid aux pieds, affaiblissement de la vue.

En général, la constitution est bonne; l'examen des principaux appareils ne fait reconnaître aucune lésion organique. — Le phénomène, une fois produit, peut durer des années, avec ou sans intermittence, malgré le retour des règles, la grossesse, les couches, l'allaitement; cependant, deux fois les taches ont disparu au moment de la fièvre de lait. Un de ces cas remonte à plus de sept ans, un autre à cinq, plusieurs ont moins d'un an.

M. de Méricourt a fait jusqu'à présent de vains efforts pour arriver à connaître la cause de cette production de matière colorante; il discute la valeur des différentes influences qu'on serait tenté d'accuser. Il signale seulement que 18 cas sur 19 se sont produits dans des lieux voisins de la mer, 14 à Brest seulement, dont 10 dans une partie très circonscrite de la ville, et deux fois, 2 cas dans une même maison.

Il propose de donner à cette maladie le nom de *chromhidrose* (χρωμα matière colorante, ἱδρως transsudation). Cette dénomination ne préjuge ni sur la nature de l'affection, ni sur la cause, ni sur sa localisation, ni enfin sur la teinte de la matière exsudée, mais elle exprime le caractère essentiel et constant.

Pour lui, la chromhidrose serait une expression symptomatique locale d'une perturbation générale causée par la suppression totale ou la diminution relative du flux menstruel. Ce serait une sécrétion anormale du pigment accidentel provenant de la matière colorante du sang. Ce phénomène comprendrait deux périodes, d'abord une de fluxion sanguine locale, puis une d'exsudation, soit par les glandes sudorifiques, soit par les orifices des follicules pileux, d'une matière onctueuse fortement chargée de pigment accidentel.

Au sujet de la localisation vers les paupières, il se borne à rappeler, d'une part, les sympathies qui existent entre les yeux et l'appareil de la génération, et de l'autre, le voisinage anatomique de la choroïde.

Le traitement, jusqu'à plus ample notion de cette maladie, doit consister en moyens propres à rappeler, régulariser la menstruation, favoriser la circulation à la surface de la peau; les lotions huileuses répétées sont un moyen palliatif très innocent.

M. Moreau demande si ce pigmentum n'existait pas sur d'autres parties du corps. Il a vu dans son service, il y a quelques années, une jeune femme superbe, au teint de lis et de roses, qui, pendant sa grossesse, offrit des taches tellement prononcées sur le haut du corps, qu'elle semblait avoir un buste de négresse et qu'elle avait de l'analogie avec ces statues de marbre noir, dont la tête est en marbre blanc.

M. Gibert rappelle qu'il a fait un rapport, il y a longtemps sur un cas analogue présenté par M. Bousquet. Une discussion s'est élevée alors, et les personnes curieuses d'être édifiées sur la cause de cette coloration insolite, n'ont qu'à se reporter au *Bulletin de l'Académie*, où le rapport et la discussion ont été insérés.

M. Ricord fait observer que M. Leroy, de Méricourt, semble avoir voulu spécialiser aux femmes cette coloration anomale, tandis qu'elle est assez fréquente chez les hommes, surtout au scrotum.

M. Depaul dit qu'il doit y avoir une différence essentielle entre les faits de M. Leroy et ceux dont M. Moreau vient de parler. Pour ces derniers, le pigmentum joue le principal rôle, tandis qu'il n'entre pour rien dans la production des premiers. S'il en était autrement, il serait, on le comprend, impossible de faire disparaître cette coloration sans enlever l'épiderme, et c'est ce qui n'a pas lieu. Dans les cas de M. Moreau, et M. Depaul a eu l'occasion de disséquer le sein d'une femme morte dans des conditions semblables, les femmes s'essuient souvent jusqu'à s'écorcher, prenant cette coloration pour de la malpropreté. Elles ne gagnent rien, il est inutile de le dire, à ces lotions et à ces frictions répétées.

(Le travail de M. Leroy, de Méricourt, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Ricord, Depaul et Gibert.)

— La séance est levée à quatre heures.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

SUR LA RUPTURE DES TUNIQUES INTERNES DES ARTÈRES DU COU, LORS DE LA PENDAISON; par le docteur G. Simon, de Darmstadt. — L'auteur a eu l'occasion d'observer, en un court espace de temps, deux cas de cette lésion, sur des individus pendus. Partant de là, il a fait des essais sur le cadavre et est arrivé aux résultats suivants :

Cette rupture se produit sur des cadavres aussi bien que sur des personnes pendues vivantes; elle ne peut donc servir à reconnaître si la suspension a eu lieu avant ou après la mort. Cependant il faut observer qu'elle est plus difficile à se produire sur le cadavre que sur le vivant. Elle se rencontre également dans la strangulation et exige alors les mêmes conditions physiques que lors de la pendaison. Les artères saines présentent cette lésion aussi bien que les artères malades, et elle existe non seulement dans les carotides communes, mais également dans les carotides externes, internes et peut-être aussi dans la thyroïdienne supérieure. Les conditions principales qui permettent la rupture sont : un lien mince et son application au-dessus du larynx. Dans la pendaison, c'est surtout le poids considérable du corps, et dans la strangulation la ténuité du cou qui la favorisent. Une forte constriction du lien avant la suspension et le tiraillement du corps après, agissent d'une manière analogue. Cette rupture est un indice sûr de l'emploi d'un lien mince, et lors de la strangulation, elle dénote que celle-ci a été effectuée avec beaucoup de violence. Son existence peut être d'une grande valeur lorsque le sillon a été détruit par la putréfaction, par exemple, pour la détermination du genre de mort. — (*Archiv für path. anat. u. physiol.*, t. XI, n° 4.)

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DE LA CAFÉINE; par Stuhlmann et Falck, de Marbourg. — Ces expériences, au nombre de 38, ont été faites sur des chiens, des chats, des lapins, des oiseaux, des batraciens, des ophidiens et des poissons. Elles prouvent que la caféine est un poison qui tue à des doses relativement petites et dans un temps assez court. Ainsi 0,05 introduits sous la peau de grenouilles et de crapauds, déterminent de l'irritation locale, parfois avec excitation passagère de la circulation, de la respiration et de la locomotion. En même temps, ou un peu plus tard, il survient de l'hyperesthésie du système nerveux central, avec des crampes toniques, cataleptiques et tétaniques, et à la fois de l'anesthésie et la paralysie.

Dans un cas, l'injection dans les veines d'un chat d'une dose de 0,50, entraîna la mort en quelques minutes. Une dose moindre met plusieurs heures à tuer l'animal. Outre les crampes toniques et cloniques, on observe de la salivation, des selles liquides, des troubles de la respiration et de la circulation, la dilatation des pupilles, l'abaissement de la température et l'anesthésie. Une dose de 0,50, introduite sous la peau, provoqua de la salivation et des vomissements, puis de l'adynamie, une respiration très difficile, de l'abaissement de la température, de la tendance à s'effrayer et des phénomènes spasmodiques et paralytiques.

Les grands chiens ne succombent pas à 0,50 introduits dans l'estomac. Un chien qui avait résisté à cette expérience, succomba en deux minutes à l'injection de 0,50 dans la jugulaire, tandis qu'un autre, il est vrai plus grand et adulte, n'a pas été tué par 2,50 injectés dans *une veine crurale*. (Cette différence de résultat est remarquable; tient-elle à la taille et à la race de l'animal? ou bien à la veine qui a servi à l'injection? Il est fâcheux que cette expérience n'ait pas été répétée.) Par tous les modes d'application, les chiens ont été purgés et l'ingestion dans l'estomac a déterminé des vomissements.

Les lapins succombent de 0,30 à 0,50 en une heure à une heure et demie, avec des symptômes analogues aux chiens.

Le résultat nécropsique ne fait connaître aucune altération capable d'expliquer la mort. On ne trouve qu'une inégalité de la distribution du sang, ainsi que des hyperémies et des anémies de certains organes; le cœur, le foie et les gros vaisseaux renferment beaucoup de sang noir, ayant tous les caractères du sang veineux. Toutes les autres altérations sont insignifiantes.

Les troubles pathologiques causés par la caféine sont de différentes sortes; mais les plus importants se passent dans le système nerveux. Elle tue par épuisement de l'innervation et paraît agir surtout sur le cœur et sur les parois des vaisseaux. — (*Archiv für path. anat. u. physiol.*, t. XI, n°s 4 et 6.)

(PRESSE ANGLAISE.)

POUCE SURNUMÉRAIRE PARFAIT; par le docteur Gibb. — Parmi les difformités congéniales, une des plus fréquentes est un pouce double; mais le plus souvent le doigt surnuméraire est rudimentaire, formé d'une seule phalange naissant de l'une des articulations du pouce normal, et, par conséquent, très facile à enlever. Le malade dont il s'agit présentait, au contraire, un double pouce parfait, dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire deux pouces distincts complets, naissant tous deux de la première articulation métacarpo-phalangienne. Ces deux doigts avaient des articulations parfaites, ils exécutaient des mouvements à la volonté de l'enfant et étaient tous deux également forts : à leur extrémité unguéale, ils étaient unis l'un à l'autre par un petit pont de peau. Cet enfant, âgé de 15 mois, semblait frêle et délicat; les os du crâne n'étaient pas complétement réunis entre eux, principalement aux fontanelles; cependant l'arrêt de développement n'était pas suffisant pour faire craindre un hydrocéphale; il était né à six mois et demi et portait une curieuse difformité, l'extrémité inférieure du rectum manquait, et une portion de l'intestin était passée dans la partie postérieure du vagin. Cette difformité avait complétement disparu après une opération pratiquée par le docteur Ahston. C'est le cinquième enfant d'une femme délicate, âgée de 25 ans; un de ses enfants est mort hydrocéphale, les trois autres sont bien portants et n'offrent aucune difformité. Comme les deux pouces sont également bien développés et que rien ne semble indiquer que l'enfant doive en éprouver de la gêne, le docteur Gibb pensa qu'il valait mieux, dans ce cas, laisser les choses comme elles sont. — D.

COURRIER.

Par un décret impérial du 28 août 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, M. Roger (Henri-François), chirurgien auxiliaire de 3e classe sur la canonnière la *Mitraille*, a été nommé exceptionnellement chirurgien entretenu de 3e classe, à l'occasion de sa belle conduite à l'attaque et à la prise des forts du Peï-ho (mers de Chine).

— Par un déret impérial en date du 28 août 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, ont été promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en récompense de leur belle conduite à l'attaque et à la prise des forts du Peï-ho (mers de Chine) :

Au grade de chevalier :

MM. Lucas, chirurgien de 2e classe de la *Dragonne*.
Santelli, chirurgien de 2e classe de la *Durance*.
Bienvenue, chirurgien de 2e classe de l'*Avalanche*.
Aurran, chirurgieu de 2e classe du *Phlégéton*.

— Par décrets impériaux, rendus sur la proposition du ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, les médecins dont les noms suivent ont été promus au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. Gestin, médecin des hospices de Quimper.
Janin, médecin en chef de l'hôpital du Mans.
Lediberger (Victor), médecin à Vannes.
Beaugendre, médecin à Quimperlé.

— Un décret impérial, en date du 12 juin 1856, a déterminé que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après deux années de séjour à l'École instituée près la Faculté de Strasbourg et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-major de 2e classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions de ce décret, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'École de Strasbourg, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 11 novembre 1858; à Lyon, le 18; à Montpellier, le 21; à Toulouse, le 24; à Bordeaux, le 27; et à Paris, le 2 décembre prochain.

Mazas. Études sur l'Emprisonnement cellulaire et la Folie pénitentiaire, par le docteur Prosper de Pietra Santa, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, médecin en chef des Madelonnettes, chevalier de la Légion d'honneur, membre des Sociétés de médecine de Paris, de Florence, etc. Troisième édition, augmentée d'un appendice (comptes-rendus et opinions de la presse politique). — Prix : 3 fr.

Paris, 1858, Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine; Guillaumin et comp., 14, rue Richelieu.

Histoire raisonnée des épidémies de fièvres typhoïdes observées dans le département du Doubs, honorée d'une médaille d'argent par l'Académie impériale de médecine de Paris, dans sa séance annuelle du 6 décembre 1853, suivie de l'épidémie de fièvre typhoïde à Besançon en 1857, par le docteur I. Druhen aîné, professeur de l'École de médecine de Besançon, etc. In-8°, Paris, 1858, chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

Nouvelles études théoriques et cliniques sur les maladies des eux, l'œil et la vision; par A. Guépin, ex-professeur à l'École de médecine de Nante. — *Premier fascicule*. In-8°, Paris, 1857, Germer-Baillière, libraire.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 105. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 4 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

—

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :

DANS LES DÉPARTEMENTS,

Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, la salle des séances avait un aspect inaccoutumé, et l'on aurait pu se croire, non au palais Mazarin, mais à la Sorbonne. Le clergé occupait les banquettes destinées au public, et celles-ci ne suffisant pas, il avait envahi l'espace réservé aux journalistes; il n'y avait de places vacantes que les fauteuils laissés libres par l'absence des académiciens, — et elles étaient nombreuses, malheureusement sans profit pour personne.

D'où venait cette affluence de robes noires, extraordinaire en pareil lieu ? Avait-on trouvé le moyen de réconcilier la science et la foi et allions-nous assister à la signature du pacte d'alliance? Pas tout à fait. Mais enfin, il s'agissait d'entendre un homme qui réunit les deux choses et qui est revêtu du double titre de savant et de révérend.

Le Père Secchi a mis sous les yeux de l'Académie une série de vues de la lune, obtenues au moyen de la photographie, et il a lu un travail fort intéressant à ce sujet.

Le directeur de l'Observatoire de Rome est un homme jeune, malgré la désignation de « Père » qu'on accole d'habitude à son nom; il a les cheveux très noirs, les traits fortement accusés, la tête bien construite, et la physionomie singulièrement intelligente. Il s'exprime en français, presque sans accent italien, mais non sans l'accent prêtre; son débit est un peu monotone et il lit sur le ton de la mélopée liturgique.

Après le R. P. Secchi, M. Lespès a donné lecture d'un mémoire sur l'appareil de l'ouïe chez les insectes.

M. Jolly, de Toulouse, est venu lire ensuite de nouvelles études sur la maladie des vers à soie et sur la coloration des cocons obtenue à volonté au moyen de certaines substances alimentaires données aux insectes fileurs.

Enfin M. Duméril, pour son fils absent, a donné lecture d'un travail sur les fameux poissons Remora, du genre Échénéis, auxquels les anciens attribuaient, entre autres propriétés merveilleuses, la puissance d'arrêter les plus forts navires.

La note de M. Duméril est surtout relative au disque aplati, composé de lames dentelées affectant la disposition des lames des persiennes, qui surmonte la tête des Remora. Ce disque, par la mobilité des lames, remplacerait la vessie natatoire, dont ces animaux sont dépourvus. M. Duméril a fait passer sous les yeux de ses collègues un de ces poissons desséché.

M. Cl. Bernard, au nom de M. Jacubowicht, a présenté un nouveau travail sur le mode de développement du système nerveux; — et, au nom de M. Babiani, un ouvrage sur la génération de certains infusoires.

Dans le peu de mots dits par M. Cl. Bernard à cette occasion, nous avons remarqué qu'il résultait des observations de M. Babiani que, dans certains cas, le noyau de la cellule jouait le rôle d'ovaire, tandis que la nucléole représentait le testicule.

Nous n'avons entendu de la correspondance que deux articles :

Un monsieur, dont les prétentions sont modestes, sans préjudice de ses autres qualités, demande qu'il lui soit alloué, sur les fonds Bréant, une somme de 120 francs, moyennant quoi il s'engage à faire connaître le remède secret du choléra.

— L'envoi d'un ouvrage sur les poissons fossiles, par un savant dont le nom n'est pas parvenu jusqu'à nous.

Dans notre précédent *Bulletin*, nous avons dit que M. Claude Bernard avait déposé sur le bureau une note d'un docteur de Bar-sur-Aube, relative aux colorations différentes du sang veineux chez l'homme. Cette note est de M. Mougeot, et elle se propose surtout de donner à ces variations de couleur une valeur séméiotique dans quelques affections.

« Dans le début d'une fièvre intermittente à accès énergiques, dit M. Mougeot, quand chez un individu robuste on ouvre la veine dans le stade de chaleur au plus fort de la réaction (ce qui offre quelques avantages quand ou tire peu de sang), le sang sort souvent presque rutilant et quelquefois par saccades, de telle façon qu'on croirait avoir ouvert l'artère elle-même. A mesure que l'apaisement s'opère, le sang veineux reprend sa couleur naturelle, et le retour à l'état normal se produit, en général, avant l'émission de la troisième palette.

Mais c'est surtout dans les accès de fièvre pernicieuse que cette rutilance est complète, il semble même, dans quelques cas, que le sang veineux soit plus rouge que ne l'est ordinairement le sang artériel, et ce fait est si constant quand on saigne dans la violence de l'accès, que je n'hésite pas à le considérer comme le meilleur moyen de diagnostic de ces graves affections.

Cependant, pour que la rutilance du sang veineux fût véritablement le signe pathognomonique de l'accès pernicieux, il faudrait qu'elle n'appartînt qu'à lui. Cela n'est pas. Je l'ai observée à la suite d'une violente querelle chez un homme pris d'eau-de-vie; chez un ivrogne atteint d'une espèce de manie furieuse; dans certains accès d'hystérie avec grande vivacité dans la circulation; et dans ces névroses de l'hypochondre gauche, accompagnées d'énergiques battements de cœur ou de l'artère cœliaque.

C'est dans la rapidité du cours du sang en raison de l'impulsion reçue au cœur et perpétuée par l'exagération de la contractilité des vaisseaux, ainsi que dans l'innervation qui a commandé cette exagération, qu'on doit trouver cette explication.

Cette rapidité du cours du sang est absolue; l'aspect animé des tissus, la force du pouls, l'énergie des battements du cœur l'indiquent, et la violence avec laquelle le sang rutilant s'échappe de la veine le prouve.

Cette rapidité n'est pas seulement due à l'impulsion cordiale, puisqu'elle n'apparaît pas toujours dans les cas où cette impulsion est considérable. C'est donc à la contractilité des vaisseaux, à leur éréthisme qu'il faut attribuer le passage tellement rapide du sang d'un capillaire à l'autre, que ce liquide n'a pas le temps de subir l'élaboration et la transformation accoutumées. »

D[r] Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

RAPPORT sur un Mémoire de M. DUTROULEAU, intitulé :

FIÈVRE BILIEUSE GRAVE DES CLIMATS INTERTROPICAUX;

Lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 juillet 1858,

Par le docteur MONNERET, médecin de l'hôpital Necker.

M. Dutrouleau, déjà connu par plusieurs publications intéressantes dont la pathologie intertropicale a fourni le sujet, est venu vous lire un mémoire sur la *fièvre bilieuse des climats intertropicaux*. Vous avez chargé une commission, composée de MM. Hervez de Chégoin, Legroux et moi, de vous faire un rapport sur ce travail, qui est destiné à faire obtenir à son auteur le titre de membre de notre Société.

A ce mémoire viennent naturellement se rattacher les questions les plus délicates et les plus controversées sur la cause et la nature des fièvres bilieuses, sur les rapports qui existent entre celles que l'on observe dans les pays chauds et les fièvres dont vous êtes témoins presque chaque jour. Ainsi préparés par vos études quotidiennes, vous pourrez, Messieurs, non seulement

---

Feuilleton.

LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE M. CLAUDE BERNARD AU COLLÉGE DE FRANCE.

DE LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE. — DE L'EXPÉRIMENTATION ET DE SES PERFECTIONNEMENTS. — DE LA CRITIQUE EXPÉRIMENTALE (1).

Cette sorte d'indépendance que possède l'organisme dans le milieu extérieur, vient de ce que, chez l'être vivant, les tissus sont en réalité soustraits aux influences extérieures directes, et qu'ils sont protégés par un véritable milieu intérieur qui est constitué par les liquides qui circulent dans le corps. Cette indépendance devient d'ailleurs d'autant plus grande, que l'être est plus élevé dans l'échelle de l'organisation, c'est-à-dire qu'il possède un milieu intérieur plus complétement protecteur. Chez les végétaux et chez les animaux inférieurs, ces conditions d'indépendance diminuent d'intensité et créent des rapports plus directs entre l'organisme et le milieu ambiant. Dans les vertébrés à sang froid, nous voyons encore le milieu extérieur avoir une grande influence sur l'aspect des phénomènes; mais chez l'homme et les animaux à sang chaud, l'indépendance du milieu extérieur et du milieu interne est telle, qu'on peut considérer ces êtres comme vivant dans un milieu organique propre. Nous n'avons pas encore pu pénétrer avec nos instruments dans ce milieu intérieur de l'être vivant, mais son influence est très grande. Nous désignerons pour le moment cette condition vitale propre sous le nom de *conditions organiques* ou *physiologiques*.

Or, je dis que, lorsqu'il s'agira d'instituer une expérience sur un être vivant, il ne suffira pas, comme le fait le chimiste ou le physicien, de rendre identiques les conditions physico-chimiques extérieures et instrumentales de l'expérience; on devra de plus, et surtout, rendre comparables les conditions organiques ou physiologiques intérieures qui sont propres à l'être vivant sur lequel porte l'observation. Il y a là, comme on le voit, deux ordres de considérations bien distinctes, et c'est ce qui rend les expériences physiologiques beaucoup plus difficiles et beaucoup plus complexes que les expériences de physique ou de chimie pure.

Il faut introduire actuellement dans la méthode expérimentale appliquée à la physiologie les conditions organiques ou physiologiques au premier rang comme pierre angulaire de toute l'expérimentation; sans elles, il sera impossible d'atteindre jamais à cette rigueur si désirable et tant recherchée des physiologistes.

Parmi les conditions organiques, celles qui sont plus facilement appréciables sont celles relatives à l'âge, au poids, au sexe, à l'espèce de l'animal, etc. Je n'énumérerai pas toutes les conditions physiologiques qui sont à considérer; je choisirai seulement quelques exemples pour indiquer dans quel esprit cette identité physiologique doit être comprise.

On ne pourrait jamais expérimenter en physiologie s'il était nécessaire pour cela de rendre deux animaux absolument comparables à tous les points de vue. L'art du physiologiste expérimentateur devra consister à rendre les êtres comparables, surtout en ce qui concerne les états organiques sur lesquels il fait porter son expérimentation. Tantôt il pourra sortir de l'espèce animale, s'il veut étudier des propriétés physiologiques suffisamment générales; tantôt, au contraire, lorsqu'il étudiera les mécanismes spéciaux de certaines fonctions, il devra absolument faire porter l'observation sur des individus de même espèce, de même âge ou de même sexe, etc.

Il faut donc savoir réaliser l'identité physiologique en rapport avec les recherches que l'on fait. Car deux animaux de même espèce, même taille, même poids, même âge, même sexe, même couleur, peuvent cependant se trouver dans des conditions physiologiques non identiques, relativement à la question qu'on étudie. Je vais vous citer un exemple qui vous fera mieux saisir ma pensée :

Il y a environ dix ou douze ans, voulant faire des expériences sur des animaux aussi comparables que possible, je m'étais procuré une portée de lapins exactement du même âge et qui étaient tous sensiblement de la même taille et de la même couleur. A cette époque, j'étudiais les modifications qu'éprouve l'urine par le passage de certaines substances injectées dans le sang; je commençai donc par examiner l'urine sur mes différents lapins prétendus identiques. Or, je trouvai que chez les uns les urines étaient claires, acides, contenant beaucoup d'urée, tandis que chez d'autres, elles étaient troubles, alcalines, contenant beaucoup de carbonates; enfin, chez d'autres lapins, je trouvai les urines neutres avec ou sans opalinité. Il ressortait évidemment de là que les différences offertes par les urines devaient être cherchées dans des conditions physiologiques autres que celles de la taille, de l'âge, etc., de l'animal. C'est, en effet, dans l'alimentation et les périodes de la nutrition qu'il fallait placer les conditions d'identité physiologique. Or, mes lapins, qui se ressemblaient parfaitement d'ailleurs à l'extérieur, étaient les uns à jeun, d'autres en pleine digestion, d'autres à la fin de la digestion.

C'est à la suite de cette observation que je fis de nouvelles expériences qui me démontrèrent que toutes les variétés si grandes qu'on observe dans les urines des animaux herbivores, omnivores et carnivores, peuvent être ramenées à des conditions semblables. Chez les animaux à jeun, les urines sont comparables, parce qu'ils sont nourris de leur propre substance. Là est donc l'état normal ou physiologique d'où il faut partir. Et pour ne pas sortir de l'exemple que je cite, il est clair que si l'on veut trouver la loi des variations, que les influences alimentaires ou autres apportent dans la constitution des urines, il faudrait les rapporter à l'urine normale physiologiquement, et par urine normale il faudrait désigner non pas seulement l'urine d'un individu sain, mais celle d'un individu à jeun, et conséquemment soumis à des conditions physiologiques de nutrition aussi identiques que possible.

Si l'on néglige de remplir ces conditions d'identité physiologiques, on aura beau perfectionner les méthodes chimiques analytiques, trouver des procédés de mesure d'une plus grande sensibilité; toute cette rigueur chimique deviendra inutile si la condition organique propre au phénomène que l'on observe est restée indéterminée. Et n'est-ce pas là le cas, en effet, où nous nous trouvons pour les urines; nous possédons un grand nombre d'analyses très bien exécutées chimiquement, mais qui cependant nous ont encore appris peu de chose sur la loi des variations de composition de ce liquide, parce qu'on n'a pas eu pour point de départ

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 août 1858.

vous rendre un compte exact de ces fièvres étudiées loin de vous par les médecins étrangers, mais encore éclairer leur histoire à l'aide des faits plus ou moins semblables qu'il vous est donné d'observer dans les hôpitaux de Paris et sur les malades de la ville. Il vous sera facile de saisir les analogies et les différences qui existent entre les fièvres bilieuses nostras et celles des pays équatoriaux.

La fièvre bilieuse, dont il est spécialement question dans le mémoire de M. Dutrouleau, est une pyrexie continue, rémittente ou intermittente, caractérisée par la coloration ictérique de la peau et de toutes les humeurs du corps, par des évacuations gastro-intestinales de matière bilieuse, et par des hémorrhagies multiples dont l'intestin, l'appareil génito-urinaire et les fosses nasales sont plus particulièrement le siége. Quels que soient les lieux où règne cette fièvre, et quelle que soit son intensité, elle se reconnaît à une altération profonde de la sécrétion et de l'excrétion de la bile, et à une modification correspondante du sang qui se fluidifie et s'échappe de ses réservoirs naturels.

Elle paraît souvent avec le type intermittent, comme à Madagascar, ou d'une manière continue et seulement avec des rémissions jusqu'à la terminaison fatale. Un frisson intense en marque le début et l'on voit se développer presque en même temps les symptômes caractéristiques de la maladie.

L'accès fébrile s'accompagne de douleurs dans les membres, de courbature générale, de prostration des forces et de vomissements répétés et abondants, d'une bile verte semblable à la dissolution du bichlorure de cuivre dans l'eau. La peau acquiert une couleur jaune foncée à reflets rougeâtres; les sclérotiques offrent la même teinte et sont fortement injectées. L'urine se charge d'une quantité énorme de matière colorante jaune, et ressemble à du vin de Madère ou de Malaga; un peu plus tard, il s'y mêle des quantités parfois considérables de sang qui est fourni par les reins. Il ne saurait plus y avoir d'incertitude au sujet de la coloration pathologique de l'urine; les réactifs chimiques démontrent dans ce liquide la présence de la bile et des principaux éléments du sang.

La sensibilité des régions épigastrique et hypocondriaque droite est remplacée par des douleurs souvent vives dans les mêmes points et dans la partie qui correspond à la rate. On regrette de ne trouver ni dans le mémoire de M. Dutrouleau ni dans ceux qu'il a consultés l'indication des mesures du foie. Il serait d'une grande importance de savoir si l'altération de sécrétion de la glande hépatique s'accompagne d'un accroissement de volume et d'une congestion sanguine correspondante.

La gastricité n'est pas aussi prononcée qu'on pourrait le croire, en raison des phénomènes bilieux; cependant, la langue ne tarde pas à être salie par la bile et à offrir un enduit jaune ou verdâtre très épais. Les selles sont constituées fréquemment par des matières bilieuses tantôt jaunes, tantôt verdâtres.

A ces symptômes s'ajoutent, les jours suivants, des hématuries souvent copieuses et plusieurs fois répétées. Il est plus rare de rencontrer des vomissements de sang pur; ce liquide est noir, de couleur de suie et mêlé aux autres liqueurs gastriques. On peut dire qu'en général l'intensité et le nombre des hémorrhagies sont proportionnés à la violence de la fièvre bilieuse. Aussi les observe-t-on surtout dans la fièvre continue, lorsque le mal, après avoir débuté avec son cortége habituel de symptômes, précipite les sujets dans un état ataxo-adynamique promptement mortel. Elles sont plus fréquentes dans certains parages, à Madagascar et à la Pointe-à-Pître.

La fièvre bilieuse tropicale est de courte durée; elle guérit ou elle tue en un septénaire; plus rarement l'état ataxo-adynamique, dans lequel tombent les sujets, se prolonge jusqu'au douzième jour. Une des particularités les plus essentielles de cette fièvre est de revêtir la forme intermittente, rémittente ou continue. Dans le premier cas, elle est ordinairement légère, et les symptômes, tels que l'ictère, le vomissement bilieux, s'arrêtent pour se reproduire sous le type quotidien ou double tierce, en perdant de leur intensité. Si la fièvre s'aggrave, elle passe à la continuité, mais en déterminant des exacerbations très marquées dans les symptômes, et en donnant lieu à quelques phénomènes qui avaient manqué jusque-là, aux hémorrhagies, par exemple. La continuité parfaite n'existe pas dans cette maladie, et si l'on examine attentivement les faits relatés par les observateurs, on peut se convaincre aisément qu'à des époques qui n'ont rien de fixe, les symptômes prennent une remarquable intensité. Ce caractère est commun à toutes les maladies bilieuses, ainsi que nous le dirons plus loin.

L'anatomie pathologique est presque entièrement muette sur les lésions que présentent les sujets qui succombent à la fièvre bilieuse. M. Dutrouleau ne fournit par lui-même aucune donnée précise sur la nature des altérations cadavériques. Si le foie a paru congestionné, plus volumineux et plus brun qu'à l'état normal, on ne peut rien conclure de pareilles lésions, d'ailleurs fort mal étudiées. La rate est volumineuse, presque toujours diffluente, comme chez les sujets en proie à la cachexie paludéenne. On trouve les sinus veineux de la dure-mère congestionnés et dans le cerveau, la moelle et la tunique de l'intestin des hyperémies ou des infiltrations de sang. Ces désordres ne nous apprennent rien de nouveau; la symptomatologie nous avait enseigné tout ce qu'il importait de savoir sur le siége et la nature des altérations.

Une grande incertitude règne encore au sujet des causes cosmiques qui donnent naissance à la fièvre bilieuse des tropiques. Les parages dans lesquels les médecins de la marine l'ont plus spécialement observée sont Madagascar, le Sénégal, les îles de la Réunion, les Antilles, la Guyanne. Les documents que ces médecins ont rassemblés et qui servent de base principale au mémoire de M. Dutrouleau offrent, sans aucun doute, un très vif intérêt; mais les auteurs ne se sont pas suffisamment attachés à décrire les lésions ni les symptômes locaux qui correspondent au foie, à la rate. Ils inclinent à croire que l'intoxication paludéenne doit être considérée comme la cause cosmique la plus probable de la lésion sécrétoire du foie, et ils font remarquer que la maladie se manifeste de préférence dans les lieux qui sont habituellement ravagés par la fièvre intermittente. On se rappelle que Chervin avait consacré une grande partie de ses mémoires à prouver que la fièvre jaune des Antilles, comme les fièvres intermittentes, prend son origine dans les foyers marécageux. Sans chercher à résoudre cette question tant controversée, il nous est permis du moins, de rappeler que, pour la fièvre bilieuse tropicale, l'intervention du miasme paludique n'est pas indispensable, ainsi que le croit M. Dutrouleau. D'abord, il est obligé de convenir que la chaleur et l'humidité jouent un rôle considérable, et que la première influence ressentie par les Européens qui arrivent dans les contrées tropicales s'exerce sur le foie, dont les fonctions sont vivement excitées. Aussi voit-on cet organe devenir le siége de fréquentes altérations; et les diverses formes de congestion, l'hépatite aiguë, l'hépatalgie, les hypercrinies bilieuses sont autant d'affections qui témoignent de la toute-puissance du climat et de son action plus spéciale sur l'appareil biliaire. Enfin, pour citer des faits empruntés à la pathologie de la France, ne voyons-nous pas la chaleur et l'humidité de l'été, surtout certaines constitutions médicales, engendrer les fièvres bilieuses, l'ictère et tous les symptômes de la polycholie, d'une manière épidémique. L'ictère grave, que nous rapprocherons plus loin de la fièvre bilieuse, naît également au milieu des chaleurs de l'été, et tous les médecins qui observent dans les hôpitaux de Paris, savent que depuis plusieurs années le nombre des affections bilieuses s'est singulièrement multiplié. Enfin nous ajouterons comme argument irrécusable, que la fièvre bilieuse a été observée dans des localités exemptes de fièvre intermittente. L'augmentation de volume et le ramollissement de la rate qu'on a trouvés dans la fièvre bilieuse, se rencontrent également dans d'autres pyrexies, et d'ailleurs les sujets qui ont offert cette lésion avaient eu précédemment des accès de fièvre paludéenne; plusieurs même étaient en proie à une cachexie qui a pu les prédisposer à contracter la maladie. Il nous semble donc plus naturel d'admettre que les hautes températures, jointes à une grande humidité atmosphérique, peuvent à elles seules produire la fièvre bilieuse. On concevrait difficilement que le même miasme pût produire tantôt une fièvre bilieuse, tantôt une fièvre intermittente. Nous croyons que ce qui a pu en imposer aux auteurs et leur faire croire que la fièvre bilieuse était de la même nature, de la même famille que les fièvres intermittentes, c'est la marche et la forme des symptômes de la première de ces deux maladies. Il est nécessaire que nous nous expliquions nettement sur ce point essentiel et encore peu connu de la pathologie du foie.

Depuis que nous étudions avec soin les maladies du foie, nous avons observé que leurs symptômes, loin d'affecter une marche continue, comme dans les autres organes, étaient toujours intermittents. Cette intermittence peut être régulière et le phénomène revenir tous les jours, le soir particulièrement, presque à la même heure; tantôt sous le type quotidien, simple ou double, tantôt sous le type double tierce ou tierce. Ordinairement, l'apparition du phénomène n'a rien de périodique, de régulier, mais il vient encore le matin et surtout le soir, à peu près aux mêmes heures. Toutes les maladies du foie sans exception, depuis les plus aiguës, comme l'hyperémie, la phlegmasie, jusqu'aux plus chroniques, telles que la cirrhose, l'hypertrophie, les productions hétérologues et même les affections de l'appareil d'excrétion bilieuse, toutes ces maladies donnent lieu à des symptômes intermittents ou rémittents. Ce fait est si général, qu'on peut l'ériger en loi, et que, s'il fallait choisir entre la rate et le foie pour y placer la cause de l'intermittence, nous n'hésiterions pas à nous prononcer en faveur de ce dernier organe. Fièvre, douleurs hépatiques ou sympathiques dans d'autres régions, augmentation de volume de l'organe, vomissements, suffusion ictérique, et jusqu'aux exhalations séreuses dans le péritoine, tout est soumis, sans exception, à l'intermittence dans le cours des maladies du foie et de son appareil excréteur.

Un autre fait non moins général et tout aussi peu connu, c'est que plus l'affection hépatique est grave et sa marche aiguë, plus les symptômes, d'intermittents qu'ils étaient, tendent à devenir rémittents, puis continus. Les nombreuses observations de maladies du foie que nous avons rassemblées depuis plusieurs années nous permettent d'établir ces deux propositions d'une manière générale et absolue. Nous ajouterons qu'elles sont d'une grande importance pour le diagnostic. Il nous est arrivé plus d'une fois de reconnaître au moyen de l'intermittence des maladies hépatiques dont rien d'ailleurs ne pouvait faire soupçonner l'existence. Ce même type s'observe dans la fièvre bilieuse dont M. Dutrouleau nous a lu la description.

Cet auteur se demande si l'on ne doit pas attribuer les hémorrhagies à ce que les éléments principaux de la bile passent dans

---

un état physiologique bien déterminé. Or, je pense que c'est plutôt par la saine appréciation des conditions physiologiques de l'expérience que par le perfectionnement exclusif de sa partie chimique qu'on atteindra ce but, et c'est pour cela que j'insiste sur la nécessité absolue de rendre ces conditions physiologiques identiques.

Je vais actuellement, Messieurs, choisir un autre exemple et appeler votre attention d'une manière toute spéciale sur une condition physiologique peu connue et à peine mentionnée par les physiologistes, mais qui n'en est pas moins de la plus haute importance : je veux parler de l'énergie vitale que possède l'organisme individuel sur lequel on expérimente. Nous n'avons malheureusement pas d'instrument pour mesurer cet état, et nous ne pouvons l'apprécier qu'en disant que l'animal est plus ou moins vigoureux. Or, il faut savoir qu'il existe une très grande différence, au point de vue de l'expérimentation physiologique, entre un animal vigoureux et un animal affaibli ou languissant. Dans ces circonstances il est, en effet, certaines propriétés physiologiques qui non seulement perdent de leur intensité, mais il en est qui disparaissent complément pour l'observateur. Cette condition du degré de vitalité de l'animal sur lequel on opère est d'autant plus importante à mettre ici en relief, que très souvent, le plus ordinairement même, on sacrifie pour les expériences physiologiques des animaux malades et qui sont destinés à être abattus. C'est le cas des expériences qui se font généralement dans les Écoles vétérinaires et dans les équarrissoirs, où l'on opère souvent sur de vieux chevaux usés par la fatigue et les maladies.

L'affaiblissement organique de l'animal peut tenir, en effet, à des causes très variées : à des maladies, à l'abstinence prolongée, à l'emploi de procédés d'expérimentation qui produisent de trop grandes mutilations, etc.

A côté de cette débilitation acquise, les animaux présentent aussi, suivant l'espèce, la race, etc., des susceptibilités variées et des résistances individuelles à l'affaiblissement très diverses. J'ai vu des chevaux et des chiens qui, sous ce rapport, offraient des différences très grandes dans l'impressionnabilité de leur système nerveux. Ainsi la section du grand sympathique au cou détermine une suractivité de la circulation qui produit une sueur abondante dans le côté correspondant de la tête. Or, j'ai observé que chez les chevaux très sensibles, tels que les chevaux anglais, les percherons, la sueur arrive très vite et très abondante, tandis que chez les chevaux bretons, par exemple, dont le système nerveux paraît bien moins impressionnable, la sueur apparaît très tardivement et quelquefois pas du tout. Parmi les chiens, les chiens de berger, en général, sont remarquables par la résistance de leur système nerveux, tandis que certaines races de chiens de chasse ont une sensibilité telle, qu'on ne peut pas faire sur eux la moindre opération sans qu'il y ait un retentissement général qui amène à sa suite des troubles variés. Je rappellerai seulement ici ce qui arrive pour la fistule pancréatique. Chez les chiens de chasse, l'impressionnabilité du système nerveux trouble bientôt la sécrétion, l'animal vomit, le fluide s'altère, etc. Le chien de berger, au contraire, ne paraît presque pas s'apercevoir de l'opération; il continue à manger, la sécrétion continue à rester normale et on obtient des résultats tout différents de ceux qu'on avait obtenus sur le premier chien. Je pourrais citer beaucoup d'autres exemples qui montreraient tous que c'est en définitive à l'état d'impressionnabilité plus ou moins grande du système nerveux qu'il faut rattacher le plus grand nombre des variétés physiologiques individuelles; c'est elle qui donne aux chevaux et aux chiens leurs caractères physiologiques de races. Ces variétés d'impressionnabilité du système nerveux peuvent être innées et héréditaires; mais elles peuvent aussi être acquises et même accidentelles. On conçoit, avec des complications semblables, combien il est important de distinguer nettement les conditions de variabilité de chaque phénomène au lieu de confondre toutes ces variations dans ce que l'on appelle des moyennes; ce qui, pour le dire en passant, donne toujours en physiologie et en médecine des résultats absolument faux.

Les propriétés du système nerveux sont donc celles qui peuvent le plus varier sous l'influence de ces causes perturbatrices ou débilitantes. Ce n'est pas seulement dans les organismes élevés, où cette influence est capable d'imprimer des modifications variées à un certain nombre de phénomènes : cela s'observe même chez des animaux inférieurs. Tous ceux qui ont fait des expériences sur les nerfs et sur les muscles, chez les grenouilles, savent combien il est difficile de trouver des nerfs et des muscles comparables, et cela en raison de la vitalité plus ou moins grande de ces animaux chez lesquels on a pris les organes.

Nous vous avons montré dans le cours de l'année dernière, à propos de la sensibilité récurrente, que les résultats contradictoires qui avaient été obtenus s'expliquent facilement, quand on sait que, sur des animaux insensibles ou fatigués par l'opération, cette propriété nerveuse manque, et qu'elle est l'apanage exclusif des organismes vigoureux et sensibles. D'où il faut conclure que la condition organique de la sensibilité récurrente est la vigueur de l'animal; cette propriété disparaît toutes les fois que l'organisme est affaibli, soit par un état antérieur, soit par le fait même de l'opération. On comprend dès lors de quelle importance il est de recourir, dans ce cas particulier, à un procédé opératoire qui cause peu de délabrements.

Mais ce n'est pas seulement sur les phénomènes nerveux de sensibilité, en apparence plus fugitifs, que cette influence du degré de vitalité de l'animal dont nous venons de parler peut faire sentir son influence. Elle s'étend aussi, comme vous allez le voir par l'exemple suivant, à des phénomènes d'un ordre tout différent, et qui, au lieu d'altérer les fonctions de la vie de relation, modifient des phénomènes chimiques en apparence soustraits aux conditions vitales proprement dites.

(La suite prochainement.)

Recherches sur les fièvres paludéennes, suivies d'Études physiologiques et médicales sur la Sologne, par le docteur Edouard Burdel, médecin de l'hospice de Vierzon, etc. Un vol. in-18, Paris, 1858. Victor Masson, libraire. — Prix : 3 fr. 50 c.

Étude historique et clinique sur les **Eaux minérales de Néris**, par le docteur Maurin, médecin à Néris, etc. In-12. Prix : 3 fr. 50 c., rendu *franco* de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, Labé, libraire.

De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources, par Albert Puech, docteur-médecin. Paris, 1858, in-8°. — Prix : 3 fr.
Victor Masson, libraire, 17, place de l'École-de-Médecine.

De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse (maladie de Bright), par E. Lecorché, d.-m. (Thèse inaugurale). In-4°, Paris, 1858.

Étude sur la nature probable du choléra-morbus asiatique et sur son mode de transmission, par F. Fortina, d.-m. (Thése inaugurale). In-4°, Paris, 1858.

Relation médicale d'une campagne aux mers du Sud, par Ernest Berchon, d.-m., chirurgien de 1re classe de la marine impériale (thèse inaugurale). In-4°, Paris, 1858.

le sang. Frappés de la fréquence des hémorrhagies dans les maladies bilieuses, nous avons cherché si cette cause ne jouait pas le rôle principal dans leur production. L'analogie la plus puissante rend cette opinion très probable; mais il faudrait des analyses chimiques rigoureuses pour la mettre hors de doute. On peut croire que le foie, violemment troublé dans ses fonctions, ne sépare plus du sang certains éléments qui y restent, tandis que d'autres, tels que la matière colorante, en sont dégagés avec une rapidité extrême. Cette crase imparfaite du sang, dont Galien a si bien indiqué l'importance, doit amener une altération profonde du sang.

Il est impossible, en lisant la description de la fièvre bilieuse des contrées tropicales, de ne pas être frappé de la corrélation intime qui existe entre elle et l'ictère grave, dont les exemples semblent, depuis quelque temps, se multiplier dans les hôpitaux de Paris. Un coup d'œil rapide, jeté sur le tableau des symptômes, ne laissera aucun doute à cet égard.

Au milieu d'une santé parfaite, après quelques jours de prodrômes, marqués surtout par la courbature et la céphalalgie, viennent les signes de la gastricité, les douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre, et un ictère intense qui se forme rapidement. Les conjonctives sont jaunes et injectées; on croirait, au premier abord, que la maladie suivra ses phases ordinaires, comme dans l'ictère bénin; mais bientôt se manifestent des hémorrhagies par différentes voies, par les fosses nasales, l'intestin, et rarement par les organes génito-urinaires. Le malade ne rend qu'une minime quantité de sang par ces différents organes. Il s'établit un suintement sanguin par les gencives et la membrane muqueuse de la bouche. Les matières vomies sont mêlées parfois à un liquide brunâtre, couleur de suie, formé évidemment par du sang altéré. Il est rare que les malades en expulsent une grande quantité par les selles, encore moins par l'urine. Nous avons vu cependant, chez un jeune médecin grec qui échappa à la mort, le sang s'écouler ainsi, en quantité énorme, par l'urètre. Quelquefois des pétéchies nombreuses se développent çà et là sur le corps et les membres; il est rare que le sang s'extravase dans une étendue assez grande pour former de larges ecchymoses.

Les vomissements, peu abondants et de matières muqueuses, ne se manifestent que dans les premiers jours de la maladie; l'hypochondre droit et l'épigastre sont le siége de douleurs vives, spontanées, et augmentant par la pression et la percussion. Celle-ci ne révèle aucun changement appréciable dans le volume du foie. L'urine, d'un jaune foncé, renferme une grande quantité de matière colorante que l'acide nitrique met en évidence.

L'ictère grave s'accompagne d'une fièvre modérée, plus intense chaque soir, non précédée d'un frisson, mais souvent suivie de moiteur; le ventre un peu tendu et météorisé; le corps disposé à se refroidir, surtout aux mains et aux pieds qui se cyanosent. L'intelligence, longtemps conservée, s'affaisse dans les derniers jours, lorsque le sujet tombe dans un état adynamique et dans le coma, rarement interrompu par quelques convulsions finales.

En présence de ce tableau sinistre des symptômes propres à l'ictère grave, on croit voir reproduits les traits principaux et caractéristiques de la fièvre bilieuse intertropicale. Les symptômes les plus essentiels, l'ictère et les hémorrhagies, se retrouvent dans l'une et l'autre affection. La seule différence consiste dans le vomissement qui est plus rare, et ne donne point lieu à ces évacuations d'une quantité énorme de bile verte, porracée, qu'on observe chez les malades atteints de fièvre bilieuse.

Les altérations anatomiques ne diffèrent pas notablement dans les deux cas. La texture du foie n'est pas sensiblement modifiée; on rencontre également des ecchymoses, des congestions dans les principaux viscères, de la sérosité infiltrée dans la pie-mère, et quelquefois du sang épanché en caillots entre les membranes qui tapissent la cavité du crâne.

Il nous serait donc difficile d'établir une ligne de démarcation entre la fièvre bilieuse des pays chauds et l'ictère grave. Ils nous paraissent être les deux formes d'un même type pathologique auquel il serait possible encore de rattacher la fièvre jaune endémique des Antilles. M. Dutrouleau a bien compris qu'une affinité très grande rattachait les unes aux autres ces trois entités morbides; il a donc cherché à établir les caractères différentiels qui les séparent, et, malgré les soins qu'il a apportés à cette étude, nous ne pensons pas qu'il ait réussi. Sans doute, la violence des hématémèses, des hématuries et des hémorrhagies intestinales fait aisément reconnaître la fièvre jaune des Antilles; mais ces symptômes et d'autres encore ne diffèrent de ceux qu'on observe dans la fièvre bilieuse que par le degré. Il y a des fièvres jaunes légères qui ressemblent tout à fait à des fièvres bilieuses intenses de Madagascar et de la Pointe-à-Pitre.

En Algérie, les rémittentes bilieuses ne diffèrent pas de la fièvre intertropicale; et les derniers travaux publiés par les médecins français qui résident à Rome depuis notre occupation, renferment la relation intéressante d'une fièvre bilieuse grave qui est identique à celle des contrées intertropicales, et par conséquent à l'affection qu'il nous est aussi donné d'observer dans les hôpitaux de Paris.

Il faut renoncer à faire cesser la confusion qui existe encore dans l'histoire des fièvres rémittentes bilieuses endémiques dans un grand nombre de contrées de l'Amérique du Nord, au Bengale, dans l'Inde et ailleurs. Ces fièvres ne sont le plus ordinairement que des fièvres paludéennes pernicieuses, et plus ou moins rapidement mortelles, en raison de la violente congestion qui se fait dans le foie. L'efficacité du sulfate de quinine prouve que telle est bien la nature de ces fièvres dites bilieuses. Dans nos contrées, les faits se produisent de la même manière; il n'est pas un seul pays marécageux où l'on n'observe, à certaines époques de l'année, des fièvres pernicieuses accompagnées d'ictère et d'hémorrhagies semblables à ceux qu'on rencontre dans la fièvre bilieuse; mais ces deux entités morbides sont tout à fait distinctes l'une de l'autre.

M. Dutrouleau partage cette opinion. Cependant, il croit que la fièvre bilieuse est due à l'infection palustre, et dirige contre elle le sulfate de quinine qu'il considère comme le meilleur et le plus sûr de tous les remèdes. Il conseille d'aider son action par l'emploi des émétiques et des purgatifs; il n'accorde qu'une médiocre confiance au calomélas, qui a été tant vanté par les médecins anglais. Les applications d'eau glacée sur le ventre et des sinapismes sur les membres, concourent à assurer le succès de la médication évacuante à laquelle M. Dutrouleau a recours.

Nous regrettons vivement, avec l'auteur du mémoire, qu'il n'ait pas eu à sa disposition des documents plus précis et surtout des faits observés et recueillis par lui-même. Il a été trop souvent contraint de consulter des ouvrages dénués de précision et dans lesquels on chercherait vainement les éléments nécessaires pour élucider tout ce qui se rattache à l'étude de la fièvre bilieuse. Toutefois, le mémoire de M. Dutrouleau, fait avec soin et préparé à l'aide d'observations qui lui sont propres, nous paraît devoir lui mériter le titre de membre de la Société de médecine des hôpitaux de Paris. Votre commission vous propose en outre d'insérer ce travail dans la collection de ses mémoires.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le docteur HARDY.

HERPÈS GUTTURAL (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE) ET OPHTHALMIE DUE A L'HERPÈS DE LA CONJONCTIVE;

Observation recueillie par M. A. MOTTET, interne du service.

Un travail récent de M. le docteur Gubler, vient de fixer l'attention sur des faits qui, pour n'être pas inconnus, étaient du moins assez souvent mal interprétés. Nous avons pu recueillir à l'hôpital St-Louis, dans le service de notre excellent maître, M. le docteur Hardy, une observation qui rentre complétement dans le cadre de M. Gubler. Nous avons été assez heureux pour suivre la maladie presque depuis son début. Nous avons assisté à son évolution, nous avons vu se succéder les plaques herpétiques qui naissaient et disparaissaient sous nos yeux, et il nous a été facile de distinguer :

1° Une période prodromique, état général de malaise précédant l'apparition des vésicules caractéristiques;

2° Une période d'envahissement successif des muqueuses et de la peau;

3° Une période de déclin.

Nous avons cru intéressant de publier cette observation, et nous avons tâché de la recueillir aussi complète que possible.

Voici les faits :

Le 31 mars 1858, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 22, dans le service de M. le docteur Hardy, le nommé Tranchard, ouvrier lunetier, âgé de 17 ans.

Ce jeune homme, bien constitué, d'un tempérament un peu lymphatique, habituellement très bien portant, fut pris, le 25 mars, de malaise, d'inappétence, de céphalalgie et de courbature. Il n'en continua pas moins à travailler le lendemain, mais la céphalalgie augmenta, le malaise fut plus grand encore que la veille, un mouvement fébrile s'établit à la suite d'un frisson de courte durée; le malade fut obligé de garder le lit; il ne put se lever les deux jours suivants; enfin, éprouvant de la difficulté à avaler, le 30 au soir, souffrant de plus en plus de céphalalgie, les yeux rouges et larmoyants, il se présenta le 31 à la consultation.

Voici ce que nous constatâmes le 1er avril, à la visite du matin :

État général de malaise et d'abattement; peau chaude, sans sécheresse; pouls à 100; langue blanche et large, saburrale; céphalalgie intense accusée par le malade.

Les paupières sont gonflées; elles peuvent toutefois s'écarter facilement; alors on aperçoit la conjonctive oculaire d'un rouge foncé, très injectée; la conjonctive palpébrale nous présente à sa surface une exsudation d'un blanc grisâtre qui ne l'a point envahie tout entière; elle existe par places, et çà et là de petits points gris disséminés.

Les lèvres sont doublées de volume depuis la veille au soir, nous dit le malade; elles sont arquées exactement comme celles du nègre, et elles sont recouvertes d'une véritable croûte noirâtre, fendillée en différents points, et laissant au plus léger contact s'écouler du sang par des crevasses. Aux angles, et surtout à gauche, existe l'herpès labialis le plus caractérisé qu'on puisse jamais voir. Un groupe de vésicules s'étale de la commissure vers l'aile du nez du côté gauche; il déborde un peu en bas.

La bouche ouverte et la langue abaissée, on constate un gonflement notable de toutes les parties constitutives de l'isthme du pharynx. La luette, flottante, est doublée de longueur, et elle est enveloppée par une exsudation grisâtre qui s'irradie à droite et à gauche sur la face antérieure du voile du palais. Les deux amygdales, dont le volume est augmenté, mais dans des proportions assez limitées, sont aussi recouvertes de la même production, et les piliers antérieurs du voile se présentent avec le même aspect; la couche plastique n'est pas uniformément étalée dans tous ces points, elle présente des bords irréguliers, des dentelures; en examinant la face interne des joues, nous trouvons la même disposition.

Mais là ne se bornaient pas tous les désordres; le malade nous dit qu'il souffre de la verge; et, en effet, sur le dos de la verge, sur le prépuce, sur le gland, sur le scrotum, nous trouvons une multitude de vésico-pustules à des degrés divers. Les unes sont ulcérées, les autres sont recouvertes de croûtes, d'autres enfin sont entières. Le prépuce, très tuméfié, ne laisse apercevoir qu'une partie du gland; et l'ouverture du canal, sur les lèvres de laquelle on peut compter une dizaine de petites vésicules excessivement fines, ayant à peine le volume d'un demi-grain de millet.

Le scrotum est remarquable par l'aspect tigré qu'il a revêtu; ici, ce sont des squames, là des ulcérations superficielles, là des taches violacées. La maladie, à diverses périodes, s'y montre dans toute sa netteté.

Aux cuisses et au bras gauche des plaques isolées.

Prescription : Une bouteille d'eau de Sedlitz, limonade tartrique, quatre bouillons.

Le lendemain, 2 avril, la fièvre persiste (100 pulsations). Moins de céphalalgie toutefois. La langue est couverte d'un enduit grisâtre qui s'enlève facilement; sur les bords, il est facile de voir des plaques qui semblent formées par des débris d'épithélium. Le même aspect se présente au voile du palais. L'état des conjonctives est le même que la veille.

A la verge se montre une nouvelle poussée de vésicules; le prépuce est énormément tuméfié; le scrotum, couvert d'ulcérations superficielles, est le siége d'une exhalation séreuse abondante. On le saupoudre de fleurs d'amidon, et on l'isole de la verge avec de la ouate.

Sur les cuisses, on voit là des croûtes, plus loin des vésicules affaissées, disparaissant par résolution. — Limonade tartrique, bouillons.

3 avril. Moins de fièvre, mais la bouche, le pharynx sont plus sensibles au contact des liquides. On voit à la face interne des joues des plaques nouvelles; le voile du palais est plus rouge, et sur les piliers antérieurs la production pseudo-membraneuse est très évidente. Limonade tartrique, gargarisme avec l'eau de guimauve, potages.

6 avril. L'état général est très satisfaisant. Pas de fièvre, appétit, moins de douleurs provoquées par la déglutition. Les joues, le voile du palais se détergent : toute la maladie semble s'être concentrée sur la verge. Une poussée nouvelle l'a envahie, le prépuce est énormément tuméfié. Le scrotum va beaucoup mieux; il n'y a plus que de rares vésicules; son aspect tigré est très remarquable. Une portion.

8. Amélioration très notable. Dans la bouche, on ne trouve plus que des ulcérations superficielles en voie de cicatrisation. A la face interne de la joue gauche, un dépôt plastique sous-épithélial, grisâtre, est la seule place où la maladie revête encore son caractère spécial. Mais il est apparu depuis la veille une nouvelle éruption sur les membres, et surtout sur les bras. Ce sont des plaques érythémateuses qui, au premier abord, ressemblent à l'herpès circiné. — Deux portions.

10. Les plaques érythémateuses s'affaissent et pâlissent; la bouche est dans un état excellent; la verge est beaucoup mieux, mais les ulcérations n'ont pas complétement disparu. — Trois portions.

12. Le malade est guéri; il n'y a plus aujourd'hui que deux plaques d'herpès sur la cuisse gauche, rien aux lèvres, ni aux joues, ni au pharynx.

19. La guérison est complète.

21. Sortie de l'hôpital.

BIBLIOTHÈQUE.

GUIDE MÉDICAL A L'USAGE DES EMPLOYÉS DE CHEMINS DE FER;

Par le docteur BISSON,

Médecin principal du chemin de fer d'Orléans.

L'industrie des chemins de fer a jeté dans la balance commerciale et dans les relations sociales des perturbations qui éclatent à tous les regards. L'esprit se demande, en considérant les légions d'hommes occupés sur les voies ferrées, si ces perturbations de l'ordre économique n'ont pas quelque retentissement sur la santé de ces employés. Quel mouvement et quelle variété d'occupations l'œil ne découvre-t-il pas sur ces rails-routes créés par la science moderne? Çà et là, on voit échelonnés des pionniers appelés *poseurs*, dont les fonctions consistent à entretenir les lignes ferrées dans un état toujours convenable; à certains intervalles, des *aiguilleurs*, dont la mission est d'opérer un changement de voies; à chaque gare, des hommes d'*équipe* chargés de la manœuvre des wagons, du chargement et du déchargement des colis; des *directeurs*, des *surveillants* de nuit et de jour pour diriger et contrôler ces divers travaux. Sur les trains en marche, on aperçoit des *chauffeurs* et des *mécaniciens* montés sur les machines pour les alimenter de combustibles et diriger leur marche; des *conducteurs* postés dans leur haute guérite, à l'avant et à l'arrière de chaque convoi, afin d'en modérer la vitesse à un moment donné. Voilà autant d'occupations essentielles, obligatoires, sur tout chemin de fer en activité. Or, ces travaux exercent-ils sur les hommes qui s'y livrent un caractère particulier de nocuité? Le Manuel dont j'ai à entretenir le lecteur répond à cette grave question, qui devient de plus en plus pressante, puisque les rails-ways, dans leur extension continuelle, arrivent chaque jour à augmenter le nombre de leurs employés. Toutefois, avant de pénétrer dans l'étude de ce petit livre, il importe de dire quelques mots sur les circonstances qui l'ont fait mettre au jour.

Le gouvernement Russe, comprenant la nécessité des transports rapides d'hommes et de marchandises, et cherchant à mettre l'Empire Moscovite à l'unisson des puissances occidentales, décréta, en 1856, l'établissement d'un immense réseau de chemins de fer. Mais, avant de commencer les travaux, l'administration Russe eut recours aux lumières de nos ingénieurs et fit appel à la science médicale de notre pays. C'est à la Compagnie d'Orléans, la plus ancienne et la plus célèbre, que l'étranger s'adressa; à M. le docteur Bisson, médecin en chef de cette grande Société, incombait de droit la solution des questions afférentes à l'hygiène et à la médecine. Il s'en acquitta avec le savoir et la droiture que nous lui connaissons. Une fois le programme rempli, la Compagnie, dont il dirige le service médical depuis vingt ans, a voulu, dans sa sollicitude toute paternelle, livrer ce travail à l'impression pour en faire le *vade mecum* de ses employés. Voilà l'origine de ce petit livre, modeste dans la forme, mais, au fond, riche des plus utiles renseignements.

L'auteur divise son traité en quatre parties : 1° hygiène générale; 2° maladies et accidents auxquels sont sujets les employés des chemins de fer, moyens de s'en préserver; 3° instruction sur les premiers secours à donner avant l'intervention du médecin; 4° formulaire indiquant les médicaments à mettre en usage avant l'arrivée de l'homme de l'art.

Cette coupe de l'ouvrage est bonne et répond parfaitement à l'esprit

du livre. Mais ici, comme partout, les divisions apportent avec elles quelque chose d'arbitraire. Ainsi, la première partie du *Guide médical* se trouve écourtée, manque de développements; tandis que la dernière, la moins importante, a pris sous la plume de l'auteur une extension trop considérable. Pour ma part, je considère comme un présent funeste fait au public la notion forcément incomplète des divers médicaments qui composent la thérapeutique. Impuissants, en effet, à déterminer les circonstances où l'emploi de ces agents est utile, les hommes du monde ne peuvent en faire qué de fausses et pernicieuses applications. Si j'avais eu à traiter un pareil sujet, je me serais borné à des considérations générales sur le traitement des plaies, sur les moyens propres à arrêter les hémorrhagies, soit naturelles, soit accidentelles, sur les agents à connaître et sur les procédés à suivre pour combattre la syncope, l'asphyxie, les convulsions. Les seuls médicaments qui m'auraient paru devoir mériter une description particulière, auraient été ceux que contiennent les boîtes à secours. Si M. Bisson en a jugé autrement, c'est qu'il part évidemment d'un point de vue différent de celui que j'expose. Au reste, la composition d'un Manuel, si facile en apparence, présente au fond de grandes difficultés. Dans une monographie, l'auteur fait entrer tout ce qu'il sait sur la matière; mais, dans un Abrégé général, il est forcé d'étendre ses connaissances sur un lit de Procuste, de supprimer tout ce qui n'est pas essentiel, pour ne conserver que ce qui est indispensable à l'entente du sujet. Or, ce choix et cette distribution sont toujours chose dé'icate et difficile.

Dans son premier chapitre, M. Bisson insiste, avec raison, sur l'importance de la boissson qu'il a introduite dans la Compagnie du chemin de fer d'Orléans. Voici la composition de ce liquide :

Eau ordinaire.	50 litres.
Infusion de café.	1 litre 1/2.
Eau-de-vie ou rhum . . .	1 litre 1/2.
Sucre.	750 grammes.

A la modicité du prix, cette boisson joint des qualités essentielles de sapidité; elle plaît au goût, étanche la soif, et ne produit aucune pesanteur d'estomac, même si on en boit avec excès. Son usage a prévenu bien des maladies inflammatoires chez les hommes d'équipe avides de boissons froides après de grands travaux, et bien des maladies intermittentes chez les employés de la voie qui travaillent dans des pays marécageux. Toutefois, l'auteur me paraît avoir exagéré les propriétés réelles de ce liquide. Comme le père qui idolâtre son enfant, M. Bisson a cru trouver dans la boisson qu'il a fait adopter au chemin de fer, des qualités qu'il faut considérer comme illusoires. Ainsi, à la page 63, il dit : « Le café est un *antidote* de la fièvre (intermittente) et un préservatif de cette maladie. » Non; jusqu'ici, il n'y a que le quinquina qui soit l'antidote réel des fièvres d'accès. Le café noir n'est qu'un modificateur du système nerveux, apte à rendre les organes moins accessibles aux influences miasmatiques; mais il ne peut être considéré comme un succédané de l'écorce du Pérou. Et malgré toutes les tentatives faites pour trouver des succédanés au quinquina, il reste toujours le médicament par excellence à opposer aux fièvres paludéennes. Plus loin, du reste, M. Bisson lui-même le reconnaît. A l'article *Traitement* de la fièvre intermittente, l'honorable médecin en chef de la Compagnie d'Orléans trace les préceptes les plus judicieux pour son administration. Au lieu de fractionner les doses de sulfate de quinine, comme le font encore un grand nombre de médecins, il recommande, avec raison, d'administrer ce sel à doses fortes, non fractionnées, et à la fin de l'accès, suivant la méthode de Talbot.

En parcourant les pages où sont décrits les accidents et les maladies auxquels sont exposés les divers employés des chemins de fer, on reconnaît aussitôt que l'auteur est versé jusque dans les plus petits détails du service si compliqué des rails-ways. Aux hommes occupés dans les ateliers, comme aux employés de l'exploitation, de la voie et de la traction, il serait difficile de formuler des conseils marqués au coin d'une plus saine observation. Les homme d'équipe, si exposés à recevoir des blessures devraient, pour s'en préserver, lire ce *Guide médical,* comme le militaire consulte sa *théorie.*

Il ne faudrait pas croire que les maladies qui atteignent les employés des chemins de fer revêtent des caractères tout spéciaux. Au contraire, toutes les affections auxquelles ils sont exposés rentrent dans le cadre général de la pathologie. Ainsi, les employés de bureau sont sujets aux maladies qui frappent plus particulièrement les personnes adonnées à des occupations sédentaires; les poseurs de la voie aux désordres morbides résultant de brusques variations de température. Les hommes occupés dans les ateliers des chemins de fer n'ont qu'à redouter les maladies inhérentes à leur profession. Ceux qui travaillent le plomb et le cuivre ont à craindre les affections qui résultent de l'intoxication par ces métaux. Les monteurs, les ajusteurs, les forgerons, les frappeurs, les chaudronniers, les menuisiers sont exposés à des blessures en rapport avec les instruments et le métal qu'ils manient. Mais ces maladies ne présentent ici aucun caractère spécial, et ne méritent pas une place à part dans le cadre de la nosologie générale. Cependant, dans ces derniers temps, M. le d[r] Martinet, d'une part, et M. le d[r] Duchesne, de l'autre, ont cru voir, chez les mécaniciens et les chauffeurs employés sur le chemins de fer, une maladie particulière du système nerveux central. Au dire du premier de ces médecins, les hommes qui montent sur les machines maigrissent peu à peu, leur faculté génératrice s'éteint, leur corps devient agité de soubresauts, de convulsions, et progressivement leur intelligence arrive à se détériorer. L'inspiration de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique s'échappant du foyer de la locomotive, serait, d'après M. Martinet, la cause de ce désordre morbide. D'après M. Duchesne, au contraire, l'altération du système nerveux dépendrait du mouvement de trépidation qu'éprouvent ces employés appelés, par leurs fonctions, à rester constamment debout sur les machines. Les symptômes notés par lui consisteraient en douleurs sourdes et continues dans les os et les articulations des membres inférieurs avec sentiment de faiblesse et d'engourdissement progressif. M. Bisson, dont l'esprit sévère n'est pas enclin à s'égarer dans les nuages de la théorie pure, a protesté contre les assertions de ces auteurs. Il a démontré, preuves en main, que les mécaniciens et les chauffeurs sont, avec les poseurs de la voie, les employés dont la santé est le moins souvent altérée, tandis que ce sont les veilleurs de nuit et les conducteurs garde-freins dont l'hygiène est le plus souvent compromise, et il est facile d'en trouver la cause dans leurs occupations spéciales. Dès leur naissance, les hommes s'habituent à veiller le jour et à dormir la nuit. Ce n'est pas sans violence et sans lutte qu'ils parviennent à rompre cette chaîne d'habitudes, à intervertir complétement les époques de sommeil et de veille. Quelques-uns même ne peuvent arriver à vaincre cet empire de la nature. Au reste, en examinant attentivement les veilleurs de nuit, on voit que la plupart présentent un teint pâle; ils accusent souvent un défaut d'appétit, de la lassitude, et parfois un sentiment d'horripilation. Quant aux conducteurs garde-freins, ce sont ceux qui sont le plus souvent affectés de douleurs névralgiques, d'angines, de bronchites, etc., c'est-à-dire de maladies qui naissent sous l'impulsion du froid, sous l'influence de brusques changements de température. En hiver, le caban dont ils se revêtent préserve le tronc, les membres supérieurs et les cuisses des influences du froid; mais, en temps de neige ou de pluie, les pieds et les jambes restant à découvert, n'ont pas pour se chauffer ces plaques de fer sur lesquelles s'appuient les chauffeurs et les mécaniciens. Évidemment, le meilleur moyen d'éviter le refroidissement des membres inférieurs, serait l'usage, en hiver, de tabliers en cuir semblables à ceux qu'emploient les conducteurs de diligences. Tôt ou tard cette mesure sera adoptée par les administrations des chemins de fer très soucieuses, quoi qu'on en ait dit, de la santé de leurs employés.

Telles sont les réflexions générales suggérées par la lecture du petit livre de M. le docteur Bisson. En parcourant ces pages écrites par le médecin en chef de la compagnie d'Orléans, on y sent un parfum d'honnêteté qui attire le lecteur. Le style en est simple, clair, sans étalage de rhétorique. On voit que l'auteur a moins cherché à briller qu'à être utile; c'est plutôt le praticien qui parle que le théoricien qui dogmatise. Heureuses les administrations qui savent s'entourer d'hommes chez lesquels on trouve unie à une compétence incontestable cette haute probité qui double le mérite! Sur quelques parties de son œuvre, on peut varier d'opinion avec M. Bisson, mais il est impossible d'en contester l'opportunité et la valeur pratique.

D[r] A. Chapelle.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 juillet. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — Correspondance : hommage, par M. Hardy, de ses *Leçons sur les maladies de la peau.* — Rapport de M. Monneret sur le mémoire de M. Dutrouleau, intitulé : *Fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux.* Discussion: MM. Aran, Barth, Vigla, Becquerel. — Mémoire sur les *hématocèles péri-utérines,* par M. Gallard.

M. Bouchut, à propos du procès-verbal relatif à la communication de M. Sée sur les éruptions dans le croup, demande à dire quelques mots relativement à un fait qu'il a observé depuis la dernière discussion. Ayant eu à opérer un enfant atteint de croup, il a vu survenir, dès le lendemain de l'opération, une éruption semblable à celle décrite par M. Sée, et qui a persisté plusieurs jours. Il a noté à la suite une desquamation manifeste, puis de l'œdème avec albumine dans les urines; c'était donc une véritable scarlatine qui avait, avec la trachéotomie, plutôt un rapport de coïncidence que de causalité.

M. Sée rappelle que précisément il s'appuie sur les détails, comme M. Bouchut le fait dans ce cas, pour distinguer son éruption de la scarlatine.

— M. Harny fait hommage à la Société de ses *Leçons sur les maladies de la peau,* professées à l'hôpital Saint-Louis, et rédigées par M. le docteur Moysant.

— M. Monneret lit, au nom de MM. Hervez de Chégoin, Legroux et au sien, un rapport sur le mémoire de M. Dutrouleau *Sur les fièvres bilieuses graves des pays chauds.* (Voir plus haut article *Pathologie.*)

M. Aran demande si le travail de M. Dutrouleau est un résumé des travaux qui ont été publiés sur la fièvre bilieuse grave des pays chauds, ou bien s'il contient des observations personnelles, et si l'auteur a observé par lui-même.

M. Barth répond à M. Aran que M. Dutrouleau a observé la maladie dans quelques contrées, et qu'il a rapproché ce qu'il a vu des relations qui ont été publiées.

M. Aran : Ma question a pour but de m'éclairer sur un point de pathologie qui n'est pas résolu, l'analogie de l'ictère grave et de la fièvre bilieuse des pays chauds. Nous ne sommes pas très avancés en France sur la nature de l'ictère grave; et c'est précisément parce que M. Monneret s'est beaucoup occupé des maladies du foie, que je voudrais connaître son opinion.

Il y a sur l'ictère grave deux manières de voir; deux écoles. Dans l'une, l'ictère s'accompagne d'accidents nerveux et d'hémorrhagies, le foie conserve son volume et ses cellules : c'est notre *ictère grave;* dans l'autre, il y a suppression de la sécrétion biliaire par la destruction des cellules : c'est l'affection désignée sous le nom d'*atrophie aiguë du foie* par Rokitansky. Je voudrais savoir de M. Monneret s'il ne s'agit pas, dans la fièvre bilieuse des pays chauds, décrite par M. Dutrouleau, de la dernière de ces affections.

M. Vigla pense que, dans les deux catégories de faits auxquels M. Aran fait allusion, il s'agit d'une même maladie, dans laquelle on a seulement signalé en Allemagne une lésion particulière. C'est donc simplement une interprétation anatomique différente.

M. Aran : Les faits d'ictère grave décrits en France et en Allemagne diffèrent essentiellement. D'abord, relativement à la lésion du foie, MM. Bamberger et Frerichs ont décrit, dans les faits qu'ils ont observés, une réduction telle du volume du foie, qu'il était diminué des deux tiers, et que l'organe ne se voyait pas au premier moment de l'ouverture du corps; de plus, ils ont vu que cette atrophie tenait à la disparition des cellules sécrétantes. Enfin, la mort a été la terminaison constante de la maladie. Dans l'affection observée par les médecins français, la guérison peut survenir. Ce n'est donc pas la même maladie; du moins, il est permis d'en douter, et c'est ce qui me fait demander une explication.

M. Monneret : Il ne saurait y avoir aucune analogie entre l'ictère avec atrophie du foie des Allemands et notre ictère grave, ni même avec la fièvre bilieuse des pays chauds, qui est une affection qui dure six à huit jours ou deux septénaires au plus, qui se termine par la guérison aussi bien que par la mort, et dans laquelle le foie n'est nullement diminué de volume. J'ai vu un cas d'ictère grave, dans lequel les cellules du foie étaient intactes; l'affection ne dura que six jours, et fut suivie de mort après l'apparition d'une parotide, comme dans la fièvre jaune.

M. Becquerel : Depuis deux ans, j'ai observé trois faits d'ictère grave, tous trois suivis de mort. Le foie était légèrement atrophié, et l'atrophie portait sur les cellules, ainsi que j'ai pu le constater avec M. Vulpian, dont vous connaissez tous l'habileté à manier le microscope. Je suis cependant porté à penser que cette atrophie peut guérir; il peut se faire une rénovation des cellules du foie, de même que pour les cellules épithéliales des *tubuli* des reins dans la maladie de Bright.

— M. Gallarn lit un mémoire *sur les hématocèles péri-utérines spontanées,* à l'appui de sa candidature comme membre associé.

Sont nommés commissaires : MM. Bourdon, Moutard-Martin et Béhier, rapporteur.

Le secrétaire, D[r] Woillez.

COURRIER.

Par arrêté en date du 23 août 1858, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont :

Professeur titulaire de clinique interne, M. Tixier-Courbayre, professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Lavort, décédé.

Professeur titulaire de matière médicale, M. Imbert-Gourbeyre professeur suppléant, en remplacement de M. Pourcher, décédé.

Professeur titulaire d'anatomie et de physiologie, M. Nivet, professeur adjoint du même enseignement.

Professeur adjoint de pathologie interne, M. Bourgade, docteur en médecine, en remplacement de M. Peghoux, décédé.

Professeur adjoint de pathologie externe, M. Boudant, docteur en médecine, en remplacement de M. Tixier-Courbayre, promu à d'autres fonctions.

Professeur suppléant, M. Auclerc, docteur en médecine, en remplacement de M. Imbert-Gourbeyre, nommé professeur titulaire.

— Nous apprenons que M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin du ministère de l'Algérie et des colonies.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 106. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 7 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, nº 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

On lit dans le *Moniteur* du samedi 4 septembre 1858 :

« Par décret en date du 31 août dernier, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'État de l'intérieur, M. Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de S. M. l'Empereur, président du Comité consultatif d'hygiène de France, a été nommé président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. »

« Le ministre de l'intérieur,

» Sur le rapport du chef du cabinet ;

» Vu les propositions de la commission supérieure d'encouragement et de surveillance des Sociétés de secours mutuels ;

» Vu le décret organique du 26 mars 1852 sur les Sociétés de secours mutuels,

» Arrête :

» Art. 1er. Sont approuvés, tels qu'ils sont annexés au présent arrêté, les statuts de la Société de secours mutuels établie à Paris sous la dénomination d'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

» Art. 2. La Société dénommée en l'article précédent jouira des droits et priviléges accordés par le décret du 26 mars 1852.

» Art. 3. Les statuts et règlements de la *Société centrale* seront soumis à notre approbation.

» Les statuts et règlements des *Sociétés locales* seront soumis à l'approbation du préfet du département dans lequel les Sociétés seront établies.

» Les uns et les autres ne pourront déroger en rien aux statuts de l'Association générale.

» Art. 4. Le chef du cabinet est chargé de l'exécution du présent arrêté.

» Fait à Paris, le 31 août 1858.

« DELANGLE. »

Nous nous bornons aujourd'hui à faire connaître ces bonnes nouvelles à nos lecteurs. Très prochainement, les Statuts de l'Association générale, tels qu'ils ont été approuvés, seront adressés aux journaux de médecine. Quant à ce qui nous concerne, nous en accompagnerons la publication de quelques réflexions.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Bonnet, de Lyon, expose devant la Société sa méthode du redressement immédiat des membres atteints de coxalgie.

Après quelques observations de M. Bouvier, relatives aux opinions anciennement émises par le chirurgien de Lyon et qui lui paraissent en désaccord avec ses opinions actuelles, M. Marjolin demande à quelle époque de la maladie il faut employer le moyen de redressement ; est-ce dans la période aiguë ou chronique ? En entendant M. Bonnet, on pourrait croire que la coxalgie est une des maladies les plus bénignes ; ce n'est point l'avis du chirurgien de l'hôpital Ste-Eugénie, qui la regarde au contraire comme très grave ; il insiste donc pour savoir l'époque à laquelle il faut agir. Lorsque la nature a fait un pas vers la guérison, faut-il la troubler ? Lorsqu'il se produit une ankylose osseuse, que faut-il faire ? Il semble à M. Marjolin que l'on doit la respecter, dans la crainte de rappeler des accidents qui pourraient avoir pour le malade les conséquences les plus funestes.

M. Bonnet répond que le redressement immédiat des coxalgies convient surtout à l'enfance et à la jeunesse. Avant la douzième année, il offre des chances presque certaines de succès, à moins que l'on n'ait affaire à des déformations datant de plusieurs années, et accompagnées de trajets fistuleux nombreux et cicatrisés.

M. Bonnet conseille de respecter les ankyloses osseuses, ainsi que les difformités qui s'accompagnent de vastes abcès froids. Il n'opère le redressement que si ces contre-indications n'existent point, et cela aux deux périodes ; c'est à la période aiguë qu'il a appliqué pour la première fois la méthode, et il conclut que le redressement et l'immobilisation sont le meilleur moyen de traitement que l'on puisse opposer à la marche de la maladie. Dans l'état chronique, chez les enfants chez lesquels il trouve quelque trace de mobilité, il entreprend l'opération du redressement.

Il est vrai que la fixation du bassin, la rupture de l'ankylose, les sections sous-cutanées, peuvent être indispensables ; mais avec tous ces moyens, et souvent même sans y recourir, on peut ramener le membre inférieur, au moins en très grande partie, dans une bonne direction. Ainsi, pour ne parler que des opérations pratiquées dans les quatre mois qui viennent de s'écouler, M. Bonnet a tenté huit fois le redressement immédiat des coxalgies.

Sur ces huit opérations, une seule est restée sans résultat ; elle a été faite chez un jeune homme de 17 ans, dont la cuisse était pliée à angle droit depuis trois ans. Dans les sept autres cas, le redressement immédiat a été à peu près complet.

Si la proportion des réussites a été ainsi de sept sur huit, dit M. Bonnet, il faut l'attribuer à une coïncidence heureuse, à savoir : la grande proportion des enfants. Si la proportion des adultes eût été plus considérable, les insuccès ou les refus de tentatives auraient augmenté proportionnellement.

On ne doit plus s'attendre aux mêmes succès si des abcès par congestion sont réunis à la difformité. La cautérisation de ces abcès est loin de réussir comme au genou ou au pied, et, lorsqu'ils sont ouverts spontanément ou artificiellement, le pus qui s'en écoule gêne l'emploi des moyens contentifs ; en outre, ces abcès entretiennent une fièvre hectique à laquelle les malades finissent par succomber. M. Bonnet n'a réussi qu'exceptionnellement dans ce cas, et seulement lorsqu'il n'y avait qu'un seul abcès et qu'il existait des conditions favorables sous le rapport de la santé générale.

Chez les adultes, et même chez les adolescents, par conséquent passé la quinzième année, l'on éprouve des difficultés extrêmes de redressement, dès que les lésions datent de six mois, et, à plus forte raison, d'une ou de plusieurs années. Les cautérisa-

Feuilleton.

LEÇON D'OUVERTURE

DU COURS DE M. CLAUDE BERNARD AU COLLÉGE DE FRANCE.

DE LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE. — DE L'EXPÉRIMENTATION ET DE SES PERFECTIONNEMENTS. — DE LA CRITIQUE EXPÉRIMENTALE (1).

Nous vous avons montré, dans le cours des années précédentes, qu'il se produit dans le foie, à l'état physiologique, une matière glycogène, véritable amidon animal, qui se change ensuite en matière sucrée et est, à cet état, déversée dans le torrent circulatoire. Cette substance est très facile à trouver et à montrer dans le tissu du foie. Mais il ne faudrait pas croire qu'il suffit pour cela de prendre indifféremment le foie d'animaux quelconques, pourvu qu'ils soient dans les mêmes conditions d'alimentation, etc. Il faut encore que l'animal soit vigoureux pour que les fonctions nutritives soient dans leur intégrité. Dès que l'animal est affaibli, languissant, lors même qu'il mange, comme cela se voit chez les chevaux malades, la fonction glycogénique du foie s'affaiblit et cesse complétement. Ce changement peut quelquefois s'observer après quelques heures, lorsque l'animal devient malade subitement. Souvent cette espèce de trouble dans les phénomènes de la nutrition est signalée à l'expérimentateur par l'inappétence des animaux ; mais il peut en être autrement : c'est ce qui arrive aux chevaux et aux ruminants, qui continuent souvent à manger quoiqu'ils ne soient plus dans un état physiologique.

Voici deux foies de lapins qui se ressemblent parfaitement ; ils ont été traités de la même manière : tous deux appartiennent à des animaux sacrifiés pendant la digestion, et cependant leur décoction présente les différences les plus grandes. Tandis que l'une est fortement opaline, l'autre est parfaitement claire. L'une contient la matière amylacée glycogène, l'autre n'en renferme pas. La différence physiologique tient ici à ce que le second foie appartient à un lapin rendu malade et affaibli par une asphyxie lente.

Ici encore, comme vous le voyez, la contradiction expérimentale doit être expliquée, non par les conditions physiques ou chimiques des procédés employés, mais par une différence puisée dans une condition essentiellement physiologique.

Nous ajouterons que, dans ces états d'abaissement de l'énergie physiologique, où manque la matière glycogène, il est impossible aussi de réussir à rendre les animaux artificiellement diabétiques.

Ce trouble de l'organisme que nous signalons ne doit pas être confondu avec l'état morbide, parce qu'il n'est lié à aucun état pathologique classé dans les cadres nosologiques et qu'il constitue le plus souvent un état seulement passager. Par opposition, il peut arriver que certaines lésions pathologiques localisées n'empêchent pas l'organisme de présenter sa vigueur normale : c'est ce que j'ai souvent eu l'occasion d'observer et j'ai vu dernièrement un chien qui portait des tumeurs cancéreuses dans le foie et le poumon, sans être pour cela dans cet état d'affaissement général qui fait disparaître l'acccomplissement des phénomènes nutritifs et s'oppose à la formation de la matière glycogène du foie.

Je pourrais citer un très grand nombre d'autres exemples analogues, mais ceux que j'ai rapportés suffisent déjà pour vous prouver que les difficultés les plus grandes qui environnent le physiologiste expérimentateur résident dans la détermination des conditions physiologiques de l'expérience, En effet, le physiologiste n'a pas seulement à tenir compte dans ses appréciations des différences les plus faciles à constater, telles que l'espèce, l'âge, la taille, le sexe, etc. ; mais il a encore à tenir compte des modifications physiologiques qui peuvent survenir dans l'organisme sur lequel il expérimente, soit spontanément et indépendamment de lui, soit souvent aussi par son fait, c'est-à-dire par les mutilations qui sont les conséquences de son manuel opératoire. C'est en raison de toutes ces difficultés que déjà nous avons ailleurs conseillé de faire usage de la méthode des expériences comparatives et contradictoires qui diminue autant que possible les causes d'erreur, soit qu'elle les annule les unes par les autres, soit qu'elle les rende visibles en les exagérant quand elles n'étaient pas immédiatement sensibles à l'observateur.

Mais, Messieurs, ce n'est pas tout encore : les conditions de cet état de vigueur et d'intégrité vitale qui, résultant du jeu normal du système nerveux et d'une parfaite harmonie des états organiques, représente le degré d'énergie physiologique d'un animal, font non seulement varier ou disparaître certaines propriétés physiologiques, mais elles prédisposent parfois l'organisme vivant d'une manière toute différente vis-à-vis des agents extérieurs.

Nous avons placé ici comme exemple de ce nouveau genre d'action, un moineau sous une cloche, dans un milieu confiné, où il respire depuis quelque temps ; il y est déjà très malade par suite de la viciation de l'air, mais il y pourra vivre encore pendant une demi-heure environ. Maintenant nous plaçons sous cette même cloche un autre moineau de même âge, de même sexe, nourri de même, mais qui, très vigoureux, n'a pas été, comme l'autre, affaibli par le séjour dans un milieu confiné. Or, vous voyez qu'en introduisant le moineau vigoureux sous la cloche, il y meurt instantanément, tandis que l'autre continue à y vivre.

Vous constatez donc, par ce fait singulier, qu'un milieu qui est délétère pour un animal vigoureux ne l'est pas au même degré pour un animal affaibli. Certains poisons peuvent agir dans le même sens ; les grenouilles ou les mammifères affaiblis et languissants sont, ainsi que nous vous l'avons montré ailleurs, empoisonnés beaucoup plus difficilement par le curare que les animaux vigoureux. Toutefois, on ne saurait généraliser le fait dans le sens unique que nous venons d'indiquer, car il peut arriver que, dans d'autres circonstances, l'inverse s'observe, et que l'animal affaibli, au contraire, résiste moins à certains agents que l'animal vigoureux. Mais, dans tous les cas, il ressort des expériences ce fait général, que deux organismes entre lesquels on ne peut pas constater de différence relativement à l'espèce, à l'âge, au poids, etc., se trouvent cependant inégalement prédisposés à être affectés par les agents extérieurs selon leur état d'affaiblissement ou d'énergie qui a modifié les réactions de leur système nerveux.

Cette espèce de prédisposition organique que nous constatons ici comme condition physiologique, intéresse au plus haut degré la médecine. Il en résulte, en effet, que si l'on doit souvent placer la cause des maladies dans le milieu extérieur, il faut aussi reconnaître que les conditions de production et de développement de ces maladies se rencontrent dans le degré d'énergie vitale actuelle de l'organisme. Sans cela, comment expliquer que les mêmes causes de maladies contagieuses ou autres produisent des effets nuls chez certains sujets et violents chez les autres. Tous les jours ne donne-t-on pas comme cause de diverses maladies l'exposition du corps à des modificateurs bien déterminés. Cependant, tous ceux qui s'exposent à l'influence de ces mêmes causes de maladie ne sont pas atteints ; il n'y a que ceux chez lesquels existe une prédisposition morbide, de même que tout à l'heure, dans notre cloche, le milieu asphyxique n'a agi rapidement que sur un animal qui se trouvait dans des conditions organiques qui le prédisposaient à en ressentir les effets.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 31 août et 4 septembre 1858.

tions révulsives n'ont plus que des effets incertains, et les cautérisations profondes et directes peuvent entraîner des accidents.

M. Bouvier n'admet point, d'après l'examen des faits, que les luxations, suites de coxalgies, soient toujours différentes des luxations traumatiques; il cite, comme s'étant également occupés du redressement, M. Langenbeck, qui le premier, dans ces cas, a appliqué le chloroforme, puis MM. Crocq, Dieffenbach et Behrend. M. Bouvier rapporte onze cas empruntés à la pratique de ces deux derniers chirurgiens. Dans trois de ces onze cas, la rupture de l'ankylose a été suivie d'accidents inflammatoires assez intenses pour nécessiter l'emploi des moyens antiphlogistiques.

M. Verneuil est partisan du redressement instantané dans les arthrites, et, sous ce rapport, il a adopté un des premiers les principes de M. Bonnet, en ce qui touche surtout l'arthrite aiguë du genou.

L'application des mêmes principes à la coxalgie lui parut d'abord plus effrayante; mais encouragé par l'exemple de M. Michon, par les faits de M. Behrend, et aussi poussé par les nombreux insuccès qui suivent les traitements ordinaires de la coxalgie, M. Verneuil se risqua à redresser, à l'aide de l'anesthésie, deux cas de coxalgie. A son grand étonnement, il ne trouva aucune résistance; cependant, comme il s'est contenté de corriger une seule des attitudes vicieuses, la rotation, et que la flexion a été conservée, M. Verneuil craint que sa tentative n'ait été insuffisante, et il demande sur ce point l'avis de M. Bonnet.

M. Broca a, depuis longtemps, adopté les idées de M. Bonnet sur le redressement immédiat des articulations atteintes d'arthrite ou d'arthralgie; il a pris la défense de cette méthode dès la première discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans la Société de chirurgie, et il l'a appliquée non seulement dans le cas de maladie du genou, mais encore dans les cas de coxalgie. Lorsque la rétraction des muscles s'oppose au redressement du genou, M. Broca coupe sans hésitation les tendons qui résistent; mais lorsqu'un pareil obstacle s'oppose au redressement de la hanche. la myotomie des muscles adducteurs ne peut se faire sans exposer à la lésion des branches de l'artère obturatrice; elle y expose d'autant plus que, la section étant sous-cutanée, le chirurgien ne voit pas les parties qu'il divise. M. Broca demande donc à M. Bonnet quelles sont les précautions qu'il prend pour éviter d'atteindre ces branches artérielles.

M. Guersant pose à M. Bonnet les questions suivantes : Avez-vous toujours guéri vos enfants ? Avez-vous eu des hémorrhagies ? Combien de temps doit durer le traitement?

M. Bonnet, répondant d'abord à M. Verneuil, pense que ce chirurgien a fait une chose insuffisante; la capsule est restée distendue chez son malade, et le membre plié doit avoir de la tendance à s'incliner à droite ou à gauche. De plus, comme l'immobilité est nécessaire, sans quoi le redressement est même nuisible, il ne pense pas qu'il puisse s'obtenir ainsi.

Répondant ensuite à la fois à MM. Guersant et Broca, M. Bonnet dit n'avoir jamais eu d'hémorrhagies dans ses sections sous-cutanées. Une seule fois il y a un petit suintement sans importance. Le seul malade qu'a perdu M. Bonnet et qu'il a signalé plus haut, avait de grands abcès qui venaient de la hanche, et qui sont toujours une chose fâcheuse. Les malades, après le redressement, boitent; ils ne marchent point aussi facilement qu'avant la maladie; le jeu de l'articulation de la hanche est gêné, mais ils marchent néanmoins avec assez de facilité. Le traitement doit être suivi pendant quatre ou six mois.

Quant à la suppuration consécutive aux sections sous-cutanées et dont a parlé M. Bouvier, M. Bonnet ne l'a point observée à la suite de cette opération; il attribue les faits de Dieffenbach à ce qu'à cette époque le membre n'avait point été assez immobilisé. En outre, il craint que ce chirurgien n'ait point fait un assez long canal sous la peau.

M. Bonnet, en terminant, dit qu'il admet qu'à la suite du redressement immédiat, il peut survenir dans l'articulation une inflammation vive, quand on ne fait pas le traitement tel qu'il l'a formulé. L'eau froide sur la hanche, appliquée par M. Behrend, lui paraît mauvaise. L'uniformité de température est ce qui prévient le mieux ces inflammations; aussi attribue-t-il une grande importance à l'épaisse couche de coton dont se compose l'appareil. Revenant ensuite sur l'objection relative à la luxation, M. Bonnet dit qu'il ne la met point en doute, mais qu'elle se fait le plus souvent par l'agrandissement de la cavité; il n'a vu qu'une seule fois la luxation analogue à celles qui se produisent traumatiquement, et le membre avait été abandonné à lui-même.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Trousseau.

DE LA ROUGEOLE, PRINCIPALEMENT DE SES COMPLICATIONS.

Avant de commencer l'histoire de la rougeole, je dois avertir que je n'entrerai pas, pour cette maladie, dans des détails aussi circonstanciés que ceux que j'ai donnés pour la scarlatine; en voici la raison. De toutes les maladies éruptives, la scarlatine est celle dont les formes sont le plus étranges; si elle donne lieu à un grand nombre de considérations pathologiques, il n'en est plus ainsi de la rougeole. Je veux donc seulement tracer pour celle-ci un tableau rapide des symptômes qu'elle présente lorsqu'elle est normale, mais j'insisterai sur ses complications, sur les accidents dont elle peut être accompagnée, accidents et complications malheureusement trop peu connus des jeunes médecins.

De sa *période d'incubation*, je n'ai rien à dire que ce que j'ai dit à propos de la scarlatine, je ne m'y arrêterai donc pas.

Dans sa *période d'invasion*, au moment où les premiers troubles se manifestent dans la santé, il survient, chez l'adulte comme chez l'enfant, une série de phénomènes remarquables qu'il faut nécessairement connaître pour comprendre les complications et les accidents dont je vous entretiendrai.

Dès le début de la maladie, s'annonçant par du malaise fébrile, n'offrant, d'ailleurs, rien de particulier, on voit de suite apparaître, du côté des voies respiratoires et du côté des muqueuses oculaires, des symptômes qui sont parfaitement connus de tous ceux qui les ont une fois observés ; ce sont le larmoiement, le coryza, une toux assez vive, quelquefois un peu rauque, d'autres fois très pénible et très violente. Les membranes muqueuses des yeux, du nez, du larynx et des bronches se prennent donc dès le premier jour de la maladie. Dès ce premier jour, l'éruption se fait sur ces muqueuses, la rougeole se *jette* sur ces organes, exactement comme au début de la scarlatine, alors qu'il n'y a pas encore d'éruption à la peau, vous voyez la maladie inscrite sur le pharynx et sur le voile du palais.

Le coryza est accompagné souvent d'épistaxis, et nous dirons ce que cet accident, ce que le coryza lui-même, ce que la laryngite et la bronchite amènent, en quelque sorte, de complications.

Dans cette période d'invasion, la fièvre n'a pas les allures qu'elle présente dans la variole où, depuis le début de la maladie jusqu'au moment de l'éruption, elle est d'une seule tenue, cessant à cette époque ou le premier jour de l'apparition des pustules si la variole est discrète, continuant encore si l'éruption est confluente. Dans la rougeole, les phénomènes fébriles ont une marche tout autre, qui trompe parfois singulièrement le médecin : tantôt la fièvre persiste jusqu'au milieu de la période d'éruption, tantôt elle ne dure qu'un jour ou deux, s'arrêtant le troisième et disparaissant quelquefois complétement, ne laissant au malade, enfant ou adulte, qu'un léger malaise, pour reparaître au jour de l'éruption et dans la forme que je vais indiquer. Elle se manifeste par de petits frissons, se répétant trois, quatre, cinq, six fois dans les vingt-quatre heures, suivis de douleurs et de sueurs, de manière à en imposer pour ces fièvres intermittentes ou rémittentes si communes dans l'adolescence, dans l'enfance, et même dans l'âge adulte. Si le coryza, l'épistaxis, le larmoiement, la toux manquent, on ne saurait, en un grand nombre de circonstances, arriver au diagnostic, et souvent on méconnaît les prodrômes de la rougeole, à moins de pouvoir tirer ses renseignements de certains faits qui mettent l'esprit en garde sur la nature de la maladie que l'on est appelé à traiter.

Combien dure la *période d'invasion?* J'appelle l'attention sur ce point.

De toutes les maladies éruptives, la rougeole est celle dans laquelle cette période est la plus longue. La scarlatine, je l'ai dit à son occasion, est celle, au contraire, dans laquelle elle est la plus courte, puisqu'elle peut ne durer que quelques heures; puis vient la variole confluente, dont l'invasion dure deux jours, l'éruption se faisant à la fin du deuxième ou au commencement du troisième ; enfin la variole discrète, dans laquelle cette période dure trois jours, l'apparition des pustules ayant lieu très régulièrement à la fin du troisième ou au commencement du quatrième. Dans la rougeole, l'éruption apparaît ordinairement du quatrième au cinquième jour; quelquefois, après six, sept et huit jours, mais l'éruption au quatrième et cinquième jour est la règle la plus générale et cela ne se voit jamais dans aucune autre maladie éruptive, à moins de complications graves; il arrive, en effet, en quelques circonstances, que des complications sérieuses survenant au début de ces maladies retardent le moment de l'éruption.

A ce propos, je citerai un fait que j'ai oublié de signaler en parlant de la scarlatine, et dont j'ai été témoin dans la clientèle de mon confrère M. le docteur Sarrazin.

Il y a six ans, j'étais mandé par lui pour voir un enfant rue Chabanais. Ce malade, âgé de 6 à 7 ans, avait du mal de tête, du strabisme, de la lenteur du pouls, des vomissements, de la somnolence et même de la stupeur : nous diagnostiquons, M. Sarrazin et moi, une fièvre cérébrale. La maladie durant, je vis cet enfant le cinquième, le sixième et le septième jour, et notre diagnostic comme notre pronostic ne se modifiaient pas, lorsque, le huitième jour, apparut une éruption scarlatineuse, avec angine, et, à partir de ce moment, les symptômes d'encéphalo-méningite disparurent totalement.

Enfin, la prédisposition de l'organisme, qui se traduit par une simple modification de l'énergie vitale du système nerveux, peut encore se manifester autrement; elle peut imprimer à une lésion traumatique une terminaison différente de celle qu'elle aurait eue dans une autre condition. Ainsi, pour prendre toujours nos exemples dans des faits physiologiques, nous dirons que la section du nerf grand sympathique au cou donne lieu à des troubles qui se terminent d'une manière bien différente, suivant que l'animal est vigoureux ou qu'il est languissant et affaibli. Dans le premier cas, la section des nerfs amène seulement une vascularisation plus forte et une élévation dans la température de la partie; puis peu à peu les phénomènes rentrent dans leurs conditions normales. Dans le second cas, lorsque l'animal est préalablement affaibli, à la vascularisation et à l'élévation de température des parties s'ajoute une formation abondante de pus, une inflammation véritable et très vive qui a son siége dans les membranes muqueuses du nez, de la bouche, de l'œil, quand on coupe le filet cervical du grand sympathique; qui donne lieu à des pleurésies et à des péritonites violentes ordinairement mortelles, lorsqu'on blesse la portion thoracique ou la portion abdominale du grand sympathique.

Nous bornerons là les citations de ces cas spéciaux que nous pourrions multiplier à l'infini, et nous conclurons que, pour faire une bonne expérience physiologique, il faut, avant tout, bien étudier l'organisme vivant sur lequel on opère, afin de se placer dans des conditions organiques toujours comparables. J'ai voulu seulement aujourd'hui tourner votre pensée vers l'importance et l'indispensable nécessité d'une pareille étude. Il appartiendra maintenant au temps de perfectionner l'expérimentation physiologique et d'apprendre exactement les conditions organiques de chaque expérience en particulier. Cette étude des conditions de l'organisme animal, au point de vue expérimental, est entièrement à faire; et je pense que c'est par cette connaissance exacte de l'être vivant que l'expérimentation physiologique en particulier devra se perfectionner, et qu'elle ne pourra jamais s'en tenir aux seules conditions instrumentales et physico-chimiques de l'expérience, quelque irréprochables qu'on les suppose d'ailleurs.

Mais, Messieurs, les considérations que nous venons de vous présenter sur les difficultés inhérentes à l'expérimentation physiologique doivent nous fournir encore un autre genre d'enseignement bien propre à nous faire désirer son perfectionnement et à nous montrer avec quelle réserve il convient pour le moment de s'avancer dans une science dont les moyens d'investigation sont encore si imparfaits et entourés de tant de causes d'erreur. Je désire vous faire sentir par quelques exemples combien il est nécessaire, pour ne pas tomber dans les interprétations fausses qui se présentent à chaque instant, d'avoir des principes philosophiques bien arrêtés, afin de ne pas dévier de la voie qu'ils tracent à nos jugements, et d'obtenir ainsi une base de critique pour ses expériences aussi bien que pour celles des autres.

Il n'est peut-être pas un expérimentateur auquel il ne soit arrivé, après avoir fait et répété une expérience dans des conditions déterminées, de ne plus obtenir, dans une nouvelle série d'expériences, le résultat qui, pour lui, résumait ses premières observations. En répétant son expérience, après avoir pris de nouvelles précautions, il pourra arriver qu'au lieu de retrouver le résultat primitivement obtenu, il en rencontre un autre tout différent. Que faire dans cette situation ? Faudra-t-il admettre que les faits se contredisent dans les expériences physiologiques ? — Évidemment non, et bien que cela se dise tous les jours, ce n'en n'est pas moins parfaitement absurde. Faut-il alors penser que, dans la première série d'expériences, on a été trompé par ses sens ? — Encore moins. Je dis même qu'on n'a jamais scientifiquement le droit d'en agir ainsi. C'est un moyen qui pourrait paraître commode, mais qui serait éminemment nuisible à la science. Pourquoi, d'ailleurs, aurait-on été plutôt le jouet de ses sens dans la première série d'observations que dans les autres? Et puis si l'on reconnaît qu'on a des sens infidèles, il faut renoncer de suite à l'expérimentation; car on vient d'avouer qu'on y est tout à fait impropre.

Tout homme donc qui croirait pouvoir dire un jour qu'une chose existe, et le lendemain qu'elle n'existe pas, sans en donner une raison expérimentale qui explique les deux cas en apparence opposés, cet homme manque de la notion scientifique.

Qu'y a-t-il donc à faire alors? Attendre pour se prononcer, et en attendant, admettre tout simplement que les conditions de l'expérience qu'on croyait connues ne le sont pas. Mais il faut toujours garder cette conviction profonde que, si les résultats ont différé dans deux séries d'observations, c'est que certainement ces observations n'étaient pas faites dans les mêmes conditions. Dès lors, l'expérimentateur cherchera sans relâche à connaître ces conditions, et il y arrivera toujours tôt ou tard, car les faits ne sauraient être opposés les uns aux autres; ils ne peuvent être qu'indéterminés. C'est alors seulement, quand il aura trouvé la raison expérimentale de la contradiction apparente des faits, qu'il pourra mieux déterminer la nature des phénomènes physiologiques qu'il étudie, et rectifier, par la connaissance des causes d'erreur, les procédés opératoires et les interprétations erronées tirées d'une première expérience. Mais jamais il ne peut nier ce qu'il a vu et observé.

A ce sujet, permettez-moi de vous rapporter un ou deux exemples entre mille que je pourrais citer : J'ai fait connaître depuis longtemps une expérience qui consiste à rendre un animal artificiellement diabétique en piquant le plancher du quatrième ventricule. Ayant été guidé par des vues théoriques que je n'ai pas besoin de rappeler, je fis l'expérience. Or je réussis du premier coup et je vis un lapin devenir diabétique. Ensuite je répétai plus de vingt fois l'expérience sans obtenir ce résultat. Cependant il ne me vint jamais à l'esprit de renier ma première expérience positive au profit des vingt négatives faites après. J'ai persisté à expérimenter, j'ai déterminé les causes d'insuccès et j'ai fini par établir les conditions de l'expérience telles que vous les connaissez aujourd'hui. Lorsqu'en 1839, je suivais le cours et fréquentais le laboratoire de Magendie, je pus voir de près la sensibilité récurrente qu'il découvrit dans les racines rachidiennes antérieures. Voulant ensuite moi-même répéter l'expérience, j'ai cherché la sensibilité récurrente pendant quatre ans sans la pouvoir trouver. D'autres qui étaient dans le même cas que moi la nièrent purement et simplement. J'avoue qu'il ne put pas m'entrer dans l'esprit que j'avais pu constater les caractères d'une chose qui n'avait aucune existence. J'aimai mieux croire que si je ne voyais pas la sensibilité récurrente c'est que je n'avais pas su la trouver; et l'événement m'a donné raison, car à force de persistance, j'ai fini non seulement par retrouver la sensibilité récurrente, mais par déterminer ses conditions expérimentales de telle manière, que tous ceux qui voudront la constater maintenant pourront y arriver d'une manière certaine.

En résumé, Messieurs, j'admets que l'erreur absolue de fait n'existe pas dans les sciences d'observation, ou bien elle est volontaire et ne relève plus, dès lors, d'aucune méthode scientifique.

Les seules erreurs que je doive admettre sont les erreurs d'explication d'interprétation, et quant à celles-ci, elles sont de tous les jours et peuvent arriver à tout le monde; et même, dans certains cas, elles sont à peu près inévitables. Le seul moyen de s'en préserver et de ne pas compromettre sa réputation à ce sujet, c'est, comme disait Fontana, de s'abstenir et de ne rien faire. « Combien peu nous sommes sûrs, dit ce grand physiologiste, de nos interprétations pour les choses que nous

Je n'ai vu que cette fois un pareil exemple; mais d'autres, avant moi, en avaient observé de semblables; et des auteurs rapportent des faits de maladies éruptives, dans lesquelles certains phénomènes nerveux prédominants, masquant et retardant l'évolution des symptômes de la maladie principale, cèdent tout à coup lorsque celle-ci vient enfin à se manifester.

Parmi ces phénomènes nerveux, il en est qui surviennent communément chez les enfants, alors même que la maladie marche régulièrement, ce sont les convulsions, constituant une des complications de la rougeole, et sur lesquelles je reviendrai plus loin, en traitant spécialement de ces complications.

J'arrive de suite à *la période d'éruption*.

Au moment où, dans la période précédente, la fièvre paraissait tombée, tout à coup elle reprend une intensité considérable. La toux, le larmoiement, le coryza, un instant calmés, augmentent avec une extrême vivacité; en même temps survient, dans la majorité des cas, une diarrhée très abondante. Ce phénomène de la *diarrhée* appartient essentiellement à la rougeole, et les auteurs ne l'ont pas suffisamment indiqué, bien qu'il ne soit pas pas invariable. Ce symptôme est assez commun pour qu'on en tienne un bon compte, chez les enfants surtout, qui, le jour où l'éruption apparaît, vont jusqu'à quatre, six, huit, dix et même quinze fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures; et non seulement ils ont une diarrhée séreuse, mais chez quelques-uns elle est sanglante, glaireuse, causée par une véritable colite qui dure un jour ou deux. Nous insisterons sur ce phénomène à propos des complications; je dirai de suite la gravité qu'il peut avoir, car, lorsque cette diarrhée se prolonge au-delà de vingt-quatre heures, elle peut devenir une cause de mort chez les très jeunes enfants; aussi le médecin doit-il chercher à l'arrêter le plus vite possible.

L'éruption, au quatrième ou cinquième jour, comme nous l'avons dit, apparaît au visage; le lendemain, elle se montre sur le tronc, le septième jour, sur les membres, et alors elle est complète. Tant qu'elle n'est pas terminée, la fièvre conserve, comme dans la scarlatine, une grande intensité, contrairement à ce qui arrive dans la variole discrète, dans laquelle nous l'avons vu et nous le verrons mieux encore plus tard, la fièvre tombe dès que l'éruption s'est manifestée, pour ne reparaître qu'au huitième jour, lors de la maturation des pustules. Dans la période d'éruption de la rougeole, elle persiste deux, trois jours; si elle en dure quatre, on doit craindre une complication, et nous dirons quels peuvent être ces accidents.

Le toux, le coryza, le larmoiement augmentent; il s'y joint un peu de *surdité;* quelquefois des douleurs d'oreille très vives, la trompe d'Eustache se prenant comme les autres muqueuses.

Dans sa forme la plus simple, lorsqu'on l'examine principalement sur le ventre et la poitrine, plus encore qu'au visage, l'éruption présente l'aspect de petites saillies rouges, veloutées, n'ayant ni la rudesse ni la rugosité des saillies de la scarlatine; elles offrent une certaine analogie avec celles de l'urticaire, le derme lui-même soulevé, soulève l'épiderme; et cette saillie est parfaitement appréciable au toucher, plus appréciable même à ce sens qu'à la vue. Ces taches morbilleuses, plus ou moins grandes, de la largeur d'un grain de riz, d'un grain de blé, sont en général de formes inégales, circonscrivant des espaces dans lesquels la peau reste blanche.

Lorsque la rougeole est confluente, la rougeur peut être diffuse, uniforme, et rendre, dans quelques cas, le diagnostic difficile : il survient aussi des vésicules, principalement en été, lorsque les malades, couverts outre mesure, ont abondamment transpiré, ce sont des vésicules acuminées semblables à celles que l'on retrouve dans la scarlatine; mais tandis que cette éruption vésiculeuse est la règle dans cette dernière maladie, dans la rougeole elle est l'exception.

Quelquefois les taches morbilleuses sont plus saillantes, comme papuleuses, et lorsque cette forme domine, la rougeole est dit *boutonneuse*.

Souvent, quand l'éruption a été très violente, on voit, principalement sur les membres, des rougeurs violacées évidemment ecchymotiques, car elles ne disparaissent pas à la pression du doigt, comme le font les taches exanthématiques, et elles peuvent persister pendant sept, huit, dix jours après la disparition de l'éruption morbilleuse, laissant à leur place une coloration jaune-verdâtre. On a appelé cette forme de la rougeole, *rougeole ecchymotique*. Elle est plus grave que l'autre, en ce sens qu'elle indique une éruption plus violente, et que, dans les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine et variole, plus intense est l'éruption, plus intense aussi est, en général, la gravité de la maladie.

Ordinairement, pendant ces deux périodes de la maladie, invasion et éruption, on entend, à l'auscultation de la poitrine, des râles sibilants, qui deviennent sous-crépitants le jour de l'éruption, sont généralisés quelquefois dans toute l'étendue des poumons, sont accompagnés d'un certain degré d'oppression, et indiquent que le catarrhe morbilleux occupe les petites bronches : ce catarrhe peut, dès le début présenter de la gravité et augmenter encore vers le huitième ou le neuvième jour. Ce râle sous-crépitant, même lorsqu'il est fin, ne doit pas effrayer si les autres symptômes sont peu sérieux, il disparaît généralemnt au septième ou huitième jour, et l'on entend alors de nouveau les râles sous-crépitants plus gros, puis des râles sibilants, puis tout rentre dans l'ordre.

Ce catarrhe morbilleux est accompagné d'une expectoration assez caractéristique. Je parle de ce qui arrive chez les adultes ou chez les enfants du troisième âge, car on sait que les enfants à la mamelle et jusqu'à l'âge de 4 à 5 ans, n'expectorent pas. D'abord muqueux, clairs et limpides, ils deviennent épais, arrondis, jaunes-verdâtres, parfaitement isolés les uns des autres, surnageant une plus ou moins grande quantité de mucus glaireux et légèrement opalins; nummulaires comme ceux de quelques phthisiques.

Le huitième jour, l'éruption tend donc à disparaître; elle quitte le visage, diminue sur le tronc, et le neuvième jour elle est complétement éteinte sur les membres. Il ne reste plus que de la toux, un léger coryza, un peu d'ophthalmie et de surdité. Ces accidents diminuent graduellement à leur tour, et après sept ou huit jours ils ont complétement cessé. C'est la période de *desquamation*.

Les livres classiques parlent d'une desquamation furfuracée, ressemblant à de petites plaques de son se détachant de la surface du corps; mais, si on examine scrupuleusement ce qui se passe, on voit quelquefois dix malades de suite sans pouvoir trouver traces de semblable desquamation. Pour peu que la peau soit couverte de sueur, — et la transpiration est un fait assez ordinaire, — ces écailles épidermiques restent dans le linge, parce qu'en effet, cette exfoliation est extrêmement ténue. Elle se voit mieux au visage, et cela se comprend, mais là encore elle est parfois imperceptible.

Telle est l'allure de la rougeole normale, simple, régulière. Je n'en ai parlé que pour mieux insister sur l'étude des accidents et des complications qui dérivent des phénomènes propres à la maladie.

Les premiers de ces phénomènes sont, chez l'enfant, les convulsions, le pseudo-croup, chez l'enfant comme chez l'adulte, le catarrhe, et souvent l'épistaxis. C'est aussi par l'éclampsie, par le catarrhe que les enfants succombent dans la première période de la rougeole.

Les *convulsions* arrivent souvent dès le premier jour, dès le début de la fièvre, chez les enfants sujets à ces accidents nerveux. Que, chez ceux-ci, la fièvre, en effet, soit dans la dépendance de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, d'une affection intestinale, d'un simple catarrhe, au moment où elle s'annonce par le frisson, une attaque d'éclampsie peut se produire. Je dis au moment du frisson, et je dois vous en donner la raison.

Si vous voulez y réfléchir, le frisson lui-même n'est qu'une convulsion. Étudiez-le isolément dans une partie du corps, à la mâchoire, par exemple : il se traduit par le claquement des dents, c'est une contraction et un relâchement alternatifs et plus ou moins rapides des muscles élévateurs du maxillaire inférieur, ce sont des contractions involontaires et violentes, et, vous le savez, c'est là même la définition de la convulsion (Voyez le *Nouveau dictionnaire des sciences médicales et vétérinaires*, à ce mot). Quand le frisson est général, il est accompagné de céphalalgie, de douleurs violentes le long du rachis, et de tremblement de tout le corps, causé par des secousses violentes et convulsives des muscles. Ce sont de véritables accès d'éclampsies moins les phénomènes cérébraux. Vous comprendrez alors combien la transition est facile à établir entre le frisson et la grande attaque convulsive. C'est donc aussi au moment du frisson initial d'une fièvre quelconque que l'enfant, dont le système nerveux est si susceptible, que la convulsion arrive. Le branle étant donné au système nerveux, un premier accès est suivi d'un second, de plusieurs qui se répètent à l'occasion d'une émotion physique ou morale un peu vive, d'une impression extérieure un peu violente au moment du réveil, qui est aussi le moment où le système nerveux sort du repos qu'il avait gardé, etc., etc.

Dr Léon BLONDEAU,
Chef de clinique.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DE L'ARTHROGELURE, par M. BEAU. — M. Beau vient d'appeler l'attention sur une espèce d'arthrite qui se rattache à l'engelure par la région qu'elle affecte, par sa marche, par sa cause, qui est le froid, et surtout par sa coïncidence avec l'engelure ordinaire : c'est pour ces raisons qu'il la nomme arthrogelure. Il ne l'a jamais vue ailleurs que sur l'articulation du gros orteil avec le métatarsien. Les symptômes de cette arthrite sont ceux de l'inflammation des petites articulations; ils atteignent quelquefois une intensité assez considérable pour faire garder le lit. Elle affecte surtout les enfants et les jeunes gens d'une santé délicate et d'un tempérament dit lymphatique; elle est beaucoup plus rare que l'engelure. La cause est la même que celle de cette dernière : l'action du froid auquel succède brusquement la chaleur artificielle du feu. Le traitement ne diffère pas non plus de celui de l'engelure.

---

croyons le mieux connaître, et pour lesquelles nous avons pris le plus de précautions pour ne pas nous tromper! Je ne sais qu'une classe d'hommes, ajoute-t-il, qui ne se trompe jamais : ce sont ceux qui ne font rien, qui n'observent rien et n'instituent aucune expérience. Tous les autres se trompent, et d'autant plus qu'ils feront plus de recherches nouvelles. »

Toutefois, ces erreurs deviendront plus faibles à mesure que le perfectionnement de l'expérimentation physiologique nous mettra à même de mieux saisir les conditions physiologiques des phénomènes qui se rapportent à une question donnée, et à ce propos il faut reconnaître que le premier expérimentateur a toujours plus chance de se tromper que les autres, qui peuvent déjà profiter des enseignements des expériences antérieures. En effet, l'interprétation exacte de la cause d'un phénomène ne peut être rigoureusement appréciée que lorsqu'on a vu ce phénomène sous toutes ses faces et qu'on l'embrasse dans son ensemble. Jusqu'à ce moment toutes interprétations que l'on donne ne peuvent être que provisoires. Mais je le répète, si dans tout cela il y a des faits qui semblent varier, ce sont des faits irréductibles, pour le moment à leur véritable condition, mais non en réalité opposés.

Maintenant, Messieurs, vous comprenez sans peine que la ligne de conduite que je vous indiquais, et qu'il convient de suivre dans la critique de ses propres expériences, doit être suivie aussi lorsqu'on essaie d'apprécier les expériences des autres. Il arrive, en effet, tous les jours, que des expérimentateurs trouvent sur un même sujet des résultats différents de ceux qui les ont précédés. Eh bien, je dis que, dans ce cas, on n'a pas plus le droit de nier ce qu'un autre a vu que de renoncer soi-même aux résultats de sa propre observation. Une pareille négation n'a aucune portée scientifique; si elle est donnée comme fait absolu, elle est absurde parce que la contradiction expérimentale ne peut pas exister, ou injurieuse parce que cela équivaut à dire que celui que l'on contredit a menti.

Le rôle d'une critique sérieuse et vraiment scientifique n'est donc pas d'opposer des faits à des faits, mais de chercher la raison des divergences apparentes dans les résultats, et d'établir par là les conditions exactes des phénomènes. L'expérimentateur qui cherche la vérité devra trouver la raison de ces divergences dans les conditions indiquées par l'observateur dont il étudie les travaux, ou bien s'il préfère il pourra se renseigner auprès de l'auteur lui-même. Ce rapprochement constamment instructif fait toujours faire un pas en avant dans la recherche de la vérité. Un mot suffit souvent pour dissiper les incertitudes; fréquemment j'en ai eu la preuve, en échangeant ici avec des savants étrangers des explications sur des points parfois trop légèrement indiqués dans les expériences publiées.

Lorsqu'un expérimentateur trouve des résultats contradictoires à ceux annoncés par ses prédécesseurs, au lieu de s'empresser de les publier, comme cela arrive le plus souvent, il doit être au contraire bien plus circonspect. Les expériences contradictoires ou autrement dit les résultats négatifs sont toujours les plus faciles à obtenir, par la bonne raison que dans toutes les sciences, il y a mille manières de faire une mauvaise expérience, et souvent une seule de la faire convenablement. Des faits négatifs ne prouvent donc absolument rien contre un fait positif, surtout dans une science comme la physiologie où l'expérimentation est si complexe. Dire qu'on n'a pas trouvé la sensibilité récurrente ne saurait aucunement prouver qu'elle n'existe pas; je vous ai montré que cela indique simplement qu'on n'a pas su se mettre dans les conditions où elle existe. Vous comprendrez en outre qu'en physiologie plus qu'ailleurs peut-être, l'art de bien faire une expérience est nécessairement le résultat d'un long apprentissage de la part de son auteur, apprentissage par par lequel devront nécessairement passer tous ceux qui voudront la répéter convenablement après lui. C'est là une vérité bien banale, qui semble cependant souvent méconnue aujourd'hui en physiologie, et qui ne sera comprise qu'à mesure que l'expérimentation deviendra plus parfaite.

En terminant, je vous signalerai encore une manière vicieuse de traiter les questions physiologiques, qui me semble toujours avoir sa cause dans la complexité de l'expérimentation et dans la multiplicité des phénomènes vitaux. Cette manière pourrait être appelée critique par encombrement. En effet, il est des expérimentateurs qui ne se proposent pas pour objet de répéter les expériences des auteurs qui les ont précédés, de les juger en y ajoutant quelque chose ou en rectifiant quelques points mieux interprétés. Il se bornent seulement à faire sur le même sujet d'autres expériences toutes différentes dont ils tirent des conclusions tout à fait indépendantes. De là résulte un vague dans les questions qui se trouvent ainsi encombrées de faits de plus en plus complexes sans rien résoudre. Lorsqu'on institue des expériences nouvelles sur un sujet déjà traité, il faut toujours que ce soit pour y ajouter des faits capables de l'élucider ou de l'agrandir; on doit poser nettement la question au lieu de l'entourer d'obscurités nouvelles. Il faut chercher à simplifier l'expérimentation, en instituant, autant que possible, des expériences décisives, et faire, s'il se peut, qu'une seule puisse suffire, en arrivant à ce que toutes les conditions expérimentales soient assez connues pour serrer d'assez près le nœud du problème.

Vous le voyez, toutes les imperfections de la critique peuvent donc, en physiologie, facilement s'abriter sous les imperfections mêmes de l'expérimentation. Les faits sont si complexes, et par conséquent si multiples, que rien n'est plus ordinaire que d'obtenir des résultats différents, en ayant l'air d'avoir fait la même expérience. Mais je ne saurais trop répéter qu'il faut être certain que, dans tous les cas, la contradiction dans les faits est impossible, et qu'il n'y a jamais qu'indétermination dans les conditions de l'expérience.

La conséquence qui ressort tout naturellement de là c'est que la critique expérimentale n'a jamais autre chose à faire qu'à trouver la solution des conditions expérimentales. Cette solution avance toujours la science; mais elle ne peut détruire aucun fait observé; elle les réduit, redresse seulement leurs interprétations, donne aux résultats une signification assise sur des notions plus étendues et par suite plus rapprochées de la vérité. Si, au contraire, on se borne à accumuler simplement des faits complexes, on oppose des expériences négatives à des expériences positives, on encombre la science, on jette l'obscurité et le découragement dans l'esprit de ceux qui se sentiraient portés vers les études physiologiques, et l'on fournit des arguments à ces hommes qui s'imaginent que la science physiologique doit sortir toute faite de leurs rêveries. C'est alors qu'ils peuvent s'écrier : Voyez à quoi servent les expériences physiologiques, elles n'amènent qu'erreurs et contradictions!

Voilà, Messieurs, très en abrégé, quelques préceptes de critique que nous trace inévitablement le désir d'arriver à la vérité. Maintenant, quant aux difficultés de l'expérimentation, elles ne sauraient la faire rejeter ni vous décourager. Il est tout naturel que ce soit dans la physiologie que l'expérimentation se perfectionne en dernier lieu, en raison de la complexité de ses phénomènes. Aujourd'hui, de tous côtés, on la rend plus parfaite dans sa partie instrumentale. Il me suffit de vous avoir montré qu'il y a aussi dans ce perfectionnement à tenir compte des conditions physiologiques de l'organisme vivant.

M. Beau fait surtout ressortir que cette arthrite a été considérée comme une arthrite goutteuse, dans tous les cas qu'il lui a été donné d'observer, et que différents auteurs, tels que Sydenham, Musgrave, qui au premier abord semblent l'avoir observée, ont décrit une affection tout autre. Il termine en disant qu'il y a deux espèces d'engelures ou d'inflammations produites par l'influence locale du froid :

1° Une engelure de la peau, qui n'est autre chose qu'un érythème spécial à forme *noueuse ;*

2° Une engelure arthritique qui affecte l'articulation métatarso-phalangienne.

La première est fort commune; la seconde l'est bien moins. — (*Gaz. des hôp.*, 10 août 1858.)

PROCÉDÉ DE M. BEAU POUR PRATIQUER LA THORACENTÈSE. — M. Beau emploie depuis plusieurs années un procédé qui peut rendre de très grands services dans certains cas où les espaces intercostaux sont peu apparents : on recommande au malade de fléchir autant que possible le thorax sur le côté sain pour faire bomber le côté malade et pour en élargir d'autant les espaces intercostaux. On cherche l'espace intercostal avec l'indicateur de la main gauche, et, quand on l'a trouvé, on couche ce doigt dans cet espace, en appuyant la face palmaire contre la peau, et de telle manière que l'extrémité du doigt corresponde au point où l'on doit faire la ponction; cela fait, il ne reste plus qu'à enfoncer le trocart juste au-devant du milieu du bord libre de l'angle. Par ce procédé, on est toujours sûr de ne pas blesser les côtes. Ajoutons qu'il ne dispense pas d'attirer la peau de manière à éviter le parallélisme des orifices intérieur et extérieur. — (*Gaz. des hôp.* et *Journ. des conn. méd.* du 10 août.)

NOUVEAU TRAITEMENT DU CATARRHE ET DE L'HÉMORRHAGIE DE LA VESSIE PAR LE PERCHLORURE DE FER, par M. VIGLA. — Un homme était atteint depuis longtemps d'une paralysie de la vessie; la présence permanente d'une sonde dans le canal avait fini par amener un catarrhe vésical que rien n'avait pu modifier, lorsqu'à cette affection, déjà si grave, vinrent se joindre des hémorrhagies assez abondantes pour compromettre la vie du malade, et qui, de plus, en obstruant les yeux de la sonde par des caillots, avaient pour résultat de rendre l'émission de l'urine parfois impossible. M. Vigla, médecin de la Maison municipale de santé, eut alors l'idée d'administrer le perchlorure de fer à l'intérieur. Il fit prendre au malade, deux fois par jour, un peu avant le repas, et dans un verre d'eau sucrée, une cuillerée à café de la solution suivante : eau distillée, 250 grammes; sesquichlorure de fer, 12 grammes. En peu de temps, l'hémorrhagie disparut complétement, et même la continuation du médicament fit diminuer de plus des deux tiers la sécrétion muco-purulente. M. Vigla espère guérir le catarrhe par ce moyen. Il n'a pas voulu employer le perchlorure en injections, dans la crainte que les caillots formés par cet agent ne devinssent eux-mêmes le point de départ de nouveaux accidents. — (*France médicale*, 14 août 1858.)

MORT A LA SUITE D'UNE PIQURE D'ABEILLE. — Un homme de 50 ans, étant en parfaite santé, fut piqué par une abeille le 8 août 1856. Il éprouva sur le moment une vive douleur; mais il ne survint ni rougeur ni gonflement. L'aiguillon fut arraché. Au bout de deux heures, malaise, nausées, puis vomissements. Bientôt ceux-ci devinrent de plus en plus rapprochés, et la diarrhée vint s'y ajouter le lendemain. Le pouls, sans être accéléré, était faible et petit; la figure pâle et anxieuse. Le malade mourut six jours après l'accident, malgré divers traitements. — (*France médicale*, 14 août 1858).

CONSIDÉRATIONS SUR LA VARICOCÈLE; PALLIATIF TRÈS SIMPLE; par M. NÉLATON. — Doit-on opérer la varicocèle? Tel a été l'un des principaux objets que M. le professeur Nélaton s'est proposés dans la leçon clinique recueillie par M. Chaillou. M. Nélaton a pu se convaincre par l'observation que la varicocèle est une maladie propre à la seconde période de l'adolescence, et qu'elle tend à disparaître au fur et à mesure qu'on avance dans la vie. D'un autre côté, il ne pense pas que cette affection ait une influence réelle sur l'atrophie du testicule et il s'est assuré, en interrogeant les nombreux sujets qui l'ont consulté pour des varicocèles, que l'existence de ces varicocèles, n'avait diminué en rien leur aptitude aux fonctions de la reproduction. Quant au volume, on a vu des malades avoir des bourses énormes et n'en éprouver que peu de gêne dans l'exercice de leur profession. Il n'en est pas de même de la douleur qui accompagne certaines varicocèles, et qui, par son intensité, entrave considérablement l'exercice de certaines professions : hors ce cas de douleur et d'empêchement grave, M. Nélaton rejette l'opération. Il conseille de se borner à l'emploi des palliatifs, et notamment de celui que M. Richard (du Cantal) a imaginé pour lui-même, et que M. Nélaton a déjà employé plusieurs fois avec un succès complet. Il consiste à serrer dans un tube de caoutchouc la portion pendante du scrotum, après qu'on a refoulé vers l'anneau le testicule et le cordon veineux. Pour cela, on prend une bande de caoutchouc non vulcanisé ayant 2 centimètres 1/2 de largeur; on lui donne une longueur suffisante, et, en rapprochant les surfaces fraîchement coupées, on la soude sur place. Cet appareil si simple rend les plus grands services. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

HYDROPISIE ASCITE; INJECTION IODÉE; INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE PÉRITOINE; GUÉRISON; par M. LETENNEUR (de Nantes). — Une demoiselle de 22 ans, qui avait une hydropisie ascite datant de trois ans, vint consulter M. Letenneur. Celui-ci l'examina avec le plus grand soin, sans qu'il lui fût possible de rattacher la maladie à une lésion organique quelconque. La ponction donna issue à dix-neuf litres de sérosité citrine, albumineuse, et permit de constater de nouveau qu'il n'y avait ni kyste de l'ovaire, ni engorgement des viscères. Au mois de novembre 1855, dix-huit mois après la première ponction, M. Letenneur en pratiqua une seconde, puis une troisième le 17 septembre 1856. Mais celle-ci fut suivie d'abord d'une première injection avec le tiers de la solution suivante : Eau, 200 grammes; teinture d'iode, 30 grammes; et iodure de potassium, 2 grammes; puis, au bout de huit minutes, après l'écoulement de cette première partie jointe aux dernières portions de la sérosité, d'une seconde injection avec les deux tiers restant de la solution. Sans qu'on s'en aperçût, un peu d'air s'était introduit dans la seringue, lors de la première injection et avait pénétré dans le péritoine, ce que l'on reconnut à un glouglou caractéristique. Mais cet accident, que l'on pouvait croire si terrible, n'a entravé en rien la guérison, qui est arrivée au bout de peu de temps et qui ne s'est pas démentie quatorze mois après l'injection iodée. — (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet 1858.)

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN AVEC ISSUE AU DEHORS DE L'INTESTIN BLESSÉ; SUTURE PAR LE PROCÉDÉ DE LEMBERT; GUÉRISON; par M. MAC ELRATH. — Un esclave, âgé de 14 ans, tomba, en courant, sur un large couteau de boucher qu'il tenait à la main et qui, pénétrant dans l'abdomen, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, fit à la paroi une plaie verticale d'un pouce et demi de longueur. L'intestin s'échappa dans une longueur de plusieurs pieds; il était lui-même atteint de trois plaies pénétrantes, dont deux n'étaient que de simples piqures et furent fermées par une ligature circulaire. De plus, il était rouge, sec et un peu gonflé; la plaie la plus large était transversale et longue d'environ un pouce. Cinq points de suture y furent appliqués d'après le procédé Lembert; puis, le malade étant éthérisé, on fit la réduction, ce qui ne demanda pas moins d'une demi-heure. La plaie de la paroi fut fermée par la suture entrecoupée, comprenant seulement la peau et renforcée par des bandelettes agglutinatives et un bandage. Au bout de cinq jours, l'intestin reprit l'exercice de ses fonctions, et l'enfant fut complétement guéri huit jours après l'accident. — (*Gaz. hebdom.* et *Gaz. des hôp.*, 27 juillet 1858.)

ROUGEOLE; TRAITEMENT DU FLUX DIARRHÉIQUE, par M. TROUSSEAU. — Dans une leçon clinique recueillie par M. Chaillou, M. le professeur Trousseau rappelle que la diarrhée qui accompagne la période d'éruption de la rougeole, et qui est un phénomène favorable, peut revêtir une forme grave. Les enfants peuvent avoir quinze à vingt selles par jour, sans qu'il y ait lieu de s'en effrayer, si l'éruption se fait bien. Mais si les yeux s'excavent, il y a lieu d'intervenir. M. Trousseau recommande de recourir alors à l'opium, mais avec des précautions suffisantes. Car les enfants présentent une sensibilité si grande à l'action des narcotiques, qu'à l'âge d'un an, ils sont stupéfiés pour deux jours par une seule goutte de laudanum, c'est-à-dire pour un vingt-deuxième grain d'opium. Chez les très jeunes sujets, affectés ou non de rougeole, mais qui ont de la diarrhée avec émaciation des traits, ce professeur prescrit : eau de chaux, 60 grammes; laudanum de Sydenham, une demi-goutte. Pour cela, on met une goutte de laudanum dans une cuillerée d'eau, et la moitié de cette cuillerée est mélangée avec l'eau de chaux et prise en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Quelquefois cette diarrhée se termine par la dysenterie; on traite celle-ci par les cataplasmes et l'opium. Si le lendemain cela n'a pas réussi, on donne des lavements au blanc d'œuf délayé dans l'eau chaude, et enfin on a recours aux lavements avec une des solutions suivantes : sulfate de cuivre ou de zinc, 25 centigrammes; eau distillée, 100 grammes; ou bien azotate d'argent, 5 centigrammes; eau distillée, 100 grammes. Il est rare qu'en deux jours la dysenterie ne soit pas guérie par ces moyens. — (*Abeille médicale*, 26 juillet 1858.)

TRAITEMENT ABORTIF DE LA PHLÉBITE PAR LES LARGES VÉSICATOIRES VOLANTS. — Frappé de l'insuffisance des moyens de traitement habituellement opposés à la phlébite, M. Nonat a, depuis une dizaine d'années, adopté une méthode qui lui a donné d'excellents résultats. Dès l'apparition des premiers symptômes, il fait mettre un vésicatoire volant sur le trajet de la veine enflammée, et les symptômes diminuent rapidement. Il applique cette méthode, non seulement aux phlébites à la suite de saignées, mais encore aux phlébites spontanées des membres qui se développent pendant la convalescence de certaines maladies, et en particulier de la fièvre typhoïde, et il n'a qu'à s'en louer. — (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet 1858.)

COURRIER.

M. Jaux, médecin-major au 13me de ligne, vient, par décret en date du 28 août 1858, d'être nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 8 septembre, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés; par le secrétaire général; — 2° Discussion sur la fièvre puerpérale; — 3° Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les ophthalmies; communication de M. Furnari; — 4° Des affections nerveuses du col de la vessie; par M. Vial de Rajat; — 5° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Hygiène physique et morale de l'Ouvrier dans les grandes villes en général et dans la ville de Lyon en particulier, pour servir à l'extinction des préjugés et du charlatanisme, par le docteur A. L. FONTERET. Ouvrage qui a obtenu le premier prix (médaille d'or de 300 fr.) au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Lyon. — Prix : 3 fr.

Hydrothérapie : Son histoire, sa théorie; principales maladies auxquelles s'applique l'hydrothérapie méthodique, par le docteur BOTTENTUIT. In-18 de 190 pages. — Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Traité pratique de pathologie générale, par J.-M. BEYRAN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société orientale de France, de la Société de chirurgie de Paris, de la Société de médecine et d'histoire naturelle de Dresde, médecin de l'Ambassade ottomane, à Paris, etc.

Chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1858, Ire partie, 1 volume in-8°. — Prix : 4 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 107. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 9 Septembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Banquettes dégarnies, public absent, deux lectures faites par des médecins étrangers à l'Académie, tel est le bilan de cette séance, qui n'a pas duré plus d'une demi-heure. Mieux vaudrait, assurément, que l'Académie prît un mois de vacances que de mettre ainsi tous les huit jours son conseil administratif à la torture pour trouver un ordre du jour insuffisant.

Grâce à deux savants étrangers, la séance n'a pas été tout à fait nulle. M. le docteur Houël a présenté la description anatomique d'un fœtus monstrueux, avec le soin et l'exactitude qui caractérisent les travaux du laborieux conservateur du musée Dupuytren.

M. le docteur Garnier a fait connaître les résultats statistiques qu'il a recueillis dans le but de rechercher les influences du climat maritime sur la phthisie pulmonaire. Le travail de M. Garnier offre un réel intérêt; nous y reviendrons à l'occasion du rapport qu'on ne manquera pas d'être fait à l'Académie, car nous ne pouvons admettre que ce corps savant laisse passer sans examen et sans discussion une question de cette importance. Nous dirons par avance que les résultats statistiques obtenus par M. Garnier semblent confirmer l'opinion à laquelle la pure observation des faits nous avait conduit nous-même, à savoir, qu'il existe pour l'Europe deux climats maritimes ayant une influence différente sur la prophylaxie ou sur la marche de la phthisie, le climat océanien qui est nul, et plutôt nuisible qu'utile ; le climat méditerranéen, qui paraît posséder d'incontestables avantages.

Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE.

DE L'HÉMÉRALOPIE ; TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE ;

Par le docteur Ed. DESPONT, médecin à Mauvezin (Gers).

MM. Ch. Deval et Fonssagrives, le premier dans le n° 78, le second dans le n° 91 de l'UNION MÉDICALE, ont cherché à remettre en honneur un traitement de l'héméralopie, depuis longtemps tombé en discrédit. M. Deval cite un cas de guérison qui prouve que l'emploi des fumigations de foie de bœuf peut quelquefois donner des succès remarquables. Malgré son antique origine, que M. Fonssagrives s'est plû à faire ressortir, malgré la faveur dont elle a joui à différentes époques chez des peuples divers, cette médication a encore besoin d'être étudiée, car M. le docteur Baizeau a obtenu les mêmes succès de l'usage des fumigations simples et émollientes. (UNION MÉDICALE, 14 août.)

Puisque ces médecins distingués ont appelé l'attention du corps médical sur cette étrange névrose oculaire, que l'on a désignée sous tant de noms différents et même opposés, et que l'on a traitée de tant de manières, l'on me permettra de faire connaître une nouvelle méthode de traitement, dont l'efficacité n'est plus douteuse pour celui qui la propose.

Cette méthode ne se recommande ni par son origine, ni par la position de celui qui la fera connaître, mais elle empruntera aux faits une autorité et un crédit que son auteur seul ne peut pas lui donner.

Pour ne pas abuser de l'hospitalité que me donne l'UNION MÉDICALE, j'éviterai toute discussion théorique, me renfermant dans le simple exposé des faits avec leurs conséquences les plus naturelles.

On sait que l'héméralopie, ou cécité nocturne, se montre le plus souvent sous forme épidémique. C'est sous cette forme qu'il m'a été donné de l'observer de 1854 à 1857. Cette maladie était à peu près inconnue dans nos contrées avant cette époque.

Il serait difficile d'assigner une autre cause à l'apparition de cette maladie dans ce pays. La nourriture de nos populations rurales a été à peu près la même que par le passé; le seul changement appréciable qui se soit opéré à cet égard, a consisté dans la privation partielle ou totale de boissons alcooliques, par suite des ravages que l'oïdium faisait dans nos vignes. On ne peut pas savoir la part d'influence que la rareté du vin a eue sur la production de l'héméralopie ; mais cette cause peut ne pas y être étrangère.

La cécité nocturne, on le sait, est une des maladies que le jeune médecin connaît le moins à sa sortie des écoles. Il n'a pas pu l'étudier dans la clinique des hôpitaux, parce qu'elle est à peu près inconnue dans les grandes villes. L'héméralopie semble être le triste apanage de trois classes bien intéressantes de la société : elle atteint le marin dans ses longs voyages sous l'équateur, le soldat dans les camps et l'ouvrier de nos campagnes. Aussi l'embarras du médecin est grand le jour où il se trouve pour la première fois en présence d'un héméralope qui demande avec instances, la cessation de son mal et des frayeurs qu'il lui inspire. La lecture de nos auteurs, loin de faire cesser notre embarras, ne fait que l'augmenter. Nous avons à choisir dans ce long catalogue de remèdes qui commence à la saignée et finit aux fumigations de foie de bœuf, en passant par les vomitifs et les purgatifs, les vésicatoires autour de l'orbite ou à la nuque, les vapeurs stimulantes portées sur les yeux, le quinquina et ses préparations, les foies de bœuf, de veau et de mouton, mangés crus ou cuits, les sudorifiques, etc.

En 1854, lorsque de nombreux cas d'héméralopie se montrèrent dans nos contrées, j'employai plusieurs des méthodes préconisées contre cette maladie, et surtout la méthode évacuante qui, d'après l'avis de certains auteurs (Scarpa, Boyer, J. Franc), est celle qui réussit le mieux. Je n'obtins aucun succès, la maladie poursuivit son cours, elle cessa spontanément chez tous les malades vers le milieu de l'été, pour reparaître au printemps suivant. En présence d'un semblable insuccès, je voulus essayer d'un moyen qui m'avait bien réussi chez un malade dont je vais faire connaître l'histoire avec quelques détails :

OBS. I. — En 1850, je fus appelé à donner mes soins au nommé Pierre Chaubeau, de Sarrant, âgé de 15 ans. Cet enfant, d'un tempérament lymphatique, né de parents sains et robustes, est peu développé pour son âge ; il est d'une petite stature, ses membres sont grêles, sa peau terreuse, sèche, rude au toucher, est affectée de pityriasis, surtout à la face et aux bras ; ses yeux sont ternes, la conjonctive oculaire, soulevée par une légère couche de sérosité, offre une coloration jaunâtre et un aspect chatoyant semblable à celui de la soie ; céphalalgie sus-orbitaire. Dans la journée, la vision s'exerce mal, tous les objets paraissent plongés dans un nuage grisâtre, et, dès que le soleil est couché, la cécité est complète. En même temps que cette affection oculaire, il existe un dégoût prononcé pour tous les aliments aqueux, le malade ne mange ni viande, ni soupe; sa nourriture habituelle consiste dans du pain sec, pris en petite quantité ; absence de soif, digestions difficiles, sommeil agité et souvent interrompu. Ce malade n'a pas la gaîté des enfants de son âge ; il est morose et d'une humeur acariâtre. Cet état maladif date de sa plus jeune enfance et inspire aux parents beaucoup d'inquiétude.

Je crus pouvoir attribuer cet état morbide si complexe à une faiblesse native et à une dyspepsie habituelle ; je soumis le malade à l'usage d'une nourriture fortifiante et des amers : sirops de gentiane et antiscorbutique, tisane de houblon, nourriture animalisée, vêtements chauds. Ces moyens furent continués pendant longtemps et n'amenèrent aucun changement dans l'état du malade. Ils sont alors remplacés par l'huile de foie de morue brune, à la dose d'une cuillerée à bouche tous les matins. Sous l'influence de ce dernier moyen, les choses changent vite de face. *L'héméralopie cesse dès le troisième jour*, l'appétit se déclare, l'enfant mange indistinctement des mets qu'on sert pour sa famille, il grandit et se développe rapidement, le pityriasis disparaît et le sommeil devient calme et réparateur. L'on cesse alors l'usage de l'huile de foie de morue, le malade en avait pris 300 grammes.

Depuis cette époque, Pierre Chaubeau a vu reparaître tous les ans, au printemps, l'héméralopie, l'inappétence et la céphalalgie sus-orbitaire; il se hâte de recourir de nouveau à l'usage de l'huile de foie de morue. Le premier jour, la céphalalgie augmente ; le lendemain ou le surlendemain, une épistaxis abondante se déclare et toute souffrance disparaît. *Dès le premier soir*, la vision se rétablit, et le malade s'arrête ordinairement après la deuxième cuillerée du remède. Pendant les trois ou quatre premières nuits qui suivent ce traitement, tous les objets paraissent brillants et comme couverts de neige. Durant cinq ans, cette héméralopie, si rebelle au début, a toujours été combattue de la même manière, et le succès a *toujours* été aussi prompt et aussi remarquable. Aujourd'hui Chaubeau est parfaitement guéri.

La cessation rapide de l'héméralopie est certainement ce qui étonne le plus dans cette observation. L'action tonique de l'huile de foie de morue n'a rien d'étonnant pour celui qui l'emploie souvent ce moyen; mais les effets surprenants qu'elle avait produits chez ce malade sur la névrose oculaire, pendant cinq années consécutives, faisait soupçonner dans ce médicament l'existence d'une propriété qu'on ne lui connaissait pas encore. Cette considération m'engagea à l'essayer dans l'héméralopie simple; l'innocuité du remède permettait d'ailleurs cet essai.

Je l'ai employé sur *quatorze* malades. Dans treize de ces cas, l'héméralopie était *idiopathique*, c'est-à-dire sans autre complication morbide ; dans *un cas*, le malade était affecté en même temps de cécité nocturne et d'embarras gastro-intestinal, et l'héméralopie pouvait être regardée comme *symptomatique*.

Pour abréger, je ne citerai que deux observations d'héméralopie idiopathique : elles suffiront à caractériser le mode d'action et la puissance du traitement employé. Je terminerai mon travail par la relation du fait d'héméralopie symptomatique et par quelques réflexions qui découlent naturellement de mon sujet.

OBS. II. — Victor Lacoste, de Sarrant, âgé de 12 ans, constitution moyenne, tempérament nerveux, teint brun, né de parents sains, atteint d'héméralopie pendant trois mois en 1853 et 1854, héméralope depuis quinze jours.

Je vois le malade pour la première fois le 19 juin 1855. Rien à noter dans l'état général; légère oppression à la région sternale ; inappétence pour la soupe et les aliments aqueux. La vue est très bonne pendant le jour, mais la cécité est complète pendant la nuit; l'enfant ne voit pas même les objets fortement éclairés ; il marche à tâtons et en s'appuyant aux murs de l'appartement. Pas d'injection de la conjonctive ; la pupille est dilatée ; légère douleur dans les yeux, qui sont entourés d'un cercle noir.

Le malade commence de prendre l'huile de foie de morue dans la matinée du 11, à la dose d'une cuillerée à bouche. Dans la soirée du même jour, il voit distinctement tous les objets qui l'entourent ; il lui semble, comme cela est arrivé au sujet de la première observation, que les objets qui sont au dehors de la maison sont couverts de neige, tandis que ceux qui sont éclairés par la lumière artificielle ont un aspect rougeâtre. Dès le *premier jour* l'héméralopie a été parfaitement *guérie* et n'a pas reparu depuis cette époque. Le 12, l'oppression et l'inappétence commencent à disparaître et l'enfant mange indistinctement les aliments qu'on lui sert. Il n'a pris en tout que trois cuillerées d'huile ; il en a cessé l'usage dès qu'il s'est cru guéri.

Lorsque j'ai pensé à essayer l'huile de foie de morue contre l'héméralopie, je ne m'attendais pas à un succès aussi rapide et aussi complet. Dans ce cas, douze heures ont suffi au remède pour produire toute son action et redonner à la rétine sa sensibilité première.

Les douze autres cas d'héméralopie simple dans lesquels j'ai eu recours au même moyen peuvent se diviser de la manière suivante, en tenant compte de l'âge des malades et de la durée du traitement :

6 âgés de moins de 20 ans, guéris.	2 le 1er jour. 4 le 2me jour.
1 femme de 32 ans, guérie	le 3me jour.
5 âgés de 52 à 64 ans, guéris.	3 le 3me jour. 1 le 6me jour. 1 le 9me jour.

Les résultats que donne ce tableau parlent assez d'eux-mêmes, je m'abstiendrai de toute réflexion. On voit que chez *dix* malades le traitement le plus long a été de *trois* jours ; dans un cas il a duré *six* jours, le malade offrait en même temps que l'héméralopie une conjonctivite intense entretenue par la poussière qui se dégageait des foins rasés. Enfin je crois utile de faire connaître l'observation du malade dont le traitement s'est prolongé jusqu'au *neuvième jour*. C'est un cas d'héméralopie idiopathique qui s'éloigne des faits ordinaires sous plus d'un rapport.

OBS. III. — François Bassot, de Mauvezin, âgé de 64 ans, tempérament lymphatique, forte constitution, ouvrier de terre, héméralope pendant trois mois en 1855. — Le 25 juin 1856 cet homme se livra, par un temps très chaud, à des travaux pénibles ; il éprouva une forte soif et il alla se désaltérer plusieurs fois dans un ruisseau voisin, pendant qu'il était en sueur. Après le coucher du soleil, étant aux champs avec d'autres ouvriers, il lui sembla qu'un voile épais s'étendait sur tous les objets placés à la surface du sol, il cessa même de voir ses compagnons de travail. Cette perte subite de la vue l'effraya beaucoup ; ses compagnons furent obligés de le ramener au logis, qu'il n'eût pas su retrouver seul. A partir de ce moment, il n'a plus recouvré la vue dans la nuit. Il s'est vu forcé de renoncer à servir comme domestique. Ce malade n'a pas de famille : l'isolement, le défaut de travail, les privations ont produit en lui un grand découragement et réagi d'une manière fâcheuse sur son moral.

Tel était l'état de Bassot le 15 février 1857, jour où je l'ai vu pour la première fois. Rien à noter dans l'état général ; absence de lésion appréciable dans les yeux, pas de céphalalgie. La vue s'exerce bien pendant la journée, mais la cécité est complète dès que le soleil est couché ; en

levant les yeux vers le ciel, il croit encore apercevoir un peu de clarté, mais il ne voit pas les objets les mieux éclairés, et la lumière artificielle lui paraît plongée dans un nuage rougeâtre. La cécité, loin de diminuer, augmente toujours. Son appétit se soutient; ses digestions sont faciles.

Bassot est soumis à l'usage de l'huile de foie de morue à partir du 16, à la dose d'une cuillerée à bouche tous les matins. Le 18, amélioration bien sensible, surtout vers l'œil droit; le 23, la guérison n'est pas complète : c'est la première fois qu'elle se fait attendre.

Le médicament est porté à deux cuillerées par jour. Le 25, l'héméralopie a cessé complétement. J'ai revu le malade en juin, la maladie n'avait pas récidivé.

Comme on le voit, cette maladie, abandonnée à elle-même, ne tendait pas à la guérison, elle semblait au contraire augmenter toujours; elle avait déjà une durée de neuf mois lorsque le malade a été soumis à un traitement, et la cécité ne pouvait guère être portée à un degré plus élevé, sans danger pour l'organe de la vision.

L'efficacité de l'huile de foie de morue dans ce cas prouve toute la puissance de cette médication, médication qui s'adresse directement à l'état d'innervation de la rétine; elle régularise cet état par un mode d'action qui semble spécifique, et l'on ne pourra pas conserver de doute à cet égard, si l'on voit ce remède montrer la même efficacité contre l'héméralopie symptomatique, et faire disparaître la névrose oculaire, l'état maladif de l'estomac qui l'accompagne ou la produit restant toujours le même. — Le fait suivant mérite à ce sujet toute notre attention :

Obs. IV. — Jean Douillac, de Solomiac, âgé de 41 ans, constitution faible, tempérament lymphatique, héméralope depuis vingt-jours, atteint une fois d'héméralopie dans son enfance; sa mère est affectée d'amaurose. En même temps que la cécité nocturne, il existe chez ce malade une teinte ictérique prononcée avec douleurs vagues dans les lombes et au bas-ventre, nausées, inappétence, bouche amère, langue saburrale, digestions difficiles, constipation, grande faiblesse, sentiment de courbature générale, absence de soif et de fièvre. L'examen attentif de la région du foie ne démontre l'existence d'aucune lésion de cet organe. Le malade se plaint d'une douleur sus-orbitaire et d'une sensation de gravier dans les yeux. La conjonctive est jaune et pointillée de rouge, la pupille dilatée. Douillac ne voit dans la nuit que les objets éclatants et fortement éclairés; il n'aperçoit même ces objets que lorsqu'ils sont placés de côté; il ne distingue pas ceux qui sont en face. Un officier de santé, attribuant l'héméralopie à une congestion cérébrale, a pratiqué une saignée du bras qui n'a produit aucune amélioration. J'ordonne l'huile de foie de morue le 6 avril 1857. *L'héméralopie a cessé dans la soirée du* 8. Les symptômes d'embarras gastro-intestinal persistent toujours, mais ils cèdent bientôt à l'usage des évacuants.

Ce cas d'héméralopie diffère beaucoup de ceux que j'ai fait connaître précédemment. Ici, la cécité nocturne est certainement placée au second rang dans l'état morbide qu'offre ce malade. Elle est *symptomatique* de l'affection gastro-intestinale, et le traitement de celle-ci aurait probablement amené la guérison de la cécité nocturne. Il n'y avait pas péril en la demeure, j'ai voulu diriger la médication contre l'héméralopie pour éprouver encore mieux la propriété *antihéméralopique* de l'huile de foie de morue. Son efficacité dans ce cas démontre d'une manière incontestable ce que l'on peut attendre de ce moyen dans l'héméralopie simple.

Il est inutile de multiplier davantage les exemples de guérisons obtenues par cette médication. Nous l'avons vue successivement se montrer héroïque dans tous les cas où nous l'avons employée. La guérison du premier malade étonne tout d'abord, à cause de l'ancienneté et de la persistance de la maladie que les parents font remonter vers l'âge de 3 ans. Elle a continué de poursuivre son cours jusqu'à l'âge de 15 ans, augmentant au printemps, diminuant en été et en hiver, mais ne cessant jamais complétement. On serait même tenté de la regarder comme *congénitale*, si tous les auteurs ne nous affirmaient pas que l'*héméralopie congénitale est incurable*.

L'héméralopie anormale et grave de la troisième observation a résisté plus longtemps que les treize autres cas d'héméralopie simple, dont la guérison rapide frappera l'esprit de tous les médecins, mais elle cède à son tour aussi complétement que les autres. Enfin, l'efficacité de l'huile de foie de morue dans la quatrième observation, nous porte à lui attribuer une *action spécifique* contre la névrose oculaire qui complique l'affection gastro-intestinale, laquelle continue de poursuivre son cours après la cessation de l'héméralopie.

Cette médication, par la constance de ses effets et par son action prompte dans les quinze cas que j'ai cités, nous rappelle la manière d'agir des préparations de quinquina contre les maladies périodiques.

A quels éléments l'huile de foie de morue doit-elle sa vertu médicatrice? Les éléments bromo-iodurés et phosphorés ont-ils une part dans cette action si puissante? Les matières grasses, si elles étaient isolées de ces mêmes principes, donneraient-elles les mêmes résultats? Enfin pourrait-on espérer les mêmes succès de l'usage des huiles iodées artificielles? L'expérience seule pourra faire résoudre toutes ces questions.

Rappelons, en passant, que tous les médecins qui ont étudié l'héméralopie la regardent comme occasionnée, le plus souvent, par des causes débilitantes et surtout par une alimentation insuffisante et *exclusivement végétale*. L'huile de foie de morue, on le sait, est un médicament éminemment alibile. Le docteur Musizano, qui a fait de belles recherches sur les propriétés de ce remède, caractérise de la manière suivante sa manière d'agir sur l'économie :

« L'huile de foie de morue de bonne qualité et sans altération » est une substance éminemment médico-nutritive, de beaucoup » supérieure à toutes les autres substances grasses et huileuses; » elle constitue, par conséquent, une ressource précieuse dans » tous les cas dans lesquels il est utile de donner de l'aliment, de » la vie, de l'énergie aux organes, aux appareils, aux fonctions, » à tout l'organisme enfin. » (Union Médicale, 16 juillet 1853).

D'après cela, l'huile de foie de morue serait utile, et son emploi contre l'héméralopie serait rationnel, lors même que cette substance n'aurait pas une action particulière et directe sur la rétine. D'ailleurs, les substances grasses ont toujours été regardées comme utiles dans la cécité nocturne. J. Franc croit, d'après une lettre de Hochstetter, que le lard et le beurre étaient regardés, depuis longtemps, comme des antidotes de cette maladie. Des enfants d'un hospice d'orphelins sont affectés d'héméralopie, par suite d'une nourriture insuffisante, Horst les guérit en faisant ajouter du lard à leurs aliments.

Il est probable, cependant, que l'efficacité de l'huile de foie de morue contre l'héméralopie ne repose pas tout entière sur ses *propriétés nutritives*, car, comment pourrait-on expliquer son mode d'action dans les cas où une cuillerée a suffi pour faire cesser la névrose oculaire, comme cela est arrivé chez trois de mes malades. A côté de son action nutritive et réparatrice, se trouve une propriété thérapeutique plus rapide dans ses manifestations, au sujet de laquelle quelques explications sont nécessaires.

Beaucoup de médecins regardent l'héméralopie comme une variété de l'amaurose (Scarpa, Lawrence). Elle serait due, par conséquent, à un affaiblissement, plus ou moins prononcé, de la *sensibilité* de la rétine.

Mais si telle est la nature intime de cette maladie, comment se fait-il qu'après l'apparition de l'héméralopie, comme avant, la vue s'exerce bien *pendant le jour*, à toute heure, à toutes les distances, dans les journées les plus sombres comme dans les temps les plus sereins?

Comment, au milieu de circonstances aussi variées, l'œil, cet organe *affaibli*, continue-t-il de percevoir toutes les sensations qui le frappent, pourvu que le soleil soit encore au-dessus de l'horizon? Comment surtout, dans l'espace de quelques heures, et quelquefois sous l'influence de 10 grammes de liquide, la rétine recouvre-t-elle toute la *sensibilité* qu'elle avait, dans certains cas, perdue depuis plusieurs mois? Quelquefois cette sensibilité de l'œil, à la suite du traitement, semble même exaltée, comme dans les observations I et II.

L'assimilation qu'on a établie entre ces deux maladies n'est donc pas légitime. Dans l'héméralopie, la sensibilité de la rétine est plutôt *pervertie* que *diminuée*; car certains malades voient les objets qui sont placés obliquement, tandis que ceux qui sont en face leur sont invisibles; d'autres n'aperçoivent rien à la surface du sol et voient briller les étoiles au ciel. L'huile de foie de morue vient régulariser cet état morbide par une manière d'agir qui nous échappe.

Lorsque, au contraire, il y a affaiblissement réel de l'organe, amblyopie amaurotique, l'huile de foie de morue perd toutes ses propriétés médicatrices. Je l'ai employée trois fois contre l'amaurose commençante, et dans aucun cas je n'ai pu constater la plus légère amélioration. Si l'observation ultérieure vient confirmer l'existence des propriétés antihéméralopiques de l'huile de foie de morue, cette substance pourra nous aider à distinguer l'amaurose commençante de l'héméralopie simple, distinction qui est quelquefois bien difficile à établir au début.

Il n'est pas nécessaire de faire ressortir les avantages que la méthode que je propose offre sur les médications anciennes. Ici, le malade n'a rien à changer ni à ses habitudes, ni à sa nourriture, quand elle est suffisante, ni à ses travaux ordinaires. Le traitement, d'ailleurs si simple par la *séquestration* du malade dans un lieu obscur, traitement que vient de faire connaître M. le docteur Netter, se montre, sous ce rapport, inférieur au traitement par l'huile de foie de morue. Je ne parlerai pas des inconvénients qu'offre l'usage des évacuants et des dérivatifs cutanés employés antérieurement.

Les traitements nouveaux que l'on propose contre cette maladie, et les médications anciennes qu'on cherche à rajeunir, offrent toutes une ressemblance qui frappe l'esprit au prémier abord. On se demande pourquoi tous ces traitements sont *purement locaux*. Lorsque l'observation des faits nous démontre que la maladie à laquelle ils s'adressent ne s'accompagne d'aucune lésion matérielle constante et qu'elle se développe sous l'influence de causes qui agissent sur l'organisme tout entier, telles que l'humidité et une nourriture insuffisante. Cette considération seule fait douter de l'efficacité de ces traitements dans la généralité des cas.

La manière dont on doit employer l'huile de foie de morue est bien simple : on la donne le matin à jeun. Douze de mes malades n'en ont pris qu'une cuillerée à bouche tous les matins; quelques-uns ont cessé le traitement le troisième jour et n'ont pris en tout que trois cuillerées de remède, c'est-à-dire environ 30 grammes. Chez trois, la dose a été portée à deux cuillerées par jour. Il est prudent de faire continuer l'usage du médicament pendant cinq ou six jours après la cessation de la maladie, pour prévenir toute récidive. J'ai constaté deux cas de rechute chez des malades qui avaient cessé l'usage du médicament dès le troisième jour. Ils sont revenus à l'usage du même moyen, et la première cuillerée a fait cesser de nouveau la maladie.

J'ai toujours employé l'huile de foie de morue brune. Son administration a été suivie dans deux cas d'une épistaxis abondante. Dans les treize autres cas, il ne s'est manifesté aucun effet physiologique, l'effet thérapeutique a été immédiat. Les malades ne se sont astreints à aucune précaution, ils n'ont pas usé de garde-vue, et cependant la fatigue des yeux et la céphalalgie ont cessé avec l'héméralopie.

Je borne ici mon travail déjà trop long. Je désire que les résultats que j'ai obtenus de l'emploi de l'huile de foie de morue, engagent quelques médecins à mettre ce moyen en usage. Dans les localités où la maladie est endémique, il ne faudra pas un temps bien long pour vérifier l'exactitude des faits que j'ai avancés dans ce travail; et ce ne sera qu'après cette épreuve qu'on pourra porter un jugement définitif sur cette méthode de traitement.

Les résultats qu'elle m'a procurés jusqu'ici me donnent le droit de conclure qu'elle est *supérieure* à toutes les médications qu'on a préconisées contre l'héméralopie; car l'huile de foie de morue, employée contre cette maladie, offre trois avantages que l'on trouve rarement réunis dans un seul agent thérapeutique et qui peuvent se résumer dans les mots suivants :

Rapidité dans l'action, constance dans les résultats, innocuité complète.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. Robert.

Sommaire. — Kyste synovial du poignet gauche. — Concrétions fibrineuses dans la bourse muqueuse trochantérienne, simulant une carie du grand trochanter.

Kyste synovial du poignet gauche. — Comme vous le savez, on donne le nom de kyste synovial à ces épanchements qui se font dans les gaînes synoviales destinées à assurer l'isolement et le glissement des tendons musculaires et s'accompagnent de la production d'une quantité toujours considérable de petites concrétions albumineuses, corps hordéiformes ou riziformes.

Au poignet, ces kystes se développent dans la grande gaîne synoviale qui sert d'enveloppe commune aux tendons des muscles fléchisseurs de la main; cette synoviale commence à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, passe sous le ligament antérieur du carpe, s'avance jusqu'à la racine des doigts où elle se termine en cul-de-sac et se prolonge enfin en dedans et en dehors avec la gaîne des fléchisseurs du petit doigt et du pouce, comme l'ont établi depuis longtemps les recherches de M. Maslieurat-Lagémard. C'est dans cette gaîne que se forment les kystes du poignet, dans lesquels on trouve seulement un peu de sérosité tenant en suspension par centaines ces petits corps hordéiformes composés de lymphe plastique concrète dont nous avons parlé.

La présence de ces petits corps empêche d'appliquer au traitement de ces kystes la méthode que l'on emploie ordinairement pour les cavités closes; pour celles-ci, en effet, on pratique une ponction sous-cutanée avec un long trajet oblique par lequel on donne issue au liquide, puis on fait une ou plusieurs injections iodées pour déterminer le recollement des parois du kyste. Mais, dans ces kystes synoviaux, les grains hordéiformes ne peuvent sortir par la canule du trocart, il faut donc largement inciser ces kystes en haut et en bas, afin de les vider intégralement et de faire sortir tous ces grains hordéiformes qui sont plus ou moins retenus dans les prolongements anfractueux du kyste; la guérison ne peut être obtenue qu'à la condition que tous ces grains sont sortis; dans certains cas, pour en faciliter l'issue, on passe par les ouvertures pratiquées aux deux extrémités du kyste, un séton que l'on fait marcher de bas en haut et de haut en bas, et à l'aide duquel on obtient ainsi la sortie d'un grand nombre de corps hordéiformes; lorsque le kyste est complétement évacué, il ne reste plus qu'à ôter le séton et à en faire cicatriser le trajet.

Ce genre de traitement est excessivement grave à cause de l'inflammation que développe souvent le passage du séton; des abcès circonvoisins se forment avec tous les phénomènes d'étranglement produit par la résistance de l'aponévrose palmaire et du ligament antérieur du carpe, et j'ai vu chez Dupuytren des malades mourir à la suite de ces accidents.

Mais cette terrible inflammation n'est plus autant à craindre aujourd'hui, grâce à l'emploi des irrigations froides préconisées il y a une vingtaine d'années par M. Josse, d'Amiens, pour prévenir le développement de l'inflammation dans les mains, les pieds, les jambes et toutes les parties du corps que le froid peut facilement pénétrer en raison de leur peu d'épaisseur. Sans vouloir m'étendre sur le mode d'action des irrigations froides, je rappellerai seulement que j'ai vu guérir par ce moyen des plaies articulaires graves, des écrasements des membres, etc. Dans le traitement des kystes synoviaux du poignet en particulier, les irrigations d'eau froide constituent un excellent moyen de modérer l'inflammation et de prévenir la formation d'abcès dans le tissu cellulaire ambiant qui laissent, après leur guérison, des adhérences entre les tendons, la synoviale et la peau, et empêchent ainsi le glissement des muscles fléchisseurs des doigts. J'ai pu, à l'aide de ce moyen, pratiquer un certain nombre d'opérations de ce genre, et j'ai été assez heureux pour ne voir succomber aucun malade.

Mais, lorsque les opérés ont échappé aux dangers de l'inflammation aiguë du kyste, ils ne touchent pas encore pour cela à la guérison : la synoviale, dépouillée de son épithélium, suppure, s'hypertrophie et se transforme en une espèce de tissu fongueux,

qui vient faire saillie par les orifices des trajets fistuleux que la suppuration a créés à la peau. Ces fongosités sont le seul obstacle qui empêche la guérison; c'est donc sur elles que je vais appeler votre attention, tout en vous faisant l'historique des phénomènes que vous avez pu observer chez notre malade couché au n° 31 de la salle St-Jean.

L..., 25 ans, passementier, portait depuis plusieurs années un kyste considérable du poignet, occupant toute la paume de la main gauche, passant sous le ligament antérieur du carpe, au niveau duquel il est étranglé, et remontant jusqu'au quart inférieur de la partie antérieure de l'avant-bras. Le 28 décembre 1857, M. Boyer l'opéra : il fit une large incision en haut et en bas, fit sortir une grande quantité de corps bordéiformes, puis passa un séton dans toute l'étendue qui séparait les deux incisions. L'inflammation violente qui s'ensuivit fut modérée par l'application de cataplasmes; cependant on ne put empêcher la formation de sept ou huit trajets fistuleux qui, partant tous de la cavité du kyste, vinrent aboutir à la peau sur différents points, entre les doigts, dans la paume de la main, au poignet et même à l'avant-bras, au-dessus du ligament antérieur du carpe.

Quand on crut que tous les corps hordéiformes étaient sortis, on supprima le séton que l'on pansa à plat pour le faire cicatriser; mais il s'était formé une énorme quantité de ces fongosités dont la production est caractéristique de l'inflammation subaiguë des synoviales, et qui ont été étudiées avec soin dans ces derniers temps par M. Bidard dans sa thèse inaugurale. Malgré cela, comme la santé du malade s'était altérée par son séjour prolongé à l'hôpital, on l'envoya, en mai 1858, à l'asile de Vincennes; il y resta vingt jours, et rentra à l'Hôtel-Dieu le 8 juin. Les fongosités étaient toujours dans le même état; il y avait un gonflement considérable de la paume de la main, du poignet et de la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras; mais pas d'inflammation vive ni de douleur; les fistules dont nous avons parlé existaient toujours, présentant à leur orifice un bourrelet de fongosités semblables à celles contenues dans le kyste, et rendaient un peu de liquide séro-purulent. Les doigts étaient dans la demi-flexion, mais incapables d'être fléchis davantage, ni aucunement étendus. Tout le tissu cellulaire de la région était épaissi et engorgé.

Contre ces fongosités, on réussit en général très bien par la combinaison d'une série de moyens, en tête desquels je place les injections iodées; puis viennent les bains sulfureux, la compression, etc. Le traitement a donc consisté principalement en des injections que l'on fit journellement dans le kyste avec la solution iodée de Guibourt, dont vous connaissez la formule; chaque jour on faisait plusieurs injections par deux, trois ou quatre de ces fistules qui communiquaient toutes ensemble comme je vous l'ai déjà dit.

Le malade n'a pas éprouvé beaucoup de douleur par le fait de ces injections, nous avions, du reste, le soin de les suspendre pendant un ou deux jours lorsqu'elles produisaient un peu d'inflammation; on appliquait alors des cataplasmes, et le malade prenait un bain sulfureux.

Ce traitement a été continué pendant trois semaines, et voici ce qui s'est passé : le gonflement a diminué petit à petit, à tel point qu'aujourd'hui il n'en reste plus de traces; les fongosités de la cavité synoviale ont entièrement disparu, de même que celles qui existaient aux orifices des trajets fistuleux; ces fistules sont toutes fermées aujourd'hui, à l'exception d'une. En même temps que les fongosités disparaissaient, les doigts ont retrouvé leur mobilité, ils se fléchissent et s'étendent complétement, ainsi que le poignet; or, ces mouvements étaient impossibles avant le traitement.

Le résultat est donc acquis au point de vue clinique; les fongosités ont disparu, le kyste est guéri et les mouvements sont conservés. Comment expliquer cette conservation des fonctions de la synoviale?

Les kystes enflammés peuvent guérir de deux manières différentes; tantôt l'irritation produite par l'injection ne se borne pas à modifier les parois du kyste et à amener la résolution de l'inflammation; elle dépasse ce but et détermine dans ses parois une exsudation de lymphe plastique qui les fait adhérer l'une à l'autre; tantôt, enfin, l'injection a pour résultat de modifier simplement les parois de la cavité synoviale, mais les fonctions de la séreuse sont conservées. Il n'est donc pas indifférent d'obtenir l'un ou l'autre de ces deux résultats. Chez notre malade, les mouvements du poignet et des doigts sont conservés; or, cet état n'est compatible qu'avec le rétablissement des fonctions physiologiques de la synoviale : nous avons donc obtenu le meilleur résultat possible.

Pour moi, ce résultat est dû évidemment aux injections iodées; cependant, les chirurgiens n'ont pas toujours pensé de cette manière; c'est, comme vous le savez, à M. Velpeau que revient l'honneur d'avoir appliqué l'iode dans le traitement des kystes synoviaux; dans les premiers temps, on a pu croire que la guérison ne pouvait s'obtenir qu'avec l'oblitération de la cavité séreuse; MM. Abeille, Hutin, ont constaté, et depuis eux tous les chirurgiens ont reconnu que, le plus souvent, les injections iodées amènent la guérison du kyste sans que, pour cela, les fonctions de la séreuse soient abolies : ainsi, M. Hutin a publié les résultats que lui avait donnés l'examen cadavérique de 130 à 150 hydrocèles traitées soit par l'injection vineuse, soit par l'injection d'iode; il a vu que, dans un grand nombre des cas où l'on avait employé les injections iodées, la cavité de la tunique vaginale était conservée, tandis qu'elle était oblitérée chez presque tous les malades traités par l'injection vineuse. Les vétérinaires, et M. Leblanc en particulier, ont également observé que dans les kystes synoviaux des jambes, si communs chez les chevaux, les injections iodées amènent la guérison tout en conservant, dans le plus grand nombre des cas, les fonctions du membre.

Enfin, on a aussi injecté de l'iode dans les cavités articulaires; je possède à ce sujet un certain nombre d'observations très curieuses, parmi lesquelles je vous citerai seulement la suivante :

Il y a huit ans, une tante du concierge de l'hôpital Beaujon, était atteinte de tumeur blanche du genou, avec gonflement considérable, épaississement et fongosités de la synoviale. Je fis une ponction qui évacua environ 100 grammes d'un liquide trouble et mêlé d'un peu de pus, et je fis une injection iodée; au bout d'un certain temps, le liquide s'était reproduit, je fis donc une nouvelle injection; cette fois il se développa un peu de gonflement inflammatoire, qui se dissipa graduellement; les fongosités se résorbèrent, et, petit à petit, le genou revint à son état normal. Enfin, il y a deux ou trois mois, j'ai encore revu cette femme, la guérison ne s'est pas démentie : elle peut, m'a-t-elle dit, aller à pied sans trop de fatigue, de la Salpêtrière, où elle est pensionnaire, à l'hôpital Beaujon, et le genou n'offre aucune différence avec le côté sain.

Des faits semblables ont été fréquemment observés; l'iode modifie la surface interne de la synoviale, guérit l'inflammation dont elle était le siége, et le plus souvent ramène la séreuse à son état physiologique. L'iode est-il le seul modificateur capable de donner un pareil résultat? Je n'en sais rien, je me borne à constater les excellents effets qu'il donne dans le traitement des inflammations des cavités closes.

Concrétions fibrineuses, résultat d'une hématocèle dans la bourse muqueuse du grand trochanter, simulant une carie du grand trochanter. — Le devoir du chirurgien, lorsqu'il lui arrive de commettre une erreur de diagnostic, est non seulement d'en faire l'aveu sincère et loyal, mais de la signaler même, il éclaircit de cette manière un point de diagnostic obscur, et donne aux praticiens les moyens d'éviter la faute dans laquelle il est lui-même tombé. C'est à ce point de vue que j'appelle votre attention sur le fait suivant :

Au n° 26 de la salle Saint-Paul est une malade âgée de 30 ans, dame de comptoir; elle a une constitution lymphatique, mais elle s'est toujours bien portée, et dans ses antécédents, la seule circonstance fâcheuse que nous trouvions est que le bureau où elle travaille est placé sur une trappe conduisant à la cave; elle est donc constamment exposée au froid humide. Il y a quatre mois elle éprouva, sans contusion, sans chute et sans cause occasionnelle, sans même s'être exposée à de la fatigue, une douleur profonde dans la hanche, s'irradiant au genou et rendant la marche pénible; les douleurs ont été en augmentant, il s'est formé à la région supérieure et externe de la cuisse un abcès qui a été ouvert, et est devenu fistuleux.

Quand cette femme vint à l'hôpital, je constatai un peu de gonflement de la cuisse au niveau du grand trochanter; la pression détermine de la douleur et fait sortir par les deux orifices fistuleux un peu de pus sanieux. D'où venait cette suppuration, quel était le siége de la maladie? L'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine, tous les mouvements dont elle est susceptible s'accomplissent librement et dans toute leur étendue normale, ils ne provoquent pas de douleurs, et ne donnent lieu à aucune sensation de frottement, de crépitation dans l'article : j'écartai donc l'idée d'une lésion articulaire, et mon attention se dirigea sur la possibilité d'une altération du grand trochanter; en effet, cette partie du fémur, composée en grande partie de tissu spongieux, est souvent le siége de maladies inflammatoires, ostéite, carie, lésion qui était très compatible avec la constitution lymphatique de la malade et l'influence du froid humide auquel elle était constamment exposée.

J'introduisis donc un stylet par la fistule et j'arrivai dans une cavité qui, pour moi, n'était autre chose que la bourse muqueuse destinée au glissement du muscle grand fessier, sur le grand trochanter, cherchant dans cette bourse muqueuse à rencontrer cette apophyse, je trouvai une surface rugueuse, inégale, dure, présentant une sorte de crépitation rude et fine qui ressemblait à celle de la carie, dans d'autres points le stylet pénétrait assez facilement à une certaine profondeur, comme cela se voit dans les os ramollis par la suppuration. A ces différents qui n'eût pensé à l'existence d'une carie?

Mon diagnostic fut donc : carie de la face externe du grand trochanter, et je me disposais en conséquence à mettre le grand trochanter à nu et à attaquer le mal par la rugine et le cautère actuel. La malade ayant été soumise au chloroforme, j'incisai largement la peau, l'aponévrose et la bourse muqueuse, en donnant à mon incision une direction curviligne qui me permit un accès facile sur la surface de l'os. Cherchant alors avec le doigt à constater l'état du trochanter, je trouvai dans la cavité muqueuse une concrétion très dure, comme ligneuse; j'en amenai deux fragments considérables et une grande quantité d'autres plus petits; puis, introduisant de nouveau le doigt, je sentis l'os parfaitement sain. M. Robin, qui à ma demande a bien voulu examiner ces productions au microscope, les a trouvées composées de fibrine associée à des globules de pus.

Que s'était-il passé dans cette bourse muqueuse? Il y a eu un épanchement de sang dont la partie liquide s'est résorbée, tandis que la fibrine s'est concrétée et a acquis une dureté considérable. Ces plaques rugueuses sont donc le résultat d'une hématocèle qui a eu lieu dans la bourse muqueuse trochantérienne. Ces hématocèles sont assez fréquentes dans les autres régions, la tunique vaginale, la bourse prérotulienne; mais elles doivent être très rares dans la bourse muqueuse du grand trochanter; car c'est la première fois que je l'y ai rencontrée. La malade affirme n'avoir n'avoir jamais reçu de coup sur la hanche : est-ce donc le froid humide qui a produit cette lésion?

Toutes ces circonstances, comme vous le voyez, rendaient le diagnostic fort difficile; la suppuration sanieuse, les trajets fistuleux conduisant le stylet sur une surface dure et rugueuse, donnaient bien lieu de supposer une carie du trochanter.

En tout cas, l'erreur de diagnostic que je vous signale, n'est nullement préjudiciable à la malade, car la résorption de ces plaques fibrineuses était complétement impossible, et leur présence entretenait la suppuration de la bourse muqueuse. J'ai rempli cette cavité de charpie sèche, et au bout de quelques jours, sous l'influence de cette excitation, des bourgeons charnus de bonne nature ont commencé à se produire; quelques injections d'iode ont été faites, et le 14 août la malade était en état de sortir, portant seulement une cicatrice déprimée.

Il y aura peut-être quelques difficultés tenant à la présence de fongosités à la surface de la bourse muqueuse; l'iode en viendra probablement à bout.

La position de la malade est donc bien moins grave que nous ne l'avions supposé d'abord.

Dr Doumic.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Septembre 1858. — Présidence de M. Roche.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Brun-Séchard adresse à l'Académie :

1° Trois brochures sur l'assistance publique;

2° Une pièce d'anatomie pathologique, accompagnée d'un mémoire sur la régénération des os.

Ces pièces sont envoyées à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

— M. Kemmérer adresse une nouvelle méthode d'enseignement du calcul décimal à l'usage des sourds-muets. (Com. M. Bouvier.)

— M. Da Costa, médecin à Rio-de-Janeiro, fait part à l'Académie d'une opération de résection totale du maxillaire supérieur d'un côté et d'une partie de l'apophyse palatine du côté opposé. Le procédé opératoire, l'histoire détaillée et le résultat définitif de cette observation seront ultérieurement envoyés à l'Académie.

M. le docteur Houel donne lecture d'une description détaillée du fœtus monstrueux qu'il a présenté à l'Académie dans la séance du 2 février 1858.

Ce monstre appartient à la famille des *Pseudencéphaliens* et au genre *Nosencéphale* de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire; on remarque : 1° une division médiane du nez; 2° l'absence de plusieurs phalanges des doigts de la main; 3° une fracture de la jambe droite et une plaie de la jambe gauche.

« La division médiane du nez est due à l'absence des os propres avec division de la peau, écartement des deux bords de la plaie congénitale, et l'écartement est comblé par un tissu particulier qui réunit les bords de la solution de continuité. La bossidité n'est pas tout à fait médiane, mais se trouve située un peu sur le côté du lobe du nez; sa situation est telle qu'elle ne peut s'expliquer, comme arrêt de développement, par une scissure existant normalement à une certaine époque de la vie intra-utérine. »

L'auteur du mémoire se demande ensuite si l'absence des phalanges tient à un arrêt de développement ou à une amputation spontanée; il se prononce pour cette interprétation, à cause des cicatrices qu'on remarque à l'extrémité des moignons. Quant à la fracture de la jambe droite, M. Houël pense qu'elle a été produite par le cordon ombilical ou par une bride, quoique la peau n'ait pas été divisée. Un point intéressant, c'est que les muscles péroniers latéraux, jambier postérieur, fléchisseurs des orteils et même leurs tendons, présentent une dégénérescence graisseuse remarquable. D'après les théories anciennes, ces muscles auraient dû être fibreux; mais des recherches ont démontré, comme cela existe ici, que si un muscle devient inactif et non tendu, il est envahi par la graisse qui se substitue aux fibres musculaires. (Comm. MM. Danyau, Cazeaux, Depaul.)

M. Garnier, appelé à la tribune, lit un travail intitulé : *De l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire.*

Après avoir constaté le désaccord, les dissidences profondes des médecins sur l'action de l'atmosphère maritime et le doute stérile, l'indifférence fatale dans laquelle on est tombé à cet égard, l'auteur expose les circonstances qui l'ont conduit à s'occuper de cet important sujet.

Partant de ce fait que les malades des hôpitaux maritimes se recrutent parmi les marins en relâche ou en armement, les ouvriers du port, les apprentis matelots et les soldats de marine, qui tous, ayant navigué ou non, sont obligés, par le service même de ces diverses professions, à vivre dans le port, à rester presque constamment sur les navires, sur la plage ou près des bords de la mer, et qui ont été, par conséquent, soumis et exposés pendant plus ou moins de temps à l'inhalation de l'air marin, il a été conduit à rechercher l'influence de cet agent thérapeutique sur ces malades. A cet effet, il a compulsé, au ministère de la marine, les registres nécrologiques des divers hôpitaux maritimes de France, dans lesquels l'âge, la profession et la maladie des décédés sont indiqués avec soin, savoir : à Toulon et Cherbourg depuis 1840, et à Brest, Rochefort, Lorient depuis 1843. C'est le relevé statistique de tous les décès arrivés dans ces divers hôpitaux depuis ces deux époques jusqu'en 1854 inclusivement, que l'auteur soumet au jugement de l'Académie, et qui forme la base de son travail.

Sur les 8,997 décès compris dans ce relevé, il y a 847 cas de phthi-

sie, c'est-à-dire un peu moins du dixième, proportion favorable si on la compare avec celle de Bayla, J. Clark, et toutes celles qui ont été faites à Paris et à Londres.

Examinés séparément suivant les pays, ces résultats sont tout différents. Ainsi sur 5,232 décès arrivés en 15 ans dans les hôpitaux de Toulon, il n'y a que 257 phthisiques, c'est-à-dire moins du vingtième, tandis que sur 563 décès arrivés à Cherbourg en 12 ans, il y a 84 phthisiques, ou plus du sixième, et à Lorient sur 357 décès il y a eu 103 phthisiques.

Ces différences sont encore plus marquées suivant les saisons. A Toulon, par exemple, sur les 1,393 décès compris dans le premier trimestre, il y a 56 phthisiques, soit 1 sur 25 environ, tandis qu'à Lorient cette proportion s'élève presque à 1 sur 2 dans le trimestre correspondant.

Suivant les années, il y a 3 décès seulement à Toulon en 1848 sur 300 décès, proportion peut-être unique pour un hôpital, tandis qu'à Lorient, chose aussi extraordinaire dans un sens tout opposé, il y eut en 1850 10 phthisiques sur 17 décès !...

Ainsi, les extrêmes sont constantes entre Toulon et Lorient, comme les intermédiaires à Brest et à Rochefort.

Des résultats analogues ont été obtenus parmi les condamnés des bagnes, qui sont aussi exposés presque constamment à l'inhalation de l'air marin.

M. Garnier voit dans ces résultats le mot de l'énigme qui a divisé jusqu'ici les médecins sur l'action de l'air marin dans la phthisie. Il en cherche en même temps l'explication dans les nombreux *circumfusa* qui modifient cette action, les vêtements, l'exercice; dans la constitution variable, hygrométrique, barométrique, thermométrique de l'atmosphère maritime, suivant les temps et les lieux, les conditions météorologiques et géologiques des lieux environnants; dans la constitution des malades, le caractère et le degré de la phthisie. C'est ainsi que la navigation, dont l'action favorable résulte des statistiques anglaises, donnant une moyenne de phthisiques bien inférieure dans la marine que dans l'armée de terre, n'est pas moins très dangereuse pour les tuberculeux avancés, surtout au troisième degré, et éminemment nuisible lorsqu'elle a lieu sous les tropiques. De même encore, quant au séjour de ces malades en Italie, si agréable et bienfaisant pour eux dans certains lieux situés sur la Méditerranée, si préjudiciable dans d'autres lieux voisins différemment exposés et absolument impossible sur la côte opposée, baignée par l'Adriatique. L'auteur montre, d'après un ouvrage qu'il a récemment publié (1), qu'il en est absolument de même à Madère, qui offre de frappantes analogies topographiques avec la Péninsule. Suivant lui, l'air marin n'est pas plus spécifique que tant d'autres moyens, et cette diversité de résultats, loin d'être un motif pour nier ou douter de son action sur la phthisie, en est au contraire la démonstration logique et rigoureuse.

Sans chercher à distinguer, à préciser l'action des causes locales donnant lieu à ces différences, M. Garnier fait remarquer que plusieurs lieux situés en Espagne, en France, en Italie, en Égypte, en Algérie, sur les bords de la Méditerranée, comme Toulon, jouissent d'un privilége à cet égard, et que Madère qui le partage peut-être au plus haut degré, est sous l'influence des mêmes courants que ce lac immense.

CONCLUSIONS :

I. L'influence de l'atmosphère maritime sur la tuberculisation ne s'exerce pas uniformément partout où elle règne; elle varie suivant les conditions climatériques des pays et des lieux.

II. Elle est très manifeste dans les hôpitaux maritimes de Toulon, de Madère, et dans plusieurs lieux situés sur la Méditerranée.

III. Elle est nulle dans les autres hôpitaux maritimes de France.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Beau, Guérard et Blache.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

Les Statuts de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France* commenceront à être adressés demain, jeudi, aux journaux de médecine de Paris et des départements.

Nous publierons ces Statuts dans le numéro de l'UNION MÉDICALE de samedi.

— On lit dans la *Revue municipale* :

« Une des questions les plus intéressantes que nos édiles étudient en ce moment et qui va recevoir une prochaine solution, est celle du déplacement des hospices.

» A l'époque de leur fondation, ces établissements étaient les uns aux extrémités de la ville, les autres en dehors même des remparts de Paris.

» La population augmentant d'âge en âge, le flot de cette marée montante a fini par atteindre et dépasser toutes ces maisons hospitalières.

» Au point de vue de la santé des malades et dans l'intérêt de l'amélioration de la ville de Paris, il est nécessaire, il faut les transporter dans des endroits sinon éloignés de la capitale du moins assez distants des murs d'enceinte pour que ces hospices y trouvent enfin ce qui leur manque depuis trop longtemps : l'air et l'isolement.

» Ainsi, l'on va déplacer l'hospice des Ménages pour le transférer à Issy. On sait que l'hospice des Ménages est situé rue de la Chaise, au n° 28, dans le 10e arrondissement, en plein quartier Saint-Thomas-d'Aquin. Lorsque la ville de Paris, vers le milieu du XIVe siècle, fit l'acquisition d'un terrain sur lequel on voyait une maladrerie qui devint les Petites-Maisons, depuis l'hospice des Ménages, cette maladrerie était alors dans la campagne, à plus de 800 mètres du rempart.

» Aujourd'hui les Ménages, qui occupent une superficie de 24,739 mètres, sont cernés de toutes parts et bloqués par des maisons particulières. Les malades se trouvent pour ainsi dire dans la rue et les habitants des propriétés voisines de l'hospice respirent l'air de l'ancienne maladrerie. C'est une gêne, une souffrance pour les uns, un dégoût, un poison pour les autres; donc, au point de vue de l'humanité, ce déplacement est nécessaire, indispensable.

» On doit également déplacer l'hospice Sainte-Perrine pour le transporter à Auteuil.

» Une autre question du plus grand intérêt est celle qui a rapport à l'Hôtel-Dieu, cet aïeul de nos établissements hospitaliers.

» L'état de vétusté d'une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu oblige à songer à leur reconstruction.

» Dès que l'installation des bureaux de l'assistance publique pourra s'effectuer dans l'un des deux hôtels qui font face au palais municipal, le bâtiment de la rue Neuve-Notre-Dame, deviendra provisoirement l'annexe de l'Hôtel-Dieu, et sera disposé pour recevoir de 250 à 300 lits. Cette affectation nouvelle permettra de démolir ces bâtiments du vieil hôpital dont l'état de délabrement inspire les craintes les plus sérieuses, c'est-à-dire les parties situées vers le pont au Double, sur la rive droite du petit bras de la Seine. »

DES MÉDECINS EN CHINE. — En Chine, dit M. Huc, dans son ouvrage sur l'*Empire Chinois*, chacun exerce la médecine avec entière liberté ; le gouvernement ne s'en mêle en aucune manière. On a pensé que le vif et irrésistible intérêt que les hommes portent naturellement à leur santé serait un motif suffisant pour les empêcher de donner leur confiance à un médecin qui n'en serait pas digne. Aussi quiconque a lu quelques livres de recettes et étudié la nomenclature des médicaments, a le droit de se lancer avec intrépidité dans l'art de guérir ses semblables...., ou de les tuer.

La médecine est, comme l'enseignement, un excellent débouché pour favoriser l'écoulement des nombreux bacheliers qui ne peuvent parvenir aux grades supérieurs et prétendre au mandarinat. Aussi les docteurs pullulent en Chine ; sans parler des médecins officieux, qui sont innombrables, puisque, comme nous l'avons déjà dit, tous les Chinois savent plus ou moins la médecine ; il n'est pas de petite localité qui ne possède plusieurs médecins de profession. Leur position n'est pas, à beaucoup près, aussi brillante qu'en Europe; outre qu'il n'y a pas grand honneur à exercer un état qui est à la portée, et, en quelque sorte, à la merci de tout le monde, on n'y trouve non plus que très peu de chose à gagner. Ordinairement, les visites ne se paient pas ; les remèdes se vendent à bon marché, et toujours à crédit, d'où il faut conclure qu'on ne peut guère compter que sur le tiers de son revenu. En outre, il est assez d'usage de ne pas payer les médecines qui ne produisent pas de bons effets, ce qu'elles se permettent assez souvent. Mais la situation la plus triste et la plus piteuse pour le médecin chinois, c'est lorsqu'il est obligé de se cacher ou de se sauver loin de son pays, pour éviter la prison, les amendes, les coups de bambou, et quelquefois pis encore. Cela peut arriver quand, ayant promis de guérir un malade, il a la maladresse de le laisser mourir. Les parents ne se font pas faute de lui intenter un procès, et, dans ce cas, pour peu qu'on tienne à la vie et aux *sapèques*, le parti le plus sûr, c'est de prendre la fuite. La législation semble, du reste, favoriser les procédés un peu sévères à l'égard du médecin.

Les docteurs chinois aiment beaucoup les spécialités et s'occupent exclusivement du traitement de certaines maladies. Il y a des médecins pour les maladies qui proviennent du froid, et d'autres pour celles qui sont causées par le chaud. Les uns pratiquent l'acupuncture, d'autres raccommodent les membres cassés. Il y a, enfin, des médecins pour les enfants, des médecins pour les femmes, des médecins pour les vieillards. Il en est qu'on nomme *suceurs de sang* et qui fonctionnent comme des ventouses vivantes; ils apposent hermétiquement leurs lèvres sur les tumeurs et les abcès des malades, puis, à force d'aspirer, ils font le vide, et le sang et les humeurs jaillissent en abondance dans leur bouche. Nous avons eu occasion de voir à l'œuvre un de ces vampires, et nous n'oublierons jamais le spectacle rebutant que présentait cette face hideuse collée aux flancs d'un malheureux qu'elle semblait vouloir dévorer. La cure des yeux, des oreilles et des pieds est ordinairement réservée aux barbiers, qui jouissent, en outre, dans les provinces du Midi, du privilége de faire la pêche aux grenouilles. Quelle que soit la spécialité des médecins chinois, on en voit très peu qui deviennent riches en exerçant leur art; ils vivent au jour le jour, comme ils peuvent, et rivalisent ordinairement de privations et de misère avec leurs confrères les maîtres d'école.

(1) *Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire.* Un vol. in-8°, Paris, 1858, J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 108. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 11 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1858.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

A Monsieur le Docteur RAYER.

Monsieur et très honoré confrère,

Ce n'est pas le membre et le secrétaire de la Commission organisatrice de l'Association générale des médecins de France qui a l'honneur de vous écrire; c'est le simple journaliste qui reprend ce titre avec bonheur; par lui, il peut communiquer plus librement à ses lecteurs ce qu'il veut dire de vous, de la Commission, de ses travaux, des espérances qu'elle a conçues, des conditions nécessaires à la réalisation de ces espérances, du but, enfin, qu'elle a voulu atteindre. Je laisse donc de côté tout caractère officiel, afin qu'on ne voie dans cette lettre que l'expression libre et spontanée de mes propres sentiments, afin surtout que la responsabilité n'en retombe que sur moi.

Lorsque le 15 janvier dernier — cette date m'est précieuse et je la conserve religieusement — j'eus l'honneur de vous parler pour la première fois de la question de l'Association générale, cette question était très aventurée. Après ce qui s'était passé dans le sein de l'Association des médecins de la Seine, d'après ce qui se préparait pour la fameuse séance du 31 janvier, il était facile de voir que cette idée, sympathiquement accueillie par toute la France médicale, allait tristement faire naufrage, à Paris, sur un écueil redoutable. Cependant, en perdant tout espoir de dissiper les préventions et les appréhensions de l'Association de la Seine contre l'idée du Comité de Bordeaux, je conservais toutes mes convictions sur la grandeur de cette œuvre, sur la possibilité de sa réalisation après examen réfléchi, après étude sérieuse. C'est dans ces circonstances que, non sans appréhension, je l'avoue, mais irrésistiblement poussé par cette pensée que vous seul par l'éclat de votre position scientifique, par la haute confiance dont vous êtes investi, par la considération et le respect qui vous entourent, que vous seul, dis-je, pouviez mener à bonne fin l'œuvre vaillamment entreprise par nos confrères de Bordeaux; c'est alors que j'osai vous faire ma première ouverture.

Que j'avais tort de concevoir des craintes sur vos dispositions! Avec cette admirable perspicacité qui vous distingue, mais surtout avec cet ardent désir d'améliorer les conditions générales de la profession et d'amoindrir les souffrances de nos confrères malheureux, sentiment qui ne cherchait que l'occasion de se produire, vous comprîtes d'un mot, d'un coup d'œil vous saisîtes l'importance, l'utilité et la générosité de l'œuvre à la coopération de laquelle j'avais l'honneur de vous convier. Votre concours me fut promis, et mes loyaux amis de Bordeaux, immédiatement instruits du puissant auxiliaire que je venais de conquérir à leur cause, remirent aussitôt entre vos mains, et avec confiance, les destinées de l'Association générale.

Dès ce moment les destinées de l'Association générale me parurent assurées, et je laissai passer avec calme, sinon avec indifférence, cette grande journée du 31 janvier, qui, pour beaucoup de monde et de très bonne foi, put passer pour le Waterloo de l'idée bordelaise.

Cette généreuse idée néanmoins n'était pas morte; on ne tue pas aussi facilemet que cela ce qui est bon en soi, utile et général. Battue ici, l'Association générale fit résolûment changement de front; au lieu de continuer une lutte qui pouvait devenir affligeante et tout compromettre, elle accepta silencieusement les décisions de la majorité parisienne, et, s'emparant avec prudence d'une position plus belle encore, plus nette, plus libre, elle voulut étudier avec calme et désintéressement tous les systèmes, toutes les opinions, faire une part équitable à toutes les exigences, à toutes les appréhensions même, car, sans parti pris d'avance, vous vouliez vous rendre compte de toutes les objections, de toutes les résistances, de leur valeur et de leurs causes.

A cette œuvre d'étude et de conciliation, vous conviâtes une Commission imposante et nombreuse qui, par la notoriété, la position éminente et les lumières de ses membres, put offrir toutes les garanties désirables au corps médical dont elle allait prendre en main un des plus graves intérêts, aux opinions dissidentes qu'il s'agissait de ramener et de calmer, aux Pouvoirs publics, enfin, auxquels il fallait inspirer toute confiance, puisqu'il s'agirait plus tard de leur demander protection.

Ce que cette Commission a montré de zèle, de dévouement et de patience, avec quel soin tous les détails et l'ensemble de l'œuvre immense qu'il s'agissait d'édifier, ont été étudiés et discutés, quelles lumières ont brillé dans son sein, quelles magnifiques argumentations s'y sont produites, quelles grandes et nobles intentions s'y sont trahies, nous le savons, nous qui avons assisté à ces longues et nombreuses séances du Parvis-Notre-Dame, nous qui, si souvent, avons été ému, charmé et entraîné par la parole si persuasivement éloquente de M. Bethmont, l'infatigable rapporteur du projet des Statuts, cet avocat éminent que vous aviez chargé de plaider et de gagner la noble cause de l'Association générale, et qui l'a plaidée et gagnée aux acclamations de la Commission tout entière.

Et vous, très honoré maître, ce que vous avez dépensé jusqu'ici d'activité et d'ardeur, avec quel amour, avec quelle passion du bien vous avez épousé la cause de l'Association générale, quelle persévérance et quelle habileté de conduite vous avez déployées en face des obstacles et des difficultés, de quelles ressources toujours heureuses vous avez fait usage, quelle puissante et décisive influence a eue l'autorité de votre nom, et combien peu vous l'avez ménagée dans tous les degrés des pouvoirs publics, qui le dira, si ce n'est celui que vous avez daigné initier jour par jour, heure par heure, pour ainsi dire, à toutes vos démarches, à toutes vos alarmes, à tous vos succès? Et le disant, quelle autre crainte puis-je éprouver que celle de blesser votre délicate modestie qui m'a tant recommandé d'oublier — puis-je vous obéir? — vos travaux et vos services?

Voilà donc, très honoré maître, et grâce à vous, grâce à toute la Commission, grâce à libéralité du gouvernement, de grandes choses faites; mais que de plus grandes restent encore à faire!

La première, c'est de donner à la famille médicale une intelligence nette et claire des Statuts de l'Association générale. Ici, et indépendamment des instructions que la Commission pourra donner elle-même, le concours de la Presse est indispensable. Dans les conditions où se présentent les Statuts, j'ose assurer qu'aucune nuance de la Presse ne lui sera hostile. Avec confiance on peut compter sur elle. Nous avons pu, journalistes, être divisés sur les moyens, nous ne l'avons jamais été sur les principes. Or, il se trouve que, par la plus heureuse des combinaisons, tout en gardant les principes, on a donné satisfaction à tous les moyens. L'Association générale, en effet, telle qu'elle est proposée au corps médical, est suffisamment unitaire pour contenter les amis de la centralisation; elle est assez essentiellement fédérative pour plaire aux protecteurs des prétentions locales. Elle est unitaire dans son but le plus général et le plus élevé, la solidarité universelle parmi ses membres, la mutualité des droits et des secours. Elle est fédérative, car elle laisse aux Sociétés locales leur indépendance, leur action, leurs biens, leur administration, leur police. Vous craigniez, pourrons-nous dire à ceux-ci, que les difficultés de fonder partout des Sociétés locales ne tiennent un grand nombre de confrères en dehors de l'Association? Lisez les articles relatifs à la *Société centrale* et rassurez-vous. Vous désiriez, répondrons-nous à ceux-là, que l'Association générale produise quelque chose de plus encore que le soulagement des souffrances et le secours à l'infortune? Lisez l'article 6 et que vos vœux soient satisfaits. Vous voudriez, dirons-nous aux autres, que l'Association générale prévît mieux que le simple secours? Parcourez encore l'article 6 et voyez quel magnifique programme il promet à l'avenir.

De quoi dépend-il que cet avenir soit prochain? De la famille médicale évidemment et de son empressement à accepter les Statuts qui lui sont présentés. Si nos confrères croient qu'après les solennelles discussions du Congrès médical, qu'après tout ce qui a été dit et écrit sur l'Association depuis vingt ans, et notamment l'année dernière, qu'après tout ce qui a été réalisé d'heureux dans cette voie et dont il était impossible de ne pas tenir compte, si nos confrères croient que la Commission d'organisation a possédé toutes les lumières et tous les éléments nécessaires à l'édification d'une œuvre réalisable et possible, nos confrères, qu'ils vivent déjà sous les bienfaisantes lois de l'Association ou qu'ils vivent isolés, répondront certainement à l'appel que la Commission va leur faire incessamment. En présence de cette œuvre de conciliation, ils oublieront toutes les dissidences passées; ils verront que ce qui a été obtenu est immense, qu'il n'a pas été possible de faire plus et autrement. Ils se souviendront de ce que si souvent une faible voix et une humble plume ont exposé, que l'Association, quelle que soit sa formule, pourvu qu'elle contienne en germe le principe de la mutualité et de la solidarité générales, portera inévitablement toutes ses conséquences et tous ses fruits.

Alors, très cher et honoré maître, nos confrères auront la générosité, le bon goût et la prudence d'oublier qu'une promesse n'a pas été tenue et ils n'adresseront ni à vous, ni à la Commission, ni à moi-même des questions auxquelles ni vous, ni la Commission, ni moi-même ne pourraient répondre.

Alors ils se souviendront que les Statuts ont été préparés par une réunion d'hommes qui connaissent tous les vœux, toutes les aspirations, toutes les souffrances du corps médical et ils auront confiance dans les intentions de ces hommes qui étaient en possession de tout ce qu'il fallait savoir pour entreprendre tout ce qu'il était possible de faire réussir.

Et qui croyez-vous, très honoré maître, qui s'engagera d'abord dans cette voie d'adhésion et de conciliation? Les premiers, je vous l'assure, seront certainement ceux qui auront le plus à regretter les modifications apportées à leurs idées, nos braves et loyaux confrères du Comité de Bordeaux dont je connais le dévouement et l'abnégation. Ils donneront au corps médical ce noble exemple; ils auront ce courage si rare et si méritant, et vous pouvez compter sur leur entier et rapide concours.

Veuillez agréer, très honoré maître, l'expression respectueuse et reconnaissante de mes sentiments dévoués.

Amédée LATOUR.

STATUTS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS des Médecins de France.

TITRE Ier.

COMPOSITION DE L'ASSOCIATION; — SON NOM; — SON OBJET.

ART. 1er. — Il est établi une Association de prévoyance, de protection et de secours mutuels pour tous les Médecins de France.

ART. 2. — Sa durée est illimitée.

ART. 3. — Son siége est à Paris.

ART. 4. — Elle prend le nom d'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France.*

ART. 5. — L'Association générale se compose de toutes les *Sociétés locales* formées sous son influence et de toutes celles qui se rattachent à elle pour concourir à l'œuvre commune.

ART. 6. — Le but de l'Association générale, comme celui des Sociétés locales qui la composent, est :

De venir au secours des sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités, réduisent à un état de détresse;

De secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés;

De donner aide et protection à ses membres;

De maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession;

De fonder dans l'avenir une caisse de retraite;

De préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance.

ART. 7. — L'Association générale procède à son œuvre par deux opérations.

Premièrement :

Elle prépare l'organisation des *Sociétés locales*.

Elle forme une *Société centrale* destinée à réunir :

Les médecins de l'armée et de la flotte;

Les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence fixe ou résident hors de France;

Les docteurs en médecine ou en chirurgie disséminés dans les arrondissements et départements où il n'existerait pas de Société locale agrégée à l'Association générale.

Deuxièmement :

Elle relie entre elles les Sociétés ainsi formées;

Elle agrége les Sociétés déjà existantes.

Elle prépare, fonde et administre les établissements d'assistance de toute nature qui rentrent dans le but de l'institution.

ART. 8. — L'Association générale est représentée par des Assemblées générales.

Elle est dirigée et administrée par un Conseil général.

SECTION PREMIÈRE.

Association générale. — Conseil général. — Composition. — Attributions. Conseil judiciaire.

Art. 9. — Le Conseil général est composé :

1° Du Président de l'Association nommé par l'Empereur;

2° De quatre Vice-Présidents;

3° D'un Secrétaire général archiviste;

4° De deux Vice-Secrétaires;

5° De vingt-cinq Conseillers.

Les Membres du Bureau et les membres du Conseil-général sont élus pour cinq ans à la majorité absolue des suffrages par l'Assemblée générale : ils sont rééligibles.

Les deux tiers au moins des membres du Conseil général doivent résider à Paris.

Art. 10. — Le Conseil général est assisté par un Conseil judiciaire, dont la composition et les attributions seront déterminées par un règlement spécial soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

Art. 11. — Le Conseil général dirige l'Association générale dans son ensemble; il agit en son nom.

Il provoque la formation des Sociétés locales et de la Société centrale; il agrége les Sociétés formées en dehors de l'Association générale.

Il statue sur les demandes de secours faites par les Sociétés dont les fonds se trouvent insuffisants.

Il nomme le Comité administratif.

Il prépare et propose à la sanction de l'Assemblée générale les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre.

Art. 12. — Le Conseil général publie tous les ans un compte-rendu des actes de l'Association.

Il convoque les Assemblées générales.

Art. 13. — Le Président du Conseil général préside toutes les fois qu'il le juge convenable, le Comité administratif, la Commission administrative, et généralement toutes les commissions, réunions et assemblées de l'Association.

Art. 14. — Le Secrétaire général a le dépôt des archives; il rédige les procès-verbaux du Conseil général et des Assemblées générales, et est chargé en outre de la correspondance.

Il fait les comptes-rendus annuels.

Art. 15. — Le Conseil général nomme un agent comptable.

Les fonctions de l'agent, ses obligations, sa responsabilité, son cautionnement, ses rapports avec le Comité et avec le Conseil seront déterminés par le règlement.

SECTION II.

Ressources et charges de l'Association générale.

Art. 16. — Les ressources de l'Association générale se composent :

1° Des droits d'admission dus par les Sociétaires à leur entrée dans les Sociétés locales ou dans la Société centrale.

2° Des dons, legs et affectations faits à l'Association générale.

3° Du montant des cotisations annuelles que doivent verser à la Caisse générale toutes les Sociétés unies.

Ces cotisations sont d'un dixième des revenus annuels desdites Sociétés.

Les charges de l'Association générale consistent :

1° En frais d'administration;

2° En subventions à répartir entre les Sociétés locales qui les réclament et qui justifient en avoir besoin.

3° En dépenses de premier établissement des caisses et institutions prévues dans l'article 7;

4° En dépenses de service et d'entretien desdites institutions.

Art. 18. — Lorsqu'une Société locale a épuisé ses fonds de secours, elle s'adresse au Conseil général qui en délibère et qui statue sur la demande.

Toutes les demandes doivent être adressées avant le 1er novembre.

Le Conseil général ne statue qu'après cette époque, lorsqu'il a pu apprécier le nombre, l'importance, la légitimité des demandes et les ressources dont il dispose pour y faire droit.

SECTION III.

Assemblées générales de l'Association générale.

Art. 19. — Tous les ans, dans le mois d'octobre, l'Association tient, à Paris, une Assemblée générale.

L'Assemblée est présidée par le Président de l'Association assisté du bureau du Conseil général.

L'Assemblée générale se compose des membres du Conseil général et des Présidents des Sociétés locales, ou, à défaut du Président, d'un membre désigné par lui.

Art. 20. — Dans la réunion annuelle, le Secrétaire général expose la situation morale et financière de l'Association.

Tous les cinq ans, l'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil général.

Art. 21. — Aucune question étrangère au but spécial de l'Association ne peut être soumise à l'Assemblée générale.

Art. 22. — Les délibérations de l'Assemblée générale sont prises à la simple majorité des votes exprimés.

Art. 23. — Dans le cas où l'Assemblée générale serait appelée à statuer sur la dissolution de l'Association générale, la délibération n'est valable pour prononcer la dissolution que si elle est prise par une majorité représentant les trois quarts au moins des Sociétés qui composent l'Association générale.

Cette délibération ne peut être prise que dans une Assemblée extraordinaire convoquée spécialement pour prononcer sur la dissolution. Elle n'est valable qu'après l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

En cas de dissolution, les fonds restant en caisse seront répartis entre les Société locales proportionnellement au nombre de leurs membres.

TITRE II.

SOCIÉTÉS LOCALES; — SOCIÉTÉ CENTRALE.

SECTION PREMIÈRE.

Sociétés locales.

Art. 24. — Une Société locale peut se former dans un département ou dans un arrondissement aussitôt que vingt-cinq Médecins au moins, habitant ce département ou cet arrondissement, en auront exprimé la volonté.

Dès que des adhésions en nombre suffisant sont parvenues au Conseil général, il provoque l'organisation de la Société locale, si l'initiative de cette organisation n'a pas été spontanément prise par les médecins du département ou de l'arrondissement.

Art. 25. — Les Statuts et Règlement de chaque Société locale sont délibérés par les Médecins formant la Société; ces Statuts doivent être mis en harmonie avec les conditions de mutualité générale réglées par les présents Statuts, et répondre aux exigences de la législation existante, résumées dans le décret du 26 avril 1852.

Ces Statuts et Règlements devront être soumis à l'approbation du Préfet.

Art. 26. — Chaque Société locale est administrée par une commission composée :

1° D'un Président,

2° D'un Vice-Président,

3° De deux Membres par arrondissement,

4° D'un Secrétaire,

5° D'un Trésorier.

Le Président est nommé par l'Empereur; les autres Membres sont élus par la Société.

Art. 27. — La Commission administrative est renouvelée tous les cinq ans, à la majorité relative des suffrages. Ses Membres sont rééligibles.

Art. 28. — Les Commissions des Sociétés locales administrent et distribuent les fonds de secours qui lui appartiennent; elles adressent au Conseil général les sommes destinées à former le fonds de l'Association générale.

Art. 29. — Le Président signe avec le Trésorier les ordonnances de paiement de toute nature.

Art. 30. — Le Secrétaire reçoit les demandes d'admission et de secours, il rédige les procès-verbaux : il est chargé de la correspondance.

Art. 31. — Les membres de chaque Société locale se réunissent tous les ans en Assemblée générale.

L'Assemblée entend le rapport des opérations de l'année, reçoit les comptes et les approuve.

Art. 32. — S'il se forme une ou plusieurs Sociétés entre les Médecins habitant l'Algérie et les autres possessions coloniales de la France, ces Sociétés pourront se relier à l'Association générale en remplissant les conditions prescrites par le titre III.

Art. 33. — Les Sociétés médicales approuvées déjà existantes, et celles qui se fonderaient ultérieurement en dehors de l'Association générale, peuvent se réunir à elle :

Le fonds de réserve réalisé par ces Sociétés, les dons et legs qu'elles possèdent ou qui pourraient leur être faits, restent leur propriété exclusive.

Les Sociétaires composant les Sociétés qui s'agrégeront à l'Association générale, ne paient pas le droit d'admission.

SECTION II.

Société centrale.

Art. 34. — Il est établi à Paris une Société destinée à compléter le système des Sociétés locales.

Cette Société prend le nom de *Société centrale.*

Elle est composée de tous les Médecins qui se trouvent dans les conditions exprimées dans l'article 7.

Elle est administrée par une Commission spéciale nommée à cet effet par le Conseil général et présidée par le Président de l'Association générale.

Art. 35. — La Société centrale est organisée sur les mêmes bases que les Sociétés locales.

Ses règlements sont préparés par la Commission spéciale, arrêtés par le Conseil général, et soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

TITRE III.

RÈGLES COMMUNES A TOUTES LES SOCIÉTÉS FAISANT PARTIE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE.

SECTION PREMIÈRE.

Admission. — Démission. — Exclusion. — Cotisations annuelles. — Secours. — Dissolution. — Jugement des contestations.

Art. 36. — Est apte à faire partie d'une des Sociétés unies dans l'Association générale :

Tout médecin pouvant exercer en France, en vertu des lois, décrets et ordonnances qui régissent l'exercice de la médecine, et habitant le continent de l'Empire, le département de la Corse, l'Algérie et les Colonies;

Tout médecin de l'armée et de la flotte;

Tout médecin remplissant une mission hors de France.

Art. 37. — Le médecin qui veut s'associer à l'Association générale doit faire acte d'adhésion aux statuts de la Société locale de sa résidence ou aux statuts de la Société centrale.

Art. 38. — Chaque Sociétaire est tenu de payer, au moment de son admission, une somme de douze francs destinée au fonds de l'Association générale.

Art. 39. — Le Sociétaire est tenu de payer, avant le premier mars de chaque année, pour le service de la Société dont il fait partie, une cotisation annuelle de douze francs au moins.

Le taux de la cotisation pourra être augmenté pour les Sociétés locales dont les ressources auraient été reconnues insuffisantes, après examen des états de situation fournis chaque année au Préfet, en vertu de l'art. 20 du décret organique sur les Sociétés de Secours Mutuels.

Art. 40. — Les membres qui n'ont pas rempli les obligations prescrites par les articles 38 et 39 sont considérés comme démissionnaires, s'ils ne présentent à leur Commission administrative des explications qui soient acceptées par elle; ils n'ont aucun recours à exercer pour les fonds qu'ils auront versés précédemment.

Art. 41. — Ne peut être admis dans l'Association ou continuer à en faire partie le médecin convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme ou qui compromettent la dignité de la profession.

Les Sociétés locales déterminent dans leur règlement intérieur les conditions et les formes d'admission et d'exclusion.

Art. 42. — Peuvent obtenir des secours :

Les Sociétaires;

Leurs veuves et leurs enfants;

Leurs ascendants.

Art. 43. — Le Sociétaire n'a droit à des secours qu'après avoir fait partie de la Société pendant trois années consécutives. Cependant si, avant l'expiration de ce délai, il est fait une demande suffisamment motivée, un secours exceptionnel peut être accordé.

Art. 44. — Toute demande de secours doit être adressée au Secrétaire de la Société locale à laquelle le demandeur appartient.

La Commission locale examine la demande, prend les informations et statue sur le droit au secours et sur son importance.

Art. 45. — Les secours distribués ne sont que temporaires. Ils peuvent être renouvelés, mais sans engager l'exercice suivant.

Art. 46. — Lorsque les ressources le permettront, l'Association générale pourra créer des pensions viagères d'assistance dont elle réglera l'importance et les conditions d'attribution.

SECTION II.

Ressources et charges des Sociétés locales.

Art. 47. — Les ressources des Sociétés locales se composent :

1° Des dons et legs faits à la Société;

2° Du produit des cotisations;

3° Du revenu des fonds placés.

Art. 48. — Les charges annuelles de chaque Société se composent :

1° De la cotisation due par chaque Société à l'Association générale;

2° Des frais d'administration;

3° Des secours;

4° D'un prélèvement, fixé par l'Assemblée générale, sur les revenus annuels pour constituer le fonds de réserve de la Société.

SECTION III.

Dissolution des Sociétés locales et de la Société centrale.

Art. 49. — La dissolution ne peut être prononcée qu'en assemblée générale de la Société, spécialement convoquée à cet effet, et par un nombre de voix égal aux trois quarts des membres inscrits.

La liquidation s'opérera suivant les conditions prescrites par l'article 15 du décret organique du 26 mars 1858.

L'Association générale recueille les fonds qui forment le reliquat de la liquidation de la Société dissoute.

SECTION IV.

Jugement des contestations.

Art. 50. — La Commission administrative de chaque Société locale, en premier ressort, et le Conseil judiciaire de l'Association générale, d'une manière souveraine, sont constitués juges de toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation et à l'exécution des Statuts et Règlements.

Les Membres de l'Association s'interdisent tout recours devant les tribunaux, sous peine d'exclusion.

TITRE IV.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 51. — Jusqu'à ce que les Sociétés locales soient fondées, les adhésions à l'Association doivent être adressées au secrétaire du Conseil général à Paris.

Art. 52. — La Commission ci-après indiquée, ayant reçu délégation pour rédiger les présents Statuts, pour obtenir les autorisations nécessaires, remplit les fonctions attribuées au Conseil général, jusqu'à la première Assemblée générale de l'Association, qui aura lieu dans le mois d'octobre 1859.

Art. 53. — La Commission fondatrice se compose de :

MM.

Rayer, *Président*, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de Médecine, Médecin ordinaire de l'Empereur, Président du Comité consultatif d'hygiène de France, etc., etc.

Serres, *Vice-Président*, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de Médecine, Professeur au Muséum d'histoire naturelle, et Président du Congrès médical de France, etc.

Amédée Latour, *Secrétaire*, Secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, ex-Secrétaire du Congrès médical, etc.

Bertillon, *Vice-Secrétaire*, Médecin de l'hôpital de Montmorency, etc.

Andral, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de Médecine, Médecin ordinaire de l'Empereur, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Bégin, Président du Conseil de santé des armées, membre de l'Académie impériale de Médecine, etc.

Claude Bernard, membre de l'Institut, Professeur au Collége de France et à la Faculté des sciences de Paris, etc.

Bethmont, ancien Président au Conseil d'État, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats, etc.

Bouillaud, membre de l'Académie impériale de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Michel Chevallier, membre du Conseil d'État, membre de l'Institut, Professeur au Collége de France, etc.

Conneau, premier Médecin de l'Empereur, membre associé de l'Académie impériale de Médecine, Député au Corps législatif, etc.

Cruveilhier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de Médecine, etc.

Davenne, Directeur de l'Assistance publique, membre associé libre de l'Académie impériale de Médecine, etc.

Jules Guérin, membre de l'Académie impériale de Médecine, etc.

Jobert (de Lamballe), membre de l'Institut, de l'Académie impériale de Médecine, Chirurgien ordinaire de l'Empereur, Professeur à l'École de médecine de Paris, etc.

Larrey (le baron), membre du Conseil supérieur de santé des armées, membre de l'Académie impériale de Médecine, Chirurgien ordinaire de l'Empereur, etc.

Laugier, Président de l'Académie impériale de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Michel Lévy, membre du Conseil supérieur de santé des armées, de l'Académie impériale de Médecine, Directeur de l'École de Médecine militaire du Val-de-Grâce, etc.

Leplay, Conseiller d'État, etc.

Littré, membre de l'Institut, associé libre de l'Académie impériale de Médecine, etc.

Mélier, membre de l'Académie impériale de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène, inspecteur général des services sanitaires, etc.

Michon, Chirurgien des hôpitaux civils de Paris, etc.

Ricord, membre de l'Académie impériale de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris, etc.

Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine, du Conseil général de la Seine, du Conseil municipal de Paris, etc.

Tardieu, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène, Médecin des hôpitaux de Paris, etc.

Vernois, Médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc.

Villermé, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc.

Vu, pour être annexé à l'arrêté du 31 août 1858, enregistré sous le n° 1618.

Le Ministre de l'Intérieur, Delangle.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire général, Cornuau.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Bien des personnes se demandent pourquoi les grands corps savants ne prennent pas de vacances : la plupart s'en étonnent simplement; quelques-unes — celles chez qui le *strictum* domine — s'en irritent. Ce dédain du repos les blesse, comme un reproche. D'ailleurs, disent-elles, cette affectation d'un travail sans trêve, n'est-elle pas un peu prétentieuse en face de ces fauteuils et de ces banquettes vides? L'Académie des sciences, au lieu de s'obstiner à tenir, devant une douzaine de spectateurs désœuvrés, des simulacres de séances, ne ferait-elle pas mieux de prendre, comme l'Université et la Magistrature, de bonnes et franches vacances? Le travail intermittent a du moins cet avantage qu'on y revient avec plus d'ardeur, et c'est souvent gagner du temps que de savoir en perdre à propos, etc.

Les personnes qui tiennent un pareil langage ont tort, ne leur en déplaise, et nous sommes d'autant mieux placé pour le leur dire, qu'il nous est arrivé plus d'une fois, sinon de parler, au moins de penser aussi légèrement.

Toutes les raisons qui précèdent, et bien d'autres meilleures que nous passons, sont bonnes peut-êtres appliquées à un individu; elles ne valent guère quand on les adresse à un être collectif. L'Académie, c'est vrai, ne se permet pas de vacances, mais les académiciens en prennent. Il n'est presque pas d'eaux thermales dont les sources ne soient illustrées par la présence de quelques immortels à palmes vertes. M. le maréchal Vaillant prononçait, il y a quelques jours, un discours attendri en ouvrant la session du Conseil général qu'il préside; il distribuera demain les récompenses décernées aux artistes et aux industriels qui ont embelli l'exposition de Dijon; M. Is. Geoffroy St-Hilaire franchit de grandes distances en train express, abrité sous l'immense envergure de sa casquette de voyage qui lui garantit l'incognito, etc. En un mot, chacun va où sa santé, ses affaires et ses plaisirs l'appellent. Mais ceux qui ne sont appelés nulle part, que deviendraient-ils le lundi, si pendant deux mois la porte de l'Institut était close? Ne sait-on pas que rien n'est dangereux pour les vieillards comme de rompre leurs habitudes. A la vérité, ce ne sont pas des vieillards seulement qui signent la feuille de présence à cette époque de l'année. Eh bien! c'est que l'habitude n'est pas la seule force qui retienne sur leurs siéges ces savants ultrà-zélés. Il est des considérations d'un autre ordre qui ne sont pas moins puissantes.

L'Académie des sciences, aux termes de son règlement, partage les fonds alloués aux jetons de présence, en autant de sommes égales entre elles qu'il y a de jours de séances dans l'année, et chacune de ces sommes est divisée par le nombre de membres qui ont assisté à la séance. Moins il y a eu de membres présents, plus chacun d'eux reçoit une forte part. On raconte qu'un jour d'émeute, en 1848, la somme qui forme l'appoint d'une séance fut partagée entre huit académiciens qui, seuls, furent assez heureux pour pouvoir parvenir au palais de l'Institut. On voit donc que l'ennui de se trouver en petit nombre peut avoir quelque compensation, et que, dans toute bonne organisation, il ne faut pas dédaigner les ressorts purement matériels.

Au surplus, le public serait mal venu de se plaindre du peu d'intérêt des séances; rien ne l'oblige à y aller, et il est parfaitement libre de se croire et de se constituer en vacances. Les journalistes, forcés de répondre aux exigences toujours aussi impérieuses de la publicité, sont, à coup sûr, loin de s'en plaindre, pourvu, toutefois, qu'on leur permette, en septembre, de remplir leur cadre par des réflexions un peu *à côté*, comme nous le faisons aujourd'hui.

La séance s'est ouverte, lundi, deux académiciens étant assis.

Dans une des séances précédentes, M. Leclerc avait envoyé de la Kabylie, un mémoire sur la *caprification* ou fécondation artificielle des figuiers (de *caprificus*, figuier sauvage, figuier des chèvres); dans la dernière séance, M. Duméril avait dit que les observations de M. Leclerc à ce sujet n'étaient pas nouvelles, et il avait cité les auteurs anciens qui en ont parlé : Aristote, de La Hire, Linné, Olivier, etc. Aujourd'hui, M. Leclerc écrit à l'Académie et lui demande s'il doit continuer ses recherches. L'Académie, consultée, engage cet auteur à poursuivre ses travaux.

— M. le docteur Legrand envoie une observation de cautérisation linéaire appliquée à l'enlèvement d'une tumeur sous-cutanée. La substance de cette tumeur, soumise à l'analyse, était formée de carbonates de chaux et de magnésie, et de phosphates calcaires. C'est la composition ordinaire des glandes dites sébacées.

— M. Hippolyte Laroque adresse un mémoire accompagné de planches sur un *compresso-mètre* de son invention (machine à comprimer l'air).

— M. Buisson (?) envoie une brochure relative à la guérison du choléra et de l'hydrophobie.

— M. Cazenave, de Lyon, adresse un mémoire sur le tremblement des mains et des doigts et sur un moyen de traitement qui permet au malade d'écrire sans que l'écriture soit tremblée.

— M. L. Soubeiran, docteur ès-sciences, adresse une note sur l'organe venimeux de la vipère.

— M. le docteur Édouard Burdel écrit pour maintenir la priorité de ses idées touchant la pathogénésie des fièvres paludéennes.

La parole ensuite est donnée à M. Kulhmann, qui lit un assez long mémoire sur les matières employées pour la peinture à la détrempe et sur les avantages, au point de vue sanitaire et au point de vue économique, de certains procédés de fabrication de ces matières.

— M. Claude Bernard lit un nouveau mémoire relatif aux quantités d'oxygène contenues dans le sang veineux des organes glandulaires à l'état d'action ou à l'état de repos. Nous y reviendrons dans un prochain *Bulletin*. Le savant professeur du Collége de France a annoncé qu'il traiterait bientôt la question importante de la distinction des organes musculaires et des organes glandulaires.

— M. Flourens profite de l'intervalle laissé entre deux lectures pour présenter le deuxième volume du beau travail de M. Jobert (de Lamballe) sur les poissons électriques. « Maintenant, dit M. le Secrétaire perpétuel, qu'il y a plus de monde, je puis faire cette présentation. » (Il est certain que MM. les académiciens sont bien quinze, au moins.) M. Flourens présente, avec de grands éloges, l'ouvrage de M. Jobert, qui a déployé dans ces difficiles recherches toute sa science et toute son habileté d'anatomiste.

— On se rappelle que M. Séguier a présenté à l'Académie, il y a plusieurs mois, une nouvelle *couveuse* artificielle, dans laquelle l'éclosion était obtenue au moyen de sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude et maintenus, au-dessus des œufs, à une température constante. M. Séguier est venu annoncer, lundi dernier, que son appareil avait tenu toutes ses promesses. Du reste, il s'est identifié, pour ainsi dire, avec son œuvre, et si sa couveuse fait éclore les œufs, c'est lui, M. Séguier, qui apprend aux jeunes poulets à manger et à marcher. Aussi, sa tendresse pour ces *petits animaux*, comme il les appelle, ne connaît pas de bornes, et sa jubilation, j'allais dire paternelle, est-elle à l'épreuve des interpellations quelque peu railleuses de M. Velpeau.

— M. Heurteloup lit un mémoire sur la *taille sous-pubienne membraneuse*, M. Heurteloup, dans certains cas où la lithotritie n'était pas possible, a pratiqué la taille, et, se fondant sur ce qu'une pierre, même d'assez grande dimension, peut franchir le col de la vessie sans le déchirer, il a fait son incision sur l'urètre. Il dit avoir toujours réussi et avoir obtenu des guérisons rapides.

M. Mialhe prend la parole à cinq heures moins quelques minutes; à ce moment, il se fait, dans la salle, un tel mouvement de départ et un bruit d'adieux et de piétinements tellement insupportables, qu'il ne nous est pas donné d'entendre un seul mot de la communication de M. Mialhe. Nous en entretiendrons nos lecteurs samedi prochain.

Dr Maximin Legrand.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. Jobert (de Lamballe).

LEÇON SUR LA RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS;

Recueillies par M. Alfred Michel, interne du service.

En abordant avec vous la maladie appelée aujourd'hui rétraction permanente des doigts et des orteils, mon but n'est pas d'ajouter une nouvelle théorie à celles qui existent déjà; je veux seulement vous guider un peu dans l'étude d'une affection encore incomplétement connue et sur laquelle, par cela même, la thérapeutique n'a pas dit son dernier mot; je ne veux que vous résumer brièvement tout ce que vous seriez obligés d'aller chercher çà et là dans les auteurs. En vous présentant ainsi la question sous une forme éminemment classique, je puis espérer que, bien comprise et bien envisagée, il vous sera facile de l'étudier d'une façon profitable à vous-mêmes et à la science.

Avant d'entrer en matière, limitons un peu notre sujet. J'ai énoncé plus haut la rétraction des orteils; mais elle est de beaucoup la plus rare, elle reconnaît la même cause, ses symptômes sont les mêmes et son traitement est identique, aussi, prendrai-je pour type celle des doigts; de plus, sous le nom de flexion permanente, l'on sous-entend une foule d'affections, ou, pour être plus juste, cette maladie survient sous l'influence d'un certain nombre de causes sur lesquelles, vous le sentez bien, je ne puis insister.

Laissez-moi seulement vous dire, avec Auguste Bérard, qu'on peut les ranger sous cinq chefs principaux : 1° Affections des articulations des doigts; 2° cicatrices; 3° maladies des extenseurs; 4° maladies des fléchisseurs; 5° ce que Dupuytren appelait rétraction de l'aponévrose palmaire. C'est à ce dernier groupe que je dois m'arrêter. Ceci bien entendu, arrivons à la définition.

Le nom de cette singulière maladie a varié avec les théories qui ont servi à l'expliquer. Pour les anciens, jusques et y compris Boyer, elle portait le nom de *crispatura tendinum*. A partir de l'illustre chirurgien qui fixe sérieusement l'attention sur elle, elle fut appelée *rétraction de l'aponévrose palmaire*. En dernier lieu enfin, depuis les recherches de M. Goyrand, d'Aix, on est convenu de la désigner sous le nom de *rétraction permanente des doigts*, ces mots ne présageant rien sur la cause anatomique du mal, cause qui serait révélée par un élément de nouvelle formation siégeant à la région palmaire. Ces considérations nous conduisent en pleine anatomie pathologique; mais permettez-moi de n'en parler qu'après vous avoir fait connaître l'étiologie encore mal définie et les symptômes constants de la rétraction permanente.

Malgré le peu de jour qui existe sur cette étiologie, on a trouvé moyen de mettre en jeu des causes prédisposantes et occasionnelles que je dois rappeler ici. Dans la première classe, l'on range l'herpès, l'eczéma, les phlegmons de la main, les durillons, etc.; en un mot, tout ce qui est susceptible d'entretenir là une espèce d'inflammation chronique et latente, inflammation dont on invoque toujours la présence comme cause occasionnelle, lorsqu'un malade vous dit dans ses antécédents qu'il a une profession manuelle un peu pénible; c'est-à-dire que l'on répète, avec Dupuytren, que les professions de cocher, d'agriculteur, de maître d'armes, etc., prédisposent à la rétraction permanente; c'est-à-dire encore que l'on semble ériger en principe le fait suivant, à savoir : lorsqu'un individu soumet pendant longtemps sa région palmaire à un travail et à des pressions exagérées, il y survient une inflammation que Gerdy appelle rétractive, inflammation sous l'influence de laquelle se forme la maladie qui nous occupe. Témoin ce malade, assis dans son cabinet et cachetant ses dépêches avec un soin particulier : chez lui, les symptômes de la rétraction se manifestèrent à l'endroit même où appuyait le manche de son cachet. Certainement, Messieurs, je ne viens pas nier cette influence; je l'admets bien volontiers, mais j'en voudrais voir restreindre la portée; car, évidemment, il y a des rétractions confirmées, avec présence de brides, chez lesquelles on ne trouve ni maladie de peau antérieure, ni blessure, ni fatigue aucune, et cependant la maladie existe, elle est venue, pour ainsi dire, sans y être appelée. Les malades ne s'en sont aperçus qu'à la longue; ils n'ont pas eu cette irritation qui présage l'inflammation rétractive, ils n'ont pas eu cet *érythème paratrime* que signale Alibert; ils n'ont eu rien de toutes ces choses qui précèdent et accompagnent ce que Gerdy appelle la *rétraction des mains laborieuses*, rétraction laborieuse qui, après tout, n'est pas la véritable maladie de Dupuytren, car c'est une flexion d'ensemble, ne débutant que par un seul doigt, ne s'accompagnant d'aucun tissu nouveau, disparaissant avec le repos, pour reparaître avec le travail. Elle tient sans doute à une raideur de la gaîne des tendons, ainsi que le signale A. Cooper. Voilà peut-être ce qui a fait exagérer un peu l'influence d'une irritation continue sur l'apparition de ces brides étrangères au membre. Il y a donc dans leur formation un élément nouveau, une étiologie inconnue qui nous échappe encore, mais ne doit pas nous surprendre; car, en les assimilant à un tissu de nouvelle formation, nous les rangeons avec les autres tumeurs dont nous ne connaissons pas davantage les causes premières. En voulez-vous d'autres preuves? Lisez les observations de Dupuytren et de M. Goyrand (d'Aix). Le premier de ces chirurgiens rapporte l'histoire de toute une famille, trois sœurs et un frère, atteints tous les quatre de ce qu'il appelait rétraction de l'aponévrose *plantaire*. Chez eux, la maladie était héréditaire; chez eux, on ne pouvait invoquer aucune cause analogue à celles énoncées plus haut, car ce vice de conformation était congénital. Dupuytren cite encore l'exemple d'un enfant de 6 ans, chez lequel l'affection datait de la naissance. M. Goyrand, dans son mémoire, nous montre un bureaucrate atteint depuis vingt ans de rétraction des doigts, avec brides; jamais cet homme n'avait eu quoi que ce soit aux mains, il n'avait manié que sa plume, et cependant les deux membres étaient atteints; là, encore, l'affection était héréditaire. Enfin j'ai vu, et d'autres ont vu avec moi, des malades atteints de rétraction, et chez lesquels il était impossible de mettre en jeu la moindre cause d'inflammation ou d'irritation antérieure.

Pour nous résumer, concluons donc ceci : les maladies de la peau, les inflammations, les excitations exagérées de la peaume de la main, etc., pourront devenir, dans certains cas, dans beaucoup de cas, même, si l'on veut, pourront devenir, disons-nous, des causes occasionnelles de rétraction permanente des doigts, mais seulement chez les individus *prédisposés* d'avance par la nature à cette singulière affection. M. Goyrand, dans son mémoire, Sanson, dans son rapport, s'étaient bien aperçus déjà de cette particularité importante. Pour terminer cette étiologie que j'ai tenu à discuter un peu, ajoutons que la rétraction des doigts est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme.

Quel est le début, quels sont les symptômes de la rétraction permanente? Elle peut commencer par les deux mains à la fois; presque toujours, cependant, elle n'en atteint primitivement qu'une, celle qui supporte le plus de fatigue. Là encore, en observant les faits, nous pourrions tirer de nouvelles preuves de nos conclusions précédentes; en effet, l'on voit certains individus

affectés, à la main droite, par exemple, de rétraction permanente; ils sont obligés, par cela même, de cesser leurs travaux ou bien de prendre des occupations plus douces; mais tout est inutile, la maladie marche toujours, rien ne l'arrête, et, à cette époque, vous pourrez la voir envahir le membre du côté opposé, qui avait traversé heureusement les fatigues qu'on lui faisait supporter. Revenons à nos symptômes. La rétraction permanente a-t-elle, sur la main, un siége de prédilection? Oui, jusqu'à un certain point; la plupart du temps, la maladie débute soit par l'annulaire, soit par le petit doigt, ou par les deux à la fois, pour s'étendre de là au médius. Rarement l'index est bridé, plus rarement encore les brides vont jusqu'au pouce. M. Goyrand est le seul qui les ait observées sur ces deux doigts. Tout à l'heure, en vous faisant connaître les différentes théories sur la formation des brides, nous vous dirons comment M. Vidal (de Cassis) prétend expliquer cette immunité presque complète. Parmi les mains envoyées à l'Académie, par le chirurgien d'Aix, il s'en trouve sur lesquelles tous les doigts possèdent des brides nouvellement développées. Voici maintenant la marche de la rétraction.

Au niveau de l'extrémité inférieure de la première phalange, se développe une petite saillie plus ou moins régulière, souvent mobile, indolente, sans adhérence à la peau. Ce relief, qui tout à fait à son début, ne gêne nullement les malades est pris pour un durillon, mais bientôt l'illusion cesse : à mesure que la tumeur augmente, ils voient la première phalange se fléchir lentement, mais d'une façon irrésistible; ce phénomène passerait inaperçu, sans la gêne causée aux mouvements d'ensemble de la main. La bride augmente chaque jour, non pas en largeur, mais en longeur, bientôt elle gagne l'extrémité inférieure de la seconde phalange qui, alors, se fléchit sur la première; jamais le mal n'envahit la phalangette, elle est, au contraire, dans une situation particulière qui aurait dû fixer l'attention des anciens, et leur faire voir de suite le peu de vérité du nom de *crispatura tendinum*. Je m'explique : dans la rétraction, lorsque l'extrémité du doigt arrive à toucher la peaume de la main, la phalangette, n'étant aucunement sollicitée dans le sens de la flexion, glisse sur la peau et vient se placer dans une extension forcée qui ne tend qu'à augmenter, à mesure que les deux premières phalanges s'inclinent davantage; cette extension peut même aller jusqu'à produire une espèce de demi-luxation de la phalangette en avant. L'examen des faits prouve surabondamment ce que j'avance. Regardez, au contraire, des doigts fléchis sous l'influence d'une contracture des muscles de l'avant-bras, les tendons de ces muscles, allant s'insérer jusqu'à la dernière phalange, celle-ci se trouve forcée de suivre le mouvement de la phalangine, et, lorsque l'ongle arrive en contact avec la peau, il y creuse des ulcérations qui croissent en profondeur à mesure que le tendon du fléchisseur profond tire sur la phalangette. Cette différence de situations de la troisième phalange montre bien la différence de causes. Continuons maintenant notre examen.

Le doigt, ou les doigts sont dans un état de flexion aussi complète que possible. que trouve-t-on alors sur les parties environnantes? Depuis l'extrémité inférieure de la seconde phalange jusqu'au milieu de la peaume de la main, s'étend une bride très résistante, dont la dureté et la tension augmentent quand on essaie d'étendre ses doigts, diminuent, au contraire, quand on exagère la flexion. Cette bride parait avoir des adhérences avec l'aponévrose, de façon à lui communiquer une raideur qui devient manifeste par la saillie distendue du muscle petit palmaire. Nous reviendrons, du reste, sur ce point à propos de l'anatomie pathologique. Au début, la peau qui recouvre ces parties est encore parfaitement saine, sans adhérences. Notez ceci, pour vous le rappeler lorsque nous arriverons au traitement. Mais, à mesure que la maladie marche, tout cela change d'aspect, des adhérences intimes s'établissent, il s'opère une sorte de fusion; la peau se racornit, semble s'érailler et forme des rides à convexité inférieure, la dureté des parties ne cesse pas à l'extrémité de la bride qui enchaîne le doigt, elle s'étend au delà et sur les côtés pour devenir l'origine des ramifications qui iront atteindre les autres doigts.

C'est encore en considérant ces adhérences, que certains auteurs ont voulu voir là la preuve d'une inflammation chronique. Mais permettez-moi d'en douter.

Ne voit-on pas, en effet, pareille fusion de la peau s'opérer dans le squirrhe du sein, par exemple, par un envahissement progressif de la tumeur, sans que pour cela on ait l'idée d'invoquer un genre quelconque d'inflammation. Je ne vous ai parlé, jusqu'à présent, que de la flexion directe, mais des brides peuvent se développer sur les côtés des phalanges, et entrainer les doigts latéralement. Rarement le tissu nouveau ira se placer sur le dos de la main, de façon à amener dans l'extension la première phalange, tandis que la seconde serait attirée en sens inverse par d'autres brides. Un exemple de ce genre de lésion se trouve dans la clinique de Dupuytren. La phalange et la phalangine, sollicitées ainsi à l'opposé l'une de l'autre, peuvent subir une espèce de déplacement, de demi-luxation, rare cependant, mais qui, lors de son existence, pourra persister après l'opération et gêner le malade. Ce sont les seules lésions que la rétraction permanente puisse causer aux articulations. Lorsqu'un doigt seul est atteint, ses voisins jouissent d'une mobilité complète. Tous ces phénomènes, et, de plus, la présence des brides, sont assez caractéristiques de la maladie, pour qu'on puisse la reconnaître facilement. Comme nous l'avons déjà dit, ces symptômes ont une marche lente et graduelle, ils ne comptent pas par jour, mais par années; aussi, n'est-il pas rare de rencontrer des malades chez lesquels la rétraction, commencée il y a dix ans et plus, n'a pas encore atteint son apogée.

Il s'agit maintenant d'expliquer la présence de ce tissu nouveau, son siége, sa nature et ses connexions avec les éléments anatomiques de la région au milieu de laquelle il se trouve placé. Nous voilà donc arrivés au côté le plus difficile, peut-être, de la question. Comme je vous l'ai dit en commençant, n'attendez de moi, ni une théorie nouvelle, ni de nouveaux faits sur l'existence des brides sous-cutanées. Adoptant pleinement les idées de M. Goyrand, c'est-à-dire admettant un tissu de nouvelle formation, j'essaierai seulement de tirer de ce fait toutes les conclusions qui pourront me paraître favorables au traitement. Dans tous les auteurs classiques, vous trouvez la théorie de Dupuytren avec les observations qu'elle a suggérées; aussi passerai-je là dessus brièvement, en vous montrant les points d'analogie que Sanson a voulu établir entre la théorie du chirurgien de l'Hôtel-Dieu et celle de M. Goyrand. Cette étude nous conduira directement à choisir une saine méthode de traitement parmi toutes celles qui ont été proposées.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SYNDACTYLIE CONGÉNIALE AUX DEUX MAINS. — La malade est une jeune fille de 17 ans, qui porte aux deux mains ce vice de conformation congénial : à la main droite l'annulaire et le petit doigt sont réunis par un pont de peau; à la main gauche, les trois doigts du milieu (index, médius et annulaire) sont soudés de la même manière, et, de plus, l'annulaire et l'auriculaire présentent une réunion partielle. Le docteur Cock opéra d'abord la séparation de l'index du médius, il y réussit parfaitement; trois semaines après, il fit la même opération pour les deux derniers doigts de la même main (la gauche). Quant aux autres doigts et à ceux de la main droite, il ne voulut pas les opérer, la première phalange présentant un arrêt de développement. Cette jeune fille va bien; mais il y a chez elle, comme dans tous les cas de ce genre, une tendance remarquable à la reproduction de la maladie que l'on ne peut guère prévenir qu'en opérant chaque jour la division de la cicatrice qui se forme au sommet de l'angle de réunion des doigts. — D.

COURRIER.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec douleur la mort de M. le docteur Egret, décédé à Blois, à l'âge de 46 ans. Cette mort laissera de longs regrets parmi ses confrères. M. Egret était l'un des fondateurs de l'Association médicale de Loir-et-Cher et l'un des plus fervents partisans de cette grande idée, il était membre du jury médical et médecin du bureau de bienfaisance depuis 1849, et l'on peut dire qu'il emporte les regrets des indigents, auxquels il prodiguait, avec un zèle infatigable, les secours de son art, et quelquefois ceux de sa bourse.

Programme des questions mises au concours par l'Académie royale de médecine de Belgique, pour les années 1858 à 1861.

Première question : « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies particulières aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères du royaume. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs et une somme de 1600 francs, offerte par les commissions administratives des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi.

Deuxième question : « Discuter la valeur des diverses méthodes thérapeutiques relatives au choléra asatiaque. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

Troisième question : « Déterminer la nature et l'étiologie des états morbides considérés, chez le cheval, sous le nom vague d'*influenza;* faire ressortir les rapports qu'ils peuvent avoir avec les affections typhoïdes de l'homme, et exposer les médications qui leur sont le mieux appropriées. »

Prix : Une médaille d'or de 1000 francs.

Quatrième question : « Faire une appréciation raisonnée des services que les médecins belges ont rendus à la médecine et aux branches d'études qui s'y rapportent, la vétérinaire exceptée, pendant les XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles. »

Prix : Une médaille d'or de 1000 francs.

Cinquième question : « Déterminer par de nouvelles expériences sur les mammifères, les rapports qui existent entre l'oxygène absorbé par les poumons et l'acide carbonique exhalé par la peau; préciser l'influence exercée sur cet échange gazeux par le repos, le mouvement, la température et l'alimentation. »

Prix : Une médaille d'or de 1,500 francs.

Sixième question : « Exposer l'état actuel de la science, quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

Les mémoires manuscrits, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles, savoir : pour la première question, avant le 1er avril 1860, pour les deuxième et troisième avant le 1er juillet de la même année et pour les autres questions, avant le 1er juillet 1861. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations; à cet effet, les auteurs auront soin d'indiquer les éditions et les pages des ouvrages cités.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront sur un billet cacheté renfermant leur nom et leur adresse.

Les mémoires remis après le terme prescrit, ou ceux dont les auteurs se feront connaître de quelque manière que ce soit, seront exclus du concours.

Les manuscrits des mémoires admis à concourir sont déposés dans les archives de la compagnie, comme étant devenus sa propriété; mais leurs auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les coucurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires, et que leurs auteurs auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 109. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 14 Septembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine : *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Michon prend la parole à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance. Je regrette, dit-il, de n'avoir pas assisté à la communication de M. Bonnet. J'aurais pu produire des faits et des considérations qui me paraissent de nature à faciliter l'appréciation de sa méthode, ou, si vous voulez, de la méthode qu'il emploie ; car il n'entre point dans mon intention de toucher à la question de priorité. Pour ne pas s'exagérer la valeur de ce nouveau mode de redressement, il ne faut pas oublier les résultats qu'on obtient avec les appareils. Or, avec les appareils, on réussit très bien à corriger les attitudes vicieuses du membre dans la coxalgie. Pour ma part, je ne traite pas un seul cas de cette affection de la hanche, sans recourir à ce moyen auquel je dois de nombreux succès, et des succès qui se sont maintenus ; car, remarquez-le bien, le redressement par les appareils a pour lui une expérience déjà longue, et c'est ce qui manque encore aux nouveaux procédés. Ce n'est pas, en effet, en assistant au redressement d'un membre ou même à la réduction d'une luxation spontanée, qu'on peut juger de la valeur de la méthode suivie ; on a besoin d'être rassuré sur les dangers auxquels elle peut exposer, tels que les inflammations, les abcès, etc. ; il faut voir comment s'est maintenu le rétablissement de la conformation des parties et à quel degré la jointure a repris ses fonctions ; il faut, enfin, le résultat définitif ; sachons donc attendre.

J'ajouterai que les appareils laissent le membre à découvert et permettent de le surveiller à chaque instant ; au contraire, dans la méthode que préconise aujourd'hui M. Bonnet, le bandage amidonné recouvre le siége du mal et en même temps l'œuvre du chirurgien. Si cette méthode n'est pas, en réalité, supérieure à l'ancienne, ce que le temps seul peut nous apprendre, je préférerais les appareils, qui ont encore cet avantage de permettre d'imprimer en temps opportun des mouvements à l'articulation.

Quant aux moyens de distinguer l'allongement ou le raccourcissement apparents de l'allongement ou du raccourcissement réels, on a rappelé l'antériorité du travail de M. Parise ; il faut y joindre encore celui qu'a publié M. Serres, d'Uzès, où les mêmes procédés d'exploration sont exposés.

M. Bouvier, en présentant un jeune homme de 18 ans, s'exprime ainsi : Dans ce cas que je soumets à votre examen, il s'agit d'une fausse ankylose, consécutive à une coxalgie, guérie depuis longtemps. Il y a là une difformité et une altération fonctionnelle de la hanche droite, qui offre deux problèmes à résoudre : d'abord, y a-t-il ou non luxation, ensuite, dans l'une ou l'autre hypothèse, que convient-il de faire ?

Il arrive que la luxation du fémur, dit M. Gosselin, se produit dans le cours de la coxalgie ; j'ai tenté et obtenu la réduction dans deux cas de ce genre, mais, malgré l'emploi d'une gouttière très analogue à celle de M. Bonnet, le déplacement s'est reproduit quelques jours après. Je regrette que le chirurgien de Lyon ne se soit pas expliqué sur ce point.

Mais M. Bonnet n'admet pas la luxation spontanée, répond M. Houel, et il ne devait rien proposer contre une lésion qu'il regarde comme imaginaire.

Quant au malade de M. Bouvier, reprend M. Gosselin, je crois à l'existence de la luxation, parce que je crois sentir la tête du fémur dans la fosse iliaque. Je pencherais vers l'abstention, dans la crainte que les tentatives de réduction ne fussent infructueuses ou même dangereuses.

Pour M. Marjolin, il a vu un cas où l'agrandissement de la capsule permettait sans rupture un déplacement de la tête, à deux centimètres en dehors du bourrelet cotyloïdien ; s'il ne se trompe, c'est d'un fait analogue qu'il s'agit ici, et pour lui il n'y a rien à faire.

Chez ce malade, il y a, suivant M. Guersant, diminution du volume de la tête fémorale et agrandissement de la cavité cotyloïde ; ces altérations simultanées sont le résultat de la carie. Ce qui en impose pour une luxation, c'est le glissement de la tête dans une cavité disproportionnée, qu'elle semble avoir abandonnée, quand elle ne fait que se déplacer sur sa surface élargie. Quoi qu'il en soit, l'ostéite est guérie ; le sujet boite, mais il marche ; il n'y a rien à faire.

M. Bouvier répond que toutes les opinions qu'on pouvait émettre au point de vue de l'existence de la luxation se sont produites. Les uns l'admettent, les autres la nient ; enfin, il y a un diagnostic, en quelque sorte de conciliation, celui d'une subluxation. Pour lui, il n'y a de luxation d'aucune espèce ni à aucun degré ; c'est tout simplement une attitude vicieuse, diminution notable de l'extension et surtout de l'abduction. Vous venez de voir, continue M. Bouvier, que la flexion a conservé presque toute son étendue ; mais avant que l'extension soit complète, le bassin se renverse en avant, d'où un peu d'augmentation de la concavité lombaire. Comme l'abduction est à peu près abolie, si l'on veut ramener la cuisse en dehors, à son attitude normale, l'articulation du fémur reste immobile, et c'est le bassin qui se meut sur le fémur du côté sain, en s'inclinant dans ce sens, c'est-à-dire à gauche. La rotation en dehors est également impossible, et si l'on tente de faire exécuter ce mouvement, il se passe tout entier dans le bassin, qui tourne sur la tête fémorale du côté sain. Quand le malade est debout, dans son attitude ordinaire, la pointe du pied est un peu dirigée en dehors, ainsi que M. Boinet l'a fort bien remarqué. Cette direction dépend non pas de la rotation du fémur, mais de celle du bassin, dont le malade reporte instinctivement le côté droit en arrière, afin de neutraliser la rotation permanente de la cuisse en dedans.

Comme thérapeutique, ajoute l'orateur, s'il existe une luxation, il n'y a peut-être rien à faire. Si tout se borne à une attitude vicieuse, il peut paraître indiqué d'avoir recours au redressement progressif ou au redressement instantané.

— M. le docteur Dupré présente et décrit un bandage de son invention, qui a parfaitement réussi dans les salles de MM. Nélaton et Robert.

« Figurez-vous, dit-il, une tige transversale en M répondant à la disposition de l'échancrure pelvienne, et pressant sur une ou deux pelotes ajustées sur elle au moyen de barrettes fenêtrées. Ces pelotes sont assujetties aux barrettes à l'aide de vis, qui permettent de les rapprocher, de les écarter, de les incliner et de les remplacer à volonté. Une demi-ceinture postérieure unie aux branches verticales de l'M, et se bouclant à la façon d'une patte de pantalon, assujettit le bandage dans la région lombaire. »

— Un jeune homme se tire un coup de pistolet dans la région du cœur ; pas d'hémorrhagie par la plaie ni d'hémoptysie ; rétraction du testicule gauche ; mort le cinquième jour. Ainsi que vous pouvez le voir sur ces pièces, dit M. Chassaignac, la balle est entrée dans le péricarde, a déchiré la pointe du cœur sans pénétrer dans sa cavité ; puis elle a glissé sur la voûte du diaphragme, entre le poumon et la plèvre, jusqu'au onzième espace intercostal, où elle s'est logée, en ouvrant cette membrane. Ce glissement inof-

Feuilleton.

RECHERCHES SUR LES FIÈVRES PALUDÉENNES,

SUIVIES

D'ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES SUR LA SOLOGNE ;

Par Édouard BURDEL, médecin de l'hospice de Vierzon, etc. Un volume grand in-18 jésus de 240 pages. Paris, 1858, V. Masson.

L'auteur, dans la première partie de son livre, s'est proposé de démontrer que le miasme fébrifère n'est pas constitué par un agent toxique, formé de détritus organiques répandus dans l'air : que, par conséquent, ni les plantes ni les animaux microscopiques ou autres, ni les gaz qu'on avait soupçonnés d'être complices du fléau et de contribuer à son développement, ne sont pour rien dans ce qu'on appelle l'effluve paludéen.

La véritable cause de l'impaludation gît tout entière, selon M. E. Burdel, dans une perturbation spéciale du fluide électrique de l'atmosphère.

Il appuie cette proposition sur les travaux par lesquels M. le docteur Mélier explique l'action délétère qui se dégage du mélange des eaux douces avec les eaux salées, en invoquant la force catalytique de Berzelius. L'électricité, dit-il, est d'autant plus manifeste que les molécules humides, en se vaporisant, doivent se séparer de quelques éléments hétérogènes auxquels elles sont chimiquement agrégées ; il s'attache donc à montrer la similitude parfaite qui existe entre les actions chimiques, et, d'une part, les phénomènes d'évaporation qui s'opèrent dans les marais salants abandonnés, et, d'autre part, les phénomènes qui se passent sur le sol. Il conclut, à l'égard de ce point particulier, que l'action des marais salants et des sols paludéens, quels qu'ils soient, est identique en ce sens que tous deux troublent les conditions électriques de l'atmosphère.

Les brouillards humides et froids des pays paludéens n'agissent que comme cause secondaire et provocatrice, lorsque l'homme a déjà subi l'influence de ces perturbations auxquelles l'auteur attribue une importance de premier ordre. D'ailleurs, ces brouillards, produits par l'équilibration de la température de l'air et du sol, sont formés de vésicules aqueuses, contenant le plus souvent une grande quantité d'*oxygène électrisé* ou *ozone*, et leur apparition coïncide toujours avec l'abaissement de la température et une augmentation notable de l'électricité positive.

Afin de montrer que les brouillards n'ont qu'une action secondaire, M. Burdel a eu recours à l'expérimentation, et il affirme que l'on peut, à volonté, les remplacer par une éponge humide, c'est-à-dire qu'avec des aspersions froides, on fait apparaître la fièvre intermittente chez tous ceux qui, préalablement, ont été soumis au fluide palustre.

Après avoir exposé ses idées sur la cause de l'impaludation, l'auteur étudie sur l'homme les effets que cette cause produit ; en d'autres termes, il soumet ses idées au contrôle de l'observation ; il fait voir que la manière dont l'organisme est frappé, et la nature des troubles qui se manifestent, n'indiquent ni l'une ni l'autre qu'un poison organique circule dans l'économie.

L'heure du jour à laquelle apparaissent d'ordinaire les premiers symptômes, et qui coïncide avec le moment du minimum de tension électrique, est une preuve de plus apportée par M. Burdel à l'appui de son dire.

Ce qui prouve encore, selon l'auteur, que l'agent fébrifère est un fluide impondérable, agissant sur le système nerveux ganglionnaire, et non une substance organique toxique, c'est le mode d'action de ce fluide sur la femme enceinte et sur la nourrice : le système nerveux ganglionnaire, seul point primitivement frappé dans la mère, n'ayant aucune communication directe avec celui du fœtus, celui-ci, complétement isolé en ce point ne ressent rien des impressions de sa mère. — Si, au contraire, l'agent paludéen était un poison, il circulerait dans les vaisseaux et par eux il serait transporté du sang de la mère dans celui du fœtus, qui ne tarderait pas à en subir l'influence. Les mêmes voies le charrieraient aussi dans le lait. Or, c'est ce qui n'a pas lieu.

Enfin, M. Burdel tire des preuves en faveur de sa manière de voir, de l'action physiologique des médicaments et des moyens thérapeutiques employés pour combattre les troubles survenus dans l'organisme. Les médications rationnelles ou empiriques, n'ont toutes qu'un seul but, dit-il, celui d'augmenter la résistance vitale. Elles y arrivent, les unes, comme le quinquina et ses succédanés, en communiquant aux forces vitales une surexcitation spéciale ; les autres, en produisant dans l'organisme une violente secousse, un mouvement énergique qui n'a plus besoin que d'être entretenu pour régulariser la résistance organique. — De tous les agents thérapeutiques employés à cet effet, les *préparations quiniques* et l'*hydrothérapie* doivent être mises au premier rang.

Telle est, sommairement, l'exposition des idées de M. Burdel sur l'impaludation. Nous l'avons prise, afin qu'elle fût plus fidèle, presque mot pour mot, dans le texte même de l'ouvrage que nous signalons à nos lecteurs.

Après comme avant les études de M. Burdel, la médication curative des fièvres intermittentes reste la même. Mais la prophylaxie de ces affections devrait être complétement changée. « Avec Lancisi, Torti, et tous ceux qui les ont précédés et suivis, nous avons cru d'abord, dit-il, que le miasme paludéen existait dans les brouillards, ce phénomène si apparent, et comme eux nous disions : si vous voulez vous soustraire au fléau, fermez vos portes et vos fenêtres le soir et le matin ; évitez que l'air humide ne puisse pénétrer dans vos maisons ; faites dans vos cheminées un large feu flamboyant ; élevez entre vos habitations et les marais les barrières les plus infranchissables ; tamisez, s'il est possible, l'air qui doit entrer dans vos poumons ; etc., etc.

» Aujourd'hui nous disons : Lorsque vous le pouvez, garantissez-vous de l'ardeur du jour ; évitez l'immobilité prolongée sur le sol ; sortez de préférence lorsque le soleil s'abaisse, en prenant toutefois les précautions indispensables contre le refroidissement et l'humidité de l'atmosphère. Par ces conseils, nous avons soustrait au fléau un grand nombre de victimes ; nous-même qui, depuis seize ans, parcourons la Sologne, avons toujours préféré nous exposer à l'atmosphère du soir et même de la nuit, plutôt qu'à la chaleur du jour ; et, jusqu'à présent, nous avons été épargné. A l'époque où se sont faits les travaux du tunnel du chemin de fer de Vierzon, nous avons observé que les ouvriers qui

fensif du projectile entre des parties aussi délicates m'a paru intéressant. Vous retrouvez les traces de la péricardite à laquelle le blessé a succombé.

M. Hervez de Chégoin dit que la position de la plaie du cœur correspond à celle du péricarde; cette corrélation peut manquer, ainsi qu'il en a vu un exemple, et ce défaut de parallélisme s'explique par les mouvements du cœur.

M. Legouest suppose que la balle était ronde, et non déformée; c'est une condition nécessaire de ce glissement, que l'on ne retrouve plus quand la balle est irrégulière ou simplement cylindro-conique.

Le projectile est en effet parfaitement rond.

CLINIQUE MÉDICALE.

CROUP; — CATHÉTÉRISME DU LARYNX; — GUÉRISON;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 28 juillet 1858,

Par le docteur L. Gros, membre associé.

C. M..., petite fille de 5 ans, de bonne constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé, porte une division congéniale du voile du palais, qui s'étendant en avant jusqu'à 2 centimètres de l'arcade dentaire, permet de voir toute la profondeur des fosses nasales.

Le 24 juin dernier, sans cause connue, elle est prise de fièvre, avec perte d'appétit et nausées; le lendemain, il s'y joint de la toux et une salivation abondante; le 27, malgré un vomitif, les accidents augmentent : la voix est voilée, la toux un peu rauque. Dans la nuit survient de l'angoisse, de l'oppression, la respiration devient pénible et bruyante, symptômes qui se calment vers le matin.

Mandé à Chatou le 28, à deux heures après-midi, je trouvai la petite malade assise au jardin, et constatai l'état suivant : Facies pâle, respiration prompte, oppression, pouls misérable, à 120, toux croupale, voix presque aphone. A l'inspection de la gorge, je trouve les fosses nasales, la paroi postérieure du pharynx, les deux parois de la division palatine, les deux amygdales recouvertes de plaques diphthéritiques d'un jaune sale, épaisses et fortement adhérentes; les ouvertures antérieures des narines présentent également des fausses membranes. Pas d'engorgement des ganglions cervicaux, pas de douleur à la pression du larynx; déglutition facile et indolore; peau chaude, sèche, prostration très grande, nausées, soif modérée; à l'auscultation, quelques râles sibilants disséminés. Je fis coucher l'enfant et pratiquai immédiatement une cautérisation étendue du pharynx et des fosses nasales au moyen d'une éponge trempée dans une solution de nitrate d'argent au dixième. Je prescrivis de toucher fréquemment la gorge avec un pinceau imbibé d'un mélange de 8 grammes de borax et de 20 grammes de miel rosat; à l'intérieur, une décoction de quinquina, du bouillon et de l'eau rougie.

Le soir, l'état est le même; la respiration est bruyante; le sommeil interrompu par des accès d'angoisse et de suffocation; la toux est fréquente, douloureuse. Je nettoie les parties malades au moyen de l'éponge trempée dans la solution de borax, ce qui amène l'expulsion de quelques débris pseudo-membraneux. On continue le traitement. La nuit fut mauvaise, les accès de suffocation furent fréquents.

Le 29, à huit heures du matin, je trouvai l'état local aggravé; les fausses membranes sont aussi épaisses et aussi étendues que la veille; il existe un râle trachéal intense à l'inspiration seulement, l'expiration étant facile et silencieuse; cependant le pouls est relevé, à 100, le facies moins abattu. Je nettoie de nouveau le pharynx et les fosses nasales avec la solution de borax; j'insuffle par la bouche de l'alun en poudre; j'instille dans les narines une solution d'alun au moyen d'une petite seringue; je prescris un vomitif par l'ipéca. Après les vomissements, on donnera alternativement de demi-heure en demi-heure un paquet de 2 centigrammes de calomel et un paquet de 10 centig. d'alun; on continue le bouillon.

Le soir, à trois heures, l'état s'est encore aggravé. Le râle trachéal intense accompagne les deux temps de la respiration; les accès de suffocation sont fréquents et durent plus longtemps; les lèvres sont un peu cyanosées; le facies est anxieux; le murmure vésiculaire un peu affaibli dans les deux poumons. Néanmoins, le pouls n'est pas très faible et ne bat que 100. Je fais une large cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, et ramène sur l'éponge des fausses membranes en grande quantité; je prescris un vomitif par l'émétique et fais continuer le reste du traitement.

Je quittai l'enfant fort alarmé, et, prévoyant la nécessité de recourir bientôt peut-être à la trachéotomie, je priai M. le professeur Trousseau de m'aider de ses conseils. La consultation ne pouvait avoir lieu que le lendemain à quatre heures du soir. C'était bien long, et il était à craindre que, d'ici là, les secours ne fussent devenus inutiles. Dans cette perplexité, je songeai à appeler à mon aide le docteur Loiseau, de Montmartre. Nous vîmes l'enfant ensemble à sept heures du soir. Je constatai une amélioration notable; le vomitif avait expulsé de nombreuses fausses membranes, la respiration était plus libre. L'enfant était très abattu, par suite des vomissements et des selles fréquentes qui avaient suivi l'administration de l'émétique; néanmoins, la voix et la toux croupales persistant avec la même intensité, l'existence du râle trachéal, tout nous indiquait que le danger était encore imminent. M. Loiseau pratiqua donc le cathétérisme du larynx; lorsque le passage de l'air dans la sonde vint nous avertir que l'instrument avait traversé le larynx, nous injectâmes dans l'arbre aérien quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent au dixième, puis la sonde fut retirée; sa cavité était remplie de fausses membranes blanches et épaisses. Cette opération fut faite avec la plus grande facilité, et ne fut ni accompagnée ni suivie de suffocation. Le traitement précédemment institué fut continué, seulement les insufflations furent pratiquées alternativement avec de l'alun et avec de la poudre de tannin.

La nuit fut beaucoup plus calme que la précédente, jusqu'à minuit il y eut encore quelques accès très légers de suffocation, suivis d'un bon sommeil jusqu'au matin.

Le 30, à huit heures du matin, nous trouvâmes la gorge dans le même état, toujours recouverte de fausses membranes épaisses; la respiration est manifestement plus libre, le râle trachéal nul. L'état général est satisfaisant, la peau moite, le pouls à 90. Vers le matin, l'enfant a eu plusieurs selles vertes. M. Loiseau pratique une seconde fois le cathétérisme du larynx, et nous instillons par la sonde une forte solution de tannin. On continue le traitement local par les instillations d'alun dans le nez et les insufflations de tannin et d'alun dans la gorge. A l'intérieur, on prescrit du bouillon, du lait et de l'eau vineuse.

A quatre heures, je vois l'enfant avec M. le professeur Trousseau qui, redoutant que le mieux existant ne se soutienne pas et qu'on soit obligé d'avoir recours en dernier ressort à l'ouverture de la trachée, me laisse entre les mains son appareil à trachéotomie.

A 8 heures du soir, je constate que la respiration est beaucoup plus libre; l'enfant a dormi plus d'une heure sans tousser et sans oppression; les fausses membranes du pharynx sont moins épaisses et flottantes par places. La nuit fut très calme.

Le 11 juillet au matin, l'enfant, après une forte quinte de toux beaucoup moins rauque que les jours précédents, expectore une grande quantité de couennes épaisses dont quelques portions, par leur forme, paraissent venir des voies aériennes; la gorge se nettoie, les plaques diphthéritiques sont translucides, la voix est plus claire. M. Loiseau pratique pour la troisième fois le cathétérisme du larynx suivi d'une instillation d'une solution de tannin. La résistance de l'enfant fut plus vigoureuse que la veille; après l'opération, l'enfant expectore un peu de sang et beaucoup de détritus pseudo-membraneux. Même traitement.

Le soir, la voix est beaucoup meilleure, la toux presque nulle; l'enfant a repris de l'entrain et de la gaîté.

Encore quelques selles vertes. Pendant la nuit, le sommeil a été calme, la respiration parfaitement normale.

Le 2 et le 3 juillet, l'amélioration fit de notables progrès.

Le 4, les fausses membranes n'existent plus nulle part; la toux est nulle, la voix presque normale; l'enfant a repris toute sa gaîté et cause beaucoup. On cesse tout traitement, tant local que général, et on donne des aliments plus abondants.

Le 5, soit que l'enfant ait trop parlé, soit qu'elle se soit refroidie, la toux reparaît un peu et est un peu plus sourde que d'habitude; la voix est un peu voilée; quelques boissons béchiques dissipent ces accidents; et à partir du 7, la guérison fut complète.

Je n'ajouterai que quelques mots à l'observation que je viens de lire, et ce sera pour appeler votre attention sur le résultat remarquable qu'ont produit, dans ces circonstances, les agents topiques portés directement dans les voies aériennes.

L'existence du croup pseudo-membraneux ne saurait être mise en doute dans ce cas : nous avons vu les accidents du côté du larynx se développer sous nos yeux, la maladie s'étendre aux voies aériennes, malgré le traitement énergique et rationnel dirigé contre l'angine couenneuse. Un moment nous avons pu espérer que les accidents se dissiperaient après l'administration de l'émétique, mais chacun sait combien ces améliorations, qui suivent le rejet de fausses membranes, sont souvent trompeuses et de courte durée.

A partir de la première application topique, portée directement sur le larynx, nous voyons, au contraire, le mieux se dessiner de plus en plus, et la petite malade, malgré le fâcheux pronostic du professeur Trousseau, se remettre avec une rapidité merveilleuse. Ce pronostic de M. Trousseau n'avait, du reste, rien d'exagéré. Il y a peu de jours, à propos de la malade dont je viens de raconter l'histoire, l'habile professeur de l'Hôtel-Dieu disait à ses élèves :

« C'est là un fait du plus haut intérêt : si j'ai vu guérir, sans » qu'on ait eu recours à la trachéotomie, des enfants atteints de » croup, je ne l'ai vu que trois fois. Or, par rapport aux faits » nombreux que j'ai observés, je puis dire que ces cas heureux » sont dans une proportion de 1 sur 100. » *(Gazette des hôpitaux* du 10 juillet 1858.)

C'est donc à la méthode de M. Loiseau, au cathétérisme du larynx et à l'action des topiques convenables portés directement dans les voies aériennes, que nous devons rapporter le succès et la guérison de notre malade.

Je ne vous décrirai pas le manuel opératoire mis en usage par notre confrère de Montmartre; chacun a pu en lire la description dans les différents journaux de médecine; je dirai seulement que cette opération qui, *à priori*, paraît si difficile et si pleine de danger, est en réalité d'une exécution prompte et facile; qu'elle n'entraîne ni suffocation ni accident d'aucun genre, et que chacun de nous, lorsqu'il l'aura vu pratiquer une fois n'hésitera pas un instant à la pratiquer lui-même, le cas échéant.

Quant aux topiques, qu'il convient d'injecter dans les voies aériennes, je crois avec M. Loiseau, et le fait dont j'ai été témoin en fait foi, qu'il faut se garder des caustiques énergiques et donner la préférence, soit à de faibles solutions de nitrate d'argent, soit à des solutions astringentes, telles que l'alun, le tannin, peut-être au chlorate de soude, si l'expérience vient confirmer les résultats obtenus par M. Barthez à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette réprobation des caustiques énergiques, je l'étends, du reste, aussi au traitement de l'angine couenneuse proprement dite, car j'ai été témoin d'effets désastreux produits en pareil cas par des caustiques trop concentrés.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. Jobert (de Lamballe).

LEÇON SUR LA RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS;

Recueillies par M. Alfred Michel, interne du service.

Dupuytren, en examinant des malades atteints de rétraction permanente, fut frappé de la tension de l'aponévrose et du muscle

---

travaillaient pendant la nuit étaient moins maltraités que ceux qui travaillaient pendant le jour. »

Étant accepté le point de départ de M. Burdel, tout cela s'explique parfaitement; mais, si nous avons cherché à faire saisir, dans leur ensemble et dans ce qu'elles ont d'essentiel, les doctrines de l'auteur, sans les discuter, il ne s'ensuit pas qu'elles doivent être adoptées sans discussion. M. Burdel, nous en sommes sûr, ne l'entend pas ainsi, car, dans une préface spirituelle, il fait lui-même, avec beaucoup de bonne grâce, la critique de son œuvre sous plusieurs points de vue. Nous ne la recommencerons pas, les raisons qu'il oppose à cette critique nous paraissent excellentes; nous désirons seulement lui présenter quelques brèves observations.

La théorie des fièvres paludéennes, envisagées dans leur cause, repose sur une hypothèse nouvelle. C'est ce qui constitue la partie originale de son travail; mais c'est aussi ce qui en fait la faiblesse.

L'auteur passe en revue les anciennes explications à l'aide desquelles on cherche à se rendre compte de la production des miasmes fébrifères. Ces explications ne le satisfont pas complétement, parce que, toutes, elles laissent en dehors certains faits, et il arrive, par éliminations successives, à voir la cause de la fièvre, dans les modifications de l'électricité atmosphérique.

Mais la méthode par élimination n'est acceptable qu'autant qu'elle aboutit à une certitude; elle ne vaut que si aucune objection n'est actuellement possible contre ce qu'elle laisse debout. Or, il n'en est pas tout à fait ainsi de l'hypothèse de M. Burdel. D'abord, il ne précise pas assez les conditions de développement du miasme : « Pour que l'effluve paludéen se développe, dit-il (p. 26), il faut que le sol, d'*une nature particulière, et possédant pour ainsi dire des éléments spéciaux*, soit pénétré par la chaleur. Quelle nature et quels éléments ? L'auteur ne le dit nulle part. Discutant, au contraire, l'opinion de M. le docteur Lambron, qui veut que la fièvre paludéenne prenne toujours naissance sur des terrains neptuniens de troisième formation, M. Burdel objecte qu'en 1857, il a vu l'explosion de fièvres intermittentes déterminée par le remaniement de terrains secondaires et de terrains primitifs : « Partout, dit-il (p. 23), où nous avons vu s'opérer des travaux de terrassement considérables et étendus, ou de grands défrichements, *quelle qu'ait été la nature des terrains*, nous avons vu le fléau apparaître. »

Ensuite, les observations de malades, au nombre de seize, qu'il transcrit, manquent de détails et ne prouvent pas directement ce qu'il importait, avant tout, d'établir. Elles indiquent que l'apparition des premiers symptômes s'est faite au moment de la chaleur du jour. Mais cela ne confirme pas plus l'hypothèse de M. Burdel, que cela n'infirme absolument les hypothèses qu'il combat. Elles sont, du reste, trop sommaires; il a bien fait de ne pas les multiplier.

L'auteur me permettra-t-il, afin de lui montrer avec quel soin j'ai lu son livre, et en vue de la deuxième édition, de lui signaler quelques errata.

A la page 22, il fait masculin le mot : argile.

A la page 29, il écrit : « le docteur Turley, qui avait mesuré par des chiffres la moyenne de l'*intensité atmosphérique?* »

A la page 43, après avoir dit que les ouvriers qui travaillent dans le brouillard la nuit sont moins exposés aux fièvres que dans les conditions contraires, il ajoute : « Est-ce à dire que les brumes humides sont *exemptes d'innocuité ?* »

Dans la même page, il écrit cette phrase : « ce qui a entretenu cette erreur que la cause de l'impaludation est due aux miasmes organiques résidant dans les vapeurs des brouillards, etc., etc., c'est que, lorsque le fluide vital (?) a été troublé, l'organisme, quoique fâcheusement impressionné *pour* rester un laps de temps plus ou moins long avant que les symptômes n'éclatent, n'*attendent* pour apparaître que l'action de cette cause secondaire. »

A la page 74 : « Tous les médicaments employés comme fébrifuges sont rangés dans la classe des *toxiques névrosthéniques*, etc. »

Rien ne lui sera plus facile que de faire disparaître ces légères incorrections qui déparent, comme des taches, un livre d'ailleurs bien écrit et d'une typographie élégante.

Il nous resterait à parler de la seconde partie de l'ouvrage de M. Burdel, consacrée à des *Études physiologiques et médicales sur la Sologne*; mais nous avons dépassé déjà les limites ordinaires d'un simple compte-rendu.

Qu'il nous suffise de dire que ce n'est pas la partie de l'œuvre que nous avons lue avec le moins de plaisir. Dans ces études consciencieuses et complètes, l'auteur s'élève souvent à de grandes hauteurs et à une véritable éloquence. Il ne se borne pas à indiquer d'où vient le mal; il donne les moyens de le prévenir et de transformer, en même temps, ce misérable et triste pays de la Sologne, en une contrée gaie et fructueusement cultivée par une vaillante population.

Nous approuvons complétement les moyens qu'il propose, et nous faisons, avec lui, des vœux sincères pour que l'avenir qu'il rêve soit prochain.

D[r] Maximin Legrand.

Par décret en date du 12 août, M. le docteur Guyot, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

---

petit palmaire. S'imaginant, pour les guérir, de couper les brides sous-cutanées, il vit cette tension disparaître immédiatement. Devant ces faits, il lui parut logique de considérer la rétraction de l'aponévrose palmaire comme la cause de la maladie; malheureusement pour sa théorie, il avait fait quelque chose de plus, qui aurait dû lui ouvrir les yeux; pour étendre tout à fait les doigts, il lui avait fallu pratiquer des sections multiples, non seulement dans la paume de la main, mais encore au devant de la première et de la seconde phalange. La simple mémoire pouvait lui démontrer que des brides situées à cet endroit ne devaient pas faire partie de l'aponévrose, qui s'insère seulement sur les côtés de la première phalange, remarque déjà émise par M. Velpeau avant le mémoire de M. Goyrand, d'Aix. Cette opinion de Dupuytren avait été préconisée avant lui par A. Cooper, qui n'avait pas apporté de faits à son appui. Pour le chirurgien d'Aix, en quoi donc consiste cette prétendue rétraction de l'aponévrose palmaire? Dans le tissu cellulaire intermédiaire à la peau et à l'aponévrose se développe un tissu résistant, analogue au tissu fibrineux; cette matière se réunit en brides, entre-croisées dans plusieurs sens; brides qui, d'une part, vont adhérer au doigt, et de l'autre à la face superficielle de l'aponévrose. Mais n'y a-t-il pas quelque chose de plus dans la structure de ce tissu? Le tissu fibreux est inextensible, non rétractile, et c'est précisément l'inverse que l'on trouve dans les brides qui occasionnent la rétraction. C'est plutôt une espèce de tissu inodulaire, rétractile à un haut degré. On peut s'en convaincre en examinant une récidive de la maladie après l'opération, ou bien en analysant la façon dont le chirurgien d'Aix explique le développement de ce tissu accidentel. Un simple tissu fibrineux n'aurait pas le rôle presque actif qu'on lui fait jouer dans la flexion des doigts. Quoi qu'il en soit, voici comment le mémoire envoyé à l'Académie s'exprime sur le développement des brides :

A l'état normal, tout le monde le sait, l'aponévrose envoie à la peau un très grand nombre de petits prolongements fibreux, prolongements qui seraient développés outre mesure chez les individus condamnés à de rudes travaux manuels. Ceci posé, si on laisse en repos une main placée dans ces conditions, c'est-à-dire possédant déjà le commencement de la rétraction laborieuse, les doigts restent dans la demi-flexion, et alors, dit M. Goyrand, ces filaments, assez longs à l'état normal pour se prêter à l'extension complète, se *raccourcissent*, et quand la main veut s'étendre, ils sont devenus trop courts pour permettre le redressement tout entier des doigts. Arrivés à cet état (les filaments), continue M. Goyrand, ils sont plus exposés aux fatigues, et, par cela même, leur nutrition devient plus active. Les muscles extenseurs, qui, au début, pouvaient encore contrebalancer la flexion, sont maintenant devenus trop faibles, et la maladie s'aggrave de plus en plus. Remarquez bien ceci, Messieurs, ce dernier passage contient la preuve textuelle de ce que j'avançais plus haut. Ces filaments se *raccourcissent*, dit-on, mais alors ce n'est pas du tissu fibreux simple; de plus, pour expliquer cette formation, M. Goyrand est obligé de considérer une main subissant de rudes atteintes, et lui-même, cependant, il vous a cité des observations de rétraction permanente chez des individus qui ne fatiguaient nullement l'extrémité de leur membre thoracique. Concluons donc encore que le dernier mot n'est pas dit sur ce nouveau tissu accidentel.

Je vous ai parlé plus haut de l'immunité du pouce et de l'index, M. Vidal (de Cassis) prétend l'expliquer par cela même que recevant chacun un extenseur particulier, leurs muscles ont une force assez considérable pour s'opposer au mode de formation de brides, adopté dans le mémoire dont nous citons les extraits. Sanson, dans son rapport, prétend que, dans certains cas, rares il est vrai, les insertions latérales de l'aponévrose sont une cause de rétraction. C'est ce qui aurait trompé Dupuytren. Mais M. Vidal (de Cassis) fait observer que l'extension devrait diminuer la saillie des languettes, vu leur situation sur un plan postérieur, et que, cependant, c'est l'inverse qui arrive.

Du reste, Messieurs, en discutant avec vous les opinions de Dupuytren et de M. Goyrand, mon intention n'est pas de m'aveugler sur leur compte. A Dupuytren reviendra toujours l'honneur d'avoir mis en lumière une maladie aussi peu connue; à M. Goyrand le mérite d'en avoir donné une théorie acceptable. A tous deux, enfin, l'on ne peut refuser d'avoir indiqué une sage thérapeutique et des procédés de traitement rationnels qui permettront, je l'espère, d'arriver un jour à un résultat parfait. Il ne me reste plus qu'à m'engager avec eux dans cette voie pour terminer cette étude, un peu longue peut-être, et pour remplir la promesse que je vous ai faite au début de cette leçon.

On a imaginé, pour cette maladie rebelle, un traitement prophylactique et un traitement curatif; ce dernier seul pourrait être regardé comme sérieux et efficace. Quant au premier, c'est tout au plus s'il peut réussir dans les cas de *mains laborieuses rétractées*, impuissant qu'il serait à empêcher le développement des brides, lorsqu'elles ont déjà commencé à apparaître. Ce traitement prophylactique consisterait simplement à placer sur le dos de la main une attelle extensive, pour suppléer à l'action trop faible des muscles. Le traitement curatif est représenté par la section des brides. Inutile d'insister sur la section des tendons pratiquée par les anciens. Partis d'une théorie fausse, il n'était guère possible que le hasard les guidât vers des conclusions raisonnables.

La division des brides sous-cutanées a été opérée jusqu'à présent par trois procédés, qui, malgré leur diversité apparente, ont conduit tous trois au même résultat pratique, c'est-à-dire à la récidive sûre et prochaine de la maladie par fusion presque immédiate des bouts de la section. Cependant, ils ont l'avantage de n'amener aucun accident, et, au bout du compte, de pallier l'effet du tissu nouveau, peut-être même d'amener une guérison durable dans quelques cas rares, lorsqu'on les répète avec méthode et persévérance.

Dupuytren coupait par des incisions transversales et multiples les brides qu'il prenait pour des expansions de l'aponévrose.

Le second procédé, celui de M. Goyrand, est de beaucoup supérieur : faire une incision longitudinale sur la bride, disséquer les lambeaux, diviser transversalement et en plusieurs points le tissu fibreux, puis réunir par première intention. Le doigt une fois redressé, le placer dans un appareil à extension. Je le répète, ces deux procédés ont les mêmes inconvénients, ils permettent une facile réunion du tissu morbide. M. Goyrand dit bien quelque part : si, après avoir fait votre section, vous avez par hasard des brides trop longues, *excisez-les*. Voilà, Messieurs, ce que je voudrais voir ériger en principe : enlevez le plus possible de la bride, vous retarderez ainsi sa réunion, et si vous êtes au début, vous courez la chance d'enlever tout ce produit accidentel, si tenace et si nuisible. Placez ensuite la main sur une palette après le redressement et vous aurez pour votre malade le traitement le plus rationnel et le plus innocent qui soit permis de concevoir jusqu'ici. A la dureté de la paume de la main, succédera la mollesse, et la peau reprendra ses caractères primitifs.

Pour que rien ne soit oublié, appliquez le même traitement partout où vous rencontrerez des brides. Malgré toutes ces précautions, il y a certains cas où vous ne pourrez redresser complétement le doigt; la première phalange seule revient à sa direction primitive, la deuxième subit sur elle, comme nous l'avons indiqué, une espèce de demi-luxation incomplète, d'autant plus rebelle que la maladie est plus ancienne.

Pour vous achever l'histoire du traitement, il me reste à parler de la méthode sous-cutanée appliquée à la rétraction permanente. Je serai bref, car la ténotomie, dans ce cas, promet plus qu'elle ne donne; tout au plus pourrez-vous sectionner les brides sous la peau, au début de la maladie, lorsque toutes ces parties n'auront pas encore contracté d'adhérences. A supposer que la ténotomie soit pratiquée, elle aurait toujours les mêmes inconvénients que les autres méthodes, au point de vue de la récidive.

Telle est, dans son ensemble, la maladie à laquelle Dupuytren et M. Goyrand (d'Aix) ont attaché leur nom. Souvenez-vous, en l'étudiant, que trois points doivent surtout appeler votre attention :

1° La seule cause de la formation des brides n'est pas, dans une inflammation, d'un genre quelconque.

2° L'hypothèse d'un tissu fibreux n'explique pas tous les points de leur histoire.

3° Leur section pure et simple ne guérit que momentanément et ne peut être considérée comme le *nec plus ultra* de la question.

En terminant cette leçon, permettez-moi, Messieurs, de vous présenter l'observation d'un de nos malades, sur lequel vous pourrez constater la plus grande partie des phénomènes que je viens de faire passer sous vos yeux.

Le 30 juin 1858, est entré au n° 25 de la salle Saint-Côme le nommé Duclos, âgé de 50 ans, journalier.

Cet homme, d'une constitution peu robuste, possède à la main gauche une rétraction du doigt annulaire seul. La main n'a été le siége d'aucune altération; tout au plus si, au moment où la maladie a débuté, il la fatiguait un peu dans son état de tisserand.

L'affection a commencé, il y a trois ans, par une petite tumeur située au-dessous de la première phalange, qui n'a pas tardé à commencer son mouvement de flexion. Le doigt a mis deux ans pour arriver à l'état où nous le trouvons aujourd'hui. Pendant tout ce temps, le malade n'a ressenti aucune douleur; il a cessé son travail il y a seulement trois semaines.

Au devant de la première phalange, et allant s'insérer dans le milieu de la paume de la main, se trouve une bride extrêmement résistante, adhérente à la peau dans toute son étendue; à son extrémité inférieure, et sur les côtés, sont encore d'autres duretés de même nature. La peau, présentant des rides à concavité supérieure, n'est pas altérée, elle paraît seulement faire corps avec le reste de la main. La phalangette de l'annulaire se trouve dans un état d'extension forcée.

On place une palette sur la main de ce malade, afin d'habituer un peu son doigt à supporter un redressement un peu forcé après l'opération.

Le 19 juillet, je pratique l'opération suivante :

Incision longitudinale de la bride, dissection *assez facile* des lambeaux, malgré les adhérences; excision d'à peu près 5 millimètres de longueur du tissu nouveau. La première phalange se redresse immédiatement, il n'en est pas de même de la seconde, qui reste légèrement fléchie par suite du déplacement incomplet de son articulation avec la première. Pansement simple : La main est placée sur une palette. L'appareil enlevé au bout de huit jours, permet de constater la réunion parfaite de la plaie, l'absence de la bride et le redressement de la première phalange.

Quelques jours après, le malade sort guéri de son opération, et considérablement amélioré dans sa maladie. Malheureusement, il est probable que la petite dureté située au milieu de la paume de la main sera le point de départ de la récidive, récidive qui ne se ferait pas attendre si nous n'avions fait que de simples sections.

La petite portion de bride que nous avons enlevée présente tout à fait l'aspect du tissu inodulaire, elle est extrêmement dure, formée de fibres entre-croisées dans tous les sens, et paraissant peu vasculaire. L'examen microscopique n'en a pas été fait.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — Lecture par M. Gros d'une observation de *croup guéri par le cathétérisme du larynx*. Discussion : MM. Trousseau, Sée, Legroux, Hervez de Chégoin, Vigla.

M. Gros communique une observation de *croup guéri par le cathétérisme du larynx*. (Voir plus haut, *Clinique médicale*.)

M. Trousseau confirme tous les détails du fait rapporté par M. Gros, et rappelle que non seulement, pour lui, le diagnostic n'était pas douteux, mais qu'en présence d'un état aussi grave il n'hésita pas à porter le plus fâcheux pronostic. Il ne se souvient pas d'avoir vu guérir un seul malade atteint de croup dans une situation aussi désespérée.

J'ai déjà vu, continue l'orateur, M. Loiseau pratiquer cette opération sur un enfant de 4 ans, dont la gorge était tapissée par les fausses membranes les plus épaisses et qui était manifestement atteint de diphthérie laryngienne. Il pénétra avec facilité dans le larynx, et, à l'aide de son instrument mis en place, put faire des injections avec la solution de tannin, qu'il préfère aux solutions caustiques, parce que celles-ci peuvent, en coagulant les mucosités, donner lieu à un bouchon qui aggrave l'état des malades.

J'ai fait une fois à l'Hôtel-Dieu le cathétérisme du larynx suivant la méthode de M. Loiseau; j'ai rencontré quelques difficultés, parce qu'il faut avoir l'habitude de l'anneau métallique dont il se sert; mais je considère cette opération comme utile, et elle me paraît mériter la peine qu'on s'y exerce.

M. Sée prie M. Trousseau de vouloir bien préciser les indications du cathétérisme du larynx. A quelle période du croup faut-il faire cette opération? Faut-il agir dès le début ou attendre l'expulsion des fausses membranes? A-t-on bien tenu compte de ce qui se passe dans l'épidémie actuelle, laquelle sévit beaucoup moins violemment que les années passées? Il y a eu cette année des guérisons spontanées de croup dans la proportion de 7 sur 70, ou, du moins, les guérisons observées n'ont été obtenues que par l'usage des vomitifs. Pareille chose a eu lieu dans les salles de M. Blache.

M. Trousseau : Je n'ai pas observé les différences que signale M. Sée entre l'épidémie actuelle du croup et celle des années précédentes. Il faut même remarquer que l'an dernier, à l'hôpital Sainte-Eugénie, tous les opérés de croup ont péri. Peut-être cela tient-il à ce qu'il s'agit de localités et de populations très différentes.

Quant au traitement du croup par le cathétérisme du larynx, je dirai que cette médication n'est pas mienne, et que je ne l'ai expérimentée qu'une fois. Chargé par l'Académie de médecine d'un rapport sur cette méthode de traitement, j'ai dû m'enquérir des résultats qu'elle pouvait donner. Or, ces résultats étaient tels, que je n'ai pu méconnaître l'influence de ce mode opératoire sur la diphthérie laryngo-trachéale.

Si j'avais affaire à une laryngite aiguë, à un pseudo-croup, je ne ferais pas le cathétérisme du larynx, dans la crainte d'exaspérer l'inflammation.

S'il s'agissait d'une diphthérie laryngo-trachéale, je n'agirais pas dès le début, j'attendrais, pour faire le cathétérisme du larynx, qu'il se fût écoulé quelques jours pour que le diagnostic fût plus certain.

Dans le cas de diphthérie débutant par le pharynx, je ferais le cathétérisme dès le début.

M. Legroux : Les faits de cathétérisme du larynx appliqué au traitement du croup ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse se faire une idée bien nette de la valeur de cette méthode. Or, il existe actuellement une épidémie de croup. Je prierai donc mes collègues des hôpitaux de vouloir bien saisir les occasions qui se présentent à eux d'expérimenter ce mode de traitement.

M. Hervez de Chégoin ne considère pas comme complétement inertes dans le traitement du croup certaines médications, telles que la médication par les mercuriaux. Il a eu occasion de voir, principalement dans les diphthéries qui accompagnent la scarlatine, des fausses membranes pharyngiennes disparaître complétement sous l'influence du calomel.

M. Sée fait observer que M. Loiseau pratique son opération indistinctement dans tous les cas d'angine et cite à cette occasion des faits qui ne permettent pas d'accepter comme de véritables diphthéries les diverses affections auxquelles il a appliqué le cathétérisme du larynx.

M. Trousseau : C'est précisément l'objection que j'ai faite aux cas de guérison rapportés par M. Loiseau. Mais je dois ajouter que j'ai vu M. Loiseau guérir par sa méthode de véritables affections diphthériques. Du reste, j'appelle, moi aussi, sur ce sujet, de nouvelles investigations.

M. Vigla : Les faits qui ont été produits ici ne permettent pas de douter que le cathétérisme du larynx n'ait amené des guérisons.

Mais il ne faut pas perdre de vue que la diphthérie vraie peut affecter deux formes distinctes, une bénigne et une grave, et je ne saurais accepter comme absolue cette proposition de M. Trousseau : des diphthéries, nous en perdons 19 sur 20.

J'ai déjà rapporté ici des faits d'angine couenneuse développée sur plusieurs sujets d'une même famille, faits d'où il résulte que la maladie mortelle chez les uns s'est montrée bénigne chez les autres. Eh bien, en raison de ces faits, je dis que c'était bien là une seule et même affection différant uniquement par la gravité. Je réclame donc nosologiquement l'identité de nature pour la diphthérie bénigne et la diphthérie grave. Je demande qu'on ne les sépare pas plus qu'on ne sépare la variole discrète de la variole confluente.

M. Trousseau, en raison de l'heure avancée et de l'importance de la question, demande qu'on renvoie la suite de la discussion à la séance prochaine.

Le secrétaire, Dr E. Hervieux.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DU DÉCOLLEMENT DES ÉPIPHYSES; par le docteur KLOSE (de Breslau). — Sous ce nom, M. Klose décrit non pas l'avulsion traumatique des épiphyses, mais leur décollement par suite d'une ostéomyélite, ou, comme il dit, d'une méningo-ostéophlébite des os longs. Cette affection rare, non décrite encore et presque toujours de cause interne, ne se montre que chez les enfants, ou plutôt tant que les épiphyses ne sont pas complétement soudées; elle est très grave en ce qu'elle amène inévitablement la mort du malade si l'on n'en arrête promptement les progrès par les incisions pratiquées à temps ou même par l'amputation.

M. Klose, qui a pu en observer treize cas en huit ans, l'a rencontrée le plus souvent à l'extrémité inférieure du fémur et à l'extrémité supérieure du tibia; avec l'auteur, nous prendrons pour type le décollement de l'épiphyse inférieure du fémur. Cette affection présente trois périodes bien tranchées. Dans la première, elle siége sous le périoste; au début, douleur vive dans la cuisse, survenue sans cause appréciable, frisson intense, suivi d'une forte chaleur qui persiste. La peau est chaude, légèrement tendue, et présente une coloration grisâtre, terreuse. « La marche et la station sur le membre affecté sont impossibles; le genou est » demi-fléchi; les mouvements passifs y sont possibles, mais doulou- » reux; on ne trouve pas d'épanchement dans l'articulation. Le malade » a beaucoup de fièvre; puis, dans le courant du premier septénaire, un » œdème aigu envahit la cuisse et le genou; la rotule s'élève; la dou- » leur devient plus vive; le moindre contact suffit pour l'exaspérer; la » peau, quoique tendue, n'est ni rouge ni luisante; elle conserve sa colo- » ration grisâtre, terreuse; la pression du doigt n'y laisse pas d'autre » trace qu'une tache jaunâtre qui disparaît rapidement. » A ce moment, on peut, au moyen d'un trocart explorateur, reconnaître que le périoste est décollé et soulevé par un exsudat liquide qui ne tarde pas à se transformer en un pus sanieux. Celui-ci perfore le périoste et arrive au contact des parties molles profondes. La maladie entre alors dans sa seconde période, où l'on observe l'infiltration du pus dans tous les interstices musculaires, l'envahissement des parties supérieures du fémur, l'accumulation dans le voisinage du genou de la masse purulente, qui tantôt se fait jour dans la capsule synoviale, tantôt se fraie un chemin au dehors, au-dessous de l'articulation. L'inflammation envahit non seulement les troncs veineux, mais encore les veines capillaires des parties qui vont s'infiltrer, et on trouve dans le pus des caillots de volume variable et quelquefois des globules graisseux. La destruction de la membrane pulpeuse qui unit l'épiphyse et la diaphyse, et par suite le décollement de l'épiphyse, marquent la troisième période. On reconnaît ce décollement à la mobilité anormale au niveau de la ligne de séparation et à la saillie que l'extrémité inférieure de la diaphyse forme dans quelques points de la partie inférieure de la cuisse. Cette extrémité perfore bientôt la peau et apparaît au dehors avec une teinte noire prononcée, et la mort survient bientôt, si le malade n'a pas succombé, dans la période précédente, à une pneumonie, au marasme ou à l'infection purulente.

Cette affection diffère de la nécrose totale ou centrale des os longs en ce qu'elle siége primitivement dans le système veineux, tandis que l'autre a son origine dans le système artériel; puis, dans la première, le sequestre est noir, dans l'autre, il est blanc.

Le traitement doit être prompt et énergique. Il ne réussit guère à sauver le malade que dans la première période, c'est-à-dire avant la perforation du périoste. Du moment que l'on s'est convaincu de l'existence de la périostite suppurée, il est urgent de pratiquer une incision qui pénètre jusque sur l'os dénudé. Il n'y a aucun inconvénient à la faire trop tôt, tandis que quelques jours de retard suffisent pour entraîner les accidents les plus graves.

« L'incision aura une longueur de 4 à 5 centimètres; elle sera prati- » quée à 2 et 1/2 centimètres au-dessus du condyle externe, entre le » bord externe du droit antérieur et le vaste externe. » « Lorsque l'os, » quoique étant rugueux, a conservé sa coloration normale, on peut » espérer enrayer la marche envahissante de la maladie; les chances » de guérison diminuent s'il est grisâtre, tacheté, semé de points noi- » râtres. Le membre sera couché sur le côté externe, la jambe fléchie, » pour tendre les extenseurs et favoriser le recollement du périoste et » l'écoulement du pus. »

Mais si l'os est noir dans toute son étendue, si le pus est mêlé de caillots sanguins, on peut être sûr que la maladie est entrée dans sa seconde période, et alors il ne reste d'autre moyen de sauver le malade que l'amputation pratiquée dans un point non encore envahi par la suppuration; encore réussit-elle rarement.

Une fois la troisième période arrivée, la mort est inévitable, quoi qu'on puisse faire. — (*Archives générales de médecine*, août 1858.)

DRAGONNEAUX AU NOMBRE DE SEPT, DÉVELOPPÉS DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS; GUÉRISON PAR L'ENROULEMENT DU VER; par M. Marc FICIPIO. — Une jeune musulmane, huit mois après avoir fait le pèlerinage de la Mecque (en passant par Médine), ressentit tout à coup, un matin, une vive cuisson, accompagnée de démangeaisons insupportables dans les membres inférieurs, surtout à la partie interne des jambes et au creux poplité. En même temps, elle s'aperçut que ces parties étaient le siége de tumeurs, dures, rouges, brûlantes. Le lendemain soir, des ampoules, qui s'étaient formées, ont crevé et laissé écouler un liquide roussâtre, sanieux et assez abondant, et la malade aperçut, pendant au dehors, l'extrémité d'un corps filiforme, ressemblant à une corde de violon, qu'elle reconnut pour en avoir vu quelquefois. Après des essais infructueux, elle se présenta à M. Marc Picipio, professeur à l'École impériale de médecine de Constantinople, qui constata l'existence de plusieurs filaires, apparaissant au fond d'ulcères sanieux, enflammés et résultant de la déchirure d'ampoules. Il en fixa un sur une baguette fendue, l'y enroula, et l'attacha sur la jambe. Après des accidents divers, les autres furent saisis de même, et la malade fut chargée de les enrouler chaque jour. Au bout de six semaines, six filaires, dont quatre à gauche et deux à droite, avaient été extraits; la cicatrisation des plaies avait commencé; lorsqu'un nouveau filaire apparut à la partie inférieure de la jambe droite. Il fut saisi comme les autres, et son extraction fut suivie d'une guérison complète. — (*Gaz. méd. d'Orient*, août 1858.)

FISTULES VAGINALES; PROCÉDÉ DE M. MINTURA POUR LES OPÉRER. — Le fil tend à couper les parties qu'il réunit; les serres-fines sont sujettes à les déchirer, lorsque ces parties sont peu résistantes. Cela tient à ce que l'un et l'autre de ces moyens agissent sur les tissus par des surfaces trop restreintes. M. Mintura a voulu remédier à cet inconvénient en imaginant d'isoler les serres-fines des tissus au moyen de plaques de liége. Voici comment il opère : on traverse l'une après l'autre les lèvres de la plaie, à deux lignes du bord avivé, avec des épingles dont la tête est munie d'une petite plaque de liége, et que l'on espace d'un centimètre et demi environ. Quand elles sont toutes en place, on enfile avec leur pointe d'autres petites plaques de liége en face des premières; puis on applique des serres-fines spéciales coudées vers leur milieu, et terminées par un crochet mousse dans lequel on engage les deux extrémités des épingles. Il résulte de là que les lèvres de la plaie sont uniformément pressées l'une contre l'autre par des plaques de liége que rapproche l'action des serres-fines, et maintenues en même temps par les épingles. M. Mintura espère que ce procédé rendra désormais inutiles les incisions latérales, la section des sphincters, etc. — (*Gaz. méd. de Paris*, 28 août.)

GRIPPE; NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT; par M. Schaller. — Pour M. le docteur Schaller, la nature de la grippe ne fait plus l'objet d'un doute; il la considère comme d'origine miasmatique et paludéenne et il propose le sulfate de quinine comme le meilleur remède à opposer à cette affection, qu'il appelle *catarrhe paludéen*. Il rapporte neuf observations à l'appui de sa manière de voir et il fait lui-même le sujet de la première. Il fut pris de la grippe à la suite d'une promenade, par un temps froid, dans le lit desséché de l'ancien petit Rhin, d'où s'exhalait une odeur de marécage des plus infectes. Le lendemain, il prit 80 centigrammes de sulfate de quinine, 10 centigrammes d'heure en heure; la fièvre cessa le soir et le lendemain : M. Schaller était guéri. — (*Gazette hebdomadaire*, 27 août 1858.)

HYDRATE DE MAGNÉSIE ET MAGNÉSIE CALCINÉE; NOUVELLE PRÉPARATION; par M. E. DE GUÉRIN. — Ce procédé consiste à précipiter le sulfate de magnésie par l'ammoniaque. Malgré le prix assez élevé de ce dernier produit, la préparation paraît devoir être moins coûteuse que les autres et donner de meilleurs résultats. Voici comment on opère : Dans une solution de 100 parties de sulfate de magnésie, on fait arriver du gaz ammoniac, qui précipite la moitié de la magnésie. Dès que la solution répand une odeur ammoniacale prononcée, on arrête l'opération, on filtre et on lave le précipité, qui est de l'hydrate de magnésie pur. L'eau mère contient un sulfate double d'ammoniaque et de magnésie que l'on utilise de la manière suivante : on traite par la chaux vive, qui dégage l'ammoniaque et permet de l'employer à une nouvelle précipitation. On lave le résidu avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, qui dissout la magnésie, et on obtient du sulfate de magnésie. Il faut avoir soin de ne mettre que la quantité d'acide sulfurique nécessaire à la saturation de la magnésie. L'économie, dans cette opération, consiste à régénérer les divers agents. On obtient ainsi un hydrate de magnésie qui se dissout dans les acides avec la plus grande facilité et peut être surtout très utile dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Quant à la magnésie calcinée, il suffit, pour l'obtenir, de mettre l'hydrate dans un grand vase en porcelaine ou en terre, placé directement sur des charbons ardents; on remue continuellement, et, avant d'atteindre la température du rouge sombre, la magnésie perd toute son eau et donne de la magnésie calcinée. — (*Presse médicale de Marseille*, 27 juillet 1858.)

ÉCLAMPSIE SURVENUE AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE CHEZ UNE PRIMIPARE CHLOROTIQUE; SAIGNÉE; GUÉRISON; par M. CARVILLE. — Une femme de 20 ans, chlorotique, mariée depuis dix-huit mois, enceinte de cinq mois, fut prise tout à coup d'accidents convulsifs, dans lesquels le docteur Carville reconnut bientôt l'éclampsie. La maladie avait débuté deux heures avant l'arrivée de ce dernier, et déjà ces accidents se reproduisaient pour la troisième fois. « Tous les muscles du corps étaient convulsés : la femme, placée dans le décubitus dorsal, le tronc, dans une extension permanente, n'affectait pas de tendance au déplacement; la tête était renversée en arrière, les muscles de la face horriblement contractés, les paupières agitées de clignotements rapides, les yeux convulsés à droite où ils restaient immobiles, les pupilles dilatées, la face vultueuse, par suite de la suspension de l'hématose; les arcades dentaires, fortement rapprochées, et laissant échapper une écume sanguinolente, suite des morsures de la langue. Les bras et les jambes, placés dans une extension forcée, étaient agités de secousses convulsives. » Avec cela, écoulement involontaire des urines et des matières fécales; vomissements également involontaires; respiration stertoreuse, irrégulière; pouls plein, 110 à 120 pulsations; perte de connaissance complète; sensibilité presque entièrement éteinte.

Une première saignée de 400 grammes, immédiatement pratiquée, ne paraît amener aucune amélioration, et chaque attaque est suivie d'un état comateux profond. Au bout de trois heures et demie, nouvelle saignée de 400 grammes et vingt sangsues aux apophyses mastoïdes; les accès ne font qu'augmenter d'intensité. Huit heures après, saignée de 500 grammes. Celle-ci fut suivie d'un accès beaucoup plus long et plus terrible que les autres, qui ne dura pas moins de vingt minutes, mais qui devait être le dernier. Le coma fut moins profond, et à partir de cet instant, le mieux ne cessa de progresser. Au bout de deux jours de somnolence presque continuelle, la femme accoucha d'un fœtus mort, et entra bientôt franchement en convalescence. — (*Gazette des hôpitaux*, 17 août 1858.)

The Lancet. — Mars 1858.

OREILLES INSÉRÉES SUR LE COU. — Ce singulier vice congénial de conformation est assez rare, et offre par cela même un grand intérêt. Le 23 février 1858, on présenta à l'amphithéâtre du *Guy's Hospital* une petite fille qui avait de chaque côté du cou un appendice remarquable, placé au niveau de l'os hyoïde et qui semblait être en rapport avec les cornes de cet os. Ces deux organes avaient une grande ressemblance avec les lobules des oreilles, surtout à leur hase, où l'on sentait sous la peau du tissu cartilagineux. Le docteur Birkett, qui les disséqua avec le plus grand soin trouva, en effet, que c'étaient deux petites oreilles rudimentaires. Le cartilage qui forme la conque présentait la forme enroulée et son épaisseur normale; c'était évidemment les rudiments de deux oreilles qui avaient poussé sur le cou, en outre des oreilles complétement développées qui se trouvaient à leur place naturelle. Les lobules de ces oreilles supplémentaires avaient les dimensions normales de ces organes chez un enfant de cet âge; ils s'étaient certainement développés depuis la naissance; on y trouva également un hélix, mais incomplèt; enfin elles n'avaient aucun rapport avec l'os hyoïde.

Quant à l'explication de ce phénomène hizarre, M. Birkett pense que la production de ces appendices est due au dépôt qui s'est fait, pendant le temps de la vie intrà-utérine, de quelques-unes des cellules spéciales de chaque oreille sur les parties latérales du cou, où elles se sont développées pour ainsi dire comme des graines que l'on aurait plantées en ces points. Peut-être y a-t-il des cellules spéciales destinées au développement de chaque organe en particulier, et le dépôt anormal de ces cellules dans un point du corps autre que celui où ces organes doivent se trouver dans l'ordre naturel pourrait-il expliquer cette bizarrerie de la nature? — L'auteur ajoute que cette hypothèse trouvera un grand nombre de physiologistes incrédules au sujet de cette explication : nous partageons entièrement son avis. — D.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 110. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 16 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, *n°* 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. le docteur de Pietra Santa s'engage avec ardeur dans la voie féconde de l'étude de l'hygiène dans les diverses professions, voie parcourue déjà avec tant de succès par Parent-Duchâtelet, MM. Chevallier, Mélier, Tardieu et tant d'autres. Après avoir fait connaître les résultats de ses recherches sur l'influence du cuivre chez les ouvriers qui travaillent ce métal, résultat complétement négatif et qui vient confirmer l'opinion de Rademacher sur la parfaite innocuité du cuivre pur, M. de Pietra Santa a communiqué hier à l'Académie ses observations sur l'affection propre aux ouvriers qui travaillent le papier peint en vert au moyen d'une préparation arsénicale, connue sous le nom de vert de Schweinfurt. Ici, quoique généralement sans gravité, les accidents sont réels et se caractérisent par diverses altérations de la peau, qui paraissent n'avoir d'ailleurs aucun retentissement sur l'organisme, et auxquels il est facile de remédier et qu'il est même aisé de prévenir.

A M. de Pietra Santa a succédé M. Bouchut, qui a lu une note sur un nouveau traitement du croup par le tubage du larynx. Nous publions un extrait étendu de ce travail, sur lequel nous désirons nous abstenir de donner aujourd'hui notre opinion. Peut-être — et c'est la seule observation que nous ferons en ce moment — notre honorable confrère s'est-il trop hâté de faire cette communication. Deux cas seulement pour appuyer une nouvelle méthode, c'est bien peu; et lorsqu'on voit que cette nouvelle méthode dans un cas n'a pu prévenir une terminaison fatale, et que, dans l'autre, elle n'a pu empêcher de recourir à la trachéotomie, on ne se trouve pas très encouragé à employer ce nouveau traitement. Espérons que l'observation clinique ultérieure donnera de meilleurs résultats.

M. Houël a présenté un fœtus monstrueux du genre Syrène, et M. Junod de nouveaux appareils hémospasiques auxquels il paraît avoir fait d'heureuses modifications.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU CROUP PAR LE TUBAGE DU LARYNX;

Extrait du Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 14 septembre 1858,

Par M. le docteur BOUCHUT, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

Il est rare qu'une bonne idée reste entièrement stérile et qu'elle n'en fasse pas surgir d'autres nécessaires, soit pour en étendre les applications, soit pour compléter ce qu'elle renferme d'utile; c'est ainsi que les inventions succèdent aux inventions et que de petits perfectionnements constituent un réel progrès. Le tube laryngien de Chaussier a été remplacé par le tube de M. Depaul ou par la sonde de M. Loiseau, et l'on a vu l'anneau imaginé par ce confrère prendre la place de celui de Diffenbach. Aujourd'hui, après toutes les tentatives faites pour arriver à la guérison du croup par le cathétérisme laryngien ou par la trachéotomie, je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie une méthode nouvelle. Le tubage de la glotte accompli par la bouche, sans péril ni effusion de sang, est destiné à remplir la même indication contre les mêmes dangers.

Je ne me permettrai pas de juger cette méthode ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique; au début des innovations thérapeutiques, il faut laisser la parole aux faits observés et racontés heure par heure, puis attendre qu'on en ait un grand nombre avant de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable. Pour l'instant, je n'apporte à l'Académie que la réalisation sur le vivant d'une idée que je crois juste et susceptible de rendre service à la pratique médicale. Il s'agit de la dilatation du larynx par des viroles à demeure mises dans la glotte au moment de l'asphyxie du croup, et de façon à éviter la trachéotomie, cette opération difficile et dangereuse dont la mortalité varie de 80 à 90 p. 100.

Deux fois déjà, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en présence de mon collègue M. Empis, de MM. Créquy, Paris, Mangin, Baumetz et Nivert, interne de l'hôpital, j'ai opéré le tubage de la glotte dans des cas de croup bien caractérisés par des fausses membranes, et je vais raconter ces observations dans tous leurs détails. Chacun pourra ainsi les juger en parfaite connaissance de cause, et, si les faits se multiplient, on saura bientôt à quoi s'en tenir sur l'importance de cette pratique.

Avant de lire mes observations, l'Académie me permettra, je l'espère, de lui exposer en quelques mots la forme des instruments qui m'ont servi, ainsi que les données anatomiques et les expériences sur lesquelles repose mon manuel opératoire.

Les instruments sont : 1° des sondes d'hommes courbes, de diverses grosseurs ouvertes aux deux bouts et nécessaires à pénétrer dans le larynx pour servir de guide à des viroles de forme toute particulière; 2° des viroles d'argent cylindriques droites, longues de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, garnies à leur extrémité supérieure de deux bourrelets placés à 6 millimètres de distance et percées d'un trou pour le passage d'une amarre en soie, destinée à les retenir du dehors; 3° un anneau protecteur de l'index ou un dilatateur particulier des arcades dentaires (1). Une fois muni de ces instrument, j'ai voulu, avant toute application sur le vivant, les essayer sur le cadavre pour me convaincre de la facilité de leur usage. Mes collègues et les élèves de l'hôpital ont pu, en portant le doigt sur l'épiglotte, introduire une virole dans le larynx et voir qu'elle avait quelque peine à sortir lorsqu'elle était convenablement placée. Nous nous sommes assurés : 1° que la virole disparaissait en entier dans le larynx ; 2° que le bord supérieur était au-dessous de la corde vocale supérieure dans les ventricules du larynx et que le jeu de l'épiglotte et des cartilages arythénoïdes n'était pas empêché; 3° que la corde vocale inférieure prenait place entre les deux bourrelets de la canule, par conséquent, était au-dessus du bourrelet inférieur correspondant à la face interne du cartilage cricoïde.

Cela étant fait, nous convînmes, M. Empis et moi, de saisir la première occasion qui se présenterait d'appliquer sur le vivant le

(1) Les instrumonts ont été fabriqués par M. L. Mathieu.

Feuilleton.

MORT EXTRAORDINAIRE D'UN MINEUR.

(Si le récit suivant, que le *Moniteur* a publié dans ses colonnes et auquel nous l'empruntons, n'est pas une de ces excentricités familières à une partie de la presse américaine, et contre lesquelles il est prudent de se tenir en garde, il peut être considéré comme l'exposé d'un des faits les plus extraordinaires que la science médicale ait eu l'occasion d'observer.)

Nous trouvons dans un journal de San Francisco les curieux détails qu'on va lire sur la mort extraordinaire d'un mineur, racontés par un témoin oculaire :

« Fort Langley, sur la rivière Frazer, 19 juin 1858.

» Les circonstances qui ont accompagné la mort d'un de mes camarades sont si remarquables, que je me hâte de les faire connaître, non seulement comme un utile avertissement pour d'autres, mais comme présentant aussi des faits du plus haut intérêt scientifique.

» Le décédé était un de mes compatriotes, Prussien d'origine, appelé Ernest Fluterspiegel. Il m'accompagnait dans mon expédition projetée de San Francisco pour les mines de la rivière Frazer.

» En arrivant au fort Langley, sur les informations que me donnèrent les employés de la Compagnie de la baie d'Hudson, je me décidai, à cause de la hauteur des eaux de la rivière, à quitter la route généralement suivie le long de son cours, et j'essayai, en passant par le grand lac Harrisson, et de là par la rivière Laloout, de gagner les régions aurifères.

» En remontant le long du lac, un orage nous força à camper près d'un petit ruisseau descendant des montagnes, et, comme il était encore de bonne heure, quelques-uns des nôtres suivirent le lit du torrent pour voir s'il s'y trouvait de l'or.

» Notre camarade Ernest, et un nommé Wilhelm Fiedler, avaient remonté à quelque distance, et, ne trouvant pas d'or, s'amusaient à briser, pour en examiner l'intérieur, quelques géodes qu'ils rencontraient en abondance. Nos lecteurs ont probablement eu occasion d'en voir de semblables sur les bords du lac Supérieur. Toutefois, pour mettre au courant les personnes qui sont en dehors de la science, je dirai que ce sont des masses arrondies de quartz, contenant des cavités bordées de cristaux, et dont la dimension varie depuis quelques pouces jusqu'à deux pieds de diamètre. Ces géodes, comme c'est souvent le cas dans les cristaux ordinaires, contiennent parfois un fluide transparent connu des minéralogistes sous le nom d'*eau de cristallisation;* c'est un liquide saturé de la substance dont sont formés les cristaux, lesquels ne sont, en effet, qu'une aggrégation qui affecte, par des lois régulières, les formes variées des solides géométriques. La quantité de ce liquide est généralement si petite, qu'elle n'a jamais attiré l'attention autrement que comme une curiosité. Il paraît, cependant, qu'en cette occasion Ernest, en frappant une de ces géodes, en détacha un morceau qui forma une coupe, laquelle, au dire de son compagnon, contenait une demi-pinte d'eau.

» Notre malheureux ami, après une plaisanterie sur la beauté de cette coupe de cristal, la prit et en avala le contenu d'un trait. Les effets ne s'en firent pas immédiatement sentir. Il revint au camp avec son compagnon; mais, avant d'être rendu, il se plaignit d'une forte douleur et d'un poids dans les régions de l'épigastre et du poumon gauche.

» En arrivant, soutenu par son camarade, il avait déjà perdu la parole. La marche l'avait beaucoup échauffé, et il avait transpiré abondamment, mais la chaleur naturelle de la peau avait disparu, et des gouttes de sueur froide couvraient sa figure.

» Très inquiet, mais ne pouvant me douter de la cause de sa maladie, je le fis mettre au lit; nous lui appliquâmes des sinapismes aux pieds et le frictionnâmes vigoureusement; toute tentative pour lui faire avaler un peu d'eau-de-vie fut sans résultat; son pouls s'affaiblissait sensiblement, son cœur battait violemment d'une manière très irrégulière et il expira dans l'espace d'environ quinze minutes.

» En questionnant le compagnon d'Ernest sur les causes qui pouvaient avoir amené cette attaque, j'appris qu'il avait bu de l'eau de cristallisation, et j'en conclus qu'il avait avalé quelque poison minéral, bien que je n'en connusse aucun qui eût pu agir avec autant de promptitude et produire des symptômes aussi singuliers. En déplaçant le corps et en essayant de disposer convenablement les membres, nous observâmes une rigidité inaccoutumée. Chez les hommes vigoureux, il est extrêmement rare que cette rigidité du cadavre suive aussi immédiatement une prompte mort (voir *von Biora Ueber die Knocken und zahne*); mais, dans la circonstance actuelle, la rigidité commença de suite, augmenta de minute en minute, et, dans deux heures et demie, le corps entier devint aussi roide, aussi inflexible qu'une pièce de bois. Cependant, les musles étaient encore capables de recevoir l'impression des doigts, mais on sentait sous la pression des doigts une espèce de craquement ou crépitation, comme si les petits vaisseaux capillaires étaient en état de congélation ou d'ossification.

» Le cas m'ayant paru très extraordinaire, je résolus de procéder à l'autopsie du cadavre, et, à cet effet, nous demeurâmes au camp le jour suivant.

» Supposant qu'une substance vénéneuse quelconque, contenue dans l'eau de la géole qu'il avait bue, avait causé la mort, je commençai l'examen par l'estomac et le duodénum. En faisant une incision du point correspondant au cartilage xiphoïde jusqu'au nombril, et en pénétrant le derme et les muscles abdominaux, le couteau fit entendre une sorte de craquement, et, en me servant d'une lentille de moyenne puissance, je reconnus que les petits vaisseaux sanguins étaient durcis et ossifiés. J'enlevai alors de l'abdomen l'estomac et le duodédum, et après les avoir ouverts avec l'entérotome, je trouvai plusieurs masses durcies, de la dimension d'une noisette, ayant l'apparence de pierres de fiel, et évidemment composées de matières bilieuses, aussi dures que le quartz le plus dur. Il existait également des restes d'aliments composés de viande et de morceaux de pomme de terre non digérés, le tout dans le même état de solidification. Cette solidification de tous les contenus de l'estomac, des aliments et de la bile, leur véritable pétrification, en un mot, me frappa d'un étonnement d'autant plus grand, que les parois de l'estomac paraissaient être dans leur état normal.

» Je fis ensuite une ouverture, avec le costotome, dans la cavité du thorax, et, en relevant sur la face la partie détachée du sternum, je découvris le cœur à sa place. Il avait conservé sa couleur naturelle, mais il était aussi dur et ressemblait beaucoup à un morceau de jaspe rouge, montrant çà et là ces couleurs variées qui font la beauté de ce minéral. Je le séparai, au moyen d'une petite hachette, d'avec l'aorte, l'artère pulmonaire et la veine cave, et ne pus le briser qu'avec peine. Le ventricule et l'oreillette droite contenaient dans leur centre une masse solide, d'une couleur pourpre foncé, qui était évidemment du sang veineux pétrifié, tandis que les cavités gauches rivalisaient de couleur, dans leur centre, avec les plus riches escarboucles.

» Les principaux vaisseaux sanguins étaient tous aussi raides que des tuyaux de pipe, et, dans quelques endroits, le sang pétrifié pouvait en être extrait en morceaux affectant les formes des valvules entre lesquelles il était contenu.

» En ouvrant la cavité de la plèvre, les poumons ne parurent pas affaissés; leur contractilité naturelle, due à l'élasticité du tissu fibreux dont ils se composent, se trouvait maintenue par la rigidité des capillaires, qui les tenait fermes et développés.

» Le cerveau ne présenta rien d'extraordinaire, excepté la pétrification des vaisseaux sanguins.

tubage de la glotte. Elle ne se fit pas attendre. En ce moment d'effroyable épidémie d'angine couenneuse et de croup qui règne à Paris et qui a envoyé, durant le mois d'août, à l'hôpital Sainte-Eugénie, 15 cas de croup tous suivis de mort, les faits se multiplient plus qu'on ne désire. Le lendemain de nos expériences sur le cadavre, une petite fille, atteinte de diphthérie et de croup à la période d'asphyxie, étant arrivée à l'hôpital, je lui tubai le larynx par la bouche avec les instruments que vous venez de voir, pensant bien que si l'asphyxie continuait il serait toujours temps d'ouvrir un passage à l'air par la trachéotomie. La canule est restée en place dans la glotte durant trente-six heures sans amener de suffocation ni gêner les fonctions de l'épiglotte, et les phénomènes d'asphyxie, tels que la cyanose, la suffocation, et l'anesthésie, ont cessé pour faire place à une respiration plus facile, à une sensibilité normale et à une teinte rosée naturelle de la peau.

Le larynx a pu être ainsi désobstrué de ses fausses membranes; malheureusement, la diphthérie existait aussi dans le nez, aux oreilles et sur la surface d'un vésicatoire du bras jadis placé pour un catarrhe bronchique habituel de l'enfant. L'empoisonnement diphthéritique augmenta rapidement, ce qui, joint à une pneumonie lobaire droite developpée pendant la nuit qui suivit le tubage de la glotte, occasionna la mort. Le croup était guéri et l'application de la canule avait produit ce qu'on pouvait attendre d'un instrument de cette nature : il avait empêché l'asphyxie et avait évité une opération grave, la trachéotomie, que la marche des accidents aurait rendue inutile.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de 3 ans et 1/2 affecté d'angine couenneuse et de croup avec commencement d'asphyxie. La respiration était râpeuse, sifflante, sèche; la toux faible et rauque; la voix complétement éteinte, le visage animé, rouge, congestionné; la sensibilité encore assez prononcée, l'agitation très grande, mais sans accès de suffocation.

Je lui tubai le larynx et mis très aisément la virole dans la glotte à la seconde tentative en moins de deux à trois minutes.

Il n'y eut pas d'accès de suffocation et l'enfant put parler d'une voix plus forte qu'avant le tubage; il put boire sans que les liquides tombassent dans les voies aériennes. Des fausses membranes tubulées d'un large diamètre, et provenant de la trachée et des bronches, purent sortir à travers le tube mis dans la glotte, sans que les efforts de toux eussent déplacé l'instrument, qui est resté quarante heures en place, sans s'obstruer et avoir été changé une fois au moment de la visite.

Au bout de ce temps, des accès de suffocation et d'asphyxie, retardés de deux jours par l'application de la canule glottique, parurent. J'étais absent, mais MM. Créquy, Mangin, Beaumetz et Nivert, internes de l'hôpital, réunis, pensèrent, comme je l'avais déclaré le matin, d'après les signes fournis par l'auscultation, qu'il y avait des fausses membranes dans les bronches, et, conséquemment, un obstacle considérable au-dessous de la glotte. Ils regardèrent la mort comme imminente, bien qu'il n'y ait pas encore d'anesthésie, et la trachéotomie fut faite. Par cette ouverture, sortit une petite fausse membrane bronchique, plus petite que celles qui avaient été expulsées spontanément par la virole glottique et mes jeunes confrères purent constater que ma canule, non obstruée, était à sa place dans la glotte, maintenue sur la corde vocale inférieure.

Voici maintenant l'histoire d'un de ces deux faits racontée dans ses détails, heure par heure, de manière à montrer la succession des phénomènes morbides et les effets du *tubage de la glotte* appliqué au traitement du croup. Comme j'ai eu l'honneur de le dire au début de cette lecture, je ne les juge pas, mais je les raconte et je pense que peut-être, frappés de ce qu'il y a de simple et de facile dans ce nouveau procédé opératoire, vous en écouterez les minutieux détails avec bienveillance et intérêt.

Observation. — Salle Sainte-Mathilde, n° 26, une fille de 5 ans 1/2, Marie Génot, est entrée à l'hôpital Saint-Eugénie le 6 septembre.

Cette enfant est malade depuis le 25 août d'un rhume assez fort, et dès le lendemain, l'invasion de la toux, un peu rauque, a attiré l'attention de la mère. Cet état a duré jusqu'au 3 septembre. Alors la toux a pris le caractère croupal; des accès de suffocation se sont produits, et depuis lors, la voix est étouffée, presque éteinte. L'enfant a continué à boire et à manger, n'a jamais eu beaucoup de fièvre.

Mardi 7 septembre. L'enfant est couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, le visage rouge, violacé, couvert de sueur, et la *peau insensible* à la piqûre. Le pouls est petit, fréquent, marque 128. La respiration est pénible, sifflante, accompagnée de sifflement laryngo-trachéal sec, très fort. La toux est rauque, sèche, métallique, et la voix éteinte.

Mon collègue, M. Empis, m'engage à essayer mon appareil pour la dilatation de la glotte; et à onze heures du matin, en présence de MM. Créquy, Paris, Mangin, Dujardin-Beaumetz, Nivert, internes de l'hôpital, je procédai à l'opération.

Du premier coup, je mis la canule en place; puis je la retirai pour permettre à M. Créquy d'essayer comme moi. Ce médecin la mit sans peine. Je la retirai encore, et la replaçai une troisième et dernière fois, très rapidement et sans difficulté.

L'enfant parut un peu soulagée. L'asphyxie imminente et caractérisée par la cyanose du visage et l'insensibilité la plus complète des téguments cessa, et l'enfant devint sensible à la douleur, en même temps que la teinte violacée des téguments disparaissait un peu. Elle respirait plus facilement.

Ma canule ne gênait pas les fonctions de l'épiglotte, et l'enfant put avaler sa salive et boire sans avaler de travers, c'est-à-dire sans que les liquides pussent tomber dans la trachée. L'enfant pouvait parler à voix basse, et elle nous dit être beaucoup mieux.

Pendant deux heures, il n'y eut pas de changement. La respiration resta difficile et le visage rouge, animé.

Le pouls marquait 136, et la respiration 40 par minute. La canule occasionnait un sentiment de gêne évident, et l'enfant demandait qu'on la lui ôtât. Elle fit plusieurs gestes pour l'arracher en saisissant le fil de soie, et il est probable qu'elle l'eût arrachée, si l'on n'eût pas à cet égard exercé la plus grande surveillance.

A trois heures, l'enfant était très bien; *son teint était entièrement naturel*, rosé, sans rougeur des joues. Sa respiration et son pouls seuls étaient précipités. Elle ne faisait plus aucun mouvement pour retirer la canule.

A cinq heures, l'enfant est de nouveau agitée, le visage est très rouge, sans cyanose; elle tousse avec peine et crache difficilement; elle expectore des mucosités quand on le lui dit, mais elle fait difficilement sortir ce qui engoue la canule, et elle ne rejette pas de fausses membranes. La respiration est pénible, laborieuse, mais non bruyante et sans sifflement guttural.

Vers neuf heures du soir, la toux ayant débarrassé la canule, il y a de nouveau un moment de calme et de tranquillité caractérisés par une facilité plus grande de la respiration et une coloration naturelle de la peau du visage.

Mercredi 8 septembre. La nuit a été assez calme; l'enfant a toussé plusieurs fois sans rejeter de fausses membranes, et la respiration a été constamment haute et laborieuse. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation ni de mouvements pour arracher la canule qui est parfaitement tolérée par le larynx.

Vers deux heures, il y a encore un instant de coloration rouge du visage avec sueur, mais ce phénomène a disparu vers six heures avec quelques secousses de toux. L'enfant boit de l'eau rougie et du bouillon sans difficulté, et les fonctions de l'épiglotte s'accomplissent très régulièrement, car les liquides ne pénètrent pas dans le larynx.

A neuf beures, l'enfant est dans le même état, assez calme et le visage rose, naturel. Mes collègues, MM. Empis et Marjolin, m'engagent à laisser la canule.

A une beure, le visage se colore de nouveau et devient un peu violacé : la respiration est pénible, bruyante, accompagnée de râles bronchiques appréciables à distance, mais sans sifflement guttural. Ces bruits empêchent toute auscultation, mais on constate à la percussion une parfaite résonnance de la poitrine.

La respiration est à 44 et le pouls à 140. La peau est moite et très chaude.

A quatre heures, la dyspnée est un peu moins forte et la coloration du visage, un peu moins vive, est encore assez prononcée. La respiration est très bruyante et couverte par des râles bronchiques. Toux fréquente. Il est évident qu'il y a obstruction de la canule. L'enfant boit facilement, elle urine bien, mais elle n'a pas été à la selle.

A huit heures, la dyspnée est très forte et le visage cyanosé, couvert de sueur. Dans la crainte d'une nouvelle asphyxie, M. Créquy retire la canule pour se préparer à la trachéotomie. Il retarde cependant, parce qu'il lui semble que l'enfant respire un peu plus librement; et en effet, la nuit se passe jusqu'à deux heures du matin sans accidents.

Une potion avec 50 centigrammes de sulfate de cuivre, donnée dans le but de faire vomir et de débarrasser les bronches, ne produit qu'un effet purgatif.

Vers deux heures, la respiration s'embarrasse de nouveau et le visage devient bleuâtre, mais, après quelques secousses de toux, ces phénomènes disparaissent et laissent l'enfant en assez bon état jusqu'au matin. L'extraction de la canule a été des plus faciles. Il a suffi de tirer le fil de soie qui la retenait dans le larynx, et elle est aussitôt sortie des lèvres de la glotte, qui ne s'étaient pas gonflées sur elle, et n'avaient pas produit un enchatonnement qu'à *priori* je pouvais redouter.

Jeudi 9 septembre. A neuf heures, mon collègue, M. Empis, trouve la malade en assez bon état, et il me fait remarquer que la peau est bonne et le pouls retombé à 128, que la respiration est assez facile, quoique couverte par des râles trachéal et bronchique, et que principalement lorsque l'enfant tousse, sa toux n'a rien de *rauque*, de *strident*, de *guttural*, ni de *laryngé;* qu'elle est grasse, bronchique, et que, par conséquent, le larynx est débarrassé des fausses membranes.

Cela est vrai, le changement de la toux, qui n'est plus éteinte, qui n'a rien de rauque, et qui est devenue grasse et bronchique, est le phénomène le plus important que l'on puisse constater.

La respiration est assez bruyante pour empêcher toute auscultation, mais, là où on ne peut mettre l'oreille, il existe du râle muqueux très abondant. Elle est à quarante par minute.

La diarrhée produite par le sulfate de cuivre continue, mais sans vomissements. Eau rougie; bouillons.

A quatre heures, même état de respiration bruyante, trachéale et bronchique. On entend partout dans la poitrine des râles qui masquent le murmure vésiculaire.

Vendredi 10 septembre à 9 heures. L'enfant a mal dormi, et elle a beaucoup toussé, d'une toux grasse et sans expectoration. La respiration est fréquente (40) et se fait sans bruit extérieur. Le visage est calme, rosé, naturel, sans chaleur, et la peau a une température modérée. Le pouls à 136.

La résonnance sous-claviculaire est naturelle, et là le murmure vésiculaire s'entend pur et sans mélange de râles. En arrière, matité à droite et souffle bronchique sans râles. A gauche, bonne résonnance de la poitrine, où l'on entend un murmure vésiculaire normal.

Le larynx est évidemment libre, mais le poumon droit est le siége d'une hépatisation étendue.

L'enfant a un vésicatoire qui tend à se couvrir de fausses membranes, et il y a derrière chaque oreille des excoriations dues à un eczéma sur lesquelles apparaissent des taches grisâtres couenneuses.

Julep gommeux diacodé; tartre stibié, 0,30 centig.; bouillons.

A quatre beures, pas de vomissements, plusieurs garde-robes. La respiration est fréquente, un peu haute et se fait sans bruit; le souffle a beaucoup augmenté, et le visage exprime par son abattement une situation très grave. Peau chaude. Pouls à 144.

A neuf heures, la respiration s'embarrasse de plus en plus, sans faire

---

» Le contenu des intestins inférieurs n'était pas solidifié, comme on aurait pu s'y attendre; les tissus étaient remarquablement exempts de ces taches de sang qui, dans les cas ordinaires, s'infiltrent à travers les parois des vaisseaux après la mort.

» Avant de confier à la terre un corps qui présentait cette condition pathologique, sans pareille peut-être dans les annales de la médecine, je choisis quelques parties d'aliments et de bile pétrifiés, ainsi que des morceaux du cœur, des poumons et des vaisseaux sanguins, pour les examiner à loisir et les conserver comme spécimens. Nous enterrâmes le corps sur une petite île en face de notre camp, sur le bord occidental du lac, et nous élevâmes un monceau de pierres sur l'emplacement, afin de le reconnaître, et nous donnâmes à cette île le nom d'*Ernest*, en mémoire de notre ami décédé.

» Ne trouvant pas la route praticable ainsi que je l'avais espéré, je revins, il y a quelques jours, au fort Langley où j'avais laissé une grande partie de mes appareils de chimie et autres, et je procédai à l'examen des spécimens. Je soumis d'abord à l'analyse une partie du sang pétrifié. Le chalumeau ne produisit aucun effet et j'épuisai presque ma provision d'acide nitrique, sulfurique et hydrochlorique en cherchant à trouver un dissolvant qui pût agir.

» Après différents essais, et comme le sang pétrifié présentait quelque peu l'apparence d'une fracture vitreuse, je préparai une petite quantité d'acide fluorhydrique, par l'action de l'acide sulfurique sur un cristal de fluor spath, que j'avais emporté comme point de comparaison pour la dureté des minéraux, ce qui ne tarda pas à agir, à ma grande satisfaction. Les contenus de l'estomac et du cœur cédèrent aussi à ce réactif, et je fus convaincu alors de la présence de la silice dans les spécimens pathologiques soumis à l'analyse. J'employai, en conséquence, le moyen recommandé dans le n° 20, page 142 de *Constatt's Jahresbericht,* pour la séparation de la silice et de ses composés.

» Je triturai une partie de sang pétrifié avec quatre parties de carbonate de potassium, et fis fondre le tout dans un creuset de platine. Je traitai ce mélange avec de l'eau à une haute température jusqu'à former une solution, et, versant une petite quantité de celle-ci dans une éprouvette contenant quelques gouttes d'acide hydrocblorique, il se précipita une belle gélatine transparente que je reconnus à l'instant pour être de l'acide siliceux ou de la silice.

» Alors toute la question fut résolue dans mon esprit. Les spécimens pathologiques constataient la présence évidente de la silice, il n'y avait pas le moindre doute à cet égard. Mais la silice ne se montre jamais en grandes quantités dans le sang, bien que Stenneberg (*Annalen d. chimie*, n° 12, page 230) en ait obtenu en petite quantité de ce fluide, et que des traces en aient été trouvées par Van Laer et Bibra dans les os et les cheveux. Néanmoins, il n'est pas probable que la silice s'amasse dans un corps en assez grande quantité de manière à pouvoir être démontrée, et conséquemment l'excès doit avoir été fourni par une cause externe. J'en conclus donc que l'eau de la géode, bue par mon compagnon, contenait une immense quantité d'acide siliceux à l'état naissant et soluble, et que, lorsqu'il fut avalé, il entra dans une combinaison inaccoutumée avec les acides réunis de la bile agissant comme un alcali, et avec l'albumine des matières ingérées; qu'il avait été également absorbé par le sang (voir *Simon Chemische des Meuschen*) et qu'il trouva peut-être un silicate d'albumine dans ce fluide, agissant en cette circonstance comme un faible acide, et que le résultat avait été une conversion en silice, ou pétrification de ces substances pour lesquelles il avait le plus d'affinité.

» Mais pourquoi la silice de la géode acquerrait-elle des propriétés inconnues jusqu'ici et prendrait-elle ainsi de nouvelles facultés? J'ai essayé de me l'expliquer à moi-même de la manière suivante; mais j'aventure mon opinion avec défiance, la soumettant, humblement d'ailleurs, à la critique du monde savant.

» L'homme dont il est question, Ernest, était d'un tempérament extrêmement nerveux, très sensible aux influences du mesmérisme, et avait, de fait, été soumis par le baron Richenback à de nombreuses expériences. J'ai donc pensé qu'il serait possible que la silice, sous un excès de force nerveuse ou électrique, existant dans le système à l'état latent, eût la faculté de former de nouvelles combinaisons, de la même manière que l'oxygène (suivant les recherches de Faraday et de Schonbein), lorsqu'il est soumis à l'influence de l'électricité, prend une nouvelle nature, sous la forme d'ozone, et acquiert ainsi la faculté d'entrer dans des combinaisons auxquelles, dans sou état ordinaire, il reste étranger.

» Que cette théorie soit vraie ou fausse, les faits n'en sont pas moins étonnants, et révèlent des résultats importants.

» On peut voir, de ce qui précède, que les modifications subies par les différentes parties étaient indubitablement chimiques, et qu'une substance nouvelle s'est produite par l'union chimique d'autres, distinguant ainsi le cas actuel, d'abord de celui de l'injection au moyen de laquelle les conduits et cavités sont remplis d'un corps étranger, ensuite de ce qu'on appelle la pétrification ordinaire qui enlève la matière originale parcelle par parcelle, et la remplace par un corps différent, mais inaltéré. C'est à ce dernier phénomène que beaucoup de fossiles doivent leur forme et leur substance. Les sources pétrifiantes sont communes dans beaucoup de pays, et l'opération du remplacement est si rapide dans quelques-unes d'elles, que non seulement des substances qui résistent à la décomposition, telles que le bois par exemple, sont converties en pierre, mais que même la matière animale est parfois ainsi transformée; ici, il y a eu cependant à l'œuvre un agent bien différent.

» Quelques-uns des lecteurs de ce papier se rappelleront peut-être qu'il y a un peu plus de vingt ans, un chimiste italien découvrit un moyen de conserver les substances organiques ressemblant au cas actuel en résultat, si ce n'est en procédé. Il poussa son invention au point de pétrifier diverses parties du corps humain en leur conservant toujours la couleur et l'apparence du tissu. On voit encore, dans le musée d'anatomie de Florence, une pièce de marqueterie d'un poli achevé, composée de morceaux du foie, cœur, poumons et tissus musculaires d'un corps humain préparés de cette manière. Le secret de cet art, malheureusement pour la science, périt avec son auteur; mais l'analogie des deux cas est si grande, que je suis conduit à considérer celui qui m'occupe comme une *redécouverte*. Il serait curieux, en effet, qu'un accident survenu près ce cours d'eau lointain, remît au jour un procédé perdu sur les bords de l'Arno, et que la mort de cet honnête, mais obscur mineur prussien, Fluchterspiegel, fût le moyen de faire revivre une découverte si importante pour la chimie et l'anatomie. Ce serait, en vérité, un monument pour son nom qui consolerait ses amis de sa perte.

» Mais il est temps que je termine ce rapport. Mon intention est de transmettre à l'Académie des sciences naturelles de Philadelpbie les spécimens que j'ai conservés, afin qu'ils y soient analysés de manière à obtenir des résultats définitifs.

» Il ne me reste plus qu'à témoigner ici des obligations que j'ai envers les employés de la Compagnie de la baie d'Hudson, pour leur assistance et les facilités qu'ils m'ont données.

» Je suis, etc.

FIENRICH LICHTENBERGER.
» M. D. Ph. D. »

Traité pratique de pathologie générale, par J.-M. BEYRAN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société orientale de France, de la Société de chirurgie de Paris, de la Société de médecine et d'histoire naturelle de Dresde, medecin de l'Ambassade ottomane, à Paris, etc.

Chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1858, Ire partie, 1 volume in-8°. — Prix : 4 fr.

Leçons sur le chancre, professées par le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Academie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi, suivies de Notes et Pièces justificatives, etc. Un vol. in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, et aux bureaux de l'*Union Médicale*.

Considérations sur le siége, la nature et le traitement du **Diabète.** Lecture faite dans les séances du 5 juin et du 3 juillet 1857, à la Société de médecine du département de la Seine, par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE, l'un de ses membres. — Victor Masson, libraire.

de bruit appréciable à distance. Elle est haute, très laborieuse, et la face est rouge, animée, couverte d'une sueur visqueuse. Les pupilles sont contractées, comme cela s'observe dans l'agonie.

Autopsie le 12 septembre. — Les oreilles, les narines, la surface excoriée du bras sont couvertes de fausses membranes en partie desséchées. Le pharynx est encore couvert de plaques diphthéritiques, ainsi que la face postérieure des cartilages arythénoïdes. Le larynx et la trachée ne renferment plus de fausses membranes. Leur muqueuse est épaissie, rugueuse, granulée, pâle dans la trachée, rouge au contraire au niveau des cordes vocales supérieures et inférieures et à la face interne du cricoïde. Cette membrane n'est pas ramollie et n'offre point d'ulcération.

Les cordes vocales sont entières, un peu épaissies en raison du gonflement de la muqueuse, et les ventricules du larynx paraissent moins profondes que d'habitude. Toutes ces parties sont dépourvues d'exsudation couenneuse.

Les bronches offrent une coloration rouge livide intense, et la muqueuse granulée, non ramollie, est couverte d'une exsudation purulente épaisse.

Le poumon droit adhère mollement à la plèvre costale; il est lourd, induré et occupé dans presque toute la hauteur par une hépatisation bien caractérisée. La lésion occupe toute la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur, tout le lobe moyen et la plus grande partie du lobe inférieur.

A la loupe, on voit les vésicules du poumon remplies d'air dans les parties souples et crépitantes; et là où le tissu est dur et résistant, on ne voit qu'une masse de chair sans vésicules apparentes. J'insufflai le poumon devant mon collègue M. Empis et MM. Créquy et Mangin nos internes, et l'air ayant pénétré dans le tissu hépatisé, nous vîmes à la loupe des vésicules remplies d'air là où il n'y a qu'un instant il n'y avait pas une bulle d'air.

Après avoir coupé le poumon, nous vîmes le parenchyme rouge, hématosé, un peu crépitant, conservant la friabilité sous le doigt et les granulations caractéristiques de l'hépatisation. On le cassait sous le doigt comme on brise le tissu de la rate; cependant mis dans l'eau, le tissu flotte et surnage; tandis qu'un peu plus loin, des parties hépatisées, mais non insufflées, restaient noirâtres et tombaient au fond de l'eau. C'est là un de ces cas qui prouve, comme je l'ai autrefois établi, que l'on peut insuffler le tissu hépatisé des poumons.

Çà et là existent des granulations tuberculeuses, demi-transparentes, de rares tubercules à l'état jaune de crudité et de nombreux tubercules dans les ganglions bronchiques. Le poumon gauche est souple et partout crépitant; il renferme cependant quelques granulations demi-transparentes.

Le cœur, le foie et les autres organes du ventre n'offrent rien de particulier.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Cette observation et cette autopsie établissent :

1º La diphthérite cutanée et l'empoisonnement diphthéritique.

2º La désobstruction du larynx des fausses membranes qui l'avaient temporairement obstrué en occasionnant l'asphyxie et nous avaient forcé à tuber la glotte.

3º L'innocuité de l'opération et du séjour d'une canule à demeure dans la glotte pendant trente-six heures.

4º L'existence de la pneumonie constatée pendant la vie et qui a été la cause déterminante de la mort.

5º La disposition tuberculeuse du sujet, qui a donné à sa maladie une gravité toute particulière.

Tels sont les faits que, sur les instances de votre Secrétaire perpétuel, j'ai cru devoir porter à la connaissance de l'Académie. Puissent-ils établir devant elle :

1º La facilité qu'on a de pratiquer le *tubage de la glotte* au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte.

2º La tolérance de cette virole par le larynx.

3º La possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, de préférence à la trachéotomie.

4º La facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses formées dans la trachée et dans les bronches de sortir par ce tube intra-glottique.

5º L'utilité de cette ressource nouvelle pour les médecins qui, dans de petites localités, sans aides et loin de tout secours, pourront employer ce moyen de préférence à tout autre.

OPHTHALMOLOGIE.

NYSTAGMUS DOUBLE, AVEC STRABISME CONVERGENT DE L'ŒIL DROIT ET ÉPICANTHUS INTERNE DOUBLE CHEZ DEUX ENFANTS ALBINOS (FRÈRE ET SOEUR);

Note lue à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 septembre 1858,

Par le docteur DOUMIC.

Les deux petits malades que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société présentent un ensemble de phénomènes pathologiques curieux à étudier.

Adolphe Forey, âgé de 7 ans, né à Milly (Seine-et-Oise); c'est le type de l'albinos, cheveux et cils complétement décolorés, iris d'un gris bleuâtre très clair, pupilles rouges; cette teinte s'aperçoit même sur certains points à travers le tissu de l'iris, où le pigment uvéen manque complétement, tandis qu'il existe sur d'autres points.

Sa sœur, âgée de 3 ans, est également albinos et présente les mêmes phénomènes que lui du côté des yeux; nous y reviendrons tout à l'heure. Ces deux enfants albinos sont nés d'un père et d'une mère parfaitement constitués, aux cheveux châtain-foncé, aux iris très bruns.

Le petit Adolphe, quoique d'un développement moyen, est néanmoins fort et vigoureux. La tête est volumineuse, mais régulièrement conformée, et jamais l'enfant n'a eu de maladies de l'encéphale; l'innervation s'accomplit d'une manière parfaite, l'intelligence est très développée, les sens sont normaux; les yeux seuls présentent des anomalies singulières que nous allons examiner.

Les deux globes oculaires sont constamment animés de mouvements suivant le diamètre horizontal; ces mouvements, toutefois, ne sont pas très rapides à l'état ordinaire, mais ils s'accélèrent beaucoup à la moindre impression morale. Ce ne sont pas seulement les muscles droits externe et interne qui sont le siége de ces contractions cloniques, de temps à autre les muscles obliques agissent à leur tour.

A ce nystagmus double, il faut joindre un strabisme convergent de l'œil droit : ce strabisme est dû évidemment au non-usage auquel cet œil est condamné depuis longtemps, l'enfant ayant pris l'habitude de ne se servir que de l'œil gauche, et en se rapprochant beaucoup des objets qu'il veut voir. Il est facile de s'en assurer en examinant la portée de la vision de chaque œil isolément : l'œil gauche peut lire à une distance assez considérable un caractère d'impression moyen; pour le droit, au contraire, il faut rapprocher considérablement le livre; néanmoins, la vision de cet œil est encore assez bonne.

En outre, il y a chez lui un commencement d'épicanthus des deux côtés.

Enfin, ce petit malade porte une déformation de la paroi antérieure droite du thorax qui est bombée en avant; cette affection est due à un certain degré de rachitisme.

La sœur, Joséphine, âgée de 3 ans, présente les mêmes anomalies que son frère, albinisme, nystagmus et strabisme convergent de l'œil droit, mais à un moindre degré.

Comme on le voit, l'association de ces phénomènes est fort curieuse, surtout à cause de sa rareté.

Le nystagmus est souvent lié, dit-on, à l'albinisme; les deux faits que je signale sembleraient confirmer cette assertion; le strabisme se rencontre fréquemment avec le nystagmus, je l'admets encore; mais ce qui fait l'intérêt de cette présentation, c'est l'ensemble de ces phénomènes réunis chez le même sujet, et auxquels il faut ajouter un double épicanthus. Toutes ces anomalies, bien que congéniales, ne sont cependant pas héréditaires chez les deux enfants Forey, le père et la mère sont parfaitement portants, et n'offrent aucun des vices de conformation que présentent leurs enfants; ils sont de plus bruns tous les deux, et cependant ils ont des enfants albinos.

A ces seuls titres, ces deux petits malades sont déjà fort intéressants; mais le point sur lequel je veux surtout appeler l'attention de la Société, c'est l'état de la vision chez ces enfants comparativement à celle d'autres individus atteints de nystagmus, sans complication d'albinisme ni de strabisme. La Société comprend que je veux parler du malade présenté par M. H. Larrey dans le mois de mai 1855. Je me rappelle d'autant mieux l'histoire de ce malade, que j'étais chef de clinique de M. Sichel lorsque M. Boulongne, aide-major du 1er carabiniers, vint soumettre son malade à l'examen de mon savant maître. Bonnemet, d'une taille de près de six pieds, portait un nystagmus double, dans lequel les mouvements étaient très rapides et atteignaient le nombre de 180 par minute; l'œil était saillant, la pupille dilatée, la vision presque nulle. Enfin, le malade ne parvenait à distinguer aisément les objets fixes qu'à la condition de les placer à sa gauche.

Au contraire, chez le petit Forey, les oscillations ne sont pas aussi fréquentes, on en compte à peine 50 à 60 par minute; l'œil droit, dévié en dedans, est animé des mêmes mouvements; ces oscillations d'un œil strabique sont assez remarquables. Notre petit malade a les yeux médiocrement saillants; la pupille, à l'état normal, n'est pas dilatée; elle se contracte rapidement sous l'influence de la lumière. La vision de l'œil gauche est bonne à une distance ordinaire; l'œil droit est un peu plus faible, mais voit encore assez bien; et si l'on cache l'œil gauche momentanément, le strabisme disparaît aussitôt. Le strabisme me semble donc devoir être attribué chez lui, ainsi que la légère diminution de la vision de l'œil droit, à la mauvaise habitude qu'a contractée l'enfant de se servir exclusivement de son œil gauche, et surtout de se rapprocher beaucoup des objets qu'il regarde, tandis que sa vue est suffisante pour qu'il se tienne à une distance plus considérable.

Vous savez, en effet, Messieurs, que l'on observe fréquemment cette amblyopie acquise d'un seul œil, et quelquefois la déviation consécutive de cet œil chez des individus qui, travaillant assidûment sur de petits objets, ont la malheureuse habitude de s'approcher considérablement de leur travail : les brodeuses, les piqueuses, les couturières, les teneurs de livres, etc., présentent souvent cette affection; aussi pensé-je que c'est principalement à cette cause que l'on doit rapporter l'infériorité de la vision de l'œil droit chez notre petit malade.

L'ophthalmoscope a confirmé notre opinion; dans l'œil droit comme dans le gauche, les vaisseaux de la rétine ont leur développement normal, aucun état pathologique ne peut être découvert ni dans l'un ni dans l'autre. M. Follin, qui a eu la bonté d'examiner le malade avec moi, est arrivé à des résultats identiques. Il y a loin de là à un arrêt de développement des vaisseaux de la rétine et à une saillie prononcée de la papille optique, signalés par M. Desmarres.

Le nystagmus congénial n'est donc pas nécessairement l'indice d'un état voisin de la cécité. J'insiste sur ce point, parce qu'il est généralement admis que le nystagmus s'observe principalement chez les aveugles de naissance ou chez les enfants atteints de cataractes congéniales, ou enfin chez les individus dont la vue est très notablement affaiblie.

Vient maintenant la question de traitement.

Que faut-il faire chez ces deux enfants atteints de nystagmus? Faudra-t-il diviser les muscles? Pas le moins du monde, on aggraverait l'état des malades en donnant naissance à un exophthalmos. Faut-il pratiquer la section du muscle droit interne pour remédier au strabisme de l'œil droit? Pas davantage; non seulement cette opération est inutile, mais elle est encore dangereuse, le strabisme pouvant se produire en sens inverse sans que la vision y gagne aucunement. On obtiendra, je crois, un résultat bien plus satisfaisant, en exerçant fréquemment l'œil droit seul sur des objets gros et éloignés; c'est le seul moyen de rendre un peu de force à la vision de cet œil, et quand il aura une portée égale à celle de son congénère, il reviendra insensiblement au parallélisme.

Je crois qu'on se trouvera également bien d'empêcher les petits malades de trop s'approcher des objets qu'ils veulent regarder, et que leur vision des deux yeux pourra gagner notablement par l'exercice fréquent sur des objets éloignés.

Enfin je conseille de tonifier la constitution générale par les ferrugineux, le quinquina, l'huile de foie de morue, etc., certain d'avance que la vision n'aura qu'à gagner à l'amélioration de l'état général; la gymnastique, les bains sulfureux, les lotions froides, seront aussi d'un bon emploi.

Quant à l'épicanthus, il est peu marqué et ne gêne en rien la vision; il ne faut donc pas y toucher.

Tels sont, Messieurs, les moyens que je propose; et c'est sur ce point, le traitement, que je viens demander l'avis de la Société.

CHIRURGIE.

RÉSECTION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; GUÉRISON;

Par le docteur C. PRICE.

La résection des surfaces articulaires dans les maladies graves des grandes articulations, remise en honneur dans ces dernières années par les chirurgiens anglais, compte déjà un certain nombre de succès; cependant les cas de guérison complète avec conservation des fonctions du membre sont encore assez rares pour que nous croyions utile de reproduire l'observation suivante :

S. L..., âgé de 8 ans 1/2, d'une constitution évidemment scrofuleuse, m'est présenté dans le courant de juillet 1857. Depuis trois ans environ, ses parents ont remarqué qu'il boite un peu du côté gauche, mais comme, malgré cela, les mouvements du membre ne sont pas considérablement gênés, et comme l'enfant n'accuse pas de grandes douleurs, ils ne s'occupèrent pas beaucoup de cette maladie. Depuis quelque temps, cependant, les accidents se développèrent avec une certaine intensité, et les symptômes que présentait l'articulation de la hanche forcèrent l'enfant à prendre le lit en janvier 1857. Un gonflement considérable s'était formé progressivement sous les téguments qui recouvrent la fesse gauche, et cet abcès s'étant ouvert, c'est alors que l'on amena l'enfant à l'hôpital; il n'y resta que quelques semaines et fut renvoyé comme incurable. Lorsqu'il rentra chez ses parents, la suppuration rendue par l'abcès qu'il portait à la fesse était tellement abondante que sa santé générale s'altéra promptement, et la mort semblait devoir promptement terminer cette maladie.

En juillet donc, l'enfant entra de nouveau à l'hôpital et fut placé sous ma direction. Il était facile de reconnaître que toute l'articulation de la hanche était le siége d'altérations profondes, et que, si l'art n'intervenait, l'enfant était voué à une mort prochaine. Pâle, maigre, épuisé non pas tant par la violence des douleurs que par l'abondance de la suppuration qui s'écoulait d'un large foyer s'étendant sous toute la fesse gauche, il refusait toute nourriture et ne pouvait trouver un instant de sommeil. Ce délabrement de l'état général indiquait évidemment la gravité des désordres locaux. La cuisse gauche, fléchie à angle obtus sur le tronc, était considérablement amaigrie; la jambe pendait inerte et incapable de mouvement; la fesse de ce côté avait perdu sa forme naturelle, le gonflement en masquait les contours, et plusieurs trajets fistuleux, s'ouvrant à la partie postérieure du grand trochanter, laissaient écouler un liquide séro-purulent de mauvais aspect. En outre de la déformation de la hanche et de la déviation de la cuisse, la colonne vertébrale elle-même était tordue, par suite de la contraction irrégulière des muscles qui s'y insèrent, ainsi que de la position qu'avait prise le petit malade pour rejeter le poids du corps sur le côté sain.

Un stylet, introduit par les orifices fistuleux, passait dans la cavité de l'abcès jusque sur les tissus avoisinant immédiatement l'articulation, mais il était impossible d'arriver sur les surfaces osseuses, l'examen le plus scrupuleux ne permettant pas de découvrir la moindre communication avec la cavité articulaire. De nouvelles recherches tentées dans ce but, le malade étant soumis à l'action du chloroforme, n'eurent pas plus de succès : la tête fémorale semblait être toujours contenue dans la cavité cotyloïde par le ligament capsulaire probablement intact. La rotation du membre pouvait encore s'exécuter dans tous les sens, mais elle était limitée, et les mouvements des surfaces articulaires les unes sur les autres ne donnaient aucune sensation de crépitation.

Pendant que le petit malade était sous l'influence de l'agent anesthésique, on élargit par une incision les trajets fistuleux, et l'on détacha des parois de l'abcès une substance épaisse, gélatineuse, qui double souvent la poche des abcès strumeux. On fit chaque jour dans ce foyer des injections d'une légère solution d'iode qui furent assez rapidement suivies d'une certaine amélioration; la suppuration et le gonflement diminuèrent d'une manière notable. A ce traitement local, j'ajoutai un régime tonique et une bonne nourriture qui contribuèrent beaucoup à relever l'état général de notre petit malade.

La santé de L... se rétablissant de jour en jour, je résolus de tenter quelque chose pour arrêter les progrès que faisait malgré cela la maladie articulaire; dans les circonstances actuelles, et surtout considérant que, même en supposant la meilleure terminaison possible de l'affection, le malade ne conserverait toujours qu'un membre déformé et peu utile, je conçus le projet d'enlever la tête du fémur et les portions malades de la cavité cotyloïde.

Le 5 août 1857, le docteur Meadows ayant soumis l'enfant aux vapeurs de chloroforme, assisté par MM. Smith, Wood et Mason, je fis l'opération de la manière suivante : il y avait, en arrière du grand trochanter, deux ou trois trajets fistuleux, que je réunis par une incision longitudinale de trois ou quatre pouces de long, sur laquelle je fis tomber une incision transversale dirigée en arrière; le ligament capsulaire fut ainsi largement mis à nu; il paraissait être intact. L'articulation étant alors ouverte, je fis exécuter quelques mouvements de rotation à la tête du fémur, complétement isolée des tissus qui la retenaient, et je pus facilement la luxer hors de la cavité cotyloïde; je sciai le fémur un peu au-dessous des trochanters. Le fond de la cavité cotyloïde était sain, excepté dans un ou deux points assez limités que j'enlevai avec la gouge. Le ligament rond était entièrement détruit, et la synoviale pulpeuse et épaissie : il n'y avait pas de liquide dans l'articulation; le cartilage de la tête du fémur était complétement détruit, si ce n'est à sa circonférence. Il y eut peu d'hémorrhagie, deux ligatures seulement furent nécessaires : la plaie, nettoyée soigneusement, fut réunie par quelques points de suture; la cuisse, qui était, avant l'opération, fléchie à angle obtus sur le bassin, fut étendue parallèlement à l'axe du corps, et maintenue dans cette position par une longue attelle qui s'étendait depuis le pied jusqu'au niveau de la crête iliaque, en laissant un espace ouvert devant l'articulation de la hanche pour permettre de panser la plaie.

Le soir du second jour, il survint un accident qui, heureusement, n'eut pas de suites fâcheuses : le petit garçon s'étant endormi, eut un rêve effrayant pendant lequel il tomba de son lit : le membre était bien maintenu dans l'appareil et n'eut pas à souffrir de cette chute.

Nous ne suivrons pas jour par jour les progrès de la guérison ; nous dirons seulement qu'au bout de neuf semaines notre petit malade était en état de se lever et de marcher avec des béquilles. La plaie était presque entièrement fermée, et la partie supérieure du fémur ayant contracté des adhérences avec le bassin au moyen de tissus fibreux, avait formé une fausse articulation excellente ; une grande partie des mouvements qui se passent dans l'articulation normale de la hanche peuvent être exécutés par l'articulation nouvelle, ce qui ne laisse aucun doute sur l'utilité de l'opération. Plus tard, l'enfant fut envoyé à Morgate pour passer le temps de sa convalescence et fortifier un peu sa santé générale. Le membre opéré a subi un raccourcissement d'un pouce et demi seulement (1). — D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Septembre 1858. — Présidence de M. ROCHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies transmet une note de M. BENNER, pharmacien, sur un préservatif contre les fièvres pernicieuses des contrées tropicales. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur ROBERT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cermange en 1857-58.

2° Un rapport de M. le docteur MADIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fresnes, en 1858.

3° Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dunkerque, sur une affection typhoïde qui a été observée dans diverses localités de cet arrondissement, mais qui n'a présenté nulle part le caractère épidémique.

4° Un rapport de M. le docteur CHALUS, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sistéron, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1858.

5° Un rapport de M. le docteur YVONNEAU, médecin des épidémies de l'arrondissement de Blois, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Boisseau, en juillet 1858.

6° Un rapport de M. le docteur PRÉVOST, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Hazebrouck, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Houdeghem, en 1858. (Com. des épidémies.)

7° Deux rapports de M. le docteur PEYRECAVE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

8° Un mémoire de M. le docteur COUPPEY, sur le traitement des scrofules par le sucre de Saturne. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. le docteur JAUBERT, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), accompagnant un envoi de *barégines, sulfuraires*, etc., recueillies dans les eaux thermales sulfureuses de Gréoulx. (Comm. des eaux minérales.)

— Une lettre de M. le docteur TARSITANI, membre de l'Académie de médecine de Naples, en réponse à la réclamation de priorité soulevée par M. le docteur Aurelio Finizio, relativement à un forceps céphalotribe modifié. Cette lettre est accompagnée d'un certificat du président de l'Académie de médecine de Naples, attestant que l'invention de cet instrument appartient en réalité à M. Tarsitani. (Com. MM. Moreau et Depaul.)

— M. le docteur Aurelio FINIZIO, membre de l'Académie de médecine de Naples, adresse de son côté son forceps-céphalotribe, avec une note dans laquelle il insiste sur l'immense différence qui existe entre cet instrument et celui du docteur Tarsitani. (Com. nommée.)

— M. le docteur KUHN (de Gaillon) adresse, à l'occasion de la communication faite par M. Houël dans la dernière séance, une lettre dans laquelle il émet cette opinion, que les monstruosités, comme les simples difformités, sont le résultat de maladies accidentelles survenues dans l'œuf, soit avant, soit après la fécondation.

— M. GEORGES, dentiste, adresse une note dans laquelle il propose de substituer à l'anesthésie chloroformique l'anesthésie locale déterminée par le passage d'un courant galvanique.

— M. CHARRIÈRE fils adresse deux nouveaux modèles de canules destinées au tubage des voies aériennes, et fabriquées d'après les indications de M. Loiseau (de Montmartre).

M. le docteur Prosper DE PIETRA SANTA lit un mémoire ayant pour titre : *Existe-t-il une affection propre aux ouvriers en papiers peints qui manient le vert de Schweinfurt?*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il existe une affection professionnelle propre aux ouvriers qui travaillent le papier peint en vert au moyen de la préparation arsénicale connue dans l'industrie sous le nom de vert de Schweinfurt.

2° Elle est caractérisée par la manifestation de vésicules, pustules, plaques muqueuses et ulcérations situées sur les parties exposées au contact immédiat de la matière colorante (doigts des pieds et des mains, parties génitales, et plus particulièrement le scrotum).

3° Ces accidents sont locaux, sans retentissement sur l'organisme, sans trouble des systèmes circulatoires ou assimilatifs.

4° Ils ne présentent aucune gravité; leur développement peut être arrêté par des précautions hygiéniques (ablutions fréquentes, bains, gants, division du travail); leur existence est utilement et promptement combattue par un traitement spécifique (lotions d'eau salée sur les parties malades, que l'on saupoudre immédiatement de calomel à la vapeur).

5° La fréquence des accidents est en rapport direct avec le défaut de propreté et la négligence des ouvriers eux-mêmes.

6° L'on peut sans aucun inconvénient maintenir l'industrie, mais on doit exiger l'emploi journalier des moyens prophylactifs indiqués par la science, et dont l'expérience a reconnu l'efficacité. (Comm. MM. Collineau, Chevallier et Bouchardat.)

M. BOUCHUT donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du tubage de la glotte par la dilatation forcée du larynx pour la guérison du croup.* (Com. MM. Blache, Nélaton, Trousseau.)

(Voir plus haut, *Clinique médicale.*)

M. le docteur JUNOD lit une note dans laquelle il donne la description de perfectionnements qui permettent de réduire les grandes ventouses au quart de leur volume, pour la facilité du transport. Pour les extrémités inférieures, la ventouse perfectionnée est de fer étamé, verni à l'extérieur, et divisée en quatre parties, de manière que les plus petites puissent venir se loger dans les plus grandes. Deux bracelets superposés l'un à l'autre, l'un en caoutchouc vulcanisé, l'autre en tissu de soie dite imperméable viennent recouvrir la jonction des pièces et rendent la fermeture hermétique.

M. Junod a également apporté à la ventouse des extrémités supérieures un perfectionnement analogue qui la rend plus portative. Elle est divisée en trois portions qui s'emboîtent de la même façon. De plus, la disposition des pièces permet d'y placer le bras fléchi à angle droit, ce qui s'oppose à ce que, par l'effet du vide, le membre puisse être entraîné au fond du tube, comme cela avait souvent lieu avec l'ancienne ventouse. (Com. M. Poiseuille.)

M. HOUEL présente un fœtus monstrueux, qui appartient au genre Syrène si bien étudié par M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Cette pièce a été communiquée à M. Houël par M. Géry fils.

Ce fœtus est privé de saillie correspondante au bassin; les deux membres inférieurs sont soudés en un seul, qui présente à l'extrémité des rudiments d'orteils. La partie sus-ombilicale de ce fœtus est bien conformée; mais, en arrière, l'anus manque complétement; en avant, il n'y a pas non plus apparence d'organes génitaux externes. M. Houël a cherché sur ce fœtus la terminaison du gros intestin; il a constaté qu'il se termine par un cordon fibreux qui vient correspondre au bassin tout à fait rudimentaire. M. Houël, poursuivant ses recherches, a reconnu l'absence d'organes génitaux internes, utérus, ovaires ou testicules; il n'a pas trouvé davantage de traces de vessie, de reins et d'uretères. Les capsules surrénales, que M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire a toujours rencontrées, quelquefois même avec une hypertrophie, chez tous les monstres syrènes qu'il a examinés, manquent également sur le fœtus soumis à l'examen de l'Académie.

M. Houël se propose de communiquer prochainement à l'Académie une étude anatomique complète de ce fœtus monstrueux.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ERRATA. — Au compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences, numéro de l'UNION MÉDICALE du samedi 11 septembre 1858, page 431, seconde colonne, on lit : *M. Cazenave, de Lyon, adresse, etc.*, c'est M. Cazenave, de Bordeaux, qu'il faut mettre.

Le Gérant, RICHELOT.

(1) Extrait de *The Lancet*, 20 mars 1858.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 111. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 18 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La communication qu'a faite M. Mialhe à la fin de la dernière séance, était relative à l'*action de la santonine sur l'économie animale*.

« Nous avons été à même depuis deux ans, a dit M. Mialhe, d'observer les colorations de l'urine après l'absorption de la santonine, et nous avons constaté que cette urine prenait, sous l'influence des alcalis, une couleur rouge orangé foncé tout à fait caractéristique; nous avons pensé que ces phénomènes de coloration devaient être attribués à une oxydation intra-vasculaire. Pour en avoir la preuve, nous avons soumis la santonine à l'action de certains agents oxydants, notamment l'acide azotique bouillant, et nous avons obtenu un produit qui, après saturation, donne à l'eau une couleur jaune verdâtre, analogue à la couleur que prend l'urine sous l'influence de la santonine. Traitant ensuite cette liqueur par une base alcaline, nous avons vu se produire immédiatement une coloration rouge orangé foncé, identique à celle que donne, par l'addition d'un alcali, l'urine sécrétée après l'ingestion de la santonine.

» Ainsi la santonine n'échappe pas aux lois que nous avons formulées (dans notre *Traité de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique)* pour l'oxydation des substances organiques dans l'économie animale. Elle subit dans le sang l'action comburante de l'oxygène, avec lequel elle se trouve mise en contact par l'acte incessant de la respiration. Cette oxydation donne lieu à un produit nouveau qui, par sa pénétration dans les humeurs de l'œil, normalement incolores, détermine ces phénomènes de coloration. L'œil ainsi affecté voit les objets colorés en jaune verdâtre, ce qui est le plus ordinaire; d'autres fois, il les voit revêtus des couleurs complémentaires.

» Or, dans ces phénomènes, il nous semble qu'on doit reconnaître deux causes : la première se rapportant à l'action chimique qui produit un ictère passager et détermine pour la vision la coloration en jaune ou jaune verdâtre; la deuxième résultant de la sensation nerveuse consécutive qui donne lieu à la production des couleurs complémentaires. »

— Les nouvelles recherches dont M. Cl. Bernard a entretenu l'Académie, relativement aux diverses colorations du sang veineux dans les organes glandulaires à l'état d'activité ou à l'état de repos, avaient surtout pour objet la détermination des quantités d'oxygène contenues dans le sang veineux rouge ou noir. Cette détermination, a dit M. Cl. Bernard, est obtenue très simplement et très exactement au moyen de l'oxyde de carbone.

« En étudiant l'action toxique de cette substance sur le sang chez l'animal vivant, j'ai été amené à trouver que ce gaz empoisonne rapidement les animaux, parce qu'il déplace instantanément l'oxygène des globules du sang et ne peut plus ultérieurement être déplacé par l'oxygène de l'air. D'où il suit que les globules du sang, en quelque sorte paralysés, sont devenus impropres à absorber l'oxygène et circulent comme des corps inertes sans pouvoir désormais entretenir la vie.

» En un mot, j'ai considéré l'action si éminemment toxique de l'oxyde de carbone, comme la conséquence de sa très grande affinité pour la matière des globules sanguins.

» Ce gaz déplace l'oxygène volume à volume.

» On ne pouvait faire, a dit M. Bernard après avoir décrit sa manière de procéder, que deux hypothèses sur la cause de la coloration du sang veineux vermeil qui s'écoule de la glande en fonction avec une activité telle, qu'il est animé de pulsations comme le sang artériel quand la sécrétion est très intense. On pouvait penser que le sang veineux rouge est tout simplement du sang artériel qui a traversé les capillaires avec une rapidité si grande, qu'il n'a pas eu le temps de devenir veineux, c'est-à-dire de se dépouiller de son oxygène pour prendre à la place de l'acide carbonique. Mais on pouvait tout aussi bien admettre que le sang veineux rouge est du sang veineux ordinaire, avec cette différence qu'il n'est pas resté noir, parce que, s'étant formé au moment de la sécrétion, il s'est trouvé débarrassé par l'excrétion glandulaire de son acide carbonique qui, sans cette circonstance, l'aurait rendu noir, ainsi que cela a lieu quand la glande ne sécrète pas et que l'acide carbonique ne peut pas s'échapper. La quantité comparative d'oxygène contenue dans le sang à son entrée dans la glande et à la sortie de ce même organe, était seule capable de décider de l'une ou l'autre de ces deux hypothèses. »

M. Cl. Bernard a opéré sur la glande rénale du chien, et il résulte de ses expériences que le sang veineux rouge diffère du sang veineux ordinaire en ce qu'il ne s'est, pour ainsi dire, pas desoxydé. Il a conservé les caractères du sang artériel sous le rapport des proportions d'oxygène qui s'y trouvent; mais il contient beaucoup moins de fibrine; il renferme moins d'eau, parce qu'il a fourni celle de la sécrétion, et, de plus, ce sang veineux rouge se montre constamment plus altérable que le sang artériel, c'est-à-dire qu'il devient noir spontanément beaucoup moins vite quand il a été retiré des vaisseaux, etc. L'assimilation entre le sang veineux rouge et le sang artériel est donc loin d'être absolue.

Force nous est de revenir sur cette question des vacances que nous avons soulevée dans notre précédent *Bulletin*. Cette question, pour la première fois peut-être, a été agitée publiquement au sein de l'Académie, d'une façon incidente et sommaire, il est vrai, mais en termes très nets et avec une certaine vivacité d'expressions. Nous tâchons de reproduire la physionomie de cette trop courte discussion, en lui laissant la forme dialoguée sous laquelle elle s'est produite.

Au moment de lever la séance, le président, M. Despretz, engage les membres de l'Académie à venir plus tôt aux séances.

— M. LEVERRIER, de sa place : Mais, pourquoi l'Académie ne prend-elle pas un mois de vacances, comme tout le monde?

— M. DESPRETZ : C'est à cause des étrangers qui viennent d'habitude à Paris dans ce moment de l'année. Ainsi, j'aperçois ici, entre autres personnes distinguées, un Allemand du plus grand mérite...

— M. LEVERRIER : Ne vaudrait-il pas mieux que les étrangers ne vissent pas l'Académie, que de la voir ainsi?

— M. DESPRETZ : Je vous répondrai qu'il vaut mieux, pour les étrangers, voir une partie de l'Académie que de ne pas la voir du tout.

— M. LEVERRIER : Cette raison là ne saurait me convertir.

— M. DESPRETZ : D'ailleurs, ce n'est pas le moment de discuter cette question.

— M. LEVERRIER : Parfaitement, M. le Président. Je n'ai voulu faire qu'une simple observation.

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA ROUGEOLE, PRINCIPALEMENT DE SES COMPLICATIONS.

(Suite.— Voir le numéro du 7 Septembre 1858.)

En général, les *convulsions* du début de la rougeole ne sont pas très graves lorsqu'elles ne se répètent pas souvent. Deux ou

Feuilleton.

CAUSERIES.

LE DOCTEUR SIMPLICE EN VACANCES.

Feu Lisfranc, de colérique mémoire, donnait quelquefois de bons conseils aux jeunes médecins. — Le choix de votre quartier, de votre logement arrêté et votre installation faite, ne bougez plus, si vous voulez que la clientèle arrive, disait ce célèbre chirurgien. Qu'il n'y ait pour vous ni fêtes ni dimanches; fuyez les dîners en ville, les soirées et les parties de campagne. Absentez-vous du logis le moins possible, et de Paris, jamais. Ce sera pendant votre absence que le client viendra sonner à votre porte, et ne vous trouvant pas, le client ira ailleurs. — Et de fait, Lisfranc avait mené cette austère existence pendant les premières années de son doctorat, et tout le temps qu'il occupa un modeste appartement vers le milieu de la rue St-Martin; aimant la chasse avec passion, il fit violence à ses penchants; et ce ne fut qu'après avoir acquis fortune et renommée, que tous les ans, et durant quelques jours seulement, il prenait le fusil et les guêtres du chasseur.

Feu Lisfranc avait raison; je n'ai pas suivi ses conseils, et mal m'en est advenu. Que me disaient aussi les journaux du matin? Tout Paris est absent; tout Paris est à Bade, à Vichy, aux Pyrénées, au Mont-Dore; on ne voit plus personne ni à l'Opéra, ni au Pré-Catelan, et autres lamentations des chroniqueurs en peine. Puisque tout Paris se promène, me suis-je dit, je peux bien aller me promener à mon tour; d'autant que, depuis une quinzaine, je ne voyais presque plus de malades.

Après une absence de quelques jours, je reviens, et Françoise me reçoit en grommelant, et Benoît d'un geste courroucé me fait voir sur mon registre toutes les occasions que j'ai manquées :

— Un accouchement.... Cette excellente dame de la Grande-Rue-Verte, me dit Benoît, et qui était revenue tout exprès de sa campagne pour t'avoir sous la main. Cent cinquante francs! Les accouchements de ce prix-là deviennent rares, mon cher Simplice.

— C'est vrai, cette bonne dame s'est trompée de quinze jours; elle ne devait accoucher que vers la mi-septembre; ce n'est pas ma faute, que diable!

— Une chute de cheval et fracture du bras.... Un jeune diplomate de la rue de la Pépinière.... Un des plus grands noms d'Europe.... Après de beaux honoraires, je voyais ta boutonnière ornée de quelque ruban jaune, ou vert ou amaranthe.

— Vous croyez, s'écrie Françoise en sanglotant!

— Trois blessés du chemin de fer de Saint-Germain que la compagnie confiait à tes soins.

— Voyons, Benoît, je ne pouvais pas prévoir que ce chemin de fer, le premier qu'aient connu les Parisiens et qui jusqu'alors était resté vierge de tout accident, en éprouverait un tout exprès pendant mon absence.

— C'est ton absence qui a eu tort. Vois encore : une pleurésie, trois angines, un anthrax, une fausse couche, ajoute l'impitoyable Benoît. Et ce n'est pas tout, reprend-il, voici le bouquet. Tu sais bien cette jeune femme de la rue d'Astorg, qui, depuis deux ans, te remet de mois en mois pour le paiement des trois cents francs qu'elle te doit?

— Oui, celle dont le mari ne paie pas les dettes de la femme.

— Précisément; eh bien, elle est venue t'apporter ces trois cents francs, et te voyant absent, elle a refermé l'élégant porte-monnaie qu'elle tenait à la main.

— Elle reviendra, Benoît.

— Je n'en crois rien; occasion manquée, occasion perdue. C'est aux honoraires ratés des médecins que le poète faisait allusion, en disant : *Fronte capillata est, sed post, occasio calva.*

Benoît est terriblement décourageant. Ai-je fait autre chose que ce qu'ont fait la plupart de mes confrères de Paris? On ne voit qu'eux dans les diverses stations thermales et aux bains de mer. J'ai voyagé de Paris au Havre avec un riche Américain venu du fond de la Virginie pour consulter nos célébrités médicales. Il n'a trouvé à Paris aucune de celles auxquelles il avait été adressé; et le malheureux, mal piloté par les gens de son hôtel, rapportait aux États-Unis, comme spécimen de la science médicale française, une consultation baroque d'un nègre — médecin prétendu qui fait en ce moment des siennes dans les riches régions de la société parisienne.

— Comment, disais-je à ce citoyen des États-Unis, vous qui tenez les nègres dans un si dur esclavage et qui n'avez pour eux que mépris et mauvais traitements, avez-vous pu aller consulter un homme à couleur noire.

— Je ne suis pas allé chez lui, il est venu chez moi et je ne lui ai pas dit que j'étais Américain.

— Bien vous en a pris, car il aurait pu se venger sur votre bourse de vos injustices envers ses frères de couleur.

— Qu'aurait-il fait de plus? Il a exigé et j'ai payé mille dollars pour sa consultation.

— Mille dollars? mais cela fait cinq mille francs pour ce chiffon de papier qui ne vous guérira pas de votre tumeur abdominale.

— Ce papier n'est pas tout; il m'a donné des poudres et un onguent que j'emporte dans ma valise.

— C'est différent. Eh bien, fils de Washington, citoyen libre de la République américaine, promettez, avant de quitter notre terre d'égalité et de liberté civiles que, si vous êtes guéri par les conseils d'un nègre, vous émanciperez les nègres de vos possessions.

— Mantes! Mantes! s'écria dans ce moment le conducteur du train. Buffet. Dix minutes.

— Il y a un buffet ici, dit mon Américain; je vais déjeuner.

Au départ, mon homme aux mille dollars se plaça dans un autre compartiment.

Depuis mon retour à Paris, j'ai eu d'autres nouvelles, non pas de mon Américain, mais du nègre se disant médecin et tant soit peu sorcier. C'est un vrai nègre, mais un beau nègre, bien planté, couvert de dia-

trois accès n'ont rien d'alarmant en eux-mêmes au premier jour de l'invasion de la maladie; exceptionnellement ce sont des accidents sérieux, mais c'est qu'alors elles ont continué un jour ou deux, et que, dans leurs attaques, l'enfant peut être enlevé. Malheureusement aussi l'intervention du médecin est, en quelques cas, pour beaucoup dans le triste résultat que l'éclampsie entraîne avec elle. Rien n'épouvante une famille comme ces convulsions, et rien, en effet, je l'avoue, n'est plus épouvantable. Un malheureux enfant perd connaissance, en s'agitant d'une façon désordonnée, les traits de son visage se contournant d'une manière effrayante; puis il tombe dans une stupeur profonde. Certes, il y a là de quoi bouleverser l'esprit d'une mère, d'une famille, les moins faciles à émotionner. On appelle de tous côtés un médecin, et celui-ci, n'arrivant qu'à la fin de la crise, ne constatant que des phénomènes apoplectiques, perd quelquefois son sang-froid, et dans son trouble commet fautes sur fautes! Il fait d'abord appliquer des sangsues derrière les oreilles, quatre, six, huit, plus encore; il voit là une congestion cérébrale, et l'émission sanguine doit néessairement, suivant lui, amener une déplétion des vaisseaux. S'il a affaire à un enfant de 2, 3 ou 4 ans, il commence, de cette façon, par le rendre exsangue, et, contrairement au but qu'il se propose, il le met dans les conditions les plus favorables au retour des accidents qu'il prétendait combattre. Puis il ordonne des bains froids, recommandant de faire, pendant la durée du bain, des affusions également ou même plus froides encore sur la tête et les épaules. Ce bain, ces affusions, sont répétés deux ou trois fois fois dans le courant de la journée. Cependant le malade a déjà du coryza, du catarrhe pulmonaire; et si, dans ces conditions, une affusion rapide, et de quelques secondes, peut ne pas lui nuire, il n'en est plus de même de ces immersions prolongées, encore moins de ces applications de glace sur la tête, comme on voit souvent en prescrire.

Assurément, le catarrhe, — et le catarrhe morbilleux est toujours assez sérieux pour qu'on cherche à le modérer, — le catarrhe ne devra qu'augmenter sous l'influence de pareils traitements. Ce que je dis ici n'est malheureusement pas exagéré; combien de médecins ne cèdent-ils pas aux exigences d'une famille qui réclame à cor et à cri une médication active, énergique, à grand appareil, si l'on peut ainsi parler, dans ces cas où le mal a lui-même de si terribles et si rapides allures? Or, la médication par les sangsues, par les bains, cette médication, pourtant si meurtrière, est tellement d'accord avec les théories et les préjugés du monde toujours disposé à raisonner médecine, qu'il paraît souvent difficile à quelques médecins, alors même qu'ils n'en connaissent pas les avantages, mais lorsqu'ils en ignorent les graves inconvénients, de ne pas se rendre à cette pratique. L'ignorance des uns, le manque d'énergie des autres, a pour résultat d'augmenter le péril.

Dans d'autres cas, les personnes étrangères à l'art, des médecins même, agissent d'une façon plus inintelligente encore. Ils arrosent d'eau bouillante les jambes des malheureux enfants, et déterminent chez eux des accidents redoutables souvent plus graves que le mal qu'ils voulaient empêcher. Cette eau bouillante, si brutalement appliquée dans les cas dont nous parlons, n'est-elle pas la cause fréquente de ces horribles brûlures qui entraînent la mort d'un grand nombre d'enfants? Quel médecin n'a pas eu l'occasion d'observer de semblables faits? et cependant combien les oublient, lorsque, appelés auprès de petits malades atteints de convulsions, ils se hâtent d'envelopper leurs jambes de serviettes trempées dans l'eau bouillante? Le contact de ce caustique est alors bien plus prolongé que dans les cas de brûlures accidentelles; ici, les malheureux ont toute leur connaissance, et, à la première impression de la douleur, ils appellent pour se faire dépouiller de leurs vêtements ou s'en dépouillent eux-mêmes; dans le coma consécutif aux convulsions, ils ne sentent rien, et ceux qui veulent les secourir, laissant longtemps en contact avec la peau les linges bouillants, les tuent en croyant les sauver.

J'ai été témoin de ce supplice infligé à un homme qui a été mon maître, et celui de quelques-uns d'entre vous, à Marjolin. A la suite d'une application d'eau bouillante sur les cuisses employée pour combattre des accidents comateux ou de stupeur profonde survenue dans le cours d'une affection typhoïde dont il fut atteint, Marjolin garda de profondes escarres, qui devinrent une complication de sa maladie.

Lorsqu'un enfant a des convulsions, sachez attendre, ne faites pas de médecine tumultueuse, informez-vous si le malade est sujet à ces accidents, et s'ils passent habituellement seuls; s'il en est ainsi, une médication peu active suffira, et, en général, les convulsions initiales des fièvres éruptives cèdent d'elles-mêmes et sans qu'il soit besoin d'intervenir : les saignées, les bains prolongés, les purgatifs énergiques, les cautérisations à l'eau bouillante, loin d'être de quelque utilité, aggraveront la maladie, entraveront sa marche, retarderont l'époque de l'éruption, et prépareront pour la suite des complications souvent mortelles.

Je le répète, ces convulsions de début des fièvres éruptives ne sont pas graves, en général; toutefois, je l'ai dit aussi, elles le sont quelquefois lorsqu'elles se répètent, elles le sont même dès la première attaque, mais exceptionnellement. J'ai souvent raconté ce fait dont j'ai été témoin à l'hôpital Necker. Un enfant de 2 ans, qui ne présentait aucun symptôme d'affection cérébrale, fut pris de convulsions au moment même où je l'examinais. J'annonçais aux élèves présents à la visite la marche que ces accidents allaient probablement suivre; je parlais de la forme tonique qui, précédant la forme clonique, durerait cinquante à soixante secondes, prenant les muscles des membres, ceux de la poitrine et du ventre, les maintenant roides, comme dans la première attaque d'épilepsie; cependant, deux minutes s'étaient écoulées, le tonisme ne cédait pas et je commençais à m'alarmer, lorsque tout à coup nous vîmes la face bleuir, cette coloration bleue augmenter progressivement, puis une résolution subite s'effectuer, l'enfant était mort.

Ces convulsions des enfants, les convulsions, en particulier, du début des fièvres éruptives étant quelquefois graves, bien que exceptionnellement, il est essentiel de prévoir ces mauvaises chances, quelque rares qu'elles soient, et faire ses réserves sur le pronostic. Il n'est question, ici, que des convulsions du début de la rougeole et de la variole, car celles du début de la scarlatine sont au contraire exceptionnellement sans gravité.

Étudions maintenant d'autres accidents de la période d'invasion, le *pseudo-croup* chez l'enfant, chez l'enfant et chez l'adulte le *catarrhe pulmonaire*.

Je ne saurais vous dire combien souvent les familles sont épouvantées par l'explosion du croup, survenant dans les quatre ou cinq premiers jours de la rougeole, qui ne caractérise encore aucun phénomène du côté de la peau. Après avoir présenté d'abord tous les signes d'un catarrhe léger, l'enfant est pris, tout à coup, d'une oppression considérable accompagnée d'une toux rauque, d'une inspiration sifflante, d'une respiration excessivement laborieuse, en même temps que la fièvre s'allume. S'il n'y a pas dans la famille d'autres personnes affectées de rougeole, le diagnostic devient fort embarrassant et on croit avoir affaire à cette forme de la laryngite aiguë connue sous le nom de *faux croup*.

Cette erreur ne tirerait pas à conséquences si le médecin n'intervenait encore, ici, quelquefois d'une façon déplorable, s'il restait convaincu que ce pseudo-croup est généralement peu grave, et qu'après quelques instants d'angoisses, plus terribles peut-être pour le cœur d'une mère que pour la santé de l'enfant, les accidents se calmeront seuls.

La raucité de la voix, très retentissante, vous fera distinguer le faux croup du vrai, dans lequel la toux est rare et presque éteinte. La fièvre, assez véhémente dans le premier cas, généralement très modérée dans le second, servira à établir les différences, et vous aurez aussi, comme élément de diagnostic, la soudaineté de l'invasion des accidents, dans le faux croup, à opposer à une marche plus lente dans le vrai croup, sans compter qu'ici l'inspection du pharynx ou des fosses nasales vous sera d'un immense secours, car vous pourrez trouver les exsudations de fausses membranes caractéristiques de cette dernière affection.

Avec ces données, vous pourrez donc, le plus souvent, arriver au diagnostic de la maladie. Et lorsque vous aurez reconnu le faux croup, gardez-vous de vous laisser gagner par ce trouble d'une famille désolée; gardez-vous de céder à une impatience, en vérité, bien naturelle; gardez-vous surtout d'appliquer des sangsues au col, à la base de la poitrine, comme on le fait trop souvent. Sans doute, en elle-même, et dans le traitement du faux croup, cette médication n'est pas dangereuse; mais elle le devient en ce sens que la perte de sang peut être considérable, et entraver la marche de la maladie dont la laryngite n'était qu'un accident précurseur. D'ailleurs, si elle n'est pas dangereuse en elle-même, cette médication, étant inutile, mieux vaut ne pas l'employer.

Graves qui, du reste, a fort mal connu les affections diphthériques, a indiqué pour ces cas de faux croup une méthode que je vous recommande. Elle consiste à passer sur le cou de l'enfant une éponge trempée daus de l'eau excessivement chaude, à une température toutefois insuffisante pour produire la brûlure, et légèrement exprimée; cette opération est répétée pendant dix, quinze, vingt minutes de suite. Elle détermine une sorte de fluxion vers la peau, et sous l'influence de laquelle l'oppression cesse ordinairement d'une façon très extraordinaire, tandis que la toux perd de sa raucité. Indépendamment de sa remarquable puissance, cette médication est, on le voit, d'une merveilleuse simplicité; à elle seule elle suffit, sans qu'il soit besoin d'administrer les vomitifs (d'ailleurs en quelques cas très utiles), pour faire cesser les accidents : je parle des accidents laryngés, car, après leur disparition, il n'en reste pas moins le catarrhe bronchique qui peut être menaçant pour l'avenir.

Le catarrhe, en effet, et le *catarrhe suffocant*, est un accident de début de la rougeole, chez l'adulte, comme chez l'enfant. Vers le troisième ou quatrième jour avant le développement de l'éruption, la fièvre s'allume avec une extrême véhémence, l'oppression survient, accompagnée d'une toux grasse qui, chez l'enfant, succède à la toux rauque de la laryngite striduleuse; et l'auscultation révèle l'existence de râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine. Ces accidents, se manifestant au deuxième ou troisième jour de la période d'invasion, sont, en général, d'une haute gravité.

On sait, du reste, que le catarrhe capillaire, indépendamment de toute cause spécifique, est en lui-même une affection des plus sérieuses, principalement chez l'enfant, beaucoup plus sérieuse que la pneumonie lobaire, que la pleurésie; on ne doit pas être surpris de ce que nous disons de sa gravité plus grande encore, lorsque cette affection est dominée par une cause spécifique, comme la cause morbilleuse. Toute la maladie se portant du côté de l'ap-

---

mants et de bijoux, traîné dans une élégante voiture par deux chevaux de prix, habitant un luxueux appartement dans un des plus beaux quartiers de la ville, demandant des prix fabuleux pour ses drogues, qu'il administre lui-même, et dont les salons ne désemplissent pas de crédules et riches malades. Ce n'est pas pour lui, je vous assure, que tout Paris est absent. Entre autres faits qui m'ont été contés je ne citerai que celui-ci :

Dans mon quartier, dans une grande maison de finance, souffre depuis plusieurs années une jeune et très intéressante dame, atteinte de tumeurs fibro-plastiques qui, plusieurs fois enlevées et sur plusieurs parties du corps, reviennent sans cesse sur d'autres parties. C'est un cas de diathèse fibro-plastique le mieux caractérisée. Toute la haute chirurgie et toute la haute médecine parisiennes ont vainement épuisé leurs ressources sur cette pauvre dame. Alors, comme toujours et partout, est venue la période de la médecine excentrique. Tout y a passé, même l'homœopathie. Puis, enfin, le merveilleux et l'absurde sous toutes leurs formes, somnambulisme, nécromancie, visionnaires, que sais-je?

Le tour du nègre est aussi venu. On le mande, il arrive. Après un examen très superficiel :

— Madame est curable et je la guérirai dans quatorze jours.

— Eh bien, Monsieur, dit le mari, mettez-vous à l'œuvre.

— Je demande vingt mille francs, dont six mille francs tout de suite, et mille francs par jour pour les jours suivants.

— Mais, Monsieur, qui me garantira que je vous reverrai....

— C'est cela ou je m'en vais sans dire un mot, sans appliquer un remède.

On parlemente, on veut transiger, on propose de déposer les fonds en mains tierces, on cherche enfin à prendre quelques garanties; le nègre tient bon, ne recule pas d'un centime, et empoche bel et bon les six mille francs demandés.

J'en suis là de cette noire aventure, dont j'apprendrai la fin incessamment.

Ah! Benoît, mon vieil ami Benoît, tu es un peu de la secte de ces philanthropes à rebours qui n'ont pas assez d'indignation contre un pauvre médecin coupable de demander un modique et légitime salaire, et qui sont pleins de mansuétude et de tolérance pour ces effrontés exploiteurs de la santé publique, qui leur accordent même au besoin leur protection au détriment des honnêtes et consciencieux ministres de notre art! Qui donc soutient, paie, patrone et prône cette tourbe charlatanesque dont la Société est infestée? Qui donc, lorsque notre cœur et notre esprit se révoltent contre d'indignes mensonges, nous accuse de doléances intéressées et nous jette à la face cette grossière injure : Intérêt de boutique.

Ah! si je voulais que ma *boutique* fût toujours pleine comme celle de mon homœopathe du premier, je n'aurais qu'à faire comme lui. Que de malades qui se trompent et qui, croyant venir chez lui, montent jusque chez moi. Pourquoi les renvoyé-je? Pourquoi ma main se sècherait-elle plutôt que d'écrire une formule ou de donner un médicament que mon intelligence et ma conscience repoussent? Si d'un coup nous voulions tuer l'homœopathie, nous n'aurions qu'à nous déclarer tous homœopathes; dans un an, cette prétendue doctrine et cette fructueuse pratique seraient rentrées dans les limbes du mysticisme allemand. Pourquoi ne le faisons-nous pas, dites, vous qui nous accusez de puiser notre résistance à la source cupide de nos purs intérêts? Il y a dix-huit mille médecins en France, dont dix mille peut-être souffrent et ne trouvent pas dans le pénible exercice de l'art de quoi subvenir aux besoins de leur famille; eh bien, combien y a-t-il d'homœopathes en France? Faites ce simple dénombrement, et voyez si c'est l'appât du gain qui guide nos confrères dans leur opposition à l'homœopathie.

Dr SIMPLICE.

BOITE AUX LETTRES.

A M. le docteur H..., à Paris. — Merci, Monsieur, de votre charmante et trop bienveillante lettre. De pareilles missives font oublier bien des fatigues.

A M. le docteur E. A..., à Trouville. — Indignation éloquente, que j'admire, mais que je ne peux partager, parce que si l'esprit est faible, le cœur est excellent, et que je pardonne bien des fautes de l'esprit en faveur des qualités du cœur.

A M. M. L..., à Talant. — Gratitude pour votre déférence.

A M. F..., à Paris. — Rien, rien, rien sur les tuyaux en question.

A M. S..., à Constantinople. — Simple accusé de réception. Dans un autre moment, je ferai mieux et autrement.

A M. E. E... — Je n'ai pas encore reçu le *Charlatanisme*.

A M. B..., à Cercoux. — C'est trop joli, trop aimable. Que n'y a-t-il dix mille cœurs comme le vôtre!

Par décret impérial en date du 9 de ce mois, M. Villatte, vétérinaire en chef des écuries impériales, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un correspondant de la Société d'acclimatation adresse de la Perse, aux membres de cette Société, une lettre dans laquelle il signale à l'attention de ses collègues un certain nombre de végétaux que l'on pourrait facilement acclimater en Europe et que l'on doit chercher à introduire chez nous. Parmi ces végétaux, on distingue quatorze espèces de raisins dont l'une, sans pépins, est surtout très remarquable; vingt sortes de melons excellents, et particulièrement ceux d'Ispahan, qui se conservent l'hiver; des coings d'une grosseur et d'un parfum exceptionnels; deux espèces de légumes qui n'ont pas de similaires en France et dont les Persans font une grande consommation; une luzerne qui donne sept récoltes par an; des grenadiers et des pistachiers qui viennent en pleine terre, supportant la neige jusqu'à vingt degrés de froid; enfin, une plante nommée *tombeki* par les habitants qui la fument comme le tabac; cette plante a la propriété, disent les Persans, de guérir la phthisie pulmonaire. Que cette bienheureuse plante arrive donc vite.

— On peut voir en ce moment, au Muséum d'histoire naturelle de Paris, où ils ont été amenés vivants par un capitaine de navire arrivant du Sénégal, trois énormes serpents, dont un pyton de Seba qui mesure près de 7 mètres de longueur.

pareil bronchique, toute la fluxion exanthémateuse se faisant là, rien ou presque rien n'apparaît vers la peau. Les malades, les enfants surtout, succombent alors après trois ou quatre jours de maladie, sans que l'éruption se soit manifestée. On croit alors que l'on avait affaire à un simple catarrhe, tandis que ce catarrhe était bien réellement morbilleux. J'ajouterai que, dans un grand nombre de circonstances, le diagnostic différentiel est impossible à établir, lorsque l'on n'a pas pour point de repère quelque accident qui vous mette sur la voie, tels que des saignements de nez, du coryza, du larmoiement, de l'otite; lorsque surtout on ignore qu'il existe, soit dans la famille du malade, soit même dans la localité qu'il habite, des individus atteints de rougeole.

Chez l'adulte, la forme de ce catarrhe est à peu près la même, l'oppression est tout aussi grande; mais, dès le premier ou le second jour, l'expectoration prend un caractère tout particulier; phlegmorrhagique d'abord, elle présente, au plus tard vers le troisième jour, un aspect puriforme; le malade rend des flots de mucus, absolument semblables au pus d'un abcès. Ce ne sont pas ces crachats nummulaires nageant dans une sérosité légèrement opaline que nous avons donnés comme caractéristiques de l'expectoration dans la rougeole régulière, et qui s'observent au septième, huitième, neuvième, dixième jour de la maladie, épouvantant souvent, hors de propos, les malades et parfois les médecins; ce sont des crachats mucoso-puriformes, analogues en tout point à ceux qui accompagnent le catarrhe suffocant des vieillards.

Quoiqu'un peu moins grave chez l'adulte que chez l'enfant, — et j'ai rarement vu ces derniers guérir de cette affection, — le catarrhe suffocant de la rougeole est encore d'une excessive gravité, et résiste aux médications les plus énergiques.

Généralement, les malades meurent en quelques jours, d'autres fois, après une semaine ou plus encore, et, dans ce dernier cas, à la bronchite a succédé une pneumonie pseudo-lobaire, ou lobaire, compliquée ou non de pleurésie.

Les vomitifs, les antimoniaux, les *larges* vésicatoires appliqués à plusieurs reprises sur la poitrine sont des moyens thérapeutiques avantageux dans cette forme si grave du catarrhe.

Une autre médication m'a paru rendre des services momentanés, dans un certain nombre de circonstances, c'est l'*urtication.* Lorsqu'au quatrième jour, je voyais se manifester les signes du catarrhe, alors que l'éruption devait apparaître, je faisais fouetter le corps de l'enfant avec des orties fraîches, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, de façon à développer une abondante éruption sur la peau. Cette urtication, moins douloureuse qu'on ne l'imagine, produit un effet immédiat : bien que la fièvre ne cède pas, l'oppression diminue graduellement à mesure que la fluxion vers la peau se prononce. Un fait étrange, c'est qu'au second jour de ce traitement, l'éruption ortiée, alors même qu'on emploie la petite ortie *(urtica urens)*, plus venimeuse que la grande *(urtica dioïca)*, est notablement moindre, et, à la fin, après trois ou quatre jours, l'urtication ne produit plus aucun effet. Cela tient non à ce que la vie s'éteignant chez le malade, le venin n'agit plus sur un organisme qui ne réagit pas, mais cela tient à ce que cet organisme s'habitue à l'action de ce venin, comme nous le voyons s'habituer à l'action d'autres poisons; il arrive chez l'enfant soumis à l'urtication ce qui arrive aux filles de la campagne qui, après un certain temps, prennent et portent impunément sur leurs bras nus ces mêmes orties qui, les premiers jours, agissaient sur leur peau. Mais, en dernière analyse, l'urtication, dans le catarrhe morbilleux des enfants, nous rend quelques services, il nous en rend plus encore, chez l'adulte, cela dépend probablement de ce que la maladie est moins grave chez ceux-ci.

Il est encore d'autres accidents de début de la rougeole moins importants à étudier, mais dont je veux dire un mot; ce sont l'épistaxis et l'otite.

Sans aucun doute, l'*épistaxis* n'a pas de gravité quand elle est modérée, mais elle devient quelquefois assez abondante pour menacer les jours de l'enfant ou du moins pour altérer sa santé dans l'avenir. On la combat à l'aide de la glace ou de l'eau glacée, que l'on applique sur le front ou que l'on fait respirer par le nez; ces moyens sont bons; les astringents réussissent aussi, mais, ce qui réussit encore mieux, ce sont les *injections* faites dans le nez *avec de l'eau* aussi *chaude* que le malade pourra la supporter. Les injections avec une forte solution de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, avec la décoction de ratanhia, avec une solution de perchlorure de fer, sont d'excellents hémostatiques. Toutefois, le perchlorure a l'inconvénient de déterminer la formation d'un énorme caillot qui devient une cause de douleur, et, lorsque deux ou trois jours après on veut l'arracher pour faire cesser cette douleur, on s'expose à voir reparaître l'hémorrhagie. Cependant, il ne faut pas hésiter à l'employer quand besoin est.

Dr Léon Blondeau,
Chef de clinique.

(La suite prochainement.)

PATHOLOGIE.

SUR LES RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LA MALADIE DE BRIGHT ET LES AFFECTIONS DU COEUR;

Par le professeur Bamberger, de Wurzbourg.

Plusieurs articles intéressants ont déjà été publiés sur ce sujet; un des plus remarquables provient du docteur Traube, dont on peut résumer les opinions dans les deux propositions suivantes :

1° Les altérations fonctionnelles et anatomiques du rein, coexistantes avec des altérations valvulaires, ne peuvent être regardées comme des produits de la maladie de Bright;

2° L'hypertrophie du cœur (surtout gauche) sans altération valvulaire qui accompagne si souvent la maladie de Bright est le résultat de celle-ci et produite par l'augmentation de la tension dans le système aortique, provenant elle-même de la diminution de la circulation rénale, et d'un autre côté de l'excès de liquide que la sécrétion urinaire aurait dû enlever à la circulation et qui reste dans le sang.

Le professeur Bamberger, en se fondant sur ses propres observations et sur celles des autres, soumit ces propositions à un examen sérieux et est arrivé à d'autres résultats.

Altérations valvulaires et maladie de Bright. — Avant d'entamer la discussion, il était urgent de déterminer un point de départ solide; car il est peu de maladies sur les caractères desquelles on soit aussi peu d'accord que sur ceux de la maladie de Bright. Les travaux de Reinhardt et de Frerichs ont prouvé que les altérations rénales étaient le résultat d'une inflammation; d'après le professeur Virchow, celle-ci n'est pas aussi simple qu'on se l'était imaginé. Il distingue une forme catarrhale, une croupale et une parenchymateuse; cette dernière est presque exclusivement, regardée anatomiquement, comme maladie de Bright. Deux états caractérisent surtout cette affection : les altérations de la couche épithéliale, des canalicules urinaires, et les exsudations croupales dans leur intérieur. Celles-ci sont bien connues; mais il n'en est pas de même des premières. L'altération épithéliale peut être poursuivie dans tous ses degrés, presque dans chaque rein malade. Le premier changement, et, dans certains cas, le seul, consiste en ce que les cellules deviennent plus grandes, plus résistantes et renferment un contenu fortement trouble. Plus tard il s'y dépose des molécules graisseuses, et à la fin elles se détruisent par la métamorphose graisseuse. Le premier état peut durer très longtemps, surtout dans les formes sub-aiguës, et Virchow a montré que, dans des cas plus rares, la dégénérescence élémentaire n'arrive pas jusqu'à la métamorphose graisseuse, mais que le ramollissement et la désagrégation des épithéliums altérés pouvaient avoir lieu déjà dans des périodes moins avancées.

Lors donc que le cadavre montre les altérations précédentes, on peut conclure à une maladie de Bright avec d'autant plus de droit, que l'observation clinique en a révélé les autres caractères. Or, c'est ce que nous offrent un grand nombre de cas d'affections valvulaires du cœur. A une certaine époque, coïncidant ordinairement avec la stase veineuse et l'hydropisie, on trouve dans l'urine de l'albumine, des corpuscules sanguins, des épithéliums en partie normaux, mais en majeure partie ratatinés et atrophiés; plus tard surviennent les cylindres d'exsudation et des épithéliums graisseux. A l'autopsie, on découvre les altérations caractéristiques précitées, seulement celles des premières périodes sont prédominantes.

Cette particularité ne doit pas nous étonner; car la dégénérescence rénale n'a lieu ordinairement que dans les dernières périodes des affections valvulaires, et la réunion de deux états aussi graves doit nécessairement amener la mort avant que le rein n'ait pu parcourir toutes ses périodes. De plus, les inflammations nées de stases mécaniques suivent ordinairement une marche plus lente que celles qui résultent d'hyperémies actives. Il est donc évident que les résultats cliniques et nécroscopiques ne peuvent être rapportés qu'à une maladie de Bright.

A l'appui de son opinion, M. Traube dit encore que si l'affection des reins est de nature inflammatoire et produite directement par le trouble de la circulation, des altérations analogues devraient être rencontrées également dans d'autres organes, tels que le foie, les poumons; or ce fait n'existe pas. M. Bamberger s'inscrit en faux contre cette assertion. D'après lui, rien n'est plus fréquent que de trouver avec des altérations valvulaires, des inflammations des poumons, non seulement catarrhales, mais véritablement pneumoniques, dans toutes leurs formes, avec et sans inflammation de la plèvre. L'analogie entre l'altération des reins et l'hyperémie veineuse du foie (foie muscadé) existe réellement, mais ne prouve rien contre le caractère inflammatoire de la première. Car ce foie, quand sa maladie a duré quelque temps, est graisseux; or, la dégénérescence graisseuse est le produit d'une inflammation chronique des cellules hépatiques, déterminée par l'altération persistante de la nutrition.

Il faudrait encore des observations plus nombreuses et plus détaillées que celles que nous possédons, pour établir le chiffre de la fréquence de ces deux maladies.

Ainsi, Chambers donne une statistique dans laquelle, sur 236 cas de maladie de Bright, il s'est rencontré 116 affections vasculaires, 49 p. 100 (proportion énorme). Un autre tableau, publié par Willigk, porte sur 209 cas observés à Prague, sur lesquels les valvules étaient malades 31 fois, près de 15 p. 100. C'étaient ordinairement des affections des valvules mitrale et aortiques.

A l'exception de quelques cas rares, dans lesquels une endocardite s'est développée dans le cours d'une maladie de Bright, M. Bamberger a toujours vu l'affection valvulaire être primitive, et la dernière se former sous ses yeux. Pour lui, la maladie des valvules est une cause assez fréquente de maladie de Bright, et la seule concession qu'il puisse faire à M. Traube est celle-ci : que fréquemment l'altération des reins ne dépasse pas les premières périodes anatomiques.

Maladie de Bright et hypertrophie du cœur. — Déjà Bright avait été frappé de la fréquence de l'affection des reins avec accompagnement d'hypertrophie du cœur, surtout du ventricule gauche, sans altération valvulaire. Beaucoup d'autres observateurs ont confirmé cette fréquence, que Bright porte à 23 p. 100 et Willigk à près de 20 p. 100. Il est incontestable qu'en face de ces proportions, on ne peut nier une relation de cause à effet entre la maladie de Bright et l'hypertrophie du cœur. Mais par quel mécanisme celle-ci est-elle produite?

Traube en donne une explication purement physique, très séduisante à première vue, mais qui ne supporte pas un examen approfondi. A mesure que les reins se ratatinent, le nombre des vaisseaux sanguins y diminue, et le système aortique ne peut se débarrasser d'une quantité convenable de sang; de plus, par suite de l'oblitération des canaux de Bellini, le sang artériel perd moins de liquide qui aurait dû être éliminé par la sécrétion urinaire. Par ces deux causes, la tension dans le système aortique est accrue, les résistances que la circulation a à vaincre sont augmentées, et finalement le cœur gauche se dilate et s'hypertrophie.

Cette explication ne serait valable que pour la troisième période de la maladie de Bright, accompagnée d'atrophie considérable des reins; or, les cas dans lesquels on trouve l'hypertrophie du cœur à des périodes moins avancées, lorsque la circulation est encore libre dans les reins, ne sont pas rares. L'oblitération, la ligature de chaque artère volumineuse, devraient exercer la même influence sur le cœur. Très souvent, dans la troisième période, la sécrétion urinaire n'est non seulement pas diminuée, mais elle est même augmentée. Il devrait survenir une pléthore séreuse que rien ne prouve. Si tous ces moments agissaient, il devrait se faire d'abord une dilatation du système artériel, puis celle du cœur gauche. Or, la première n'existe pas, et dans la maladie du cœur ce n'est pas la dilatation qui est prédominante, mais l'hypertrophie; souvent même la dilatation manque complétement. Enfin, les énormes exsudations séreuses seraient plus que capables d'enlever cet excès de tension du système artériel.

Si l'explication purement physique de la formation de l'hypertrophie du cœur gauche n'a pas la valeur que M. Traube lui donne, quelle autre théorie peut-on mettre à sa place ? C'est là un problème difficile, pour la solution duquel nous ne possédons pas encore tous les documents nécessaires. On ne peut nier la possibilité que, dans certains cas, l'affection du cœur soit primitive et ait déterminé la maladie de Bright, par suite du trouble circulatoire, par augmentation de la pression dans les artères. Mais ces cas d'hypertrophie idiopathique du ventricule gauche sont très rares; dans la très grande majorité, il doit donc exister une cause que l'on ne pourra découvrir que par l'analyse exacte de toutes les particularités de la maladie de Bright. Ce qu'il faudrait, avant tout, c'est un grand nombre de nécropsies faites avec tous les soins désirables, et dont les résultats, confrontés avec l'observation clinique, permettraient de dire quelles lésions sont causes, quels effets et quelles sont des complications accidentelles de la maladie. M. Bamberger publie à cet effet un tableau de 48 autopsies, chiffre évidemment trop petit pour permettre d'en tirer des conséquences certaines, mais qui seront complétées peu à peu par d'autres observateurs travaillant dans la même direction.

Ce qui frappe avant tout dans ce tableau, c'est la grande fréquence des affections du cœur, abstraction faite des lésions valvulaires et du système vasculaire, hors de toute proportion avec ce que l'on rencontre dans toutes les autres maladies. Elles y figurent 25 fois, ainsi 55,5 0/0. Après l'hypertrophie, sur laquelle nous reviendrons plus tard, ce sont la péricardite, 15 fois (31,25 0/0), (récente 8 et ancienne 7 fois); des lésions du tissu musculaire, ancienne myocardite, dégénérescence graisseuse, friabilité, pâleur, 10 fois (20,8 0/0); altération des tuniques aortiques, 4 fois (8,3 0/0); enfin l'endocardite ancienne, 2 fois, et récente 1 fois (6,2 0/0). Ces lésions sont souvent combinées, mais ne manquent pas de se montrer isolées, de sorte que la maladie du tissu musculaire ne dépend pas toujours d'une péricardite.

Parmi les autres organes, ce sont surtout les poumons qui présentent des altérations. En laissant de côté les degrés légers de catarrhe bronchique et l'œdème pulmonaire qui ne manquent presque jamais, il a existé 28 cas (58,3 0/0) de lésions graves dans les poumons, réparties ainsi qu'il suit : tubercules, 11 (près de 23 0/0); pneumonie, 10 (près de 21 0/0); pleurite, 9 (18,7 0/0); emphysème, 3; infarctus hémorrhagiques, 2.

Il est incontestable qu'un certain nombre de ces lésions ont précédé la maladie de Bright, tandis que d'autres l'ont suivie. Ainsi, la tuberculisation se trouve, pour la majeure partie, dans le premier cas. Elle peut aussi être regardée comme cause de la maladie rénale; avec certitude, quand elle s'accompagne de dilatation du cœur droit et de stases veineuses (l'emphysème agit de la même manière), et avec probabilité dans d'autres cas, quoiqu'on ne puisse nier que, vu la grande fréquence de ces deux affections, il ne puisse y avoir coïncidence fortuite.

La pneumonie et la pleurite, au contraire, sont toujours des conséquences de la maladie de Bright, dont elles forment souvent les affections terminales; mais elles peuvent aussi guérir et même récidiver plusieurs fois.

La rate a été malade 24 fois (hypertrophie, très souvent avec induration, présentant la forme lardacée). En réduisant 7 cas dans lesquels la maladie de la rate peut être rattachée à une autre affection (fièvre intermittente, typhoïde, etc.), il reste encore une proportion de 35,5 0/0, chiffre presque égal à celui trouvé par Willigk, 34 0/0.

Le foie était souvent lésé (33,3 0/0) (1); ainsi, on a trouvé 3 fois la cirrhose et 13 fois une augmentation de volume causée ordinairement par la dégénérescence graisseuse et lardacée. Il est difficile d'établir pour chaque cas la priorité de l'affection hépatique et rénale, néanmoins, la première lésion doit être mise, le plus souvent, sur le compte de la maladie rénale.

On voit donc que la maladie de Bright détermine des lésions nombreuses, surtout dans le cœur, les poumons, la rate et le foie, et que ces lésions consistent en des inflammations aiguës et chroniques, en des hypertrophies et en des dépôts de substances grasses et lardacées. Aucune explication physique ou mécanique ne peut être invoquée pour s'en rendre raison; tout tend, au contraire, vers une altération de la crase sanguine, ce qui, en dernière analyse, équivaut à confesser notre ignorance.

Reprenant isolément les cas d'hypertrophie du cœur coïncidant avec la maladie de Bright, on les trouve généralement complexes. L'hypertrophie et la dilatation d'une ou de plusieurs cavités ont existé 19 fois (39,5 0/0); 13 fois la lésion a porté sur les deux ventricules, et ces cas se décomposent en 7 d'hypertrophie et dilatation des deux cavités, 2 d'hypertrophie du ventricule gauche avec dilatation du droit, 2 de simple dilatation des deux, 1 de simple hypertrophie des deux, et 1 d'hypertrophie et de dilatation du ventricule gauche avec dilatation du droit.

Dans 4 cas, la lésion était bornée au ventricule gauche seul; c'étaient 3 hypertrophies avec dilatation et 1 hypertrophie simple. Il n'y a eu que 2 fois maladie du ventricule droit seul : 1 dilatation et 1 hypertrophie avec dilatation.

Quand on examine en détail ces cas, on acquiert facilement la conviction que, le plus souvent, il a existé une ou plusieurs causes de ces hypertrophies et de ces dilatations, causes qui se trouvent dans un certain degré de dépendance de la maladie de Bright. Ainsi ce sont la dégénérescence graisseuse et la mollesse du cœur, l'endo et la péricardite fraîches ou anciennes, des callosités myocardiques, la dégénérescence

(1) Willigh avait trouvé seulement 20 p. 100.

athéromateuse des parois de l'aorte et de nombreuses maladies des poumons, agissant sur le cœur droit. Or, quoi qu'en aient dit beaucoup d'auteurs, la péricardite, la dégénérescence graisseuse et la myocardite peuvent entraîner aussi bien la dilatation que l'hypertrophie.

Il ne reste donc, en dernière analyse, qu'un bien petit nombre de cas affectant presque exclusivement le ventricule gauche, pour la production desquels nous manquons d'explication. Mais quand même l'aspect extérieur ne trahit rien d'anormal, il peut cependant exister des altérations fines de texture très étendues; et quand on voit sous l'influence de la maladie de Bright se développer dans d'autres organes des altérations de nutrition avec un caractère hypertrophique, il serait bien possible que la substance colloïde ou amyloïde, qui se trouve dans le foie et la rate, existe aussi infiltrée en plus petite quantité dans le tissu du cœur, sans en avoir modifié l'aspect extérieur (1).

Dr STROHL.

(1) Extrait des *Archiv. f. path. anat. u. physiol.*, t. XI, no 1.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de mai 1858. — Présidence de M. ARCHAMBAULT.

Sommaire. — Correspondance. — Rapports. — Luxation de la hanche. — Pneumonie pendant la grossesse.

La correspondance comprend :

1° Le premier *Compte-rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand*, par le docteur Grand-Clément. — Rapporteur, M. Perrin.

2° Une note scientifique *sur la doctrine dite Homœopathique*, rédigée par le docteur T. Gallard, à l'occasion du procès intenté au journal l'*Union Médicale*.

La Société vote par acclamation qu'elle souscrira à 50 exemplaires de ce manifeste.

3° Un volume intitulé : *Recherches médico-physiologiques sur l'électricité animale*, par le docteur Coudret. — M. A. Mayer, rapporteur.

4° Quatre numéros du journal la *Iberia medica*. — M. Bonassies, rapporteur.

M. BONASSIES rend compte de quelques observations recueillies dans les numéros du journal espagnol dont il est chargé de traduire les articles. Dans l'une, il est question de l'emploi du chloroforme contre les vomissements des phthisiques, 6, 8, 10 gouttes de chloroforme dans un julep de 120 grammes, suffisent pour arrêter ou diminuer ces accidents, dès le premier jour.

Dans une autre, on préconise les cigarettes de belladone, stramoine, et nitre dans les affections bronchiques.

M. SIMONOT fait un premier rapport verbal sur le travail de M. le docteur Ragaine, concernant une épidémie de fièvre typhoïde, et conclut en demandant que l'on adresse des remerciements à l'auteur, et qu'on lui confère le titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Ragaine nommé, à l'unanimité, membre correspondant de la Société.

M. F. MARTIN a vu, il y a un mois, une jeune fille, à qui il donne des soins depuis un an, à Auteuil, pour une luxation congéniale droite, atteinte de douleurs très violentes de la hanche gauche, d'une véritable coxalgie; il ordonna le repos. Deux jours après, M. Michon constata la lésion; on plaça un oreiller en boudin sous le jarret; au bout de quinze jours, cette jeune fille, qui a 13 ans, était guérie, elle marchait parfaitement.

M. MERCIER désire savoir ce que l'on entend par coxalgie.

M. F. MARTIN donne ce nom à l'inflammation de l'articulation; il admet deux formes : une péri-articulaire qui s'empare des ligaments, des tissus qui environnent l'articulation, et dans laquelle il y a allongement d'abord, guérit parfaitement par le repos et n'est jamais suivie de raccourcissement.

La deuxième forme arrive quelquefois d'emblée; il y a toujours raccourcissement, adduction, il y a claudication toute la vie, ankylose. Lesauvage rapporte qu'une domestique atteinte d'une coxalgie, ayant été amenée à Caen, il trouva une coxalgie avec allongement du membre; il ordonna le repos, un vésicatoire, et la malade fut guérie au bout d'un mois. Deux ans après, cette fille revint mourir à l'hôpital, à la suite d'une autre affection; à l'autopsie, on trouva les cartilages et la capsule articulaires parfaitement sains.

M. A. MAYER est très embarrassé par les explications de M. Martin, il désirerait savoir si, pour les autres articulations, on peut agir comme pour la hanche.

M. F. MARTIN a recours à l'immobilité pour les affections de toutes les articulations. Il vit chez Sanson, une jeune fille, dont la jambe était collée à la cuisse, le genou du volume de la tête, et que le savant professeur voulait écarter pour pratiquer l'amputation, ne voyant que ce moyen d'obtenir la guérison. M. Martin posa sa machine, écarta doucement le membre, et six mois après la jeune malade venait à pied, de Vaugirard, pour le voir. Pour lui, on a fait jusqu'ici fausse route, les maladies de l'articulation de la hanche sont produites, dit-on, par une hydropisie de l'articulation; l'allongement est produit par la position que le membre est obligé de prendre. M. Martin pense qu'au lieu de produire une luxation, l'eau l'empêche; cette eau est sécrétée par quelque chose, probablement par la capsule; la capsule étant distendue, doit se raccourcir, et, par conséquent, empêcher la luxation. Les frères Weber ont démontré que la tête du fémur tenait à la cavité cotyloïde par la pression atmosphérique. M. Martin regarde la maladie de l'articulation de la hanche comme une inflammation.

M. BAUCHE remercie M. Martin de sa communication pour ce qui a trait aux maladies chroniques; quant à l'affection aiguë, pour lui, il ne croit pas le repos suffisant, dans ce cas il donne la préférence aux antiphlogistiques.

M. MERCIER : M. Martin ne croit pas que le liquide contenu dans l'articulation puisse chasser la tête du fémur hors de là; pour lui, il pense qu'on ne peut conclure d'un état instantané comme d'un état chronique, en un mot, il veut faire la part du temps. Y a-t-il inflammation de la capsule, les ligaments se distendent, un liquide peut se former dans la cavité cotyloïde et augmenter la tension, la tête suit le mouvement, arrive au niveau du bord osseux et n'étant plus soutenue peut s'échapper au niveau de la fosse iliaque externe.

M. MARTIN soutient que l'effet inverse a lieu; pour lui, comme l'a dit Boyer, si on injecte un liquide dans la capsule, la tête reste appliquée bien plus fort au fond de la cavité.

M. TRÈVES a vacciné dernièrement une petite fille de 5 mois, le cinquième jour il n'y avait aucune trace de pustule, le huitième jour il ne la revit pas, le douzième jour la vaccine commença à apparaître.

M. AMEUILLE a été appelé auprès d'une femme enceinte de six mois et demi, affectée d'une double pneumonie très intense, il eut recours aux émissions sanguines et au tartre stibié; au bout de deux heures, cette femme expulsa un œuf entier. La poche percée, le fœtus donna signe de vie. La femme guérit.

M. LABARRAQUE observa, il y a douze ans, un fait analogue sur une indigente. Cette femme était arrivée au terme de sa grossesse, lorsqu'elle fut prise de pneumonie, les émissions sanguines et le tartre stibié déterminèrent rapidement l'accouchement. A partir de ce moment, la pneumonie s'améliora et la malade guérit.

Le secrétaire annuel, J. GIMELLE.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

British medical Journal. — Mars 1858.

TUMEUR OSSEUSE DU SCROTUM; par le docteur KERR, de Canton. — Le malade est un homme âgé de 28 ans, d'une bonne santé habituelle; il est entré à l'hôpital de Canton en septembre 1856 pour s'y faire traiter d'une tumeur qu'il portait depuis vingt mois dans le scrotum et qui avait finalement atteint le volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur était solide et dure, comme l'eût été une pierre ou un morceau de bois senti à travers le scrotum; la peau était saine et parfaitement mobile. Les deux testicules étaient sains, pourtant il fallut nécessairement comprendre le gauche dans la dissection de la tumeur. La tumeur enlevée pesait cinq livres, elle était formée d'un grand nombre de masses cartilagineuses de différents volumes, réunies solidement entre elles par du tissu cellulaire; au milieu de ces masses cartilagineuses il s'était fait des dépôts considérables de tissu osseux. Après la macération, ces dépôts osseux présentent un peu la disposition d'une branche de corail naissant d'une base irrégulièrement demi-circulaire. De nombreuses aiguilles osseuses traversaient la tumeur en différents sens, de telle sorte que le bistouri, pour opérer la section de la tumeur, en divisa un très grand nombre. L'examen microscopique a démontré l'existence de cellules osseuses dans toutes ces productions.

L'origine de cette tumeur reste complétement inexplicable. La santé générale de ce jeune homme était excellente et le scrotum lui-même ne présentait aucune trace d'altération.

ÉNORME TUMEUR ÉPITHÉLIALE OU POURTOUR DE L'ANUS; par le docteur S. GAMGEE. — Le malade, George Hainer, âgé de 32 ans, d'une santé habituelle excellente, n'a jamais eu la vérole, du moins à ce qu'il affirme; il y a six ans, il a eu une blennorrhagie; il y a sept mois environ, il s'aperçut pour la première fois qu'il lui venait à la marge de l'anus une petite grosseur qui avait alors le volume du bout du petit doigt. Cette tumeur prit rapidement des dimensions considérables, et, lorsque le malade vint à l'hôpital, elle était déjà plus grosse que le poing, elle était presque aussi large à sa base qu'à son sommet. Le docteur Gamgee en pratiqua l'ablation à l'aide d'une double incision elliptique; l'hémorrhagie fut assez abondante, aussi fut-on obligé d'éteindre sur la plaie deux larges cautères actuels fortement chauffés pour arrêter l'écoulement du sang. La guérison fut très prompte. — D.

COURRIER.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Le mercredi 13 octobre 1858, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à trois places de chirurgien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, tous les jours, les dimanches exceptés, de midi à trois heures.

Les inscriptions seront reçues à partir du lundi 13 jusqu'au lundi 27 septembre, inclusivement.

Le secrétaire général, L. DUBOST.

CONCOURS POUR LA NOMINATION D'UN CHEF INTERNE. — Le lundi, 13 décembre 1858, à 2 heures après midi, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulon pour la nomination d'un chef interne des hospices civils.

Ce concours aura lieu sous la présidence de M. le sous-préfet, en présence de la commission administrative, et devant un jury médical composé de MM. les médecins, chirurgiens et pharmacien en chef des hospices civils.

Ne seront admis à concourir que les candidats âgés de 21 ans au moins, célibataires ou veufs sans enfants. Le diplôme de docteur ou le titre d'officier de santé ne sont pas exigés.

Les candidats devront produire :

1° Un extrait de l'acte de leur naissance.

2° Un certificat de moralité, délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants.

3° Un certificat constatant qu'ils ont pris au moins huit inscriptions de Faculté ou d'École secondaire, et, à défaut, la preuve qu'ils ont été attachés à un hôpital, pendant deux ans au moins, comme élèves internes ou externes.

4° Le diplôme de bachelier ès-lettres ou ès-sciences.

Ces pièces seront déposées au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire avant l'ouverture du concours.

Programme des examens :

1re séance (question orale) : Anatomie et physiologie. — 2me séance (question écrite) : Pathologie interne et externe. — 3me séance (question orale) : Accouchements et opérations chirurgicales. — 4me séance (question orale) : Clinique interne et externe; matière médicale.

Après le rapport du jury, la commission administrative nommera le chef interne.

Le temps d'exercice du chef interne est de trois ans, à dater du 1er janvier 1859.

A la fin de cet exercice, l'administration pourra, sur le rapport de MM. les médecins et chirurgiens en chef, si elle le juge convenable, prolonger le temps de service du chef interne.

Les émoluments du chef interne sont fixés à 500 fr. (Il est alloué en outre, au chef interne par le département, une subvention de 200 fr., comme répétiteur du cours d'accouchement.)

Il sera logé, nourri, éclairé, chauffé, blanchi dans l'établissement.

Le chef interne se conformera aux règlements des hospices civils.

Éloge de Marie-Jean-Pierre FLOURENS, membre de l'Académie française et Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, par le docteur PERIERGOPOULOS. Grand in-8°. — Prix : 2 fr., *franco*. — Chez Labé, libraire.

Les Médecins cantonaux, lettres adressées au préfet du département de la Haute-Loire, par le docteur ANDRIEUX (de Brioude). In-8° de IV-92 pages. — Prix : 2 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 112. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 21 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris : DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Il y a quelques jours, nous prédisions avec assurance que nos braves et loyaux confrères du Comité de Bordeaux seraient les premiers à s'engager, par leur adhésion sans réserve, dans la voie de la conciliation ouverte par les Statuts. Notre prévision s'est complétement réalisée, et M. le Président de l'Association générale a reçu la belle et noble lettre suivante que nous sommes autorisé à reproduire :

Bordeaux, 14 septembre 1858.

Monsieur le Président,

Nous avons reçu avec une respectueuse reconnaissance la lettre que vous avez bien voulu nous adresser, en date du 9 septembre. Nous nous sommes empressés de la communiquer à nos collègues. La commission des médecins de la Gironde nous charge de vous adresser des remercîments auxquels elle croit que le corps médical tout entier s'associera; elle sait qu'il lui eût été impossible de surmonter les difficultés de toute nature qui s'opposaient à la réalisation de ses vœux sans le concours des talents supérieurs que votre nom a réunis, elle sait que la part de son influence dans le succès de l'œuvre commune se réduit à bien peu de chose auprès des efforts persévérants de la Commission d'organisation dont vous avez dirigé les sages délibérations et les travaux, et jalouse de mériter encore votre haute approbation, elle s'efforcera de hâter le développement et d'assurer la prospérité de la grande et généreuse institution qui sera l'un des plus beaux actes de votre vie médicale.

La Commission des médecins de la Gironde s'empresse de déclarer que les Statuts de la nouvelle Institution donnent satisfaction à ses vœux les plus chers comme à ses aspirations; elle admire la profonde sagesse avec laquelle la Commission d'organisation, résolvant les difficultés d'une Association générale des médecins, a su concilier les droits de chacun, les idées locales et les faits accomplis, avec le grand principe de la solidarité professionnelle; enfin chacun de ses membres réclame comme un honneur d'être inscrit des premiers sur la liste des adhésions.

Nous sommes avec un profond respect, Monsieur le Président, vos très humbles et très obéissants serviteurs.

Pour les membres de la Commission des médecins de la Gironde,

J. JEANNEL, Secrétaire. A. FROIN, Président.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

SOMMAIRE. — Parallèle des indications de l'amputation et de la résection dans les tumeurs blanches.

TUMEUR BLANCHE DU COUDE DROIT; AMPUTATION. — Louis Tillier, 28 ans, cantonnier, né à Belabre (Indre), quoique d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, a néanmoins jusqu'ici été fort et vigoureux, à ce qu'il raconte; il n'a jamais toussé, ni jamais eu d'hémoptysies.

Il y a six mois environ que le coude droit devint le siége de vives douleurs avec gonflement, sans cause appréciable. Il ne se rappelle pas être tombé ni avoir reçu de coup sur le bras; mais il est cantonnier, il casse des pierres pour les chaussées de Paris, travail très fatigant et qui exige des efforts considérables du bras droit surtout. La maladie faisant des progrès constants, il entra à l'hôpital le 3 mai 1858. Depuis un mois environ, c'est-à-dire deux mois après l'invasion de la maladie articulaire, était survenu un gonflement douloureux du testicule droit; ce testicule est aujourd'hui le siége d'un engorgement tuberculeux qui a suppuré et offre encore actuellement une fistule laissant passer un peu de pus.

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, il se forma un acbès à la partie postérieure du coude, on l'ouvrit, et, depuis lors, il a été remplacé par un trajet fistuleux qui conduit sur un point osseux dénudé.

Dans les premiers jours de juin, je constatai l'état suivant : le malade est pâle, maigre, épuisé par la suppuration et par la diarrhée; le coude droit est le siége d'un gonflement circonférentiel uniforme; les parties molles sont profondément altérées et donnent à la main une sensation de fausse fluctuation qui est due aux fongosités considérables dont la synoviale est le siége. Les ligaments sont détruits, ainsi qu'on peut s'en assurer en imprimant à l'avant-bras des mouvements de latéralité sur le bras; dans ces mouvements, on sent un frottement rude qui indique que les cartilages sont résorbés. En un mot, nous trouvons chez ce malade tous les symptômes d'une tumeur blanche à son degré le plus élevé et réclamant l'intervention active de la chirurgie.

Mais quel genre d'opération convenait-il de pratiquer ici?

La résection est une opération très grave qui donne lieu à une suppuration abondante et prolongée, car les parties molles qui environnent les extrémités articulaires sont elles-mêmes plus ou moins malades, et ce n'est que par la suppuration que les parties altérées de ces tissus peuvent être éliminées. Or, notre malade est amaigri, épuisé; il est, depuis quelque temps, sujet à une diarrhée abondante. Il a, comme je vous l'ai dit, un testicule tuberculeux; j'ai dû m'assurer d'abord de l'état des poumons : je n'y ai trouvé qu'une respiration rude et une expiration prolongée qui me permettent peut-être d'y soupçonner l'existence de tubercules à l'état de crudité. Je craignais donc que l'épuisement inévitable qui succéderait à la résection des extrémités articulaires, ne hâtât la mort de ce malade, dont la constitution est profondément altérée, et j'ai dû, par conséquent, m'arrêter à l'idée d'une amputation.

Le bras fut donc amputé le 15 juin 1858, à une distance assez éloignée du coude, c'est-à-dire vers la partie moyenne : l'opération n'a rien présenté de particulier.

Dans les premiers jours qui suivirent l'amputation, les choses ont marché d'une manière régulière : la plaie, formée par le rapprochement latéral des parties molles, et, par conséquent, dirigée d'avant en arrière, se réunit par première intention dans ses deux tiers supérieurs; le tiers inférieur seul, dans lequel passaient les fils des ligatures, était le siége d'une suppuration modérée. Le 8 juillet, c'est-à-dire au moment où l'atmosphère était chargée de vapeurs humides et froides, est survenue une fâcheuse complication : la plaie, qui jusque là avait eu un bon aspect, s'est recouverte d'une matière pultacée, d'une légère couche de diphthérite que nous avons combattue par le jus de citron et les pansements avec la charpie sèche; sous l'influence de ce traitement, la plaie s'est nettoyée et a rapidement marché vers la cicatrisation.

Un fait sur lequel je veux appeler votre attention, c'est l'amélioration notable que l'opération a apportée immédiatement à l'état général de ce malade. Vous vous rappelez qu'il était en proie à de violentes douleurs qui rendaient le sommeil impossible; il avait des sueurs abondantes, une diarrhée que rien ne pouvait arrêter; tous ces accidents ont été supprimés d'emblée par l'opération : il a dormi le soir même, la diarrhée et les sueurs ont disparu dès le premier jour; enfin, aujourd'hui, Tillier a déjà repris un peu d'embonpoint.

L'examen de la tumeur nous a montré une altération profonde de toutes les parties molles périarticulaires, qui sont transformées en tissu lardacé : la synoviale avait produit une quantité considérable de fongosités mêlées de pus; les ligaments étaient détruits, les cartilages en grande partie résorbés, et les extrémités osseuses dénudées. C'était donc, comme nous l'avions jugé, une tumeur blanche avec altération des éléments et des tissus voisins articulaires, dont il était impossible d'espérer la conservation dans l'hypothèse d'une résection, et réclamant, par conséquent, l'amputation que commandait, d'ailleurs, l'état général du malade.

TUMEUR BLANCHE DU COUDE DROIT, PROBABLEMENT DE NATURE SYPHILITIQUE, RÉSECTION. — Boyer (Louis), 58 ans, typographe, entré le 19 avril 1858. Depuis sa jeunesse il était sujet à de fréquentes attaques de rhumatisme poly-articulaire : à 30 ans environ, il contracta des chancres indurés qui furent suivis plus tard d'accidents secondaires et tertiaires, syphilides, douleurs ostéocopes, etc. Malgré cela, la santé générale est habituellement bonne.

Il y a trois ans et demi, sans cause extérieure appréciable, survint un gonflement douloureux du coude droit; le gonflement et la douleur existaient surtout à la partie postérieure de l'articulation au niveau de l'olécrâne; il s'y forma un abcès que l'on dut ouvrir. La plaie ne se ferma pas, il resta un trajet fistuleux qui, cependant, n'empêcha pas le malade de travailler pendant deux ans après la formation de l'abcès.

Il y a un an les douleurs revinrent avec une nouvelle intensité, la suppuration, qui pendant quelque temps avait été presque nulle, augmenta rapidement; il survint du gonflement, le travail devint impossible, enfin, le 14 septembre 1857, il entra à l'hôpital. Le traitement consista principalement eu applications de teinture d'iode sur le pourtour du coude, et en l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur; au bout de cinq ou six semaines de ce traitement, il était considérablement amélioré et retourna chez lui. Mais, vers la fin de mars, il éprouva de nouveaux accidents, avec une telle intensité, qu'il dut rentrer à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1858.

Lorsque je pris le service de M. Boyer, au mois de juin, je trouvai le malade en proie à de vives douleurs qui empêchaient complétement le sommeil; il était pâle, maigre, sans appétit. M. Verneuil m'apprit qu'il y avait eu depuis six semaines plusieurs bouffées inflammatoires, avec gonflement et douleurs considérables, qui tendaient cependant à diminuer depuis quelques jours. L'articulation était en effet le siége d'un gonflement qui paraissait plutôt occuper les extrémités osseuses, tandis que les parties molles semblaient peu altérées; du reste, je constatai une mobilité anormale du coude avec frottement des os, les cartilages, la synoviale et les ligaments étaient donc détruits; en arrière, au niveau de l'olécrâne, on trouvait une dépression correspondant à la portion de cet os, qui avait été antérieurement le siége de la suppuration.

En présence de ces désordres graves des parties dures de l'articulation qui ne permettaient pas d'espérer la guérison spontanée, eu égard au peu d'altération que présentaient les parties molles, considérant d'autre part que la constitution du malade était bonne, que la complication syphilitique avait disparu sous l'influence du traitement ioduré et que l'affaiblissement et l'état gastralgique auxquels le malade était en proie résultaient simplement des douleurs violentes qu'il éprouvait ainsi que de la suppuration continuelle, je songeai à pratiquer la résection des extrémités osseuses.

Mais avant de faire cette opération, qui donne lieu à une plaie dont la cicatrisation ne peut se faire que par une suppuration assez longue et exigeant par conséquent une certaine énergie dans la constitution, je plaçai le bras dans uue gouttière et ordonnai au malade de se lever et de faire un peu d'exercice actif; je prescrivis en même temps une alimentation un peu tonique. Mon attente ne fut pas trompée, la santé générale s'améliora notablement et je pratiquai l'opération le 30 juin.

La peau étant largement ouverte par une incision en H, j'isolai d'abord le nerf cubital, puis je coupai à sa base l'olécrâne avec les cisailles de Liston, ce qui fut d'autant plus facile que le tissu en était ramolli. Passant alors une scie à chaîne sous l'extrémité inférieure de l'humérus, au niveau de son cinquième inférieur environ, je divisai cet os; aussitôt cette portion de l'humérus fut extraite, les ligaments qui l'unissent aux os de l'avant-bras étant complétement détruits; puis ayant isolé le radius et le cubitus, à leur partie supérieure, j'en retranchai une portion assez considérable, 5 à 6 centimètres. Il n'y eut aucune hémorrhagie.

Examen de la pièce. — Les surfaces articulaires du cubitus sont presque entièrement dépourvues de cartilages, les portions qui restent sont ulcérées, ramollies; la cavité olécrânienne est percée de part en part; l'olécrâne est le siége d'une perte de substance assez considérable, il est réduit à une portion très courte, dans laquelle on observe une cavité assez grande résultant de l'absorption du tissu spongieux; le radius et le cubitus sont profondément altérés non seulement dans leurs extrémités articulaires, mais encore dans une certaine étendue, au-dessous de l'article, on y reconnaît les traces évidentes de l'ostéite. La synoviale, dont il ne reste que des lambeaux, présente une quantité relativement peu considérable de fongosités. Les muscles sont un peu émaciés; le tissu cellulaire et la peau qui entourent l'articulation n'offrent aucune altération sérieuse.

L'effet immédiat de l'opération a été de soustraire le malade aux vives douleurs qu'il éprouvait, et par suite le sommeil est revenu, l'appétit est bon, le visage calme; il n'a même pas eu de fièvre traumatique, tandis que souvent il avait des accès fébriles provoqués par la suppuration; c'est pour cette raison que M. Verneuil s'était abstenu de pratiquer l'opération.

La plaie a été simplement pansée avec de la charpie sèche, et recouverte de compresses imbibées d'eau froide, et le membre placé dans une gouttière coudée.

Le 15 juillet, l'aspect de la plaie est bon; des bourgeons charnus, d'une bonne nature, se pressent de toutes les faces de la plaie, et convergent les unes vers les autres; la suppuration est franchement phlegmoneuse et modérément abondante. Le malade n'a plus de douleurs, il dort bien et a bon appétit.

Aucun accident n'est venu entraver la marche de la guérison,

et, en même temps, que la plaie se cicatrisait, le malade, soumis à une alimentation confortable, a vu bientôt sa santé générale s'améliorer.

Enfin, voici ce que nous constatons le 25 août : les incisions, en forme de H, sont complétement cicatrisées; les os de l'avant-bras ont contracté avec l'extrémité inférieure de l'humérus des adhérences fibreuses solides qui permettent de fléchir le membre dans une certaine étendue; le poignet et les doigts sont étendus et raides; mais dans aucune de ces articulations l'ankylose ne s'est établie, et les mouvements artificiels que, d'après nos conseils, le malade fait exécuter depuis quelques jours à ces jointures, leur a déjà rendu une certaine mobilité qui ne fera que s'accroître journellement.

Nous avons donc obtenu le meilleur résultat possible; grâce à la résction des extrémités osseuses altérées, le malade a conservé un bras capable de lui rendre de grands services.

De la comparaison de ces deux observations ressort un enseignement précieux que je résumerai de la manière suivante :

1° L'amputation est indiquée dans les cas où, avec une altération profonde des os et des parties molles, il y a une mauvaise constitution, un état cachectique qui met le malade dans l'impossibilité de faire les frais d'une suppuration abondante et longue.

2° La résection des extrémités articulaires est au contraire indiquée dans les cas où l'altération dominante siége dans les os, les parties molles étant peu malades, et pouvant, par conséquent, être conservées. Mais la plaie que cette opération laisse après elle ne peut guérir par première intention, elle doit nécessairement suppurer longtemps; la résection n'est donc possible que chez les sujets dont la constitution est bonne et capable de fournir des bourgeons charnus de bonne nature, et de résister à l'épuisement que produira la formation du pus.

On se préoccupait beaucoup, autrefois, des trajets fistuleux que peut présenter la peau; la source du pus étant supprimée, ces trajets disparaissent d'eux-mêmes.

3° Vous observerez souvent, comme résultat immédiat de l'opération, une amélioration notable de la santé générale, la suppression des douleurs, donnant au malade un sommeil réparateur et lui permettant de manger un peu, ce qui lui était complétement impossible auparavant. Enfin, les individus atteints de carie ont souvent des accès de fièvre causés par la suppuration et par les douleurs, l'opération supprime immédiatement les accès fébriles; il ne faut donc pas les considérer comme une contre-indication à l'opération.

HYPERTROPHIE PAPILLAIRE DU COL UTÉRIN. — La malade, âgée de 27 ans, couchée au n° 4 de la salle St-Paul, paraît bien constituée : depuis plusieurs mois les règles sont dérangées; elles reviennent tous les quinze jours et sont très abondantes; dans l'intervalle des époques, il y a de la leucorrhée, en assez grande quantité, mais sans odeur. Le toucher fait reconnaître en haut du vagin un fongus un peu ferme, mais friable, et ne saignant pas beaucoup; la malade ressent très peu de douleur.

Quelle est la nature de cette tumeur? Les recherches modernes ont prouvé que les tumeurs du col utérin, bien que produisant des troubles fonctionnels analogues et se présentant avec des caractères physiques à peu près identiques, peuvent cependant être de nature très différente, et ne sont pas toutes également graves et susceptibles de récidiver après l'extirpation.

1° On y trouve d'abord des tumeurs encéphaloïdes qui, quelquefois, prennent dès le début, comme l'a signalé Mme Boivin, un aspect fongiforme, végétant; ces végétations sont friables, se développent rapidement, et s'accompagnent d'un écoulement séreux ou séro-purulent très abondant (cancer végétant); c'est la forme la plus grave.

2° Puis vient le cancer épithélial; mes observations m'ont démontré que cette forme est plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois; il y aurait à peu près, sur 10 tumeurs cancéreuses du col, environ 3 ou 4 tumeurs épithéliales; ces deux formes sont donc à peu près également malignes, avec cette différence seulement que le cancer encéphaloïde emporte la malade plus vite que la forme épithéliale; elles récidivent aussi toutes les deux d'une manière à peu près inévitable, quelle que soit l'époque où l'on a opéré.

3° Il est une troisième forme de tumeurs qu'il me serait assez difficile de qualifier; elles représentent à peu près le chevelu des racines d'une plante, constituent des masses molles, saignant facilement, et implantées sur un fond blanchâtre. Cette espèce de tumeur est maligne, et cause des hémorrhagies abondantes.

4° Il y a une quatrième espèce de tumeurs que j'ai eu plusieurs fois occasion d'observer; l'habile micrographe M. Robin a eu la bonté de les examiner, il les a trouvées constituées par une hypertrophie des follicules de la muqueuse du col utérin; au toucher, elles ne diffèrent pas beaucoup de l'encéphaloïde, elles sont molles, elles saignent et donnent lieu à un peu de suppuration inodore. Quand ces tumeurs sont enlevées de bonne heure, elles guérissent assez souvent; c'est probablement à cette espèce de tumeurs que l'on avait eu affaire dans les cas de prétendue guérison de cancers utérins.

5° Enfin l'hypertrophie papillaire, se présentant avec des caractères physiques et des symptômes absolument semblables à ceux de la forme précédente. Dans cette variété, la tumeur est simplement formée par une hypertrophie de la couche papillaire de la muqueuse du col, analogue aux productions verruqueuses du réseau papillaire du derme, dont elle représente parfaitement l'aspect lorsqu'elle s'est desséchée.

Telles sont les différentes espèces actuellement connues des tumeurs pouvant se présenter sur le col utérin. Faut-il borner là les variétés possibles? Nous ne le pensons pas, il est probable que les recherches ultérieures en feront découvrir d'autres encore.

La tumeur que porte notre malade se rapporte, je crois, à cette dernière espèce; elle forme un champignon qui coiffe le col de l'utérus, et remonte un peu plus haut en arrière qu'en avant à cause de l'étendue plus grande du cul-de-sac postérieur du vagin; mais glissant le doigt derrière ce champignon, je constatai que le col était encore sain dans une étendue de 3 ou 4 centimètres, et paraissait intact, à part un peu d'engorgement dans toute sa circonférence.

A quelle espèce de tumeur avons-nous affaire ici? Il est impossible, quant à présent, de diagnostiquer d'une manière exacte la nature de la maladie, et par conséquent d'apprécier rigoureusement les chances que présente l'opération. Il y a cependant lieu de penser que, chez cette malade, elle pourra être pratiquée d'une manière utile. En effet, si c'est une tumeur cancéreuse, l'extirpation soulagera momentanément la malade en la débarrassant des hémorrhagies qui l'épuisent; si, au contraire, comme j'en ai émis précédemment l'opinion, c'est une simple tumeur papillaire, l'opération guérira définitivement la maladie.

L'état extérieur du col est assez facile à constater; il se présente ici avec un aspect favorable : mais, comme toutes ces tumeurs se développent surtout dans l'épaisseur de la muqueuse, il importerait de savoir si l'altération ne remonte pas plus haut dans la muqueuse qui tapisse la cavité du col qu'à l'extérieur, de sorte qu'en amputant au-dessus des limites extérieures, on n'enlèverait pas toutes les parties malades. Cette partie du diagnostic est impossible à élucider; c'est une lacune fâcheuse qui influe sur le pronostic et sur le manuel opératoire. En effet, la tumeur se prolonge-t-elle dans la cavité du col, il faudra tailler dans celui-ci un cône creux, comprenant une plus grande partie de la paroi interne que de la paroi externe du col. C'est ainsi que l'on pratiquait autrefois l'amputation du col, opération grave, en ce qu'elle provoquait de fréquentes hémorrhagies, les vaisseaux hypertrophiés du col étant divisés par le bistouri. Or, on ne peut lier ces vaisseaux trop profondément situés; il faut se contenter de tamponner le vagin, moyen fort insuffisant et qui n'ôte rien à cette opération de sa gravité.

M. Chassaignac a introduit dans la chirurgie un instrument qui constitue un véritable progrès, l'écraseur linéaire; c'est un serre-nœud doué d'une grande puissance, avec lequel on étrangle les parties sur lesquelles on l'applique; il détermine d'abord une simple constriction, puis en serrant davantage et avec lenteur, il déchire les parties, les vaisseaux se rompent, mais comme les tuniques dont ils sont composés se déchirent lentement et à différents degrés, il n'y a pas d'hémorrhagie; si au contraire on opère la section des tissus avec trop de rapidité, il n'y a pas de rétraction dans les tuniques vasculaires et l'on a des hémorrhagies comme avec l'instrument tranchant. C'est donc un immense avantage que donne l'écraseur linéaire, mais il y a à côté de cela un inconvénient sérieux, c'est que cet instrument coupe les parties de dehors en dedans et laisse sur le moignon du col un cône saillant au lieu de procurer un cône creux comme cela est à désirer pour les tumeurs qui remontent dans la cavité du col; tout au plus peut-on, en y prenant tous les soins imaginables, obtenir une section égale des parois interne et externe.

Le 17 juin, l'écraseur a été appliqué au-dessus de la tumeur, et nous avons obtenu la division complète du col en vingt minutes : nous avons enlevé environ un centimètre de tissu sain. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; la malade a été couchée et j'ai fait introduire dans la journée des fragments de glace dans le vagin pour prévenir l'inflammation.

M. Verneuil, qui a eu la bonté d'examiner la tumeur au microscope, l'a trouvée formée par une hypertrophie du réseau papillaire de la muqueuse du col, analogue à ces grosses verrues que l'on trouve souvent aux mains. Toute l'altération a été enlevée ici; l'inconvénient que j'ai signalé dans l'emploi de l'écraseur linéaire n'a donc ici aucune gravité; mais il serait à craindre que, dans les tumeurs encéphaloïdes ou épithéliales qui remontent quelquefois assez haut dans la cavité du col utérin, on laissât quelques portions de la maladie.

Depuis l'opération, il n'est survenu aucun accident; il y a eu un peu de suppuration qui s'est tarie promptement. Les règles sont venues, mais elles n'ont duré que trois jours; tandis qu'avant l'opération, elles duraient sept à huit jours. La totalité de la maladie a été enlevée, mais bien que j'aie eu le soin de placer l'écraseur dans l'épaisseur des tissus sains, j'ai cru prudent de pratiquer, le 12 juillet, une légère cautérisation au fer rouge, plutôt pour nous mettre à l'abri de toute espèce d'accident que parce qu'il est resté des points altérés, il n'y en a pas.

Les hémorrhagies étant supprimées, la malade a repris bientôt ses forces, nous lui avons d'ailleurs prescrit une alimentation tonique.

Un dernier examen a été fait le 19 juillet : le col se présente sous la forme d'une saillie peu considérable, il est à peu près plat; la surface en est rouge, mamelonnée, comme couverte de bourgeons charnus. Cet état est très satisfaisant, et je me disposais à renvoyer la malade, lorsque je m'aperçus qu'elle avait sur une main des plaques de psoriasis circiné. Elle m'avoua qu'elle avait eu, deux ans auparavant, un écoulement qui a disparu presque sans traitement. Eu égard à l'existence de ce psoriasis palmaire, manifestation évidente de la syphilis constitutionnelle, je soumis la malade à un traitement combiné d'iodure de mercure et d'iodure de potassium.

Le 14 août, cette femme quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Dr DOUMIC.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TROIS CAS D'ANÉVRYSME POPLITÉ TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LA COMPRESSION.

Les deux premières observations appartiennent à M. Alf. Crocker, chirurgien militaire dans l'armée anglaise; la troisième est due M. S. Cusack, de Dublin.

I. Le soldat G. Overton, âgé de 30 ans, doué d'une forte constitution, et ayant toujours joui d'une bonne santé, fut apporté à l'hôpital régimentaire, à Malte, dans la nuit du 10 avril 1857, se plaignant d'une vive douleur dans le genou droit et dans le mollet correspondant, laquelle avait obligé à le relever de garde. L'examen de la région fit découvrir dans le creux poplité une tumeur volumineuse, de forme oblongue, pulsative, qui fut reconnue être un anévrysme. Le sac avait environ quatre pouces de long et était le siége de battements énergiques qui s'arrêtaient quand l'artère fémorale était comprimée, et d'un bruit très fort que le stéthoscope faisait percevoir. Le malade disait n'avoir éprouvé quelque malaise dans la jambe que depuis neuf ou dix jours, ce qui l'avait fait boiter un peu en marchant, mais ne l'avait pas empêché de continuer son service jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

On décida de recourir à la compression comme méthode de traitement, bien que, en raison du volume de la tumeur, les chances d'un résultat favorable parussent assez douteuses.

Le 11 avril, la peau ayant été préalablement rasée et badigeonnée avec une forte solution de nitrate d'argent pour en atténuer la sensibilité, l'instrument de Carte fut appliqué sur le trajet de l'artère fémorale, à trois pouces à peu près au-dessous du ligament de Poupart, et la compression portée à un degré suffisant pour intercepter presque le cours du sang dans le sac. En même temps la digitale fut administrée à l'intérieur, dans le but d'abaisser l'énergie de la circulation, et la jambe fut enveloppée d'une bande de flanelle. Un second appareil fut disposé sur le pubis, afin d'éviter une pression continue sur un seul point, l'un des instruments devant être serré au moment où il y aurait lieu de relâcher l'autre.

D'abord la compression détermina une vive douleur qui empêcha de la laisser appliquée au même endroit pendant plus de trois heures; mais peu à peu elle devint plus supportable, et le patient put l'endurer pendant beaucoup plus longtemps de suite. Le 15 avril, il existait une légère vésication causée par l'instrument inférieur; la position en fut par conséquent quelque peu modifiée. Vers le 24, la tumeur avait diminué de volume dans une proportion notable, et était devenue beaucoup plus dure. Mais une large escarre s'était formée à la partie antérieure de la cuisse; il fallut donc enlever l'appareil inférieur. La compression fut alors continuée au moyen du petit coussinet d'un tourniquet placé dans une entaille pratiquée au milieu d'une plaque de liége, et sur lequel fut posé un poids de quatre livres : un surveillant, relevé d'heure en heure, fut chargé de maintenir le tout en place. En même temps une vessie, pleine de glace pilée, fut mise sur le jarret. Ces moyens furent continués jusqu'au 4 mai, où le traitement — à l'exception de l'application de la glace qui ne fut pas interrompue — dut être suspendu en raison d'escarres nouvelles et profondes qui s'étaient formées et s'accompagnaient d'une vive douleur et d'inflammation de la peau environnante. A cette époque, le sac était réduit à la moitié de son volume primitif, et était devenu très dur; cependant un battement distinct se sentait encore dans la tumeur et un faible bruit y était perçu.

Après que l'escarre eut été éliminée et que le membre se trouva dans un meilleur état, la compression fut reprise, le 11 mai, au moyen du coussinet et du poids, surveillés et maintenus comme auparavant; on eut soin d'en changer de temps à autre le point d'application, tantôt sur une partie du vaisseau, tantôt sur une autre, de manière à ménager la peau. Le 23 mai, le bataillon du docteur Crocker ayant dû s'embarquer pour Gibraltar, le traitement fut laissé à la direction de l'aide-chirurgien Bleckley, du 14me régiment, qui le continua avec beaucoup de soin et d'assiduité. Le 16 juin, toute pulsation avait cessé dans le sac; néanmoins, la compression fut encore continuée jusqu'à la fin du mois, époque où la guérison put être considérée comme assurée. La jambe resta faible pendant quelque temps et le mouvement de la jointure imparfait; mais le sac finit par se résorber, et les fonctions du membre se rétablirent. Le sujet qui, pendant toute la durée du traitement, avait montré beaucoup de courage et de patience, rejoignit son régiment à Gibraltar dans le mois d'août, et depuis il a tout à fait repris son service.

II. Le second cas est celui du soldat Ed. Doran, âgé de 29 ans, grand, maigre, pâle et d'une faible complexion, mais ayant été rarement à l'hôpital. Admis le 16 juillet 1857 pour une dyspepsie, suite d'excès alcooliques, il lui arriva, pendant qu'il était en traitement, de parler d'une tumeur qu'il portait à la partie postérieure de la jambe, qui lui causait quelque douleur, et dont il avait commencé à s'apercevoir trois mois auparavant. Cette tumeur était un anévrysme de l'artère poplitée; elle avait le volume d'un œuf et était le siége de pulsations et d'un bruit très prononcé.

La même méthode de traitement fut adoptée : mais, comme un seul presse-artère (celui de Carte) était disponible, il fut appliqué sur l'artère fémorale à la partie inférieure du triangle de Scarpa, et un tampon surchargé d'un poids, comme dans le cas précédent, fut placé sur un point plus élevé du vaisseau et retenu *in situ* par la main d'un infirmier. De cette manière, une compression alternative, mais constante, fut maintenue sur différentes parties de l'artère, et toute escarre fut évitée. On ne chercha pas à déterminer une entière cessation de la circulation à travers le sac, mais d'y diminuer l'abord du sang, de façon à permettre aux caillots de s'y former et de le remplir graduellement. Le malade supporta très bien la compression et se soumit au traitement avec la plus grande patience. Le 13 août, la tumeur était devenue beaucoup plus dure et son volume avait notablement diminué; cependant, quoique aucune pulsation ne pût être sentie, un bruit faible y était encore perceptible. La compression ayant déterminé une légère vésication de la

peau, on jugea à propos de la suspendre pendant quelques jours, après quoi elle fut rétablie comme auparavant. Elle fut continuée en tout l'espace de soixante-deux jours, au bout desquels le sac se trouvait complètement rempli de fibrine, et la guérison parut certaine. Quelque temps après, le malade sortit de l'hôpital, pouvant aller et venir et ayant le libre usage de l'articulation fémoro-tibiale.

Bien que le temps nécessaire pour amener la guérison dans ces deux cas ait été un peu long, ces observations, ainsi que la remarque en est faite par l'auteur anglais, sont intéressantes, parce qu'elles montrent que, si la compression est continuée d'une manière constante et avec persévérance, un résultat favorable peut toujours être espéré. C'est ce que fait voir en particulier le premier cas, dans lequel le volume considérable de l'anévrysme et la formation d'escarres étendues présentèrent un concours de conditions défavorables et embarrassantes qui retardèrent matériellement le succès, mais qui furent enfin surmontées par la persévérance dans l'emploi du traitement institué. Dans le cas suivant, celui de M. Cusack, l'oblitération du sac a été obtenue beaucoup plus rapidement, puisqu'elle eut lieu en vingt-six heures; outre cette circonstance, l'observation est intéressante par d'autres points encore, l'intermittence de la compression, la forme simple suivant laquelle elle fut appliquée, etc.; malheureusement le sujet paraît avoir été perdu de vue trop peu de temps après sa guérison.

III. Lorsque cet homme, âgé de 38 ans, entra à l'hôpital de Steevens, à Dublin, l'anévrysme, qui avait été causé par une violence extérieure, datait de neuf semaines et était de la grosseur d'une orange; la compression de l'artère dans l'aine y faisait cesser toute pulsation. Le malade fut d'abord soumis pendant trois jours à l'usage interne de la digitale, et à un régime fortement réduit, tant sous le rapport des aliments proprement dits que sous celui des boissons; puis le traitement fut commencé.

Le 30 octobre, à huit heures du soir, un poids de plomb de forme conique, pesant cinq livres et demie, ayant été placé sur l'artère fémorale, au niveau de l'aine, les pulsations devinrent à peine sensibles dans la tumeur; le malade pouvait supporter cette quantité de pression sans trop de peine. On se servit constamment, pour comprimer le vaisseau, d'un poids de plomb ayant la forme d'un cône tronqué, dont la base la plus étroite, ayant à peu près la dimension d'un tampon de tourniquet ordinaire, était appliquée sur l'artère, avec l'intermédiaire d'un morceau de peau douce et souple plié en double. Ce poids était maintenu en position au moyen d'un fil de fer solide adapté à la base la plus large du cône, et qui était passé dans un anneau fixé à une sorte de gouttière embrassant le bassin des deux côtés. Une potion avec la morphine fut prescrite dans le but de procurer du sommeil au malade et de continuer la compression pendant qu'il dormirait. Mais il ne dormit pas; il put cependant endurer l'appareil qui lui fut laissé jusqu'à sept heures et demie du matin; on interrompit alors la compression pendant deux heures pour permettre le sommeil. A neuf heures et demie (31 octobre), le poids fut réappliqué et laissé en place jusqu'à neuf heures du soir. Pendant ce temps la tumeur devint beaucoup plus dure, les vaisseaux anastomotiques superficiels se dessinèrent très distinctement; la jambe parut un peu plus œdématiée. Le pied avait été tenu chaudement au moyen d'une bouteille d'eau chaude. La nuit se passa bien et le malade reposa. A dix heures et demie du matin, le 1er octobre, après avoir eu le soin de repousser sur le côté avec les téguments un ganglion lymphatique qui était devenu douloureux, mais était resté mobile, on réappliqua la compression, et cette fois l'on employa un poids de huit livres, au moyen duquel toute pulsation appréciable fut supprimée dans la tumeur. A quatre heures du soir, le poids fut enlevé, et il ne reparut ensuite aucune pulsation, ni aucun bruit dans le sac. La compression avait duré en tout vingt-six heures et demie. Le membre était chaud, le malade n'éprouvait aucune douleur; mais la tumeur était le siége de chaleur et de sensibilité. On rétablit la compression pendant six heures encore, jusqu'à dix heures du soir, où elle fut tout à fait laissée de côté. Une nouvelle potion à la morphine fut administrée.

Tout alla bien jusqu'au 15 novembre. Ce jour, la tumeur était considérablement réduite, tellement que rien ne put persuader le malade de prolonger son séjour à l'hôpital et qu'il fallut le laisser partir (1).— G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 10 et 25 août 1858. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — Suite de la discussion sur le *traitement du croup par le cathétérisme du larynx*. MM. Vigla, Hervez de Chégoin, Blache, Guérard, Trousseau, Sée.

M. le docteur Edouard Burdel fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre : *Recherches sur les fièvres paludéennes.*

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement du croup par le cathétérisme du larynx.*

M. Vigla communique, à l'appui de l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance sur la distinction à établir entre les diphthérites graves et les diphthérites bénignes, l'analyse de quatre cas de diphthérite observés dans la famille du concierge de la Maison de santé.

Le 11 janvier 1858, la famille L... entrait comme concierge à la Maison municipale de santé.

Cette famille se composait alors de quatre personnes :

1° Le père, âgé de 28 ans, d'apparence peu robuste, mais ayant toujours eu une bonne santé.

2° La mère, âgée de 30 ans, femme petite, vive, bien portante, bien qu'un peu chlorotique.

3° Une petite fille, âgée de 4 ans 1/2, fraîche et bien portante.

4° Enfin un petit garçon, âgé de 20 mois, maigre, chétif, au corps petit, à la tête volumineuse, et présentant tous les caractères d'un tempérament scrofuleux, sans manifestations locales.

Cette famille habitait l'hôpital Saint-Louis depuis cinq ou six ans. Les enfants avaient été élevés dans l'hôpital; tous se trouvaient donc dans de bonnes conditions d'acclimatation.

Cependant, vers la fin du mois d'avril, le petit garçon fut pris d'une diarrhée qui persista pendant plusieurs jours et céda à quelques prises de sous-nitrate de bismuth.

Le 24 mai, la diarrhée reparut; puis survinrent bientôt de la fièvre, des vomissements glaireux, du ballonnement du ventre. Le sous-nitrate de bismuth, l'ipéca, le mercure à la craie furent employés sans succès. Un vésicatoire, appliqué à l'épigastre, se recouvrit immédiatement d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre, très adhérente, et devint bientôt le point de départ d'un érysipèle qui s'étendit sur le ventre et s'arrêta à la région lombaire de l'un et l'autre côté. Pendant ce temps, les phénomènes généraux devenaient toujours de plus en plus graves; l'enfant était dans un état de somnolence continuelle; la peau était sèche et brûlante, le pouls très fréquent. Les vomissements et la diarrhée persistaient toujours. Il n'y avait aucune fausse membrane dans la gorge, aucun débris dans les vomissements et les évacuations. Cependant l'apparence extérieure était celle d'une intoxication diphthéritique, et la fausse membrane ne se voyait que sur le vésicatoire.

Enfin le malade succomba le 13 juin.

Le 10 juin, c'est-à-dire trois jours avant la mort du petit garçon, le père se fit une légère écorchure à un orteil. Cette plaie, aussi simple que possible, donna lieu d'abord à une lymphangite qui s'étendit jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Le repos absolu, les cataplasmes firent rapidement cesser ce petit accident; mais la plaie se recouvrit alors d'une fausse membrane d'un gris violacé qui s'étendit assez rapidement sur les parties voisines et envahit presque toute la face dorsale des deux dernières phalanges de l'orteil. La fausse membrane se détacha lentement, et la cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'un mois, malgré un repos absolu et des soins extrêmes de propreté. Pendant ce laps de temps, le malade fut pris à deux fois différentes de mal de gorge avec un peu de malaise général. L'examen ne fit découvrir aucune fausse membrane dans la gorge, mais seulement de la rougeur, de la sécheresse et un peu de gonflement. Le tout disparut avec les gargarismes aluminés.

Ici, la diphthérite ne s'est donc manifestée que sur la petite plaie de l'orteil, avec menaces d'invasion du côté de la gorge.

Le 11 juin, la mère fut prise de malaise, de frissons, de courbature générale, avec céphalalgie et envies de vomir. Le lendemain, elle se plaignait de douleurs dans la gorge, de difficultés dans la déglutition. La peau était chaude, la fièvre assez vive. Les deux amygdales étaient rouges et assez volumineuses.

Le 13 juin, les deux amygdales étaient recouvertes d'une couche pseudo-membraneuse assez épaisse; les ganglions sous-maxillaires étaient légèrement engorgés et douloureux. (Miel, 30 grammes; chlorate de potasse, 4 grammes; toutes les quatre heures, insufflations d'alun calciné en poudre; eau de Vichy.)

Peu à peu les fausses membranes se détachèrent, sans se reproduire, et le 20 juin la malade était guérie.

Le 10 juin, la petite fille fut prise à son tour de fièvre et de courbature; mais ce n'est que cinq ou six jours plus tard que la mère, alors très malade, s'aperçut que les draps du lit de son enfant étaient tachés.

L'examen des organes génitaux fit reconnaître l'existence d'une vulvite pseudo-membraneuse. Les fausses membranes étaient épaisses, adhérentes; elles recouvraient les petites et les grandes lèvres, se prolongeaient en arrière jusqu'au pourtour de l'anus et donnaient lieu à un écoulement sanguinolent. (Miel avec le chlorate de potasse, pansement avec la poudre d'alun calcinée, lotions avec l'eau aluminée.)

Le 25 juin, les fausses membranes étaient entièrement tombées; cependant la malade ne se rétablissait pas franchement. La cicatrisation se faisait, mais les symptômes généraux persistaient.

Le 27 juin, de nouvelles fausses membranes se reproduisirent à la place des premières, mais plus minces et moins adhérentes.

Le 28 juin, même état, seulement un peu de toux. A l'auscultation, on ne trouve rien dans la poitrine.

Le 1er juillet, la petite malade était beaucoup plus souffrante; dans la journée, elle eut quelques vomissements glaireux. La gorge, examinée avec soin, ne présentait ni rougeur, ni fausses membranes; la malade n'y accusait aucune douleur. Vers le soir, la face devint pâle, les lèvres violettes, les extrémités froides, le pouls insensible; la respiration, un peu améliorée, conservait pourtant sa régularité; mais à l'auscultation il y avait absence complète du murmure respiratoire. L'ipéca administré provoqua un vomissement, mais sans amener de modification dans l'état général. Enfin, à onze heures du soir, la malade fut prise de suffocation, et succomba en quelques instants.

Pendant que cette épidémie sévissait avec tant de rigueur sur une famille, nous ne comptions cependant aucune affection diptheritique parmi nos malades, et il me faut remonter jusqu'au commencement du mois de mai pour trouver une femme atteinte d'une diphthérite du col utérin, développée à la suite d'une cautérisation au fer rouge; puis au mois d'avril, pour trouver un malade ayant une angine pseudo-membraneuse limitée à la luette.

M. Hervez de Chégoin demande à M. Vigla s'il n'y aurait pas quelque cause particulière qui aurait contribué à développer la petite épidémie dont il vient d'être question dans une localité si restreinte.

M. Vigla n'a pu saisir ni dans la disposition de la loge, ni dans le régime de ses habitants, ni dans leurs antécédents, etc., aucune circonstance à laquelle on puisse rapporter le développement de la maladie.

M. Blache a eu occasion de voir avec M. Trousseau quatre enfants atteints de diphthérite dans une même famille. La maladie s'est compliquée de convulsions chez la fille aînée et a revêtu une forme très grave chez les trois autres enfants, et cependant les conditions sanitaires de cette famille étaient excellentes. On n'a jamais pu découvrir pourquoi ces enfants avaient été atteints.

M. Guérard : Dans une famille dont les conditions hygiéniques ne laissaient non plus rien à désirer, j'ai vu la diphthérite se transmettre successivement à tous les membres de cette famille. Un jeune enfant fut d'abord atteint et présenta des symptômes généraux très graves. Malgré le soin que je pris d'isoler le petit malade, sa grand'-mère, qui le soignait, ne tarda pas à être prise, puis l'affection diphthéritique se transmit au grand-père de l'enfant, et enfin à sa tante, jeune fille convalescente de fièvre typhoïde. Cette dernière malade, qui marchait manifestement vers la guérison de sa fièvre typhoïde, subit par le fait de sa nouvelle affection une prostration considérable et elle finit par mourir phthisique au bout de plusieurs mois. Il est vrai de dire que la malade avait présenté autrefois des engorgements ganglionnaires pour lesquels j'avais dû conseiller les eaux du Mont-Dore; mais, sans considérer la phthisie comme la conséquence de la diphthérite, on peut admettre que celle-ci a accéléré la terminaison funeste.

M. Trousseau : Quand M. Bretonneau a publié ses premières recherches sur la diphthérite, il s'est efforcé de rattacher les travaux de ses devanciers à ses observations personnelles. Ceux qui relisent son livre sont convaincus que l'affection qu'il a appelée diphthérite, puis diphthérie, présentait bien la forme qu'il a observée dans l'épidémie de Tours, et dans laquelle la maladie commençait par le pharynx, pour s'étendre ensuite au larynx et plus rarement aux fosses nasales. M. Bretonneau, en rappelant les diverses épidémies observées avant lui, s'était attaché à démontrer que les phénomènes graves signalés par les auteurs devaient être rapportés au croup, c'est-à-dire à l'affection laryngée.

Cependant à Paris, depuis huit à dix ans, nous avons vu un grand nombre d'affections diphthériques commencer par le pharynx et devenir mortelles sans tuer par la suffocation. Dans les départements, des faits semblables se sont produits. La commission nommée par l'Académie de médecine, et dont M. Barth et moi faisons partie, a reçu communication d'épidémies d'angine qui tuent sans que le larynx soit intéressé. Mais d'autres épidémies sont la représentation exacte de l'épidémie décrite par Bretonneau.

Il y a deux formes de diphthérie, une très maligne, qui tue sans que le larynx soit compromis, une autre plus maligne encore, qui tue par le larynx.

Dans une thèse due à M. Forgeot, et dont je me trouvais juge aujourd'hui avec M. Vigla, il est question d'une épidémie de diphthérie qui atteignit un cinquième de la population totale d'une petite commune, et un huitième de la population infantile. Sur 18 malades qui ont péri, 2 ont succombé à l'affection croupale, 16 à l'empoisonnement chronique. La mort a eu lieu, dans cette dernière forme, du dixième au vingt-septième jour.

Je trouve mentionnée dans cette thèse l'opinion d'un médecin espagnol qui admet, pour l'avoir observée, cette forme chronique de l'épidémie, forme qui tue lentement et sans donner lieu aux phénomènes de suffocation.

Quant à la distinction entre les angines diphthéritiques et les angines scarlatines malignes, je ne connais aucun moyen de l'établir cliniquement. Je juge le fait par son issue.

Je voyais l'autre jour avec M. Blache une jeune fille atteinte de scarlatine et qui fut prise d'une affection de la gorge et des fosses nasales avec production de fausses membranes, engorgement des ganglions du cou, tuméfaction des paupières, stillicidium purulent par les points lacrymaux, etc. Était-ce une diphthérie ou une angine scarlatine? Impossible d'établir la distinction. La jeune malade a guéri; c'est l'issue de la maladie qui a fait pour moi la distinction.

Des cas semblables se présentent souvent à l'hôpital des Enfants. Quelquefois c'est de la diphthérie, quelquefois ce n'en est pas. Je crois qu'il arrive communément que des scarlatines deviennent l'occasion du développement de la diphthérie, et que celle-ci vient compliquer l'angine.

M. Sée a rapporté ici des faits de guérison spontanée de l'affection diphthérique. Ces faits m'ont étonné. Mais des faits semblables s'étant produits ailleurs et arrivant de tous côtés, je suis porté à les attribuer à la forme des épidémies.

En 1828, j'ai étudié dans la Sologne une épidémie d'angine maligne. Le médecin du pays me signala deux fermes comme ayant été le foyer d'une épidémie formidable. Sur 17 individus qui composaient le personnel de l'une de ces fermes, 15 avaient péri. Restaient encore un vieillard et une jeune fille; je les soumis à des cautérisations énergiques avec l'acide chlorhydrique, et ils guérirent. Habituellement, la totalité des familles touchées par la maladie périssait, quand on n'avait pas recours à un traitement d'une grande vigueur. J'ai donc cru longtemps que la diphthérie frappait mortellement presque tous les individus qu'elle atteignait. Aujourd'hui, en présence des faits qui nous arrivent, je ne considère plus cette proposition comme absolue. Je reconnais qu'il y a des guérisons spontanées beaucoup plus fréquentes qu'à l'époque où j'ai commencé à observer l'affection diphthérique. Mais j'attribue ces différences aux variétés de forme et de gravité que peuvent revêtir les diverses épidémies.

M. Sée : Le croup est susceptible de guérir non seulement par l'opération, mais encore d'une manière spontanée; je l'ai prouvé dans la précédente séance, et les dernières paroles de M. Trousseau viennent ajouter leur autorité aux faits et aux chiffres que j'ai rapportés.

Sur 35 cas de croup observés dans le service des garçons depuis le 1er janvier, 19 furent opérés; des 16 autres cas, 5 guérirent naturellement, ou, pour être plus exact, par l'ipécacuanha en poudre et sirop, c'est-à-dire par un moyen pour ainsi dire mécanique.

Les seules méthodes de traitement qui aient fait leurs preuves sont précisément des procédés mécaniques, soit pour expulser la fausse membrane par les secousses du vomissement, soit pour obvier à l'asphyxie par l'ouverture de la trachée.

Les médications internes, dites spécifiques, ont été reconnues si peu efficaces, qu'à l'hôpital des Enfants on y a renoncé pour ainsi dire complétement; les mercuriaux, les alcalins, sont tombés dans un juste oubli et le chlorate de potasse lui-même a singulièrement perdu de son prestige; dans le croup, il n'a jamais rendu de services réels. Je ne parle pas des antiphlogistiques et des vésicatoires qui sont unanimement et formellement proscrits depuis longtemps; tout traitement général est abandonné comme inutile ou dangereux, et nos prescriptions, loin d'élever la prétention d'être spécifiques, ou dissolvantes, ou antiplastiques, n'ont d'autre but que de soutenir le malade par des aliments liquides ou demi-liquides aidés des préparations toniques au quinquina.

Le traitement topique lui-même est nul; on a renoncé, depuis les sages avis de M. Trousseau, à toute cautérisation du larynx ou de la trachée après l'opération; les instillations d'eau médicamenteuse destinée à dissoudre les fausses membranes n'ont pas trouvé plus de créance; c'est qu'en effet il est tout aussi impossible de dissoudre ces exsudats que d'empêcher la muqueuse de les produire.

Ainsi, tout se borne à administrer un vomitif et le plus simple de

(1) Extrait du *Medical Times and Gaz.*, février et mars 1858.

tous, je veux dire l'ipéca; le tartre stibié est redoutable à cause de la diarrhée qu'il provoque, et le sulfate de cuivre est infidèle dans son action; si l'ipécacuanha ne réussit pas à enrayer le mal, si surtout la suffocation devient imminente, on procède à la trachéotomie. A ces deux moyens mécaniques, je voudrais pouvoir ajouter le cathétérisme du larynx, mais, jusqu'ici, je ne comprends pas son action, qui n'est malheureusement que temporaire pour faciliter la respiration et souvent insuffisante pour ramener les fausses membranes au dehors.

Au résumé, quand on a obvié à la gêne physique de la respiration, on abandonne la maladie à son cours, et la nature peut se suffire pour amener la guérison, c'est-à-dire pour empêcher la reproduction des fausses membranes.

Cette doctrine, ainsi formulée, ne résout cependant pas toutes les difficultés; il est, en effet, des enfants qui meurent en respirant librement par la canule; et il en même un certain nombre qui succombent sans qu'il reste de traces de fausses membranes dans le larynx.

Sans parler ici du croup des bronches, complication bien plus fréquente qu'on ne l'a dit, ou de la pneumonie lobulaire, ou plutôt du collapsus du poumon, qui est la cause de mort la plus habituelle, le croup proprement dit, ou borné au larynx, peut compromettre la vie par deux moyens : ou c'est la fausse membrane qui détermine l'asphyxie, soit directement, soit en paralysant les muscles de la glotte; ou bien l'obstacle est levé; mais le croup est l'expression d'une maladie générale, toxique, c'est-à-dire de la diphthérite, qui fait périr le malade.

Il faut distinguer, en effet, trois espèces de croup du larynx:

1° Le croup proprement dit, que j'appellerai local; il se traduit par des fausses membranes bornées exclusivement au larynx; le pharynx, les amygdales et les glandes sous-maxillaires sont à l'état sain. Ici, tout le danger semble provenir de la fausse membrane; l'infection générale est moins à craindre, par suite de l'absence de ses signes sur les muqueuses gutturale et nasale. Il y aurait à redouter surtout l'extension du croup aux bronches ou le collapsus du poumon, et c'est en effet là l'écueil le plus fréquent de l'opération dans les croups simples.

C'est là le croup décrit par David Home en 1765; Ghisi, dans l'épidémie de Crémone en 1747, avait déjà observé des affections analogues bornées au larynx.

La deuxième espèce de croup, qui est certainement la plus fréquente, c'est le croup diphthéritique, c'est-à-dire celui qui s'accompagne d'une production de fausse membrane, non seulement dans le larynx, mais sur une des parties quelconques de la muqueuse gutturale, pharyngée ou nasale, ou bien de la muqueuse vulvaire, ou enfin de la peau dénudée de son épiderme.

Dans la plupart des cas de ce genre, c'est l'affection pseudo-membraneuse des amygdales, du voile palatin ou du pharynx qui ouvre la scène; le larynx n'est envahi que plus tard; c'est là la marche du croup observée par Bretonneau en 1820, par M. Guersant et M. Blache à l'hôpital des Enfants, en 1828, le croup descendant formant la règle; aussi, pour éviter la progression de la maladie de haut en bas, on se hâtait d'agir par les caustiques sur l'arrière-gorge : c'était là la pratique et l'opinion généralement répandues; mais bientôt on s'aperçut que toutes les épidémies ne suivaient pas cette loi; les faits observés par M. Gache, M. Vauthier à l'hôpital des Enfants, et surtout par MM. Rilliet et Barthez, ne tardèrent pas à prouver que la diphthérite ne progresse pas régulièrement; nous avons constaté nous-même que quand les fausses membranes de la gorge précèdent le croup, on ne voit pas toujours la continuité, que fréquemment le larynx et les amygdales sont pris simultanément, et qu'enfin le larynx peut être pris avant la gorge.

Que prouvent ces faits? la multiplication des exsudations couenneuses, qui se produisent en divers points, non par voie de propagation, mais par l'effet d'une cause générale, qui est la diphthérite.

Enfin, il existe une troisième espèce de croup, c'est le croup scarlatineux; jusqu'ici on l'a nié; Bretonneau avait affirmé que l'angine pultacée ou couenneuse de la scarlatine fuyait le larynx; et que de plus cette sorte d'angine était toujours bénigne. C'est là une double erreur; Graves et M. Trousseau ont indiqué la forme grave de l'angine qui survient au huitième ou neuvième jour de la scarlatine; nous avons constaté quelque chose de plus grave encore, c'est qu'elle peut envahir le larynx, et déterminer les accidents analogues au croup.

Le secrétaire, Dr E. Hervieux.

RÉCLAMATION.

TUBAGE DU LARYNX.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire à l'instant, dans le numéro du jeudi, 16 septembre, de l'Union Médicale, un extrait du mémoire que M. le docteur Bouchut a lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance de mardi dernier, relativement à la possibilité de *tuber la glotte* dans les cas de croups bien caractérisés par des fausses membranes. Il y a neuf ans déjà, Monsieur le rédacteur, que j'ai proposé à l'Académie de médecine une méthode de *canalisation du larynx*; qui offre, avec le *tubage de la glotte*, une analogie sinon complète, du moins parfaitement identique dans les résultats que j'avais en vue d'obtenir. J'ai eu l'honneur de déposer, le 5 septembre 1849, au secrétariat de l'Académie de médecine, un paquet cacheté, dans lequel je faisais l'exposé, aussi complet que possible, de cette nouvelle méthode de traitement du croup.

Forcé, par des circonstances majeures, de quitter Paris, quelques mois après, pour aller habiter la province, je n'ai eu, depuis lors, ni le temps, ni la facilité de poursuivre l'expérimentation de ce mode de traitement, dans lequel j'avais fondé, je l'avoue, de très légitimes espérances de succès. J'avais fait, à l'École pratique, des essais très multipliés sur des cadavres d'enfant, et, en outre, j'avais expérimenté sur les animaux. De ces dernières expériences, j'avais conclu à la possibilité de maintenir, pendant soixante heures et plus, dans le larynx d'un animal, un tube de forme appropriée, et cela sans autre précaution que de désobstruer la lumière du tube de temps en temps, à l'aide d'un *écouvillon engaîné*, lequel écouvillon je faisais descendre enveloppé de sa gaîne, fort avant dans le larynx et la trachée, pour le retirer ensuite, tout ouvert, et entraîner ainsi, au dehors, les fausses membranes ou les concrétions plastiques qui se formaient dans l'intérieur de cette cavité.

J'ajouterai que la partie laryngée de mon instrument était percée de cinq fenêtres longitudinales, qui permettaient de cautériser le larynx sur cinq bandes parallèles, dont la surface équivalait à la grandeur des fenêtres, et qu'il suffisait d'imprimer un simple mouvement de rotation à l'instrument, pour qu'on pût immédiatement cautériser les parties intermédiaires à ces bandes, de telle sorte que toute la surface interne du larynx se trouvait ainsi touchée par la solution concentrée de nitrate d'argent, dans le cours d'une seule opération.

J'ajouterai, enfin, que j'avais donné à cette méthode de traitement du croup le nom de Laryngothécie (de λαρυγξ larynx et de θηκη étui, tube) qui signifie bien évidemment canalisation ou tubage du larynx.

Je répète que des circonstances, indépendantes de ma volonté, m'ont tenu, jusqu'au mois de juillet dernier, éloigné de la capitale, et que j'ai toujours été sans nouvelle du paquet cacheté déposé par moi au secrétariat de l'Académie de médecine, en septembre 1849.

Évidemment, ce paquet cacheté a été ouvert à l'expiration des délais réglementaires, et il en a été donné connaissance à l'Académie. Mais, en face du silence gardé par son propriétaire, il a dû être déposé aux archives de la compagnie, où il sera facile de le retrouver et de contrôler ainsi la vérité de mon dire.

Loin de moi la pensée de prétendre, en aucune façon, que M. le docteur Bouchut en a eu connaissance, et, surtout, qu'il se soit inspiré de son contenu pour instituer sa méthode de *tubage de la glotte*. Mais, sans autre dessein que celui de faire connaître ici la vérité tout entière, je viens revendiquer pour moi la priorité de cette invention, heureux de m'être rencontré, dans cette circonstance, avec un esprit aussi éminent que celui du savant médecin de l'hôpital Ste-Eugénie, mais, plus heureux encore, de l'*avoir précédé de neuf ans* dans la découverte d'un moyen de traitement du croup, qui, en diminuant le nombre des opérations sanglantes faites sur le larynx et la trachée artère, me paraît devoir être appelé à rendre d'incalculables services à la médecine des enfants.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, avoir l'obligeance d'insérer cette légitime réclamation dans un des prochains numéros de votre estimable journal, et daignez agréer, avec mes remercîments, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Briois.

Paris, le 17 septembre 1858.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Juin 1858.

EXTROVERSION CONGÉNIALE DE LA VESSIE CHEZ UNE PETITE FILLE; par le docteur Curling. — Ce vice de conformation, que l'on trouve quelquefois chez les individus du sexe masculin, est au contraire excessivement rare chez les petites filles. Le docteur Curling a eu l'occasion de l'observer sur une petite fille d'un mois qui lui fut présentée le 2 juin 1858. La paroi antérieure de la partie inférieure de l'abdomen manquait complétement, ainsi que la paroi antérieure de la vessie; et la mère venait demander l'avis du chirurgien, non pas tant pour savoir si l'on pouvait guérir ce vice de conformation que pour s'assurer du sexe de son enfant. Il est de fait qu'au premier abord, il était difficile de reconnaître quel était le sexe de cet enfant; cependant l'examen attentif des organes génitaux montra un état tout différent de ce que l'on trouve ordinairement chez les enfants qui présentent cette difformité congéniale. Ainsi il y avait absence totale du pénis; et la tumeur rouge formée par la vessie, sur laquelle on voyait les deux orifices des uretères, était parfaitement reconnaissable. Il y avait une ouverture à travers laquelle on apercevait la membrane muqueuse de la paroi antérieure du vagin, et qui pouvait être soit le méat urinaire, soit l'orifice de l'utérus. De chaque côté de cette ouverture, on voyait deux orifices plus petits qui devaient être soit les canaux séminifères, soit les trompes de Fallope; cette particularité compliquait singulièrement le diagnostic.

Dans les deux aines, il y avait une saillie résultant de la séparation des os du bassin, comme cela se voit chez les enfants du sexe masculin, mais il n'y avait ni scrotum, ni testicules. Se reportant donc aux signes que lui avait présentés l'examen de sept cas d'extroversion de la vessie, tous chez de petits garçons, le docteur Curling conclut qu'il ne restait plus aucune difficulté pour établir le sexe de cet enfant, qui lui paraissait être évidemment une fille, surtout à cause de la légère saillie que l'on observait des deux côtés de ce qu'il supposait être le vagin, saillies qui représentaient pour lui les petites lèvres.

Du reste, la mère avait déclaré son enfant comme étant une fille. Ainsi que cela se voit ordinairement dans ce vice de conformation, il n'y avait pas d'ombilic distinct : il était représenté par un petit pédicule adhérent à la partie supérieure de la vessie renversée.

Rokitanski dit, en parlant de cette difformité, qu'elle s'accompagne ordinairement d'un arrêt de développement de la symphise pubienne; on trouve de plus, ajoute-t-il, chez les filles, l'absence de la commissure antérieure des lèvres, et du clitoris; et chez les garçons une fissure de l'urètre à la face dorsale de la verge, ou un épispodias.

ALTÉRATIONS DES FOLLICULES DE LA GORGE DANS UN CAS DE BRONCHITE CHRONIQUE; par le docteur Ed. Smith. — A..., 26 ans, maçon, entre à l'hôpital, se plaignant de toux avec difficulté de respirer, et d'une sensation de constriction permanente le long de la trachée; sa mère est asthmatique, et lui-même éprouve les mêmes accidents tous les hivers; il fume peu. Tout le pourtour du pharynx présente une masse considérable de follicules hypertrophiés que l'on voit sur tous les points de la gorge accessibles à la vue, tant en haut qu'en bas. On découvre facilement l'épiglotte, et la facilité avec laquelle le malade supporte le contact d'une solution de nitrate d'argent prouve que les parties touchées ne sont pas très sensibles. Toute la gorge est tapissée d'un mucus épais demi-transparent; la muqueuse n'est pas altérée dans sa couleur, mais elle est soulevée par de la sérosité, et les follicules hypertrophiés sont d'un rouge foncé. L'examen de la poitrine fait reconnaître l'existence d'une bronchite ancienne; le murmure vésiculaire est amoindri, on entend des râles sibilants et muqueux; l'expiration est prolongée et sonore; la résonnance est faible sous les clavicules. Le traitement a consisté seulement en cautérisations avec une solution de nitrate d'argent et l'administration d'huile de foie de morue alcaline. — D.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 113. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 23 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été bien remplie pour une séance de septembre; l'Académie n'a pas entendu moins de quatre lectures, sans compter une présentation de M. le docteur Riboli, de Turin.

Mentionnons d'abord, parmi les pièces de la correspondance, une lettre de M. Loiseau (de Montmartre), relative à la communication de M. Bouchut sur le tubage forcé du larynx. Les deux faits contenus dans le mémoire de M. Bouchut, non plus que les tentatives de M. Loiseau, ne permettent pas encore d'être fixé sur la valeur de cette méthode; mais il est juste de reconnaître que si les canules intra-glottiques de M. Bouchut constituent un perfectionnement heureux, la première idée du tubage du larynx appartient en réalité à notre confrère de Montmartre.

M. le docteur François (d'Abbeville) a fait connaître un nouveau procédé de blépharoplastie qu'il a imaginé pour remédier à un cancer de la paupière inférieure. Ce procédé n'est qu'une modification de celui qui a été appliqué, dans des cas d'ectropion, par M. Nélaton et M. Denonvilliers, dit l'auteur. Mais, il y a plus, il nous paraît se rapprocher beaucoup de celui de Dieffenbach, et, si nos souvenirs sont fidèles, M. Maisonneuve a mis en pratique un procédé assez semblable à celui-ci. Quoi qu'il en soit, il a parfaitement réussi entre les mains de M. François, et il mérite de fixer l'attention des chirurgiens.

M. Silbert (d'Aix) a donné lecture d'un mémoire sur les indications que présentent les grossesses *tardives* (mot impropre qui rend mal la pensée de l'auteur). On s'est beaucoup occupé, à la fin du siècle dernier, des cas où la grossesse se prolonge au delà du terme ordinaire; mais la question n'a été discutée qu'au point de vue médico-légal, sans qu'on se soit beaucoup préoccupé des indications que ces états peuvent offrir au point de vue de la pratique obstétricale. Rapprochant ses observations des faits analogues recueillis en assez grand nombre par les accoucheurs, M. Silbert pense qu'il est permis d'établir que, contrairement aux idées qui ont régné si longtemps, et dont on trouve l'origine dans les livres hippocratiques, les grossesses prolongées, loin de devoir leur cause à la faiblesse du fœtus, qui manque de la vigueur nécessaire pour être le propre agent de son expulsion, sont au contraire accompagnées, dans la très grande majorité des cas, de l'excès de volume du fœtus. Cette observation n'avait pas échappé à Mauriceau, et nous la voyons souvent citée dans son encyclopédie obstétricale.

Dans ces cas, l'expectation paraît un danger à M. Silbert (d'Aix), et l'accouchement prématuré artificiel devient une indication formelle, surtout s'il existe un rétrécissement même léger du bassin. La fréquence des accidents mortels, dans les cas de dystocie par excès de volume du fœtus, fournit assurément un argument d'une grande valeur à la manière de voir de M. Silbert ; d'un autre côté, la responsabilité médicale est ici gravement engagée, et le médecin ne devra se déterminer à provoquer l'accouchement qu'après avoir acquis la certitude, par l'examen direct et répété des organes pelviens et des diverses fonctions, que le terme ordinaire de la grossesse a été dépassé.

M. A. Chauveau, de Lyon, a exposé une série d'expériences propres à expliquer le mécanisme des murmures vasculaires ou bruits de souffle. « Tout bruit de souffle, dit l'auteur, résulte des vibrations d'une veine fluide intra-vasculaire, qui se forme constamment, lorsque le sang pénètre avec une certaine force, d'une partie étroite dans une partie réellement ou relativement dilatée du système circulatoire. » Nous ne nous arrêterons pas à discuter une à une les propositions et les expériences de M. Chauveau, ce serait une tâche longue et difficile, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que la plupart d'entre elles sont en contradiction formelle avec les travaux de Savart et les expériences du Comité de Londres, de MM. Monneret, Aran, Andral, Bouillaud, Marshal-Hall. C'est ainsi que M. Chauveau, ne considérant que les vibrations moléculaires de la veine fluide, méconnaît trop l'influence de la nature des parois, de leur forme, de leurs dimensions, de leur humectation sur les vibrations d'une masse d'air ou d'une masse liquide. C'est contrairement encore à de délicates expériences de Savart, que M. Chauveau nie l'influence de la tension des tubes. Enfin, les preuves expérimentales de M. Chauveau ne démontrent pas que l'excès de frottement du sang à l'intérieur des vaisseaux altérés par des dépôts morbides, l'accroissement dans la rapidité du cours du fluide sanguin, et les conditions mêmes de ce liquide, soient sans action sur la production et l'intensité des bruits vasculaires. Comment expliquer l'augmentation du bruit de souffle, chez certains malades, à chaque retour d'hémorrhagie ou à chaque saignée nouvelle? M. Chauveau est un travailleur consciencieux et convaincu; mais, nous craignons, qu'emporté par une imagination trop ardente, il ne se soit trop complu à fortifier, par des apparences de preuves, une théorie qui ne serait rien moins qu'une révolution en séméiologie, et qui a contre elle, à certains égards, l'observation directe de chaque jour. En effet, l'auteur observe que les lois qu'il a établies s'appliquent aussi bien aux fluides élastiques qu'aux liquides.

M. Cramoisy a lu une note sur la blépharite glandulo-ciliaire et son traitement radical par l'avulsion des cils. Le moyen n'est pas entièrement nouveau. Scarpa l'avait indiqué; M. Bonnet, de Lyon, et M. Lawrence l'avaient déjà appliqué avec succès, et M. Bazin a écrit que la blépharite chronique cédait comme par enchantement à l'épilation; seulement, les premiers faisaient suivre l'avulsion des cils de cautérisations, qu'ils considéraient comme indispensables au traitement; M. Bazin regardait la blépharite glandulo-ciliaire comme une maladie de même nature que le sycosis, et il faisait suivre l'épilation d'une application d'une dissolution de sublimé; d'après M. Cramoisy, c'est l'avulsion des cils qui procurerait surtout le bénéfice de la guérison, et c'est à tort que M. Bazin aurait vu dans cette maladie une variété du sycosis.

M. Riboli, de Turin, a présenté un instrument qu'il appelle *rétracteur de la fistule vésico-vaginale* et qui serait de nature à rendre l'opération plus facile.

Ch. LOISEAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La discussion soulevée par la présentation faite par M. Bouvier et dont nous avons donné les points principaux mardi dernier, s'est continuée dans la séance suivante, toujours sur la question de savoir s'il y avait ou non luxation. Nous n'en reproduirons que les passages suivants, qui résument ce qui a trait à la question thérapeutique :

Quelque opinion que l'on ait sur la situation de la tête du fémur, dit M. Bouvier, la question thérapeutique est celle-ci : Il y a une position vicieuse, peut-on la changer ?

Quatre causes peuvent entretenir les positions vicieuses dans la coxalgie : la contraction musculaire, la rétraction, le raccourcissement des ligaments, les adhérences des surfaces osseuses.

La simple contraction des muscles ne peut jouer ici un rôle important. Les douleurs sont dissipées depuis longtemps; la maladie paraît guérie. On ne peut donc s'attendre à voir cesser toute résistance après les inhalations de chloroforme, comme dans un cas dont M. Verneuil nous a rendus témoins ces jours-ci.

La rétraction musculaire paraît exister chez notre malade. Dans les efforts pour produire l'abduction, on sent une corde très résistante formée par les muscles adducteurs. Le sommeil anesthésique fera bien voir si c'est une véritable rétraction. Dans cette supposition, la ténotomie, suivie d'une action mécanique continue, ne peut-elle pas procurer une grande amélioration? J'ai réussi, même dans la luxation congénitale, à augmenter considérablement l'étendue de l'abduction au moyen de la section des adducteurs rétractés.

Le raccourcissement d'une partie des fibres de la capsule doit également se rencontrer ici, comme le pense M. Marjolin. La rotation en dedans dépend sans doute presque uniquement de la tension de ces fibres. M. Bonnet n'hésiterait pas, je crois, à tenter de les allonger ou de les rompre par ses manœuvres de redressement forcé. Faut-il s'engager dans cette voie? ou doit-on être arrêté par la crainte de produire des accidents, de renouveler peut-être l'affection dont ce jeune homme a été délivré? Je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de mes collègues.

La quatrième cause, les adhérences, n'existe probablement pas dans ce cas, ou elle n'y est que secondaire; l'étendue du mouvement de flexion montre que la surface articulaire du fémur ne peut être fort adhérente à la cavité cotyloïde. En tout cas, cette circonstance ne fournirait pas une autre indication que le raccourcissement ligamenteux, et soulèverait les mêmes questions.

M. Gosselin ne dira rien de la ténotomie; les faits lui manquent pour asseoir sa conviction. Quant aux manœuvres qui sont faites dans le but de rendre aux membres leur direction normale, il a dans son service un malade, dont l'histoire ne manque pas d'intérêt, affecté d'une ankylose des deux fémurs dans leur articulation avec le bassin; ce jeune homme ne pouvait, lors de son entrée à l'hôpital, ni s'asseoir ni marcher. En présence d'une pareille infirmité, M. Gosselin crut devoir soumettre le malade aux manœuvres indiquées par M. Bonnet (de Lyon). Le chloroforme ayant amené l'anesthésie complète, M. Gosselin, aidé de deux élèves, parvint à rompre d'un côté les adhérences, qui cédèrent en produisant un bruit tellement fort, qu'on eut un instant la crainte d'avoir fracturé le col du fémur. Aucun accident ne se manifesta, si ce n'est une douleur qui ne tarda pas à céder à l'immobilité. Mais les adhérences se reformèrent bientôt. La même opération ayant été faite du côté opposé, on prescrivit encore l'immobilité pour calmer la douleur, et bientôt le malade cessa de souffrir, mais les adhérences se reproduisirent.

On a ainsi recommencé sept fois de chaque côté en dix-huit mois, et, à chaque fois, on a gagné quelque chose, sans qu'il y ait eu d'autre accident qu'un peu de douleur. Maintenant, le malade peut s'asseoir, et le succès pourrait engager à continuer le traitement. M. Gosselin pense, cependant, qu'il y aurait du danger à recommencer toujours, et à cause de l'amélioration produite, il est à peu près décidé à s'arrêter.

M. Legouest a vu M. Bonnet (de Lyon) pratiquer la ténotomie dans des cas où il y avait fixité du fémur sur le bassin, et il n'a pas trouvé que les malades eussent beaucoup gagné. Il a plus de confiance dans les manœuvres d'extension et de flexion pratiquées pendant que l'opéré est soumis à l'action du chloroforme. Tout récemment il a tenté de réduire de cette manière une luxation ovalaire qui s'est produite à la suite d'une coxalgie. Ayant soumis la cuisse du malade à de grands mouvements dans tous les sens, il parvint à déplacer la tête du fémur. Ce déplacement se fit avec un bruit de craquement, et le chirurgien put reconnaître que des muscles sous-cutanés venaient de se rompre. La cuisse, qui avant l'opération était dans l'abduction et dans la rotation en dehors, a maintenant une meilleure direction, et M. Legouest recommencera les mêmes manœuvres, sans espoir de remettre la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, mais dans le but d'améliorer encore la situation du malade.

— M. Huguier présente un malade à qui il a enlevé la totalité de la lèvre inférieure et ruginé le maxillaire inférieur que le cancer avait envahi. Il a fallu recourir à l'autoplastie pour reconstituer les lèvres. M. Huguier a eu recours à un procédé analogue à celui de M. Syme, et il a obtenu un résultat très satisfaisant. Malheureusement, un ganglion sous-maxillaire a acquis un développement qui annonce évidemment une récidive, mais M. Huguier fait remarquer que le cancer ne s'est reproduit ni dans la lèvre ni dans l'os, et que la récidive ne s'est produite qu'après trois ans.

— M. Foucher montre à la Société une pièce anatomique recueillie à l'École pratique sur le cadavre d'une jeune fille de 17 à 18 ans. Cette pièce offre un exemple de luxation coxo-fémorale. La tête du fémur est placée au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde et maintenue à une certaine distance de l'os coxal, qui n'offre aucune trace de cavité nouvelle. La capsule articulaire n'existe plus qu'à la partie postérieure, et la cavité cotyloïde, en partie effacée, a une forme triangulaire. L'os coxal ne présente aucune déformation, et les trous ovalaires ont la même forme de chaque côté. Le fémur, dont la tête est en partie détruite, est placé presque transversalement par une forte adduction jointe à la flexion et à la rotation en dedans. Les parties molles rétractées maintenaient solidement cette position vicieuse qui a pu être détruite lorsque ces parties ont été coupées; on remarquait autour de la hanche de nombreuses cicatrices, indices d'abcès ayant existé dans cette région.

En raison de cet état des parties molles, de la position du fémur, de la destruction presque complète de la capsule, de l'absence de déformation de l'os iliaque, et, bien que la cavité cotyloïde ancienne ait l'aspect qu'elle offre dans le cas de luxation congénitale, M. Foucher se demande si l'on ne doit pas envisager cette pièce comme représentant une luxation consécutive à une coxalgie.

— M. Follin présente une tumeur du volume des deux poings, qu'il a enlevée récemment par le procédé dont M. Chassaignac a plusieurs fois entretenu la Société.

Cette tumeur, étendue de la ligne courbe occipitale supérieure à la première vertèbre dorsale, s'étendait de l'angle de la mâchoire du côté droit à deux travers de doigt du côté gauche de la ligne des apophyses épineuses. Une longue incision courbe partant de l'occipital, et une incision transversale coupant la direction de la première dans son milieu, permirent d'inciser la tumeur de haut en bas en deux moitiés, dont la postérieure fut d'abord enlevée. Cette première extirpation facilita la dissection de la moitié antérieure, qui était appliquée sur les vaisseaux et nerfs de la région latérale du cou.

Le malade est dans un état très satisfaisant.

— M. Broca présente une pièce qu'il a recueillie sur le cadavre d'un enfant mort à l'âge d'un mois. C'est un nouvel exemple d'une hernie inguinale dans laquelle l'intestin hernié est en rapport immédiat avec le testicule.

A l'occasion de cette présentation, M. Depaul dit qu'après avoir beaucoup étudié la question, il est convaincu que les hernies véritablement congénitales sont très rares. Celles que l'on désigne ainsi ne surviennent que quelques jours après la naissance.

OPHTHALMOLOGIE.

DU TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE PAR L'OBSCURITÉ;

Par le docteur A. Netter,

Médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Préliminaires.

Remarques sur les épidémies d'héméralopie. — État des yeux chez les héméralopes et moyen de reconnaître la maladie. — Conditions de l'expérimentation dans l'obscurité.

Quand une épidémie d'héméralopie surgit dans un régiment, le nombre des malades qui viennent réclamer les soins du médecin ne tarde pas à devenir considérable. On en envoie quelques-uns à l'hôpital, quelques-uns à l'infirmerie; d'autres restent avec leurs camarades, et, après quelques jours de médication dans les chambrées, ils reprennent leur service, guéris ou non. C'est qu'à l'égard d'une épidémie d'héméralopie, la sollicitude médicale ne s'exerce pas comme s'il s'agissait de toute autre maladie; le nombre des hommes atteints prend tout de suite des proportions telles, que si l'on devait exempter tout ce monde du service, les travaux journaliers en souffriraient, et un fâcheux surcroît de besogne incomberait aux valides. D'autre part, l'infirmité n'existant que pendant la nuit, chacun s'y habitue, sachant qu'elle est passagère et sans gravité.

Notons encore ceci. Tandis que les hommes des compagnies d'élite, par crainte de l'hôpital ou de l'infirmerie où ils se font un *point d'honneur* d'entrer le moins possible, évitent de s'adresser à leur médecin, une autre catégorie d'individus, ayant des sentiments et des motifs opposés, simule au contraire la maladie.

Le maintien des militaires héméralopes dans leurs compagnies donne lieu à des scènes passablement comiques et aussi à des accidents : factionnaires aveugles immobiles dans la guérite, et n'osant en sortir de crainte de ne plus la retrouver; poste surpris par la ronde, parce que la sentinelle n'aura pas donné l'alerte, etc. Tout cela prête à rire et fait passer sur les accidents, lesquels heureusement sont rares : les héméralopes ont la précaution de se faire accompagner la nuit de camarades clairvoyants, ce qui, dans maintes circonstances faciles à deviner, est véritablement désagréable pour ces derniers.

Cependant ces accidents arrivent : c'est ainsi qu'au printemps de cette année, à Strasbourg, un militaire est tombé le soir du haut d'un rempart, et a dû être transporté à l'hôpital; d'autres ont fait des chutes moins graves. Supposons une épidémie de cécité nocturne dans un régiment devant l'ennemi, la question prend tout de suite une grande importance. Tout récemment, un capitaine d'artillerie me racontait qu'étant en Crimée, et ayant reçu une nuit l'ordre de sortir avec sa batterie, les hommes se refusèrent à marcher, disant qu'ils étaient aveugles. Même gravité à bord des vaisseaux.

Je suis entré dans tous ces détails pour le motif suivant : l'héméralopie étant une de ces maladies que l'on peut facilement simuler, il faut que les expérimentateurs de telle ou telle médication évitent avant tout les ruses des faux aveugles. Or, il suffit pour cela d'être renseigné exactement sur ce qui se passe dans l'intérieur des compagnies et dans les corps-de-garde; avec un peu d'adresse, le médecin militaire sait bientôt à quoi s'en tenir. Pour ma part, j'ai fait une partie de mes expériences sur des héméralopes que je prenais dans le poste même de notre hôpital. Ceux-ci n'avaient rien à gagner par la simulation, prévenus d'avance qu'il s'agissait seulement de passer quelques heures dans un cabinet noir, et d'où ils sortiraient pour rentrer dans leurs régiments, sans même avoir compté à l'hôpital. Ajoutons que d'autres héméralopés m'ont été envoyés par les médecins des corps.

ÉTAT DES YEUX CHEZ LES HÉMÉRALOPES ET MOYEN DE RECONNAITRE LA MALADIE.

1° Au début, l'affection s'accompagne de rougeur des conjonctives et de larmoiement : mais ces symptômes ne sont pas constants, et en tout cas ils disparaissent au bout de quelques jours.

2° Il n'est pas rare d'observer chez les héméralopes une dilatation assez prononcée des pupilles, même pendant le jour; mais ce signe est encore inconstant.

3° Il arrive aussi, mais dans un petit nombre de cas seulement, qu'une altération s'observe dans les mouvements des pupilles : leur dilatation et leur contraction s'exécutent alors avec une lenteur remarquable. Pour mieux étudier ces mouvements, je conduisais les malades dans un cabinet éclairé par une fenêtre seulement et je les faisais alternativement regarder vers le grand jour et vers l'obscurité; de cette manière, j'ai pu examiner les pupilles bien mieux que par le procédé ordinaire. Mais, comme je l'ai déjà dit, la lenteur de leurs mouvements ne s'observe que dans un petit nombre de cas.

4° Voici maintenant un autre caractère, plus propre que les précédents à déjouer la tromperie. L'héméralopie consistant dans une inaptitude à voir en dehors d'un éclairage suffisant quelle que soit l'heure de la journée, il suffit de noter le *degré* d'obscurité nécessaire pour la production de la cécité : si des essais répétés marquent constamment le même degré, plus de doute sur la réalité de l'affection. L'opération est très simple. On amène le malade dans un cabinet qui reçoit le jour par la porte seulement; celle-ci, d'abord largement ouverte, est graduellement poussée jusqu'à ce que l'individu examiné déclare ne plus voir. Le degré de la fermeture étant marqué, on recommence une ou plusieurs fois; or, la cécité, quand elle est réelle, reparaît chaque fois avec le même degré d'obscurité. Il va sans dire que le malade fait face vers le fond du cabinet pour qu'il ne puisse suivre des yeux les mouvements de la porte; ne sachant, du reste, pas de quoi il s'agit, il ne prend pas ses précautions. J'ai eu soin, pour cette petite expérience, de la répéter dans un laps de temps très court, à cause de la position changeante et du soleil et des nuages quand le vent en chassait.

On voit, par tout ce qui précède, que je n'ai négligé aucun moyen pour me prémunir contre la simulation, et, comme cela se verra encore par les détails des observations recueillies, la réalité de l'héméralopie chez les individus traités par moi ne laisse pas de doute.

Ajoutons que pas un de ces malades n'est sorti du cabinet noir sans avoir donné les preuves les plus positives de vision, et la sortie de l'hôpital n'a jamais été prononcée qu'après constatation du bon état de la vue pendant la nuit. Pendant toutes ces expériences, j'allais à l'hôpital à toute heure du jour et du soir, voulant tout vérifier par moi-même.

CONDITIONS DE L'EXPÉRIMENTATION DANS LES CABINETS TÉNÉBREUX.

Dans le langage vulgaire, *ténébreux* signifierait qui est *sans lumière, noir (Dict. des synon.)*; cette définition, examinée au point de vue scientifique, est évidemment fausse. En effet, la physique enseigne qu'il n'y a guère de lieu absolument privé de lumière, et le physiologiste sait que là où d'abord il fait noir, on arrive au bout d'un certain temps à un état de vision extraordinaire. Il faut donc entendre par cabinet ténébreux, un milieu dans lequel la lumière se trouve en quantité très faible, où d'abord il fait noir, mais où la vue finit par se développer.

Ceci posé, il y a ténèbres et ténèbres, suivant la quantité de lumière qui reste, et me voici amené à décrire les cabinets dans lesquels j'ai fait mes expériences.

Celui dans lequel j'ai opéré d'abord, situé au deuxième étage d'un bâtiment très élevé, exposé à l'est, communique avec un corridor bien éclairé; cette pièce ne reçoit le jour que par une seule fenêtre du haut de laquelle l'on voit au large. La fenêtre a été recouverte de cartons très épais collés aux vitres, et la croisée entière a été masquée par une double couverture suspendue au-devant. La porte étant fermée, l'obscurité était profonde. Voici ce que, dans ce milieu, j'ai observé et sur moi-même et sur d'autres personnes, médecins sous-aides et infirmiers, que le service ou la curiosité y amenèrent.

Premier quart d'heure. — Vision nulle, véritable cécité; impossibilité pour chacun de nous de voir ses propres mains; une faible lueur du côté de la fenêtre et une ligne lumineuse dans la porte correspondant à une étroite fente horizontale : c'est tout ce que l'œil perçoit.

Deuxième quart d'heure. — Les murs apparaissent d'une manière vague et semblent ensuite blanchir peu à peu; puis toute sorte d'objets tels que lit, chaises, etc., se dessinent d'abord confusément, puis mieux; finalement on distingue toutes choses les unes d'avec les autres, et l'on reconnait très bien chacune d'elles.

Troisième et quatrième quart d'heure. — La vision gagne en quelque sorte de minute en minute, de sorte que l'on arrive à pouvoir compter l'heure à la montre. Ce sont alors des exclamations de surprise sur toutes sortes de détails que l'on saisit et qui n'ont pas encore été aperçus; des clartés relativement très vives, répandues çà et là sur les murs et les plafonds, appellent surtout l'attention et font croire que le soleil donne dans la chambre.

Ainsi, dans ce cabinet où chacun de nous était resté aveugle pendant tout un quart d'heure, on distinguait peu de temps après sa propre ombre qui se dessinait sur les murs, pendant qu'au plafond l'œil suivait les ombres des nuages qu'au dehors le vent chassait. Notons que ces expériences ont été faites pendant les belles journées de mai et de juin.

Il a été généralement remarqué qu'en changeant de place dans le cabinet et en regardant de côté et d'autre, on activait les progrès de la vision. Ajoutons que si cette expérience, faite une première fois, plait et amuse, répétée plusieurs fois le même jour, elle cause de l'ennui et du malaise : le médecin sous-aide, l'infirmier et moi, nous avons éprouvé une sensation pénible à la tête et des envies de vomir; le premier a même eu des vomissements.

Y a-t-il dans ces faits quelque chose de nouveau? Je crois que oui. Tout le monde, à la vérité, sait que la vision se développe dans l'obscurité; mais les phases par lesquelles le rétablissement de la vue s'opère et la durée de chacune de ces phases, me paraissent n'avoir pas encore été étudiées. Je reviendrai tout à l'heure sur ces faits.

Diverses raisons, que je dirai plus tard, m'ont fait changer de cabinet dans le cours de mes expériences. Cet autre cabinet, exposé au nord, est situé au premier étage, immédiatement au-dessus d'un escalier obscur; long et très bas, donnant sur une cour plantée d'arbres, il est habituellement sombre. Au moyen de volets pleins, dont une fenêtre unique se trouve garnie, la conversion en chambre noire s'obtenait facilement. Ajoutons que, pendant ces dernières expériences, le temps a été inconstant et le ciel souvent couvert. Or il a été remarqué que, dans cette pièce, les progrès de la vision (toujours bien entendu chez les personnes non héméralopes) ne s'accomplissaient pas d'une manière aussi nette et aussi rapide, quoique, du reste, ils fussent très sensibles.

SÉJOUR DES HÉMÉRALOPES DANS LES CABINETS TÉNÉBREUX.

Une fois entrés dans les cabinets, les héméralopes y restèrent jusqu'à leur guérison. Convaincus de l'efficacité de la méthode par l'exemple de leurs camarades déjà guéris, ils supportèrent avec patience l'ennui inévitable de leur position et se prêtèrent docilement à ce qui leur était ordonné.

L'infirmier placé auprès d'eux avait trois consignes :

La première, d'attirer leur attention tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, en commençant par des objets que lui-même il voyait plus éclairés que d'autres;

La deuxième consigne était de faire fermer les yeux chaque fois que, pour les besoins du service, la porte allait s'ouvrir;

La troisième de ne pas laisser dormir.

Le sous-aide de mon service et moi, nous avons surveillé attentivement l'exécution de ces recommandations. Or les phénomènes présentés par les héméralopes ont été les mêmes que ceux qui ont été observés chez les personnes à vue normale. Premier temps, cécité; deuxième temps, perception d'abord vague, puis plus nette des images; troisième temps, développement de la vue dans l'obscurité. Il n'y a eu de différence que dans la durée de ces phases. Au lieu d'un quart d'heure pour chaque phase, c'était davantage; voilà tout. Les observations qui feront suite à ces préliminaires en diront plus à cet égard. Je me bornerai aujourd'hui à annoncer que je n'ai pas eu un seul insuccès, quoique le nombre des héméralopes traités ait dépassé le chiffre *trente*.

Ajoutons que quelques précautions ont été prises à la sortie hors des cabinets noirs, en vue de ménager la transition à une trop vive lumière (sortie des cabinets à la nuit seulement, recommandation de ne pas fixer la lumière des lampes, abat-jour pour le lendemain, etc.)

En jetant maintenant un coup d'œil sur les phénomènes physiologiques et pathologiques dont dont il vient d'être question, on saisit, il me semble, le rapport aussi intime qu'évident qui existe entre eux.

Qu'est-ce, en effet, que l'héméralopie? Jusqu'ici, une observation superficielle avait fait croire que l'héméralopie était une cécité nocturne, commençant le soir et finissant le matin, grosse erreur à travers laquelle le fait apparaissait aussi extraordinaire que singulier. La cécité n'existe pas seulement la nuit; on peut la constater aussi le jour, pourvu qu'on place les malades dans un milieu convenable. Ce qui se produit le soir, ce n'est pas l'héméralopie, mais bien la condition dans laquelle l'affection se révèle et gêne le malade. L'héméralopie, c'est l'inaptitude à voir dans l'obscurité, quelle que soit l'heure de la journée; or, cette inaptitude n'offre rien de singulier ni d'extraordinaire, puisqu'elle n'est que l'exagération du fait physiologique de ne pas voir dans les ténèbres. Pour mieux rendre ma pensée, je dirai que tous, tant que nous sommes, nous sommes héméralopes; nous, nous sommes aveugles dans une obscurité profonde; les héméralopes *proprement dits* le sont dans une obscurité moindre.

Comment retrouvons-nous la vue dans les ténèbres? C'est en y restant et en nous efforçant d'y voir. Eh bien, les héméralopes aussi; la seule différence, c'est qu'il leur faut un peu plus de temps qu'à nous. Les observations qui vont suivre mettront ce fait hors de doute.

(La suite prochainement.)

(La suite prochainement.)

CHIRURGIE.

SUR PLUSIEURS CAS DE FRACTURE OU DE BLESSURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

I. *Fracture de la colonne vertébrale à la partie inférieure de la région dorsale; guérison.*

Par le docteur Birkett.

Joseph F..., voiturier, 25 ans, traînait une voiture à laquelle il allait atteler un cheval, lorsqu'il se heurta contre une poutre qui le rejeta violemment en arrière. La partie inférieure de son dos porta violemment sur la barre de fer qui soutient le siége de la voiture, il tomba sur le coup et fut immédiatement dans l'impossibilité de faire aucun mouvement. Lorsqu'il vint à l'hôpital, une heure et demie environ après l'accident, on examina aussitôt la colonne vertébrale : il y avait, au niveau des deux ou trois dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire un épanchement sanguin considérable, qui empêcha complétement le chirurgien de constater la nature exacte de la blessure et l'état des vertèbres. La sensibilité était conservée dans le tronc, et dans la partie interne des cuisses; tout le reste des membres inférieurs était insen-

sible. Le mouvement était très limité aux jambes, mais il n'était pas complétement aboli. Au moment même de l'accident, les matières fécales s'étaient échappées; la vessie était paralysée. Le malade accusait une douleur très vive sur le trajet des nerfs superficiels qui émergent de la moelle au niveau du point où la colonne vertébrale avait été blessée.

On essaya d'abord d'étendre la colonne vertébrale, mais il fallut suspendre ces tentatives qui augmentaient considérablement la douleur. Le premier effet du repos au lit fut de calmer assez rapidement cette douleur, qui avait complétement disparu au bout de vingt-quatre heures. En même temps, la sensibilité revint peu à peu, surtout dans le membre inférieur, mais les mouvements spontanés devinrent complétement impossibles. Cependant la motilité n'était pas entièrement abolie, de temps à autre les jambes étaient animées de mouvements involontaires, et le malade se plaignait souvent de douleurs causées par les contractions spasmodiques des muscles. La vessie restait toujours paralysée.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, le malade eut un peu de fièvre ; puis il fut pris d'une diarrhée abondante, occasionnée probablement par un écart de régime, et qui fut bientôt suivie par une constipation opiniâtre. L'urine, que l'on évacuait deux ou trois fois par jour avec la sonde, devint très ammoniacale vers le septième jour, et contenait une grande quantité de sang; les dernières gouttes surtout étaient presque de sang pur. Le 26 novembre, dix jours après l'accident, l'urine commença de nouveau à s'écouler involontairement; mais comme la vessie ne se vidait jamais complétement, on continua à sonder le malade, et l'on évacuait chaque jour un peu d'urine épaisse et sanguinolente.

On prescrivit un narcotique à prendre de temps à autre pendant la nuit, un bon régime, les stimulants et un mélange de quinquina et de fer.

Bientôt il se manifesta une amélioration très notable dans tous les symptômes : l'urine devint claire, sans contenir une goutte de sang, et au lieu de s'écouler constamment, elle pouvait être gardée pendant une dizaine de minutes dans la vessie, d'où elle sortait alors en jet : on cessa donc le cathétérisme. L'état de la sensibilité et de la myotilité n'avaient aucunement changé; cependant le malade se sentait plus fort et il pouvait se retourner dans son lit avec l'aide d'une personne qui lui tenait seulement les jambes. De temps à autre, les orteils s'agitent involontairement, et les jambes sont le siége d'un frémissement de courte durée.

Le 28 décembre, on prescrit une solution de bichlorure de mercure à prendre trois fois par jour dans une tisane de salsepareille.

Le 8 janvier 1858, le gonflement et l'épanchement sanguin ayant disparu, on put constater un déplacement notable de la douzième vertèbre dorsale; elle était reportée à trois quarts de pouce sur la gauche de la ligne médiane; l'apophyse épineuse de la onzième dorsale formait aussi une saillie anormale.

A la même époque, les mouvements étaient déjà un peu revenus dans les deux membres inférieurs; les orteils étaient parfaitement mobiles et les genoux pouvaient un peu se fléchir. Le malade était assez fort pour se mettre lui-même sur son séant dans son lit; il gardait son urine pendant vingt à trente minutes.

Dès les premiers jours de février, l'amélioration marcha rapidement, les jambes avaient recouvré la presque totalité de leurs mouvements; le malade se levait, mais il ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. Les fonctions de la vessie s'accomplissaient bien.

Enfin le 19 mars, il quitta l'hôpital, parfaitement guéri. Le déplacement osseux avait persisté.

II. *Fracture de la colonne vertébrale; mort survenue par une autre cause sept mois après l'accident.*

Par le docteur C. HAWKINS.

Édouard M..., 35 ans, terrassier, travaillait à un tunnel en France, lorsqu'une masse de terre d'un poids considérable, se détachant de la voûte et tombant sur lui, le précipita d'une hauteur de vingt pieds sur une pierre de taille; dans cette chute, la partie inférieure de la région dorsale porta sur la pierre. Il perdit aussitôt la sensibilité et le mouvement des membres abdominaux, et les viscères contenus dans le bassin furent frappés de paralysie; l'urine et les matières fécales s'échappaient sans qu'il en eût conscience. Il resta couché pendant près de trois mois, puis, désirant ardemment revoir son pays, il se fit transporter à bord d'un bâtiment qui le ramena en Angleterre. Enfin, il entra à l'hôpital le 16 avril 1858.

Il avait alors de larges ulcérations à la région sacrée, au niveau des tubérosités sciatiques, des trochanters et sur les talons. On le plaça sur un matelas de caoutchouc rempli d'eau *(water-bed)*, et on lui donna un régime tonique. Plusieurs fois par jour on le sondait, l'urine était ammoniacale et très fétide. Les poumons étaient engoués, et sur tous les points de la poitrine on entendait des râles bronchiques; aussi, prescrivit-on des remèdes pour faciliter l'expectoration.

Pendant quelque temps, il y eut une amélioration sensible, les escarres se cicatrisaient. La sensibilité était revenue dans les deux cuisses jusqu'aux genoux; l'état de la poitrine était meilleur; mais l'irritabilité de la vessie persistait au même degré. On fit quelques injections dans la vessie avec de l'eau légèrement acidulée; le malade prenait le soir un peu de morphine, et buvait dans la journée de la limonade minérale. Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliorait sensiblement, et le 27 mai, le registre portait cette indication : « *En pleine voie de guérison.* » Cependant trois jours après, le 1er juin, le malade, au milieu du dîner, mourut subitement, sans que rien ait pu faire soupçonner dans la journée l'imminence de cette issue fatale.

Autopsie : Le cerveau et la moelle allongée étaient parfaitement sains. Le cœur était volumineux et flasque; toutes ses cavités étaient vides de sang; ses fibres musculaires avaient subi un certain degré de dégénérescence graisseuse. Il y avait dans le côté gauche de la poitrine des traces évidentes d'une pleurésie ancienne ; les bronches étaient remplies de sérosité; les poumons étaient sains d'ailleurs ainsi que le larynx. On trouva un petit abcès dans la substance corticale du rein droit; tout le reste de sa substance était enflammée; la vessie était enflammée, fasciculée, contractée. La muqueuse intestinale était saine.

La partie supérieure de la colonne vertébrale et de la moelle épinière se présentait avec son aspect normal. La fracture se trouvait à la région lombaire intéressant la partie postérieure des lames des deux premières vertèbres de cette région; elle consistait en une simple fissure, mais sans aucune trace de consolidation; les apophyses épineuses n'étaient pas déplacées. En avant, la fracture occupait le corps des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires; il y avait en ce point un déplacement notable tout à la fois dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur. Une portion osseuse, attirée en arrière, faisait saillie dans le canal vertébral, à droite de la ligne médiane, et comprimait les nerfs qui forment la queue de cheval : aucun de ces nerfs cependant n'était divisé. La partie inférieure de la moelle épinière était un peu ramollie ; on trouva aussi quelques gouttes d'un liquide séro-purulent dans le sillon postérieur de cette portion de la moelle.

III. *Blessure de la colonne vertébrale;*

Par le docteur ERICHSEN.

William C..., 45 ans, journalier, tomba d'une échelle haute d'environ cinq ou six pieds, le dos portant sur le sol. Il ne perdit pas connaissance après cette chute, mais il lui devint immédiatement impossible de mouvoir ses membres. On le transporta chez lui et on le mit au lit : il avait alors perdu complétement la sensibilité sur tous les points de son corps. Néanmoins il conserva pendant plusieurs jours encore la faculté de retenir son urine et ses matières fécales. Il éprouvait de vives douleurs dans le tronc et dans les membres, mais son intelligence était nette, et il n'avait aucune difficulté ni pour parler, ni pour avaler.

Il entra à l'hôpital dix jours après l'accident; on ne voyait alors aucune trace extérieure de la blessure qu'il avait reçue au dos; il y avait, à la partie inférieure de la colonne cervicale, une légère saillie, exagérant un peu la proéminence de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Il se plaignait de violentes douleurs dans les membres, surtout dans les bras; ces douleurs s'exaspéraient de temps à autre et s'irradiaient entre les épaules. Quand il remuait la tête (ce qu'il ne faisait qu'avec un peu de difficulté), il accusait une douleur assez vive dans le dos et les épaules; ses bras et ses mains étaient complétement inertes, mais il pouvait croiser ses jambes l'une sur l'autre quand il était couché sur le dos. La sensibilité générale était à peu près normale, cependant la peau était comme engourdie. La respiration se faisait seulement par le diaphragme, et la poitrine ne se dilatait pas même dans une inspiration profonde. La parole était libre, l'intelligence nette; il avait de l'appétit et digérait bien.

On prescrivit une poudre de bichlorure de mercure et de quinquina. Quatre jours après, il y avait déjà un mieux sensible; les mouvements des bras se rétablissaient un peu; ceux des jambes étaient plus faciles. On constate dans l'urine l'existence d'une certaine quantité de sucre.

Le 27 juillet, l'amélioration continuait; les douleurs du dos et des épaules ont beaucoup diminué; le pouls est régulier, peu fréquent. Le malade prend de l'extrait de noix vomique.

Aucun accident ne vint interrompre la marche de la guérison, insensiblement la santé générale se raffermit, le malade prit même un peu d'embonpoint; la sensibilité et la myotilité se rétablirent; enfin le malade quitta l'hôpital, sinon complétement guéri, du moins en pleine convalescence (1). — D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Septembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie :

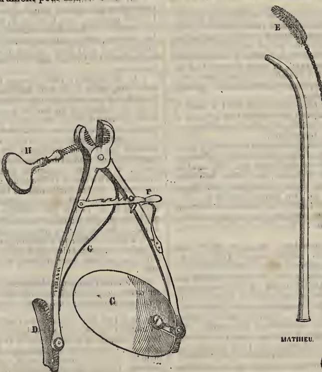
1° Une lettre de M. le docteur CHABANNE, accompagnant de nouveaux échantillons des eaux thermales de Vals (Ardèche).

2° Un rapport du médecin des eaux thermales d'Hammam-Riva (Algérie) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Comm. des eaux minérales.)

Correspondance non officielle :

M. MORDRET, du Mans, prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats au titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

— M. CRÉQUY, interne des hôpitaux de Paris, adresse un instrument destiné à l'écouvillonnement du larynx et de la trachée, et un autre instrument pour maintenir la bouche ouverte. (Com. M. Trousseau.)



— M. LOISEAU (de Montmartre), adresse, à l'occasion de la lecture faite par M. Bouchut dans la dernière séance, une lettre dans laquelle il rappelle :

1° Que, dans son premier mémoire sur le cathétérisme du larynx, il posait l'indication de dilater la glotte, afin de suppléer, autant que possible, à la trachéotomie ;

2° Qu'il a eu occasion de mettre sous les yeux de l'Académie, lors du rapport de M. le professeur Trousseau, une foule de tubes propres au tubage soit du larynx, soit de la trachée, ainsi que plusieurs formes de pinces et de tubes-pinces destinées soit à les mettre en place, soit à les retirer, afin d'éviter l'inconvénient des fils d'amarre ;

3° Il rappelle enfin que, dans un second mémoire, il cite une observation datant de 1840, dans laquelle une grosse sonde, mise à demeure dans les voies aériennes, a pu prolonger la vie pendant plusieurs heures. (Com. nommée, M. Trousseau rapporteur.)

— M. GUILLON adresse une note sur un perfectionnement du traitement curatif des rétrécissements urétraux de nature inflammatoire. (Com. du prix d'Argenteuil.)

— M. L. MATHIEU présente à l'Académie, de la part de M. le docteur BOUCHUT, un des instruments qui sont destinés à compléter l'appareil instrumental du *tubage de la glotte*. C'est une râclette que l'on introduit à travers le tuyau intra-glottique lorsqu'il est en place, et à l'aide de laquelle on peut racler la muqueuse trachéale pour en détacher les fausses membranes et faciliter leur expulsion. Elle se compose d'une sonde garnie d'un point d'arrêt s'arrêtant sur le bourrelet supérieur de la virole glottique, et d'une tige intérieure assez petite pour ne pas gêner le passage de l'air et terminée par un ressort en anneau. Une fois dans la trachée, la *râclette*, que l'on fait tourner au moyen d'un bouton, fonctionne sans gêner la respiration, puisqu'elle frotte dans un tube huit à dix fois plus large qu'elle, et on peut prolonger l'opération autant que cela est nécessaire. Si l'on joint à cet instrument de longs écouvillons de crin, la pince à deux branches et la pompe d'aspiration des fausses membranes que l'on introduit par la même voie, on aura tout ce qui est nécessaire à la pratique du nouveau traitement du croup. — (Com. M. Trousseau.)

M. HAIME, membre correspondant à Tours, assiste à la séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. MARGUERON, membre correspondant à Tours.

M. FRANÇOIS, d'Abbeville, donne lecture d'une note sur un procédé autoplastique, qu'il croit nouveau, pour remédier à l'ablation de la paupière inférieure. La nouvelle blépharoplastie, dont l'auteur vient entretenir l'Académie, lui a été suggérée par le procédé imaginé par M. le professeur Nélaton, pour remédier à l'ectropion, et qui offre, avec la nouvelle manière de faire de M. Denonvilliers, une singulière ressemblance. Ce procédé avait donné deux succès complets à M. François, sur deux enfants de 7 à 8 ans, lorsque l'idée est venue à ce chirurgien de s'en servir en le modifiant, bien entendu, pour exécuter la blépharoplastie chez une femme affectée d'un cancer de la paupière inférieure.

Une incision horizontale, partant de l'angle externe de l'œil, est dirigée vers la tempe, dans l'étendue de 2 centimètres, pour largement dépasser les limites du mal; de l'extrémité de celle-ci, une incision verticale de 4 centimètres à peu près parcourt la région malaire. Une troisième incision parallèle à cette dernière, et d'une égale longueur, part de l'angle interne de l'œil; enfin le mal est cerné par une quatrième incision horizontale, qui réunit les deux dernières en suivant la ligne de la paupière. On dissèque alors le voile pour l'enlever, en ayant soin, c'est là le nœud du procédé nouveau, de conserver le plus possible des fibres du muscle orbiculaire et de la muqueuse palpébrale. Cela fait, le lambeau renfermé dans les deux incisions verticales est disséqué jusqu'à ce qu'il soit possible de le ramener facilement sur le globe de l'œil. Le bord libre de la paupière supérieure est avivé pour détruire des ulcérations de nature douteuse. On fait glisser le lambeau au niveau de la paupière enlevée, et on comprend dans l'anse de la suture, qui doit mettre en contact le lambeau et la paupière supérieure, les fibres des muscles orbiculaires et les parties de la muqueuse palpébrale conservée. Quatre points de suture sont ainsi placés et deux autres points de suture rapprochent les lèvres des incisions verticales. Cinq jours après, la réunion était complète.

Cette nouvelle méthode de blépharoplastie aurait l'avantage, d'après l'auteur, de donner un lambeau pourvu d'une muqueuse et animé de quelques mouvements, à cause des fibres du muscle orbiculaire qui viennent s'y insérer, et non plus un simple morceau de peau. Dans le cancroïde, où les tissus sous-jacents sont longtemps respectés, ce procédé ne présenterait-il pas de grands avantages ? Dans les cas même où les progrès du mal obligeraient à tout sacrifier, ce procédé, simple et d'une exécution facile, peut encore être employé avec utilité. La réunion des deux paupières créerait un point d'appui qu'il n'est pas toujours facile de trouver dans les autres méthodes.

L'opérée de M. François n'a pas eu de récidive depuis onze mois. (Comm. MM. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

M. le docteur SILBERT (d'Arles) lit un mémoire intitulé : *Des grossesses tardives et des indications qu'elles présentent.*

L'auteur rapporte trois observations de grossesses tardives, desquelles il semble résulter que les grossesses tardives, loin de devoir leur cause à la faiblesse du fœtus, ainsi que cela est généralement admis, sont au contraire accompagnées, dans la très grande majorité des cas, de son développement exagéré. Il en résulte que son expulsion devient pour lui et pour la mère une source de danger, et c'est à ce point que sur 21 cas de dystocie par excès de volume du fœtus, recueillis par M. Jacquemier, 8 femmes seulement ont survécu. M. Silbert pense qu'en présence des faits, l'indication de l'accouchement prématuré artificiel est formelle. L'objection la plus sérieuse qu'on puisse faire à cette pratique, c'est l'incertitude de l'époque à laquelle il faut opérer; mais l'accoucheur rencontrera toujours dans les antécédents et dans l'examen des organes génitaux et des diverses fonctions, des éléments suffisants pour ne pas agir à l'aveugle. (Comm. MM. Moreau et Cazeaux.)

(1) Extrait du *British medical journal*, juin 1858.

M. A. Chauveau, de Lyon, donne lecture d'un mémoire *sur le mécanisme des murmures vasculaires ou bruits de souffle*.

« Tout bruit de souffle, dit l'auteur, résulte des vibrations d'une veine fluide intra-vasculaire, qui se forme constamment lorsque le sang pénètre, avec une certaine force, d'une partie étroite dans une partie réellement ou relativement dilatée du système circulatoire. » C'est à la démonstration physique de cette théorie que l'auteur a consacré son mémoire.

M. Chauveau commence par énoncer, sous forme aphoristique, les propositions suivantes :

1° Quand un liquide s'écoule par un orifice, il forme un jet qui prend le nom de *veine fluide*.

2° Ce jet est plus ou moins fort, suivant que la pression qui détermine l'écoulement se trouve elle-même plus ou moins considérable.

3° Quand l'oreille est appliquée sur un tuyau de l'extrémité duquel s'échappe une veine fluide, on saisit parfaitement un murmure tout à fait semblable au bruit de souffle des vaisseaux de l'homme.

4° Ce murmure n'est pas le résultat du frottement produit par le passage du liquide dans l'intérieur du tube; il est dû aux vibrations moléculaires de la veine fluide, vibrations transmises jusqu'à l'oreille, soit par les parois du tuyau, soit par la colonne liquide. En effet, si, par un artifice particulier, on supprime la veine fluide tout en maintenant l'écoulement à l'intérieur du tube, le murmure disparaît de la manière la plus absolue.

5° Ce ne sont pas seulement les veines fluides extérieures qui peuvent donner naissance à des bruits de souffle ; quand un liquide en circulation dans un appareil tubulaire traverse une portion plus ou moins dilatée de l'appareil, il forme, en arrivant dans la dilatation, une veine fluide intérieure, dont les molécules sont également animées de vibrations engendrant un murmure.

6° Si, au lieu d'une dilatation, c'est un rétrécissement qui existe sur le trajet du tube, le liquide, à son entrée dans la partie relativement dilatée qui succède au rétrécissement, produit encore une veine fluide intratubulaire.

7° En dehors de la veine fluide interne ou externe, dont le mode de manifestation vient d'être indiqué, il n'existe aucune cause capable de faire naître un bruit de souffle.

8° Ainsi, le frottement exagéré qui résulterait du passage d'un liquide à travers un tube rétréci, ce prétendu frottement n'entre pour rien dans la production des murmures.

9° Ces murmures ne tiennent pas davantage aux rugosités qui peuvent exister sur les parois des tuyaux, ou à l'état de flaccidité de ces parois.

10° Ils ne sont pas non plus sous la dépendance directe de la fluidité des liquides en circulation, ni de la vitesse de l'écoulement.

A l'appui de ses propositions l'auteur rapporte un certain nombre d'expériences; la première consiste à faire passer un courant d'eau dans un long tube métallique horizontal, et qui communique avec un tuyau vertical en caoutchouc, en rapport avec un réservoir rempli d'eau et placé à une hauteur telle que le poids de la colonne liquide produise une pression suffisante. Sous l'influence de cette pression, le liquide s'engage dans le tube métallique, y circule et s'échappe par le bout ouvert sous forme de veine fluide vibrante. Or, si la colonne d'eau a au moins 40 centimètres de hauteur, on entend dans toute la hauteur du tuyau métallique un bruit de souffle très accentué.

Pour prouver que ce bruit est bien réellement dû à la production d'une veine fluide, il suffit de faire disparaître celle-ci. On y parvient en faisant cheminer l'eau, à sa sortie du tube horizontal, dans un tuyau ascendant exactement du même diamètre. Il est facile de s'assurer alors que la circulation s'accomplit sans produire le plus léger bruit de souffle.

Pour prouver expérimentalement qu'il se forme aussi des veines fluides vibrantes toutes les fois qu'un liquide circule à l'intérieur d'un tuyau qui présente sur son trajet une dilatation plus ou moins prononcée, l'auteur se sert du même appareil que tout à l'heure, en remplaçant le tube métallique horizontal, à diamètre uniforme, par un tube en caoutchouc de même longueur, mais présentant dans sa partie moyenne une dilatation assez considérable. Or, chaque fois que le liquide envahira le tube ascendant, le doigt introduit dans la partie dilatée du tube constatera qu'une veine fluide se forme à l'entrée de la dilatation, il en sentira les vibrations, et l'auscultation permettra de saisir très nettement le murmure qu'elles engendrent.

Il est encore un autre moyen de produire une veine fluide à l'intérieur d'un système de tuyaux, c'est de faire passer le liquide, non plus dans une dilatation, mais à travers un rétrécissement. Au delà de celui-ci existe une dilatation relative où la veine fluide se forme, selon le même mécanisme que dans le cas précédent et en donnant lieu aux mêmes phénomènes acoustiques.

Dans les deux dernières expériences, le bruit de souffle ne présente une certaine intensité qu'au niveau de la dilatation où cette veine fluide prend naissance.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur a cherché à démontrer qu'en dehors des vibrations d'une veine fluide, toute autre cause est incapable de produire le moindre murmure.

Pour prouver que le frottement du liquide contre les parois du tube ne joue aucun rôle dans la production des bruits, l'auteur adapte au tube descendant un tuyau très étroit, suivi d'un tube large qui laisse échapper le liquide par son extrémité libre, celle-ci plongeant dans un vase qui contient de l'eau où se perd sans bruit la veine fluide extérieure. Si l'on ausculte le tube étroit à son origine ou dans son milieu, on n'entend aucun bruit de souffle; mais en auscultant vers l'origine du tube large, on constate au contraire un murmure.

Pour démontrer que l'état rugueux de la surface interne des tubes n'influe en rien sur la production des bruits de souffle, l'auteur substitue un conduit rétréci au tuyau de diamètre uniforme, présentant dans une partie de son étendue une très mince couche de sable fin qui le rend rugueux à l'intérieur. L'auscultation de cette partie rugueuse du conduit ne permet pas de percevoir le plus faible murmure. Ce qui démontre que l'état de flaccidité des parois n'est point une cause des bruits vasculaires, c'est que, dans l'expérience qui consiste à faire couler l'eau d'un tube étroit vers un tube large, les parois de ce dernier sont aussi flasques que possible, et cependant il ne se produit pas de murmure sur le trajet de ce tuyau.

M. Chauveau termine en faisant observer que les lois qu'il vient d'établir s'appliquent aussi bien aux fluides élastiques qu'aux liquides. La théorie de la veine fluide a donc à intervenir encore dans l'explication du mécanisme des bruits et des sons qui se passent dans l'appareil respiratoire, à l'état normal et à l'état pathologique. Ce sont là de nouveaux faits que l'auteur se propose d'exposer prochainement devant l'Académie.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral et Beau.

M. Cramoisy lit une note sur la blépharite glandulo-ciliaire et son traitement radical par l'avulsion des cils. Ce travail a pour but de prouver que la blépharite glandulo-ciliaire est curable par l'épilation seule, indépendamment de tout autre traitement interne ou externe. Les cils arrachés se reproduisent toujours au bout de huit ou quinze jours, et, en général, ils reviennent plus beaux et plus forts. Il est nécessaire de réitérer l'opération un certain nombre de fois, douze à quinze fois, en moyenne; la première avulsion est surtout douloureuse, les épilations suivantes deviennent de plus en plus supportables. (Comm. MM. Huguier, Robert.)

M. le docteur Timothée Riboli, de Turin, présente un instrument de son invention qu'il appelle *rétracteur de la fistule vésico-vaginale*.

Cet instrument est introduit par l'urètre dans la vessie et sert, par l'écartement losangique des branches qui le terminent, à fournir un point d'appui, soit pour l'avivement des bords, soit pour l'application de la suture. M. Riboli s'en est servi dans une opération de fistule vésico-vaginale qu'il a pratiquée, grâce à cet instrument, avec beaucoup de facilité. (Comm. M. Jobert, de Lamballe.)

— La séance est levée à cinq heures.

Cours de pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Am. Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édit. entièrement refondue. — 3 vol. in-8 de 2,076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Études sur la Maladie dite Fièvre puerpérale, Lettres à Monsieur le professeur Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., par J. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr.
Paris, 1858, aux bureaux de l'*Union Médicale*, 56, faubourg Montmartre.

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

DOCUMENTS SCIENTIFIQUES

SUR LES BAINS MINÉRAUX DE PENNES,

Au point de vue de la Médication thermale.

I. — Au moment où la saison des eaux minérales va finir, qu'il me soit permis de rappeler à l'attention du corps médical la formule des *Bains minéraux* que j'ai adressée à l'Académie en 1854, et de lui signaler une des ressources réelles que ma tentative est venue fournir à la médecine pratique. Si j'arrive, comme je l'espère, à porter la conviction dans l'esprit des médecins, un bon nombre d'entre eux trouvera encore l'occasinn de terminer quelques-unes des cures qui se seraient trop fait attendre aux stations thermales par un défaut de stimulation assez énergique des eaux minérales, telles que la nature les donne.

Dans le traitement des maladies aiguës, le praticien trouve dans la nature médicatrice un puissant auxiliaire; il n'en est plus de même pour le traitement des affections chroniques. Ici, la spontanéité de l'organisme fait complétement défaut; il est indispensable que l'art lui vienne en aide.

Le plus simple de tous les moyens mis en œuvre pour atteindre le but, celui dont l'expérience a démontré l'efficacité la moins contestable, c'est la médication thermale.

Si le grand nombre des cures qui s'opèrent chaque année aux eaux légitiment la confiance des malades, le mode d'action de ces eaux justifie aussi la prédilection des médecins. L'organisme, incité par ce mouvement spécial que développe l'usage suivi des eaux, incitation à laquelle on a donné le nom de *fièvre thermale*, retrouve alors toute sa puissance de réaction contre le principe morbide, *et ainsi s'explique la variété des maladies qui guérissent à une même source.*

Mais un grand nombre de malades ne peuvent bénéficier de cette puissante ressource thérapeutique : les uns, à cause des frais onéreux qu'impose le séjour aux stations thermales; les autres, retenus chez eux par les devoirs impérieux de leur profession. Cette classe intéressante de malades devait-elle toujours être délaissée? Ne pouvait-elle espérer qu'un produit de l'art viendrait enfin lui permettre de *jouir à son tour, et sur place,* des avantages réservés jusqu'ici aux classes privilégiées?

Telle est la tâche que, à l'invitation de quelques médecins de mes amis, je n'ai pas craint d'aborder.

Le mode d'action des eaux minérales connu, n'était-il pas possible à la chimie appliquée, qui a rendu déjà à la thérapeutique de si nombreux services, de lui en rendre un nouveau en lui fornissant une formule de *bains minéraux artificiels*, capables de provoquer cette stimulation spéciale déterminée par l'usage des eaux minérales naturelles?

Les expérimentations cliniques qui ont été faites ou qui se font encore dans les hôpitaux de Paris me permettent de dire que j'ai atteint mon but.

II. — L'étude de tout agent thérapeutique doit se faire à un triple point de vue : la composition chimique du remède, l'action qu'il exerce sur l'organisme à l'état sain et d'après les effets physiologiques produits, ses applications au traitement des maladies. Je serai bref sur chacun de ces points, n'ayant ici qu'à faire seulement la preuve de l'action dérivative et stimulante de mes bains.

Les substances qui devaient entrer dans ma formule étaient désignées par les analyses les plus récentes des diverses eaux minérales. Quant au choix et quant aux doses, un critérium d'une grande valeur m'avait été fourni par l'illustre Bichat. Pour un grand nombre de médecins vieillis dans la pratique près les stations thermales, l'action des eaux est une action dynamique analogue à celle produite par l'électricité; or, notre grand physiologiste nous a appris qu'en saupoudrant les muscles avec certaines substances, on provoquait leurs contractions. Profitant de cet enseignement, je me suis mis à étudier chacun des sels qu'on trouve dans les eaux minérales naturelles, et j'ai fait choix de ceux qui provoquaient les contractions les plus énergiques.

J'exposerai dans un autre travail les résultats curieux que m'a procurés cette étude; pour le moment, limité par l'espace, je dois me borner à rappeler les données scientifiques qui m'ont conduit à la composition de ma formule.

C'est pour rappeler ces données plutôt que pour présenter une preuve de plus du mode d'action allégué par un certain nombre de médecins d'eaux minérales, que j'avais imposé à mes bains l'épithète d'Électro-chimiques. L'abus que l'industrialisme a fait, en ces dernières années, de cette appellation, a éveillé la susceptibilité de quelques membres du corps médical; or, le concours si empressé de la plupart des praticiens les plus éminents de la capitale m'était trop précieux pour que je ne m'empressasse pas d'abandonner l'épithète d'*électro-chimique*, toute légitime qu'elle me parût. Je me suis contenté depuis de désigner ma préparation sous le nom de *Bains minéraux de Pennes*, à l'exemple de ceux de mes confrères qui ont été assez heureux pour doter la thérapeutique de formules aujourd'hui classiques.

III. — Ma préparation achevée, restait à l'expérimentation clinique à en déterminer la valeur.

Les données scientifiques sur lesquelles reposait ma formule furent comprises par les médecins. En thérapeutique, d'ailleurs, la parole est aux faits; ce n'est pas l'idée théorique qui préside à l'administration du remède qui guérit, mais bien l'action de ce remède. Or, rien n'était plus facile que de constater les effets physiologiques produits par mes bains. Dans un article sur les propriétés de ma préparation, publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, M. le docteur Lecointe s'exprime ainsi à cet égard :

« Lorsqu'on fait dissoudre une dose du sel de M. Pennes dans un bain chaud, la température de l'eau s'abaisse; les sujets qui s'y plongent sentent, au bout de dix à douze minutes, la peau qui s'échauffe, et chez quelques-uns, à système dermique très excitable, elle se flagelle de vergetures rouges qui éveillent une cuisson qui peut s'élever jusqu'à la douleur; le pouls devient large, plein; les sujets accusent un sentiment de turgescence générale, et chez quelques-uns les oreilles tintent ou bourdonnent.

» A la sortie du bain, en ayant soin de suivre les précautions indiquées par l'auteur, le pouls se calme, il survient quelquefois une sueur bienfaisante, douce et perlée; d'autres fois, au lieu de sueur, on observe des urines abondantes, claires, limpides, de celles que nous appelons nerveuses. *Un sentiment de bien-être s'empare au sujet, la peau devient fraîche, douce au toucher, l'appétit s'éveille et devient impérieux, et la seule expression qui puisse rendre ce qu'on éprouve, c'est une sensation de jeunesse.*

» Cet effet est le même chez tous, en réduisant à moitié la dose ordinaire pour les sujets à peau fine et trop irritable et pour ceux qui se trouvent prédisposés par leur constitution aux congestions céphaliques ou thoraciques.

» Après avoir constaté l'usage qu'on pourrait en faire hygiéniquement, j'en ai cherché la valeur dans certaines affections. Ainsi, dans les *engorgements viscéraux* (que l'état morbide ait eu pour siége l'organe hépatique, les glandes mésentériques, ou l'utérus), je puis dire avec certitude que, soit directement, soit indirectement, par leur action générale sur l'économie, *ils ont puissamment aidé à la résolution alors que l'estomac, fatigué par des médications longues et infructueuses, ne permettait plus l'administration de nouveaux remèdes.*

» Sur une autre série de malades, celle des *chloro-anémiques*, ils m'ont donné des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et si je ne craignais de donner trop d'extension à cette simple note, je tiendrais à vous citer le cas d'une jeune femme de vingt-neuf ans, traitée depuis son enfance pour une chlorose, par toutes les médications possibles, sans beaucoup de succès, dont l'estomac était si susceptible, que l'introduction d'aliments, et, à plus forte raison, de médicaments, éveillait immédiatement des douleurs gastralgiques intolérables. J'essayai, mais vainement, l'usage du fer sous toutes les formes, il me fallut y renoncer; c'est alors que j'eus recours aux Bains composés de M. Pennes. *Le succès dépassa mon attente.*

» L'action de ces bains sur les sujets atteints de *diathèse scrofuleuse* se prévoit par ce que nous avons dit de leurs effets physiologiques; *c'est un bon adjuvant des médications iodées, qui n'a pas l'inconvénient des bains sulfureux*; mais il ne faut pas craindre, après avoir tâté la susceptibilité du malade, d'en porter la dose à deux et trois doses pour chaque bain, si l'on veut en obtenir des effets appréciables.

» Quelques cas de *rhumatisme atonique*, sans fièvre ni gonflement articulaire, ont été traités également par l'usage de ces bains, et les malades se sont loués de la diminution de leurs douleurs.

» En somme, les bains minéraux de M. Pennes méritent l'attention de nos confrères qui pourront les utiliser surtout comme agents thérapeutiques, toutes les fois qu'il s'agira d'éveiller une fièvre éphémère, de stimuler ou d'exciter l'énergie des fonctions organiques.

» En présence des résultats cliniques obtenus déjà par un grand nombre de médecins des hôpitaux, dit en terminant M. le Dr Lecointe, *on comprend la prétention de leur auteur d'offrir aux praticiens les moyens d'un traitement thermal à domicile.* »

IV. — Le *Bulletin de thérapeutique*, dans son numéro du 15 juin 1857, tome LII, page 510, donnait un exemple de cette médication nouvelle. « C'est un cas d'*angine granuleuse* cédant une première fois à l'emploi de la glycérine iodée et au traitement thermal par les eaux sulfureuses de Luchon. La récidive ayant eu lieu pendant le séjour du malade à Paris, et celui-ci ne pouvant retourner aux eaux, on eut recours au même topique et à l'emploi des bains Pennes; la guérison s'est produite avantageusement cette fois, puisqu'elle avait persisté encore deux années après. Ainsi, on le voit, ces bains procurèrent un résultat que les eaux de Luchon, *si riches en sulfure*, n'avaient pas permis d'obtenir. »

Un autre fait bien plus intéressant, et qui est le suivant, a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* le 5 novembre 1857 :

« Nos lecteurs connaissent les bains médicamenteux de M. Pennes; l'observation suivante va leur en montrer l'efficacité dans un cas de *paralysie atrophique des bras, accompagnée d'arthrites multiples, suite de rhumatisme articulaire aigu.* Cette observation est due à M. Cl. Berlemont, de Joncourt (Aisne).

» H. Leroy, cultivateur, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution athlétique, a toujours joui d'une santé excellente. L'année dernière, vers le début du mois de juin, cet homme fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit toutes les jointures, même celles du cou. L'affection, incomplètement soignée, dura deux mois. Au bout de ce temps, le malade put être mis sur les jambes, mais il fallait qu'il fût soutenu par deux bras.

» Le 15 septembre 1856, lorsque je vis Leroy pour la première fois, dit M. le docteur Berlemont, sa tête était fortement fléchie par suite de la perte de tonicité des muscles de la partie postérieure du cou, ses bras pendaient au-devant du tronc; le malade était assis sur un siége très haut, car il ne pouvait ployer aucune des articulations du membre inférieur.

» La maladie résista aux moyens les plus puissants, à l'électrisation, aux frictions stimulantes, à la gymnastique, employées simultanément pendant des mois entiers. Le mois de juin 1857 arriva, et avec lui le moment d'aller demander aux eaux thermales de Bourbon-l'Archambault, si puissantes dans ces cas, les secours que les autres moyens thérapeutiques refusaient. Mais Leroy est à la tête d'une exploitation agricole très importante, et il ne voulait pas entendre parler d'un traitement qui le forçât d'abandonner la surveillance des travaux de sa ferme. Il ne répugnait a aucune tentative, à aucun sacrifice, *mais à la condition qu'il demeurerait chez lui.* En présence de cette résistance, l'idée vint d'essayer de la stimulation produite par les bains minéraux dont M. Pennes a publié la formule. »

Les résultats remarquables obtenus nous obligent à exposer avec quelque détail le mode suivi par M. Berlemont dans son expérimentation, laissons-le parler de nouveau :

« Le 3 juin 1857, Leroy prend un bain avec une dose de sel minéral; le 14, la dose est doublée; elle est portée à trois le 15, à quatre le 16 et à cinq le 17; arrivé à ce chiffre je m'arrête. La durée de ces bains était d'une demi-heure, et le malade, mis au lit immédiatement après, y restait une heure ou deux. Les phénomènes éprouvés par le malade ont consisté en un sentiment de fourmillement dans la peau, qui s'est manifesté à la suite du troisième bain; cette sensation se montrait immédiatement après la sortie de l'eau, et durait d'autant plus longtemps que le nombre des doses était considérable; la progression fut de 5, 10, 15 minutes : 5 minutes par dose.

» Le 18 juin, je revins à une dose, et les suivantes furent progressivement élevées jusqu'à 6. Les phénomènes furent exactement les mêmes, nuls pendant les deux premiers bains; les fourmillements apparurent au troisième et durèrent 5, 10, 15, 20 minutes; arrivé à cette dose élevée, quelques mouvements fibrillaires apparurent dans les muscles superficiels du tronc.

» Le malade, que depuis une année on habillait comme un enfant, put, à dater de ce moment, se passer d'aucun aide, car il pouvait porter le bras en arrière et le faire passer dans l'ouverture des manches de son gilet; la flexion des articulations du genou et de la hanche, plus étendue, lui permettait de se baisser et de se relever très facilement; il marchait huit ou dix heures par jour.

» Après huit jours d'interruption, nous parvenons à faire reprendre à notre malade l'usage des bains de Pennes, dont il use de la même façon; seulement les doses sont portées à sept, et il prend quatre jours de suite un bain avec cette dose élevée, dont l'action reste bornée à ces sensations de fourmillement dans la peau, de 20 à 25 minutes de durée, et de mouvements fibrillaires dans les muscles les plus étendus, ceux de la partie postérieure du tronc.

» A dater du 12 juillet, j'autorise Leroy à reprendre tous ses travaux, à l'exception toutefois de ceux qui exigent des efforts violents et soutenus des deltoïdes, comme ceux de charger ses voitures. Ainsi, au moment où je vous adresse cette observation, Leroy, après avoir concouru au labourage de ses terres, les ensemence toutes, car là est l'œuvre du maître.

» Maintenant, ce fait parle trop haut pour que j'aie à vous présenter de longues réflexions sur les services rendus à mon malade par l'usage de ces bains minéraux artificiels. Je ne poserai même pas la question de savoir si les eaux de Bourbon-l'Archambault eussent mieux et plus promptement guéri mon malade; le choix ne m'était pas laissé, et, sans les bains médicamenteux de Pennes, Leroy serait condamné encore à rester immobile dans son fauteuil, écoutant le récit de ses ouvriers, au lieu de se rendre sur le terrain pour juger de leurs travaux et même pour y prendre part. »

V. — Des épreuves bien nombreuses, faites dans des circonstances beaucoup moins importantes que les précédentes, puisqu'il s'agissait d'affections n'ayant pas de gravité, sont venues successivement démontrer *l'action dérivative* ou *sédative* de mon sel, lorsqu'il est employé en solution concentrée pour *manuluves* ou *pédiluves*.

En, ne citant qu'un exemple, je puis dire que beaucoup de médecins auraient pu être étonnés de la rapidité et de l'efficacité de ses effets sur les *engelures*, s'ils n'avaient su que le gonflement et la démangeaison qui accompagnent cette incommodité, proviennent de la coagulation de l'albumine du sang, et s'ils n'avaient observé que cette albumine est liquéfiée par le contact de ma composition minérale.

Sans m'étendre sur la valeur de cette médication topique, qu'il me soit permis de dire qu'elle a la *puissance rubéfiante ou stimulante des alcalis* (ammoniaque, potasse, soude); *des acides* (acétique, chlorhydrique, oxalique, sinapisique); *de l'électricité sèche* (variée par les appareils connus), sans présenter leurs inconvénients et même leurs dangers.

En présence des faits et considérations que je viens de reproduire, le doute n'est guère possible; reste à l'expérimentation à élargir le cercle d'action et à chercher l'application de mes bains toutes les fois qu'il sera nécessaire de provoquer le développement de l'activité vitale ou de déplacer les éléments morbides qui déterminent la présence des *affections anémiques, cutanées, gastro-entériques, rhumatismales, strumeuses, syphilitiques et viscérales.*

Un enseignement qui ressort de mes expérimentations personnelles, et qui a été confirmé depuis par celles de la plupart des praticiens qui ont usé largement de ma préparation, est qu'il est préférable de *« chercher la stimulation par l'élévation des doses plutôt que par la durée du bain. »* Ainsi, dès qu'on emploie plusieurs doses, il ne faut jamais permettre aux malades de rester plus d'une demi-heure dans la baignoire.

Un second fait important, car on doit toujours proportionner le prix du remède à la fortune du malade, c'est que l'eau du bain peut être conservée plusieurs jours. Lors donc que l'on prescrit des bains à doses multiples et qu'il ne répugne pas de s'immerger plusieurs fois dans la même eau, on peut, à l'aide d'un faible sacrifice de combustible, leur procurer les effets réitérés d'une médication puissante et économique.

Du reste pour répondre dignement à la bienveillance de MM. les médecins qui veulent expérimenter, je me fais un plaisir de livrer mon sel à prix réduit au profit des malades nécessiteux qu'ils me désignent.

J. A. Pennes,
Pharmacien-chimiste à Paris.

Tome XII. — N° 114. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 25 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires. Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, la séance s'est ouverte à trois heures et demie — c'est une satisfaction d'une demi-heure accordée à ceux qui voudraient que les séances ne s'ouvrissent pas du tout à ce moment de l'année ; — la correspondance a été dépouillée en présence d'une vingtaine d'académiciens.

M. le Secrétaire perpétuel a successivement mentionné différents travaux d'hydraulique et de géologie (un de ces derniers est relatif à la géologie de Milianah).

— Une note sur l'assimilation du carbone par les végétaux ;

— Un travail sur la forme de l'arragonite;

— L'envoi des *Comptes-rendus de la Société agricole de New-York ;*

— Une lettre de M. de Humboldt, à propos de la mort de M. Bonpland. Les collections d'histoire naturelle, à la formation desquelles M. Bonpland a consacré sa longue existence, doivent appartenir au Muséum, d'après ses dernières volontés. M. de Humboldt engage l'Académie des sciences et le Muséum à faire réclamer ces collections au Paraguay par les soins et l'autorité du consul de France. Cette lettre sera insérée dans les *Comptes-rendus.*

— Une note sur un bolide remarquable dirigé du sud-ouest au nord-est, et récemment observé en Bretagne ;

— Une autre note sur les rotations électro-magnétiques;

— Une lettre relative à l'Observatoire construit à Yarmouth, pour étudier les mœurs des poissons, et notamment du maquereau et du hareng ;

— Une note sur la maladie *de la tache* chez les vers à soie.

M. d'Archiac prend la parole et rappelle qu'une communication a été faite, dans une des précédentes séances, sur les animaux vertébrés des terrains tertiaires en Bretagne : ces terrains, selon M. d'Archiac, appartiennent à l'époque silurienne, et les schistes dont ils sont composés reposent sur des grés.

M. d'Archiac fait ensuite un rapport sur un travail de M. Murchison.

MM. les académiciens se passent de main en main un dessin de M. Bulard, représentant la comète de Donati, actuellement visible.

— M. Pelouze présente des recherches de M. Hoffmann sur les bases organiques.

— M. Vanzetti, professeur à l'Université de Padoue, lit un mémoire sur le traitement des anévrysmes au moyen de la compression digitale. L'auteur a l'accent italien très prononcé; il se fait un assez grand bruit de retraite parmi le public et les membres de l'Académie, et ce que lit M. Vanzetti n'arrive que difficilement aux oreilles des auditeurs attentifs. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont pu voir d'ailleurs, dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie, de fréquentes discussions à ce sujet depuis quelque temps. M. Fanzetti rapporte de nombreuses observations de traitement des anévrysmes par la compression exercée avec la main seule, et termine son mémoire par des conclusions favorables à cette méthode. (L'UNION MÉDICALE publiera prochainement un travail intéressant sur ce nouveau mode de traitement.)

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, donne lecture d'un mémoire sur le traitement du croup par le tubage du larynx. Nous renvoyons nos lecteurs au numéro de l'UNION MÉDICALE du 16 septembre; ils y trouveront un extrait étendu de ce mémoire et les figures des instruments employés par M. Bouchut.

— M. Maisonneuve lit un mémoire sur la cautérisation en flèche, et sur l'opportunité de substituer ce moyen aux autres méthodes d'amputation. (Voir plus bas.)

— M. Moquin-Tandon, au nom de M. Parlatore, de Florence, présente une Flore de l'Italie que ce dernier vient de publier.

— Nous avons entendu mentionner, parmi les pièces de la correspondance, une note sur les vibrations du pendule à Nice, sans pouvoir saisir le nom de l'auteur; dans la séance précédente, M. Biot avait fait sur le pendule, la communication suivante :

« M. le professeur Eugenio Alberi, le consciencieux et savant éditeur de la collection complète des *Œuvres de Galilée,* a désiré que je présentasse de sa part à l'Académie une dissertation dans laquelle il a réuni un ensemble de documents tendant à prouver, qu'en 1641, dans la dernière année de sa vie, Galilée avait conçu le projet d'appliquer le pendule aux horloges mécaniques pour modérer et régulariser la descente de leur poids moteur ; qu'il avait arrêté dans son esprit toutes les dispositions propres à mettre cette idée en pratique, mais qu'étant alors privé de la vue, il avait confié l'exécution de ce plan à son fils, lequel l'aurait effectivement réalisé après la mort de son père ; de sorte que Huyghens n'ayant annoncé et publié la même application que seize ans plus tard, en 1657, il faudrait reporter à Galilée l'honneur d'une invention qui a été si utile à l'astronomie. »

Tout en reconnaissant la parfaite exactitude des documents rassemblés par M. Alberi, et l'irréprochable fidélité avec laquelle il les expose, M. Biot trouve, à la vérité, dans ce fait, une nouvelle preuve du génie inventif de Galilée, mais il s'attache à montrer que la gloire de Huyghens n'en doit pas être diminuée. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont trop longues pour trouver place ici.

Dans la même séance, M. le docteur Junod avait lu un mémoire ayant pour titre : *Description des perfectionnements qui permettent de réduire les grandes ventouses au quart de leur volume pour la facilité du transport.*

M. Junod a fait couper ses ventouses, dites bottes, en quatre parties qui s'ajustent entr'elles au moyen de l'emboitement dit à tabatière. Quant à celles destinées au bras, elles sont disposées maintenant de telle sorte que le bras peut y être placé fléchi à angle droit.

Dr Maximin LEGRAND.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE CAUTÉRISANION, DITE CAUTÉRISATION EN FLÈCHE, PERMETTANT D'OBTENIR EN UNE SEULE SÉANCE LA DESTRUCTION DES TUMEURS LES PLUS VOLUMINEUSES;

Lu à l'Académie des sciences, le 20 septembre 1858,

Par le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Quand on voit avec quelle merveilleuse facilité l'instrument tranchant se prête aux opérations chirurgicales les plus diverses, avec quelle puissance et quelle précision une main habile, éclairée par l'anatomie, peut le diriger dans les profondeurs de l'organisme, on comprend facilement le dédain qu'inspirait à certains opérateurs éminents du commencement de ce siècle, et qu'inspire encore à beaucoup de chirurgiens de nos jours, toute tentative pour rétrécir le domaine de cet admirable agent de division, au profit des méthodes en apparence brutales de la ligature ou de la cautérisation. Mais, tout en tenant compte de ses avantages incontestables, si l'on considère, ainsi que j'ai cherché à l'établir dans un précédent mémoire (1), que cette brillante méthode de l'incision a la funeste prérogative d'exposer plus qu'aucune autre, d'une part aux accidents hémorrhagiques, d'autre part et surtout à l'in-

(1) Mémoire sur une *nouvelle méthode d'amputation des membres,* lu à l'Académie des sciences.

Feuilleton.

L'HYGIÈNE DES FAMILLES (1);

Par le docteur Francis DEVAY, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Ce travail original et de premier ordre contient, dans ses sept à huit cents pages, des idées à développer et des points de vue à éclairer pour cent volumes pareils : il a pour aïeux mille volumes de toutes générations et dix mille volumes à venir réclameront sa parenté.

Rien que le titre choisi par M. le docteur Francis Devay, *Hygiène des familles,* peut mettre l'imagination en feu : s'il y a une hygiène des familles, il y a donc une *Physiologie des familles?* car la physiologie est le fondement de l'hygiène. Mais la physiologie elle-même suppose une anatomie ; point de fonctions sans organes : ainsi *anatomie, physiologie, hygiène,* et, comme conséquence absolue, *pathologie* et *thérapeutique* des familles, tel est le sens complet renfermé sous le titre donné à son ouvrage par le savant professeur de Lyon ; et ce titre est vrai, il est bon, il est juste à la taille du livre.

Oui, la famille est un être collectif, un atome composé, ayant son organisation, ses fonctions et ses propriétés spéciales. La famille est le *genus homo,* l'atome constituant du genre humain. L'homme, la femme et les enfants n'en sont que les intégrants, les tribus; les nations n'en sont que le agrégats. Mais les intégrants et les agrégats ont aussi leur anatomie, leur physiologie, leur hygiène, leur pathologie et leur thérapeutique spéciales qui s'unissent à celles de la famille pour compléter l'immense et sublime domaine de la médecine.

On peut dire que, jusqu'à présent, la science médicale s'était concentrée sur l'observation et l'étude de l'*individualisme,* homme, femme, enfant, comme structure, comme santé, comme maladie et comme traitement : elle suivait ainsi l'ordre naturel et logique; mais il est nécessaire aujourd'hui qu'elle étende ses observations aux *entités collectives,* elle y trouvera des faits et des solutions qu'elle chercherait vainement dans l'individualisme.

M. Francis Devay est entré franchement et hardiment dans cette voie progressive; il a parlé d'abord de l'hygiène individuelle, puis de l'hygiène du mariage, puis de l'hygiène de la famille, et il n'a pas craint de généraliser ses observations et ses préceptes en remontant jusqu'aux nations. Partant des forces organiques, des besoins et des sens matériels, il en a suivi les mouvements, mesuré les satisfactions, flétri les excès passionnels dans l'individu, dans le mariage, dans la famille, et il a su faire intervenir l'*influx spirituel,* le *sens moral,* comme modérateur *libre,* mais puissant, mais certain, pour assurer la santé.

Il a surtout examiné dans les deux sexes isolés ou réunis en légitime mariage, à tous les âges et sous tous les points de vue, l'usage, l'abus et la règle des organes et des instincts de la génération humaine, ce vol du feu céleste, cet arbre de la science, du bien et du mal, cette audacieuse rivalité avec le Créateur ! et c'est à cette importante partie de son œuvre qu'il applique judicieusement ce précepte : point d'hygiène physique sans hygiène morale.

En se mouvant dans ce cadre immense, notre éminent confrère pouvait ne pas sortir du domaine de la médecine; car s'il est vrai que la voie théologique descend de Dieu pour établir les lois et l'empire de l'esprit sur la matière, il n'est pas moins vrai que la voie médicale part de la matière, base et instrument de l'esprit, pour remonter jusqu'à Dieu, par une double marche en sens inverse, l'*inspiration* et l'*observation.* Les théologiens et les médecins parcourent un même cercle, la vie mortelle et éternelle du genre humain, cultivent une même science, la physiologie du genre humain, poursuivent un même objet, son hygiène physique et morale; en d'autres termes, la théologie et la médecine sont la synthèse et l'analyse de l'humanité. La vérité sera toujours là où la matière et l'esprit s'harmoniseront sous une même formule, là où l'analyse et la synthèse coïncideront. Mais la théologie et la médecine ne doivent point changer de méthode, et il n'appartient pas plus au médecin d'emprunter des moyens au prédicateur, qu'il ne conviendrait au théologien de prendre ceux du thérapeutiste.

A cet égard, le docteur Francis Devay a parfois interverti les rôles, surtout à propos des fonctions génératrices. A défaut de loi physiologique clairement déterminée et de précepte hygiénique matériel précis, il invoque souvent la loi spirituelle et le précepte moral comme médication. Certes, les principes qu'il pose et les conseils qu'il donne sont irréprochables et excellents, mais ils n'appartiennent pas à la méthode médicale; il reste là des choses incomprises ou inexpliquées par elle : c'est une lacune qu'il importe de combler. La théologie s'est complétée en ceci comme en toutes choses, elle attend sa preuve analytique de la médecine.

En anatomie nous savons que l'homme (*genus homo*) possède l'appareil d'organes propre à sa reproduction.

Nous savons que cet appareil, groupé en un système unique pendant la génération seulement, est composé de deux séries d'organes : l'une positive, attachée à l'homme mâle ; l'autre négative, portée par l'homme femelle.

Nous connaissons tous les détails de structure spéciale à chacune des deux moitiés de l'appareil, et nous savons que la moitié positive a pour objet la production d'une liqueur vivante et pour fin l'émission et l'introduction de cette liqueur dans la moitié négative, qui contient, elle, l'endosperme et le périsperme, c'est-à-dire le vivre et le couvert de l'animalcule spermatique. Nous savons que la surface extérieure de la première convient à la surface intérieure de la seconde; et que si dans la structure de l'organe positif tout est disposé pour la production, la conservation, l'émission et l'introduction du sperme, dans l'organe négatif tout est disposé pour l'admission, pour l'absorption, la gestation, la mise au jour et la nutrition première de l'homme reproduit à l'état d'enfant. Nous savons que chaque moitié de l'appareil a ses organes sexuels principaux et ses organes accessoires, prédisposant et stimulant le sens par des rapports sympathiques. Nous savons enfin que, par le système nerveux et circulatoire, l'appareil générateur se rattache puissamment à l'organisation tout entière dans l'un et l'autre sexe.

En physiologie, nous savons que la reproduction est le phénomène naturel le plus important et le plus nécessaire, et que la fonction de la génération est la plus mystérieuse, la plus redoutable et la plus sacrée des fonctions; qu'elle est le seul trait d'union matérielle entre les deux

(1) Un fort volume in-8°. Paris, 1858, Labé, libraire.

fection purulente, on sera moins étonné de voir que la chirurgie, préoccupée avant tout de la vie des hommes, cherche à réhabiliter les méthodes qui mettent à l'abri de ces accidents, et redouble d'efforts pour perfectionner leurs procédés.

Parmi ces méthodes, la cautérisation est certainement l'une des plus importantes, tant par son admirable puissance hémostatique que par l'innocuité remarquable de ses conséquences traumatiques.

Aussi, malgré le dédain qu'ont encore pour elle un grand nombre d'opérateurs, sommes-nous persuadé que le temps n'est pas loin où elle occupera dans la chirurgie une place considérable.

Déjà depuis que la question si grave de l'infection purulente commence à préoccuper vivement les esprits, nous l'avons vue franchissant enfin le domaine de la chirurgie secondaire, prendre rang dans la science parmi les méthodes classiques, pour le traitement des varices, des hémorrhoïdes, des tumeurs érectiles, etc. Puis, ainsi que cela s'observe presque toujours, en même temps que ses applications se multipliaient, nous avons vu ses procédés tendre de plus en plus à se perfectionner.

C'est ainsi que les caustiques vénéneux, tels que les préparations arsénicales, ont fait place aux caustiques alcalins (potasse et chaux vive) ou bien aux acides concentrés (sulfurique, nitrique...), dont l'absorption ne présente aucun danger; qu'à ceux-ci ont succédé les chlorures métalliques et spécialement le chlorure de zinc, qui possède au degré le plus éminent toutes les qualités que l'on peut désirer dans un caustique : puissance hémostatique absolue, énergie destructive extrême, innocuité complète et, de plus, incomparable facilité d'application.

Mais, quelle que fût leur importance, ces perfectionnements étaient encore bien loin de suffire à toutes les exigences de l'art, et la cautérisation restait toujours reléguée parmi les méthodes exceptionnelles.

C'est qu'en effet cette méthode, si précieuse à tant de titres, restait encore entachée de plusieurs défauts graves qui rendaient son emploi aussi douloureux pour le malade que difficile pour le chirurgien.

Le premier de ces défauts consistait dans l'insuffisance même de l'action destructive qui, presque toujours, forçait le chirurgien à réitérer trois et quatre fois son opération pour obtenir un résultat, surtout quand les tissus à détruire présentaient une certaine épaisseur. De là des douleurs excessives, des souffrances interminables, qui finissaient par rebuter le malade, en épuisant son courage et ses forces.

Un autre défaut plus grave, peut-être encore, consistait dans la difficulté matérielle qu'éprouvait le chirurgien pour appliquer d'une manière convenable la substance caustique sur les parties à cautériser et pour l'y maintenir exactement pendant tout le temps nécessaire à son action.

Cette difficulté était telle qu'elle rendait l'emploi de la méthode excessivement dangereuse ou même tout-à-fait impossible pour la destruction de certaines tumeurs profondes telles que celles du rectum, de l'utérus, de la langue, du pharynx, et même celles des régions profondes du cou, de l'aisselle, de l'aine, etc.

Ces inconvénients si graves paraissaient tellement inhérents à la méthode de la cautérisation elle-même, qu'il semblait presque impossible d'arriver jamais à les faire disparaître; mais un jour, après avoir longtemps médité sur cette importante question, je m'aperçus que tous ces inconvénients si graves tenaient bien plutôt à la défectuosité des procédés employés jusqu'alors qu'à la méthode de la cautérisation elle-même, et je crus entrevoir qu'en perfectionnant ces procédés, on pourrait peut-être arriver à rendre cette méthode presque aussi prompte, presque aussi simple, presque aussi précise que le bistouri, tout en lui conservant les précieux avantages qui lui sont essentiels. En effet, si l'on examine attentivement les divers procédés de cautérisation usités jusqu'à ce jour, il est facile de voir que, malgré leur multiplicité apparente, ils appartiennent tous à une seule et unique méthode, la cautérisation de dehors en dedans, ou cautérisation par couches, laquelle consiste à désorganiser les tissus de l'extérieur à l'intérieur. Pendant longtemps même, cette méthode unique ne comprit qu'un seul procédé principal (cautérisation en nappe), lequel consistait à couvrir la partie malade d'une couche plus ou moins épaisse de substance caustique, et à réitérer ces applications autant de fois que l'exigeait l'épaisseur des tissus à détruire.

On comprend combien un pareil procédé devait être douloureux, puisqu'il exigeait la désorganisation directe de tous les tissus à sacrifier. On comprend aussi combien il devait être lent dans ses résultats, par la nécessité où se trouvait presque toujours le chirurgien de réitérer plusieurs fois ces applications.

Quelques praticiens cependant, parmi lesquels je citerai surtout Récamier, et plus récemment MM. Girouard et Mannoury, de Chartres, avaient eu l'heureuse idée de substituer à cette cautérisation *en nappe*, la cautérisation *circulaire*, qui, attaquant les tumeurs par leur circonférence, permet de les séparer de leur base sans exiger leur désorganisation totale.

Par une première traînée de caustique, on creusait d'abord un sillon autour de la partie malade, puis, après la chute de l'escarre, on remplissait ce premier sillon d'une nouvelle couche, et, fouillant ainsi peu à peu la base de la tumeur, on parvenait enfin à la détacher complétement.

Relativement à la cautérisation en *nappe*, ce procédé constituait à coup sûr un progrès important, mais outre qu'il ne pouvait trouver que d'assez rares applications, il participait toujours aux graves inconvénients que nous avons signalés plus haut, comme inhérents à la méthode ordinaire de cautérisation de dehors en dedans, dont il n'est en réalité qu'une simple application.

Il restait évident pour moi que cette méthode de cautérisation de dehors en dedans était radicalement impuissante à donner la solution du problème, et que pour sortir de l'espèce d'impasse où elle était engagée, la cautérisation devait procéder d'après de nouveaux principes.

C'est alors que je conçus l'idée de la méthode nouvelle que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, et qui, basée sur un principe tout à fait différent de celui de l'ancienne méthode, me paraît répondre au delà de tout ce que j'avais espéré d'abord, aux plus minutieuses exigences de la pratique.

En effet, grâce à son mode spécial d'exécution, non seulement elle évite au chirurgien et au malade les ennuis et les difficultés inhérents à la méthode ancienne, mais de plus elle permet presque aussi facilement que l'instrument tranchant, de pénétrer d'emblée à toutes les profondeurs, d'agir avec sécurité dans le voisinage d'organes importants, d'opérer même des dissections extrêmement délicates, le tout sans effusion de sang et avec une promptitude qui lui donne l'avantage inappréciable de permettre l'emploi des anesthésiques.

Description de la méthode. — La cautérisation en flèches diffère essentiellement de tous les autres modes de cautérisation, en ce que le caustique, au lieu d'être appliqué à l'extérieur des tissus, et d'agir sur eux de dehors en dedans, est, par une manœuvre spéciale porté d'emblée dans leur profondeur, de manière à opérer leur destruction de l'intérieur à l'extérieur.

Choix du caustique. — Tous les caustiques solidifiables peuvent à la rigueur remplir le but que nous signalons, mais celui que je préfère de beaucoup à tous les autres, est la pâte de Canquoin, qui joint à une grande puissance hémostatique, l'avantage de n'avoir aucune propriété toxique et celui de se prêter avec une facilité merveilleuse à toutes les formes et à tous les degrés de consistance que l'on peut désirer. Cette pâte est composée comme chacun sait de

Chlorure de zinc, une partie.
Farine de froment, trois parties.
Eau, quantité suffisante.

Pour en former des flèches, on dispose d'abord cette pâte en une sorte de galette, on la divise ensuite en rayons ou en lanières de forme et de dimension variables, suivant l'emploi auquel on les destine, puis, au moyen de la dessiccation, on donne à ces lanières la résistance et la solidité nécessaires à leur usage.

Forme des flèches. — Trois formes principales m'ont paru nécessaires pour remplir convenablement les diverses indications que peut présenter la nouvelle méthode de cautérisation. De là : 1° les flèches coniques, plus spécialement destinées à la cautérisation circulaire (1); 2° les flèches en lattes, affectées surtout à la cautérisation parallèle ou en faisceau (fig. 2); 3° les flèches fusiformes exclusivement réservées pour la cautérisation centrale (fig. 3).

Procédé d'introduction. — Quand les tissus que doivent traverser les flèches ont une consistance molle et friable, celles-ci présentent assez de consistance pour pénétrer directement dans leur profondeur. Mais quand le contraire a lieu, comme par exemple quand il s'agit de traverser la peau saine, ou bien encore des tissus lardacés et squirrheux, il devient nécessaire de leur préparer une voie, en ponctionnant avec un bistouri pointu les parties qui offrent de la résistance.

Cette manœuvre est prompte et facile; avec un peu d'habitude, on peut même l'exécuter sans la moindre effusion de sang, attendu que la flèche qui remplace la lame du bistouri obstrue la plaie d'une manière complète, et s'oppose à toute hémorrhagie.

Procédés divers de la méthode. — Le caractère spécial de la nouvelle méthode de cautérisation est, comme nous l'avons déjà dit, de porter d'emblée la substance caustique dans la profondeur même des tissus à détruire. Mais, tout en conservant ce caractère, le nouveau mode de cautérisation se prête à des modifications nombreuses que nous pouvons ranger en trois groupes principaux, sous les noms de :

1° Cautérisation circulaire ou en rayons;
2° Cautérisation parallèle ou en faisceau;
3° Cautérisation centrale.

Premier procédé. — *Cautérisation circulaire ou en rayons.* — Dans ce procédé de cautérisation, on fait pénétrer les flèches caustiques (n° 1) à la base de la tumeur que l'on veut détruire, en les disposant suivant une ligne circulaire, et ayant soin de les espacer à leur point d'immersion d'un centimètre environ l'une de l'autre. De cette manière, elles constituent par leur ensemble un plan ou un cône qui circonscrit la tumeur, l'isole des parties saines; et comme la portion des tissus vivants, comprise entre chaque flèche, n'a qu'une faible épaisseur, sa destruction s'opère en un temps très court (une ou deux heures au plus), et la tumeur, se trouvant ainsi privée de toute communication vasculaire ou nerveuse, cesse de vivre, sans que le caustique ait besoin d'en opérer la désorganisation directe.

Cette propriété spéciale qu'a ce procédé de produire ainsi d'emblée et en quelques heures la mortification des tumeurs les plus volumineuses, jointe à celle de n'agir comme le bistouri ou

---

moitiés de l'homme, et la seule sensation binaire directe qu'il leur soit donné de ressentir ensemble. Que l'appareil générateur est un sixième sens, dont la satisfaction complète transporte l'organisation aux plus hautes régions de la volupté, pour la laisser retomber brusquement dans un état d'épuisement et de prostration. Que ce phénomène fonctionnel est une véritable convulsion générale et critique, à laquelle on peut donner le nom de spasme génésique. Tant que ce spasme n'est pas arrivé, la fonction physiologique n'est pas accomplie; la moitié positive n'a point émis le sperme, la moitié négative ne l'a point attiré avec l'affinité voulue dans les profondeurs de ses lombes.

Le spasme génésique peut être simultané et commun à l'élément positif et à l'élément négatif; il représente alors la perfection de l'harmonie collective. Les deux moitiés l'éprouvent de même et en ressentent exactement les mêmes effets.

Mais cette harmonie est-elle essentielle à l'accomplissement de la fonction? Non; elle est même très rare et souvent fort difficile à obtenir. Chaque moitié positive ou négative, relativement à la sensation et à l'accomplissement parfait de la fonction, c'est-à-dire à l'expression du spasme génésique, peut fonctionner à part et comme appareil indispensable et complet.

Voici donc la vérité physiologique : tout individu positif, soit naturellement, soit par artifice, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse les plus extrêmes, peut éprouver le spasme génésique. Tout individu négatif possède exactement la même faculté. Les conséquences bonnes ou mauvaises, utiles ou nuisibles de ce fait accompli sont semblables; elles n'ont de différences que celles résultant de la différence des sexes. En termes plus explicites, la femme éprouve le spasme génésique aussi bien que l'homme, et cette crise est le signe indispensable de l'accomplissement normal et complet de sa fonction.

« Chez l'homme, dit M. Devay, l'acte génésiaque accompli *normalement* et *complétement* laisse à sa suite un état de bien-être comparable » à celui qui résulte de la satisfaction d'un besoin impérieux. A l'ébranlement nerveux le plus formidable succède bientôt un calme parfait, » et aux dispositions d'esprit les plus sombres, une tendance à la gaîté » et à l'expansion du cœur. »

Ceci est parfaitement vrai pour l'homme et plus vrai encore pour la femme. Oui, quand l'acte génésiaque est accompli *normalement* et *complétement* chez la femme, il laisse à sa suite un état de bien-être comparable à celui qui résulte de la satisfaction d'un *besoin impérieux*. A l'ébranlement nerveux le plus vif succède bientôt, chez elle, un calme parfait; et aux dispositions d'esprit les plus aigres et les plus agitées, une tendance à la gaîté et à l'expansion du cœur. Je dis que cette heureuse disposition est encore plus nécessaire à la femme qu'à l'homme, parce que la femme est plus sédentaire et qu'elle vit plus des impressions intimes.

« Au contraire, poursuit notre savant confrère, quand la fonction a » été interrompue par un calcul préalable, l'éréthisme persiste, accom- » pagné d'abattement et de fatigue, et surtout d'une teinte de tristesse » où nous serions tenté de voir un phénomène de conscience compa- » rable au remord, ce premier châtiment d'une faute commise. » Le docteur Devay aurait pu ajouter, s'appuyant sur des observations incontestables, que ces suspensions de la fonction engendraient des douleurs sacro-lombaires, des troubles nerveux et des maladies terribles.

Malheureusement, il n'alloue le bénéfice de la fonction complète et normale qu'à l'homme, et ne met qu'à sa charge les inconvénients de son exercice anormal et incomplet. Tandis que quand la fonction a été interrompue chez la femme ou qu'elle est demeurée incomplète par l'ignorance, la brutalité et l'égoïsme de l'homme, quand surtout la femme passe entièrement sa vie d'épouse sous l'influence d'une excitation perpétuelle, sans que jamais sa fonction génésiaque soit complète et normale, l'abattement, la fatigue, le dégoût et parfois un désespoir dont les motifs lui échappent, accablent son existence, et engendrent des maladies qui résistent à tous les conseils hygiéniques et à tous les moyens médicaux. C'est alors que la femme trouve dans ses principes de morale et de religion les seuls palliatifs possibles, la consolation du sacrifice et de la résignation.

La théologie prononce que la fonction génésiaque doit être normale et complète dans le mariage; c'était à la médecine de déterminer physiologiquement cet état normal et complet, et d'indiquer nettement les conditions actuelles et actives de son obtention, surtout dans la moitié négative de l'appareil générateur, car la moitié positive, à laquelle l'initiative appartient, se complète toujours, sans quoi la reproduction n'aurait jamais lieu. Si l'appareil négatif devient facilement et le plus souvent fécond, sans qu'il éprouve lui-même le spasme génésiaque, parfois aussi sa léthargie s'oppose à toute fécondation et constitue une cause physiologique de stérilité. On pourrait même dire en physiologie rationnelle que, de même que dans l'appareil positif, l'absence de spasme génésiaque dans l'appareil négatif est la négation de toute fécondation, la contraire constitue rationnellement l'exception.

Malheureusement, par une déplorable facilité à la conception, l'exception est plus générale que la règle : je dis malheureusement, parce que la perfection du produit est sous la dépendance directe de la perfection de la fonction qui l'engendre. Or, la première et la plus grande perfection de la génération c'est d'être normale et complète dans les deux moitiés de son appareil.

Il ne s'agit donc pas ici seulement de l'exercice salutaire d'un sens et de la production d'une sensation naturelle nécessaire et fondamentale dans le mariage, il s'agit plus encore d'assurer à la conception et à son produit ses conditions physiologiques.

Le docteur Francis Devay dit, avec raison, que pour engendrer il faudrait choisir les meilleures dispositions du corps et de l'esprit et les meilleures circonstances de temps et de lieu, parce que le germe commence et développe sa vie sous l'influence synergique de l'état actuel moral et physique de ses parents; à plus forte raison doit-il admettre l'influence de la synergie normale et complète du spasme génésique sur la vigueur physique et morale de l'être produit.

Le rôle de la science médicale et le devoir du médecin sont donc de déterminer anatomiquement et physiologiquement les conditions de la production du spasme génésiaque dans l'appareil positif et dans l'appareil négatif. Notre immortel Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, conseiller du roi, aussi remarquable par sa sagesse et sa religion que par sa science, n'a pas cru souiller sa vénérable plume en écrivant un chapitre sur la *manière d'habiter et faire génération*. La naïveté même de ces conseils nous empêche de les reproduire ici.

Mais qu'il nous soit permis de demander pourquoi ce programme n'a

la ligature que sur une couche très mince de tissu, à celle bien plus importante encore de ne déterminer aucune effusion de sang, de ne développer presque aucune réaction traumatique et surtout de mettre à l'abri des accidents terribles de l'infection purulente, en font à mon avis une des plus précieuses ressources de la chirurgie.

C'est surtout dans les tumeurs d'un certain volume, et dans celles qui font une saillie prononcée à la surface du corps, comme les tumeurs du sein, que ce procédé trouve d'utiles applications.

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — *Cautérisation parallèle ou en faisceau.* — Dans ce deuxième procédé, les flèches caustiques ne sont plus disposées circulairement autour de la base de la tumeur, de manière à former dans son épaisseur un plan ou un cône; elles sont au contraire enfoncées parallèlement entre elles par tous les points de la surface libre de la tumeur. Il en résulte qu'elles représentent ainsi, dans l'intérieur des tissus, une sorte de faisceau caustique, dans les interstices duquel les parties qu'il s'agit de détruire sont réduites à des lames de peu d'épaisseur, et cèdent promptement à l'action désorganisatrice. (Voy. fig. 2 et flèches n° 2.)

Comme on le voit, ce deuxième procédé de cautérisation en flèches diffère essentiellement du premier; en ce qu'au lieu de borner son action à interrompre par une sorte de cautérisation lamellaire les communications vasculaires ou nerveuses des tumeurs, il en opère la désorganisation directe en pénétrant leur masse tout entière. Ce procédé détermine certainement une douleur plus vive que le précédent, en raison du nombre beaucoup plus considérable de flèches qu'il exige; mais cependant, comme son action n'en est pas moins rapide et efficace, et, d'une autre part, comme il se prête à des applications spéciales du plus haut intérêt, nous le mettons au moins sur la même ligne comme importance pratique.

C'est surtout dans les tumeurs d'un accès difficile, et qui profondément enfoncées dans les chairs, ne font à la surface du corps qu'une faible saillie, que ce procédé nous a rendu d'éminents services. Telles sont certaines tumeurs de l'aisselle, de l'aine, du cou, telles sont surtout les dégénérescences fongueuses du col de la matrice, du vagin, du rectum, etc.

TROISIÈME PROCÉDÉ. — *Cautérisation centrale.* — Je désigne sous ce nom un procédé fort remarquable de cautérisation, lequel consiste à introduire la flèche caustique au centre même de la tumeur qu'il s'agit de détruire. Le mode d'exécution de ce procédé est des plus simples : à l'aide d'un bistouri pointu, ou d'une espèce de fer de lance, on fait à la tumeur une ponction qui pénètre jusque un peu au delà de son centre. On peut même, si la chose paraît utile, creuser dans ce centre une sorte de petite cavité, puis après avoir retiré l'instrument, on glisse à sa place une ou plusieurs flèches caustiques n° 3, que l'on pousse jusqu'à ce qu'elles aient complétement disparu dans l'épaisseur des tissus.

Le caustique ainsi renfermé dans le centre de la tumeur y détermine une escarre épaisse sans manifester sa présence à l'extérieur par aucun trouble grave. L'orifice par lequel a eu lieu l'introduction de la flèche, suffit pour donner issue à l'escarre, et quand celle-ci est détachée, le chirurgien peut réitérer l'application du caustique, de manière à évider la tumeur de dedans en dehors, et à la réduire à une sorte de coque, dont l'affaissement et la cicatrisation s'opèrent ensuite graduellement.

Ce troisième procédé de la méthode de cautérisation en flèches, moins puissant et moins énergique que les deux premiers, n'en a pas moins encore une grande valeur, pour la destruction de certaines tumeurs inaccessibles à tout autre moyen, comme certaines tumeurs interstitielles de l'utérus, ou bien encore pour détruire certaines tumeurs superficielles, sans compromettre la peau qui les recouvre, comme les ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine; il m'est arrivé même de l'employer avec succès pour détruire des tumeurs de la langue.

CONCLUSIONS.

1° Les inconvénients graves de la méthode de l'incision, sous le point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection purulente, autorisent la réhabilitation des méthodes opératoires qui mettent à l'abri de ces accidents.

2° La cautérisation possède ces avantages à un haut degré.

3° Malgré ces précieux avantages, cette méthode, exécutée par les procédés ordinaires, présente des inconvénients tels, qu'on ne peut en tirer presque aucun service dans la médecine opératoire.

4° Dans la nouvelle méthode dite cautérisation en flèches ou de dedans en dehors, ces inconvénients n'existent plus.

5° Comme puissance, comme rapidité, comme facilité d'exécution, la cautérisation ainsi pratiquée rivalise avec le bistouri et la ligature, tout en conservant ses avantages spéciaux.

6° Elle mérite donc, à tous égards, d'occuper une place considérable dans la pratique chirurgicale.

EXPLICATION DES PLANCHES.

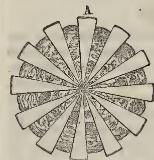


Fig. 1re. Flèches coniques enfoncées circulairement à la base d'une tumeur (cautérisation circulaire.)

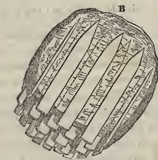


Fig. 2e. Flèches plates enfoncées parallèlement entre elles sur toute la surface libre d'une tumeur (cautérisation parallèle ou en faisceau.)



Fig. 3e. Flèche fusiforme enfoncée au centre d'une tumeur (cautérisation centrale).

OPHTHALMOLOGIE.

DU TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE PAR L'OBSCURITÉ (1);

Par le docteur A. NETTER,

Médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

OBSERVATIONS D'HÉMÉRALOPIE TRAITÉE DANS LES CABINETS TÉNÉBREUX.

OBS. I. — Le 5 mai, mon service m'ayant appelé à l'état-major de la place, j'y fus accosté par un soldat employé dans les bureaux; c'était un nommé Vavasseur, du 10e de ligne, qui me raconta que, depuis dix-sept jours, il devenait aveugle dès l'entrée de la nuit, au point de ne pouvoir traverser la rue autrement qu'au bras d'un de ses camarades. Cette infirmité remontait, à la vérité, au commencement de mars; mais il en avait été guéri une première fois au bout de six jours sous l'influence du repos. Il y a dix-sept jours, me dit-il, ma cécité est revenue. Je l'engageai à entrer à l'hôpital; il s'y refusa, me disant qu'en obtempérant à mes désirs, il risquait de perdre son emploi. Je lui offris alors de ne le garder que quelques heures, lui promettant une guérison presque immédiate. Il accepta avec empressement, mais voulut remettre la chose au lendemain, ayant ce jour-là de nombreuses courses à faire pour son service. Sur mon insistance, il me promit d'être à trois heures à l'hôpital. Il arriva en retard de trois quarts d'heure, et fut tout aussitôt placé par moi dans le cabinet noir. Je le quitte, bien convaincu qu'il sera bientôt débarrassé de son infirmité. Cependant il ne guérit pas ce jour-là, mais, par sa faute, étant sorti du cabinet une demi-heure après y être entré et sans être parvenu à y voir.

A neuf heures du soir, je le trouve à un rendez-vous que, dans le but de constater son état, je lui avais donné en ville, et où il arriva, conduit par un artilleur de ses camarades. Il était complétement aveugle, au point de heurter les passants qu'il n'évitait pas à temps. Il s'excusa de n'être pas resté dans le cabinet pendant le temps prescrit, disant que ses occupations ne le lui avaient pas permis. J'obtins de lui qu'il se soumettrait à une nouvelle épreuve le lendemain, et je lui établis un billet d'hôpital pour que le traitement fût fait régulièrement.

6 mai. Entrée dans le cabinet vers les neuf heures du matin; vision bonne vers les onze heures, et dès le soir venu, il se trouve parfaitement guéri. La guérison s'est maintenue le 7. La sortie est prononcée le 8. Point de récidive ultérieure.

M. le colonel de place, ayant appris cette guérison, en fut fort étonné, et m'adressa à ce sujet une série de questions qu'il est inutile de rapporter ici.

RÉFLEXIONS. — Il est évident que cet homme n'avait aucun intérêt à simuler son héméralopie. Passer une journée dans un cabinet noir, autant aurait valu pour lui être mis à la salle de police. Je dois dire relativement à l'origine de la maladie, que ce soldat l'avait contractée au régiment; il n'était employé dans les bureaux que depuis huit jours quand je l'y ai rencontré.

OBS. II. — Après que mon traitement de l'héméralopie eut réussi d'une manière constante dans une série de cas, je suis allé prier M. Stœber, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, de vouloir bien examiner pendant la nuit un de mes héméralopes, m'engageant à le lui ramener guéri le lendemain soir. Ainsi dit, ainsi fait.

Je m'informe auprès des soldats de garde dans notre hôpital si, parmi eux, il ne se trouvait pas un aveugle de nuit; ils sont unanimes pour me désigner le nommé Fournier, voltigeur au 10e de ligne. C'est un brave soldat qui a une forte antipathie pour l'hôpital.

6 mai. La nuit étant venue, je fais conduire le malade chez notre célèbre ophthalmologiste. Pendant un trajet de près de dix minutes, cet homme ne voit ni le sol sur lequel il marche, ni les maisons devant lesquelles il passe, ni les personnes que nous rencontrons; je l'accompagne et un de ses camarades lui donne le bras. Il distingue seulement la lumière des lanternes et des becs de gaz qui se trouvent sur notre route. Arrivé dans le cabinet de M. Stœber, Fournier ne reconnaît qu'une lampe brillamment éclairée, mais, en dehors de là, rien. Les yeux paraissent sains : à l'ophthalmoscope, rien d'anormal.

Le malade raconte que son héméralopie date de deux mois, et qu'il en a été atteint un jour qu'il se trouvait de garde au pont du Rhin.

7 mai. Entrée dans le cabinet à neuf heures du matin; commencement de vision à dix heures. Puis amélioration de plus en plus marquée. La nuit venue, je ramène mon homme chez M. Stœber.

Vision très bonne pendant tout le trajet, quoique l'obscurité soit forte. Il marche tout seul dans les rues, reconnaissant tout ce qui se trouve sur son passage. Arrivé chez M. Stœber, il donne toutes les preuves d'une bonne vision dans l'obscurité.

OBS. III. — Letellier, fusilier au 10e de ligne, entré à l'hôpital le 29 avril.

Il y a deux mois, dit-il, qu'étant de faction à la porte d'Austerlitz, il s'aperçut, à sept heures et demie du soir, qu'après un très beau jour, le temps lui paraissait sombre et obscur. Ses camarades lui assurèrent cependant qu'il n'en était rien.

Pupilles dilatées, se contractant lentement à la lumière.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

---

pas été développé comme les autres données de nos anciens maîtres, en proportion des temps et des progrès scientifiques?

Eh quoi! nous avons étudié et enseigné les merveilles de la construction de l'œil, les lois de la vision et les moyens de la rectifier, de l'agrandir et de la compléter. Nous avons fait de même pour l'ouïe, l'odorat et le goût, pour tous les sens et pour toutes les fonctions, et nous n'avons à dire que quelques phrases banales ou quelques vagues paroles pour guider l'homme dans l'usage de l'appareil qui domine la vie du genre humain, pour lui apprendre à faire partager normalement et complétement à sa compagne et épouse les sensations naturelles de la loi fondamentale du mariage, aussi bien pour la certitude et la perfection que pour la satisfaction d'un sens, que l'état de mariage élève à l'exigence d'un besoin?

Au lieu d'abandonner les lois sacrées du mariage aux lazzis des comédies et des chansons, au lieu de laisser le lien conjugal se relâcher par l'ignorance et le ridicule des rapports des conjoints et se briser fatalement faute de notions positives et harmoniques, la physiologie, la science pure, guidera l'époux et rendra certaine et durable sa combinaison avec l'épouse de son choix; elle lui montrera que de lui seul dépendent le bonheur et la paix du ménage par l'accomplissement normal et complet de la fonction binaire, toujours suivie d'un calme parfait et des dispositions les plus heureuses à la gaîté et à l'expansion du cœur; elle lui dira que son bonheur est plus dans le bonheur de sa moitié qu'en lui-même; que sa première et sa principale étude est de chercher et de trouver la voie du cœur de sa compagne chaste et pure qui attend de lui seul l'émotion de ses sens et l'extinction des ardeurs que Dieu a mises dans son corps; que ses propres passions et ses propres actions, quelqu'ardentes, quelque fougueuses qu'elles puissent être, ne sont que des actes provocateurs, des fanfaronnades méprisable qui répondent rarement, pour ne pas dire jamais, aux merveilles qu'elles promettent, aux désirs qu'elles éveillent. . . . . . Mais ce n'est point ici le lieu de commencer un livre et un cours sur le plus grand objet de la science et de la pratique médicales; je dois me borner à dire que le savant professeur de Lyon a tourné autour de la question sans la résoudre dans sa partie essentielle.

Ce n'est pas d'ailleurs la seule critique qu'on puisse adresser à son ouvrage; son plan est trop largement conçu pour être facilement embrassé dans son ensemble et pour que les diverses parties aient pu recevoir de son auteur la même attention et les mêmes soins. Mais malgré quelques imperfections d'ordre, d'exposition et de solution, le *Traité spécial d'hygiène des familles* n'en reste pas moins une œuvre capitale qui élève notre science et notre art vers les sommets intellectuels d'où l'on aperçoit la vie collective et l'alliance de l'esprit avec la matière, et c'est là, de nos jours, un rare mérite et un grand progrès.

Dr Jules GUYOT.

COURRIER.

Nous trouvons dans le *Bulletin de la Société zoologique d'acclimatation* une note du docteur Vavasseur sur le *nandou*, ou autruche d'Amérique. D'après les faits rapportés dans cette note, et sur l'exactitude desquels il est permis de compter, on peut conclure que l'autruche d'Amérique pourrait vivre sans difficulté même dans le nord de la France, puisqu'elle est commune dans le climat glacial de la Patagonie.

L'autruche, en raison de son caractère doux et pacifique, ne présente aucune difficulté à se laisser apprivoiser. Elle s'accommode de toute espèce de nourriture, même la plus grossière, et elle est d'une constitution assez robuste pour la rendre à peu près insensible aux vicissitudes atmosphériques. Enfin, l'acclimatation de l'autruche ne demanderait presque aucun soin; mais il lui faudrait de l'espace et de la liberté, dont d'ailleurs elle n'abuserait pas, car, une fois accoutumée dans une localité, elle rentrerait toujours d'elle-même à son gîte habituel.

Les avantages que l'on pourrait tirer de la domestication de cet oiseau consisteraient dans les plumes, dont l'industrie fait une grande consommation, et dont le prix se maintient toujours assez élevé, et dans ses œufs, si gros et si nombreux, qui pourraient devenir une ressource alimentaire d'une certaine importance pour les gens de la campagne.

— Voici quelques détails sur les produits du sol de la Californie qui nous paraissent bien remarquables. Nous les empruntons au *Siècle* :

« Dans une réunion agricole, tenue au Sacramento en 1855, il fut exhibé, parmi d'autres prodiges, une betterave pesant 73 livres, et une carotte du poids de 10 livres. Cette dernière avait 3 pieds 3 pouces de long (le pied anglais ou américain a 0 m. 30 cent.). Une tige de blé mesurait 21 pieds 9 pouces de hauteur; une pomme, 15 pouces et demi de chaque côté. Dans certaines contrées, des forêts d'une incomparable grandeur fourmillent d'arbres d'une dimension énorme. De tous côtés s'élèvent des tiges dont la hauteur se mesure par centaines de pieds, et dont le diamètre est de 10, 12, 14 et 18 pieds, à la hauteur de l'homme. Il en est un, connu sous le nom de *grand arbre*, qui mesure 300 pieds de haut, et dont le diamètre est de 19 pieds à 6 pieds au-dessus du sol. Cependant le curieux qui cherche à le voir ne le remarque pas toujours, tant il se distingue peu de ses gigantesques voisins. Ces arbres colossaux sont une espèce de cèdre qui porte sur les lieux le nom de *bois rouge* ou *cyprès californien*. On l'emploie avec avantage pour la fabrication des gros meubles, et c'est aussi un des meilleurs bois de construction connus. Selon M. Seyd, on trouve dans la fameuse forêt de *Wellingtonia gigantea* un arbre renversé, appelé le *père de la forêt*, qui mesure 50 pieds de diamètre à la base. Sa hauteur, quand il était debout, est supposée avoir été au-dessus de 500 pieds, c'est-à-dire que, placé debout à côté de la cathédrale de Saint-Paul, sa cime l'aurait de beaucoup dépassée. Les pins atteignent des dimensions prodigieuses. Plusieurs voyageurs en ont mesuré un qui avait 20 pieds de diamètre et 300 pieds d'élévation. Les chasseurs et les trapeurs recherchent, pour l'employer aux mêmes usages que le sucre, la résine du *pinus Lambertiani*, qui passe en outre pour un excellent cathartique. Le magnolier, qui se montre dans les lieux frais et ombragés de la vallée du Sacramento, atteint quelquefois plus de 3 pieds de diamètre, et s'élève à une hauteur de 110 à 120 pieds. Une de ses espèces, le *magnolia umbrella*, a des feuilles longues d'un pied et demi à deux pieds, sur près d'un pied de largeur, etc.

» La Californie compte aussi un grand nombre d'arbrisseaux et d'arbustes indigènes. L'arbousier aux fruits aigrelets, l'aubépine, le chenopode, etc. Les plantes potagères, médicinales et d'agrément y sont innombrables. Il y a aussi de belles variétés de fraises. »

1er mai. Entrée dans le cabinet noir vers les huit heures du matin; après trois heures d'exercice oculaire, commencement de vision. Puis amélioration graduelle. A ma contre-visite du soir, vision très nette. La nuit, dans la cour, il voit tous les objets proches ou éloignés, aussi bien que le médecin de garde qui constate son état.

2 et 3 mai. Guérison persistante.

Sort le 4.

Obs. IV. — Hugues, du 15e de ligne.

Environ deux mois d'invasion. Attribue sa maladie à l'action du soleil. Pupilles dilatées, se contractant avec une lenteur marquée. Symptômes nocturnes comme à l'ordinaire, c'est-à-dire ne voit que la lumière des lampes au milieu d'un brouillard.

9 mai. Entrée dans le cabinet noir à midi. Vision commençant deux heures après. A quatre heures du soir, vision très nette.

La nuit venue, constatation de la guérison dans la cour de l'hôpital.

10, 11, 12. Guérison persistante. Sort le 13.

Obs. V. — Filhon, tambour au 10e de ligne.

Entre à l'hôpital le 18 mai, se disant atteint de cécité nocturne depuis environ deux mois.

Pour bien constater son état, on amène le malade dans le cabinet noir, puis la nuit dans la cour, et il ne reste pas de doute sur la réalité de l'affection.

20 mai. Entrée dans le cabinet noir à huit heures du matin. Commencement de vision à neuf heures et demie. Vision nette à dix heures et demie. Guérison dès le soir.

21. Guérison persistante.

22. Sort de l'hôpital.

Obs. VI. — Bime, du 10e de ligne.

Entre à l'hôpital le 24 mai. L'invasion date de six semaines.

25 mai. Entrée dans le cabinet noir. Au bout d'une heure et demie, vision déjà bonne, très nette après un laps de temps double.

Guérison constatée le soir dans la cour.

Pas de récidive. Sort le 30 mai.

Obs. VII. — Roux, du 15e de ligne.

Ce malade a déjà été soumis une première fois à mon traitement. Il était sorti guéri de mes salles dans le mois d'avril. Cette guérison s'est après cela maintenue pendant dix-sept jours; mais le 1er mai au soir, Roux s'aperçoit que sa vue commence à faiblir, puis celle-ci diminue de plus en plus chaque soir, et enfin, le 6 mai, il n'y voit plus du tout pendant la nuit. Il rentre à l'hôpital le 7.

8 mai. Pupilles dilatées se contractant assez facilement à la lumière. L'examen dans le cabinet noir et dans la cour pendant la nuit ne laisse pas de doute sur son état.

9 mai. Mise en traitement à une heure de l'après-midi. Vision nette quelques heures après; le soir, dans la cour, il voit parfaitement.

10 et 11 mai. Point de cécité nocturne.

12 mai. Malaise et anorexie; quelques jours après, se déclare une très légère rougeole.

Sort le 19 mai parfaitement guéri.

Obs. VIII. — Lauzun, fusilier au 10e de ligne.

Invasion d'environ deux mois. Entrée à l'hôpital le 29 avril. Dilatation des pupilles et lenteur de leurs mouvements. Examen comme d'ordinaire.

1er mai. Entrée dans le cabinet noir. Vision bonne quelques heures après; de même le soir dans la cour.

2 mai. Comme la guérison n'a pas paru parfaite hier au soir, nouveau traitement. Voit très bien la nuit qui suit.

Sort guéri le 4 au matin.

Obs. IX. — Boissac, fusilier au 15e de ligne.

Invasion remontant à un mois. Entrée à l'hôpital le 7 mai. Pupilles dilatées, se contractant avec lenteur.

8 mai. Amené dans le cabinet noir à une heure de l'après-midi. Vision bonne au bout de trois heures. La nuit venue, il est examiné dans la cour; voit bien, mais pas aussi clair qu'avant sa maladie.

9 mai. Passe la journée dans le cabinet noir. Guérison parfaite qui se maintient le 10 et le 11. Sort le 12.

Obs. X. — Bouchet, fusilier au 15e de ligne.

Entré à l'hôpital le 7 mai, héméralope depuis sept semaines. Pupilles très dilatées, se contractant lentement.

8 mai. Entre dans le cabinet noir à midi; commence à voir au bout de trois heures, puis son état va en s'améliorant.

La nuit venue, le malade, amené dans la cour de l'hôpital, distingue et compte les arbres et décrit tous les mouvements qu'on fait devant lui; se plaint encore d'un léger nuage.

9 mai. Même traitement; guérison parfaite. 10 11 et 12 mai, point de récidive. Sort le 13.

Obs. XI. Simbourt, du 10e de ligne.

Héméralopie datant de quarante jours. Commence à voir dans le cabinet noir après deux heures et demie de séjour. Guéri le soir. Ce malade, venu du poste de notre hôpital, n'est resté à l'établissement que pendant un jour.

Obs. XII. — Bertrand, tambour au 15e de ligne, entre dans mes salles le 16 mai. Invasion remontant à quarante jours. Depuis quatre jours, dit-il, il s'aperçoit d'une légère amélioration. Cependant, l'infirmité est encore très gênante. Yeux en apparence sains.

17 mai. Au bout d'une heure et demie de traitement la vision est rétablie dans le cabinet noir, et, la nuit venue, le malade voit très bien. Point de récidive. Sort le 21 mai.

Obs. XIII. — Brouillet, fusilier au 10e de ligne, entre le 17 mai. Invasion remontant à deux mois. Rien d'anormal aux yeux.

18 mai. Placé dans le cabinet noir, il commence à voir au bout d'une heure et demie. Cependant la vision n'est pas nette, et la nuit, dans la cour, elle laisse encore à désirer.

19 mai. On recommence le traitement, qui réussit cette fois très bien. Évacué aux blessés pour une conjonctivite intense qu'il avait déjà présentée à son entrée à l'hôpital.

Obs. XIV. — Lazé, fusilier au 15e de ligne. Entré le 18 mai, se dit malade depuis quatre jours seulement; il voit dans le cabinet noir après y avoir séjourné une demi-heure. Guérison (cas douteux); sort le 22.

Obs. XV. — Vidartine, fusilier au 10e de ligne, entre à l'hôpital le 6 mai. Invasion datant du 16 mars. Attribue sa maladie au soleil; il l'a trop regardé, dit-il, pendant l'éclipse.

6 mai. Le malade ne parvient pas à voir dans le cabinet noir, et la nuit, dans la cour, il est aveugle.

7 mai. S'exerce mieux; finit par voir tous les objets, mais incomplètement encore, dit-il.

8 mai. On recommence le même traitement qui, cette fois-ci, le guérit.

9 et 10. Point de récidive. Sort le 11.

Obs. XVI. — Roux, grenadier au 10e de ligne, entre le 22 avril. Héméralope depuis six semaines : céphalalgie et inquiétude. Pupilles dilatées, se contractant très lentement, même à une vive lumière.

24 avril. Le traitement échoue.

25 avril. Céphalalgie vive : six ventouses à la nuque. On recommence après cela le traitement ordinaire : guérison incomplète.

26 avril. Le malade est de nouveau placé dans le cabinet noir. Guérison parfaite. Point de récidive. Sort le 4 mai.

Obs. XVII. — Miliard, fusilier au 15e de ligne, entre à l'hôpital le 13 mai.

Héméralopie remontant à environ six semaines. Pupilles très dilatées; se contractant très difficilement.

16 mai. Vision commençant trois heures après son entrée dans le cabinet noir. La nuit venue, il se promène tout seul dans la cour.

17 mai. S'expose au soleil toute la journée. Rechute le soir.

18 mai. On recommence le traitement, qui réussit comme la première fois.

Point de récidive le 19 et le 20. Sort le 21.

Après avoir ainsi multiplié les expériences, j'ai essayé de guérir quelques malades par l'application prolongée d'un bandeau sur les yeux, et d'autres au moyen de la pommade de belladone. Ces dernières médications n'ayant pas donné de prompts résultats, j'ai dû, chaque fois, recourir au traitement dans les cabinets noirs. Pour ne pas compliquer la question, je ne rapporterai pas ici ces autres observations, me proposant de les compléter à la première occasion. Cependant je ne crois pas devoir omettre un fait qui prouve que c'est bien à l'obscurité seule que les héméralopes ont dû leur guérison, et que la gymnastique oculaire n'a agi que d'une manière secondaire, activant seulement les progrès de la vision. Voici ce fait :

Le nommé Layet, fusilier au 10e de ligne, atteint d'héméralopie depuis six semaines, entra dans mes salles le 24 mai. Je le soumis à l'expérience suivante :

Un de mes cabinets noirs se trouve communiquer par une porte avec un réduit qui n'a point d'autre issue. Après avoir fait boucher aussi hermétiquement que possible l'unique fenêtre de cette seconde pièce, j'y enfermai le malade, qui ainsi était entouré de ténèbres très profondes. Assis dans un fauteuil, il ne fit aucun effort pour voir, ayant été prévenu que toute tentative dans ce but serait en pure perte. Des mesures ont aussi été prises pour qu'il ne s'endormît point. On le laissa dans cette position pendant deux heures, puis on le fit passer dans le cabinet moins ténébreux. Or, dès son entrée dans cet autre milieu, il donna les preuves positives d'une très bonne vision, et, la nuit venue, la cécité ne se reproduisit pas.

Je conclus de là que la guérison a été due uniquement au séjour dans les ténèbres, sans intervention de gymnastique oculaire.

Conclusions.

1° Le traitement de l'héméralopie par l'obscurité réussit d'une manière constante.

2° Quelques heures suffisent pour que la vision s'opère dans les ténèbres. Ce résultat obtenu, il n'y a plus de cécité nocturne.

3° Il est un petit nombre de cas qui nécessitent un temps un peu plus long, mais allant rarement au delà de vingt-quatre heures.

BIBLIOTHÈQUE.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA-MORBUS QUI A RÉGNÉ A L'HOPITAL SAINTE-ANNE DE LISBONNE, EN 1856;

Par le docteur Alvarenga.

La question du choléra épidémique a le triste privilége d'être toujours à l'ordre du jour et d'occuper l'esprit des médecins de tous les pays. Voici un travail qui nous arrive de Lisbonne pour l'attester. C'est l'œuvre d'un jeune médecin distingué, M. le docteur Alvarenga, déjà connu parmi nous par une monographie qui a obtenu l'honneur de la traduction (1). Lauréat pour un mémoire sur le choléra publié en 1854, médecin sanitaire et directeur d'un poste médical pour le traitement des cholériques pauvres, chargé du service des salles spéciales de cholériques à l'hôpital *San-José*, il fut appelé ensuite à diriger l'hôpital provisoire de *Sant'Anna*, établi spécialement pour les cholériques pendant l'épidémie qui a régné dans la capitale en 1856. C'est le rapport clinique et administratif de ce service dont il s'agit ici, et dans lequel M. Alvarenga a résumé en tableaux statistiques les nombreux faits de son observation qu'il a examinés sous tous les points de vue intéressants. Entrons dans quelques détails à cet égard.

Le mouvement clinique, qui est la partie fondamentale de ce rapport, montre jour par jour, les entrées, décès et sorties du 28 juillet au 30 septembre, avec l'indication des conditions météorologiques en regard, de manière à permettre de juger rapidement de leur influence sur la marche de l'épidémie. L'âge, le sexe, la profession, le domicile, la constitution des cholériques, l'heure de leur admission, celle de l'invasion, la période de la maladie à l'arrivée, sa durée et sa terminaison, tout est indiqué avec soin. Quelques chiffres permettront d'en juger.

Sur 501 cholériques admis, 350 étaient du sexe masculin, c'est-à-dire plus des deux tiers.

205 furent atteints le matin et 171 après midi. Il s'en présenta autant le matin que le soir, mais en bien plus grand nombre le lundi que les autres jours de la semaine.

207 étaient dans la période d'invasion.

232 dans la période algide simple.

51 avec cyanose sans pouls.

11 offraient déjà de la réaction.

D'autre part, 94 étaient malades lors de l'invasion; 4 avaient eu le choléra en 1833; 2 l'avaient déjà eu en 1856.

Quant aux résultats :

Il y eut 223 guérisons, dont 152 hommes et 71 femmes.

Et 278 décès, dont 198 hommes et 80 femmes.

L'auteur a poursuivi séparément la recherche de ces résultats, suivant les différentes périodes de la maladie, l'âge des malades, le sexe, la profession, la constitution, l'état civil, la résidence, etc., et détermine ainsi statistiquement l'influence de ces diverses conditions, soit sur le développement du choléra, soit sur sa terminaison. Il serait trop long d'indiquer, même en résumé, le résultat de ces recherches qui se divisent et se subdivisent à l'infini. Il nous suffira de dire que c'est surtout sous le rapport de la fréquence du choléra, de sa durée, de sa curabilité et de sa mortalité, questions traitées et résolues dans autant de chapitres séparés, que ces recherches ont eu lieu. L'enseignement qui en résulte à ces divers points de vue, et d'après toutes les circonstances mentionnées, sont d'un puissant intérêt. Relativement à la résidence, Lisbonne offrant de grandes irrégularités topographiques, l'auteur examine son influence sur les habitants du littoral, des vallées, des collines et des montagnes, de la ville ou des environs ou à bord des navires, ce qui n'est pas le point le moins curieux.

Ce rapport est terminé par la dépense totale de cet établissement hospitalier, s'élevant à la somme de 10,437 fr. 71 c. pour loyer, matériel, employés, blanchissage, etc. La moyenne du séjour de chaque malade ayant été de cinq jours, quinze heures, la dépense journalière ressort à 3 fr. 50 environ. C'est la plus faible dépense des hôpitaux de ce genre, d'après la comparaison qu'en a faite l'auteur.

Ce travail pénible montre un médecin laborieux, un statisticien consommé. Il sera indispensable à consulter pour tous ceux qui, comme M. Alvarenga, et ils sont nombreux, cherchent à élucider les principales questions du choléra épidémique.

Dr Garnier.

(1) Mémoire sur l'*insuffisance des valvules aortiques*, etc. Un vol in-8°, Paris, 1856, J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 115. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 28 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1858.

RÉTABLISSEMENT DU BACCALAURÉAT ÈS-LETTRES.

Les vœux du corps médical ont été entendus. Les études médicales cessent d'être deshéritées du complément précieux des études littéraires. Nous reproduisons avec une vive satisfaction le rapport adressé à l'Empereur par M. le ministre de l'instruction publique, ainsi que le décret qui en est la conséquence :

RAPPORT A L'EMPEREUR.

SIRE,

Le décret du 10 avril 1852 dispense les étudiants des Facultés de médecine de produire le diplôme de bachelier ès-lettres, et les assujettit seulement à l'obligation du diplôme de bachelier ès-sciences.

On était justement préoccupé, à cette époque, de constituer dans les lycées l'enseignement scientifique sur de plus larges bases. La France, sous l'impulsion d'un gouvernement fort et glorieux, voyait renaître tous ses moyens de travail et de prospérité. Il fallait surtout songer aux besoins de l'industrie, des arts et du commerce, et il était indispensable de fortifier l'étude des sciences appelées à jouer un si grand rôle dans le développement des richesses et de l'activité du pays. Mais les meilleures mesures, précisément parce qu'elles répondent à des besoins réels, sont souvent appliquées avec une certaine exagération. Ainsi, l'entraînement légitime vers les études scientifiques ne s'est peut-être pas arrêté à ses véritables limites, lorsque, rejetant la prédominance de l'élément littéraire dans la préparation aux études médicales, il l'a soumise presque exclusivement à l'empire des études mathématiques et physiques. Du moins, Sire, telle a été la conviction du corps médical en présence du décret de 1852, auquel il opposa les plus vives résistances.

Cependant, le système d'instruction secondaire étant ainsi établi, la prudence commandait, malgré les réclamations élevées au nom du corps médical, de ne pas renverser ce qu'on venait de construire. Les partisans des études de la médecine plus fortement empreintes de notions scientifiques ne manquaient pas de graves raisons à l'appui de leur opinion. C'était donc à l'expérience qu'il convenait de laisser le soin de décider une question si vivement débattue. Six années se sont écoulées depuis le décret du 10 avril 1852, et, pendant cette période bien suffisante pour éprouver les avantages ou les inconvénients du régime nouveau, les Facultés et les plus illustres représentants de la médecine n'ont pas discontinué leurs plaintes.

Suivant eux, on avait abaissé le niveau intellectuel du corps médical, sans avoir augmenté ni les moyens d'observation ni les ressources matérielles de l'art. J'ai dû, Sire, être vivement ému de cette lutte persistante des hommes les plus honorables et les plus compétents, et après une attente personnelle de deux années, pendant lesquelles j'ai attentivement suivi et constaté tout ce qu'il y avait de grave et de sérieux dans le débat, je l'ai soumis aux épreuves les plus décisives. Les trois Facultés de médecine ont dû délibérer solennellement, et deux d'entre elles, celles de Paris et de Montpellier ont énergiquement protesté en faveur du baccalauréat ès-lettres. Une commission spéciale, composée des médecins les plus distingués et des membres les plus éminents de l'Université, a émis le même avis. Ensuite la question a été portée devant le conseil impérial de l'instruction publique, qui l'a résolue dans le même sens. Enfin, Sire, d'après vos ordres, le Conseil d'État a été saisi, et il a apporté le tribut de sa haute expérience et de ses lumières.

Que Votre Majesté, Sire, me permette d'exposer brièvement les dispositions du projet de décret ci-joint et les motifs qui en sont la justification.

L'art de guérir, si précieux à l'humanité, exige, pour être cultivé et appliqué avec succès, autant d'efforts d'intelligence et de jugement que de connaissances théoriques et pratiques. Sans nul doute, le docteur en médecine, digne de ce nom, doit avoir étudié laborieusement et la structure du corps humain et les phénomènes morbides, et la matière médicale, et c'est d'abord aux procédés de l'observation la plus attentive qu'il consacre ses forces et ses veilles. Mais l'observation elle-même serait stérile si toutes les ressources d'un esprit juste, actif, pénétrant, ne venaient tout à la fois l'assurer et l'étendre ; il faut que la médecine, luttant contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier, dans sa double essence physique et morale.

C'est en spiritualisant ainsi la science médicale, si riche d'ailleurs d'enseignements positifs, que notre époque, répudiant les systèmes absolus, a si largement constitué l'art de guérir et l'a placé au sommet des professions sociales. Pourquoi donc dispenserait-on les aspirant au doctorat en médecine de l'épreuve générale des études littéraires ? Mais ce sont ces études qui donnent au goût, au cœur et à l'esprit les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, attaché à des travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être, avant tout, préparé à l'apprentissage scientifique par une instruction littéraire complète. En négligeant les humanités, il néglige un élément indispensable pour lui, il écarte un moyen de succès et d'influence, et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. Telle est la courte analyse des raisons qui ont prévalu pour exiger des aspirants au doctorat le diplôme de bachelier ès-lettres.

Mais, Sire, Votre Majesté n'eût pas trouvé bon que l'on restât dans un système exclusif. Il ne s'agit pas ici d'une lutte entre les sciences et les lettres, il s'agit de régler avec sincérité et bon sens le genre d'études préparatoires qu'il convient d'imposer aux élèves en médecine. Aussi, dans les discussions qui ont eu lieu, presque tout le monde, après le rétablissement du diplôme de bachelier ès-lettres, a reconnu qu'il fallait demander aussi la preuve de certaines connaissances scientifiques. La physique, la chimie, la botanique, sont, dans une légitime mesure, nécessaires au jeune homme qui se propose d'étudier la médecine. Si on le jette dans cette étude si variée et si absorbante des maladies de l'homme et des moyens de guérir, sans aucune notion suffisante de ces sciences spéciales, appelées sans cesse au secours de l'observation pathologique et de l'application de la matière médicale, il éprouvera les plus grandes difficultés. Il faut qu'en sortant de l'enseignement secondaire il soit prêt à profiter des cours de la Faculté de médecine, qui supposent l'élève au courant des éléments généraux des sciences physiques et naturelles.

Aussi, la disposition fondamentale du projet de décret vient-elle réaliser cette alliance juste et vraie des sciences et des lettres pour les aspirants au doctorat en médecine, en exigeant tout à la fois l'obtention du baccalauréat ès-lettres avant la première inscription, et celle du baccalauréat ès-sciences *restreint* avant la troisième inscription.

Tel qu'il existe aujourd'hui, le programme du baccalauréat ès-sciences comporte une série de connaissances mathématiques qui, judicieusement exigées pour d'autres carrières, semblent inutiles pour une bonne préparation à l'étude de la médecine. C'est pourquoi, Sire, le projet de décret dispense les élèves en médecine, dans l'épreuve du baccalauréat ès-sciences, des questions les plus difficiles applicables aux sciences mathématiques. Ainsi se justifie l'expression de baccalauréat ès-sciences *restreint*. Quant au délai de six mois, pour l'obtention de ce baccalauréat, il a été déterminé par des considérations pleines d'équité. L'exigence du double diplôme grève les aspirants d'un travail assez lourd et elle est une charge exceptionnelle pour la carrière du doctorat en médecine. Il a donc paru très équitable d'accorder à l'élève sortant des cours de l'enseignement secondaire avec le diplôme de bachelier ès-lettres, un délai pour reprendre haleine et se mettre en mesure de soutenir l'examen du baccalauréat ès-sciences, tout en lui conservant le droit de l'inscrire sur-le-champ à la Faculté de médecine et d'en suivre les cours. Je suis, au reste, convaincu que la plupart des jeunes gens qui se vouent au noble et rude labeur de la médecine feront tous leurs efforts pour obtenir les deux baccalauréats avant de franchir l'enceinte des lycées, où les ressources d'instruction sont organisées de manière à permettre cet heureux résultat.

Le projet de décret contient plusieurs dispositions accessoires qui ne manquent ni d'opportunité ni d'importance.

Sur la foi de l'article 12 du décret du 10 avril, beaucoup de jeunes gens ont pu, dans l'intention d'embrasser plus tard la profession médicale, choisir la voie scientifique que leur ouvraient les lycées. Il est juste de réserver à ces candidats le droit d'entrer dans les Facultés de médecine avec le diplôme de bachelier ès-sciences obtenu d'après le règlement actuel ; ils pourront user de ce droit jusqu'au 1er novembre 1861, époque où l'exécution pure et simple des dispositions de l'article 1er du nouveau décret ne lésera aucun intérêt.

Lorsqu'il s'agit de grades délivrés au nom de l'État, grades qui confèrent des priviléges, il importe que le titre dont on se prévaut n'ait rien d'équivoque. Le baccalauréat ès-sciences *restreint* ne saurait donc être attesté par un diplôme exactement semblable à celui du baccalauréat ès-sciences complet. En fait, il n'a d'autre objet que de servir de sanction à l'instruction scientifique d'une catégorie déterminée d'étudiants, de ceux qui se destinent à la profession de médecin. Il sera donc spécial et n'aura de valeur que pour les études médicales. Renfermé dans ces limites, il doit coûter moins cher que le baccalauréat ordinaire. Aussi l'art. 2 du décret a-t-il réduit de moitié les droits à acquitter par les aspirants au baccalauréat ès-sciences restreint.

Il a paru, d'ailleurs, équitable de leur réserver la faculté d'échanger ce diplôme spécial contre un diplôme ordinaire, s'il leur convenait de pousser plus loin leur instruction mathématique, ou s'il leur plaisait d'entrer dans une carrière purement scientifique. La vocation médicale peut faiblir, surtout au début d'études pénibles qu'on n'aborde pas toujours avec la conscience des sacrifices qu'elles imposent ; et quant aux étudiants laborieux et persévérants, ils aimeront à profiter de cette faculté de compléter un examen dont ils auront subi antérieurement la partie la plus étendue, sinon la plus difficile. Enfin, et en tous cas, l'intérêt des familles sera respecté, et l'administration se montrera ainsi pleine de bienveillance pour tous ceux qui voudront se rattacher aux professions exigeant plus particulièrement les études mathématiques et le diplôme ordinaire de bachelier ès-sciences.

Telles sont, Sire, les mesures et les prescriptions du projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté.

Je suis avec un profond respect, Sire,

De Votre Majesté,

Le très humble et très obéissant serviteur,

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

ROULAND.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu le décret du 10 avril 1852 et notamment l'article 12 dudit décret qui est ainsi conçu :

« Les étudiants des Facultés de médecine et des Écoles supérieures » de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès- » lettres. Ils doivent produire le diplôme de bachelier ès-sciences avant » de prendre la première inscription ; »

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854 ;

Vu l'avis du Conseil impérial de l'instruction publique, en date du 2 juillet 1858, duquel il résulte qu'il y a lieu :

1° D'exiger des étudiants en médecine, avant la première inscription, le baccalauréat ès-lettres, et avant la cinquième, le baccalauréat ès-sciences restreint ;

2° De permettre aux bacheliers ès-lettres, au commencement de l'année scolaire prochaine, de devenir étudiants en médecine, sauf à justifier à la cinquième inscription du baccalauréat ès-sciences actuel ;

Notre Conseil d'État entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Les étudiants des Facultés de médecine aspirant au doctorat doivent produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres, et, avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier ès-sciences, restreint pour la partie mathématique.

La restriction indiquée dans le paragraphe précédent sera l'objet d'un règlement ministériel délibéré en Conseil impérial de l'instruction publique.

Art. 2. Le baccalauréat ès-sciences exigé des étudiants en médecine, est délivré sous la forme d'un diplôme spécial, qui n'a de valeur que pour les études médicales.

Les droits à percevoir pour le baccalauréat ès-sciences des étudiants en médecine sont fixés à la somme de cinquante francs, ainsi répartis :

Examen	30 fr.
Certificat d'aptitude	10
Diplôme	10
Total égal	50 fr.

Art. 3. Les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences, spécial aux étudiants en médecine, peuvent l'échanger contre un diplôme ordinaire de bachelier ès-sciences, en subissant la partie de l'examen dont ils ont été dispensés la première fois, et en payant le complément des droits montant à la somme de cinquante francs.

Art. 4. Jusqu'au 1er novembre 1861, les jeunes gens pourvus du diplôme ordinaire de bachelier ès-sciences peuvent prendre leurs inscriptions et leurs grades dans une Faculté de médecine, sans être tenus de produire le diplôme de bachelier ès-lettres.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 23 août 1858.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

ROULAND.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

ESSAI SUR LE TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LA COMPRESSION DIGITALE ;

Par M. VANZETTI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue.

A dater du moment où j'eus reconnu que le véritable moyen de guérir les anévrysmes était de comprimer le tronc artériel à l'aide de la main seule, je ne doutai pas qu'un moyen aussi parfait et aussi facile d'intercepter le cours du sang dans une artère ne dût être appliqué au traitement de l'inflammation, toutes les fois que l'artère qui se rend au membre malade est accessible au doigt.

Bien des fois j'ai eu recours à la compression digitale des artères fémorale, brachiale ou sous-clavière, dans les cas de phlegmons, d'arthrites, d'inflammation des doigts, et j'en ai toujours retiré de si merveilleux effets, que je l'ai érigée à ma Clinique en méthode usuelle de traitement, dans tous les cas où on peut la pratiquer.

Le mécanisme suivant lequel agit la compression artérielle, en ralentissant la circulation et en diminuant la quantité de sang qui se distribue à la partie du membre malade, est trop manifeste pour que nous cherchions à l'expliquer. Mais, d'un autre côté, le chirurgien ne doit pas non plus demander à cette méthode plus

qu'elle ne peut donner raisonnablement; ses résultats, du reste, sont excellents.

Ainsi la compression guérira promptement les inflammations commençantes, tandis que si l'on attend que le travail phlegmasique ait déjà fait des progrès, il faudra un temps variable pour que, l'inflammation étant enrayée dans sa marche, les produits auxquels elle a donné naissance puissent se résorber, avant que la partie malade revienne entièrement à son état normal. Enfin, dans les inflammations graves et déjà avancées, où les vaisseaux capillaires sont rompus, où les globules purulents sont déjà infiltrés dans les tissus ou bien déjà réunis en foyer, et où les parties ont déjà subi un certain degré de mortification, la compression évidemment sera impuissante à prévenir ces accidents, et il faudra, pour arriver à la guérison parfaite, passer par les différents phénomènes d'élimination et de réparation.

Malgré cela, la compression, employée dans ces cas d'une extrême gravité, est encore le moyen le plus actif non seulement pour arrêter les progrès ultérieurs du mal, mais bien pour accélérer la guérison; en effet, elle supprime promptement les restes d'inflammation qui peuvent persister après la chute des escarres, et favorise puissamment l'action de la nature dans les procédés qu'elle suit pour ramener les parties malades à leur état normal. On fera donc la compression artérielle tant qu'il y aura utilité à modérer l'afflux du sang dans les parties malades; puis on aura recours aux procédés usuels que l'art nous apprend à employer pour éloigner autant que possible les funestes effets de la maladie, c'est-à-dire que l'on fera des incisions, si cela est nécessaire, l'abcès étant mûr, ou même des contre-ouvertures, etc.

Le chirurgien, sachant qu'il peut donner un grand soulagement à son malade en employant un moyen qui, à lui seul, agit plus promptement et plus sûrement que tout autre pour enrayer un état inflammatoire qui menace de désorganiser un membre et d'en altérer sérieusement les fonctions, le chirurgien, dis-je, ne reculera pas devant un peu d'ennui et de fatigue pour appliquer la compression de la manière la plus parfaite possible; il trouvera toujours, avec un peu de bon vouloir, une personne qui, à défaut du malade lui-même, fera la compression pendant quelques heures et même pendant un jour entier, en se reposant aussi souvent que cela est nécessaire.

Cette méthode dont nous parlons, la compression digitale, avait été déjà proposée théoriquement par certains auteurs, mais elle ne fut jamais employée par aucun d'eux et ne tarda pas à tomber dans l'oubli. Ces chirurgiens ont, du reste, parlé d'instruments qui seraient nécessaires pour que la pression portât sur l'artère seule, sans interrompre la circulation veineuse. Mais, vanter les bons résultats de la compression d'une artère dans le traitement de l'inflammation d'un membre, et en même temps conseiller de la faire avec un tourniquet ou un compresseur mécanique quelconque, c'était condamner une excellente méthode à ne jamais être employée; c'est ce qui arriva en effet.

Il est vraiment surprenant que, dans le traitement de l'inflammation, tout comme dans celui des anévrysmes, par la compression, on n'ait pas pensé à se servir toujours de la main pour interrompre la circulation artérielle. De notre côté, non seulement nous proposons de faire toujours la compression manuelle, mais nous n'hésitons pas à recommander cette pratique comme une méthode préférable à toutes les autres.

Si ce mode de traitement offre quelques difficultés d'exécution, c'est uniquement parce qu'il faut quelquefois une ou deux personnes pour appliquer exactement la compression; mais on n'oubliera pas qu'il s'agit d'un moyen qui, seul, peut sauver au malade un membre et peut-être même la vie, et alors ces difficultés devront être facilement surmontées. Le chirurgien devra donc, dans les cas d'urgence, faire lui-même la compression pendant deux ou trois heures; ce temps sera quelque fois suffisant pour diminuer notablement l'acuité de l'inflammation et sauver ainsi un membre gravement menacé. Le plus souvent, le malade peut lui-même faire la compression de l'artère fémorale, de l'humérale, ou même de la sous-clavière dans les cas de gonflement très considérable du bras; il pourra très facilement continuer la compression pendant huit à dix minutes, puis la cesser et la reprendre quand il est reposé; ces courts intervalles n'apportent aucun obstacle à l'effet qu'on se propose. Tout le monde peut, en suivant exactement les indications du chirurgien, apprendre en quelques minutes à comprimer une artère.

La relation de deux faits où la guérison a été obtenue par ce moyen, en dira plus que tout ce que nous pourrions alléguer en faveur de cette méthode : non seulement ces deux observations prouvent que l'on peut y avoir recours, mais encore elles démontreront quelle est l'efficacité de la compression, elles indiqueront, en outre, comment on doit comprimer, et quelles sont les précautions nécessaires pour s'assurer que le doigt est bien appliqué sur l'artère et ne comprime que l'artère.

Nous publions aujourd'hui deux faits observés par nous à la Clinique de Padoue, nous proposant de publier plus tard le résultat des faits que nous pourrons avoir occasion de rencontrer pendant le courant de cette année.

Obs. I. — *Érysipèle phlegmoneux grave du membre supérieur gauche, compression digitale de la sous-clavière.*

Peggio, du village de Garzignano, batelier, 41 ans, d'une constitution robuste, entre à la Clinique de Padoue, le 19 mars 1858.

Dans la nuit du vendredi 13 mars, après une journée de grande fatigue, il éprouva de violentes douleurs dans le bras gauche avec fièvre intense; le lendemain matin, le membre était très rouge, gonflé et douloureux. Il s'en retourna chez lui, se mit au lit et fit des fomentations avec de l'eau de sureau. Pendant toute la nuit, les douleurs qu'il éprouvait dans le bras et la fièvre ardente qui le tourmentait l'ont empêché de dormir.

Le dimanche matin, il fit venir un médecin; celui-ci pratiqua une saignée, prescrivit une forte purgation et des fomentations de sureau. La journée et la nuit furent mauvaises, le gonflement du bras va toujours en augmentant et les douleurs persistent.

Lundi, nouvelle saignée, continuer les fomentations, les douleurs sont toujours très violentes; le gonflement et la rougeur du bras ont encore augmenté et remontent aujourd'hui jusqu'à l'aisselle.

Mardi, nouvelle purgation : il n'y a pas la moindre diminution dans les symptômes; le médecin, jugeant l'inflammation très sérieuse, conseille au malade de se faire porter à la ville et d'entrer à l'hôpital.

Le mercredi et le jeudi, les symptômes s'aggravent encore, et enfin, le vendredi soir, il se décide à se faire transporter à la Clinique. Depuis la veille, les douleurs ont un peu perdu de leur intensité, le malade sent son bras engourdi, pesant, inerte; le membre, plus que doublé de volume, est dans l'extension complète, et entièrement immobile ainsi que les doigts eux-mêmes; la main est gonflée, surtout sa face dorsale est œdématiée. L'avant-bras est d'un rouge très vif; tout son côté interne présente une immense phlyctène remplie d'un liquide jaunâtre trouble et sanguinolent. Sur différents points, cette phlyctène est rompue et laisse voir le derme d'un rouge vif. Sa face dorsale est largement pointillée comme par des épanchements de sang veineux. L'avant-bras, énormément gonflé, est dur à de certains endroits, élastique en d'autres, ou bien œdémateux. Sur l'extrémité inférieure de l'espace interosseux, là où l'on sent habituellement le pouls radial, il y a une escarre cutanée adhérente, d'un pouce de diamètre environ; on ne peut sentir le pouls qu'en pressant fortement sur cette escarre. On voit que la peau commence à se mortifier au pli du bras et sur le dos du poignet.

Le bras est aussi considérablement gonflé, il est d'un rouge vif; le gonflement et la rougeur remontent jusque dans le creux de l'aisselle; il présente une dureté considérable, surtout dans le voisinage du pli du coude; la peau, rouge, luisante, soulevée par l'œdème, et comme granuleuse, rappelle assez bien l'aspect de l'écorce d'orange. Pouls à 104; la figure est assez bonne, la langue n'est pas sèche. Le malade est abattu, il ne se plaint pas, même quand on examine et qu'on presse son bras.

Il s'agit ici d'un érysipèle phlegmoneux des plus intenses, à sa période d'acuité extrême, occupant l'avant-bras et le bras jusqu'au creux de l'aisselle, et ayant déjà produit la gangrène des téguments sur plusieurs points. Comment arrêter les progrès de cette grave inflammation diffuse, comment éviter l'amputation du membre? En suivant la pratique usuelle, il aurait fallu débrider largement la peau, faire des incisions multiples, donner l'émétique à l'intérieur, et renouveler plusieurs fois la saignée.

On ne fit rien de tout cela : le membre fut simplement recouvert d'un linge humide, et l'on procéda immédiatement à la compression digitale de la sous-clavière. Toutefois, avant de commencer la compression de l'artère, on noua sur la partie moyenne de l'avant-bras, ainsi que sur le bras, un fil destiné à mesurer le volume du membre; on marqua d'un trait noir à l'encre le point exact où ce fil était placé, afin de pouvoir constater d'une manière rigoureuse la longueur du fil.

La compression fut continuée pendant toute la nuit, sans autres interruptions que celles provenant soit de ce que l'artère échappait au doigt qui la comprimait, soit de ce que l'élève qui remplaçait son camarade déjà fatigué, était obligé de chercher l'artère pour appliquer exactement le doigt sur son trajet. L'élève, faisant la compression avec les doigts de la main droite, explorait le pouls au niveau du carpe avec la main gauche, afin de s'assurer si la sous-clavière était bien comprimée; cette exploration est d'une importance capitale, on le comprend facilement. Pendant le temps même de la compression, le malade dormit plus d'une heure, ce qui ne lui était pas encore arrivé depuis le début du phlegmon; au réveil survint une sueur abondante qui le soulagea beaucoup.

Deuxième jour. A la visite du lendemain matin, après quinze heures de compression intermittente, le malade se trouvait dans l'état suivant (je rapporte ses propres expressions, car c'est un homme très intelligent) : « Il y avait à peine une heure que l'on me comprimait sur le côté du cou, lorsque je vis déjà ma main se dégonfler, et bientôt après je pouvais remuer les doigts, ce qui m'était impossible auparavant. Mon bras, qui était d'abord engourdi, ne l'était plus trois heures après; mais les douleurs, qui cessaient complétement pendant que l'on faisait la compression, revenaient aussitôt qu'elle était suspendue. Les fils que l'on m'avait enroulés exactement autour du bras, se relâchèrent peu à peu vers le soir, de telle sorte que je pus y passer d'abord un doigt, puis deux, et enfin, vers les quatre heures du matin, la main entière. A présent, je puis fléchir les doigts et un peu le coude, tandis qu'hier mon bras était inerte et droit comme un bâton. »

Tel est le changement que je trouvai dès le second jour dans l'état du bras malade; le fil placé autour de l'avant-bras était tellement relâché, qu'on y pouvait passer quatre doigts; celui qui était fixé sur le bras ne laissait passer qu'un seul doigt. La peau était moins rouge, et la couleur bleuâtre du coude, provenant sans doute d'une infiltration de sang veineux, était moins prononcée. La main est dégonflée; les mouvements des doigts, et en partie ceux du poignet, sont libres; le malade peut, jusqu'à un certain point, saisir un objet qu'on lui présente; il peut également fléchir et tendre légèrement l'avant-bras sur le bras. Par suite de cette diminution considérable du gonflement, la peau était moins tendue et le membre avait repris un peu d'élasticité; les articulations étaient mobiles; restait de l'œdème, et, sur différents points, on trouvait de la mollesse et de l'empâtement, sans doute causés par la mortification partielle du tissu cellulaire.

Je jugeai, dès lors, que l'inflammation était arrêtée dans ses progrès, et qu'il ne nous restait plus qu'à attendre la réparation des désordres qui s'étaient déjà produits, c'est-à-dire la séparation des escarres gangréneuses tant de la peau que du tissu cellulaire, puis la cicatrisation de ces plaies.

Je réappliquai donc les fils et fis continuer la compression intermittente. A la visite du soir, je trouvai encore les fils relâchés, moins cependant que la première fois; il ne pouvait en être autrement, parce que le gonflement actuel était formé par les produits de l'inflammation, et qu'il fallait nécessairement un peu de temps pour qu'il se dissipât. La compression fut suspendue pendant la nuit; fomentations simples.

Troisième jour. Le malade a dormi presque toute la nuit; pouls à 96; la peau n'est plus chaude, il n'y a plus aucun symptôme grave. La suppuration commence; l'escarre cutanée de la région inférieure de l'avant-bras est déjà séparée, les tendons fléchisseurs des doigts apparaissent à nu; l'artère radiale se voit également, recouverte seulement d'un peu de tissu cellulaire. Cataplasmes émollients sur tout le bras. La suppuration me paraît s'être établie plus promptement chez ce malade et en plus grande abondance que d'habitude. La compression, reprise encore de temps en temps, est cessée définitivement à trois heures de l'après-midi.

Quatrième jour. Suppuration extrêmement abondante et de bonne nature; le bras est à peu près revenu à son volume normal; il se forme une escarre circulaire, bien limitée, sur la partie moyenne du pli du coude; on voit encore d'autres petites escarres sur la ligne médiane de l'avant-bras, et prêtes à se séparer.

Sixième jour. Suppuration abondante; on extrait de grands lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Le malade a eu un peu de délire pendant la nuit; pouls à 94; le regard est fixe et étonné, mais la langue est toujours bonne. Cataplasmes; émulsion camphrée.

Septième jour. Un peu de délire pendant la nuit; le malade raconte qu'il était mort et qu'il était ressuscité; la suppuration est toujours abondante; on extrait encore des lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Les téguments des faces palmaire et dorsale de l'avant-bras sont décollés par le pus, on pratique plusieurs ouvertures et contre-ouvertures. Un grain d'opium matin et soir, cataplasmes.

Huitième jour. Les fonctions cérébrales sont complétement rétablies; le pus est toujours abondant et de bonne nature.

Neuvième jour. Tout le long de la face interne du cubitus, depuis le poignet jusqu'au pli du coude, on voit une plaie de la largeur d'un pouce et demi environ, résultat de la gangrène. L'escarre qui occupait la partie moyenne du pli du bras est tombée, laissant à découvert le tendon et une portion du biceps.

Douzième jour. La peau décollée de la partie inférieure de l'avant-bras commence à contracter des adhérences. Les plaies se couvrent de bourgeons charnus de bon aspect.

Seizième jour. Pansement simple; la cicatrisation se fait lentement, mais elle marche régulièrement; l'état général est bon. Le malade commence à se lever.

J'appellerai l'attention des chirurgiens sur quelques points de cette observation :

1° L'extrême rapidité avec laquelle le gonflement énorme du membre a diminué, et l'acuité de l'inflammation est tombée, sans que l'on ait employé d'autre moyen que la compression digitale.

2° La suppuration me paraît s'être établie plus promptement que dans les cas ordinaires, les escarres se sont détachées plus vite, par conséquent la durée de la maladie a été diminuée.

3° Je suis intimement convaincu que la compression digitale aurait jugulé l'inflammation et prévenu la gangrène de la peau et du tissu cellulaire, si le malade était venu à la Clinique dès le moment où son médecin le lui avait conseillé, c'est-à-dire le mardi, tandis qu'il n'est entré à l'hôpital que le vendredi soir.

4° Il est généralement admis que l'on ne peut obtenir la guérison des anévrysmes de l'artère axillaire qu'en pratiquant la ligature de la sous-clavière, et ceux du tiers supérieur de l'humérale que par la ligature de l'axillaire. On n'a donc pas encore tenté la guérison de ces anévrysmes par la compression médiate, parce que l'on ne connaissait pas le moyen de comprimer la sous-clavière d'une manière efficace.

Il ne sera pas hors de propos de rapporter ici le passage suivant du livre de M. Broca sur le *traitement des anévrysmes :* « Dans les anévrysmes de l'artère axillaire, la méthode d'Anel retrouve toute sa supériorité. C'est sur l'artère sous-clavière en dehors des scalènes qu'on doit placer la ligature. Desault et M. Miller ont tenté d'appliquer ici la compression indirecte; mais *aucun appareil connu jusqu'à ce jour* n'est capable de comprimer exactement d'une manière permanente le tronc de la sous-clavière sur le tubercule de la première côte. Le siége de la tumeur ne se prête pas à l'emploi de la compression. Les faits manquent pour apprécier la valeur de la galvano-puncture et des injections coagulantes dans le cas particulier. Toutes les méthodes me semblent inférieures à la méthode d'Anel.

» Les anévrysmes du tiers supérieur de l'humérale réclament *encore la ligature;* celle-ci doit être placée sur l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. La compression indirecte n'est pas applicable, mais on pourrait, si l'anévrysme était peu volumineux, songer à la compression directe, à la galvano-puncture ou aux injections coagulantes. » (Pages 882 et 883.)

Quant à moi, je n'ai jamais douté que même ces anévrysmes ne puissent être guéris par la compression digitale de la sous-clavière. L'observation que je viens de rapporter démontre que le doigt peut efficacement comprimer cette artère, et, par conséquent, que c'est toujours à la compression digitale que l'on devra recourir dans les cas d'anévrysmes des membres supérieurs, même lorsque, le gonflement remontant assez haut pour empêcher le doigt de comprimer l'humérale ou l'axillaire, on ne pourra appliquer la compression que sur la sous-clavière; enfin, que l'on doit rejeter d'une manière absolue l'opération sanglante par laquelle on pratique la ligature de cette artère.

Obs. II. — *Arthrite aiguë du poignet droit; guérison rapide obtenue par la compression digitale de l'artère humérale.*

Marchiori Giovanni, de Padoue, 31 ans, fondeur de métaux, constitution grêle; entré à la Clinique le 28 mars 1858.

Il y a onze ans, le malade, habitant un endroit humide, fut pris de

douleurs dans toutes les articulations; il resta vingt jours au lit; on le saigna sept fois.

Il y a trois ans, nouvelle attaque de rhumatisme; trente jours au lit, neuf saignées.

Enfin, il y a environ une semaine, il commença à souffrir dans le poignet droit; il continua néanmoins à travailler : mais, depuis deux jours, les douleurs ont considérablement augmenté, et le poignet s'est gonflé. La nuit dernière principalement, la douleur a été tellement aiguë que le malade n'a pu dormir un seul instant; elle était surtout exagérée par le moindre mouvement qu'il imprimait à sa main. Aussi se décida-t-il à entrer à la Clinique le matin du dimanche 28 mars.

Le malade soutient sa main parce qu'il souffre beaucoup lorsqu'elle est pendante; l'articulation du poignet est gonflée; c'est un gonflement solide, élastique et non œdémateux, égal sur toute la circonférence. La peau a conservé sa couleur normale, sauf sur le côté interne du membre, où l'on observe quelques traces de rougeur. Le moindre mouvement imprimé à la main est excessivement douloureux; la plus légère pression est intolérable; l'articulation est chaude. Le pouls est à 88; il y a peu de réaction générale; toutefois, le pouls est plus dur et plus plein dans le membre malade que de l'autre côté.

Diagnostic : Arthrite aiguë du poignet droit. — On commence la compression digitale dès le premier jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le 28 mars à midi. Elle est pratiquée tantôt par les élèves du service, tantôt par les convalescents à qui l'on avait appris à comprimer l'artère. Tous n'apprenaient pas avec la même facilité à placer leurs doigts sur le trajet du vaisseau; mais, parmi eux, il y avait un paysan qui, du premier coup, saisissait parfaitement ce qu'on lui indiquait, et qui faisait la compression tout aussi bien que les élèves.

Pour comprimer d'une manière efficace l'artère humérale, ou toute autre artère, il faut d'abord en chercher les battements; puis on porte un doigt sur l'un de ses côtés et un autre doigt sur l'autre côté en passant au-dessus du vaisseau; c'est de cette manière qu'on peut en apprécier exactement le volume et le siége, et que l'on reconnaît la surface osseuse qui est placée sous l'artère; saisissant alors l'artère des deux côtés à la fois, on la surprend pour ainsi dire et on la presse contre l'os. Lorsqu'un chirurgien aura fait une fois la compression de l'artère humérale avec la main, il comprendra aisément combien il doit être difficile de la pratiquer d'une manière exacte avec un tourniquet ou tout autre appareil mécanique; il résulte de là que la compression employée d'une manière générale dans le traitement des anévrysmes ou de l'inflammation des membres, ne pourra être érigée en méthode normale de traitement qu'à la condition de l'appliquer toujours et exclusivement avec le doigt, pratique que je ne saurais trop recommander aux chirurgiens dans les cas dont je viens de parler.

A la visite du soir, je trouvai le malade déjà soulagé considérablement; le gonflement était visiblement diminué; pendant que l'on faisait la compression, les douleurs cessaient complétement, mais elles revenaient (beaucoup moins fortes, il est vrai), dès qu'on la suspendait. Je saisis le poignet immédiatement au-dessus des apophyses styloïdes du cubitus et du radius, le malade n'accusa un peu de douleur que lorsque la compression devint plus énergique; le matin, il ne pouvait supporter la moindre pression. Le malade peut, sans trop de douleurs, imprimer à la main quelques mouvements de flexion et d'extension sur l'avant-bras. On continue la compression jusqu'à minuit.

Second jour. — Le malade a dormi tranquillement, tandis que la nuit précédente il n'avait pu fermer l'œil; la douleur causée par les mouvements du membre ou par la pression est encore moindre qu'elle n'était la veille au soir; le gonflement a presque entièrement disparu. Le malade a parfaitement appris à faire lui-même la compression de l'artère à la partie moyenne de l'humérus. Il la comprime chaque fois pendant huit à dix minutes; puis, lorsque son pouce est fatigué, il cesse pendant quelques instants, et reprend quand il s'est reposé. Il sait très bien apprécier lui-même si la compression est bien faite par le soulagement qu'il éprouve, et pour mieux s'assurer si la circulation est bien interceptée dans l'artère, il fait explorer son pouls à la main par un infirmier pendant qu'avec sa main gauche il comprime l'humérale.

Troisième jour. Le malade n'éprouve plus aucune douleur dans le poignet, il remue sa main avec facilité; si l'on cherche à faire mouvoir la main sur l'avant-bras, la flexion et l'extension s'exécutent librement et ne le font pas souffrir. Il accuse seulement un peu de douleur dans l'articulation du premier métacarpien; mais il se sent tellement soulagé, qu'il voudrait déjà retourner chez lui.

Quatrième jour. Le malade a continué à faire lui-même la compression de temps à autre pendant la journée d'hier; aujourd'hui il n'y a plus aucune trace de la maladie; il demande avec instance à quitter la Clinique. Je m'y oppose, parce que *les pulsations de l'artère radiale droite sont encore un peu plus fortes que celles du côté gauche.*

Cinquième jour. Le pouls des deux radiales est parfaitement égal en vitesse et en intensité. Le malade quitte l'hôpital.

Cette arthrite a donc été guérie par la compression seule, sans le secours d'aucun autre traitement local, sans aucune médication interne, pas même une purgation.

Le malade, interrogé sur ce qu'il ferait s'il venait à être repris d'une inflammation articulaire, répondait : « Je n'aurais plus besoin du médecin, vous m'avez appris à me guérir moi-même, et je ferais de nouveau la compression. »

On remarquera dans cette seconde observation :

1° La rapidité incroyable avec laquelle la maladie a été guérie par la compression seule (quatre jours).

2° La facilité avec laquelle on peut faire comprimer l'artère, même par des gens étrangers à la médecine; ce que d'ailleurs le malade peut faire lui-même.

3° Que le malade savait très bien reconnaître lui-même si la compression était bien ou mal faite.

4° Que la compression a été employée seule, sans le secours d'aucun autre moyen de traitement.

5° Que l'on doit continuer la compression intermittente jusqu'à ce que le pouls du membre malade soit redevenu égal à celui du côté sain (1).

(1) Extrait du *Giornale Veneto di Scienze Mediche*, vol. 10, série II, avril 1858.

PATHOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE;

Par le professeur WUNDERLICH, de Leipzig.

Le célèbre pathologiste a publié dans son journal (*Archiv. f. physiol. heilk.*, nouvelle série, t. Ier, 1857) une relation très intéressante et très bien faite d'une petite épidémie de typhus qu'il a observée à la Clinique qu'il dirige avec tant d'éclat. Elle a présenté plusieurs particularités pleines d'intérêt, sur lesquelles l'auteur insiste avec beaucoup de raison, et qui éclairent d'une nouvelle lumière plusieurs points encore controversés de cette maladie. Nous recommandons l'étude de ce mémoire à tous les médecins qui veulent s'occuper de la question du typhus; malheureusement il est trop long pour que nous puissions le donner en entier; nous en extrairons quelques-uns des points les plus intéressants.

Le nombre des cas observés est de 49; ils se sont présentés à la Clinique depuis le 26 septembre 1853 jusqu'au 5 janvier 1857; les 44 premiers cas sont espacés entre la première date et le 10 novembre 1854; les 5 derniers se répartissent : 3 en 1855, 1 en 1856, et 1 en 1857. Le règne épidémique véritable a donc duré quatorze mois.

La propagation contagieuse de cette maladie est hors de doute. Une maladie à peine observée à Leipzig depuis nombre d'années, y est importée par 5 personnes, pour la plupart membres d'une corporation et venant d'un lieu où régnait le typhus; peu à peu 32 individus de différentes conditions, soit bien portants, soit atteints ou convalescents d'une autre maladie, en furent pris, après avoir eu des rapports avec ces typhiques; 7 autres tombèrent malades en même temps sans avoir été dans le même cas, circonstance qui se répète dans une localité populeuse pour les affections les plus contagieuses. Enfin il a été impossible de trouver une origine contagieuse pour les 5 derniers cas, observés plus tard.

La contagion était relativement bornée. A l'hôpital, il n'y eut que 7 cas de transmission à des malades, dans quatre salles, chacune de 14 à 20 lits; de plus de 12 infirmières, 3 seulement, et de 80 à 90 étudiants, 1 seul fut pris. Dans quelques maisons la contagion était plus étendue; ainsi l'une avait fourni 7 et une autre 5 malades entrés à l'hôpital, mais le nombre des typhiques dans les deux était plus considérable. Dans celle-là il s'était passé un fait remarquable; la première personne tombée malade avait habité depuis quelques semaines avec sa famille, une mauvaise petite chambre, servant de chambre de morts, habituellement non occupée, et dans laquelle une des familles qui avaient importé la maladie dans la ville, avait passé quelques jours avant son entrée à l'hôpital; or, sept mois s'étaient écoulés depuis cette époque et la pièce était restée vide depuis. La matière contagieuse possède donc une grande ténacité.

Un jeune homme de 20 ans, fut traité d'une fièvre typhoïde à l'hôpital, dans une salle renfermant des typhiques; vers le cinquantième jour de la maladie et en pleine convalescence, il fut pris d'un typhus de moyenne intensité, bien caractérisé, qui commença à diminuer lentement à la fin de la deuxième semaine; dans la convalescence il y eut un abcès à la jambe gauche.

Un homme de 31 ans avait quitté l'hôpital le 28 octobre 1854, guéri d'une fièvre typhoïde. Il avait été couché dans une salle renfermant des typhiques. Sa santé était bonne en apparence et il a travaillé jusqu'au 10 novembre. Obligé de s'aliter ce jour, il n'a pas tardé à rentrer à l'hôpital, atteint d'un typhus exanthématique grave, qui marcha rapidement et se termina par la convalescence le 21 novembre.

Un autre malade avait été traité par M. Wunderlich d'une fièvre typhoïde, deux ans et demi avant; enfin un quatrième dit avoir déjà eu la même maladie.

D'un autre côté, sur 7 typhiques âgés de plus de 40 ans, un seul guérit et fut pris, quelques jours après la convalescence, d'une fièvre typhoïde grave qu'il surmonta également, et qui fut suivie d'un scorbut intense, auquel il parvint encore à échapper.

La marche du typhus exanthématique est essentiellement typique et se meut dans les bornes d'un petit nombre de formes.

La *première semaine* est caractérisée : par la marche ascensionnelle continue et rapide pendant la première moitié;

Par la diminution lente et peu marquée dans la seconde moitié, dans les cas moyens ou favorables, ou bien par la rémission passagère, le septième jour;

Par la permanence de la température élevée à la même époque, et par l'absence de la rémission du septième jour, dans les cas graves.

La *seconde semaine* a pour caractères spéciaux : au commencement, l'exacerbation qui est la règle dans les cas légers et les cas graves;

La diminution dans la première moitié dans les cas légers;

L'absence de rémissions notables, même dans les cas les plus favorables;

La rémission entre le douzième et le quatorzième jour, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves, fréquents même dans les mortels.

La *terminaison* se caractérise : par la défervescence rapide ou au moins accélérée, ordinairement entre le treizième et le dix-septième jour, dans les cas heureux; et par la chute totale de la fièvre, au plus tard dans la seconde moitié de la troisième semaine;

Dans les cas mortels, par la mort arrivée dans la deuxième moitié de la première ou dans la troisième semaine, précédée ordinairement d'un abaissement de température; par l'augmentation considérable de la température dans l'agonie.

Quand la terminaison est favorable, le typhus est plus court que la fièvre typhoïde, à moins que des affections consécutives ne prolongent la convalescence.

Le typhus s'accompagne toujours d'une *élévation considérable de la température* (4 à 5° centig.), même dans les cas où le reste des symptômes était insignifiant. Cette augmentation excessive et son maintien prolongé sont un mauvais signe, comme dans toute autre maladie; néanmoins, elle est mieux supportée dans le typhus surtout, que dans la fièvre typhoïde.

Les températures du matin et du soir présentent peu de différences, surtout dans la première semaine et dans la première moitié de la seconde. Elle est un peu plus considérable dans des cas isolés, à partir de la moitié de la seconde semaine jusqu'à l'entrée en convalescence; et quand elle a lieu d'une manière bien notable, ce n'est que pour quelques jours, en opposition avec ce que l'on observe dans la fièvre typhoïde.

Un abaissement considérable de la température, avec continuation ou augmentation d'autres symptômes très graves, est un signe certain d'un collapsus entraînant la mort.

Le *pouls*, à 96, permet un pronostic très favorable; la diminution de la maladie est précoce. Ordinairement il monte à 110, même à 120 et au delà dans des cas heureux. S'il dépasse 132 chez les adultes, il indique une mort probable; il en est de même d'une augmentation survenue rapidement à une période avancée.

La fréquence la plus considérable du pouls s'observe ordinairement le dixième jour.

Une forte élévation dans le nombre des pulsations, accompagnée de diminution de la température, est mortelle.

La différence entre la fréquence du pouls, selon que le malade est assis ou couché, est beaucoup moindre dans le typhus que dans la fièvre typhoïde.

Le pouls redoublé fait ordinairement défaut, ou existe du moins plus passagèrement et à un bien moindre degré que dans la fièvre typhoïde.

La *roséole* s'est montrée dans tous les cas, mais avec beaucoup de différences dans son intensité et sa distribution; elle n'était pas proportionnelle à la gravité de la maladie. Son apparition tombait ordinairement entre le troisième et le cinquième jour, parfois jusqu'au septième. Elle était beaucoup plus abondante que dans la fièvre typhoïde, existait souvent sur les extrémités, assez rarement sur la face. L'éruption persistait une semaine et au delà; elle pâlissait déjà avant ou pendant la défervescence, et était suivie parfois de desquamation.

Le *diagnostic* est impossible dans les premiers jours; tout au plus, pendant le règne du typhus, on peut présumer cette maladie par l'apparition rapide de symptômes fébriles et cérébraux graves. Dans la première période, le typhus exanthématique se distingue de la fièvre typhoïde surtout par la promptitude avec laquelle les phénomènes augmentent; par l'absence de redoublement du pouls, de variation dans le nombre de pulsations, selon les différentes stations du malade; par la mollesse du ventre et parfois par les selles plus brunes.

Le diagnostic devient plus sûr au milieu et à la fin de la première semaine, par l'apparition de la roséole; c'est la rapidité et l'abondance de l'éruption, son extension aux extrémités, la forme papuleuse qu'elle affecte parfois qui distingue le typhus de la fièvre typhoïde.

Il est confirmé plus tard par plusieurs points essentiels : dans la seconde semaine, la température n'offre pas ou très peu de rémission matinale; les symptômes abdominaux restent modérés (quoique le contraire n'exclue pas le typhus). Le diagnostic acquiert la plus grande certitude par le mode de terminaison; le typhus avec issue heureuse n'offre pas les grandes oscillations de température qui caractérisent la période de décroissance de la fièvre typhoïde; et dans les cas mortels, la fin arrive évidemment par la consomption fébrile et par l'épuisement, et non par quelque altération matérielle locale; de plus, elle survient à une époque où ce mode de terminaison ne se montre que rarement dans la fièvre typhoïde.

Les signes pronostiques les plus importants sont :

Les antécédents du malade; l'âge (1 mort sur 25 malades entre 6 et 26 ans; 7 morts sur 17 malades entre 27 et 39 ans; 6 morts sur 7 malades entre 40 et 66); l'état antérieur de la santé, le genre de vie (entr'autres, sur 6 buveurs d'eau-de-vie, il y eut 2 cas mortels et 2 cas très graves); les fatigues avant la maladie ne causent pas la maladie plus facilement, mais la rendent plus grave; les soins donnés au malade dès le début (maladie généralement moins grave);

L'élévation absolue de la température du corps : (41°,7 et au-delà, mauvais signe);

L'augmentation progressive de la température dans la seconde moitié de la première semaine (mauvais); la décroissance précoce (favorable);

La rémission au septième jour (favorable);

L'exacerbation faible et de courte durée au commencement de la deuxième semaine (favorable);

Des températures matinales élevées (mauvais);

La fréquence considérable du pouls, 132 et au delà (mauvais);

Cette fréquence avec abaissement de la température dans la seconde moitié de la deuxième semaine (signe mortel);

La roséole très abondante, les complications de toute espèce, la défervescence retardée jusqu'après le commencement de la troisième semaine (mauvais);

L'augmentation rapide et considérable de la température dans la troisième semaine (signe mortel);

Les caractères anatomiques de ce typhus exanthématique étaient : le sang d'un rouge-cerise foncé; des lividités cadavériques médiocres; la rigidité cadavérique considérable; la sécheresse des muscles et leur coloration rouge moins foncée que celle de la fièvre typhoïde;

L'intégrité des follicules solitaires et des plaques de Peyer, ainsi que des ganglions mésentériques;

L'augmentation de volume et la mollesse de la rate;

La bile épaisse, tenace, vert foncé, telle qu'on ne la trouve pas dans la fièvre typhoïde;

Les voies respiratoires comme dans cette dernière.

La convalescence est assez rapide, beaucoup plus que dans la fièvre typhoïde, et moins troublée par des affections intercurrentes.

Le traitement était très simple : boissons acidulées, fomentations froides sur la tête, lotions froides ou vinaigrées, liberté du ventre. Au commencement, alors que l'on croyait avoir affaire à une fièvre typhoïde, 4 malades eurent du calomel, 2 d'entre eux moururent. L'eau chlorée fut donnée plusieurs fois sans influence notable. Plusieurs des malades les plus gravement pris eurent de la quinine dans la deuxième et la troisième semaine. Le camphre fut administré plusieurs fois contre le collapsus, le plus souvent avec un résultat passager. Contre les affections de poitrine, des boissons et des fomentations chaudes, parfois du soufre doré d'antimoine, dans un cas, des fleurs de benjoin. Contre le météorisme, deux fois du carbonate de fer. Aucune de ces administrations n'eut un résultat bien marqué; ordinairement les symptômes en étaient un peu calmés. On prescrivit toujours le repos, le séjour au lit jusque dans la convalescence, la diète sévère pendant la période fébrile et un régime fortifiant après la défervescence.

Dr STROHL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 août 1858. — Présidence de M. BARTH.

La Société a reçu le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*, et une brochure de M. Pedro Francisco da Costa Alvarenga, médecin de Lisbonne, qui a pour titre : *Retorio sobre a epidemia de cholera-morbus em* 1856.

(Remerciments.)

M. GUBLER fait hommage du mémoire imprimé qu'il a communiqué en août 1857 à l'Académie de médecine, et qui est intitulé : *Études sur l'origine et les conditions du développement de la mucédinée du muguet* (oïdium albicans).

MM. GUBLER, SÉE, et HERVEZ DE CHÉGOIN demandent un congé qui leur est accordé.

— M. VIGLA continue sa communication relative à la petite épidémie de *pharyngite pseudo-membraneuse* qu'il a observée à la Maison de santé.

Le 25 juin 1858, Louise Marinier, âgée de 4 ans, fille d'une surveillante de la Maison municipale de santé, enfant ordinairement très gaie et très joueuse, est prise de fièvre intense, accompagnée de tristesse, de prostration des forces, de somnolence et de perte d'appétit. Cet état ressemble assez à un état typhoïde, bien qu'il n'existe pas de diarrhée. Il persiste pendant quelques jours sans modification aucune. Lorsque survient, vers le 4 juillet, un écoulement séro-purulent par l'oreille droite, sans qu'on puisse en indiquer exactement la source. Cet écoulement ne cesse qu'au bout de quelques jours et est suivi de douleurs très vives dans l'œsophage, surtout pendant la déglutition ; aussi la petite malade refuse-t-elle obstinément les médicaments et les aliments. Les ganglions latéraux du cou sont un peu tuméfiés ; la face est altérée, les lèvres pâles, la fièvre toujours très intense.

Le 15 juillet, le mal de gorge est plus intense ; la petite malade parle peu et seulement à voix basse, elle semble souffrir en parlant. A cette époque, elle est prise de vomissements glaireux qui se renouvellent fréquemment dans la journée et persistent plusieurs jours. La respiration est un peu gênée ; un peu de toux ; rien dans la poitrine ; pas d'asphyxie ; toujours même fièvre.

Le 25 juillet, on trouve dans la gorge quelques fausses membranes blanches, molles et adhérentes. (Insufflations d'alun, miel au chlorate de potasse.) Mais la malade ne veut rien prendre.

Le 29 juillet, il n'existe plus rien dans la gorge, mais le nez est embarrassé.

Le 2 août, on voit à l'entrée des narines deux petites fausses membranes. (Insufflations d'alun dans les narines.)

Deux jours après, les fausses membranes n'existent plus ; mais la place qu'elles occupaient reste rouge pendant plusieurs jours.

Cependant la fièvre commence à diminuer ; la voix revient, mais elle est rauque, surtout lorsque la petite malade veut parler un peu haut.

Enfin, aujourd'hui 24 août, sa santé se rétablit, mais lentement ; et de temps en temps encore, il se manifeste un accès de fièvre qui dure quelques heures. La douleur œsophagienne persiste aussi, mais avec bien moins d'intensité, et seulement au moment du passage des aliments.

Le 16 juillet 1858, Marie Terrasse, jeune fille de 16 ans, ayant toujours habité la campagne, arrive à Paris et vient habiter avec sa sœur, concierge, à la Maison municipale de santé. Cette fille, fraîche et d'apparence assez robuste, n'est pas encore réglée ; sa santé générale est très bonne. Dès son arrivée, elle se livre surtout aux soins du ménage, n'ayant ainsi avec les malades que des rapports excessivement rares. La nuit, elle couche dans un cabinet sombre qu'occupaient autrefois les enfants de la concierge.

Le 14 août, sans motif aucun, Marie est prise, dans la soirée, de frissons et de courbature.

Le 15 août, perte d'appétit, envies de vomir, langue blanche, peau très chaude, pouls à 100 et quelques pulsations. — (Eau de Sedlitz.)

Le soir, la malade se plaint de mal de gorge, la fièvre persiste toujours. Les amygdales sont rouges, tuméfiées ; pas d'engorgement ganglionnaire, pas de fausses membranes.

Le 16, la gorge présente une rougeur plus intense, presque scarlatineuse, sans éruption à la peau. Chacune des deux amygdales est recouverte en grande partie par une fausse membrane blanche, assez épaisse, molle et adhérente. (Potion au chlorate de potasse, insufflations d'alun, eau de Vichy.)

Le 17, la fièvre persiste toujours ; les fausses membranes sont plus étendues. — Même traitement.

Le 18, même état.

Le 19, herpès à la lèvre inférieure ; la gorge est mieux ; les fausses membranes se détachent.

Le 20, la fièvre persiste encore ; il n'existe plus de fausses membranes. Dans la journée, nouvelle éruption d'herpès à la lèvre supérieure et à l'entrée des fosses nasales. A partir de ce moment, la malade est mieux, elle commence à manger ; et aujourd'hui, 24 août, elle est complétement rétablie.

M. GUÉRARD : M. Vigla admet que, dans une même épidémie, l'on peut observer des formes graves ou des formes bénignes ; qui établissent seules les différences fondamentales que l'on peut établir entre les diverses espèces de diphthérite. A l'appui de son opinion, je puis citer quelques faits que j'ai tout récemment observés dans une même famille, dans l'espace de six semaines environ. Un enfant ayant succombé d'abord à un croup laryngé, deux angines simplement érythémateuses se déclarèrent deux jours après chez deux jeunes filles, qui reçurent les soins de M. Gillette. Quelques jours plus tard, le père, que j'eus à soigner, et qui était âgé de 45 ans, eut une angine avec pseudo-membranes dans le pharynx. Enfin, après lui, deux autres enfants furent atteints, l'un d'une angine simple et l'autre d'une angine couenneuse. Ainsi un croup laryngé, trois angines érythémateuses et deux angines couenneuses furent successivement observés.

En voyant le père, atteint d'angine pseudo-membraneuse, et sans aucune idée préconçue, puisque j'ignorais alors ce qui s'était passé, j'éprouvai à la gorge un sentiment très pénible qui, d'ailleurs, n'eut aucune suite. Cependant je recommandai à la femme du malade de prendre des précautions lorsqu'elle le cautériserait avec une solution concentrée de tannin ; je pris moi-même des précautions lorsque j'explorai la gorge de nouveau, et pourtant j'éprouvai encore la même sensation pénible.

— M. VIGLA présente un malade opéré avec succès d'un *kyste hydatique du foie* à l'aide d'une simple ponction capillaire. Ce fait démontre que le cas malheureux cité par M. Moissenet, il y a quelques séances, ne doit pas faire renoncer toujours à ce mode de traitement.

Le secrétaire, Dr WOILLEZ.

COURRIER.

Par arrêtés en date du 11 septembre 1858, M. Raymondaud, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Boulland.

M. Dumesnil, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur suppléant à ladite École.

Il conservera, avec ce nouveau titre, les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Le concours pour les prix des externes et pour la nomination aux places d'élèves internes commencera le 18 octobre ; le registre d'inscription sera fermé le 2 octobre.

— Le schach de Perse n'a pas agréé M. le docteur Tholozan pour son médecin. Si les motifs de ce refus sont tels qu'on nous les donne, ils sembleraient indiquer que le traité conclu entre Ferruk-Khan et notre confrère n'était point sérieux. — (*Gazette des hôpitaux.*)

On lit dans le *Courrier de l'Ain* :

« La gendarmerie vient d'opérer une importante capture, celle de François Daujat, connu sous le nom du *médecin nocturne*, âgé de 52 ans, ancien maréchal taillandier, né à Domsure, canton de Coligny, condamné le 14 juin 1850 par la Cour d'assises de l'Ain à dix années de réclusion pour crime d'avortement et exercice illégal de la médecine. Depuis près de dix ans, Daujat avait échappé, sans sortir du département, avec une incroyable adresse, à toutes les recherches dont il était l'objet. Quand on croyait le tenir, il semblait rentrer sous terre.

» Le 4 septembre, trois gendarmes cachés derrière une haie, au hameau de Gletagnes, commune de Charnoz, virent un individu, qui conduisait une femme paraissant malade, entrer avec elle dans la maison habitée par la femme Daujat, et sortir quelques temps après par le côté opposé ; puis ils le virent se diriger vers une maison isolée. — Ne doutant pas que Daujat ne se fût réfugié dans cette maison, le brigadier Vernier y pénétra brusquement, et, après avoir traversé une chambre, arriva dans une seconde où il trouva trois individus assis. — C'étaient les deux personnes dont nous venons de parler, et Daujat.

» Le brigadier posa aussitôt le canon de son fusil sur sa poitrine et cria : « Daujat, si tu fais le moindre mouvement, je te tue ! » Il n'osa bouger. Une minute après, deux gendarmes venus à la voix du brigadier s'en emparèrent. Dès qu'il fut lié et garotté, on le fouilla et on trouva dans la poche de sa veste un pistolet chargé et amorcé, une poire à poudre contenant de la poudre fine, les chansons de Béranger, un traité de l'art de guérir les maladies secrètes, trois petites bouteilles contenant de l'eau, un paquet de poudre rouge, 50 fr. et un calepin contenant des notes manuscrites. Daujat a été amené et déposé à la prison de Bourg. »

—

NÉCROLOGIE. — Le corps médical, et particulièrement l'École de médecine de Limoges, si cruellement frappés déjà par la mort de M. Thibaut, et plus récemment par celle de M. Mazard, viennent d'éprouver une nouvelle et bien douloureuse perte : M. le docteur Thuilier est mort, après plusieurs mois de souffrances, le 11 septembre courant.

C'était un médecin distingué, d'un dévouement sans limites, d'une droiture et d'une loyauté antiques ; un de ces hommes dont on doit rappeler la vie pour un double motif : parce que c'est un hommage légitime rendu à leur mérite et un exemple salutaire pour ceux qui sont appelés à continuer leur tâche !

— L'Académie de médecine a perdu, dans le mois de février dernier, un de ses membres correspondants de la section de pharmacie, M. Margueron, décédé à Tours, à l'âge de 86 ans, sur la tombe duquel le docteur Haime a prononcé un discours où les rares qualités de ce digne vétéran de la science, étaient justement appréciées. Nous nous faisons un devoir de réparer cet oubli.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 116. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 30 Septembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 SEPTEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Aimeriez-vous l'iode? On en a mis partout!

Avec cette légère variante un satirique de nos jours pourrait s'égayer ou s'indigner, à son choix, de ce qu'il appellerait peut-être l'*iodomanie* moderne. L'iode domine en effet, aujourd'hui, la thérapeutique. Parcourez le cadre nosologique et c'est à grand'peine si vous trouvez quelques rares maladies aiguës ou chroniques, locales ou générales, internes ou externes, diathésiques, cachectiques, etc., dont le traitement ait échappé à l'emploi de ce métalloïde, sous une forme quelconque de ses nombreuses préparations. De gros et de nombreux volumes ont été écrits tout remplis des seules indications de l'emploi de cet agent universel. Nous en sommes, sur l'iode, à la période par laquelle ont passé, du reste, tous les agents énergiques de la thérapeutique, le mercure, le quinquina, l'opium, l'émétique, à la période d'expérimentation générale; plus tard, bientôt sans doute, viendra la période d'examen et de critique, qui fera rentrer cette inondation de produits iodés dans le lit modeste d'un fleuve raisonnable.

Parmi les prêtres les plus fervents du culte de l'iode, il faut placer au premier rang M. le docteur Boinet. Cet honorable confrère s'est fait une large place dans l'iodothérapie, si large, qu'il souffre rarement sans impatience l'intervention de qui que ce soit dans ce domaine; il semble le considérer comme son bien, sa propriété. Malheur à l'imprudent qui touche à son précieux métalloïde; il succombe bientôt sous le poids des réclamations énergiques et persévérantes de priorité, ou étouffé sous une avalanche de citations et de textes. Il serait téméraire d'affirmer qu'en effet M. Boinet a tout fait, tout indiqué, tout prévu en iodothérapie; mais la justice oblige à dire que ce laborieux confrère peut revendiquer une part considérable dans les travaux que l'iode a suscités. Nul surtout n'a porté dans cette étude de thérapeutique plus d'ardeur et de zèle, plus de conviction, et les hommes de conviction sont aujourd'hui si rares, que nous les saluons toujours avec respect.

M. Boinet s'est donné hier un titre de plus pour réclamer contre toute tentative nouvelle d'empiétement. Ce n'est plus seulement comme moyen thérapeutique que notre excellent confrère préconise l'iode, mais encore comme prophylactique d'une infinité de maladies. Le moyen le plus sûr pour M. Boinet d'arriver à ce résultat, c'est de mêler l'iode aux aliments, c'est d'en faire une sorte de condiment analogue au chlorure de sodium. Par ce moyen, aussi simple que facile, M. Boinet croit et espère qu'on pourra préserver l'humanité d'un grand nombre de dégénérescences qui l'affligent. Nous n'osons pas dire qu'en ce qui concerne notamment le goître et le crétinisme, l'idée de M. Boinet a été déjà proposée, déjà même mise en pratique et que dans les gorges des montagne de la Suisse, où cette dégénérescence est si commune on a fait, on fait peut-être encore des distributions gratuites d'un sel iodé par lequel on espérait prévenir et guérir cette terrible infirmité. Mais nouvelle ou non, cette idée est digne d'être prise en considération. Hier, M. Boinet a cru devoir se borner à l'exposer théoriquement plutôt qu'expérimentalement; plus tard, sans doute, il en donnera la démonstration, et des faits nombreux et bien observés viendront confirmer la théorie.

Le mémoire lu par M. Boinet a été la seule part faite à la science dans cette séance. Elle a été terminée par de nouvelles et très nombreuses exécutions de remèdes prétendus nouveaux et secrets. En l'absence de M. Robinet, c'est M. Dubois (d'Amiens) qui tenait la hache du licteur.

Amédée LATOUR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Legouest, à l'occasion du procès-verbal, demande à compléter les observations qu'il a faites dans la séance précédente et lit la note suivante :

« En disant que la myotomie est inutile dans le redressement des articulations, j'ai formulé une opinion peut-être trop absolue; j'ai voulu dire simplement qu'elle n'offrait pas en général de grands avantages et ne facilitait pas beaucoup les manœuvres du chirurgien, particulièrement dans le redressement appliqué à la fémoro-coxalgie. J'ai dit aussi que les opérations de ce genre que j'ai vu pratiquer par M. Bonnet (de Lyon) n'ont pas toujours eu un succès complet, c'est-à-dire que le but proposé, la rectification de la direction de la cuisse et du bassin, n'a pas toujours été atteinte et *maintenue;* ce qui n'implique pas que M. Bonnet, depuis 1851, ne soit pas parvenu à des résultats plus satisfaisants par des procédés plus parfaits.

Si je pense que la myotomie est inutile, c'est que je pense aussi que les rétractions musculaires ne sont que consécutives aux accidents développés dans l'article, accidents qui entraînent et commandent les déviations.

L'immobilisation de l'articulation par le malade, pour éviter la douleur, est le phénomène initial de toutes les coxalgies; et cette fixité ou la limitation des mouvements de l'article ne sont obtenues qu'au moyen de certaines positions, soit dans le décubitus, soit dans la station; ces différentes positions déterminent et fixent aussi l'état des muscles.

On a bien dit, jusqu'à présent, que, dans les fémoro-coxalgies avec adduction du membre, on observait tels phénomènes; que dans les fémoro-coxalgies avec abduction, on observait tels autres; mais l'explication de ces phénomènes, entreprise par MM. Bonnet et Parise, et que demandait, dans la dernière séance, M. Gosselin à M. Richard, laisse encore des points obscurs à éclaircir.

M. Richard a invoqué les modifications pathologiques de l'articulation elle-même comme causes des déviations; je suis aussi de cet avis, assez général, je crois, et que notre honorable confrère n'a pas cru devoir développer; voici comment je m'en rends compte.

Dans la plupart des fémoro-coxalgies, une certaine quantité de liquide, s'accumulant dans l'article, oblige le malade à fléchir la cuisse et à la porter légèrement dans la rotation en dehors; si le malade est couché, ce qui arrive la plupart du temps, il ne peut reposer que sur le dos; or, dans cette situation, le membre ne serait pas soutenu, et, pour éviter la douleur, le malade soutient sa cuisse par un artifice qui consiste à infléchir le bassin du côté malade, à l'incliner en même temps de ce côté, et à tourner le membre davantage en dehors.

Il résulte de cette manœuvre, que l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus bas et plus en arrière du côté malade que du côté sain; que le membre sain, pour devenir parallèle au membre malade, se porte dans l'adduction; et que le sujet qui, dans cette situation, ne serait pas droit dans son lit, incline la colonne vertébrale du côté opposé à celui vers lequel est infléchi le bassin.

Dans la station debout, la nécessité de mettre les membres sur le même plan, sans communiquer de mouvements dans l'article, ou le moins possible, impose au bassin les déviations qui ont été décrites.

Cette situation peut persister, ce qui est rare, et le plus souvent elle se transforme en une situation tout à fait opposée : cela peut arriver du jour au lendemain, comme nous en avons été témoin plusieurs fois et par le mécanisme suivant : pour soulager la fatigue d'un décubitus constamment le même, ou bien le sujet s'incline davantage du côté malade, ou bien il se tourne de l'autre côté. Le premier mouvement favorise et prépare le changement de position du membre; mais la douleur que la pression de l'article, par le poids du bassin sur le lit, fait éprouver au malade, l'empêche de se mettre tout à fait sur le côté affecté, il se retourne alors complétement sur le côté sain, et, pour soutenir son membre, il le fléchit, le porte dans l'adduction, lui fait croiser l'autre cuisse, et pose son genou en avant d'elle sur le matelas. Il résulte de cette position sur le côté, même chez un homme bien portant, l'élévation de l'épine iliaque du côté qui ne repose pas sur le lit, et l'adduction du membre.

Si après être resté dans cette position, qui devient plus ou moins fixe, le malade se met sur le dos, afin de placer ses membres sur un même plan, il élèvera davantage l'épine iliaque, infléchira la colonne vertébrale sur le bassin du côté malade, la renversera en arrière, et fera exécuter au bassin, sur le membre sain, un léger mouvement de rotation qui reportera aussi en arrière l'épine iliaque.

Dans la station, il suspendra son membre au bassin par un artifice analogue.

Ces déviations bien connues me paraissent donc toutes résulter de la fixité plus ou moins grande de l'article, imposée par le malade pour éviter la douleur.

S'il convient dans les cas de fémoro-coxalgies, de pratiquer la myotomie, cette opération devra donc intéresser non seulement les adducteurs, mais encore le petit fessier, le psoas-iliaque, et comme l'avait proposé Mayor, la masse sacro-lombaire; car tous ces muscles sont ou peuvent être plus ou moins rétractés, comme les adducteurs.

Aussi loin qu'on ait pu porter les sections sous-cutanées, j'hésiterais à pratiquer celles-ci, si elles étaient nécessaires; je les crois heureusement inutiles.

En effet, lorsque, en présence d'une fémoro-coxalgie au début, on chloroformise le malade pour opérer le redressement, souvent le relâchement des muscles, obtenu par l'anesthésie, suffit pour arriver au but; lorsque, en présence d'une coxalgie ancienne, le redressement n'est pas obtenu par la résolution musculaire, l'obstacle immédiat n'est pas dans les muscles, mais dans les altérations qu'a subies l'articulation, et quand on cherche à communiquer des mouvements, c'est dans l'article d'abord que les craquements se produisent; la déchirure des muscles qui résisteraient ne s'effectue que plus tard. Ils n'opposent pas une résistance invincible, attendu qu'on agit sur eux au moyen d'un bras de levier considérable et puissant, mesuré par toute la longueur du membre inférieur : leur rupture, en tout cas, expose à moins de danger que leur section sous-cutanée, aussi habilement qu'elle soit exécuté.

Ce n'est donc que secondairement, lorsqu'on s'est bien convaincu que les obstacles à parachever le redressement résident dans les muscles, lorsque les manœuvres préalablement exécutées et suffisamment prolongées n'arrivent pas seules à ramener une direction convenable, qu'on pourra avoir recours à la myotomie.

M. Palasciano (de Naples) et M. Bonnet après lui ont insisté sur ce fait : que la communication des mouvements de flexion doit précéder les mouvements d'extension lorsqu'on opère sur le genou ; ce procédé facilite beaucoup, en effet, les manœuvres du chirurgien. C'est aussi par la flexion que tout d'abord on doit, à mon avis, procéder au redressement de la cuisse sur le bassin; les tentatives d'extension restent presque toujours impuissantes, lorsqu'elles sont employées les premières, tandis que celles de flexion, plus facilement et plus puissamment dirigées, préparent à celles-là une issue plus heureuse, et permettent, en général, d'arriver à un résultat satisfaisant sans recourir aux sections sous-cutanées. »

— M. Marjolin présente un petit malade atteint d'une luxation de l'indicateur de la main droite en arrière du deuxième métacarpien.

M. Follin ne pense pas qu'il y ait luxation complète, le déplacement ne lui paraît point assez considérable; la forme générale du doigt, la saillie des tendons et du métacarpien ne sont pas sensiblement différentes de celles du côté opposé; aussi pense-t-il que, sans tentatives très énergiques, on arriverait facilement à mettre les parties en contact.

M. Marjolin ne peut partager l'opinion de M. Follin. Il a examiné l'enfant pendant qu'il était plongé dans le sommeil anesthésique, et il lui a semblé sentir que les deux extrémités osseuses s'étaient complétement abandonnées; l'une fait saillie du côté de la face dorsale, l'autre de la face palmaire. Si la luxation était incomplète, comme le pense M. Follin, la réduction eût été facile; M. Marjolin la croit donc complète et un peu latérale en dedans.

— M. Bauchet présente une tumeur de la mâchoire inférieure qu'il a enlevée sur une jeune fille de 25 ans. Elle siégeait du côté droit, au niveau de la seconde molaire. Cette tumeur, qui datait de huit ans environ, avait déjà été enlevée trois fois. M. Bauchet, craignant une nouvelle récidive, s'est décidé à pratiquer la résection de la mâchoire qui la supportait, et avec laquelle elle faisait corps. L'examen microscopique a montré à M. Bauchet que cette tumeur était composée de tissu fibreux pénétré de lamelles osseuses. M. Broca, qui a également examiné cette tumeur, a confirmé cet examen.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA ROUGEOLE, PRINCIPALEMENT DE SES COMPLICATIONS.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 18 septembre.)

Si le diagnostic de l'*otite* est généralement simple chez l'adulte

qui sait accuser ce qu'il éprouve, il n'en est plus de même chez l'enfant qui ne sait pas rendre compte de ses sensations. Cependant, les accidents marchent et deviennent des complications sérieuses. L'excès de la douleur produit le délire, et un délire souvent très violent; la fièvre augmente sans que cet appareil formidable de symptômes semble avoir une raison d'être, lorsqu'on n'est pas prévenu. Aussi, lorsqu'un enfant a passé l'âge de la dentition, et, à cette époque, lorsqu'on ne constate aucune fluxion du côté de la bouche, lorsqu'en examinant le petit malade avec soin, on ne trouve ni hernie, ni aucune cause apparente capable d'expliquer ses cris continuels et lamentables, on peut croire à une otite, et presque toujours, trente-six ou quarante-huit heures après, vos prévisions sont confirmées par la suppuration qui se fait jour à l'orifice extérieur de l'oreille. Ce fait est important à connaître pour éviter les fautes thérapeutiques, et pour arriver à un traitement utile, pour se contenter d'injecter dans l'oreille un peu de baume tranquille ou d'extrait de belladone en dissolution dans de l'eau ou de l'huile, au lieu d'instituer une médication des plus énergiques qui tourne au détriment du malade. La belladone, la jusquiame, suffiront pour calmer les douleurs; malheureusement, elles ne sauraient prévaloir contre les accidents plus graves que l'otite entraîne avec elle, ainsi que nous le dirons en traitant des complications de la troisième période.

En énumérant les symptômes qui accompagnent l'éruption, j'ai dit qu'en général la diarrhée apparaissait dans cette période de la maladie. Presque toujours sans gravité, ce phénomène semble même constituer une crise favorable, au moment où l'exanthème se porte vers la peau. Il semble qu'au moment où le levain morbide a atteint son summum d'activité, qu'au moment où la *despumation*, comme l'appelle Sydenham, va se faire dans toute sa force, il semble qu'il n'y ait pas assez d'émonctoires ouverts. Ainsi, indépendamment du coryza, du catarrhe oculaire, bronchique, la maladie, frappant les intestins, produit un catarrhe, une diarrhée, qui paraît un symptôme avantageux chez les enfants surtout, car, chez les adultes, ce symptôme est plus rare. Cette diarrhée est quelquefois très abondante, les malades allant jusqu'à dix fois et même quinze fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures. Mais, si cette diarrhée n'a rien d'alarmant lorsque les autres symptômes, l'éruption, la fièvre, marchent naturellement, il n'en est plus ainsi lorsque l'éruption se fait mal, que les yeux se cavent, que le flux intestinal prend une trop grande proportion. Il faut alors se hâter d'intervenir, car chez les jeunes enfants, peuvent arriver des accidents cholériformes. Si même la diarrhée, durant plus de vingt-quatre heures, reste aussi violente le second jour que le premier, il faut agir, et, dans ce cas, l'*opium* est le remède héroïque; il arrête le flux intestinal, en agissant en même temps sur la peau et favorisant le développement de l'exanthème.

Il arrive souvent que le catarrhe intestinal morbilleux épuise son action en se manifestant sur le gros intestin, en produisant cette colite de forme particulière, appelée à tort *dysenterie* et caractérisée par des selles sanglantes glaireuses et par du ténesme. Soit dit en passant, le nom de dysenterie appliqué à cette colique l'est ici fort mal à propos. La dysenterie est une maladie épidémique, spécifique, contagieuse, à forme toute particulière, c'est une colite, mais une colyte toute spéciale et la colite morbilleuse en est une toute différente, aussi différente d'elle que l'exanthème morbilleux est différent de l'exanthème scarlatineux, bien que l'une et l'autre éruption occupent également la peau. Cette distinction entre la colite morbilleuse et la dysenterie est essentielle à poser, car la dysenterie est bien autrement dangereuse que cette colite; celle-ci se guérit généralement seule. On peut la faire cesser lorsqu'elle se prolonge en administrant au malade des lavements albumineux; si l'on veut aller plus vite, un lavement avec 5 ou 10 centigrammes de nitrate d'argent dissous dans 100 grammes d'eau distillée ou bien avec 25 ou 30 centigrammes de sulfate de cuivre ou de zinc dans une même quantité de véhicule suffisent pour arrêter cette diarrhée colite qui, survenant au cinquième ou sixième jour de la rougeole, n'est, en définitive, généralement pas plus un accident sérieux que ne l'est l'éruption souvent assez violente survenant à la lèvre supérieure sous l'influence du coryza. Ces accidents sont, d'ailleurs, très analogues, leur siége est seul différent.

Après avoir passé en revue les diverses complications de la période d'invasion de la rougeole, convulsions, faux-croup catarrhe suffocant, épistaxis, otite, diarrhée colite, étudions celle de la seconde période dite d'éruption.

A proprement parler, ces complications n'appartiennent pas à cette seconde période; ainsi, le catarrhe bronchique, qui l'accompagne souvent, a débuté dans la première période et se continue pendant l'éruption : dans un grand nombre de circonstances, il est vrai, il appartient plus spécialement à celle-ci, en ce sens qu'ayant commencé à apparaître dans celle-là, mais sans présenter aucune gravité, il fait explosion vers le 6me ou 7me jour de la maladie, c'est-à-dire vers le premier ou le second jour de l'éruption, prenant les allures du catarrhe suffocant ou de la péri-pneumonie; mais, en définitive, le catarrhe, en tant que catarrhe simple, est un accident propre à l'invasion de la rougeole.

Bien que déjà nous nous soyons assez longuement étendu sur ce sujet, il est important d'y revenir et d'y insister encore, car le *catarrhe capillaire* est toujours, dans la rougeole, l'accident le plus redoutable, bien plus redoutable que la pneumonie, que la pleurésie : c'est lui qui emporte, en effet, la majorité des malades. Lorsqu'arrivés au septième jour d'une rougeole qui jusque-là marchait régulièrement, vous voyez l'éruption pâlir, si le 8me jour la fièvre reprend avec une certaine intensité, il faut craindre une complication, et le plus ordinairement, presque invariablement c'est du côté de la poitrine que cette complication existe. Chez l'adulte, elle peut consister en une pneumonie franche; toutefois, cela est rare, et le plus souvent on a affaire à une broncho-pneumonie. Chez l'enfant, cette broncho-pneumonie, le catarrhe capillaire, le catarrhe péripneumonique est, pour ainsi dire, la règle absolue, tant sont rares les exceptions, l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'étant que l'extension d'une bronchite qui a précédé, et dont l'élément prédomine encore. Il est d'autant plus important d'être fixé sur ce point d'étiologie, et sur ce mode de processus pathologique, que, de suite, ils nous donnent l'explication de la gravité extrême de cet accident de la rougeole.

Dans les deux ou trois premières années de la vie, il est presque toujours mortel. Pendant une épidémie que nous observâmes en 1845 et 1846 à l'hôpital Necker, de 24 enfants atteints de rougeole, 22 furent emportés par la broncho-pneumonie; les deux autres n'avaient pas eu de catarrhe capillaire. Ce chiffre doit donner la mesure de l'épouvantable gravité de cette affection; toutefois, celle-ci se rencontre plus souvent dans la pratique des hôpitaux que dans celle de la ville; mais pourtant, pendant certaines épidémies, cette terrible complication peut cruellement sévir aussi en dehors des influences nosocomiales; et tel médecin qui, jusque-là, considérait la rougeole comme une maladie bénigne, apprendra, dans ces tristes circonstances, à la redouter.

Lorsqu'il y a trente-deux ans, je commençais l'exercice de la médecine, les deux premiers malades, auprès desquels je fus appelé, étaient deux individus atteints de rougeole, une enfant de 11 ans, une servante de 21 ans; toutes deux succombèrent, l'une à une broncho-pneumonie compliquée de pleurésie, l'autre à une broncho-pneumonie sans complication. Je jugeai, dès cette époque, que la rougeole pouvait être une maladie sérieuse; et depuis lors, après être resté plusieurs années sans perdre de malades, adultes ou enfants, j'ai rencontré la désastreuse épidémie dont je parlais tout à l'heure; cette année encore (1858), nous avons tous vu, tant dans notre clientèle privée que dans celle de nos confrères qui nous mandaient en consultation, un assez grand nombre d'enfants et d'adultes enlevés par le catarrhe morbilleux péripneumonique.

Toutes les fois donc que, vers le huitième jour de la rougeole, la fièvre qui devait céder ce jour-là persiste, si les râles sous-crépitants, que l'on entendait à l'auscultation dès le quatrième jour de la maladie, et qui, au moment où l'éruption apparaît, ou tout au moins vers le deuxième ou le troisième jour de cette nouvelle période, auraient dû devenir plus gros, si ces râles ne présentent pas cette modification, s'ils restent aussi fins que dans la première période, il faut craindre quelque chose d'insolite du côté des poumons; la broncho-pneumonie n'est encore caractérisée que par les symptômes généraux, par la fièvre persistante et plus intense, mais, après deux ou trois jours, le souffle bronchique en sera le signe pathognomonique, et les malades succomberont à ces accidents à une époque plus ou moins éloignée de son apparition.

La nature même de cette complication rend compte de sa ténacité; de toutes les affections pulmonaires, en effet, le catarrhe est la plus tenace, la plus incertaine dans ses allures. Le rhume le plus simple ne dure-t-il pas toujours plus qu'une pneumonie? Ces bronchites opiniâtres ne font-elles pas tousser des mois entiers, tandis que la péri-pneumonie franchement inflammatoire est généralement une maladie passagère? En conséquence, on comprend la persistance d'une affection pulmonaire dans laquelle l'élément bronchite est prédominant. Même en dehors de toute influence morbilleuse, le catarrhe bronchique est chez l'enfant une maladie interminable; il cède un instant, pour reparaître bientôt après, céder et reparaître encore, à deux, trois, quatre reprises, durant ainsi deux ou trois mois avant d'arriver à la guérison, et après deux ou trois mois aussi se terminant par la mort. L'affection pulmonaire, dans la rougeole, étant essentiellement catarrhale, on ne doit donc pas être surpris de voir durer la bronchophonie trente et quarante jours, non seulement chez les enfants, mais encore chez les adultes.

Mais indépendamment de cet élément catarrhal qui la constitue, la broncho-pneumonie morbilleuse emprunte à la maladie virulente, dont elle est l'expression, un principe spécifique, contagieux, septique, qui augmente encore sa ténacité.

Cette ténacité du catarrhe morbilleux péripneumonique se retrouve dans d'autres manifestations extérieures de la rougeole. Ainsi, l'*ophthalmie*, généralement simple, qui accompagne celle-ci, peut quelquefois persister pendant plusieurs mois. cette ophthalmie exanthémateuse, comme l'appelle Wardrop, est quelquefois grave et peut donner lieu à des granulations de la conjonctive, à des phlycténules, à des onyx, à des ulcérations de la cornée, et Mackensie dit avoir vu des cas où l'œil avait été détruit par une violente ophthalmie puro-muqueuse déterminée par la rougeole. Toutefois, ces accidents sont rares; généralement l'affection se borne à une rougeur plus ou moins prononcée de la conjonctive, avec intolérance de la lumière, douleur légère et épiphora; mais, je le répète, ces ophthalmies ont une ténacité considérable due à la cause spécifique qui les a dominées dès leur début.

Ce que nous disons pour la conjonctive, s'applique également *aux inflammations de la muqueuse nasale*. Combien d'enfants, d'adultes qui, après la rougeole, conservent un eczéma chronique des fosses nasales, eczéma envahissant la lèvre supérieure qu'il tuméfie, et s'étendant quelquefois en arrière, jusque dans la trompe d'Eustache, où elle occasionne un gonflement qui cause à son tour la surdité.

Ces inflammations des yeux, du nez, peuvent amener des accidents sérieux. Si la rougeole a frappé un enfant, un adulte en puissance de la diathèse scrofuleuse, alors même que celle-ci ne s'est point encore manifestée, les affections morbilleuses pourront, comme les affections scarlatineuses d'ailleurs, être le point de départ de l'évolution diathésique qui imprimera son cachet aux lésions dont nous parlons, et déterminera des engorgements ganglionnaires qui, arrivant à suppuration, laisseront après eux des cicatrices indélébiles.

Ces manifestations diathésiques ne sont pas les seules dont la rougeole puisse être cause. Chez les enfants qui succombent rapidement aux suites de cette fièvre exanthémateuse, on trouve souvent les ganglions bronchiques plus ou moins notablement engorgés, comme, dans la scarlatine, on trouve des engorgements ganglionnaires du cou, comme, dans la fièvre typhoïde, on trouve les engorgements ganglionnaires du mésentère; dans la rougeole, ces adénites sont la conséquence du retentissement de la phlegmasie qui a occupé les bronches.

Si cette phlegmasie a longtemps duré, et si le sujet était sous l'empire d'une diathèse scrofuleuse, les engorgements ganglionnaires revêtent le caractère de cette diathèse, et à l'autopsie les ganglions sont convertis en une masse tuberculeuse. Ce qui se présente chez l'enfant, se présente également chez l'adolescent et chez l'adulte; chez les uns comme chez les autres, la rougeole devient la cause occasionnelle du développement des tubercules, lorsque l'individu portait en lui le germe héréditaire de cette maladie, et celle-ci marchera avec une rapidité beaucoup plus grande qu'elle ne l'aurait fait si la fièvre exanthémateuse n'en avait pas hâté le développement, C'est alors que la phthisie prend la forme aiguë, rapide, très différente de la phthisie galopante à forme typhoïde.

C'est encore à la suite de la rougeole que surviennent, chez les enfants, les *gangrènes* de la bouche et de la vulve. Ces accidents sont très fréquents dans les hôpitaux consacrés aux malades du jeune âge; les religieuses attachées au service de l'hôpital de la rue de Sèvres ne l'ignorent pas, aussi redoublent-elles de soins de propreté, surtout pour les petites filles placées sous leur direction. Quand ces soins sont négligés, on voit de petites excoriations survenir à la vulve : en elles-mêmes, elles n'ont aucune gravité, mais elles se produisent avec d'autant plus de facilité que la muqueuse des parties génitales n'échappe pas plus que les autres aux influences de la rougeole; si, dans ces conditions, la malade est dans un foyer épidémique de diphthérie, comme le fait est ordinaire dans les hôpitaux d'enfants, l'excoriation de la vulve va devenir le point d'inoculation de cette redoutable affection. Le mal passe d'abord inaperçu, mais bientôt une tuméfaction notable survient du côté des grandes lèvres, elle s'étend dans le pli génito-crural, elle est accompagnée de rougeur vive des téguments, d'une induration des tissus sous-jacents, qui rappellent au toucher l'idée d'un phlegmon profond. Alors, en entr'ouvrant la vulve, on découvre des concrétions diphthériques blanchâtres, quelquefois grisâtres, d'une odeur ordinairement fétide et se prolongeant quelquefois jusqu'à l'anus. Alors aussi il n'y a plus à temporiser. De suite il faut avoir recours à une médication énergique. Dès le lendemain de l'apparition de la diphthérie, le tissu cellulaire sera mortifié; toute l'épaisseur de la grande lèvre sera sphacélée, et cette gangrène envahissant le vagin, perforant jusqu'au péritoine, les individus seront rapidement emportés. Une thérapeutique vigoureusement active, des cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant, avec le nitrate d'argent, avec le sulfate de cuivre, intervenant à temps pour combattre l'affection diphthérique, le mal s'arrête, la gangrène ne se développe pas : une fois celle-ci produite, le feu devient alors votre unique ressource.

Ces accidents peuvent se produire également, comme nous l'avons dit, du côté de la bouche, et nous avons parlé de ces faits en traitant d'une façon toute spéciale des gangrènes de la bouche et de la vulve. J'insiste donc sur ce point, que ces gangrènes ont fréquemment pour point de départ des rougeoles antécédentes; et si le fait est plus rare dans la pratique civile que dans les hôpitaux, il n'y est point absolument rare.

Il est enfin un accident, accident très grave, survenant dans le cours de la rougeole : c'est le *purpura*, se présentant sous une forme bien différente du *morbus hemorrhagicus* de Werlhoff, très différente aussi du purpura aigu, tel que nous le connaissons. Dans ma pratique privée, je n'ai eu que deux fois l'occasion de l'observer.

Il y a maintenant quinze à seize ans, j'étais mandé en consultation par M. le docteur Coqueret pour voir une petite fille de 5 ans qui avait eu la rougeole. Celle-ci avait constamment été accompagnée d'une stupeur plus grande qu'elle ne se voit d'habitude dans cette maladie. L'éruption s'était faite, et les taches exanthématiques avaient eu cette coloration foncée, cette teinte hémorrhagique qui ne disparaît pas sous la pression du doigt. Lorsque le huitième jour, survint un peu de délire, des épistaxis qui s'étaient produits dans la première période, comme c'est d'ordinaire, se reproduisirent avec une plus grande abondance. Les parents furent alarmés, et je fus appelé. L'enfant avait perdu beaucoup de sang. Je conseillai des injections de décoction de ratanhia dans les fosses nasales, des injections d'eau très chaude, des injections avec la solution de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre : l'épistaxis se modéra. Puis, après quelques heures, survinrent de l'hématurie, des selles sanglantes, des hématémèses,

enfin des taches ecchymotiques se montrèrent dans le dos, et l'enfant succomba épuisée par ces hémorrhagies. L'autopsie ne put être faite; mais, si j'en juge d'après ce que j'ai eu l'occasion d'observer sur les cadavres d'individus morts à la suite de pareils accidents, nous aurions trouvé probablement des ecchymoses profondes autour des reins, sur le péritoine, et peut-être, comme en quelques cas, sur les enveloppes du cœur et dans d'autres parties profondes.

Ainsi, dans certaines conditions difficiles à apprécier, la rougeole peut revêtir cette *forme hémorrhagique* terrible, analogue à celle que revêt la variole; avec cette différence que, dans les varioles noires, les hémorrhagies se produiront le plus ordinairement dans la première période de la maladie, tandis que dans la rougeole elles ne surviennent que dans la dernière.

Nous avons dit que les *accidents nerveux* ne se manifestaient qu'au début, dans la rougeole. Ces accidents du début peuvent cependant s'observer encore *dans la dernière période de la maladie*; ils se rattachent, alors, non à la rougeole elle-même, mais à quelques complications de la fièvre exanthémateuse. Ainsi le catarrhe morbilleux péripneumonique peut être accompagné de convulsions, de stupeur profonde qui durent deux, trois, quatre jours, quelquefois quelques heures seulement, quelques minutes même, et enlèvent rapidement le malade. Ces accidents cérébraux, ces accidents convulsifs de la dernière période de la rougeole, relèvent donc, le plus ordinairement, des accidents thoraciques graves; ils s'observent seulement chez les jeunes enfants.

La rougeole peut donc se terminer comme elle s'est annoncée, par des convulsions, avec cette différence capitale, que les convulsions du début n'ont, en général, aucun caractère de gravité, tandis que celles de la fin, celles qui arrivent après le huitième jour de la maladie, ont une signification des plus funestes.

Dr Léon BLONDEAU,
Chef de clinique.

OBSTÉTRIQUE.

DIAGNOSTIC DES POSITIONS DU FŒTUS PAR LA PALPATION EXTERNE;

Par le docteur G. MURRAY.

La nature pratique ainsi que la nouveauté, dans ce pays du moins, de la méthode que nous allons exposer de reconnaître les positions du fœtus, donne un grand intérêt à cet article aux yeux de tous les médecins qui se livrent à la pratique des accouchements. Jusqu'ici on se bornait exclusivement aux indications données par le toucher vaginal, ou bien, si l'on avait recours à quelques autres modes d'exploration, on ne le faisait que bien rarement, et on avait si peu de confiance dans l'emploi de ces moyens que l'on ne pouvait pas les regarder comme des signes certains de diagnostic. Il est évident cependant que la palpation externe pratiquée sur la paroi abdominale de la mère peut donner une idée exacte de la position du fœtus dans la matrice. Quoi qu'il en soit, ce mode d'exploration est presque inconnu en Angleterre, et nous croyons utile de le décrire.

Il a été parfaitement démontré par des médecins allemands, à Vienne surtout, que la main appliquée sur la paroi abdominale, peut distinctement sentir et par conséquent reconnaître d'une manière exacte les différents membres du fœtus. J'ai eu maintes fois l'occasion d'examiner la valeur réelle de ce mode d'exploration, et je puis affirmer que les signes qu'il m'a donnés sont d'une exactitude rigoureuse et par conséquent d'une grande utilité. Je décrirai donc brièvement la manière de procéder à cette palpation et j'indiquerai les usages pratiques auxquels on peut l'appliquer.

Il est certaines conditions physiques indispensables pour que l'on obtienne de cette exploration les meilleurs renseignements possibles: D'abord la grossesse doit être très avancée, au huitième ou au neuvième mois; en second lieu, que la femme en soit ou non à sa première grossesse, le ventre ne doit pas être trop dur, trop tendu, ni la femme obèse, toutes conditions qui influent d'une manière évidente sur le résultat donné par la palpation; enfin il est nécessaire que la malade soit calme et se prête bien à l'examen, sans quoi les muscles abdominaux sont tendus ou se contractent spasmodiquement et s'opposent entièrement à l'exploration.

Ces conditions étant donc réunies, la malade à examiner sera placée dans le décubitus dorsal, et ne conservera sur son ventre que sa chemise, si l'étoffe en est flexible et peu épaisse, les jambes doivent être fléchies sur les cuisses, et celles-ci légèrement relevées sur le ventre. Puis la première chose à faire, c'est de déterminer par la percussion les dimensions et la forme de l'utérus. A l'aide du stéthoscope, on recherche les bruits du cœur du fœtus, ainsi que le souffle placentaire, et on note les points où se trouve leur maximum d'intensité. Nous reviendrons sur ces faits lorsque, après la palpation de l'abdomen, nous tirerons nos conclusions sur la position du fœtus.

La première partie du fœtus que l'on doit chercher est la tête. Comme c'est généralement par elle que se fait la présentation, on peut la chercher de la manière suivante : le pouce et l'index de l'une ou des deux mains de l'opérateur, écartés de deux ou trois pouces l'un de l'autre, doivent être appliqués juste au-dessus de la symphyse du pubis, et presser directement en bas et en arrière; on peut facilement, en général, reconnaître par ce moyen la tête de l'enfant occupant la petite extrémité de la masse piriforme que présente l'utérus. Suivant alors avec les doigts sur les côtés de la tête et en remontant, on peut reconnaître l'une après l'autre les différentes parties du fœtus. L'enfant présente-t-il son dos en avant, on pourra compter les apophyses épineuses de la chaîne des vertèbres et les doigts, arrivés à la fin de la colonne vertébrale, s'enfoncent dans le sillon qui sépare les fesses. Lorsqu'au contraire, l'enfant présente son abdomen en avant, la large surface plate de son ventre sera occupée par les avant-bras, les coudes, les genoux et les jambes, toutes parties que l'on reconnaîtra facilement.

Quand on ne trouve pas la tête du fœtus à la place qu'elle occupe ordinairement, il faut nécessairement aller à sa recherche. La détermination exacte de la position de la tête est d'autant plus indispensable, que la position des autres parties du corps en est déduite, comme nous le verrons plus tard.

On peut avec le stéthoscope et même dans un certain nombre de cas, sans cet instrument, reconnaître la présentation du sommet, et déterminer si la tête est en première, seconde, troisième ou quatrième position. Ainsi si la colonne vertébrale est à gauche de l'ombilic de la mère ou de la ligne médiane, le fœtus est en première position; si la colonne vertébrale du fœtus se sent sur la droite de l'ombilic, il est en seconde position; lorsqu'on sent la saillie du genou et du coude à droite de l'ombilic de la mère, et qu'en même temps les bruits du cœur fœtal ont leur summum d'intensité sur la ligne médiane, c'est la troisième position; enfin on reconnaît que le fœtus se présente dans la quatrième position, lorsque la saillie du genou et du coude étant sentie à gauche de la mère, les bruits du cœur s'entendent vers le flanc droit. Il est bien entendu que, par ces positions, j'entends celles décrites par Churchill dans sa *Classification des présentation du fœtus.*

L'importance pratique de cette méthode d'exploration de l'abdomen est mise en évidence par l'incertitude que donnent les moyens adoptés jusqu'ici pour le diagnostic d'une grossesse multiple. Le docteur Fleetwood-Churchill, dans son *Traité d'accouchements,* rappelle que tous les médecins ont dû avoir, comme lui, mainte occasion de se convaincre de l'inexactitude des signes indiqués jusqu'à ce moment pour reconnaître si la grossesse est simple ou double; puis il énumère les principaux signes auxquels on accorde généralement le plus de confiance : c'est d'abord le volume de l'abdomen qui est trop considérable, relativement à l'époque de la grossesse, l'inégalité de la surface du ventre, sa forme aplatie en avant qui le fait paraître comme divisé en deux moitiés, les mouvements tumultueux du fœtus; le poids énorme et la distension exagérée de l'abdomen; enfin l'œdème souvent considérable des membres inférieurs. » Mais il a soin d'ajouter plus loin qu'il ne faut pas avoir trop de confiance dans ces signes, parce que « si on en trouve quelques-uns dans les grossesses gémellaires, cependant aucun d'eux isolément n'est caractéristique, et ils peuvent d'ailleurs avoir une cause toute différente. » Enfin il cite l'opinion du docteur Kennedy, à savoir, que « les battements de deux cœurs fœtaux entendus tous les deux d'une manière distincte et à une certaine distance l'un de l'autre, constituent le seul signe réel auquel on puisse diagnostiquer, d'une manière certaine, une grossesse double. »

Mais il y a des causes d'erreur qui peuvent faire croire que l'on entend dans l'utérus les battements de deux cœurs distincts; ainsi l'un peut appartenir au fœtus et l'autre à la mère, ce dernier transmettant le bruit de ses battements à l'utérus à travers le diaphragme et le foie, tandis que dans un grand nombre de cas où il y a deux enfants, on ne parvient à entendre que les bruits d'un seul cœur, circonstance du reste qui n'a rien de surprenant, si l'on se rappelle que souvent, dans une grossesse simple, il est impossible d'entendre les battements du cœur du fœtus.

Si donc ces différents signes sont isolément défectueux, et même collectivement insuffisants, il est très important d'avoir un mode d'exploration qui nous permette de constater l'existence de deux têtes fœtales, d'autant plus que le résultat donné par cet examen n'a besoin de l'aide d'aucun autre signe pour lui donner plus de valeur diagnostique.

En outre, l'accoucheur, connaissant exactement la position du fœtus par la palpation de la paroi abdominale, est à même de pratiquer la version dès les premiers moments de l'accouchement; enfin, il peut calmer l'esprit de sa malade quelques jours et même quelques semaines avant le terme de la grossesse, en lui annonçant, ce qu'il sait d'une manière positive, que la présentation de l'enfant est bonne.

Toutefois, il faut apporter le plus grand soin dans cet examen, afin de ne pas prendre pour une tête de fœtus, la vessie distendue par l'urine, ou une tumeur intra-pelvienne, ou enfin le rectum dilaté par une accumulation de matières fécales; bien que ces états particuliers puissent se reconnaître à certains signes qui leur sont propres, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent, si l'on n'y apporte un grand soin, simuler la saillie formée par la tête du fœtus.

Enfin, ce mode si simple d'exploration de l'utérus par la paroi abdominale qui donne de si bons résultats dans la pratique des accouchements, est depuis longtemps mis en usage par un grand nombre de fermiers, qui s'assurent de cette manière de la portée que doivent avoir les vaches, les brebis, les chiennes, etc., en comptant à travers la paroi abdominale le nombre de membres que leur main peut y découvrir (1).

D.

(1) Extrait de *The Lancet*, mars 1858.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Septembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur GOUPIL sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Radessac (Morbihan) en 1858.

2° Deux rapports (dont un définitif) de M. DUSOUIL, sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans la commune de la Mothe-Saint-Heraye (Deux-Sèvres), en 1857.

3° Deux rapports (dont un final) de M. DUSOUIL, sur une épipémie de variole qui a régné dans la commune de Bougon (Deux-Sèvres), en 1858.

4° Un rapport complémentaire de M. MASSON, sur une épidémie de fièvre typoïde qui a régné en 1857 dans plusieurs localité de l'arrondissement de Beaune (Côte-d'Or).

5° Un rapport de M. le docteur GOUPIL, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Taupont (Morbihan), en 1858.

6° Un rapport de M. FOURRIER, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes d'Anderney et de Malavillers (Moselle) en 1857 et 1858.

7° Un rapport de M. BOYER, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Draguignan (Var) en 1858.

8° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1857 dans les départements de l'Aude, du Nord, des Bouches-du-Rhône (arrondissement de Marseille). — (Com. des épidémies.)

9° Une demande adressée par M. le docteur MALGAR-LAHONDO, à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, des sources minérales qu'il possède dans la commune de Labets-Biscay (Basses-Pyrénées).

10° Un rapport de M. le docteur ROUSSEL, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Chaldette (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856.

11° Un rapport de M. DUFRESSE-CHASSAIGNE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856.

12° Le rapport de M. GAY, médecin-inspecteur des eaux minérales de St-Alban (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1856. — (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur FRANÇOIS (d'Abbeville), qui sollicite le titre de membre correspondant (section de chirurgie). — (Comm. des correspondants nationaux.)

2° Une lettre de M. le docteur MAZADE, qui adresse une demande semblable. — Renvoi à la même commission.)

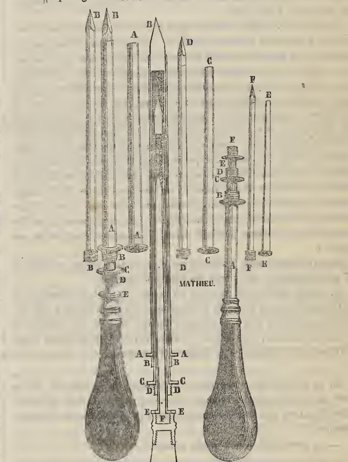
3° Une lettre de M. BOUTIGNY (d'Évreux), qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté contenant la formule d'un nouveau médicament. (Ce dépôt est accepté.)

4° Une note de M. LÉCHELLE, pharmacien, sur une préparation particulière de cubèbe et de tannate de fer. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

5° M. L. MATHIEU adresse à l'Académie la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie sur une modification que je viens de faire subir au trocart. Jusqu'à présent, on n'a fait que des trocarts qui, ayant chacun leur manche, formaient un volume considérable lorsqu'on voulait en avoir de deux ou trois calibres différents. Celui que j'ai l'honneur de présenter obvie de la manière la plus complète à cet inconvénient. Sur un seul manche, j'en réunis quatre de différents calibres, depuis le gros trocart jusqu'au trocart explorateur. Le moyen que j'emploie consiste à les faire entrer les uns dans les autres, de façon que les plus gros servent d'étui aux plus petits en protégeant leurs pointes. Le manche qui leur est commun sert d'étui au plus gros, et protége également sa pointe, selon la modification que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie il y a environ cinq ans. Par ce moyen, on peut très facilement faire entrer dans la trousse trois ou quatre trocarts ne tenant que la place d'un seul. J'ai l'honneur de faire remarquer que cette modification permet également de placer un robinet sur le plus gros trocart.



6° La lettre suivante, adressée par M. BOUCHUT, au sujet du *tubage du larynx*, dont M. Loiseau revendique la priorité :

« Monsieur le Président,

» Les titres imprimés sont les seuls que la jurisprudence scientifique admette partout en matière de priorité parmi les savants. Sans cette règle, chacun pourrait toujours réclamer le mérite d'une invention quand elle est bonne.

» Beaucoup de médecins ont dû avoir et ont eu l'idée du *tubage du larynx*, cependant moi seul l'ai rendue possible en montrant la méthode à suivre pour la réaliser.

» Il n'y a nulle part l'indication imprimée de cette opération faite sur le vivant, personne n'a encore établi qu'on pouvait abandonner dans la glotte une canule prenant son point d'appui sur les cordes vocales pour guérir l'asphyxie du croup. Par conséquent, le fait que j'ai fait connaître est nouveau et mon opération, régulièrement instituée dans son instrumentation comme dans son manuel opératoire, reste une découverte personnelle.

» M. Loiseau réclame et annonce que M. Trousseau a parlé du tubage de la glotte devant l'Académie dans son rapport de 1847 sur le cathétérisme laryngien. Cela est inexact. Le rapport imprimé au *Bulletin* tel qu'il a été lu en séance publique ne renferme pas un mot qui soit relatif à cette méthode opératoire, ni à des instruments destinés à la mettre en pratique. On n'y trouve ni le mot ni la chose.

» M. Jobert en a parlé, dit-on, à l'Hôtel-Dieu, dans une de ses leçons. Qu'en a-t-il dit? C'est ce qu'il faudrait savoir, et pour cela, il faudrait lire le compte-rendu de cette leçon.

» M. Loiseau n'a donc pas fait le tubage du larynx en y abandonnant une canule; il y a laissé, dit-il, une sonde pendant plusieurs heures, ce que Desault, MM. Reybard, Green et bien d'autres ont fait avant lui, mais cela ne constitue pas une opération régulière capable de remplacer la trachéotomie; enfin, bien que le titre de son mémoire se termine par ces mots : « *dilater la glotte, afin de suppléer autant que possible à la trachéotomie,* » chose que l'on fait tous les jours par le cathétérisme du larynx, cela ne constitue pas l'idée du tubage et ne peut servir de base à une revendication quelconque de priorité.

» Mais comme je l'ai dit dans ma lettre à l'Académie, afin de ne pas être injuste vis-à-vis de personne, ni de me glorifier d'un mérite que je n'ai point, les idées s'engendrent les unes les autres, et le tube de Chaussier, celui de M. Depaul et de M. Loiseau, les sondes à demeure de Reybard dans les maladies du larynx ont engendré ma petite canule.

» On ne fait que bien rarement une invention tout entière; elle a sa raison d'être dans les faits antérieurs directs ou collatéraux. C'est parce que Chaussier a inventé le cathétérisme du larynx, que la clinique a démontré que des corps étrangers pouvaient rester de trois jours à trois mois dans les voies aériennes, que j'ai songé à mettre à demeure un corps étranger creux dans la glotte. De l'indication au fait il n'y avait plus qu'une chose à faire, c'était de se procurer des instruments d'un usage facile, moins informes et moins volumineux que ce qu'on vous a présenté dans la dernière séance.

» M. Mathieu me les a fournis, et chacun a déjà pu voir qu'ils sont encore les seuls qui soient appropriés à leur destination.

» Veuillez agréer, etc. » — (Renvoyé à la commission nommée.)

7° Une lettre de M. le docteur Bourguignon, relative aux applications que trouvera le tubage du larynx dans certains cas d'épilepsie, pour lesquels on a proposé la trachéotomie. (Même commission.)

M. Velpeau fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son *Traité des maladies du sein.*

M. Boinet lit un mémoire intitulé : *De l'alimentation iodée comme moyen préventif et curatif, dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament.*

L'auteur, après avoir résumé, dans la première partie de son mémoire, les principaux travaux qui établissent la présence presque universelle de l'iode dans l'air, les eaux et la plupart des substances alimentaires, le considère comme un élément normal de l'organisme, et conseille de l'administrer sous forme d'aliment. Il espère, par ce moyen, prévenir les maladies qui guérissent ordinairement par l'iode employé comme médicament. On modifierait dans tous les cas, à coup sûr, la santé générale des individus soumis à ce régime. De nombreuses observations, recueillies depuis dix ans par M. Boinet, sont venues, dit-il, confirmer ses prévisions à cet égard.

Afin d'éviter les effets irritants de la plupart des préparations iodées, l'auteur a substitué à celles-ci l'iode tel qu'il se trouve dans la nature, combiné aux plantes. On peut l'associer facilement sous cette forme à tous les aliments et à toutes les boissons, en prenant soin de l'administrer à très petites doses, et suffisamment divisé. Les substances iodifères qu'il emploie de préférence sont : le fucus, les plantes marines, les crucifères et quelques eaux iodées naturelles. « C'est là seulement, dit M. Boinet, que nous pouvons rencontrer à l'état de molécule organique, facilement assimilable, l'iode que nos organes peuvent, sans danger, mettre à profit. Dans les essais que nous faisons depuis 1849, dit encore l'auteur, nous avons choisi des sujets gravement atteints de dégénérescence strumeuse, et offrant toutes les variétés des scrofules, ophthalmies, ulcères, maladies de la peau, glandes, carie des os, tumeurs blanches, etc., et, dans la grande majorité des cas, la guérison a eu lieu après l'usage, pendant plusieurs mois, d'une alimentation iodée continue. »

D'autres expériences, instituées par M. le docteur Braive, médecin du 3e arrondissement, ont donné des résultats analogues.

M. Boinet termine son mémoire en rapportant quelques observations qui prouvent que la propriété atrophique et les effets fâcheux sur certains organes, que l'on a attribués à l'usage habituel et prolongé de l'iode, ne peuvent provenir que de l'administration de mauvaises préparations iodées. (Comm. MM. Chatin et Trousseau.)

M. le Secrétaire perpétuel, en l'absence de M. Robinet, lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

— La séance est levée à quatre heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Avril 1858.

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME; RÉCIDIVE; par le docteur Weeden Cooke. — Le cancer du sein est une affection assez rare chez l'homme, à en juger par les ouvrages de chirurgie qui traitent ce sujet; cependant il en existe déjà un certain nombre d'observations dans la science. Relativement à la nature du cancer chez l'homme, le docteur Walshe dit que « chez l'homme, le cancer du sein est généralement squirrheux, quelquefois encéphaloïde, jamais colloïde. » D'après M. Velpeau, qui a eu l'occasion de l'observer une dizaine de fois, c'est ordinairement la forme fibreuse que l'on trouve; dans un cas, par exemple, la tumeur ressemblait bien plus à une tumeur fibro-plastique qu'à un squirrhe; dans un certain nombre de cas c'était du cancer encéphaloïde, et chez l'un de ces malades, âgé de 50 ans, la tumeur était grosse comme les deux poings.

Depuis l'inauguration de l'hôpital des Cancéreux, on y a observé six cas de cancer du sein chez l'homme; tous étaient de nature squirrheuse. Les deux exemples suivants appartiennent à la même espèce.

Obs. I. — James B..., 46 ans, portait depuis quatre ans environ un point induré du sein droit; il ne s'en préoccupa aucunement pendant tout ce temps, parce qu'il n'y éprouvait pas de douleur; mais, à cette époque, le sein augmenta rapidement de volume et devint douloureux. Le malade consulta alors un médecin qui diagnostiqua un cancer dur. Il subit l'amputation de ce sein il y a environ deux ans : l'opération réussit et le malade fut complètement débarrassé pendant quelque temps; mais, pendant ces derniers mois, il s'est développé au-dessus et au-dessous de l'ancienne cicatrice quelques petites tumeurs qui se sont bientôt ulcérées; la santé générale ne tarda pas à s'altérer, et le malade vint à l'hôpital le 9 mars 1858. Depuis qu'il est en traitement, la santé générale s'est un peu améliorée, mais la cachexie cancéreuse est manifeste, et l'on ne doit pas encore songer à pratiquer une nouvelle opération. Le sein malade présente sur un espace d'environ trois pouces de diamètre plusieurs petits tubercules plats, isolés, ulcérés, sur lesquels on se contente d'appliquer la solution plombique généralement en usage dans cet hôpital. La respiration est courte et fréquente; l'impulsion du cœur est forte, mais il ne paraît pas y avoir de maladie organique de ce côté; la peau a une teinte jaunâtre caractéristique.

Obs. II. — R..., 64 ans, portait, depuis six ans, un cancer du sein gauche; l'opération a été pratiquée par M. Lawson, il y a environ six mois. Depuis quelque temps, il s'est formé, parallèlement à la cicatrice, qui, du reste, a conservé un bon aspect, plusieurs petits noyaux qui se développent insensiblement et sont le siége de vives démangeaisons. Chez ce malade, le docteur Cooke observa, dès le 6 avril, une petite tache bleue qui s'est formée sur la lèvre inférieure, particularité que, d'après ce chirurgien, on observe fréquemment chez les sujets atteints de cancer. (Il ne donne aucune explication sur la nature de cette tache.)

COURRIER.

Par décret impérial du 22 septembre, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État de la guerre, a été nommé à un emploi de pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, M. Poggiale (Antoine-Beaudoin), pharmacien principal de première classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— On lit dans la *Gazette des hôpitaux :*

« En annonçant, il y a quelques jours, que le schah de Perse n'a point agréé M. Tholozan pour son médecin, nous exprimions la crainte que notre confrère se fût lié par un traité sans de *sérieuses* garanties pour son exécution. Nous avons lieu d'espérer aujourd'hui que M. Tholozan obtiendra satisfaction d'un refus qui lèse ses intérêts et blesse sa dignité. »

— Dans une séance du *Cercle de la presse scientifique,* M. l'abbé Moignot, dissertant sur les dangers qu'entraîne pour les ouvriers la fabrication des allumettes chimiques au phosphore blanc, a signalé deux faits nouveaux et dignes de figurer dans la pathogénésie d'un poison chargé déjà de tant de propriétés malfaisantes.

D'après ce savant, les femmes enceintes qui respirent l'air imprégné d'émanations phosphoriques dans les lieux où se fabriquent les allumettes, ne tardent pas à avorter, et cet accident serait si fréquent et si bien connu, que dans les localités où cette industrie occupe de nombreux ouvriers, des malheureuses le mettraient à profit pour se débarrasser du produit de la conception. Un pieux ecclésiastique, a dit le savant abbé, l'aurait mis sur la voie de cette observation, dont il garantit personnellement l'authenticité. Quant aux hommes soumis aux mêmes conditions, les vapeurs du phosphore auraient pour résultat d'amener chez eux, après un certain temps, une excitation véhémente du sens génésiaque. C'est aux médecins à vérifier l'exactitude de ces renseignements pleins d'intérêt et susceptibles peut-être d'être utilisés, non seulement en vue de la prophylaxie, mais encore de la thérapeutique.

— On lit dans le *Morning Chronicle* du 31 août : Une jeune femme est morte vendredi à Epsom, sous l'influence du chloroforme, chez M. Keeling, dentiste, qui a une très nombreuse clientèle dans ce comté et dans les pays environnants. D'après les preuves recueillies par l'enquête tenue samedi, il paraît que M. Keeling n'avait voulu qu'amortir la sensibilité nerveuse de sa malade. Il n'avait, en conséquence, administré qu'une très faible quantité de chloroforme dont les effets avaient été désastreux contre toute attente. Après avoir ouï d'autres détails et particularités, le jury a rendu le verdict de mort accidentelle. Il n'a fait aucun reproche à M. Keeling, mais il a recommandé de n'employer à l'avenir qu'avec une extrême réserve le chloroforme dans les opérations de peu d'importance.

— On lit dans la *Gazette médicale des États sardes :*

« Les professeurs et les élèves de l'hôpital général de Vienne ne sont pas encore remis de l'étonnement que leur a causé un mandement émané de l'archevêque de Vienne. Ce prélat a ordonné que les individus décédés dans les hôpitaux et dans les autres établissements de bienfaisance seraient désormais enterrés sans qu'il fût permis d'en faire l'autopsie. Il est résulté de cette prohibition que pendant douze à quinze jours, il n'a été possible de se procurer qu'un seul cadavre pour les démonstrations anatomiques dans les amphithéâtres de l'hôpital général.

» Vienne est à bon droit glorieuse de son École de médecine. Mais le concordat austro-romain a mis entre les mains du clergé une force qui pourrait ruiner cette réputation si bien établie. Il existe, il est vrai, un décret de Joseph II qui autorise les dissections des individus morts dans les établissements publics, mais l'ordonnance impériale a été abrogée *de fait* par le cardinal-archevêque de Vienue. *Et nunc erudimini !...* »

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 117. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 2 Octobre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, adresse à M. le Président de l'Académie la lettre suivante :

« Mon honorable collègue, M. Bouchut a appelé l'attention de l'Académie des sciences sur l'anesthésie qui se manifeste chez les enfants arrivés à la dernière période du croup. Je suis parvenu, de mon côté, à démontrer que tous les individus qui subissent la trachéotomie, dans le but de combattre une asphyxie imminente, sont insensibles. Il y a dix ans, M. Auguste Duméril et moi avions déjà constaté ce fait en étudiant à un certain point de vue l'action du chloroforme, de l'éther et de l'asphyxie. Toutefois, ce fut seulement le 22 janvier 1858, qu'en pratiquant la trachéotomie à une dame sur le point de succomber aux suites d'une maladie grave du larynx, que j'ai pu constater d'une manière non douteuse l'état anesthésique dans lequel se trouvait mon opérée. Le 30 mars dernier, j'ai pratiqué la même opération à un homme qui était en proie à une violente asphyxie, par suite d'un coup de feu qu'il s'était tiré dans la bouche; l'anesthésie fut évidente pour tout le monde. Enfin j'ai dû pratiquer à un jeune médecin, au mois d'avril, la trachéotomie, pour remédier aux accidents causés par une maladie grave du larynx. Je prévins mon malheureux confrère de l'état d'insensibilité dans lequel il était, et il me déclara, après l'opération qu'il a supportée avec un grand calme, qu'il n'avait point souffert.

» Ces faits intéressants se sont passés dans le service de M. Monod, à la Maison municipale de santé, devant les médecins et les élèves qui fréquentent cet établissement; ils ont été communiqués à la Société médicale du 2me arrondissement, aux mois de mai et de juin derniers, et à la Société de chirurgie, le 2 juin et le 28 juillet. Ces dates sont importantes, car elles établissent, je ne dirai pas la priorité de la découverte d'un phénomène important, et qui doit rendre le médecin plus confiant quand il est appelé à pratiquer la trachéotomie; elles démontrent en outre que depuis longtemps je m'occupe du sujet sur lequel M. le docteur Bouchut a appelé l'attention de l'Académie des sciences. Je me borne aujourd'hui à ce simple énoncé ; M. Duhomme, interne distingué des hôpitaux, devant publier prochainement un travail sur les faits signalés plus haut et sur leur interprétation. »

— M. le docteur Grimaud, de Caux, rappelle, dans une lettre, la date de ses travaux sur la composition du lait et sur la lactoline. On sait que, de concert avec M. Galais, M. Grimaud fit voir qu'en concentrant le lait par l'évaporation, on obtenait un produit capable de reconstituer du bon lait par l'addition de l'eau.

— M. le prince Demidoff, membre correspondant, adresse à l'Académie, avec une lettre, un modèle du buste de M. de Humboldt, qui sera placé dans la salle des séances quand l'illustre savant ne sera plus. La lettre et le buste nous paraissent prématurés; rien ne pressait.

— M. le docteur Guyon, membre correspondant, envoie une notice sur la fièvre jaune, qu'il a observée à Lisbonne en 1857.

— M. le docteur Telichi adresse une note sur la rage.

M. Flourens mentionne avec éloges un travail de M. Guillot sur le ramollissement de la moelle.

— M. Lamare-Picot adresse une note sur la faculté qu'ont les serpents de téter les vaches et de développer de la chaleur pendant le temps de l'incubation. M. Duméril conteste la réalité de ces deux observations. Si les serpents tétaient les vaches, l'obliquité de leurs crochets ne permettraient pas au pis, une fois saisi, de se retirer. Il rappelle un ancien mémoire qu'il a fait sur ce sujet et sur la non-élévation de la température dans l'incubation.

— M. Chacornac adresse une lettre sur la comète de Donati et sur son enveloppe lumineuse si remarquable.

Après la correspondance, M. d'Archiac présente un mémoire sur le lias.

— Le P. Secchi donne lecture d'un mémoire sur certains points de météorologie.

— M. le docteur Cramoisy décrit un nouvel instrument destiné au traitement des maladies de l'appareil génital chez les femmes ; c'est un spéculum qui permet de donner des bains locaux au vagin et au col de l'utérus.

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, lit un travail sur la statistique de la mortalité du croup dans les hôpitaux. Pendant une période de trente-deux ans, la fréquence du croup s'est montrée plus grande chez les garçons que chez les filles, et c'est à l'âge de 2 à 3 ans que cette fréquence atteint son chiffre maximum. La mortalité offre un accroissement sensible pendant les dernières années qui viennent de s'écouler. Est-ce parce que les cas de croup se sont multipliés; est-ce parce que le traitement chirurgical a fait négliger le traitement médical ? L'auteur, en réponse à ces questions qu'il se pose, pense que le traitement chirurgical est la cause de cette mortalité plus grande, et il conclut son travail en disant que la trachéotomie lui paraît dangereuse tant que les malades ne sont pas parvenus à la période d'anesthésie.

— Dans la précédente séance, M. Ch. Ozanam a communiqué la note suivante sur les propriétés anesthésiques de l'acide cyanhydrique et sur l'oxygène comme antidote de ce corps :

Après avoir étudié, dit M. Ozanam, les effets si réguliers de l'acide carbonique et l'action déjà plus puissante de l'oxyde de carbone, il importait de leur comparer l'action plus énergique encore de l'acide cyanhydrique respiré en vapeurs. Aidé de M. Fabre et de M. Paul Blondeau, j'ai consacré à cette étude vingt et une expériences ; non point dans l'idée d'employer sur l'homme une substance aussi dangereuse, mais, pour achever la démonstration de cette loi exposée précédemment. « Tous les corps carbonés volatils ou gazeux sont doués d'un pouvoir anesthésique d'autant » plus considérable qu'ils renferment plus de carbone. » L'acide cyanhydrique nous offre la plus haute manifestation de ce pouvoir : 1° parce que le carbone y est en quantité considérable ; 2° parce que sa puissance n'est point affaiblie par son mélange avec l'oxygène, comme pour l'oxyde de carbone et l'acide carbonique; 3° parce que le carbone s'y trouve dans une combinaison facilement assimilable.

J'ai successivement étudié les effets des vapeurs de l'acide cyanhydrique dilué au 5e, au 20e, au 40e et au 100e ; et, tandis qu'aux doses les plus fortes les effets sont foudroyants, comme l'a démontré M. Flandin, ils sont déjà suffisamment affaiblis au 40e pour ressembler à ceux que détermine l'oxyde de carbone, et pour produire, atténués au 100e, une anesthésie analogue à celle que détermine l'acide carbonique, mais que l'on ne peut prolonger comme elle : il faut, en effet, pour réussir une deuxième condition, c'est d'interrompre les inhalations au moment où se manifestent les premiers signes d'action de l'acide. On abandonne alors l'animal à lui-même, et l'on voit se dérouler toute la série des phénomènes propres aux substances anesthésiques, excitation, collapsus, réveil. Mais si l'on veut prolonger les inhalations jusqu'à ce qu'on ait atteint la deuxième période de *coma*, l'animal tombe pour ne plus se relever.

La période d'excitation offre d'abord l'image la plus complète du tétanos. Le corps de l'animal se roidit, se courbe en un demi-cercle en avant ou en arrière. Puis surviennent des convulsions tellement violentes, que l'animal est projeté parfois à plusieurs pieds de distance. Le cœur bat avec une rapidité extraordinaire ;

Feuilleton.

CAUSERIES.

NOUVEAU VOYAGE DU DOCTEUR SIMPLICE.

Quoi qu'en disent Benoît et ma vieille Françoise,

les voyages sont charmants. Je n'ai pu résister à ces derniers beaux jours de septembre, et j'ai fait encore une petite escapade. Ça été plus fort que moi. Les bois doivent être si beaux, me disais-je, et la vigne doit être si riche !

Soleil si doux au déclin de l'automne,
Arbres jaunis, je viens vous voir encore;

chantais-je en préparant mon sac de nuit. Cela est certain : qui a aimé la campagne l'aimera toujours; je parle de la vraie campagne et non de vos villages enluminés des environs de Paris, de ce bois d'opéra-comique qu'on voit à gauche de l'Arc-de-l'Étoile, charmants joujoux pour ce bon Parisien, qui s'imagine avoir été à la campagne quand il revient de la foire de St-Cloud. J'aime les vastes espaces, les horizons lointains, la sombre profondeur des bois, ce silence si austère et si solennel du soir, cet air pur, lumineux et si transparent qu'on ne connaît pas à Paris, où il est toujours mêlé de poussière. Le Parisien n'a jamais vu la couleur réelle du ciel. Que de fois, ô mon pays natal! du haut de la butte, ô Tartas! j'ai contemplé les magnificences du firmament, le riant lever ou le splendide coucher du soleil, l'azur du ciel, les nuits étoilées! Que de fois ces sublimes concerts des bruits de la nuit ont ouvert mon âme aux plus étranges, aux plus mystérieuses sensations! Mozart, Rossini, Weber inclinez-vous devant ces graves et indescriptibles harmonies de la nuit. Et tous vos *ut* de poitrine que sont-ils auprès de la phrase musicale si sonore, si éclatante et si prolongée de notre ortolan, un des rares oiseaux chanteurs qui viennent égayer le silence profond de nos landes immenses....

A propos de l'ortolan (*Emberiza hortulana*, L.), ce n'est pas dans nos pauvres pays et par nos pauvres oiseleurs que cet oiseau, si cher aux gourmets, se consomme. Quand nos Landais l'ont pris vivant sous leurs *matoles*, — petite trappe en osier qui retombe comme une cage lorsque l'ortolan pour manger quelques grains d'avoine dont il est très friand, et placés comme appât, fait tomber l'appareil en passant sur le trébuchet — l'ortolan est très maigre. L'ortolan gras n'est pas un produit naturel, c'est un effet de l'art. L'oiseleur l'enferme étroitement dans l'obscurité, quelquefois même, le cruel, il lui crève les yeux. Sa mangeoire toujours pleine de petit mil, l'ortolan mange pour se désennuyer, si bien qu'après une quinzaine de ce régime, il ne forme plus qu'une petite pelotte de graisse. C'est alors qu'on le sacrifie et qu'on l'expédie par boîtes de douze aux gourmets de Paris, de Bordeaux et même de l'étranger. C'est un mets exquis, sans doute, mais dont on se rassasie vite. Je doute qu'on puisse généralement manger plus de trois ortolans de suite. Les raffinés ont inventé plusieurs préparations culinaires de l'ortolan, afin de stimuler leur appétit. J'ai ouï dire qu'un gastronome de Bordeaux servit à un dîner de gastrosophes une dinde truffée, dont chaque truffe, d'énorme dimension, renfermait un ortolan dans son intérieur creusé *ad hoc*. Ce plat, vraiment Apicien, fut appelé le plat des *ortolans en deuil*. Le roi Louis XVIII, qui était un des plus gros mangeurs de son royaume, déjeunait de six côtelettes de mouton ; mais pour faire cuire ces six côtelettes du roi, il en fallait douze autres, les unes dessus, les autres dessous, grillées à feu d'enfer ; le roi ne mangeait que la côtelette du milieu qui avait absorbé le jus des deux autres.

Mais je reviens à mon petit voyage, et cette fois j'ai pris mes précautions. Deux de mes confrères voisins ont bien voulu se charger de voir mes malades pendant mon absence ; l'un fera la rive droite, l'autre la rive gauche du boulevard.

En prenant ma place à l'omnibus du chemin de fer de Lyon, un confrère qui habite les environs de Paris vint se placer à côté de moi :

— Que je suis aise de vous rencontrer, Monsieur Simplice, me dit-il. Voici une petite anecdote que je vous recommande. Un jeune confrère, tout frais émoulu de sa thèse, vient s'installer dans la commune de ...., où se trouvent, hélas! déjà deux autres médecins. Comment s'y prendre pour faire savoir aux habitants de la commune que lui, troisième, veut prendre le plus vif intérêt à leur santé. Il fait venir le tambour de la mairie, et le charge d'annoncer à son de caisse qu'un lancetier en or a été perdu par lui, médecin, demeurant rue ..., n° ..., et qu'une récompense honnête sera donnée à celui qui le lui rapportera de midi à deux heures, heures de sa consultation.

— Ce jeune confrère n'a commis qu'un malheureux plagiat, ai-je répondu. Un célèbre chirurgien du Midi n'en faisait jamais d'autres dans ses excursions annuelles. Tantôt il avait perdu sa valise, tantôt sa canne à pomme d'or, tantôt un chien de race, mais il n'était pas si maladroit que de perdre sa trousse ou seulement son lancetier.

J'arrive au guichet du chemin de fer et naturellement on me demande où je veux aller.

— Où va le train qui va partir?

— Directement et seulement à Auxerre.

— Une première pour Auxerre.

Je verrai la patrie de Fourrier le grand physicien et de notre cher et illustre confrère Roux, cet aimable et si excellent homme. Mais j'y pense, ajoutai-je *in petto*, le Congrès scientifique tient sa session à Auxerre, cette année. Quelle belle occasion ! d'autant plus que le programme que j'ai reçu est très appétissant à l'endroit de la médecine : on doit y discuter la question de l'Association médicale et celle de la vaccine comme cause de la dégénérescence de l'espèce. Décidément, j'ai été bien inspiré. Et le long de la route, je préparais mon allocution sur ces deux questions importantes qui devaient propager mon nom dans le monde scientifique.

A Joigny, première déception. J'apprends d'un Auxerrois qui se place dans le wagon où j'occupais une place, que le Congrès a terminé sa session depuis plusieurs jours.

A Auxerre, deuxième déception. J'y arrive à deux heures du matin. La station est distante de la ville de je ne sais combien de kilomètres. C'est une mystification. Et pas d'omnibus à cette heure infiniment trop matinale. Que faire, en attendant le jour et l'ouverture des hôtels?

la respiration est interrompue par la contraction de tous les muscles. A cet appareil formidable, qui dure trente à soixante secondes, succède un *collapsus* complet. La pupille se dilate rapidement jusqu'aux dernières limites, l'œil devient saillant, comme dans l'exophthalmie ; la paralysie des membres est absolue. Pendant cette deuxième période, la respiration, presque abolie, ne se reconnaît qu'à de rares hoquets, les battements du cœur sont aussi très rares et très faibles.

Une question importante restait à résoudre : trouver le meilleur antidote de l'acide cyanhydrique. Nous avions employé en vain les douches d'eau froide, l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique, la respiration artificielle, je songeai à l'oxygène. J'y étais conduit par cette donnée rationnelle que la proportion relativement plus grande de ce corps dans l'acide carbonique rendait ce dernier moins actif que l'oxyde de carbone, et celui-ci moins puissant que l'acide prussique, substance privée d'oxygène.

J'ai pu, en effet, au moyen des inhalations d'oxygène, sauver la plupart des animaux, même ceux qui avaient respiré l'acide au cinquième. Tant que la respiration n'était pas complétement abolie, l'oxygène se montrait efficace. Mais il fallait en continuer l'usage pendant huit à douze minutes au moins, sinon tous les accidents reparaissaient, comme si ce corps était nécessaire jusqu'à ce que la dernière molécule d'acide prussique fût éliminée de l'économie.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DU NERF FACIAL;

Par L.-Ch. ROCHE,

Membre de l'Académie impériale de médecine.

A la fin de l'année dernière, en rendant compte à l'Académie de médecine d'un travail de M. le docteur Deleau sur la paralysie du *nerf facial*, j'ai dit que l'otite était la cause *presque unique* de cette paralysie.

Mon opinion a été vivement combattue par MM. les professeurs J. Cloquet, Trousseau et Velpeau. M. Trousseau n'a pas hésité à dire que l'Académie ne pouvait la laisser passer sans protestation, et M. Velpeau a affirmé que l'otite était une rareté dans la *paralysie faciale*, qu'il faudrait, par conséquent, renverser ma proposition et dire que, le plus ordinairement, l'otite n'est pas la cause de cette paralysie et ne l'accompagne pas.

La question, toutefois, n'a pas été sérieusement discutée. Des affirmations sans preuves d'un côté, de simples dénégations de l'autre, tels sont les seuls arguments — si l'on peut appeler cela des arguments — qui se soient produits dans le débat.

En ceci, c'est moi qui suis le plus coupable. Inhabile jusqu'à l'impuissance à classer mes idées dans l'improvisation, dépourvu jusqu'au ridicule du talent de la parole, évitant avec soin par ces motifs les luttes de la tribune académique, d'où je ne pourrais sortir que meurtri, je devais surtout redouter d'entrer en lice contre d'aussi puissants orateurs que mes savants adversaires. Je me suis, en conséquence, appliqué à éluder la discussion, et j'ai répondu par des faux-fuyants aux apparentes objections qui m'étaient faites, quand il m'aurait suffi peut-être de replacer la question sur son véritable terrain pour assurer le gain de ma cause.

Il y a eu, en effet, un malentendu perpétuel entre mes honorables collègues et moi. Je parlais de la paralysie du *nerf facial*, portion dure de la septième paire, et, par conséquent, de la *paralysie isolée d'un nerf du mouvement*, et ils m'opposaient des exemples de *paralysie faciale*, d'*hémiplégie faciale*, et, par conséquent, des exemples de *paralysie double du sentiment et du mouvement*. En un mot, je parlais d'une maladie, ils parlaient d'une autre, nous ne pouvions donc nous entendre. C'est encore ma faute, sans doute. Mon devoir était de les avertir. Mais je croyais que l'objet de mon rapport, son titre et son contenu, ne pouvaient pas prêter à l'équivoque. Il paraît que je m'étais trompé.

La cause de ce malentendu est en même temps son excuse. Les expériences de Charles Bell, qui démontrent que le nerf facial est un nerf moteur, datent de quarante ans à peine. Depuis cette époque, la découverte du savant physiologiste anglais a été souvent débattue, souvent contestée, et débats et contestations se sont presque toujours renfermés dans le huis-clos de la physiologie. Aujourd'hui, ils sont à peine terminés. La pathologie n'a donc pas encore eu le temps d'en faire son profit, ou plutôt elle ne l'a pas daigné, prévenue qu'elle est contre les applications de la physiologie. Voilà pourquoi, très probablement, la plupart des médecins confondent encore, de nos jours, avec leurs prédécesseurs, toutes les paralysies de la face et les désignent en bloc sous la même dénomination de *paralysies faciales*, pourquoi ils les rapportent généralement à la même origine, et pourquoi, enfin, ils les attribuent presque toutes aux mêmes causes.

J'ose entreprendre de faire cesser cette confusion, et je me propose, à cet effet, de démontrer les propositions suivantes :

1° La *paralysie du nerf facial* a des symptômes particuliers qui permettent de la bien distinguer de l'*hémiplégie faciale ;*

2° Elle n'est jamais produite par une cause cérébrale ;

3° Elle n'est jamais rhumatismale ;

4° A l'exception des cas où le nerf facial est comprimé, coupé, ou détruit après sa sortie du trou stylo-mastoïdien, la paralysie isolée des mouvements d'une joue a toujours son point de départ dans une lésion anatomique de l'oreille interne, lésion dont elle n'est qu'un des symptômes, et cette lésion est presque toujours de nature inflammatoire.

A première vue, l'entreprise va paraître audacieuse, car je heurte de front des opinions généralement adoptées, des opinions regardées comme des vérités irrévocablement acquises à la science et que l'on ne saurait attaquer sans sacrilége. Aussi ne faut-il pas moins que toute l'énergie de mes convictions pour me décider à la tenter. J'espère cependant la mener à bonne fin, et j'entre en matière en commençant par l'exposé de quelques courtes considérations générales dont on voudra bien me pardonner la banalité, mais que je crois nécessaire de rappeler pour arriver plus sûrement à mon but.

Chaque organe, chaque tissu, a sa fonction spéciale à remplir dans le mécanisme de la vie. Nul autre ne peut le remplacer dans l'accomplissement du rôle qui lui est dévolu. Est-il sain, sa fonction s'exerce régulièrement. Est-il malade, sa fonction languit et se trouble. Est-il détruit, sa fonction cesse, et, selon le degré d'importance du rôle qu'il joue dans l'ensemble, des désordres légers, des désordres graves, ou la mort, succèdent à sa destruction.

Le simple bon sens nous apprend ces vérités, tellement simples elles-mêmes, qu'on éprouve de l'embarras à les énoncer. Mettez-les en doute, renversez-les, et la physiologie cesse à l'instant même d'exister, le diagnostic de la plupart des maladies n'a plus de bases, et la thérapeutique est livrée aux hasards d'un grossier empirisme.

Toute partie du corps humain où se distribuent des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement, est susceptible de trois espèces de paralysie : paralysie isolée du sentiment, paralysie isolée du mouvement, et paralysie combinée de la sensibilité et de la motilité. Le bon sens le dit encore. L'observation clinique le prouve.

La face est dans ce cas. Elle reçoit un nerf du sentiment et un nerf du mouvement. Elle peut donc présenter les trois espèces de paralysie dont je viens de parler. L'expérience nous montre qu'il en est ainsi.

La paralysie isolée des mouvements de la face ne peut provenir que d'une lésion du nerf qui préside à ces mouvements. La paralysie isolée du sentiment de cette partie ne peut dépendre que d'une lésion du nerf qui transmet la sensibilité de la partie malade au cerveau, savoir : le nerf de la cinquième paire ou trifacial de Chaussier. En vain l'expérimentation, en vain les faits pathologiques eux-mêmes, sembleraient dire le contraire, il y aurait erreur dans l'interprétation des expériences et de l'observation, et la raison se refuserait à l'admettre.

Aucun de ces axiomes de physiologie pathologique ne peut devenir l'objet d'une contestation sérieuse.

Le nerf facial est, avons-nous dit, le nerf incitateur des mouvements de la face. Ses usages, devinés par le génie de Galien, démontrés par Charles Bell, confirmés par Magendie, le Professeur P. Bérard, M. Longet, Blandin, M. Duchenne (de Boulogne) etc., ne font aujourd'hui plus de doute pour aucun médecin physiologiste. Nous ne le désignerons plus, en conséquence, que sous le nom de nerf moteur de la face, de même que nous appellerons la cessation passagère ou durable de sa fonction *paralysie des mouvements de la joue*, et quelquefois, pour abréger, *acinésie de la joue*. Nous réserverons exclusivement la dénomination d'*anesthésie de la joue* à la paralysie isolée de la sensibilité de cette partie. Nous nommerons exclusivement, enfin, *hémiplégie faciale*, l'abolition simultanée de la double faculté de sentir et de mouvoir dans une moitié de la figure. Nous éviterons ainsi, je l'espère, la confusion d'idées que les expressions de *nerf facial* et de *paralysie faciale* contribuent peut-être à entretenir dans quelques esprits.

Quels peuvent donc être les signes auxquels se reconnaîtra la paralysie du nerf moteur de la joue ?

Le principal symptôme de cette paralysie consiste dans la *perte plus ou moins complète des mouvements volontaires de la joue affectée,* AVEC CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ. C'en est le symptôme essentiel, caractéristique, et constant. La joue est affaissée, elle demeure immobile quand le malade rit, parle ou éternue, et le contraste qu'elle fait alors avec la joue saine est des plus frappants. Le sentiment au contraire s'y conserve tout entier. Le froid, le chaud, le contact, y sont perçus avec le même degré de finesse que dans l'autre moitié du visage. J'en ai fait souvent l'épreuve sur moi-même et sur tous les malades que j'ai eu l'occasion d'observer.

Mais ce symptôme n'est pas le seul.

Au nombre des muscles auxquels le nerf moteur de la face se distribue, se trouve, chacun le sait, le muscle orbiculaire des paupières, celui qui les rapproche et les clôt. Quand donc ce nerf est paralysé à un faible degré, les malades, pour regarder avec l'œil du côté sain à travers une longue-vue, sont parfois obligés de s'aider de la main pour fermer l'œil du côté paralysé. C'est ce que j'étais obligé de faire pendant les premières années de ma paralysie de la joue gauche. A un degré plus élevé, les paupières du côté paralysé restent entr'ouvertes, même pendant le sommeil. Enfin, au degré le plus fort, ces voiles membraneux demeurent irrésistiblement écartés, le mouvement de clignement qui les rapproche et les éloigne alternativement dans l'état normal ne s'opère plus, et le globe de l'œil, sous l'action non interrompue

---

— Monsieur cherche la voiture de Clamecy ? Par ici, Monsieur, par ici, me dit un homme ayant mine d'un conducteur de diligence.

— A quelle heure arriverons-nous à Clamecy ?

— A sept heures du matin.

— Va pour Clamecy.

D'Auxerre à Clamecy, le trajet s'est fait de nuit, mais d'une de ces nuits splendides éclairées par des millions d'étoiles, par une lune éclatante, et, chose plus rare, qu'on ne voit pas toutes les nuits, par la magnifique comète de Donati, plus brillante encore le matin que le soir.

Mais que suis-je venu chercher à Clamecy, me demandais-je le matin, dans cette patrie des trois Dupin, où je ne connais personne ?... A cette heure, je me souviens qu'un vieil ami à moi possède à une dizaine de lieues plus loin, dans les profondeurs les plus sombres des bois du Nivernais, un magnifique domaine de 200 hectares, orné d'un château, avec parc, rivière et tout le confortable d'une terre ayant appartenu au dernier abbé de l'ordre de Citeaux. Hélas ! le château de cet opulent abbé était à peine terminé, que la Révolution éclata et dispersa l'abbé et ses moines, jeta à terre l'élégante et antique abbaye où quelques débris existant encore, attestent l'ancienne magnificence. Seul le château fut respecté, château qui rappelle bien plus une demeure princière que l'austère habitation d'un supérieur de moines.

Il y a bien quinze ans que je n'ai pas vu mon ami le châtelain, mais je ne doute pas de sa bonne réception et je me laisse encaquer, moi sixième, dans une mauvaise cariole, en compagnie d'un piqueur de bœufs, d'un marchand de veaux, d'un marchand de chevaux, d'un marchand de cochons, et, douce compensation qui m'était bien due, d'une jeune et jolie fille. Tout ce monde se rendait à la foire de....., village voisin de celui où je devais m'arrêter.

Ai-je été assez humilié et que va dire Benoît de mon aventure !

Ma jeune et jolie voisine souffrait des dents, c'était visible par l'exercice du mouchoir porté sur la joue du côté malade, par l'impatience de ses mouvements et par l'expression de ses beaux yeux. Ici la conversation suivante s'engage :

Moi. — Vous paraissez souffrir beaucoup, mon enfant.

Ma Voisine. — Horriblement, en effet, Monsieur, et cette rage de dents m'a prise en montant en voiture.

Moi. — C'est que nous avons trois relais, m'a-t-on dit, d'ici à..... Je vous engage à vous arrêter un instant au premier relai, de courir chez le premier pharmacien du lieu, qui vous donnera quelques gouttes de chloroforme ; vous en mouillerez votre doigt, vous frictionnerez la gencive et vous serez inévitablement calmée.

Ma Voisine. — Merci, Monsieur, je suivrai votre conseil.

Le Piqueur de bœufs. — Monsieur est médecin ?

Moi. — Pour vous servir, Monsieur.

Le Marchand de veaux. — Et Monsieur va sans doute à la foire de...

Moi. — Je compte y passer quelques instants.

Le Piqueur de bœufs. — Les bagages de Monsieur sont sans doute sous la bâche.

Moi. — Je n'ai pas de bagages avec moi.

Le Marchand de chevaux. — C'est que Monsieur les fait suivre dans sa voiture, avec la musique. Ça se comprend.

Moi (avec indignation). — Monsieur !!!

Le Marchand de cochons. — Quelle bonne rencontre ! (ouvrant une bouche immense qui met à nu une denture affreusement mutilée) j'ai là un vieux chicot qui me tourmente de temps à autre. Je suis sûr que Monsieur me l'enlèvera avec la pointe d'un sabre aussi adroitement que feu M. Balthazard.

Le Marchand de chevaux. — En voilà un qui était habile, et avec ça bon enfant et cocasse ! on ne verra jamais son pareil.

Le Marchand de cochons. — Il ne s'agit pas d'humilier Monsieur ; nous ne savons pas ce qu'il sait faire. Nous le verrons à..... Vous ne me ferez pas payer trop cher. Feu Balthazard enlevait ça pour 10 sous. C'est l'habitude de ces pays.

J'étouffais, j'enrageais... Heureusement nous arrivons au premier relai. Un voyageur de la banquette s'arrête là. Je m'empresse de prendre sa place et de me soustraire à l'affreux contact de ces marchands forains et à leur ignoble méprise.

J'ai conté cette aventure à mon ami le châtelain. Il en a beaucoup ri, et il m'a conté à son tour que dans ce même village de ....., et pareillement un jour de foire, quelque chose d'analogue arriva pendant la fièvre de 1848 à un candidat de l'Assemblée constituante. Il s'était fait une tribune d'un tonneau, et, dans un discours des plus éloquents, il cherchait à convaincre les bons paysans qu'il fallait le nommer député. « C'est pour votre bonheur à tous, leur criait-il, nommez-moi et vous ne souffrirez plus.... »

A ce moment fend la foule et s'approche de l'orateur un naïf Nivernais, la tête enveloppée :

« Avant de partir pour Paris, enlevez-moi ce chicot, Monsieur, qui me fait tant de mal. »

Me voilà donc de retour.... Benoît n'est pas encore venu... Françoise dort... Voyons donc comment se sont conduits mes excellents confrères.

Dr SIMPLICE.

Le 16 septembre dernier, la ville de Limoges a inauguré la statue du célèbre physicien Gay-Lussac. Limoges était peut-être la seule ville importante de France qui ne possédât pas une seule statue, quoique le département de la Haute-Vienne ait vu naître de nombreuses célébrités : le chancelier d'Aguesseau, l'illustre girondin Vergniaud, les maréchaux Jourdan et Bugeaud, notre grand Dupuytren, et enfin Gay-Lussac.

Justice vient d'être rendue à ce dernier. Il est représenté en costume d'académicien, debout, les yeux dirigés vers le ciel, et tel qu'il devait être le 17 septembre 1804, au moment où il allait, dans la fragile nacelle d'un ballon, s'élever à une hauteur jusqu'alors inconnue.

— Le Jardin-des-Plantes possède en ce moment la plus riche collection de serpents énormes qu'il ait jamais eue. Les deux hippopotames ont acquis des proportions d'éléphants sur des jambes courtes et lentes à la marche. La ménagerie des grands carnassiers possède un tigre royal, des jaguards, des panthères et quatre lions qui, depuis qu'ils sont mieux nourris et qu'ils ont plus d'espace, sont devenus d'une beauté qui fait l'admiration générale.

— M. le docteur Lopès Pereyra, médecin honoraire de l'hôpital St-André, médecin principal des chemins de fer du Midi, vient de mourir à Bordeaux, dans sa 63me année.

de la lumière, et par l'effet du contact continuel des poussières qui voltigent dans l'air, ne tarde pas à s'enflammer. J'ai vu deux exemples de ce dernier accident chez deux élèves en médecine, à l'époque où j'étais moi-même étudiant. Richardson cite un fait semblable, observé par lui en 1820.

Deux autres symptômes accompagnent encore cette paralysie.

La plupart des malades, je dirais tous si je m'en rapportais à mes seules observations, ont éprouvé au début de la paralysie, une douleur dans l'oreille, qui souvent n'existe plus au moment où l'on est appelé à les examiner. Il faut alors les engager à fouiller dans leurs souvenirs, et presque toujours ils finissent par se la rappeler. Chez moi, cette paralysie, aujourd'hui dissipée, a succédé à une otite violente suivie d'un abcès dans l'oreille moyenne. Dans le fait de Richardson, la paralysie avait aussi succédé à une otite, terminée par un abcès. La plupart des malades ont en outre un affaiblissement de l'ouïe dont ils ne s'aperçoivent pas toujours. Je l'ai maintes fois constaté, et on en lit plusieurs exemples dans les auteurs. Tout récemment encore, et comme si le hasard conspirait en faveur de ma thèse et voulait me fournir de nouveaux arguments à l'appui, j'ai eu occasion d'observer, après les grandes chaleurs du mois de juin, deux paralysies du mouvement de la moitié droite de la face survenues à la suite de l'exposition à un courant d'air frais, l'une chez une dame d'une soixantaine d'années, l'autre chez un étudiant en droit de dix-huit à dix-neuf ans. Tous deux m'ont parlé spontanément des douleurs d'oreilles qu'ils avaient ressenties au début de l'accident. Mais quand je leur ai dit qu'ils devaient moins bien entendre de cette oreille que de l'autre, tous deux ont nié avec assurance. Il m'a fallu pour les convaincre, leur prouver, à leur grand étonnement, qu'ils entendaient le bruit d'une montre et d'une pendule, à une distance moitié moindre, du côté malade que du côté sain.

Ce n'est pas, on le pense bien, que je fasse dépendre directement la douleur de l'oreille et l'affaiblissement de l'ouïe de la lésion du nerf moteur de la face; ces effets tiennent à des causes dont je parlerai plus tard. Je voulais seulement en signaler ici la fréquence.

Enfin, les fonctions intellectuelles ne sont jamais troublées; elles conservent toute leur intégrité dans la paralysie isolée des mouvements de la face. Quelquefois seulement, il y a du délire, évidemment produit par la douleur atroce qui accompagne la formation des abcès de l'oreille. Ce délire cesse aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors.

Dans l'hémiplégie faciale, au contraire, le sentiment et le mouvement sont simultanément diminués ou abolis. La paupière supérieure, au lieu d'être relevée et de ne pouvoir que difficilement s'abaisser, tombe au-devant du globe de l'œil et le malade a de la difficulté à la soulever et quelquefois même n'y peut parvenir. Il semble qu'elle soit alourdie par la tendance au sommeil dont les apoplectiques sont obsédés, et comme cela a lieu chez l'homme sain, après une longue veille, lorsqu'une insurmontable envie de dormir vient à s'emparer de lui, ou plutôt le muscle élévateur de ce voile membraneux est frappé de paralysie avec les autres muscles de la joue. En outre, au lieu d'éprouver de la douleur dans l'oreille du côté paralysé, les hémiplégiques de la face entendent ordinairement des bourdonnements, des sifflements ou des tintements. Personne, que je sache, ne s'est assuré si la faculté d'entendre y était amoindrie, je ne crois pas qu'elle le soit; mais le fût-elle, on devrait s'en prendre, à mon avis, aux bruits anormaux dont nous venons de parler, et non pas à un affaiblissement réel de l'ouïe. On n'accuserait pas de surdité l'homme qui n'entendrait pas les mots d'une conversation au milieu du bruit d'une cascade. Dans l'hémiplégie faciale, enfin, les fonctions intellectuelles sont plus ou moins affaiblies, elles ne s'accomplissent plus avec la même promptitude, la même facilité et la même énergie.

Je ne veux pas toutefois, exagérer l'importance de ces derniers signes pour établir le diagnostic différentiel de la paralysie du nerf moteur de la face et de l'hémiplégie faciale, attendu qu'ils ne sont pas constants. Il me suffit d'avoir prouvé que, dans la première, le mouvement seul est diminué ou aboli et la sensibilité conservée; que, dans la seconde, la faculté de sentir et celle de mouvoir sont simultanément affaiblies ou détruites, pour qu'à l'avenir toute confusion, toute méprise, deviennent impossibles. Plus grand seulement sera le nombre des traits que nous avons dit leur appartenir en propre, réunis dans le tableau de chacune d'elles, et plus le diagnostic de l'une et de l'autre acquerra d'évidence et de certitude.

La symptomatologie de l'acinésie de la joue étant ainsi établie, si je ne m'abuse, sur ses véritables bases, j'aborde la démonstration de ma seconde proposition : cette paralysie n'est jamais l'effet d'une cause cérébrale.

(*La suite prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DES ÉMISSIONS SANGUINES DANS LA FIÈVRE JAUNE;

Par M. A. de Oliveira.

En rendant compte ici de l'épidémie de fièvre jaune de Lisbonne (nº 29, 1858), nous nous sommes réservé de faire connaître le résultat des délibérations du Congrès sanitaire institué à l'effet d'éclairer les points principaux de cette grave épidémie. Les rapports de plusieurs membres de la troisième commission, relatifs à la thérapeutique, ayant paru dans la *Gazeta medica*, nous allons en extraire les passages remarquables en commençant par celui de M. A. de Oliveira.

« L'effet immédiat des émissions sanguines sur l'organisme, c'est la diminution de quantité du sang, puis celle de sa densité, car il est prouvé que la soustraction de ce liquide est plus ou moins rapidement remplacée par du liquide séreux dans lequel manquent les éléments plastiques; les globules et la fibrine diminuent de quantité; enfin, c'est l'absorption de certains principes sanguins des diverses parties du corps, en vertu de cette loi de physiologie pathologique « que l'organisme répare la quantité de sang perdu par cette absorption, » loi qui explique parfaitement la guérison des phlegmasies locales par la médication antiphlogistique. Le résultat de ces effets est donc l'affaiblissement de l'organisme en général.

Le corollaire de ce qui précède, c'est que, par l'effet de la soustraction du sang, ce liquide et les vaisseaux qui le contiennent sont assujettis aux lois physiques d'endosmose et d'exosmose, aussi bien que l'organisme à la tendance aux hémorrhagies si fréquentes quand le sang perd sa consistance et sa densité et que les tissus ont un faible degré de tonicité.

C'est une opinion accréditée que la fièvre jaune est une maladie miasmatique dans laquelle le sang est altéré par un agent toxique. La majorité des pathologistes regardent cette altération comme primitive, de laquelle dépendent tous les phénomènes ultérieurs. Les désordres si graves de l'innervation qui se manifestent dès le début l'ont aussi fait attribuer à une affection du système nerveux ganglionnaire, le régulateur des forces radicales, où le principe miasmatique, toxique ou septique fait son impression primitive; un des membres distingués de cette commission partage cet avis; mais je crois pouvoir soutenir que l'intoxication primitive du sang est la cause des désordres de l'innervation. Ce fait que la physiologie enseigne et que la pathologie confirme, est assez connu pour qu'il ne soit pas nécessaire de citer les nombreux exemples que la toxicologie et la pharmacologie fournissent sur l'action prompte du stimulus hétérogène d'un sang altéré sur l'organisme.

Ce désaccord prouve que le sang, ne présentant aucun signe perceptible de son altération avant sa réaction morbide sur les solides, quelques médecins ont pris cet effet pour la cause, et ont considéré comme primitive l'expression symptomatique des fonctions organiques.

Quoique la chimie pathologique n'ait pu découvrir encore tous les changements notables que subissent les éléments constitutifs du sang dans la fièvre jaune, elle a consigné les plus importants, ce qui suffit à expliquer les phénomènes de cette maladie, et formuler une thérapeutique en rapport avec les altérations. Voici, sinon une analyse rigoureuse du sang, du moins les principaux résultats des tentatives réitérées faites à cet égard :

	État physiologique.	Fièvre jaune.
Densité.	1060	1041
Globules.	127	98
Parties solides du sérum.	80	60
Fibrine.	3	2
Eau	790	830

Les corollaires de ces expériences sont :

1° Que l'état du sang diffère aux diverses périodes de la fièvre jaune.

2° Qu'à la première période, il peut présenter plus ou moins de fibrine qu'à l'état normal, former une couenne inflammatoire, avoir une densité et une consistance normale, sans aucune différence appréciable.

3° Que dès le début de la deuxième, le sang perd sa consistance, sa densité, et se coagule difficilement à cause de la diminution notable de fibrine; il présente même parfois la dissolution que produisent les alcalis, ce qui, terme moyen, donne la composition chimique de la formule précédente.

4° Les ecchymoses, les pétéchies, les hémorrhagies, la gangrène, prouvent le défaut de densité du sang et la diminution de tonicité des vaisseaux; elles révèlent l'altération profonde de l'organisme et l'impression hétérogène d'un sang corrompu sur le système nerveux qui préside aux fonctions des organes.

Il est facile, d'après ces préliminaires, de préjuger la valeur thérapeutique des émissions sanguines dans la fièvre jaune. En théorie, elles sont contre-indiquées, puisqu'elles ne peuvent servir directement à en combattre la cause, tandis qu'elles favorisent au contraire l'absorption et l'expansion du principe septique dans tout l'organisme qu'il affaiblit en lui enlevant les forces nécessaires pour l'élaboration et la réaction éliminatoire.

Les évacuations sanguines produisent une partie des effets de la fièvre jaune : la défibrination du sang et sa dissolution. C'est donc admettre tacitement la doctrine homœopathique et faire cause commune avec le principe septique que d'y recourir.

On a assimilé avec raison la seconde période de la fièvre jaune au scorbut aigu, et, bien que les altérations du sang ne soient pas identiques, elles ont assez d'analogie pour exiger une thérapeutique commune. Qui donc saignerait un scorbutique? Les acides, les toniques, les plastifiants, sont les moyens les plus utiles dans cette circonstance.

Quelques praticiens ont préconisé les émissions sanguines au début de la fièvre jaune pour combattre l'état phlogistique angioténique apparent de la première période dans le but d'en prévenir la seconde et les dangereux effets; mais d'innombrables faits montrent que la dissolution du sang a lieu trente-six ou quarante-huit heures après l'invasion et que, loin de juguler la maladie, les saignées ne préviennent nullement la seconde période, qui en est rendue plus grave, plus dangereuse. La pratique, comme la théorie, ne justifie donc pas l'emploi de ce moyen.

Une exception peut néanmoins se présenter et nécessiter l'emploi de la saignée : c'est quand le sujet atteint est robuste, pléthorique, que la réaction de la première période est violente, et qu'une congestion intense menace un organe important et avec lui la vie du malade. C'est dans ce cas que plusieurs praticiens intelligents saignèrent leurs malades pour remédier à un danger immédiat, mais cette pratique est toujours grave à cause des accidents qui peuvent en résulter dans la seconde période. La ventouse Junod, appliquée aux membres inférieurs, présente des avantages dans ces cas en détournant le sang sans l'évacuer. C'est réellement un excellent moyen pour ceux qui, comme moi, redoutent tant les déplétions sanguines dans la fièvre jaune.

Les émissions sanguines locales sont encore moins indiquées que la saignée. La fièvre jaune étant une affection générale, son principe morbide n'affectant ni un organe, ni une localisation spéciale, l'expression symptomatique ne révélant aucune origine phlegmasique dans un organe quelconque et les piqûres de la peau, faites par les sangsues en particulier, étant surtout à craindre à cause des hémorrhagies rebelles qui en sont la conséquence, je proscris absolument les saignées locales dans cette maladie.

Dr P. Garnier.

TRANSFUSION.

DEUX CAS D'HÉMORRHAGIE UTÉRINE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA TRANSFUSION DU SANG;

Par le docteur J. Wheatcroft.

Obs. I. — Mme W..., 40 ans, mère de plusieurs enfants, avait eu, à plusieurs de ses couches, de ces hémorrhagies sérieuses. Lorsque je la vis pour la première fois avant son dernier accouchement, elle avait la peau décolorée, les membres grêles, les chairs molles; il y avait chez elle une grande faiblesse générale. Le travail commença le 16 septembre 1857; je trouvai les membranes rompues, les douleurs régulières et modérément fortes; la présentation était naturelle. Une heure après mon arrivée, l'accouchement se fit, suivi bientôt de la délivrance. L'utérus se contractait bien. Il ne s'écoulait à peine que quelque gouttes de sang; j'appliquai un bandage autour du ventre. Je quittai la chambre à coucher de la malade, et, après m'être absenté une dizaine de minutes, je revenais auprès d'elle, quand j'entendis de l'escalier un bruit semblable à celui que fait de l'eau qui coule et je me précipitai dans la chambre de l'accouchée : mon pied glissa dans une mare de sang qui s'étendait au moins à quatre pieds du lit; les draps étaient complétement traversés par le sang, et la malade était dans un état vraiment alarmant : la figure était aussi pâle que celle d'un cadavre, les yeux ternes et vitreux, les bras pendants hors du lit, le pouls était extrêmement faible et presque imperceptible. Le bandage abdominal était tombé; le globe utérin, rond, solide, que l'on pouvait facilement distinguer à travers les parois du ventre aussitôt après l'accouchement, était alors remplacé par une distension considérable de la matrice; que l'hémorrhagie se fût prolongée quelques minutes de plus, et c'en était fait de la malade.

Je compris immédiatement qu'il était urgent de faire la transfusion du sang. La malade, considérablement épuisée par l'hémorrhagie, appela d'une voix faible son mari, à qui elle dit adieu en lui recommandant ses enfants; et aussitôt sa bouche se ferma, puis se rouvrit lentement, laissant voir les gencives et la langue pâles et décolorées; les yeux devinrent ternes et plombés, le nez se pinça, de grosses gouttes de sueur perlèrent sur le front, l'haleine était froide et le pouls radial imperceptible; les battements du cœur étaient très faibles et intermittents; de temps à autre, on entendait un battement plus fort et convulsif.

Avant que je pusse me procurer mon appareil à transfusion, bien que j'y eusse mis autant d'empressement qu'il m'était possible, les battements du cœur avaient complétement cessé; enfin je saignai promptement le mari, et, ouvrant la médiane basilique de la femme, je lui transfusai avec assez de force six onces de sang. Aussitôt, elle fit une profonde inspiration et le cœur se mit à battre de nouveau. J'injectai de nouveau six onces de sang : les yeux s'ouvrirent alors, les lèvres se colorèrent un peu, le pouls radial devint sensible et les battements du cœur reprirent une certaine force. La malade fit quelques profondes inspirations, puis, promenant ses yeux autour de la chambre, elle dit : « Je suis mieux. — Où ai-je donc été? — N'étais-je pas morte? — Où est mon mari? — Mes enfants! » Enfin j'injectai encore six onces de sang : l'état de la malade s'améliora de plus en plus, les battements du cœur, encore agités, avaient une intensité presque normale; le pouls radial était plus plein; les battements de la carotide étaient bien marqués; l'œil était bon. Élevant alors les mains vers le ciel, elle remercia Dieu d'avoir permis que je l'eusse sauvée d'une mort certaine.

La guérison fut complète et rapide.

Obs. II. — Mme B... me fit appeler à la fin d'octobre dernier. Je la connaissais déjà depuis longtemps, l'ayant assistée dans plusieurs couches; tous ses enfants, excepté un seul, étaient morts dans les convulsions avant d'atteindre leur première année. C'est une petite femme maigre, pâle, excessivement chétive. Elle était enceinte de trois mois lorsque je la vis au mois d'octobre; elle m'envoya chercher parce qu'elle avait été prise subitement, au milieu de ses occupations de ménage, d'une hémorrhagie abondante par le vagin. Je la trouvai en bas de l'escalier, incapable de tout mouvement; sur le plancher, un caillot volumineux et une grande mare de sang indiquaient clairement ce dont il s'agissait. Je la portai dans son lit et aussitôt elle eut la plus terrible hémorrhagie que j'aie jamais vue. On devine aisément les symptômes qui se produisirent immédiatement : la peau était visqueuse et froide, le pouls radial imperceptible, l'haleine froide, agitation considérable, délire; les yeux enfoncés et plombés; battements du cœur faibles et irréguliers, lèvre supérieure rétractée et montrant les gencives; bouche ouverte; la langue et les lèvres décolorées. Je tamponnai le vagin et j'administrai des stimulants; au bout d'une demi-heure qu'elle eut pris un peu d'eau-de-vie, la malade se trouva notablement améliorée, et, après douze heures, tout symptôme alarmant avait entièrement cessé, il ne s'était pas reproduit d'écoulement sanguin.

Je venais donc de quitter la malade, que j'avais laissée dans un état satisfaisant, quand une personne qui la gardait la fit lever pour qu'elle pût uriner; le tampon fut immédiatement chassé du vagin, et il se fit une nouvelle hémorrhagie; on vint me chercher en toute hâte, et, lorsque j'arrivai, je crus un instant que la malade était morte; certainement jamais syncope ne fut plus complète. L'éther, l'ammoniaque et l'eau-de-vie ne produisirent aucun effet. Je proposai donc la transfusion, qui fut acceptée : j'injectai dix onces de sang, mais je n'obtins encore aucun changement bien marqué dans l'état de la maladie; cependant elle fit une profonde inspiration : j'injectai encore six onces de sang, les lèvres se colorèrent légèrement, les yeux firent quelques mouvements, et l'on sentit quelques faibles battements dans la carotide. Encouragé par ces symptômes favorables, je fis une troisième injection de six onces de sang; la résurrection fut complète : la peau devint chaude, le pouls radial redevint distinct, l'action du cœur facile et la respiration presque normale. La guérison fut complète.

Il est à remarquer que cette femme, si maigre et si pâle pendant plusieurs années avant cette hémorrhagie, est à présent, depuis qu'elle a subi la transfusion du sang, grasse, colorée et bien mieux portante qu'autrefois (1). — D.

(1) Extrait du *British medical journal*, avril 1858.

MATIÈRE MÉDICALE.

SUR LA FORMATION DE CARBONATES DANS LE CANAL INTESTINAL ;
Par le professeur BUCHHEIM, de Dorpat.

En faisant des expériences avec le docteur Guleke, sur l'action purgative de la magnésie, le professeur Buchheim avait trouvé que les selles renfermaient de grandes quantités de cette substance. Plusieurs raisons lui firent supposer qu'elle s'y trouvait à l'état de lactate ; mais des essais répétés, entrepris avec le secours du docteur Kerkovius, démontrèrent l'absence totale de l'acide lactique et la présence d'une grande quantité d'acide carbonique. La magnésie s'était donc transformée en bicarbonate, car ce sel se trouvait en solution dans le liquide obtenu en délayant les fèces dans de l'eau distillée et filtrant rapidement pour éviter des décompositions ultérieures. Ce bicarbonate peut provenir de deux sources différentes : ou bien de la décomposition de sels à acides organiques, comme de lactates, de butyrates ou de valérianates, dont l'acide aurait été détruit par le contact de la muqueuse intestinale, agissant comme un ferment énergique ; ou bien d'une simple absorption de l'acide carbonique renfermé dans les intestins. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'existe pas d'acide lactique dans les selles, et quoique l'on y eût reconnu souvent l'odeur d'acide butyrique, l'on ne pouvait jamais arriver à produire du butyrate de baryte ; l'acide valérianique, au contraire, y existe à l'état normal aussi bien qu'après l'ingestion de la magnésie.

Le comte Magawly a repris ces expériences et les a consignées dans sa dissertation inaugurale (*De ratione, qua nonnulli sales organici et anorganici in tractu intestinali mutantur* ; Dorpat, 1856). Il s'est d'abord assuré que les matières fécales normales, ainsi que celles déterminées par le séné, ne dégageaient pas de gaz par l'addition d'acide chlorhydrique ; puis il a essayé différents sels, en recherchant dans les matières des évacuations la présence du sel ingéré et de l'acide carbonique.

Lactate de magnésie, 15 grammes. Pas d'acide lactique ; beaucoup de bicarbonate magnésien.

Citrate de magnésie, 30 grammes. Même résultat.

Citrate de chaux, 30 grammes. La partie insoluble des fèces renfermait beaucoup de carbonate de chaux, sans trace d'acide citrique ; la partie dissoute contenait un peu plus de chaux qu'à l'ordinaire, sans acide carbonique.

Le *citrate de soude*, 30 grammes, et le *tartrate de magnésie*, 30 grammes, donnèrent le même résultat que le citrate de magnésie.

Le *tartrate*, 45 grammes, le *malate neutre*, 30 grammes, et le *malate acide de chaux*, 30 grammes, se comportèrent comme le citrate de chaux.

Tartrate de potasse et de soude ; trois fois 30 grammes et une fois 45 grammes. Dans les deux premières expériences, les selles ne renfermaient ni acide tartrique ni acide carbonique ; ce dernier, au contraire, s'y trouvait en abondance dans les deux dernières. Ce résultat proviendrait-il d'une absorption totale du carbonate soluble dans les deux premiers cas ? En effet, les premières selles eurent lieu au bout de six et cinq heures, tandis que dans les autres cas il fallait seulement une heure et demie et trois heures.

L'oxalate de magnésie, 45 grammes et 15 grammes, fit retrouver de l'acide carbonique et une partie du sel non décomposé. La seconde dose ne détermina de selle qu'au bout de vingt-deux heures ; aussi elle renfermait peu d'acide carbonique.

Oxalate de chaux, 12 et 30 grammes. Peu d'acide carbonique et beaucoup d'oxalate de chaux.

Le *benzoate de magnésie,* 14 grammes 50 centig., donna du bicarbonate de magnésie. On n'a pas recherché la présence de l'acide benzoïque. L'urine renfermait 17 grammes 50 centig. d'acide hippurique.

Le *succinate de chaux.* 12 grammes, montra dans les selles beaucoup de carbonate de chaux, sans acide succinique.

Chlorure de magnésie (dose ?). Beaucoup d'acide carbonique et encore un peu de sel non décomposé. Même résultat dans une seconde expérience. Quelques jours après, la moitié de la dose fut prise en douze heures. Une selle consistante vingt-deux heures plus tard ; beaucoup d'acide carbonique et très peu de chlorure.

Sulfate de magnésie, 30 grammes. Selle liquide cinq heures après, sans acide carbonique ; quinze heures plus tard, une autre féculente, avec léger dégagement de gaz. Les recherches d'Aubert, de Duhmberg et de Kerkovius ont montré que ce sel éprouvait aussi une décomposition dans le canal intestinal, car la quantité d'acide retrouvée dans l'urine est supérieure à celle de la magnésie renfermée dans ce liquide. De plus, le dernier observateur a délayé les matières fécales dans l'eau, filtré, évaporé à siccité, repris par l'alcool ; cette solution ne contenait pas d'acide sulfurique, mais une certaine quantité de magnésie, combinée avec une substance résineuse, probablement un produit de décomposition de la bile. Ce dernier corps peut se transformer peut-être en carbonate de magnésie.

Phosphate ammoniaco-magnésien, 30 grammes. Presque pas d'acide carbonique.

Quelques expériences ont été instituées pour connaître l'endroit du tube intestinal dans lequel se font ces décompositions. Une anse d'intestin grêle fut isolée, sur des chats, par deux ligatures, et des sels à essayer introduits dans sa cavité. 2 grammes de citrate de chaux n'avaient éprouvé aucune modification au bout de quatre heures. Sur un autre animal, au contraire, au bout de six heures, on ne trouva plus que du carbonate de chaux, sans trace d'acide citrique. Le citrate de magnésie (3 grammes) avait presque entièrement disparu en trois heures ; acide carbonique très abondant, très peu d'acide nitrique. 3 grammes de malate neutre de chaux, au bout de cinq heures, firent retrouver beaucoup de carbonate de chaux et une petite quantité de malate.

La connaissance des causes de cette transformation est plus obscure. La magnésie calcinée peut bien absorber l'acide carbonique contenu dans l'intestin, mais la décomposition des sels est bien plus complexe. On ne peut penser à une oxydation analogue à celle que l'on admet dans le sang. La double décomposition pourrait y jouer un petit rôle ; quoique les liquides du canal intestinal ne renferment pas de carbonates, les expériences de Schmidt ont prouvé que le suc pancréatique absorbait rapidement l'acide carbonique, et la petite quantité de carbonate de soude ainsi produite, pourrait former un peu de carbonate de chaux et de magnésie, mais non de soude et de potasse. La décomposition du chlorure de magnésium ne peut s'expliquer par une fermentation ; néanmoins, des essais ont été tentés dans cette direction et ont donné des résultats positifs. Des sels ont été mis en digestion au bain-marie à une température voisine de celle du corps de l'homme, avec de l'eau distillée et des matières animales : du pancréas de porc et de veau, du suc pancréatique de chien, de la muqueuse intestinale de porc, de veau, de bœuf et de chat, du foie, de la rate, etc., de différents animaux. Ces substances déterminaient ordinairement au bout de deux heures un dégagement de gaz, allant toujours en augmentant, sans odeur de putréfaction ; celle-ci n'arrivait qu'en douze à quatorze heures. La bile du porc, le décoctum de pancréas et la salive humaine étaient généralement inactifs. Si l'on prolongeait suffisamment la réaction (trente-six à quarante-huit heures), surtout en renouvelant la matière organique, on trouvait le sel transformé en carbonate en entier ou en majeure partie. Plusieurs fois l'odeur fit reconnaître les acides butyrique et valérianique, et dans un cas on pouvait obtenir du valérianate de zinc. Les sels qui résistaient le plus étaient le tartrate de potasse et de soude, le tartrate de soude, le malate acide de chaux, pas le malate neutre, l'oxalate de magnésie, de chaux (le premier très peu, le second pas de réaction), les butyrate, valérianate et formiate de soude, très peu de dégagement de gaz.

L'auteur lui-même accorde que ces expériences ne sont pas suffisantes pour expliquer la transformation de grandes quantités de différents sels en carbonates. Dans tous les cas elles sont curieuses et leur résultat est inattendu. Jusqu'ici on admettait que la transformation des acides organiques avait lieu par une combustion, après leur absorption ; maintenant, sans nier qu'il ne puisse en être ainsi, on doit diminuer de beaucoup cette action, puisque nous trouvons de grandes quantités d'acide carbonique dans les matières fécales après l'ingestion de ces sels, et que la transformation analogue a lieu en dehors de l'organisme. C'est une question dont l'étude doit être continuée. Ainsi, en voyant dans le premier mémoire du professeur Buchheim, les acides organiques reparaître dans l'urine, quoiqu'en petite quantité, et dans celui-ci, ces acides se transformer en acide carbonique, on doit se demander si ces sels sont absorbés sous cette forme ou à l'état de carbonates, si la quantité absorbée n'est pas la même que celle qui existe dans l'urine, etc. ; et à cet effet il faudrait doser la quantité d'acide carbonique renfermée dans les matières fécales, et voir jusqu'à quel point elle correspond à celle que donnerait la quantité d'acide employé, doser l'acide carbonique obtenu dans les expériences de fermentation, examiner les selles après l'administration d'un acide organique pur, etc. (1).

D[r] STROHL.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Avril 1858.

HÉMORRHAGIE PAR L'OREILLE APRÈS UNE ANGINE SCARLATINEUSE ; par le docteur BRINTON. — Une jeune femme, qui nourrissait son enfant, âgé de sept mois, fut prise de frisson et de fièvre, il y a cinq semaines ; bientôt parut une éruption de scarlatine qui dura trois ou quatre jours ; après la cessation de l'éruption, il survint une inflammation des amygdales, qui se termina par un abcès ouvert au bout de neuf jours ; un nouvel abcès se forma ; c'est alors que la malade vint à l'hôpital, le 19 mars. On prescrivit un gargarisme chloruré, et un mélange de quinquina et de fer pour remédier à l'état d'anémie que présentait la malade. L'enfant fut sevré pendant ce temps et n'en éprouva aucun mauvais résultat.

Quelques jours après son admission à l'hôpital, la malade rendit par l'oreille droite une cuillerée à bouche de sang ; cette hémorrhagie fut suivie de douleur et de surdité de ce côté, qui durèrent plusieurs jours, s'accompagnant d'un écoulement sanieux. Le 29 mars, la surdité avait complétement disparu, ainsi que l'écoulement séro-purulent ; on prescrivit néanmoins quelques instillations de glycérine dans l'oreille. Chez cette malade, l'inflammation de la gorge s'est probablement étendue à la caisse du tympan, le long de la trompe d'Eustache, qui s'est bouchée ; une hémorrhagie s'en est suivie, qui s'est fait jour à travers la membrane du tympan, et, au bout de quelques jours, l'écoulement sanieux a complétement disparu. Il est probable, ajoute l'auteur, que, s'il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, l'oreille aurait suppuré et de graves accidents auraient pu se produire, comme cela se voit souvent. Chez les jeunes enfants, la scarlatine laisse souvent après elle des maladies incurables de l'oreille.

CALCUL VOLUMINEUX CHEZ UN JEUNE HOMME, LITHOTOMIE, MORT. — Souvent les malades gardent pendant un temps infini une affection qui, bien que faisant des progrès évidents, ne les fait pas beaucoup souffrir, et ce n'est que lorsque leur vie est sérieusement menacée, qu'ils viennent réclamer les soins du chirurgien. Tel est le cas d'un jeune garçon de 18 ans, qui portait un calcul sans doute depuis son enfance, mais qui n'a été découvert qu'il y a environ dix ans, le malade ayant été sondé à l'hôpital. Entré le 9 mars au Guy's Hospital, il fut opéré dès le lendemain. On pratiqua la taille et l'on trouva un calcul volumineux très difficile à extraire ; heureusement c'était un calcul phosphatique mou qui se brisa facilement en morceaux. La vessie offrait un certain nombre de diverticulums dans lesquels il se logea plusieurs fragments où l'on eut beaucoup de peine à les aller saisir. Il y eut une hémorrhagie assez considérable qui donna des craintes sérieuses ; néanmoins, il se relevait petit à petit, lorsque, vers le huitième jour, apparurent des phénomènes graves du côté des organes pelviens ; deux jours après il mourut. On constata une gangrène étendue du tissu cellulaire qui entoure la vessie. Les reins étaient profondément altérés ; les deux uretères étaient largement dilatés. — D.

De la mort subite dans l'état puerpéral, par le docteur A.-E. MORDRET, médecin au Mans, membre de plusieurs Sociétés savantes. Paris, 1858, in-4° de 183 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

Chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 17, rue Hautefeuille.

Précis des maladies du cœur et du pancréas ; par A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et C[e], éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, broché 5 fr. ; élégamment cartonné, 6 fr.

(1) Extrait des *Archiv. f. physiol. heilk.*, nouvelle série, t I, 1857.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 118 **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 5 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1858.

Des communications de tout genre, des demandes de renseignements, des questions, des adhésions nous sont adressées par un grand nombre de personnes relativement à l'Association générale, dont les statuts ont été publiés. Nous devons prévenir nos honorables correspondants que tout ce qui nous parvient de relatif à l'institution nouvelle est renvoyé par nous, comme c'est notre devoir, à M. le Président de l'Association, au siége provisoire de l'Association, rue de Londres, n° 14. C'est là et non aux bureaux de notre journal que doit être adressé tout ce qui concerne l'Association.

A titre officieux — et c'est le seul que l'UNION MÉDICALE veuille et puisse accepter — nous dirons à nos confrères que la Commission organisatrice, qui n'a pu encore se réunir depuis la publication des statuts, à cause de l'absence de la plupart de ses membres, se réunira vendredi prochain pour délibérer sur un projet de circulaire à adresser au corps médical. Dans cette circulaire seront contenus les renseignements et les réponses aux questions qui nous sont personnellement demandés.

Nous sommes aussi attentifs qu'on puisse le supposer aux réflexions que les statuts de l'Association générale ont inspirées aux divers organes de la Presse médicale de Paris et des départements. Si nous n'avons encore rien reproduit des observations qui ont été émises, c'est qu'il nous a paru convenable d'attendre que tous nos confrères de la Presse aient exprimé leur avis, afin de pouvoir présenter un tableau d'ensemble des opinions qui se seront produites.

Dans le résumé que nous nous proposons d'exposer à nos lecteurs, nous ne dissimulerons rien, ni de l'approbation donnée aux statuts, ni des critiques qui leur ont été adressées et auxquelles, d'ailleurs, nous chercherons à répondre, comme c'est notre droit de journaliste. Nous nous plaisons à reconnaître, qu'à part une malheureuse exception, ces critiques ont été généralement bienveillantes; nous osons espérer qu'une étude plus attentive et plus longue des statuts fera mieux comprendre et la lettre et l'esprit de l'institution proposée à l'adhésion du corps médical. Constatons seulement aujourd'hui, que l'opinion de la grande majorité de la Presse est favorable aux statuts.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Broca fait la communication suivante :

Dans le service de M. Jobert, qui m'est actuellement confié, j'ai été à même d'observer un malade qui a succombé dans des conditions tellement extraordinaires, que je ne sais à quelle nature d'affection peut être attribuée la mort. Voici un résumé du fait en question :

Un homme de 49 ans, d'une forte constitution, entre à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une inflammation dans la région hypothénar. L'extrémité d'une épingle s'était brisée, il y a environ seize ans, dans cette partie et y avait séjourné, depuis lors, sans déterminer d'accidents. Mais, depuis quelque temps, le malade éprouvant de la douleur, vint se faire extraire ce corps étranger. L'opération fut très simple, et le malade allait si bien lorsque M. Jobert me remit le service, qu'il reçut son exeat pour le lendemain.

Mais à ce moment apparurent des accidents nouveaux; le bras devint rouge, se tuméfia, et sur tout l'avant-bras se percevait une crépitation gazeuse manifeste. Je fis deux incisions sur la main et sur l'extrémité de l'avant-bras; elles donnèrent issue à des gaz et à un peu de pus; puis tout se calma, et le malade paraissait de nouveau guéri.

Deux jours après apparaissaient, sur la cuisse droite, trois plaques rouges, sans saillie, très douloureuses. On appliqua sur ces taches du collodion.

Le lendemain, c'était la cuisse gauche qui était à son tour le siége de ces plaques. L'état général était resté bon jusqu'alors. Mais dans la nuit, des accidents graves apparurent, et le malade succombait à l'heure de la visite.

Autopsie. — Dans aucun point de l'économie ne se trouve de la suppuration; on rencontre seulement un peu de pus dans les artérioles du poignet.

Les lymphatiques de la cuisse, les ganglions inguinaux n'offrent rien d'appréciable.

En incisant la peau au niveau des plaques rouges, on ne trouve aucune altération du tissu cellulaire sous-cutané; mais en incisant plus profondément, on met à découvert les masses musculaires sous-jacentes réduites en un putrilage fétide comme elles se rencontrent dans l'affection charbonneuse. La cuisse droite présente le degré le plus avancé de l'altération, qui se rencontre encore sur la cuisse et sur la jambe gauche.

Pour compléter les renseignements relatifs à ce malade, je dois dire qu'il exerçait la profession de peaussier.

Quelle est la nature de cette affection? Je suis disposé à la considérer comme de nature charbonneuse. Y a-t-il relation ou simple coïncidence entre l'apparition de ces phénomènes si insolites et l'inflammation de la main? C'est une question qui ne me paraît pas résolue.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un malade succomber avec des plaques analogues, mais cet homme était affecté de farcin.

— M. Morel-Lavallée : Je ne puis me défendre d'admettre chez le malade de M. Broca une affection charbonneuse, surtout lorsque je rapproche ce fait des deux autres que j'ai récemment observés. L'inflammation développée sur la main, par sa marche insolite, permet déjà d'établir un diagnostic d'autant plus facilement que l'homme était peaussier; le développement du gaz pour une inflammation simple en apparence était déjà un motif puissant pour admettre un état général grave.

L'affection charbonneuse peut quelquefois, avant de se localiser, déterminer des accidents assez rapidement mortels pour ne pas permettre aux phénomènes locaux de suivre leur évolution.

Ainsi, dans l'un des faits auxquels je fais allusion, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans; elle est admise à l'hôpital Saint-Antoine avec des symptôme généraux graves. Elle portait sur le front une petite plaque semblable à celles décrites par M. Broca; d'autres taches moindres se remarquaient sur le dos du nez. Le lendemain, la malade était morte. On trouva à l'autopsie une coagulation du sang dans les vaisseaux situés au-dessous de la peau altérée, et, en outre, des ecchymoses sur toute la surface des poumons.

Dans l'autre fait, il s'agit d'un employé du chemin de fer de Lyon. Il avait eu une pustule maligne sur l'avant-bras; elle avait été cautérisée : il y avait encore une énorme tuméfaction du membre.

Sous l'influence d'un traitement approprié, la santé redevenait parfaite; le malade mangeait, se levait, quand il fut pris de frissons, d'une douleur vive dans la région vésicale et il mourut subitement.

Dans ce cas, l'affection charbonneuse, un moment vaincue, en apparence du moins, tua ensuite rapidement le malade.

C'est évidemment une autre manière d'être de l'intoxication charbonneuse. Palliée seulement par le traitement local, elle pénètre la constitution d'une façon latente, pour ensuite faire une explosion tout à fait inattendue.

— M. Broca : Je ne puis admettre entre l'inflammation de la main et le développement d'une affection charbonneuse une corrélation acceptable.

Quant aux gaz, j'ai été très surpris de leur production; mais, je le répète, tant que le malade a vécu, rien ne me permettait de croire à un état charbonneux; c'est seulement après la mort que, par voie d'exclusion, je suis arrivé à formuler cette opinion tout hypothétique.

— M. Verneuil pense que la question serait facilement résolue par l'inoculation des matières en putrilage sur la race ovine, le mouton étant l'animal le plus impressionnable au virus charbonneux.

— M. Laborie, à l'appui de l'opinion de M. Morel-Lavallée sur la possibilité de ne pouvoir, dans quelques cas, reconnaître l'affection charbonneuse, cite un fait qui s'est produit il y a quelques mois à l'asile impérial de Vincennes.

A la suite d'un repas, tous les malades et convalescents qui y avaient pris part, à l'exception de trois seulement, furent pris de diarrhée, et quelques-uns de vomissements. Après avoir recherché les causes d'une intoxication si générale, et n'avoir pu l'attribuer ni à l'eau, ni aux vases dans lesquels avaient été préparés les aliments, ni au vin, il fit l'examen de la viande de bœuf qui avait été servie la veille, une partie restait encore incuite. L'odeur et l'aspect de cette viande n'offraient rien de spécial; elle avait la meilleure apparence.

Mais en faisant des incisions dans la région fessière, je mis à nu, dit M. Laborie, des fibres musculaires profondes présentant exactement l'aspect des muscles décrits et présentés par M. Broca. Il devait y avoir, dans ce cas, une affection charbonneuse générale, et l'animal avait succombé, ou mieux avait été sacrifié, pendant que les symptômes locaux restaient encore latents; car, je le répète, rien sur les parties musculaires apparentes ne permettait de considérer l'animal comme atteint d'une affection aussi grave; et, malgré les soins apportés à l'examen des substances alimentaires, destinées à l'asile impérial, on n'avait pu reconnaître l'altération que j'ai signalée.

— M. Jean Oxamendi, de la Havane, docteur en médecine de la Faculté de Paris, adresse à la Société l'observation suivante :

Dans une des journées les plus chaudes du mois de juin 1857, M. Julian Fernandez, âgé de 55 ans, emporté par un cheval effrayé, fut précipité contre le tronc d'un palmier et de là sur le sol. Il se souvient qu'au moment de heurter le palmier, il chercha à amortir le choc en avançant la main gauche. Il voulut se relever, mais il retomba aussitôt et s'aperçut alors que sa jambe était cassée et que le fragment supérieur du tibia avait perforé la peau.

M. le docteur Oxamendi fut appelé et vit le blessé deux heures après l'accident. Il constata l'existence de plusieurs fractures, savoir :

1° Une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, à un pouce et demi environ au-dessus de l'apophyse styloïde. Cette apophyse était, en outre, détachée à sa base par un second trait de fracture, et offrait une mobilité indépendante.

2° Une fracture des deux os de la jambe gauche. La fracture du tibia était située à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de cet os; elle était très oblique, et la pointe du fragment supérieur faisait saillie à travers la peau déchirée. Le péroné était cassé un peu plus bas, à environ deux pouces au-dessus du sommet de la malléole externe.

3° Une fracture transversale de la rotule du même côté, avec un écartement notable des fragments entre lesquels la peau présentait une dépression large et profonde.

La fracture du radius fut facile à réduire et à maintenir. On appliqua deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure avec des compresses graduées. La consolidation se fit régulièrement, sans aucune difficulté.

Mais l'existence simultanée d'une fracture de la rotule et d'une fracture compliquée de la jambe du même côté suscitait pour le traitement des difficultés particulières. Sur le moment, et en attendant un meilleur appareil, qui ne fut prêt que le lendemain, on appliqua un simple bandage de Scultet.

Quelques heures après sa chute, le blessé fut pris de délire nerveux. Cet accident céda à l'administration de l'opium à la dose de 20 centigrammes en une seule nuit. Le second jour, le bandage de Scultet fut enlevé et remplacé par l'appareil suivant : une longue et forte attelle, large de trois pouces, remontant jusqu'au milieu de la cuisse, descendant au delà de la plante du pied et garnie d'un coussin, fut appliquée sur la face postérieure du membre. Six trous pratiqués de chaque côté, sur les bords de cette planchette, donnèrent insertion à six larges liens, ou plutôt à six mouchoirs pliés en cravate, et décrivant chacun un cercle autour du membre. Les deux cercles supérieurs, légèrement obliques, contenaient la rotule et maintenaient rapprochés les fragments de ces os. Les quatre autres cercles étaient appliqués sur la jambe, laissant la plaie à nu pour les pansements de chaque jour.

Les deux liens supérieurs ou rotuliens ne purent être serrés qu'au bout d'environ une semaine, à cause d'une arthrite du genou qui s'était développée dès le second jour, ce qui nécessita l'application de quarante sangsues.

Il ne survint aucun autre accident. La plaie de la jambe se referma sans exfoliation. Au bout de cinquante jours, l'appareil fut enlevé et on trouva que la fracture de la jambe était complément consolidée; néanmoins, à cause de la rotule, dont le cal

fibreux ne paraissait pas encore assez résistant, l'appareil fut appliqué de nouveau et maintenu encore pendant trente jours. On permit alors au malade de quitter le lit et de marcher avec des béquilles; mais, pour plus de sécurité, on entoura le membre d'une bande amidonnée qui resta encore en place pendant dix jours.

A ce moment, c'est-à-dire quatre-vingt-dix jours après sa chute, le malade ne pouvait encore marcher qu'avec des béquilles; mais deux mois plus tard, il marchait assez bien avec un simple bâton. Enfin, à la date du 29 mai 1858, près d'un an après l'accident, les fractures du membre étaient parfaitement rétablies. La jambe était à peine le siége d'un très léger raccourcissement et le malade marchait aisément sans aucun appui, avec une claudication à peine appréciable.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DU NERF FACIAL (1);

Par L.-Ch. Roche,

Membre de l'Académie impériale de médecine.

Examinons d'abord, et discutons la valeur des faits sur lesquels repose l'opinion contraire à celle que je cherche à faire prévaloir.

Ces faits, les voici en peu de mots.

On voit fréquemment des individus être pris de paralysie d'une joue, à la suite d'une émotion violente, d'un accès de colère, ou d'un étourdissement accompagné ou non d'une chute et de perte de connaissance.

Comme la désharmonie qui existe en pareil cas entre les mouvements des deux moitiés de la face est ce qui frappe d'abord les regards, on s'occupe rarement de constater l'état de la sensibilité de la joue paralysée, et l'on croit aisément à une simple paralysie du mouvement. Cherche-t-on d'ailleurs à savoir si un certain degré d'anesthésie accompagne la diminution ou la perte de la motilité volontaire, on est très facilement induit en erreur? Interrogez le malade, il vous répondra le plus ordinairement qu'il ne s'est pas aperçu du plus léger affaiblissement de la sensibilité; la perte du mouvement a seule attiré son attention. Essayez de vous en assurer en lui faisant subir les petites épreuves de pincement, de piqûre, usitées en pareil cas, il vous dira qu'il sent parfaitement la petite douleur de vos épreuves, et il dira vrai, parce que dans l'hémiplégie bornée à la face, la sensibilité n'est jamais complétement éteinte. Venez-vous à comparer le degré de sensibilité de la face dans le but de constater une légère différence qui puisse vous éclairer, le plus ordinairement l'épreuve sera muette, parce que le malade ne peut saisir des nuances aussi légères dans la douleur. J'ai vu quelques personnes, atteintes d'*hémiplégie faciale*, ne s'apercevoir d'une différence de sensibilité entre l'une et l'autre joue, qu'en se lavant la figure avec de l'eau très fraîche; elles sentaient bien moins l'impression du froid sur la joue paralysée que sur la joue saine. Ce serait peut-être une épreuve qu'il faudrait toujours joindre aux précédentes.

La cause de la conservation plus ou moins complète de la sensibilité dans l'hémiplégie faciale est facile à expliquer.

Dans la paralysie de toute une moitié du corps, dans l'hémiplégie complète, à moins qu'elle ne soit subite et profonde, c'est toujours la sensibilité qui s'éteint la dernière; c'est toujours elle qui reparaît la première quand la maladie s'amende. On voit des paralytiques, incapables de faire le moindre mouvement, témoigner de la douleur et faire des efforts impuissants pour retirer le bras lorsqu'on le pique ou le pince. Combien ne voyons-nous pas d'hémiplégiques en voie de guérison, traînant une jambe et portant un bras en écharpe, ayant cependant recouvré presque entièrement la sensibilité de ces parties? On peut même apprécier jusqu'à un certain point le volume du caillot apoplectique et l'étendue de la déchirure du cerveau, et savoir si l'hémorrhagie cérébrale s'accroît, reste stationnaire, ou commence à être résorbée, par le degré de trouble du sentiment et par les modifications qu'il éprouve, soit en bien, soit en mal. Lorsqu'en effet, l'hémorrhagie cérébrale est considérable, la sensibilité est complétement abolie comme la motilité. L'hémorrhagie est-elle moins forte, on trouve quelques vestiges de sentiment dans les membres paralysés. Continue-t-elle de s'accroître, ces quelques restes de sensibilité s'effacent graduellement. N'augmente-t-elle ni ne diminue-t-elle, aucun changement ne se manifeste dans la faculté de sentir. La résorption commence-t-elle à s'en emparer, le sentiment se ranime peu à peu; c'est toujours lui qui reparaît avant le mouvement. Jamais la motilité ne traduit aussi rapidement les changements qui s'opèrent dans la lésion cérébrale.

Ne pourrait-on pas se rendre compte de ce grand fait par les considérations suivantes :

Le cerveau est le point de départ et l'incitateur des mouvements, tandis qu'il n'est que l'aboutissant, le percepteur et le juge des sensations;

La cause de la motilité réside en lui, tandis que celle de la sensibilité est dans la texture et la composition des organes, puisqu'elle change de mode et d'énergie selon cette composition et cette texture;

La sensibilité émane et part de tous les points de la périphérie, puisqu'on ne peut les mutiler sans provoquer la douleur, et le cerveau, au contraire, reste insensible aux mutilations qu'on lui fait subir dans les vivisections;

Donc, quand cet organe est lésé, il ne peut plus commander les mouvements placés sous sa dépendance et sa direction, il reçoit en quelque sorte la sensation malgré lui. Actif pour remplir la première de ces fonctions, il est purement passif dans l'accomplissement de la seconde.

Quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins certain et incontestable : la faculté de mouvoir peut être abolie dans les lésions cérébrales et la faculté de sentir persister encore à un certain degré. Si la première n'est qu'amoindrie, l'affaiblissement de la seconde peut échapper à l'observateur.

Or, l'hémiplégie faciale est la moins grave des paralysies de ce genre. Elle est évidemment moins grave que celle qui s'accompagne de la paralysie du bras; elle l'est infiniment moins surtout que celle qui frappe toute une moitié du corps. La lésion cérébrale qui la produit consiste, soit dans une congestion passagère, soit dans un petit épanchement sanguin du volume d'un grain de chènevis, d'un pois ou d'un haricot. Les symptômes sont conséquemment moins fortement accusés que dans l'hémiplégie complète. La paralysie du mouvement est moins absolue et la paralysie du sentiment y doit être à peine marquée. Il n'est pas facile, d'ailleurs, d'apprécier les dégradations du sentiment, parce que nous ne possédons pas de moyens de mesurer la sensibilité. Le plus léger défaut d'harmonie dans le jeu des muscles de la face s'aperçoit, au contraire, au premier coup d'œil. On a donc pu aisément se méprendre, et ne voir, dans la plupart des hémiplégies faciales que de simples paralysies du mouvement, quand en réalité le sentiment était aussi lésé. Et c'est ainsi que l'on est arrivé à cette conclusion qui paraissait logique, savoir, que la paralysie isolée des mouvements de la face était souvent l'effet et le symptôme d'une lésion cérébrale. Erreur physiologique, erreur pathologique, pour le médecin bien convaincu de cette vérité, que toute maladie du cerveau — je ne parle pas de ses membranes — pourvu qu'elle occupe un point situé au-dessus de l'entre-croisement des nerfs, entraîne nécessairement la perte ou la diminution simultanées des deux facultés de mouvoir et de sentir.

Je ne m'arrêterai pas à combattre longuement une autre erreur, qui n'est au reste que la conséquence obligée de la précédente. Prenant la plupart des hémiplégies faciales pour de simples paralysies du mouvement, et les voyant toujours produites par des causes cérébrales, on a tout naturellement attribué aux mêmes causes la production des paralysies faciales qui n'intéressaient réellement que le mouvement seul. Ainsi, par exemple, on a vu l'acinésie de la joue succéder à une explosion de la foudre, et l'on a dit que c'était à la frayeur et à la lésion du cerveau qui en avait été la suite, que cette paralysie du mouvement était due. Qui ne sait pourtant, que les violentes détonations de la foudre, comme celles de l'artillerie, ébranlent l'appareil de l'audition, déchirent parfois la membrane du tympan, déterminent souvent un écoulement sanguin par le conduit auditif, et rendent quelquefois sourd de l'un ou des deux côtés, suivant que l'ébranlement éprouvé par la colonne d'air, vient, dans la direction du son, frapper mécaniquement et comme le ferait un violent coup de tampon, une seule oreille ou les atteindre toutes les deux? Quand donc l'acinésie d'une joue survient en de telles circonstances, soit seule, soit accompagnée de quelques-uns des accidents dont nous venons de parler, il faut, de par l'anatomie et la physiologie, admettre l'existence de l'une des deux causes suivantes : ou bien, le nerf moteur facial a éprouvé directement les effets du choc électrique, qui, comme on le sait, suspend parfois localement les courants du fluide nerveux, ou bien ce nerf a été compromis dans les désordres de l'appareil auditif qu'il traverse dans toute son étendue; le point de départ de sa paralysie isolée ne pouvant, avons-nous vu, jamais être dans le cerveau.

Ici, je dois prévenir une objection. On ne manquera pas de me dire : le nerf moteur de la face naît dans le cerveau par plusieurs racines. Depuis ses points d'origine, qui ne sont pas bien fixés (protubérance annulaire, plancher du quatrième ventricule, pont de Varole, etc.), jusqu'à son entrée dans le conduit auditif interne, il parcourt un assez long trajet, accolé au nerf auditif. Ce dernier est un nerf sensorial et non un nerf sensitif, il transmet le son et ne transmet pas la douleur. On peut donc admettre que le premier puisse être lésé dans le cerveau et ne produire que des troubles dans les mouvements de la face, sans que la sensibilité de la joue soit le moins du monde altérée. On peut donc admettre, en un mot, une lésion du nerf moteur facial produite par une cause cérébrale.

A cela je pourrais répondre qu'il s'agirait en ce cas d'une lésion intra-crânienne du nerf lui-même plutôt que d'une lésion cérébrale proprement dite. Et si l'on trouvait la distinction par trop subtile, je demanderais s'il n'y aurait pas une subtilité plus grande encore, à supposer possible, la maladie de minces cordons nerveux, entourés de toutes parts par la substance cérébrale, sans que cette substance y participât et sans que, dès lors, la lésion se traduisît au dehors par des troubles simultanés de la sensibilité et de la motilité. Mais j'ai, je crois, une meilleure réponse à faire. La science possède-t-elle un exemple, un seul exemple de paralysie isolée des mouvements de la face dont la cause ait été constatée dans le cerveau sur le cadavre? Non. C'est donc une pure supposition. On ne renverse pas une doctrine qui s'appuie sur des faits incontestables d'anatomie et de physiologie, par une hypothèse en l'air, par une supposition que pas un seul fait ne justifie. En attendant la venue de ce fait — introuvable, je ne crains pas de le dire, — je persiste à croire qu'une telle paralysie n'est pas possible par une telle cause.

Enfin, on se fera peut-être un argument contre moi de certains faits analogues en apparence, dont on lit le récit dans quelques auteurs. Je veux parler des exemples de paralysies du nerf moteur oculaire commun, évidemment produites par des lésions cérébrales, constatées par l'autopsie cadavérique. On me dira donc : puisqu'il est prouvé que la paralysie d'un nerf du mouvement, le moteur oculaire commun, peut être l'effet d'une maladie du cerveau, pourquoi ne pas admettre, par analogie, qu'il en puisse être de même du nerf moteur de la face ?

Ma réponse sera courte. Il n'y a pas la moindre analogie entre ces faits. Dans ces paralysies du nerf moteur oculaire commun, les muscles de l'œil ne sont pas paralysés, ils sont *contracturés;* car le strabisme en est le principal symptôme, et certes on ne contestera pas que le strabisme ne soit un symptôme de contracture et non de paralysie musculaire. En second lieu, les muscles de l'œil ont très probablement perdu une partie de leur sensibilité; car, je le répète encore, le sentiment et le mouvement étant nécessairement liés, pour ainsi dire confondus dans le cerveau, et ne s'isolant que dans les agents de leur transmission, il est impossible qu'un dérangement matériel de cet organe, surtout ayant son siége dans les lobes antérieurs, comme cela a lieu dans les paralysies dont nous parlons, produise séparément le trouble de l'une ou l'autre fonction. On ne peut donc voir dans ces faits que des exemples d'inflammation circonscrite de la substance cérébrale, produisant la convulsion ou la contracture du nerf qu'elle embrasse dans sa sphère, en même temps qu'elle affaiblit la sensibilité dans les muscles de l'œil, comme une inflammation plus étendue de cette même substance, entraîne l'anesthésie de toute une moitié du corps et provoque la contracture de quelques muscles des membres, ainsi que l'a démontré Lallemand dans ses *Lettres sur l'encéphale*. Je persiste donc plus que jamais, et je répète : *La paralysie du nerf moteur de la face n'est jamais l'effet d'une cause cérébrale.*

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE NOUVELLES FORMULES IODIQUES COMME SUCCÉDANÉES DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LA SCROFULE, ET DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

Par le docteur Leriche, de Lyon.

Dans un précédent mémoire que nous avons publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, nous avons examiné la cause de la scrofule sous un certain point de vue, et nous nous sommes efforcé de démontrer que si l'hérédité jouait un très grand rôle dans sa genèse, la précocité des mariages était encore bien plus puissante. Aujourd'hui, nous allons chercher à démontrer l'efficacité des nouvelles préparations iodées pour combattre cette fâcheuse maladie, qui ne tend à rien moins qu'au dépérissement continu de l'espèce. En même temps, nous nous occuperons d'une autre affection, que nous regardons comme congénère de la première, et à qui les mêmes moyens sont applicables.

Depuis bien des années on cherche une préparation qui puisse remplacer l'huile de foie de morue par des composés d'iode, car on paraît à peu près convaincu que les corps gras ne suffisent pas pour remédier aux affections des os et des tissus blancs ou du moins qu'ils ne jouent dans cette amélioration qu'un rôle secondaire : la difficulté qu'on a quelquefois de soumettre les malades à l'usage de l'huile de foie de morue, à cause de la répugnance qu'elle inspire, surtout aux adultes, nous a fait aussi chercher à la remplacer, et il nous a semblé qu'il était deux ordres de médicaments qui présentent les conditions nécessaires : le sirop de cresson iodé et le vin iodé.

Il y a plusieurs années, M. Marchal (de Calvi) proposa un mélange d'huile d'amandes douces et d'iode, mais l'absence de toute combinaison entre ces substances ne permettait pas d'en continuer l'usage, sans que bientôt apparussent les accidents des préparations d'iode. Plus tard, M. Personne proposa à son tour l'huile iodée, qu'il obtenait en injectant de la vapeur d'eau dans un mélange d'huile et d'iode. On avait cru par là amener une combinaison intime propre à remplacer les produits que la nature nous offre; mais bientôt l'usage de ce médicament démontra que M. Personne était dans l'erreur, et que son huile iodée n'atteignait nullement le but qu'il s'était proposé; que, de plus, elle prenait un goût de rance qui en rendait l'emploi impossible. Du reste, nous appuierons notre opinion de celle de M. Devergie. « J'ai essayé, dit-il, l'huile de M. Personne, à l'hôpital St-Louis, » sur une assez grande échelle; pour la généralité des malades, » j'ai été obligé d'en revenir à mon traitement mixte; car elle » n'*agit pas comme l'huile de foie de morue et ne guérit pas* » *comme elle.* » Il en est de toutes ces huiles comme des eaux minérales artificielles, elles ne peuvent remplacer les eaux naturelles. MM. Guillermond fils et Grimaud sont entrés dans une voie plus vraie, et qui, nous en sommes convaincu, doit conduire à des résultats thérapeutiques très heureux en proposant des analogues; car l'expérience a démontré que si les huiles ont une certaine puissance corroborative, seules elles ne peuvent pas faire ce qu'elles font lorsqu'elles contiennent des principes iodés dans un certain arrangement moléculaire que la nature nous montre.

M. Grimaud, profitant de la manière toute particulière avec laquelle M. Dorvault prépare le sirop de raifort, y a associé l'iode; cette idée de l'association de certains antiscorbutiques et de l'iode nous paraît heureuse. Mais cette préparation ne remédie pas à l'inconvénient que le médecin cherche à éviter; l'action caustique de l'iode, l'intolérance de l'estomac pour ce métalloïde empêche

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 octobre.

d'en continuer l'usage un certain espace de temps ; en réunissant l'iode au raifort, on associe un tonique à un agent reconnu pour avoir une action toute spéciale, on pensait avoir un médicament facilement acceptable par le malade ; mais on est encore loin d'être à ce dernier point, car l'odeur seule du raifort répugne à beaucoup d'individus, et leur occasionne bientôt une aversion invincible.

M. Guillermond est venu proposer le sirop iodo-tannique. Nous ne nous étendrons pas sur le mérite de cette préparation au point de vue chimique, laissons ce soin à d'autres. Cependant elle nous semble une heureuse découverte, puisqu'elle a démontré la possibilité d'unir le tannin à l'iode, combinaison sur laquelle se taisent les livres de chimie les plus modernes. Si la préparation est bonne, au point de vue chimique, elle est infiniment meilleure que celle de M. Grimaud, à cause de sa facilité d'administration aux malades; mais il n'en est pas moins vrai que l'usage du sirop iodo-tannique ne peut être prolongé, et que, par conséquent, il est encore loin d'atteindre le but désiré.

C'est donc donc après avoir reconnu ces divers écueils que nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas possibilité d'arriver à quelque chose de mieux, tout en conservant l'idée première de nos devanciers. Après de nombreuses recherches, et des essais sans nombre, il nous a été démontré qu'il fallait unir l'iode à une matière organique qui le rendît plus assimilable, et se rapprochât le plus possible des combinaisons de la nature dans divers produits. Il ne suffit pas d'avoir un médicament qui a pour effet la modification de la constitution, mais bien une action toute spéciale sur les tissus blancs, et qui tend à rendre l'appétit meilleur.

DE L'UNION DE L'IODE AVEC LES SUBSTANCES ORGANIQUES VÉGÉTALES.

M. Guillermond dit qu'en mettant du tannin en contact avec de l'iode, il y a une nouvelle combinaison : l'iode s'est changé en acide iodhydrique ; ce sont là des questions que nous laisserons résoudre à de plus habiles que nous.

L'usage des préparations iodo-tanniques nous ayant fait connaître leurs inconvénients, nous avons cherché si nous ne pourrions pas trouver une autre substance végétale qui pût remplir le but que nous nous étions proposé.

Or nous avons vu que plusieurs substances remplissaient ce but, les écorces d'oranges amères, par exemple, les infusions concentrées de fleurs de roses de Provins, l'acide gallique, absorbent parfaitement l'iode ou en masquent complétement le goût et l'odeur, et ont l'immense avantage de ne former aucun *dépôt* dans leur association, ce qui permet d'avoir toujours une préparation identique et représentant mathématiquement la quantité d'iode que l'on veut.

Nous avons encore vu qu'il était d'autres substances végétales qui masquaient l'iode, mais infiniment moins bien que celles auxquelles nous nous sommes arrêté, telles que les bourgeons de sapin et de peuplier. Aussi nous sommes-nous arrêté aux substances dont nous avons parlé.

Nous allons faire connaître quelques-uns des agents qui entrent dans la composition de notre sirop, et expliquer pourquoi nous les avons préférés à d'autres. Il ne faut pas attendre de nous le *modus faciendi*. Ceci est l'affaire du pharmacien.

Il existe dans les anciens formulaires des préparations qui ont joui pendant un certain temps d'une grande réputation : c'est le sirop de *Portal* et le sirop antiscorbutique; mais l'action lente et douteuse de ces préparations a fait qu'on s'est adressé aux iodées pour les remplacer. Tous les moyens qu'on a proposés jusqu'à ce jour ont offert cet inconvénient : c'est que leur usage ne peut être assez longtemps prolongé, et que souvent on rencontre de la difficulté à faire prendre par les malades ces préparations, à cause de l'intolérance de l'estomac pour elles.

Pour éviter ces écueils, nous avons cherché des préparations qui renferment des substances qu'on a l'habitude d'administrer, plus de l'iode, sans offrir aucun des inconvénients que nous avons signalés; et en cela nous devons le dire, nous avons été très secondé par M. Guillermond fils.

Pour remplir l'idée de conserver à ces préparations les propriétés dites antiscorbutiques et corroborantes des anciens, nous avons pris pour base le suc de cresson. Voici pourquoi.

Le *sisymbrium officinalis* est une des plantes les plus usitées, soit dans l'économie domestique, soit en médecine, d'une saveur piquante, un peu amère, âcre ; l'analyse chimique est encore à faire; on sait seulement qu'elle contient une huile essentielle très amère et très odorante ; ses semences donnent une huile fixe dans les proportions de 55 p. 100. M. Chatin y a reconnu une quantité notable d'iode. Les thérapeutistes le recommandent dans les engorgements viscéraux chez les sujets dont le sang est appauvri, la fibre molle, décolorée, l'appétit peu marqué, les digestions difficiles, dans la phthisie commençante. Galien le recommande dans les calculs. Sydenham le fait entrer dans la composition d'un électuaire qu'il regarde comme souverain dans le rhumatisme chronique. Il excite la sécrétion de la salive, favorise l'expectoration ; il agit dans certains cas sur la peau, et active la transpiration cutanée; il fait partie des plantes dites antiscorbutiques. Il y avait donc indication pour nous, d'après toutes ces données, à nous servir de cette plante, comme base du sirop que nous recommandons et que nous avons nommé sirop de cresson iodé. Chaque 30 grammes de sirop contient exactement 5 centig. d'iode pur. Cette préparation offre cela de remarquable, qu'elle est infermentescible. Ainsi, nous en avons gardé pendant trois mois une bouteille débouchée et exposée au soleil, sans qu'il se soit manifesté la moindre trace de fermentation.

Bien que ce sirop remplisse la plupart des conditions que nous nous étions posées, il nous a semblé cependant qu'il ne suffisait pas pour certains cas, qu'il avait cela de commun avec l'huile de foie de morue, et qu'il fallait nécessairement une autre préparation plus énergique dans son entier, c'est-à-dire qui eût la propriété corroborante au plus haut point. Il y avait encore là une difficulté à vaincre, c'était de trouver un médicament acceptable pour tous, et, dans tous les cas, sans fatigues pour le malade ; en rappelant nos souvenirs, nous avions été frappé, il y a quelque quinze ans, des effets qu'avait obtenus Nichet pendant son majorat à la Charité, de l'emploi du vin pur qu'il avait fait chez des enfants rachitiques. Déjà on avait recommandé le vin dans la dégénérescence, la décompositon des humeurs, le scorbut, la tonicité qu'il rend aux fibrilles des vaisseaux exhalants et absorbants, suffit parfois pour rétablir ces deux fonctions, dont le dérangement avait produit ces lésions. Cullen et Van Swieten l'avaient déjà recommandé. « Le vin, dit Bordeu, peut remplacer la thériaque, il procure aux tissus une espèce d'ivresse bienfaisante qui les fait vivre. » Voici la formule que nous avons suivie :

Vin de Bordeaux.	250 gram.
Infusé concentré de roses de Provins.	50
Teinture d'iode	6

Ce qui représente environ 5 centigr. d'iode pour 30 grammes de vin.

On donne depuis une cuillerée ordinaire jusqu'à quatre et six cuillerées, suivant les indications et l'âge des malades; tous, en général, le supportent bien, et bientôt son effet se fait sentir d'une manière assez marquée.

Dans l'espace de trois années, époque où remontent nos observations, nous avons eu à soigner 38 scrofuleux. Les diverses lésions peuvent se diviser ainsi : engorgements glanduleux, abcédés ou non, 12; ulcères ou fistules, 8; suppuration des oreilles, 4; gonflement des os, 6; ophthalmies, 6; dartres, 2.

Sur ces 38 malades qui ont été soumis à un traitement continu, 21 ont été entièrement guéris, 8 n'ont subi aucune amélioration, ou du moins elle a paru peu sensible ; 9 n'ont été qu'améliorés, soit que le traitement ait été mal suivi, soit qu'il ait été abandonné par le malade.

Comme les chiffres ci-dessus l'indiquent, la proportion des guérisons que nous avons eues est bien plus considérable que celles qu'on obtient dans les hôpitaux, puisque M. Baudelocque n'en compte que 15 sur 67. Ce qui tient à ce que nos malades étaient dans des conditions hygiéniques infiniment meilleures, et que nous avons pu administrer l'iode à des doses beaucoup plus élevées qu'il ne le faisait, sans aucun inconvénient pour le malade.

Depuis que Coindet a conseillé l'iode contre la scrofule, la réputation de ce médicament ne s'est pas amoindrie; seulement, le mode d'administration a varié à l'infini. L'eau iodée de Lugol est peu employée aujourd'hui, à cause des accidents qu'elle déterminait du côté des voies digestives et de son goût désagréable, qui faisait que beaucoup de malades ne pouvaient la supporter.

Dans certains cas, il nous a semblé que quelquefois l'action de l'iode s'arrêtait, bien qu'on eût varié son mode d'administration; c'est alors que nous nous sommes adressé aux préparations phosphorées, pensée qui nous est venue après avoir lu l'article de M. de Jongh sur les *analyses de l'huile de foie de morue*. « Jusqu'à présent, dit M. Boudet, on avait attribué l'action de l'huile de foie de morue à la présence des chlorures, bromures et iodures de potassium ; mais c'est à la présence du phosphore, selon toute vraisemblance, que l'on doit surtout rapporter l'action merveilleuse de ces huiles dans les cas de rachitisme. »

Les seuls accidents que nous avons eu à remarquer par l'emploi prolongé des iodées suivant cette nouvelle préparation, et qui ont toujours cédé avec une extrême facilité, sont une espèce de petite fièvre que j'appellerai iodique, et qui a pour symptômes une céphalalgie légère, avec accélération du pouls, inappétence, un peu de soif; quelquefois nous avons remarqué un peu de gastralgie, mais qui cédait très facilement à l'usage des boissons aromatiques et légèrement amères.

Dans le traitement des maladies par l'iode, il faut souvent varier les doses et le mode de préparation, même suspendre le médicament pour le reprendre plus tard.

A côté des deux médicaments dont nous venons de nous occuper, il en est un qui a aussi pour nous une très grande valeur, mais dans des cas plus spéciaux; il s'applique moins aux états généraux, et par conséquent son emploi est moins fréquent : nous voulons parler du perchlorure de fer.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de juillet 1858. — Présidence de M. Moreau.

Sommaire. — Correspondance. — Propositions diverses. — Rapport sur les eaux minérales de Bondonneau. — Laryngite. — Observation de raucité de la voix. — Dysenterie. — Cas remarquable d'invagination intestinale. — Nouveau tænifuge.

La correspondance comprend :

1° Six numéros du journal espagnol *Il Iberia medica*, renvoyés à M. Bonassies.

2° Une brochure sur la *contusion et la déchirure de l'urètre*, par le docteur Demarquay.

3° Une brochure sur la *résection partielle du maxillaire supérieur*, par le même. M. Mercier est chargé de faire un rapport sur ces deux mémoires.

M. Trèves fait observer que la Société entrant cette année dans sa cinquantaine, il serait bon de célébrer cet anniversaire par une séance générale et une réunion confraternelle de tous les membres depuis la fondation. La proposition est adoptée, et une commission composée de MM. Compérat, Labarraque, Perrin, est chargée d'élaborer le programme de cette solennité.

M. Gimelle propose d'adresser une lettre de félicitation à M. le professeur Denonvilliers, pour le remarquable discours qu'il a prononcé devant le Conseil impérial de l'instruction publique, en réclamant le rétablissement du baccalauréat ès-lettres pour l'étude de la médecine, mesure qui relève notre belle profession, reléguée autrement parmi les classes illettrées.

La Société adopte à l'unanimité cette proposition.

M. A. Mayer fait un rapport écrit sur une note de M. le docteur Grasset, médecin de l'hospice de Montélimart, relative aux eaux minérales de Bondonneau (Drôme), dans lequel il conclut :

1° Que les observations recueillies par M. Grasset sont de nature à attirer l'attention des praticiens sur les propriétés des thermes de Bondonneau.

2° Que la composition chimique de ces eaux fait espérer qu'elles trouveront une utile application dans un grand nombre de maladies.

3° Que cependant une plus longue expérience est nécessaire pour en apprécier plus exactement la valeur, au point de vue clinique.

Les conclusions du rapporteur sont adoptées à l'unanimité.

M. Labarraque, l'un des plus anciens membres de la Société, réclame ensuite la parole pour un fait personnel.

Il se fait depuis quelque temps, dit-il, un certain bruit à l'occasion d'un prétendu radical du quinquina que l'on décore du nom de quinium, et qui se présente au public comme fabriqué par une maison de commerce, Alfred Labarraque et comp., au Havre.

Cet emploi d'un nom qui ressemble à celui de votre ancien collègue, et qui est aujourd'hui le mien devait prêter à la confusion, et c'est ce qui n'a pas manqué d'arriver, car, tout dernièrement, un journal de province, la *Gazette médicale de Lyon*, à la suite d'un article intitulé : *Emploi et invention du quinium*, ajoutait ce qui suit :

« Il nous paraît intéressant de rappeler que le mémoire de M. Guiller- » mont père fut présenté à la Société de pharmacie de Paris par M. Pel- » letier, inventeur de la quinine, et que le rapport en fut fait par M. La- » barraque, dont le fils veut attacher aujourd'hui son nom au quinium. »

Seul fils de feu Antoine Labarraque, votre collègue, il est de mon devoir de réclamer contre une assertion essentiellement contraire à la vérité.

La vérité est que :

Ainsi que mon honoré père, je suis et j'ai toujours été complétement étranger à toute exploitation de produits extraits du quinquina.

Que, personnellement, je ne me suis jamais occupé d'aucune affaire commerciale ou industrielle quelconque.

Enfin je n'ai aucune relation, directe ou indirecte, de parenté ni même de simple connaissance, avec MM. Labarraque et comp., qui se disent inventeurs du quinium.

La Société adhère vivement aux nobles paroles de l'honorable membre.

M. Bonassies rapporte, d'après les journaux espagnols, un cas d'aphonie guéri par l'électricité.

Le même praticien donne des soins à une dame d'une quarantaine d'années qui, il y a quinze ans, eut une pharyngite chronique qui nécessita de fréquentes cautérisations avec le nitrate d'argent. Ces jours-ci, elle fut prise subitement d'une laryngite aiguë, accompagnée d'aphonie; la bouche et l'arrière-bouche ne présentaient rien de particulier, il y avait un léger spasme de la glotte. On fit une forte saignée, on ordonna des fumigations de plantes émollientes, elle s'en trouva très bien, ainsi que des pilules d'extrait de belladone.

M. Boucard demande s'il y avait modification de la voix.

M. Bonassies : Cette dame était aphone.

M. Boucard soigne en ce moment une jeune fille atteinte de raucité de la voix; elle n'éprouve aucune douleur, mais cela est très désagréable. Elle a 15 ans. Le larynx et le pharynx sont légèrement rouges. On donne de l'Eau-Bonne, des bains sulfureux, mais le cas paraît embarrassant.

M. Labarraque se souvient que le docteur Bennati, qui s'occupait spécialement des maladies de la voix, publia quelque chose sur ce sujet dans un des premiers numéros du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*.

M. Perrin : Dans une des dernières séances, on a parlé de la paralysie du voile du palais à la suite de la diphthérite, mais on n'a pas signalé l'aphonie complète; je viens, dit-il, d'en observer un cas sur une domestique de 27 ans, vigoureuse fille, qui avait continué son travail tout en étant atteinte d'angine. Au bout de ce temps, elle éprouva de la difficulté à avaler; la gorge était saine; elle parlait tout bas; jusqu'ici tout a échoué, et cependant cette femme se prête facilement à tout ce que l'on veut employer. Les fortes cautérisations avec le nitrate d'argent, une éponge chargée d'ammoniaque étendu d'eau, la belladone, un vésicatoire à la nuque, n'ont donné aucune amélioration.

M. Simonot fait observer que la voix rauque dont a parlé M. Boucard n'est pas la suite de la diphthérite. Il pense qu'il y a eu de la toux et formation de fausses membranes, qui, en se durcissant, agissent sur la vibration des cordes vocales.

M. Otterbourg croit que l'aphonie dont a parlé M. Boucard peut se rapporter à la puberté; dans ces cas, il se loue beaucoup des vomissements produits par l'ipéca, ainsi que de l'hydrochlorate d'ammoniaque, très fréquemment employé en Allemagne, soit en pilules, soit associé au suc de réglisse.

M. Boucard n'a pas observé d'aphonie, il a parlé de raucité, de voix d'homme. Cette demoiselle est très bien menstruée; la mère et une sœur sont mortes de la poitrine.

M. Otterbourg : Peut-être a-t-on affaire à une affection hystérique.

M. Perrin ne verrait aucun inconvénient à conseiller les bains de mer, l'hydrothérapie.

M. Moreau, vu les fâcheux antécédents, emploierait l'huile de foie de

morue. Il soignait, il y a quelque temps, une jeune fille scrofuleuse qui prenait de l'huile de foie de morue, lorsque le père de la petite malade, homme de 45 ans, atteint depuis plusieurs années d'une voix rauque, voilée, manifesta l'intention d'essayer de ce moyen. Sans lui en garantir l'efficacité, on lui laissa faire l'épreuve, qui fut favorable, car, à son grand étonnement, la voix changea.

M. Dreyfus a été appelé dernièrement pour donner ses soins à trois malades : le premier était un vieillard très faible, atteint depuis neuf jours d'une dysenterie arrivée à sa dernière période. Le malade rendait des raclures d'intestin, les douleurs étaient des plus violentes, la maigreur extrême, le pouls faible, à peine sensible. Ce malade était vu par un homœopathe. On se borna à donner quelques lavements avec 6 gouttes de laudanum, et le malade succomba.

Trois jours après, la dame, âgée de 50 ans, fut prise aussi de la dysenterie, la peau était sèche, exempte de transpiration; on donna 10 centigrammes de poudre de Dower et un lavement avec 60 centigrammes de teinture d'iode, 1 gramme d'iodure de potassium et 60 grammes d'eau, remède prôné par un auteur allemand. Le second lavement fit cesser les selles. On donnait un lavement par jour. Au bout de sept jours, la guérison était opérée.

Une jeune fille de 5 ans, demeurant dans la même maison, et affectée de la même maladie, fut guérie de même.

M. Aubrun a vu récemment une femme enceinte de six mois, bien portante jusque là, prise subitement d'invagination intestinale. Au bout de huit jours, le cours des matières fut rétabli, les premières selles contenaient des débris d'intestin sphacélé; au début elles étaient très fétides, à la fin les garde-robes avaient un aspect gris-ardoise, avec de petits grains semblables à de la grenaille, à de la graine de lin, quelques-uns avaient la forme de petits coléoptères. Coupés, ces grains présentaient une première couche noire et molle, et une deuxième intérieure blanche. On croit à un produit accidentel soit du foie, soit des intestins.

M. Dreyfus demande si on a examiné le foie; pour lui, il croit que M. Aubrun a eu affaire à une affection biliaire.

M. Simonot : Il serait possible que ces corps appartinssent à une substance avalée antérieurement et dont la stagnation aurait produit l'invagination.

M. Aubrun ne peut admettre cette opinion, la maladie datait de plus d'un mois; il y avait dix à douze selles par jour et chacune renfermait une cuillerée à bouche de ces corpuscules.

M. Bonassies rend compte des observations contenues dans les numéros du journal espagnol. On y trouve un nouveau tænifuge, le *camala*, dont l'efficacité est presque infaillible; à la troisième ou quatrième selle, le tænia est expulsé. On donne 12 grammes dans l'eau, une seule dose suffit.

Trois abcès de la fosse iliaque ont été guéris par la potasse caustique.

Le secrétaire annuel, J. Gimelle.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

EXPÉRIENCES SUR LA DOCIMASIE PULMONAIRE; par le docteur Maschka, de Prague. — Plus de 100 poumons d'enfants et de fœtus ont été soumis à des influences variées pour essayer d'expliquer les opinions contradictoires énoncées au sujet de l'épreuve hydrostatique des poumons, servant à déterminer si l'enfant a respiré ou non. — Voici les résultats obtenus par M. Maschka :

1° Des poumons n'ayant pas respiré, surnagent par la putréfaction, quand ils sont plongés dans l'eau à une température moyenne. Dans un lieu frais, la destruction et la fonte putrides surviennent sans déterminer la surnatation.

2° La surnatation de ces poumons est le résultat d'une accumulation de gaz au-dessous de la plèvre. Les gaz ne se forment probablement pas dans le parenchyme pulmonaire même.

3° Quand on ouvre les bulles gazeuses sous-pleurales et que l'on comprime un peu le poumon, il se précipite instantanément au fond de l'eau.

4° Le même résultat est produit par les progrès de la putréfaction, qui finit par faire crever les bulles gazeuses.

5° Dans ces deux cas (3° et 4°), les poumons tombés au fond ne surnagent plus jamais pendant leur destruction putride.

6° Les poumons n'ayant pas respiré, exposés à l'air, sans liquide, se dessèchent sans production de gaz sous la plèvre et sans surnager.

7° Les poumons ayant respiré ou ayant subi l'insufflation artificielle ne perdent jamais l'air au point de plonger au fond de l'eau, quand on les coupe et les comprime, si ce n'est quand la compression a été assez violente pour les broyer, ou quand la putréfaction a entièrement désorganisé leur tissu. Cependant, au moyen de la machine pneumatique, on peut les priver d'air et les rendre plus pesants que l'eau.

8° Des poumons ayant respiré totalement ou en partie, ou auxquels on a insufflé de l'air et qui surnagent, tombent au fond de l'eau au bout de vingt à trente jours, par suite de la putréfaction, sans que leur texture soit détruite; car ils représentent leur légèreté par l'insufflation de l'air aussi longtemps que leur texture permet cette opération.

9° Les poumons ayant respiré totalement ou en partie, ou insufflés artificiellement, quand ils sont exposés à l'air sans le contact d'un liquide, se dessèchent de la surface au centre, et plongent alors au fond, après huit à douze semaines.

La question de savoir si la surnatation est le résultat de l'inspiration naturelle ou de l'insufflation artificielle, ne peut presque jamais être résolue avec certitude par l'examen des poumons seuls; tout au plus est-il possible d'en tirer une probabilité. Les caractères donnés par M. Devergie pour distinguer ces deux états sont vrais, mais n'ont pas de valeur absolue. Ainsi, il est extrêmement difficile de se faire une idée exacte de la richesse en sang réelle d'un organe. Il est des poumons qui, sans avoir respiré, sont gorgés de ce liquide, tandis que d'autres, ayant respiré, sont pâles et anémiques. Ordinairement l'évaluation de l'injection capillaire des parois des cellules pulmonaires n'est pas possible. La déchirure des parois des cellules par l'insufflation n'a lieu que quand celle-ci a été faite avec beaucoup de force. La présence du gaz dans l'estomac et dans les intestins n'existe souvent pas avec l'insufflation, et peut se rencontrer sans elle. Pour distinguer l'insufflation de la respiration naturelle, il faut rechercher toutes les conséquences physiques et physiologiques qui résultent de l'un ou l'autre de ces actes. Les cas, d'ailleurs, où l'on a à se prononcer sur cette question sont extrêmement rares.

Les principales conséquences pratiques qui découlent de ce qui précède sont les suivantes :

A. *Les poumons surnagent.*

1. *Il n'y a aucune trace de putréfaction.* — Ces poumons ont respiré ou ont été insufflés.

2. *La putréfaction existe.* — On incise les bulles gazeuses sous-pleurales; on détache la plèvre; on comprime modérément les poumons (le mieux dans un linge); s'ils continuent à surnager, on peut admettre avec une complète probabilité que ces poumons ont respiré ou ont été insufflés. S'ils tombent au fond, on doit admettre le contraire, et cette opinion devient certitude quand d'autres organes pleins, comme le foie, la rate, le cœur, etc., surnagent par suite de la putréfaction gazeuse des bulles et la compression du tissu.

B. *Les poumons tombent au fond.*

1. *Il n'y a pas de putréfaction.* — Les poumons n'ont pas respiré.

2. *La putréfaction existe.* — Si elle est avancée, si le tissu pulmonaire est mou, friable, de mauvaise odeur, etc., l'examen seul des poumons ne peut servir à reconnaître la respiration ou son absence. — (*Prager vierteljahrssehr.*, 1857, t. I, et *Oesterr. zeitschr. f. prakt. heilk.*, 1857, n° 22.)

ANALYSE DE LA DATTE ET DE LA NOIX D'ARÊCA; par le professeur Kletzinsky, de Vienne. — La datte renferme 85 0/0 de chair, 10 0/0 de noyau et 5 0/0 d'enveloppe. — Les dattes privées de leur noyau ont fourni à l'analyse chimique :

Eau	30 0/0
Sucre	36,2
Extrait aqueux avec 5 0/0 d'azote.	22,9
Pectine et pectates.	8,5
Cellulose.	1,5
Coumarine et acide citrique	0,1
Cendres	0,8

La matière azotée est de la gliadine ou de la légumine; la petite quantité de ce corps isolé n'a pas permis d'en déterminer exactement la nature.

La noix d'Arêca donne 49,48 0/0 d'enveloppe extérieure, 1,03 d'enveloppe de l'amande, et 49,49 d'amande. Celle-ci est composée de :

Eau.	3,58 0/0
Matière grasse	53,73
Émulsine, avec 14,35 0/0 d'azote.	30,10
Cellulose	3,99
Sucre.	6,35
Cendres.	2,25

La réunion de ces deux fruits donnerait un composé renfermant, sous une forme facile à digérer et agréable à prendre, les éléments de la nutrition d'un convalescent : des sels, des hydrocarbonés, de la graisse et des matières protéiques. — (*Aesterr. zeitschr. f. prakt. heilk.*, 1857, n° 45.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, 2 octobre 1858.

Mon cher confrère,

L'Union Médicale a publié, dans son numéro du 25 septembre dernier, le compte-rendu d'un livre de M. le docteur Francis Devay, intitulé : *Hygiène des familles.* Dans cet article, j'ai été frappé de rencontrer deux citations textuelles, les seules que l'auteur ait jugé utile de reproduire pour appuyer la thèse de M. Devay.

Eh bien, ces deux phrases, qui, à mes yeux aussi, expriment un fait grave et digne de méditation, ces deux phrases sont extraites, *mot pour mot*, d'un ouvrage que j'ai publié, pour la première fois, en 1848, dans les colonnes de votre journal (1). (Voir 1re édition, page 25, 2e édition, page 108, 3e édition, page 142.)

Avant de vous adresser ma réclamation, j'ai voulu me procurer le livre de M. Devay pour m'assurer, au préalable, si je n'y trouverais pas indiquée la source à laquelle notre confrère a puisé ce passage. Mais j'ai le regret de dire que je n'ai pas rencontré la moindre indication d'origine. Donc, il se l'attribue purement et simplement.

Il est sans doute flatteur pour moi de voir endosser mes opinions par un homme d'une aussi haute valeur que M. Devay, mais je tiens à ce qu'on le sache, et c'est là le but de ma revendication. Cependant, ce n'est pas tout.

Dans son chapitre consacré à l'*onanisme conjugal* et dans celui qui traite de la *contrainte morale*, M. Devay ne s'est pas fait faute de m'emprunter de nombreux arguments, tout en paraissant ne pas bien comprendre ma pensée sur ce dernier point.

« La contrainte morale (dit-il, page 189) est une expression des plus équivoques et des plus élastiques; si elle s'applique aux moyens destructifs, c'est un enseignement corrupteur; si l'on veut par là désigner la continence absolue, elle dépasse le but. »

Pour quiconque a lu mon livre, cette confusion est impossible, car, en préconisant la contrainte morale, je stygmatise énergiquement les moyens destructifs et ne pousse pas le rigorisme jusqu'à la recommandation de la continence absolue.

Pourquoi M. Devay a-t-il *jeté cette pierre dans mon jardin*, gratuitement et sans le moindre prétexte ?

Deux mots encore à l'adresse de M. le docteur Jules Guyot, l'auteur de l'article bibliographique en question.

En rappelant que l'immortel Paré, le père de la chirurgie française, n'a pas craint de souiller sa plume en écrivant un chapitre *sur la manière d'habiter et faire génération*, M. Guyot se demande « pourquoi ce programme n'a pas été développé comme les autres données de nos anciens maîtres, en proportion des temps et des progrès scientifiques? » et il paraît faire honneur à M. Devay d'avoir, le premier, eu le courage d'aborder ce thème difficile.

M. Guyot ignore sans doute, et je me permettrai de lui apprendre, que, dès 1848, j'ai rempli, selon la faible mesure de mes moyens, la lacune qu'il signale dans la littérature médicale, en mettant au jour mon livre sur les *rapports conjugaux*, dont la troisième édition est aujourd'hui presque épuisée.

A défaut d'autre mérite, je crois être, de notre époque, le premier médecin qui ait pris à tâche de concilier, sur une matière si délicate, les exigences de la morale et les vérités de la science.

J'espère, mon cher confrère, que vous voudrez bien accueillir ma légitime réclamation, et lui donner place dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. — Dr Alex. Mayer.

(1) *Des rapports conjugaux* considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique.

COURRIER.

Nous avons reproduit une note qui a paru dans la *Gazette des hôpitaux* et qui paraît mettre en doute la réalité de l'engagement contracté par le gouvernement persan avec M. Tholozan, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce. Des renseignements que nous a donnés depuis l'honorable directeur de cette École, M. Michel Lévy, il résulte que le traité qui appelle M. Tholozan auprès de S. M. le Scha offre le plus haut caractère d'authenticité et toutes les garanties d'une convention diplomatique; en effet, il a été discuté et arrêté entre S. Exc. Ferouck-Kahn d'une part et S. Exc. le comte Walleski, ministre des affaires étrangères de France, d'autre part. Préalablement l'assentiment de M. le maréchal Vaillant a été demandé et obtenu par les deux hautes parties contractantes; l'éminent ministre de la guerre a bien voulu concourir à l'accomplissement des vues du gouvernement persan sur M. Tholozan, et, en le plaçant hors cadre, lui conserver son grade dans la hiérarchie médico-militaire de France. Rien n'est donc plus sérieux que la nouvelle position de M. Tholozan, et, s'il a rencontré des difficultés, elles ne peuvent dériver que d'influences diplomatiques qui ne sauraient amoindrir l'honorable agrégé du Val-de-Grâce.

— Le concours pour la nomination à trois places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le mercredi 13 octobre.

Le jury se composera de MM. Aran, Chassaignac, Giraldès, Nélaton, Puche, Richet et Voillemier, *juges*, et de MM. Gendrin, Guersant, *suppléants*.

Les candidats inscrits sont : MM. Bastien, Béraud, Dolbaud, Duchaussoy, Fano, Houel, Jamain, Legendre, Trélat.

— Deux nouveaux concours vont s'ouvrir à l'administration des hôpitaux : l'un pour la nomination des élèves externes (il a commencé le 4 octobre; le registre d'inscription, ouvert le 30 septembre, sera fermé le 19 octobre); l'autre, pour les prix à donner aux élèves internes, commencera le 6 octobre; le registre d'inscription, ouvert le 4 octobre, sera fermé le 19 octobre.

— Par décret impérial, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, M. Leprestre, chirurgien en chef de l'hospice de Caen, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 119. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 7 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est la chirurgie qui a fait hier les frais de la séance. Après un rapport officiel sur quelques nouvelles sources d'eaux minérales, M. le docteur Trudeau a lu un mémoire sur la gangrène spontanée, dans lequel l'auteur nous semble avoir discuté avec sagacité, et à l'occasion d'un fait particulier dont il a exposé l'intéressante histoire, la cause anatomo-pathologique de cette terrible affection, les avantages et les inconvénients de l'amputation des membres sphacélés. Si jamais le rapport est fait sur cette communication de M. Trudeau, il y aura là matière à une vaste discussion.

M. le professeur Jules Roux, de Toulon, membre correspondant, a été appelé à faire la démonstration devant l'Académie de deux appareils de son invention, le premier destiné au traitement des fractures, et qu'il désigne sous le nom de *polydactyle*, le second qui consiste en un instrument nouveau compresseur des artères, et qu'il appelle *compresseur élastique et gradué*. M. Jules Roux a bien voulu confier à l'UNION MÉDICALE le mémoire accompagné de figures, dans lequel il expose les avantages de ses nouveaux appareils; cette publication commencera incessamment. Nous ne pouvons ici que rendre hommage à la manière distinguée et brillante avec laquelle M. Jules Roux a fait sa démonstration et a répondu aux objections, ou plutôt aux appréhensions exprimées par M. Robert, surtout à l'occasion de l'appareil compresseur des artères. La grande question du traitement des anévrysmes par la compression a failli être abordée. Dans le peu de mots qu'en a dits M. Robert, cet honorable chirurgien ne s'est pas montré partisan de cette méthode qui vient d'être réinstituée avec éclat par M. le docteur Broca. Rejetant à peu près la méthode, rien d'étonnant que M. Robert rejette aussi l'instrument. Mais M. Roux n'a pas eu de peine à démontrer qu'indépendamment de toute application thérapeutique à la cure des anévrysmes, un bon compresseur des artères devenait un instrument précieux dans un grand nombre d'autres circonstances, surtout quand cet instrument, comme le sien, peut porter son action sur des artères jusqu'ici inaccessibles, comme par exemple l'iliaque primitive. M. J. Roux a fait une addition intéressante à son compresseur, auquel il a adapté le niveau d'eau, dont le globule d'air traduit avec une grande précision les moindres oscillations de l'artère comprimée.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DU NERF FACIAL [1];

Par L.-Ch. ROCHE,

Membre de l'Académie impériale de médecine.

Cette paralysie peut-elle être le produit ou le symptôme d'une affection rhumatismale ?

Pour résoudre la question, suivons la marche que nous avons adoptée pour la solution de la précédente. Commençons par exposer les faits généraux qui semblent justifier une telle étiologie, nous en examinerons ensuite la valeur.

Il arrive fréquemment qu'après s'être exposées à un courant d'air frais, dont l'action a été limitée à un des côtés de la figure, des personnes sont atteintes, plus ou moins rapidement, d'une paralysie des mouvements de la joue, sans perte ni diminution de la sensibilité.

Ce sont bien là des cas de paralysie isolée du nerf moteur de la face, mais qu'est-ce qui prouve sa nature rhumatismale ?

La nature de la cause, l'action du froid, va-t-on me répondre, car c'est le seul motif sur lequel on se fonde pour baser un pareil diagnostic.

Ainsi, d'après cette manière de voir, il suffirait qu'une maladie survînt à la suite d'une impression vive et subite du froid, pour qu'on dût immédiatement la classer parmi les rhumatismes. A ce compte, la pneumonie, la pleurésie, plusieurs diarrhées, un grand nombre d'angines, la fluxion des joues et les abcès des gencives chez les personnes qui ont des dents cariées, toutes les névralgies, et une foule d'autres affections, seraient donc aussi de nature rhumatismale. Depuis quand ne demande-t-on plus le secret de la nature des maladies aux quatre sources de lumière qui, par leur réunion, peuvent seules le dévoiler, savoir, l'étude des causes, l'interprétation physiologique des symptômes, les moyens de guérison, et enfin l'anatomie pathologique. Depuis quand, surtout, se contente-t-on, pour l'établir, de la seule considération de la cause, quand cette cause n'est pas spécifique. Or, le froid n'a rien de spécifique dans sa manière d'agir. Il provoque des maladies différentes de siége et de nature. On ne peut donc pas dire que la paralysie du nerf moteur facial, quand il la produit, soit plutôt rhumatismale qu'inflammatoire, fluxionnaire, nerveuse, etc.

Qui ne voit d'ailleurs, que le courant d'air frais qui provoque cette maladie agit sur l'oreille en même temps que sur la joue. Il serait difficile, on en conviendra, qu'il en fût autrement. Qui ne sait, que toutes les paralysies connues du mouvement résultent, de la destruction, de la section, ou de la compression du nerf qui animait les muscles paralysés. Or, le nerf moteur facial n'étant en pareil cas, ni détruit, ni coupé, doit être comprimé. Il ne peut l'être que dans l'aqueduc de Fallope qu'il remplit en entier et où le moindre gonflement de son névrilemme l'étreint, le presse, et suspend sa fonction. On peut donc conjecturer déjà que sa paralysie a son point de départ dans l'oreille et entrevoir qu'elle pourrait bien ne rien avoir de rhumatismal.

Ses symptômes d'ailleurs sont en complète contradiction avec la nature qu'on lui suppose. En effet, toutes les définitions du rhumatisme données par les auteurs s'accordent à lui reconnaître deux caractères principaux, essentiels, constants, et qui font la base de son diagnostic : la douleur et la mobilité de cette douleur. Dans le langage des gens du monde comme dans celui des médecins, douleurs erratiques, douleurs qui se déplacent, et rhumatismes, sont synonymes. Eh bien ! voilà une maladie dans laquelle on affirme qu'il n'y a pas de douleur, une maladie qui ne se déplace jamais, et l'on dit cependant que c'est un rhumatisme. Ni la cause, ni les symptômes, ni le traitement, comme nous le verrons bientôt, n'autorisent un pareil diagnostic, et cependant on n'hésite pas à le porter. En vérité, c'est à n'y rien comprendre.

Je ne connais pas dans la langue médicale, de mot plus complaisant, plus élastique, et partant plus vague, de mot dont on use et abuse davantage, que celui du rhumatisme. On s'en sert pour désigner une foule de choses dissemblables et quelquefois même contradictoires.

On nomme rhumatisme, les douleurs non traumatiques des articulations. C'est le rhumatisme type. On nomme encore ainsi, les douleurs vagues qui siégent dans la continuité des membres et sur quelques parties du tronc. On donne encore ce nom à certaines affections douloureuses du derme chevelu, de l'estomac, des intestins, de la vessie. On le donne aux paralysies *non douloureuses* de la motilité. On le donne même à des anesthésies, c'est-à-dire à des pertes de la sensibilité. On le donne à des maladies, telles que l'aphonie, l'hémathémèse, la dysenterie, quand elles remplacent les douleurs articulaires et quand celles-ci leur succèdent et les font disparaître. *Ante hoc et post hoc, ergò propter hoc*, l'axiome devient doublement commode pour l'argumentation. On le donne à toute affection dont le diagnostic est difficile ou qui résiste aux moyens thérapeutiques ordinaires, si l'on vient à découvrir que le malade a eu autrefois, fût-ce vingt ou trente ans auparavant, des douleurs dans quelques parties du corps. On prétend qu'il existe des rhumatismes du périoste, même avec exostose. On admet un rhumatisme musculaire, un rhumatisme de l'utérus, un rhumatisme de l'œil sous le nom d'ophthalmie rhumatismale, un rhumatisme de la moelle épinière. On vient de découvrir un rhumatisme cérébral. On créera bientôt sans doute un rhumatisme du poumon, de la plèvre, du foie, etc. Je crois même que le dernier est déjà fait. Enfin, la goutte est devenue un simple rhumatisme. Au train dont vont les choses, le rhumatisme envahira bientôt la pathologie tout entière. Heureux temps alors, où l'humanité n'aura plus à redouter, et la médecine à étudier et à combattre, qu'une seule maladie, le rhumatisme, sous ses nombreux déguisements et dans ses mille et une métamorphoses. Trouvez alors un spécifique contre le rhumatisme, et la maladie et la thérapeutique ne seront plus qu'un jeu.

A-t-on du moins quelques raisons un tant soit peu plausibles, puisées dans les causes, les symptômes, le traitement, et l'anatomie pathologique, qui justifient en apparence ce rapprochement monstrueux d'objets disparates? Aucunes. Quelques-unes de ces maladies naissent sous l'influence du froid, ce qui n'est pas même constant pour elles; d'autres se développent sans causes connues ou par des causes de toute autre nature et très variées. Les unes sont douloureuses, les autres ne le sont pas. Telles sont accompagnées des quatre phénomènes de l'inflammation, douleur, chaleur, rougeur, et tuméfaction; telles au contraire n'ont que le symptôme douleur, elles manquent des autres signes inflammatoires, et c'est précisément pour cela qu'on les qualifie de rhumatismales, autrement ce seraient des phlegmasies. Celles-ci n'accélèrent presque jamais la circulation, celles-là sont presque toujours accompagnées de fièvre. Les unes sont très mobiles, les autres ne se déplacent jamais, elles s'usent sur place. Le traitement n'est pas le même pour toutes ces affections, attendu qu'il n'y a pas de traitement spécifique contre le rhumatisme. Enfin, les lésions anatomiques sont constantes et parfaitement connues pour les unes; il n'en existe pas d'appréciables pour les autres, et l'on dit même que cette absence de lésions est ce qui les caractérise comme rhumatismes. Tout diffère entre elles, ce qui n'empêche de les réunir sous une commune dénomination. Généraliser ainsi, c'est confondre.

On a cru pouvoir relier entre eux tous ces éléments hétérogènes, en inventant, en créant un *principe rhumatismal*, que l'on fait voyager dans toute l'économie et qui provoque, dit-on, les symptômes divers et les lésions variées, auxquels on donne le nom de rhumatisme. Mais, en fait, ce principe n'existe pas, on ne le connaît pas, on le suppose. D'un autre côté, la nature du rhumatisme est, dit-on, mystérieuse, inconnue. Voilà donc deux mystères destinés à s'éclairer réciproquement, la nuit pour éclairer les ténèbres. Quelle idée un peu nette, un peu claire, ce mariage des deux mots, *principe* et *rhumatisme*, représente-t-il à l'esprit? Je défie bien qu'on me le dise. Il n'y a pas d'yeux de lynx assez perçants pour pénétrer cette obscurité. Est-ce, comme hypothèse, comparable, à l'importance près, aux hypothèses de l'attraction et de l'affinité, que l'on propose d'admettre le prétendu *principe rhumatismal?* Oui, car on l'a dit, on l'a imprimé. Mais une hypothèse, pour se faire accepter dans les sciences, doit non seulement enchaîner sous sa loi tous les faits connus au moment où elle se produit, ou au moins, si elle n'est que partielle, les faits analogues d'une partie de cette science, mais encore elle doit ouvrir de nouvelles voies à l'observation et de nouvelles perspectives à l'esprit de recherches. Or, l'hypothèse d'un principe rhumatismal ne relie que des faits disparates ou contradictoires, elle ne pousse ni ne dirige la marche de l'observation, et, par sa prétention à tout expliquer, elle met en cellule murée l'esprit d'investigation et lui défend d'en sortir; c'est donc une mauvaise hypothèse.

Avec une telle confusion de faits, de mots, et d'idées, avec une pareille manière de philosopher, l'histoire du rhumatisme ne peut tarder, si ce n'est déjà fait, à devenir un informe et indigeste chaos, comme notre globe de boue avant que le souffle divin ne l'eût animé. *Rudis indigestaque moles.*

Pourquoi d'ailleurs une théorie particulière pour le rhumatisme, une théorie différente de celles des maladies ordinaires? Ses causes, sans être nombreuses, sont assez variées. Celle qui le produit le plus fréquemment, le froid, n'a rien de spécifique dans son mode d'action, pas plus que la chaleur, pas plus que l'humidité. Or, il n'y a pas de maladie spécifique sans que la cause le soit elle-même, miasmatique, vénéneuse, venimeuse, ou virulente, donc le rhumatisme n'est pas une maladie spécifique. Engendré par les causes ordinaires des autres maladies, il doit emprunter à l'organisation des tissus qu'il affecte, ainsi qu'à la nature de leurs fonctions, les particularités de son développement, de sa marche et de ses symptômes. N'en est-il pas ainsi de toutes les maladies non spécifiques.

Si l'on avait pris autant de peine à étudier à ce point de vue le rhumatisme qu'on s'en est donné à se perdre dans des abstractions métaphysiques qui n'ont abouti qu'à en obscurcir l'étude, son histoire ne serait pas aujourd'hui pleine de doute et d'incertitude; elle serait plus simple, il est vrai, mais aussi plus claire, et très probablement plus avancée.

Il serait, par exemple, très probablement démontré pour tous, que l'arthrite non traumatique, le véritable rhumatisme, est une inflammation franche du tissu fibreux des articulations, qui doit au peu de vascularité de ce tissu blanc et à la condensation extrême, si ce n'est à l'absence totale du tissu cellulaire dans sa

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 5 octobre.

texture, la faible injection sanguine, le peu de rougeur et la rareté des suppurations qui l'accompagnent ou la suivent, emprunte à la lenteur avec laquelle s'y accomplissent les actes de la nutrition, la lenteur de sa marche et de ses terminaisons, et reflète la nature de ses fonctions obscures de simples liens forts, résistants, peu extensibles, dans le caractère des douleurs de distension, de tiraillement et d'arrachement que les malades accusent. Le défaut de suppuration sert depuis quelque temps d'argument contre les médecins qui considèrent le rhumatisme articulaire comme une simple phlegmasie. L'objection ne me paraît pas sérieuse. Je viens de dire déjà la raison de la rareté de la formation du pus. J'ajoute que toutes les inflammations ne suppurent pas, que l'érysipèle simple qui n'atteint pas le tissu cellulaire, ce type des inflammations extérieures, la pneumonie, type des inflammations internes, ne suppurent jamais ou presque jamais, et que personne n'a pas pensé à leur contester pour cela le caractère inflammatoire.

On serait, en outre, généralement convaincu, que les affections dites rhumatismales de la continuité des membres et du tronc, musculaires ou non musculaires, ayant pour principal caractère l'absence de tout phénomène inflammatoire, et l'arthrite non traumatique, au contraire, en étant toujours accompagnée, la nature de ces deux maladies diffère d'une manière essentielle; que, par conséquent, si l'on veut donner à l'une le nom de *rhumatisme*, il faut le refuser à l'autre, sous peine de confusion des langues; enfin, que la première consiste en des névralgies aiguës ou chroniques, ainsi que je le faisais pressentir, il y a trente ans, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et comme Valleix a depuis entrepris de l'établir dans son excellent *Traité des névralgies*.

Si l'on avait su se soustraire à la domination, au joug de ces incohérentes théories, on n'aurait pas enlevé à la classe des névroses et des viscéralgies, à laquelle elles appartiennent bien légitimement, la plupart des souffrances des organes intérieurs exemptes de symptômes inflammatoires, pour agrandir le domaine usurpateur du rhumatisme, comme si ces organes n'étaient pas exposés de la même manière que les organes externes à contracter des névroses ou des névralgies aussi bien que des phlegmasies. Personne ne se serait cru suffisamment autorisé à qualifier de rhumatismales, une aphonie, par la seule considération qu'elle aurait guéri au moyen de bains de vapeur, une hématémèse, parce qu'elle aurait précédé, accompagné ou suivi le développement de douleurs articulaires, etc., etc. On n'eût pas fondé un ordre d'*anesthésies rhumatismales*; ce qui, si la douleur est bien, comme tout le monde d'ailleurs le reconnaît, le symptôme principal du rhumatisme, signifierait : abolition de la sensibilité avec exaltation de la sensibilité, ou *douleurs* sans douleur. Enfin, on ne regarderait pas comme un rhumatisme la paralysie d'un nerf moteur quelconque, et en particulier celle du nerf moteur de la face, par cela seul qu'elle résulterait de l'impression du froid, puisque, nous le répétons, l'action du froid n'a rien de spécifique, et n'est rien moins que nécessaire, de l'aveu de tous, à la production des affections dites rhumatismales.

Et quand on songe que l'enrôlement forcé de toutes ces affections diverses sous la bannière du rhumatisme est sans profit aucun pour la thérapeutique, on s'étonne de voir des médecins du plus haut mérite dépenser tant d'esprit, de science, de dialectique et d'érudition, à opérer un rapprochement, une assimilation tout à fait inutiles. En effet, il n'y a pas, nous l'avons déjà dit, de traitement spécifique du rhumatisme, il ne peut y avoir, par conséquent, de traitement qui devienne commun à toutes ces maladies. Qui ne sait que la saignée, les sangsues, l'opium, le tartrate d'antimoine et de potasse, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, l'arsenic, le colchique, la digitale, l'aconit, les sudorifiques, les purgatifs, les vésicatoires, les onctions mercurielles, les frictions et les applications narcotiques, les bains de vapeurs simples, aromatiques, alcoolisés, térébenthinés, les eaux sulfureuses, les eaux alcalines, etc., sont journellement mis en usage contre le rhumatisme, selon les idées théoriques, l'habitude ou le caprice des praticiens?

Au lieu de continuer à confondre dans la même étude des maladies aussi différentes, au lieu de s'obstiner à les réunir par une synthèse impossible, ne vaudrait-il pas mieux y porter le flambeau de l'analyse, les étudier isolément, chercher non plus les faibles et futiles ressemblances qui les rapprochent, mais les différences bien plus importantes qui les séparent, et demander, à la connaissance de plus en plus approfondie de leur nature et à l'expérience, les indications et les règles du traitement de chacune d'elles? Je le crois. On saurait bientôt alors si, comme je le pense avec le professeur Piorry, il n'existerait pas dans l'arthrite rhumatismale, et antérieurement à son invasion, une modification inflammatoire du sang, qui en préparerait de longue main l'explosion. Ne serait-ce pas l'explication naturelle des malaises prodromiques qui la précèdent dans la grande majorité des cas, des souffrances plus sérieuses d'autres organes par lesquelles elle débute quelquefois, et qui la remplacent et disparaissent tour à tour pendant sa marche, de ses invasions fréquentes sans cause apparente, de sa mobilité, de ses transports faciles sur d'autres organes, de la fréquence de l'inflammation de la membrane interne du cœur ou de l'endocardite, que le professeur Bouillaud nous a révélée et si bien appris à connaître, toutes particularités qui ne peuvent pas se retrouver dans l'arthrite traumatique, maladie accidentelle et qui n'est pas sous l'empire d'une cause générale. On comprendrait parfaitement aussi pourquoi celle-ci est souvent l'occasion de la première. Et faisant la même étude sur toutes les maladies disparates que l'on a violemment enrégimentées sous le même drapeau, on parviendrait promptement, je n'en doute pas, à débrouiller le tohu-bohu du rhumatisme.

Ne prolongeons pas davantage cette discussion. J'en ai dit assez pour mettre à nu l'inanité des doctrines du rhumatisme, telles qu'elles ont cours aujourd'hui dans la science. J'en ai dit assez, surtout pour prouver que la paralysie des mouvements de la face ne pouvait se rattacher à aucun titre à la classe des maladies de ce genre. Ce but atteint, il me reste à montrer ce qu'est cette paralysie, quel en est le point de départ, la cause et la nature, et quel en doit être le traitement. J'ai déjà fait pressentir mon sentiment à tous ces égards dans divers passages de cet écrit, je vais essayer maintenant de le démontrer.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE NOUVELLES FORMULES IODIQUES COMME SUCCÉDANÉES DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LA SCROFULE, ET DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

Par le docteur LERICHE, de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 5 octobre 1858.)

Bestuchef déjà avait signalé les bons effets de ce médicament; on sait que la base de la teinture qui porte son nom est du perchlorure de fer. Dans la pratique usuelle, cette teinture fut assez promptement abandonnée, à cause des difficultés que présente sa bonne préparation. Comme nous le disions tout à l'heure, cette manière de faire absorber du fer dans la scrofule ne convient que dans quelques cas particuliers, lorsque la chlorose se joint à l'état scrofuleux, ou bien encore lorsqu'il y a dysménorrhée. Or, dans ces deux cas, nous n'avons jamais vu les préparations ferrugineuses avoir une action bien salutaire.

Passons maintenant aux observations.

OBS. I. — Mlle M..., dévideuse, âgée de 27 ans, demeurant à la Croix-Rousse, est atteinte de la scrofule depuis son enfance; elle présente aux mains et au cou des cicatrices de tumeurs qui ont abcédé; elle est petite de taille, pâle, molle, peu d'énergie, appétit capricieux; elle a été réglée à 17 ans et d'une manière irrégulière. Pendant son enfance, on la soumit à tous les antiscrofuleux connus : jamais la santé ne s'est rétablie d'une manière bien franche. En 1854, elle vint nous trouver, et nous remarquâmes chez elle des tumeurs en chapelet, qu'elle avait sur les deux côtés du cou; il en existe une semblable à l'aiselle du côté droit. Depuis six mois environ, l'articulation métacarpo-phalangienne du côté droit offre la cicatrice d'une plaie qui a suppuré plusieurs années.

Le 20 avril, nous conseillâmes l'usage du vin iodé à la dose de 60 grammes par jour et un régime corroborant.

Le 15 mai, on peut déjà remarquer que la malade se colore ; elle est moins pâle, elle a l'œil plus animé; elle dit elle-même qu'elle est mieux. On ne remarque rien de particulier dans les symptômes physiques que nous avons signalés. Nous continuons le vin iodé à la dose de 3 onces.

20 juin. La malade a meilleur appétit; ses forces reviennent; les glandes du cou et de l'aisselle, qui étaient douloureuses, ont diminué de sensibilité et de volume. On continue les mêmes moyens.

20 juillet. Mieux très marqué ; tous les symptômes de la scrofule s'effacent; la menstruation aussi participe du bien général : les deux dernières fois elle s'est montrée régulière et avec plus d'abondance.

10 octobre. L'état général continue de s'améliorer chaque jour ; les tumeurs ont presque disparu. L'usage de l'iode n'a occasionné aucune répugnance ni malaise. Je diminue la dose de moitié.

Novembre. La malade se trouve dans un état de santé parfait ; jamais, dit-elle, elle ne s'est trouvée aussi bien ; elle travaille sans fatigues; le sommeil et l'appétit sont très bons. Je cesse toute médication.

Deux mois après nous revoyons la malade : sa santé s'est maintenue, et elle continue à se bien porter.

RÉFLEXIONS. — Cette malade mérite, à plus d'un titre, qu'on s'arrête sur les résultats obtenus chez elle, à cause de sa mauvaise constitution, de son âge, et de l'insuccès de tous les moyens ordinaires.

La tolérance remarquable de l'économie pour l'iode pris sous cette forme, et l'usage aussi longtemps continué (sept mois) est aussi digne de remarque au point de vue physiologique. L'action de l'iode a vraiment été manifeste aussi sur les fonctions de l'utérus.

OBS. II. — Louis Ferrand, âgé de 5 ans, enfant d'une mauvaise constitution, pâle, étiolé, ayant toutes les glandes du cou tuméfiées, ventre gros, appétit capricieux, appartenant à des parents pauvres, est dans cet état depuis deux ans. Déjà l'enfant a été soumis à l'huile de foie de morue et aux toniques sans un grand succès.

Le 3 avril 1855, nous soumettons cet enfant à l'usage de la tisane de feuilles de noyer, et conseillons une cuillerée de vin iodé. Pendant huit jours, après ce temps, on en donnera une matin et soir. Régime gras, Viandes rôties. On continue ces moyens pendant un mois. Après ce temps, on ne remarque pas une grande amélioration ; cependant il semble que l'état général est meilleur; le teint s'est coloré; le ventre est plus souple, moins gros.

10 juin. L'enfant est manifestement mieux. Les tumeurs du cou ont diminué de volume. On continue le vin iodé, qui est porté à trois cuillerées par jour.

15 juillet. Le malade va très bien, le ventre est tout à fait affaissé, les tumeurs du cou ont disparu, l'enfant est gras et mange bien. Je conseille de continuer encore un mois l'usage du vin à dose décroissante.

RÉFLEXIONS. — Chez cet enfant, la tolérance du vin iodé est à remarquer, les premiers quinze jours où il fut soumis à son usage, il prit une fièvre assez intense qui n'avait cependant rien de spécial, au point de vue de l'organisme, mais qui offrait le caractère continu, et occasionnait une céphalée assez intense avec un coryza léger. Je regardai ce phénomène comme occasionné par l'iode : aussi lui assignai-je le nom de fièvre iodée; et, en effet, il suffit de cesser l'usage du médicament pendant quelques jours pour ramener les choses dans leur ordre habituel.

OBS. III. — Antoinette M..., âgée de 14 ans, bien constituée, teint brun foncé, cheveux noir d'ébène, vint nous trouver le 10 mars 1856. Elle portait à la partie inférieure du cou, à gauche, un engorgement volumineux de nature scrofuleuse. Cet engorgement, au lieu de diminuer, s'est accru d'une manière notable, de telle sorte qu'aujourd'hui il a le volume du poing, sans changement de couleur à la peau, indolent, mobile, inégal, s'enfonçant profondément dans l'espace triangulaire, limité en avant par la clavicule, et en arrière par l'omoplate. L'état général est assez bon; la menstruation n'a pas encore eu lieu; les fonctions digestives sont en bon état. Je prescris le vin iodé à la dose de 60 grammes par jour (10 centig. d'iode), un régime fortifiant et une tisane de feuilles de noyer dans la journée, une pommade à l'oxyde noir de cuivre sur la tumeur. Au bout d'un mois de ce traitement, la tumeur avait sensiblement diminué. Je continuai les mêmes moyens pendant un mois encore sans rien changer. Après ce temps, l'état général s'était amélioré sensiblement; la tumeur était réduite à la grosseur d'un œuf de pigeon. J'augmentai la dose du vin de 30 grammes, et fis faire des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

Un mois après, la santé générale semblait revenue, le teint était plus coloré, les fonctions digestives toujours bonnes, la tumeur réduite au volume d'une grosse fève.

Je cesse tout traitement en conservant le régime, et soumets la malade à l'usage du phosphite de chaux, à la dose de 1 gramme par jour; sous l'influence de ce traitement, continué pendant six semaines environ, toute trace de la scrofule avait disparu, et, depuis trois mois que tout traitement a été abandonné, la constitution, qui avait éprouvé comme un temps d'arrêt dans son développement, s'est achevée, les menstrues sont venues pour la première fois il y a quelques jours.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord, chez la malade qui en est le sujet, on remarque le caractère de la scrofule au plus haut degré, puis une espèce d'arrêt de développement. L'usage de l'iode a modifié toute l'économie; mais cependant il nous semblait qu'il y avait une espèce de suspension médicamenteuse dans son action, aussi l'avons-nous abandonné pour soumettre la malade à un sel à base de phosphore et de chaux qui a une grande efficacité pour activer les mouvements organo-plastiques.

OBS. IV. — *Diathèse scrofuleuse, avec abcès du genou droit.*

Mlle X..., âgée de 9 ans, demeurant à Lyon, montée des Carmélites, d'une constitution molle, blafarde, de grosses lèvres, a eu dans sa plus tendre enfance les glandes du cou très engorgées. Appétit capricieux. La charpente osseuse est très forte. Née de parents ayant déjà une teinte de cette prédisposition à la scrofule, à l'âge de 6 ans elle eut une ophthalmie scrofuleuse.

En 1856, au mois de mars, nous fûmes consulté par les parents. Voici les symptômes que nous observâmes : Les glandes sous-maxillaires et latérales du cou sont tuméfiées; la peau est rouge; elles sont peu douloureuses au toucher. A la face interne des mains, vers l'articulation des phalanges, il y a aussi de petites tumeurs, rouges et assez résistantes au toucher; aux pieds, vers la partie latérale des petits doigts, il y a aussi des tumeurs semblables, il y en a même d'ulcérées. La peau a une teinte blafarde, peu colorée.

Nous soumettons la malade au régime suivant : Sirop de cresson iodé, 30 grammes par jour, pendant cinq jours, puis une cuillerée matin et soir. Régime fortifiant, viandes rôties, vin de Bordeaux; bains; quelques infusions de feuilles de noyer.

Avril. Depuis environ cinq jours la malade est soumise au traitement ci-dessus. On ne remarque pas un changement notable. On continue et on applique sur les diverses tumeurs une pommade cuprique.

Mai. La malade a plus d'appétit; il semble qu'elle veut sortir de son apathie ordinaire; l'état général, en un mot, s'améliore, sans que pour cela les lésions des glandes semblent se modifier. Continuer le même traitement et porter le sirop à 90 grammes par jour.

Juin. Vers le 15 de ce mois, la malade est allée s'établir à la campagne; lors de son départ, il y avait un mieux manifeste; les glandes du cou se résorbaient, mais celles sous-mentonnières s'étaient ouvertes. Les ulcères des pieds étaient dans de meilleures conditions, la couleur s'était avivée et les autres petites tumeurs s'étaient améliorées. On continue les mêmes moyens.

Août. Le mieux, quoique lent, continue sa marche ascendante. Les diverses tumeurs s'effacent, et celles qui sont ouvertes tendent à se cicatriser. On ne change rien au traitement.

Octobre. Le 6, même état que ci-dessus. Point de changement notable. Depuis quelques jours la malade se plaint d'avoir de la douleur dans un genou, et en effet on reconnaît manifestement qu'il y a augmentation de volume, et par la pression on arrive à trouver qu'il y a un point très douloureux vers la tête du condyle externe du fémur. Nous ordonnons un repos le plus absolu, et faisons appliquer 3 sangsues, *loco dolenti*, etc.

15 octobre. On a continué les cataplasmes laudanisés et le repos; la douleur du genou a diminué, mais le liquide épanché est toujours évident, et sa quantité me paraît avoir augmenté. Nous nous bornons à faire des embrocations narcotiques. Nous changeons aussi l'usage du sirop. Il nous semble que son action est moins évidente (quoi qu'on reconnaisse par l'analyse la présence de l'iode dans les urines). Nous donnons le vin iodé. Même régime.

Novembre. L'état général de la malade semble s'améliorer, sans cependant faire des progrès rapides. Le genou et les ulcérations des pieds sont stationnaires. Nous continuons. Le liquide du genou a augmenté.

Décembre. Depuis quelques jours, la tumeur du genou a pris un volume assez grand ; la peau s'est amincie ; le point douloureux que nous avons signalé est moins fort; l'état général est toujours le même. Je propose une consultation avec M. le professeur Bonnet, qui eut lieu quelques jours après. Après avoir examiné la malade avec soin, il fut arrêté que le

traitement général suivi serait continué, et qu'on appliquerait un peu de pâte de Canquoin sur le point le plus déclive de la tumeur du genou. La répugnance des parents à ce moyen, fit qu'on tenta des vésicatoires volants pendant trois semaines sans obtenir de résultat. Et en janvier 1857, nous avons pu seulement faire l'application du caustique, qui a amené la sortie du pus contenu dans cette tumeur, et enfin la guérison totale du genou, les autres ulcères ayant progressé vers la guérison. Enfin, au mois de mars, une année après le commencement de l'usage de l'iode à l'intérieur, la guérison était complète.

Réflexions. — Dans cette maladie, nous retrouvons encore la scrofule au plus haut point; le système osseux vient participer de l'état général, toutes les fonctions réparatrices sont comme arrêtées dans leur essor. L'iode prolongé pendant un temps aussi long n'a amené aucun accident, et on a manifestement vu toutes les forces vitales renaître sous l'influence de ce médicament.

Après avoir démontré par ce peu d'exemples tout le parti qu'on pouvait tirer des nouvelles préparations iodées que nous recommandons, nous signalerons aussi les bons résultats que nous obtenons avec la pommade cuprique dont la formule est celle-ci :

POMMADE.

Onguent populeum. . . . . 30 grammes.
Acétate de cuivre cristallisé, et dissous dans une petite quantité d'eau . . . . 2 grammes.
F. s. a.

La dose du sel peut être portée jusqu'à 8 grammes.

DE L'EMPLOI DU SIROP DE CRESSON IODÉ DANS LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

En 1824, MM. Richond, Buisson et Henry conseillèrent l'emploi de l'iode dans les affections syphilitiques; mais cette pratique n'eut point de succès, et bientôt elle tomba dans l'oubli, bien que M. Lugol, en 1829, eût repris ces essais sans être plus heureux. A quoi cela tenait-il? Évidemment à ce que le mode de préparation de l'iode était vicieux et nécessitait une grande prudence pour éviter les accidents fréquents déterminés par l'emploi de cet agent.

Cependant, en 1842, Wallace vint démontrer que l'iode, dans certaines maladies syphilitiques, était vraiment le remède par excellence, et, à partir de ce moment, la réputation de l'iodure de potassium s'établissait d'une manière définitive, et qui, aujourd'hui, ne s'est pas démentie. A quoi donc tenaient les insuccès des premiers novateurs? Tout simplement à la nature de la préparation de l'iode, car tout le monde sait que c'est à l'iodure de potassium que Wallace donna le choix.

Pénétré de cette pensée, que l'iode était le remède par excellence dans ces cas, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas une autre préparation que l'iodure potassique pour arriver au même but, et si même elle ne présenterait pas des avantages sur lui. Nous avons cherché, et après bien des tâtonnements nous sommes arrivés à proposer le sirop de cresson iodique et le vin iodique. Nous allons rapporter quelques observations qui, mieux que tous les renseignements possibles, démontreront la grande efficacité de cette préparation.

Obs. I. — M. X..., âgé de 28 ans, d'une bonne constitution, porte depuis quelque temps des ulcérations à la voûte palatine et sur les amygdales; il a des douleurs dans les tibias la nuit; il a eu, dit-il, des urétrites trois ou quatre fois; elles ont toujours été très longues à guérir. En Allemagne, où il est resté quelque temps, on l'a soumis à un traitement mercuriel pendant deux mois sans arriver à le guérir. Depuis son retour en France, il s'est adressé à un pharmacien dont le nom figure à la quatrième page des journaux, comme ayant un spécifique pour ces maladies. Après plusieurs mois de traitement, il était dans le même état. Lorsqu'il vint nous trouver en novembre 1857, il nous présenta les symptômes que nous avons rappelés, plus des taches syphilitiques sur la poitrine, les jambes et la face. Notre diagnostic fut que nous étions en face d'accidents consécutifs. Nous conseillâmes un régime doux, des gargarismes avec une forte décoction de ciguë, toucher de temps en temps les ulcérations avec le nitrate d'argent. Tisane de saponaire comme délayant. Sirop de cresson iodé, à la dose d'une cuillerée matin et soir.

Quinze jours après l'usage de ce traitement, le malade trouve que son appétit est meilleur. Les douleurs sont moins vives, les ulcérations de la bouche sont modifiées; il semble qu'un travail de réparation se manifeste. Les pustules disparaissent. On continue les mêmes moyens. L'usage du sirop est porté à trois cuillerées par jour.

Décembre. Depuis un mois que le malade est soumis à l'usage de l'iode, à la dose de 15 centigrammes par jour, il y a une amélioration très grande; les digestions sont toujours très bonnes. Il ne s'est manifesté aucun accident iodique. Les ulcérations sont en voie de cicatrisation et les pustules disparaissent chaque jour. Nous conseillons les mêmes moyens.

25 décembre. M. X... va très bien. Toute espèce de symptôme syphilitique a disparu. Il ne reste plus que quelques taches cuivrées aux bras.

Les ulcérations de la bouche sont entièrement disparues; point de douleur la nuit. On continue le sirop à la dose décroissante, une cuillerée matin et soir pour toute médication.

15 janvier 1858. Le malade se trouve très bien; il n'a plus aucun symptôme de la maladie dont il était atteint.

Remarques. — Comme on le voit, ce malade, atteint d'accidents secondaires qui, en général, sont toujours très longs et très difficiles à faire disparaître, ont cessé avec une assez prompte facilité, et, bien que le malade ait pris 15 centig. d'iode métallique par jour et qu'il y ait été soumis pendant deux mois et plus, il n'en a éprouvé aucun accident. La quantité d'iode métallique qu'il a pris pendant le traitement a été de 10 grammes 20 centigrammes.

Obs. II. — *Syphilide papuleuse.* — Mme B..., âgée de 35 ans, d'une bonne constitution, a eu plusieurs enfants. Ses couches se sont toujours bien passées. Depuis trois mois, elle a sur les bras et la poitrine des pustules depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à une lentille. Le sommet de celles-ci est occupé par une petite croûte; leur couleur est très foncée, irrégulièrement groupées, entourées d'un petit cercle cuivreux. Il y a des papules qui se sont guéries et ont laissé après elles une tache fauve. L'antécédent était un chancre qui n'avait été nullement soigné. La malade ignorait ce qu'elle avait et ne voulait demander de conseils à personne. Ceci se passait trois mois avant le moment où elle vint nous demander conseil pour ses taches.

Le 10 décembre 1857, nous conseillâmes à la malade un régime doux, d'éviter l'action du froid, de boire dans la journée quelques tasses d'infusion de saponaire, et de prendre le matin une cuillerée à soupe de sirop de cresson iodé, qui fut pris chez M. Motte, pharmacien. Continuer pendant quatre jours.

Le 15 décembre. Le sirop est très bien supporté. On ne remarque encore rien de particulier dans l'état général de la malade. Seulement son appétit se développe. On porte le sirop à une cuillerée matin et soir.

30 décembre. La couleur foncée des pustules pâlit; le prurit qu'elles occasionnaient de temps en temps est moins fort. L'usage du sirop est très bien supporté. On en donne trois cuillerées par jour.

10 janvier 1858. Les papules ont presque disparu, c'est-à-dire que leur couleur est devenue très pâle; elles se sont affaissées. La malade se plaint de quelques symptômes de gastralgie; on diminue l'usage du sirop d'une cuillerée par jour, et on conseille quelques infusions de feuilles de trèfle d'eau.

15 janvier. Le mieux se continue. Les papules s'effacent de plus en plus; il ne reste guère qu'une tache fauve sur tous les points qu'elles occupaient. On diminue encore d'une cuillerée le sirop.

30 janvier. La malade n'offre plus aucune trace de la maladie qu'elle avait. Nous lui conseillâmes de prendre quelques grands bains avec du son de froment, et l'usage encore pendant une dizaine de jours du sirop. A dater de ce moment la maladie a entièrement disparu.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LA PESTE A BENGHAZI.

La *Gazette médicale d'Orient* publie le rapport du docteur Bartoletti, président de la première commission sanitaire envoyée à Benghazi. La commission déclare que l'épidémie qui règne à Benghazi est la peste. Voici les différents symptômes qu'elle a observés :

« La maladie éclate sans prodrômes; elle débute par des frissons, de la céphalalgie et de la fièvre. A cet état, succède l'abattement, une démarche chancelante, des vomissements bilieux qui cessent bientôt; la langue est blanchâtre, luisante, ocrée, souvent rouge à ses bords. Il y a du délire, de la constipation, quelquefois seulement de la diarrhée, mais sans persistance.

» Du deuxième au troisième jour de la maladie, avec l'augmentation de la fièvre et du délire, paraissent des pétéchies sur différentes parties du corps, des bubons aux aines et aux aisselles, ainsi que des parotides, et moins souvent des charbons. Plus tard, la réaction générale devient très intense, le délire augmente, tous les symptômes s'aggravent, un état comateux survient, parfois les bubons disparaissent, et le malade succombe entre le troisième et le septième jour après l'invasion.

» Quelquefois la mort a lieu dans les vingt-quatre heures, et, dans ces cas foudroyants qui sont relativement rares, les bubons manquent le plus souvent.

» D'autres fois, la maladie commence par l'apparition des bubons et la fièvre ne se déclare que trois ou quatre jours après. Ces cas ne sont pas très rares, et il a été observé que le cours en est ordinairement grave et la terminaison funeste. D'autres fois encore la maladie parcourt deux périodes, et, dans ce cas, elle prend une forme typhique, et, si elle doit être mortelle, les bubons s'affaissent, sans toutefois disparaître complétement.

» Ainsi, les bubons sont les points les plus saillants de la maladie. Ordinairement, ils se terminent soit par induration, soit par résolution. Il en est, toutefois, qui suppurent. Les charbons, assez rares au début de l'épidémie, étaient plus fréquents dans la dernière période, pendant laquelle les cas avec pétéchies tendaient, au contraire, à disparaître.

» L'épidémie avait pris naissance vers la mi-avril dans un campement d'Arabes, à huit heures de chemin de Benghazi. Les premiers accidents à Benghazi n'ont eu lieu qu'au commencement de mai. Il y avait alors de 1 à 4 décès par jour. Le 1er juin, l'épidémie avait pris un caractère plus violent, et, le 20 de ce mois, on compta en tout 20 décès. En mai, on a eu 95 morts; en juin, 542; et dans la première quinzaine de juillet, 169; total, 806.

» Le nombre des attaques aurait été de 1,340, ce qui donnerait une mortalité de 60 sur 100 malades; mais ces chiffres sont probablement trop faibles. Comme la population de Benghazi se trouvait réduite, par l'émigration d'un grand nombre de familles, à 3 ou 4,000 habitants, il y aurait eu 1 malade sur 3 personnes, et 1 mort sur 4 ou 5. La garnison de Benghazi, forte de 200 hommes, a eu 120 malades et 30 décès.

» L'émigration des habitants a propagé l'épidémie chez les Bédouins; elle y a fait des ravages qu'il est difficile d'apprécier. Elle a pénétré jusqu'à Medji, à dix-huit heures de Benghazi, et à Derna, où elle paraît avoir été portée par un navire arabe venu de Benghazi avec des malades à bord. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Octobre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le docteur Perrochaud, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la ville de Calais en 1858.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère, de Maine-et-Loire et des Côtes-du-Nord, en 1858. (Com. des épidémies.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Gavarret dans la section de physique et de chimie médicale, en remplacement de M. Guéneau de Mussy.

M. le Président invite le nouvel élu à prendre place parmi ses collègues.

Correspondance non officielle :

M. le docteur Leriche prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant une note relative à un nouveau chalumeau. Ce dépôt est accepté.

— L'Académie accepte également le dépôt d'un pli cacheté, envoyé par M. le docteur Rodet, de Lyon, et relatif à la neutralisation du virus rabique et du virus morveux; — et d'un troisième paquet cacheté contenant une note sur deux nouveaux produits médicamenteux, adressés par M. le docteur Cousin.

— M. le docteur Jules Rochard, de Brest, sollicite le titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

— M. le docteur Solari, de Marseille, adresse une note intitulée : *De la circulation artérielle dans les anastomoses par inoculations ou par arcades.* (Renvoyé à l'examen de MM. Poiseuille et Gavarret.)

— M. Préterre, dentiste américain, adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joints les numéros de juin, juillet, août et septembre 1858 du journal que je publie. Ces quatre numéros contiennent, à propos de la nouvelle méthode anesthésique inventée par M. J.-B. Francis, de Philadelphie, pour l'extraction des dents.

1° L'annonce de la découverte et l'exposé du *modus faciendi* (juin, page 192).

2° Un rapport du sous-comité des sciences et des arts de l'Institut de Pensylvanie (juillet, page 194).

3° Une note de M. Wilkinson (juillet, page 194).

4° Un mémoire de M. le docteur C.-P. Williams (juillet, page 197).

5° Deux lettres datées des 1er et 19 juin, et signées de mon frère A. Préterre, dentiste à New-York (juillet, page 197).

6° Une note signée A. Préterre, rédacteur propriétaire de l'*Art dentaire* (juillet, page 198).

7° L'annonce du travail de M. J. Rohtenstein, publié à Francfort, d'après l'*Art dentaire* (août, page 229).

8° Un feuilleton intitulé : *Sans douleur* (août, page 254).

9° Une lettre collective de mes frères des États-Unis et de moi (septembre, page 258).

10° Quelques observations sur des modifications légères que je propose, après nombreuses expériences.

Je regrette que l'un de mes plus anciens abonnés ait eu l'idée d'annoncer à l'Académie de médecine, comme nouveauté, une découverte vieille de plusieurs mois.

En regard des 150 expériences étrangères, appelant l'attention de mon très honorable confrère, je pourrais fournir à l'Académie un relevé statistique de plus de 1,500 extractions faites par la nouvelle méthode.

Depuis plusieurs mois, j'ai mis moi-même les procédés de M. J.-B. Francis aux mains de MM. les élèves des hôpitaux de Paris.

Si j'avais pensé qu'on pût, à l'Académie de médecine, présenter une découverte qu'on n'a pas faite, j'aurais tenu à honneur d'être le premier à parler, dans cette enceinte, de l'anesthésie galvanique.

Agréez, etc. A. Préterre,
Dentiste américain.

M. Velpeau, au nom de l'auteur, fait hommage à l'Académie d'une brochure de M. Roux, de Brignols, *sur la taille bilatérale et la taille médiane.*

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur les eaux de Casteljalloux. Il conclut en proposant à l'Académie d'autoriser l'exploitation.

M. Trudeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De la gangrène spontanée et des indications chirurgicales dans les cas de sphacèle des membres.*

Ce travail a pour base quatre observations, dans deux desquelles l'amputation a été pratiquée avec succès, une fois à la cuisse et une fois à la jambe, au lieu d'élection. Les deux autres malades sont morts sans avoir été opérés, par suite des maladies qui contre-indiquaient l'opération.

L'auteur croit pouvoir tirer de ces faits et de ceux qu'il a relevés dans les recueils périodiques depuis 1830, les conclusions suivantes :

1° L'artérite est une des causes les plus fréquentes de la gangrène spontanée.

2° Elle peut être traitée avantageusement, au début, par les émollients, les antiphlogistiques et l'opium.

3° Dans le cas de sphacèle des membres, l'attente de l'élimination spontanée augmente et prolonge les dangers du malade.

4° Elle l'expose aux chances défavorables d'une opération consécutive.

5° L'amputation faite en temps opportun abrège ses souffrances et diminue les dangers de sa position.

6° Elle est une ressource extrême, mais souvent précieuse et indispensable quand il n'existe pas de contre-indications.

7° La théorie embolique peut trouver son explication dans quelques cas d'affections chroniques du cœur et des gros vaisseaux à sang rouge.

Dans un autre travail, complémentaire de celui-ci, que l'auteur se propose de présenter à l'Académie, il examinera les indications et les contre-indications de l'amputation pour chaque espèce de gangrène. (Com. Larrey, Nélaton et Robert.)

M. le docteur Jules Roux, de Toulon, membre correspondant, présente de nouveaux appareils applicables à toutes les fractures, à toutes les artères, à tous les points du corps qu'on veut comprimer. (L'Union

MÉDICALE publiera dans un prochain numéro le mémoire *in extenso* de M. Roux à ce sujet, ainsi que la description de ses appareils.)

Après la communication de M. J. Roux, M. Robert demande à lui soumettre quelques observations.

« Certainement, dit M. Robert, les appareils de notre honorable collègue sont très ingénieux, et ce qu'il vient de nous dire très intéressant, toutefois je ne puis m'empêcher de remarquer, en premier lieu, que son appareil, qu'il nomme polydactile, s'applique à trop de choses. Depuis trente ans, combien n'a-t-on pas préconisé de ces appareils contre les fractures, qui ne sont point restés dans la pratique? D'où celà vient-il? De ce que tous s'écartent de la simplicité qui fait le mérite de celui de Scultet par exemple, et qui permet qu'ils soient partout et toujours applicables. Aussi restent-ils exclusivement aux mains de leurs inventeurs qui seuls les emploient. Les praticiens les négligent, parce qu'ils ne peuvent posséder un arsenal de machines, en général très coûteuses, et qui ne sont utiles, après tout, que dans un nombre limité de cas. Le problème à résoudre est de faire beaucoup avec peu de chose; et le premier reproche que j'adresse aux appareils de M. Roux, c'est de pas répondre à cette légitime exigence.

Quant à la compression des artères, c'est un point extrêmement difficile, et quelle que soit la perfection apportée récemment aux instruments par M. Broca et par M. Roux, je sais que les malades ne peuvent guère la supporter. Notre collègue nous a parlé de chiffres à l'aide desquels il évalue la compression nécessaire pour chacune des artères, mais je ne pense pas qu'on puisse apporter quelque apparence de rigueur mathématique dans ces sortes d'appréciations, cela varie suivant trop d'éléments différents. Il ne saurait être, en effet, question de la compression exercée sur des hommes bien portants et dans des conditions physiologiques; il s'agit de juger le procédé au point de vue pratique et de l'employer dans des cas pathologiques. Eh bien, je dis que, dans ces circonstances, toute compression est rarement supportée plus de deux heures sans d'intolérables douleurs; si l'on persiste, il se forme des escarres à la fin du premier jour. J'ai appliqué l'appareil de M. Broca sur trois malades affectés d'anévrysmes des membres et qui tous les trois étaient très patients et très désireux de guérir; aucun n'a pu supporter l'appareil au-delà de quelques heures; d'un autre côté, je sais qu'il y a eu des succès par la compression digitale. J'en conclus que les appareils, quelque parfaits et délicats qu'ils soient, ne peuvent remplacer la compression digitale.

J'ajoute, relativement à la partie élastique de l'appareil de M. Roux, que l'élasticité est vraiment une force incalculable quand on l'applique aux tissus vivants. Il y a quelques années, on inventa des bandes en caoutchouc qui présentaient, en théorie, un très grand nombre d'avantages, entre autres celui de supprimer les nombreuses pièces de linge qui entrent dans un pansement. Je voulus les essayer et je fus bien vite convaincu qu'une force élastique permanente, même très faible, et, pour ainsi dire, inappréciable dans les premiers moments, détermine rapidement des escarres. Je dus y renoncer.

Enfin, quant au cercle articulé sur lequel la vis de pression prend son point d'appui, il ne me semble pas qu'il offre, dans sa simple courbure, des éléments suffisants pour pouvoir s'appliquer sur toutes les régions du corps.

M. J. Roux : M. Robert a raison de s'élever contre la multiplicité des appareils nouveaux; mais cette richesse indique la pauvreté de l'art, et montre que les anciens appareils ne remplissent pas toutes les indications. Il reproche au mien d'être compliqué; il a raison. Mais s'il est compliqué, c'est qu'il doit servir à l'hôpital à une foule de malades, et recevoir des membres fracturés de dimensions variables. Pour un seul blessé, on peut faire un appareil polydactile avec une simple planchette, sur laquelle on dessine, à l'aide d'un crayon, la forme du membre, et que l'on perce de deux rangées de trous parallèles, au niveau du trait marqué par le crayon.

M. Robert craint que la compression élastique n'ait de funestes effets; il est cependant des cas où l'art est supérieur à la nature. Ainsi, la pointe avec laquelle M. Malgaigne maintient le fragment supérieur du tibia dans les fractures de la jambe, peut rester en place pendant quarante jours sans accidents, tandis que la compression faite avec le doigt détermineratit certainement des escarres. Le doigt offre une surface trop large, et, de plus, la compression digitale appliquée aux artères est trop forte, elle supprime complétement la circulation et favorise la formation des caillots passifs. Avec le compresseur élastique, on ne comprime que ce que l'on veut, la moitié, le quart même du vaisseau malade.

M. Roux adresse quelques critiques à l'appareil de M. Broca, à qui, d'ailleurs, il rend toute justice, et dont il proclame admirable le *Traité des anévrysmes*.

Revenant à son appareil, il termine sa réponse aux objections de M. Robert en indiquant un moyen très simple et très ingénieux à l'aide duquel il est possible d'apprécier exactement l'amplitude des oscillations du courant circulatoire, et, par conséquent, le degré de pression exercé par la pelote qui comprime. C'est un petit niveau d'eau placé à l'extrémité du demi-cercle métallique qui supporte la vis. C'est, selon M. Roux, un instrument d'une sensibilité très grande et qui, appliqué sur le cœur, par exemple, traduit fidèlement la force, les intermittences, et tous les accidents du rhythme. M. Roux le croit destiné à devenir un moyen de diagnostic précieux pour toutes les lésions d'organes dans lesquels se passent des mouvements oscillatoires.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Avril 1858.

GRENOUILLETTE; EXTIRPATION; par le docteur Walton. — La malade avait déjà été traitée de sa grenouillette par l'incision du kyste avant de venir à l'hôpital Sainte-Marie. La grenouillette, située sous le côté droit de la langue, s'était reproduite avec des dimensions assez considérables pour gêner notablement la mastication et la parole. Le docteur Walton passa un séton dans la poche muqueuse; c'est là son mode de traitement favori, et rarement, ajoute l'auteur, cette méthode échoue dans la guérison de la grenouillette. Cependant, au bout de quelques semaines, on constata un insuccès complet, les fils du séton avaient ulcéré les tissus, sans produire toutefois l'inflammation nécessaire pour détruire la surface secrétante de la tumeur. Le chirurgien résolut donc de l'extirper en totalité. L'opération fut aisément pratiquée, on disséqua la tumeur à l'aide d'une pince ténaculum et d'un petit bistouri. Il n'y eut pas besoin de faire de ligature; un seul petit vaisseau situé près du maxillaire donnait un peu de sang, mais, comme il était caché dans la profondeur du tissu et par conséquent difficile à atteindre, on fit quelques injections d'eau froide et l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt. Le docteur Walton fait remarquer que l'opération a été très facile, grâce à l'intelligence de son aide qui maintint parfaitement la langue de côté pour la garantir du bistouri. La malade quitta l'hôpital le quatorzième jour de l'opération, parfaitement guérie.

KYSTE POPLITÉ GUÉRI PAR L'INJECTION ALUMINÉE; par le docteur Barwell. — Un homme d'une quarantaine d'années entre au Charing-cross Hospital, portant une tumeur fluctuante bien circonscrite, développée sous l'aponévrose superficielle du creux poplité : elle est dure, élastique; l'état général est excellent; on diagnostique un kyste à parois minces, contenant un liquide séreux. Le chirurgien pratique une ponction avec un petit trocart et vide la tumeur, puis, avec un bandage un peu serré, il applique une compression méthodique dans le but de faire adhérer les parois du kyste. Mais au bout de quelques jours, et malgré la compression exacte à laquelle elle était soumise, la tumeur se reproduisit et atteignit bientôt ses dimensions primitives. On pratiqua donc une nouvelle ponction, et quand tout le liquide fut évacué, on injecta par la canule du trocart une solution aluminée, contenant 20 centig. du sel pour 30 grammes d'eau. On laissa l'injection dix minutes en contact avec les parois du kyste, puis on la fit sortir en totalité. La compression fut alors appliquée de nouveau. Une semaine après, le recollement était complet, et il n'y avait plus trace de tumeur.

L'auteur fait remarquer que l'on emploie rarement ce mode de traitement pour les kystes du creux poplité, dans la crainte de voir s'y développer une inflammation trop vive bientôt suivie de suppuration. Il ajoute que ces accidents ne sont nullement à craindre, si l'on a le soin d'employer une solution aluminée suffisante pour produire une inflammation adhésive, et de vider exactement le kyste lorsqu'on y a laissé l'injection pendant le temps nécessaire pour obtenir ce résultat. — D.

COURRIER.

L'HÔTEL-DIEU DE PARIS. — Le déménagament des bureaux de l'administration des hospices et leur emménagement dans les nouveaux bâtiments construits *ad hoc* sur la place de l'Hôtel-de-Ville, viennent de commencer. Après qu'ils auront été effectués en entier, on installera dans le local abandonné par l'administration des hospices autant de lits qu'il sera possible de le faire, et tout aussitôt on procédera à la démolition des bâtiments de l'Hôtel-Dieu, résolue, comme on sait, pour le complet dégagement du quai, bordé par cet établissement hospitalier.

On croit généralement, mais sans preuves authentiques, que la fondation de l'Hôtel-Dieu est due à saint Landry, évêque de Paris, au milieu du VIIe siècle. Les chanoines de Notre-Dame ne possédaient, dans le principe, que la moitié de cet établissement; l'autre partie leur fut cédée en 1202 par Renaud, évêque de Paris. On admettait là non seulement des malades pauvres, mais encore des pauvres valides; c'était un hôpital dans le sens vrai du mot. Philippe-Auguste est le premier roi qui ait fait quelques libéralités à l'Hôtel-Dieu. On lit dans une de ses lettres : « Nous donnons à la maison de Dieu de Paris, pour les pauvres qui s'y trouvent, toute la paille de notre chambre et de notre maison de Paris, chaque fois que nous partirons de cette ville pour aller coucher ailleurs. » L'accroissement de la population amenant naturellement celui des malades, le service de l'Hôtel-Dieu devint bientôt insuffisant. En 1217, le doyen Étienne, conjointement avec le chapitre, chargea quatre prêtres et quatre clercs des soins spirituels; trente prêtres et vingt-cinq sœurs furent chargés de pourvoir aux besoins des malades.

Sous le règne de saint Louis, cet hôpital fut rebâti et considérablement augmenté; il prit alors le nom d'Hôtel-Notre-Dame, et fut exempté des droits d'entrée et de toutes les impositions. En 1511, la rue des Sablons, qui longeait la rivière, fut fermée pour augmenter l'intérieur de cet établissement hospitalier qui atteignit alors le petit Pont. En 1531, une maison située sur ce dernier pont fut achetée, et, sur l'emplacement de cette maison, le cardinal Duprat, légat, fit bâtir la salle qu'on nommait encore, avant la Révolution, salle du Légat. En 1602, Henri IV fit construire la salle Saint-Thomas; en 1606, la salle Saint-Charles, qui donna son nom à un nouveau pont bâti sous ce règne, fut achevée par les libéralités de Pomponne de Bellièvre.

Louis XIV, à l'imitation de ses prédécesseurs, voulut favoriser les développements de cet hôpital, et il lui donna des appartenances et dépendances du Petit-Châtelet.

Vers 1772, l'encombrement était devenu si grand, qu'on avait été forcé de faire coucher huit malades dans le même lit; presque toujours, le lendemain, trois ou quatre avaient cessé de vivre. La mortalité croissait au fur et à mesure, et ce voisinage de l'Hôtel-Dieu était devenu une cause permanente d'infection pour la Cité. On voulut alors transporter les malades ailleurs, à l'hôpital Saint-Louis et à la Maison dite de Santé; on parla de supprimer l'Hôtel-Dieu, et, à cet effet, des lettres patentes furent rendues en 1773, un an précisément après un grand incendie qui avait failli l'anéantir déjà. Mais de vives réclamations s'étant élevées contre ce déplacement, on y renonça, et un système d'administration, plus juste et plus en rapport avec les besoins des malades, fut pratiqué dans cet ancien établissement.

Sous la Révolution, l'Hôtel-Dieu fut débaptisé pour s'appeler Maison de l'Humanité : c'était toujours la même chose. Le 1er vendémiaire an XII, le ministre de l'intérieur posa la première pierre du portique, qui fut élevé par les soins et sous la direction de Clavereau, architecte de cet hôpital. Ce portique se compose de trois colonnes doriques sans cannelures qui supportent une frise et un fronton sans ornement.

On voit, en entrant sous le pérystile de l'Hôtel-Dieu, la statue de saint Vincent-de-Paul et celle de Montyon, deux amis des pauvres, deux bienfaiteurs de l'humanité. On voit ensuite un grand vestibule sur lequel ouvrent les bureaux, les salles de garde, les amphithéâtres, deux grandes salles de chirurgie, etc. Le grand escalier est décoré des portraits des médecins et chirurgiens les plus célèbres de cet hôpital. Plusieurs tables d'inscription rappellent les diverses ordonnances relatives aux dotations de cet établissement, depuis celle de Philippe-Auguste jusqu'à celle de Louis XVI.

Quant à l'emplacement futur de l'Hôtel-Dieu, bientôt démoli, on ne sait encore rien de bien précis à cet égard. Nous avons cependant tout lieu de croire qu'il sera rebâti dans de plus vastes proportions, de l'autre côté de la Cité, ainsi que nous l'avons déjà annoncé à nos lecteurs.

Ainsi vont disparaître petit à petit les vieux monuments et les vieux souvenirs de ce berceau de Paris. Lorsque l'Hôtel-Dieu aura été démoli et que Notre-Dame aura été dégagée tout à l'entour, il ne restera plus rien, cette basilique et le Palais-de-Justice exceptés, de la Cité du moyen-âge. Ainsi auront disparu : le cloître, où étaient autrefois enseignées les sciences; la halle de Beauce, ou marché au blé; la chapelle Saint-Agnan, évêque d'Orléans; la petite église collégiale de Saint-Denis-du-Pas, *ab ejus passione*, bâtie sur le lieu où Saint-Denis endura, dit-on, le supplice du feu; une autre église collégiale, Saint-Jean-le-Rond, sur les marches de laquelle fut exposé d'Alembert, célèbre philosophe du XVIIIe siècle; l'église de la Madeleine; la chapelle Saint-Symphorien; l'église Saint-Christophe; l'église Saint-Pierre-aux-Bœufs, etc., etc. La place du Parvis-Notre-Dame ne sera pas plus reconnaissable, d'ici à quelques années, que ne l'est aujourd'hui la place de l'Hôtel-de-Ville. — (*Siècle.*)

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 120. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 9 Octobre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

MM. les académiciens reviennent à l'Institut. Plus qu'à Paris, on sent à la campagne que les matinées sont fraîches; jusqu'à l'heure du déjeuner, les allées des parcs sont mouillées et les pelouses attendent le soleil de midi pour sécher la rosée qui les inonde. Le soir, on ne peut, sans paletot doublé ou sans manteau, admirer les flamboiements de la comète qui s'en va. Nous la regrettons, mais, enfin, les vendanges sont faites et les académiciens reviennent. Ce sont là des compensations.

Ils ne reviennent pas tous cependant, et, lundi dernier, ni M. le Président, ni M. le vice-Président n'étaient à leur poste. C'est M. Pouillet qui a présidé la séance, et il ne l'a pas présidé longtemps, car elle s'est terminée peu après quatre heures, personne ne demandant la parole. Le public était assez nombreux.

Après le dépouillement de la correspondance fait par M. Élie de Beaumont, M. Velpeau a déposé sur le bureau la seconde édition de son *Traité des maladies du sein.*

La première édition de cet ouvrage, publiée en 1854, avait pour base un ensemble de 2,000 observations; à celles-ci sont venues s'ajouter 800 observations de nouvelles; 200 par chacune des années écoulées.

De la comparaison de ces cas très nombreux de maladies affectant la même région, l'illustre chirurgien de la Charité tire des conséquences ou curieuses ou importantes que nous aurions désiré mettre dès aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs. Voici seulement celles que nous avons saisies au vol de la lecture rapide faite par M. Velpeau.

Un quart environ des tumeurs du sein sont des tumeurs bénignes; le temps n'est pas loin où elles étaient toutes regardées comme cancéreuses.

Le sein gauche est un peu plus disposé au cancer que le sein droit, sans qu'il soit possible d'assigner une cause probable à cette fréquence plus grande.

Il n'est pas tout à fait exact de dire, comme on le fait, que l'âge de retour soit l'époque où le cancer apparaisse et se développe le plus souvent.

Il n'est pas vrai non plus que les femmes mariées y soient plus sujettes que les autres.

Une opinion très répandue parmi les gens du monde et même parmi les médecins, c'est que les femmes qui ne nourrissent pas sont plus exposées que celles qui nourrissent aux maladies du sein; c'est une erreur. La fréquence de ces affections est, au contraire, d'un tiers plus grande chez les nourrices.

La constitution, le tempérament, le caractère, la position sociale, les conditions hygiéniques, le genre de vie, le pays, etc., n'exercent aucune influence sur la production du cancer. Quant à la nature du cancer, malgré tous les efforts des micrographes, elle est encore absolument inconnue.

— M. le docteur Bouisson, de Montpellier, est venu lire un mémoire sur la dessiccation des plaies, obtenue par la ventilation et employée dans le but d'arriver plus vite et mieux à leur cicatrisation. M. Bouisson compare aux plaies sous-cutanées celles dont la cicatrisation s'opère sous les croûtes, et que, pour cette raison, il appelle sous-crustacées.

— M. Guérin-Menneville a fait une nouvelle communication relative à l'élève du ver à soie du ricin : il peut être très bien alimenté avec les feuilles du chardon à foulon. L'habile naturaliste s'occupe surtout maintenant de la question du croisement des vers à soie, et il annonce qu'il a obtenu des résultats fort satisfaisants.

— M. Trecul a lu un mémoire sur la formation des utricules.

— M. Cl. Bernard, au nom de M. Claparède, a déposé une note sur certains points de la physiologie de la vision. L'auteur annonce qu'il adressera prochainement un mémoire sur ce sujet.

— M. Pelouze, au nom de M. Pean de Saint-Gilles, a présenté une troisième note sur les propriétés oxydantes du permanganate de potasse.

Et, enfin, M. Dumas, au nom d'un professeur de Gand, a déposé une note sur les falsifications que l'on fait subir, en Belgique, aux farines et au pain, au moyen des sels de cuivre.

Dans notre précédent *Bulletin*, nous avons mentionné un mémoire sur le ramollissement de la moelle chez les pellagreux, mémoire que M. Flourens a présenté à l'Académie avec des éloges. L'auteur de ce mémoire est M. E. Billod, et non M. Guillot, comme nous l'avions écrit. — Voici un extrait de ce travail :

« Dix aliénés pellagreux étant morts dans mon service, dit M. Billod, depuis la publication de mon mémoire sur une variété de pellagre propre aux aliénés et l'envoi de ma note à l'Académie des sciences (séance du 1er mars dernier) sur le ramollissement de la substance blanche de la moelle épinière chez les aliénés pellagreux, j'ai cru devoir adresser à l'Académie le relevé des autopsies qui ont été faites avec le plus grand soin par mes internes, et en ma présence. On verra que le résultat de ces autopsies est absolument confirmatif de celui sur lequel j'ai eu l'honneur d'appeler son attention dans la note précitée, et tend de plus en plus à démontrer que le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière paraît être un fait constant chez les aliénés pellagreux qui meurent dans la période cachectique de leur affection.

J'ai dit que ce ramollissement était général ou partiel sur nos dix sujets : il a été général, bien que plus prononcé dans certains points, deux fois; — partiel, huit fois.

Dans toutes ces observations, la consistance de la substance blanche cérébrale était aussi normale que possible. Dans sept cas, le ramollissement comprenait à la fois les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle; deux fois il a paru borné aux faisceaux antérieurs, et une fois aux faisceaux postérieurs.

Aucun des sujets n'avait présenté de son vivant de symptômes de paralysie. Dans les dernières périodes de leur vie, leur faiblesse était telle, il est vrai, qu'ils ne pouvaient rester que couchés; mais nous nous sommes convaincus plusieurs fois que, nonobstant cette faiblesse, qui était générale et inhérente au progrès de la cachexie pellagreuse, aucun symptôme de paralysie spéciale n'était appréciable, car les malades pouvaient encore, pour certains besoins, rester quelques instants levés et debout.

Dans la même séance, M. Wanner avait adressé un mémoire

Feuilleton.

CAUSERIES.

A part les deux événements de ces jours derniers, le rétablissement du baccalauréat ès-lettres et l'institution de l'Association générale, — événements trop gros pour les faibles colonnettes du feuilleton, — le feuilleton ne voit rien ou presque rien sur l'horizon médical. Quant au premier de ces événements, que pourrait dire d'ailleurs le feuilleton d'aussi beau, d'aussi digne et d'aussi élevé que le magnifique rapport de M. le ministre de l'instruction publique? A-t-on jamais tenu envers la médecine et les médecins un plus honorable langage? Deux fois, en quelques années, deux ministres de l'instruction publique, M. de Salvandy au Congrès médical, et M. Rouland à l'occasion du baccalauréat ès-lettres, ont eu à exprimer les sentiments du gouvernement pour la science médicale, pour notre art, pour ses ministres, et certes nous serions bien exigeants si nous n'étions pas satisfaits de cette glorification scientifique et professionnelle. Voyons-y autre chose, mes chers confrères, qu'une petite satisfaction donnée à l'amour-propre de notre corporation, voyons-y surtout une espérance, une promesse. Quand une semblable appréciation de notre science et de notre profession part de régions aussi élevées, ne doutez pas qu'elle ne pénètre peu à peu dans toutes les couches sociales. Alors se réalisera pour nous la belle pensée de Montesquieu, les mœurs seront faites à l'égard de la médecine et des médecins, et le progrès des lois suivra inévitablement ce progrès des mœurs. Nous l'avons cru plus avancé qu'il ne l'était ce progrès des mœurs, et c'est en cela que nous nous sommes trompés en demandant trop tôt aux pouvoirs publics des conditions professionnelles, dont la société ne comprenait pas encore la légitimité et la justice. Tous ceux qui s'occupent de ces questions ont appris par expérience que c'est moins dans les régions élevées du pouvoir que le progrès est à espérer que dans les régions intermédiaires. En haut, nous ne trouvons que bonnes paroles, que généreuses intentions, qu'intelligence prompte et sûre des besoins à satisfaire; mais aussitôt qu'il faut revêtir de formes administratives ces aspirations si bien comprises, c'est alors que naissent les embarras et les difficultés, c'est alors que, par des atermoiements successifs, on aboutit à l'inaction la plus complète.

La doctrine que nous n'avons cessé de soutenir dans ce journal depuis la grande déception de 1845 est celle qui se résume dans cette formule célèbre : *Aide-toi, Dieu t'aidera.* Le conseil était bon, mais le moyen — qui le comprenait mieux que nous-même? — le moyen suprême, celui que nous préconisions sans cesse, l'Association, ce moyen manquait ou était insuffisant.

Nous sommes aujourd'hui en possession pleine et entière de ce moyen suprême. Selon que nous saurons nous en servir, nous y trouverons ta réalisation de toutes les promesses qu'il porte dans ses flancs. Mais ce sera là le thème de considérations ultérieures. Dans ce moment et pour ce qui nous concerne comme journaliste, nous avons voulu abandonner le corps médical, et nos lecteurs en particulier, à leurs propres et spontanées impressions, et rien ne nous prouve que nous ayons eu tort de nous fier à leurs lumières et à leurs intentions.

Mais tout cela est bien sérieux pour le feuilleton qui voudrait vous égayer ou vous distraire. A l'impossible nul n'est tenu, dit un vieux proverbe, et le feuilleton respecte trop ses lecteurs et lui-même pour prendre les libertés des chroniqueurs de la grande presse, qui, à bout de chroniques, en inventent de toutes pièces. Aussitôt que soufflent les premiers vents d'automne, le feuilleton devient triste et maussade. Les jardins sont dépouillés de leurs fleurs et de leurs fruits, les oiseaux chanteurs se sont enfuis, le soleil se voile et la bise va venir, le feuilleton ne peut pas rire. Tout au plus peut-il saluer le retour de nos confrères voyageurs. C'est qu'ils reviennent en effet un peu tous les jours. On s'en apercevait mardi dernier à l'Académie de médecine; la séance a pu durer jusqu'à quatre heures et demie, phénomène inobservé depuis deux mois. Les naïades de nos eaux thermales se sont retirées dans leurs grottes les plus profondes, les frileuses; aussi de toutes nos stations arrivent à tire d'aile nos confrères de l'hydrologie. Qui le croirait? Par ce bel, hâtif et long été dont nous venons de jouir, il y a plainte générale sur toute la ligne de l'hydrologie. La saison a été moins bonne que celle de l'année dernière. Moins bonne, entendons-nous; non pour les hôteliers, les baigneurs, et les marchands; au contraire; il y a eu partout plus de monde que jamais; ce n'est pas la quantité, c'est la qualité qui a baissé. Peu de grands noms, peu d'aristocratie de tout genre, peu de riches étrangers, l'Anglais particulièrement a brillé partout par son absence. De sorte que d'un concert unanime et touchant nos confrères de l'hydrologie déclarent avoir reçu plus de monnaie que de grosses pièces. Que nos confrères y fassent attention; les plaintes du public contre l'effroyable exploitation des hôteliers sont générales. Ces indignes trafiquants chasseront de nos thermes un grand nombre de familles. La Providence nous a généreusement dotés de sources bienfaisantes, laissera-t-on plus longtemps l'avidité de quelques hommes les rendre inaccessibles pour le plus grand nombre?

Et remarquez que ces maladroits industriels font le plus absurde des calculs, le calcul du sauvage, qui coupe l'arbre pour en avoir le fruit. Toujours est-il que je connais, pour mon compte, plusieurs familles auxquelles les eaux salutaires de tels ou tels thermes que je pourrais citer, sont très utiles, et qui ne veulent plus en entendre parler, tant elles ont été victimes de l'odieuse cupidé des hôteliers. Je parle de nos stations françaises; aussi qu'arrive-t-il? certaines eaux de l'Allemagne et les bords du Rhin où l'hospitalité, sans s'exercer tout à fait à la manière des montagnards écossais, est au moins tolérable et humaine, ont hérité, cette saison dernière, de tout ce qu'ont perdu nos thermes. Que nos confrères de l'hydrologie se le disent, et que, par leur influence et leur autorité morale, ils avisent à mettre un frein à l'avidité des logeurs et des marchands.

Voici un touchant et noble exemple de bonne confraternité médicale. Est-on heureux d'avoir à signaler de pareils traits de dévouement et d'affection! Nous l'envions à la Belgique, et Dieu veuille que nous devenions à cet égard les contrefacteurs de nos confrères voisins. On lit dans le *Journal de médecine de la Société des sciences médicales de Bruxelles* :

« M. T.-J. Urbain, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, est mort à Pâturages le 7 septembre. Les journaux politiques nous apprennent que, à la suite des obsèques de M. Urbain, les médecins de Pâturages et des communes voisines ont pris une résolution que nous ne pouvons louer assez haut comme un exemple de sincère et véritable confraternité médicale et qui fait le plus grand honneur au corps médical. Les honorables confrères dont nous signalons ici la belle et noble conduite se sont engagés à desservir, au bénéfice de sa famille, les fonctions dont M. Urbain était chargé en qualité de médecin de plusieurs exploitations houillères, et ce, jusqu'à ce que son fils, étudiant en médecine, ait terminé ses études et soit à même de reprendre le service qui avait été confié à son père. »

Bien, très bien, chers confrères de Pâturages!

Amédée LATOUR.

ayant pour titre : *De la série des forces qui concourent à déterminer le phénomène de la circulation du sang.*

L'auteur, dans la lettre d'envoi, annonce cette note comme destinée à compléter la théorie de la circulation du sang qu'il a soumise, en 1856, au jugement de l'Académie. Aujourd'hui les conclusions auxquelles il arrive sont que « trois forces bien distinctes concourent à produire le phénomène :

1° Une force primitive inconnue qu'on rencontre dans l'œuf bien avant la formation du cœur.

2° L'action contractive du cœur sur le sang des artères;

3° Une compression générale qui agit en sens contraire sur le sang contenu dans les capillaires et dans les veines. »

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DU NERF FACIAL (1);

Par L.-Ch. ROCHE,

Membre de l'Académie impériale de médecine.

Il ne peut être question ici, bien entendu, des paralysies de ce nerf qui dépendent, soit de sa section par un instrument tranchant, soit de son écrasement par un projectile, soit de sa compression par une tumeur, depuis sa sortie du trou stylo-mastoïdien jusqu'à son arrivée dans la glande parotide, et avant son expansion dans les muscles de la joue. Il ne s'agit pas davantage de sa paralysie produite par une exostose située dans l'oreille interne ou déterminée par une carie scrofuleuse du rocher qui, le baignant sans cesse d'un pus de mauvaise nature, l'altère ou le détruit. Ces faits sont hors de cause. Il s'agit uniquement de sa paralysie supposée rhumatismale.

Évidemment, le nerf moteur facial n'est ni coupé, ni détruit dans cette paralysie accidentelle. L'invasion de la maladie est trop subite et sa guérison trop fréquente, trop rapide et trop définitive dans la plupart des cas, pour qu'on puisse admettre ces suppositions, que le plus simple examen suffirait d'ailleurs à renverser. Le nerf est donc comprimé, puisque la section, la destruction et la compression d'un cordon nerveux, sont les trois seuls genres de lésion qui puissent entraîner la paralysie *partielle* des mouvements. Il ne l'est pas à l'extérieur, il ne peut pas l'être au milieu de la substance molle et peu résistante du cerveau, sa compression a donc lieu au dedans de l'oreille. Ce simple raisonnement, simple jusqu'à la naïveté, nous conduit donc déjà au siége réel, au seul et véritable point de départ du mal. Voyons maintenant si l'étude des causes, l'observation physiologiquement interprétée des symptômes, les faits thérapeutiques, et l'anatomie pathologique, ces quatre oracles dont les voix réunies peuvent seules nous dévoiler le secret de la nature des maladies, viendront confirmer ce que nous dit le raisonnement, touchant le point de départ de la paralysie rhumatismale du nerf moteur facial, et s'il ne nous éclaireront pas en même temps sur la nature du désordre qui la produit.

Le froid est la cause unique de cette paralysie, puisque c'est là ce qui fait la qualifier de rhumatisme. Qu'un homme en sueur ait pendant quelques minutes un côté de la figure exposé à un courant d'air frais, il sera pris presqu'inévitablement d'une fluxion de la joue surtout s'il a des dents cariées, d'une névralgie de l'une ou des trois branches du nerf trifacial, ou de la paralysie qui nous occupe, de l'une des deux premières si le froid n'a frappé que la joue, de la dernière si le refroidissement subit a exercé principalement son action sur l'oreille. Le froid est directement pour les nerfs, — *frigus nervorum inimicus,* — indirectement pour les autres organes par la réaction qui le suit, une cause puissante d'inflammation, témoins les pneumonies, les bronchites, les pleurésies, etc., qu'il provoque journellement. Il est d'ailleurs, on le sait, la cause la plus ordinaire des otites. Dans les nerfs, il n'enflamme guère que leur enveloppe ou névrilemme, en raison sans doute de sa plus grande vascularité, et comme le prouvent d'ailleurs les observations d'anatomie pathologique. L'inflammation névrilemmatique n'entraîne pas généralement, il est vrai, l'abolition des mouvements dans les nerfs moteurs, je ne sais même s'il en existe un seul exemple; mais le nerf moteur de la face se trouve placé dans des conditions exceptionnelles. Il parcourt et remplit en entier un long conduit, l'aqueduc de Falloppe, canal osseux et par conséquent inextensible. Le plus léger gonflement de son enveloppe doit donc le presser de toutes parts, le comprimer, et suspendre nécessairement ainsi l'exercice de sa fonction.

L'observation des symptômes confirme de tous points cette étiologie. La plupart des malades ressentent au début de la maladie des douleurs plus ou moins vives dans l'oreille, mais qui ne tardent généralement pas à s'affaiblir et disparaître. Je l'ai constaté maintes et maintes fois, et je ne doute pas que l'attention étant appelée sur ce symptôme, on ne le rencontre à l'avenir beaucoup plus souvent qu'on ne paraît l'avoir fait jusqu'ici. Ces douleurs sont parfois accompagnées d'un léger empâtement de la région mastoïdienne, sensible à la pression, et même quelquefois d'une coloration rosée de la peau de cette région. Quelques malades éprouvent en même temps une exaltation très pénible du son de l'ouïe, l'hypercousie étant à l'oreille ce que la photophobie est à l'œil, c'est-à-dire un signe fréquent d'inflammation. D'autres, au contraire, et c'est le plus grand nombre, ont, comme je l'ai déjà dit, un commencement de surdité dont ils ne s'aperçoivent pas toujours. Ces symptômes d'irritation n'indiquent-ils pas la participation des diverses parties de l'oreille à la maladie du nerf moteur de la face, et ne jettent-ils pas en même temps leur part de lumière sur la nature de sa lésion?

Le traitement va nous fournir aussi son contingent de probabilités. Les faits sont peu nombreux, il est vrai, mais ils me paraissent très significatifs. Trois ou quatre fois, si j'ai bonne mémoire, dans le cours de ma longue pratique, j'avais vu disparaître très rapidement l'acinésie de la joue à la suite d'une ou deux applications de sangsues sur l'apophyse mastoïde. J'avais conseillé ces émissions sanguines, j'en conviens, bien plus pour combattre les douleurs d'oreille dont la paralysie était accompagnée que dans l'intention et l'espérance de faire cesser cette paralysie elle-même, je m'y étais décidé surtout parce que j'en avais souvent éprouvé les prompts et bons effets sur moi-même. J'avais été très étonné même de la promptitude du rétablissement des mouvements de la face dans ces cas, mais je ne m'étais pas donné la peine d'en chercher l'explication. Le fait curieux rapporté par M. Delcau dans la notice qu'il a luc devant l'Académie de médecine est venu me donner la clef de ces guérisons. Ce praticien distingué a fait disparaître quatre fois, chez la même malade, une paralysie des mouvements de la joue, au moyen de quelques ventouses scarifiées derrière l'oreille. Il a vu là la preuve que cette paralysie dépendait, en ce cas, de la compression du nerf moteur. Il en a conclu que telle devait être sa cause la plus ordinaire dans une foule de circonstances. Enfin, il a admis l'opinion de Brünninghausen, qui place la cause de cette compression dans le gonflement inflammatoire de l'enveloppe de ce nerf, dans l'aqueduc de Falloppe.

Aussi n'ai-je pas hésité à recourir immédiatement aux évacuations sanguines locales dans les deux cas qui se sont présentés dans le courant du mois de juin dernier. Quarante-huit heures après une application de dix sangsues derrière l'oreille malade, mon jeune étudiant en droit était entièrement débarrassé de la plus belle et plus complète acinésie de la joue que j'aie jamais observée. Pour les partisans du rhumatisme, c'était bien certainement le plus beau cas de paralysie rhumatismale qu'on ait jamais pu voir. La vieille dame, qui ne m'avait consulté que huit à dix jours après l'invasion des accidents et avait employé ce temps à se purger et à prendre des bains de pieds sinapisés, fut immédiatement soulagée par l'application de six sangsues sur l'apophyse mastoïde. Dès le lendemain, la joue était moins flasque et les grimaces étaient moins prononcées lorsque la malade voulait parler ou rire. Je lui conseillai de revenir au même moyen, mais elle m'opposa un refus formel, en prétextant la nécessité d'un voyage à la campagne. A son air embarrassé et quelque peu maussade, j'ai cru deviner qu'elle avait vu un autre médecin, lequel avait dû trouver mon diagnostic et mon traitement singuliers, et ne s'était probablement pas fait faute de le lui dire. Je ne doute pas qu'elle n'eût guéri promptement après une ou deux nouvelles appositions de sangsues. L'amélioration produite par la première m'en donne la certitude.

On enseigne partout, il est vrai, que les évacuations sanguines sont inutiles et même nuisibles contre les *paralysies faciales.* Mais, si l'on a jusqu'ici compris des maladies différentes sous cette dénomination banale; si le diagnostic a manqué jusqu'à présent de la précision qui seule fixe le choix des moyens thérapeutiques, détermine le lieu où il faut les appliquer, et en assure ainsi les effets, que peut-on conclure d'une expérience dont la base est aussi incertaine. Par exemple, si l'on a pratiqué les émissions sanguines derrière l'oreille opposée au côté paralysé dans des cas d'acinésie de la joue que l'on aura pris pour des hémiplégies faciales, si on les a pratiquées derrière l'oreille malade dans des cas d'hémiplégie faciale que l'on aura regardés comme des exemples de simples paralysies du mouvement, — et cela a dû arriver plus d'une fois, — pouvait-on obtenir autre chose que des insuccès? Enfin, dans les cas même où le diagnostic a été bien porté, dans les cas où il s'agissait bien d'une paralysie isolée des mouvements de la joue, mais remontant à une époque déjà éloignée, que pouvait-on espérer de l'application de quelques sangsues en lieu convenable, contre une paralysie dans laquelle le nerf moteur avait trop longtemps souffert pour reprendre immédiatement le libre exercice de sa fonction ou bien était peut-être atrophié par suite de la longue compression qu'il avait éprouvée. On se sera découragé dès le début, on aura manqué de persévérance, parce que l'on agissait sans conviction, au hasard, et en tâtonnant. L'expérience passée est donc perdue, il faut la recommencer sur de nouveaux frais.

Je ne prétends pas toutefois que le traitement de l'acinésie de la joue doive consister uniquement dans l'emploi des évacuations sanguines locales, je voulais seulement en démontrer l'utilité, faire comprendre que c'est contre la maladie de l'oreille qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques, et surtout ajouter une preuve de plus à l'appui de la nature inflammatoire de la lésion qui la produit et dont elle est seulement un des symptômes.

Enfin, l'anatomie pathologique, bien que peu riche en faits, en raison du peu de gravité de la maladie, n'en est cependant pas tout à fait dépourvue. Brünninghausen en rapporte et commente quelques-uns qui me paraissent convaincants.

Je me crois donc suffisamment autorisé à conclure que *la paralysie des mouvements de la face n'est jamais de nature rhumatismale.* Et comme j'ai prouvé, je crois, qu'elle ne pouvait jamais être produite par une cause cérébrale, j'ai eu raison de dire que l'*otite en est la cause presqu'unique,* les cas exceptionnels appartenant à la section, la destruction ou la compression du nerf après sa sortie du trou stylo-mastoïdien, ou à la carie du rocher.

Je me suis abstenu jusqu'ici de parler de la paralysie *essentielle* du nerf moteur facial, en d'autres termes, de sa paralysie indépendante de toute altération matérielle, parce qu'il n'en a pas été un seul instant question dans le cours de la discussion académique. Cependant, je laisserais une lacune dans ce mémoire, si je n'en disais au moins quelques mots. Je serai court.

Je ne crois pas aux maladies essentielles, je ne crois pas, par conséquent, à la paralysie essentielle du nerf moteur de la face.

Ma raison se refuse à admettre la possibilité du trouble d'une fonction sans modification matérielle et préalable de l'organe qui l'exécute, ou sans celle d'un autre organe qui réagit sur lui. En un mot, je ne puis pas admettre une lésion de fonction dans un organisme où tout s'enchaîne, sans que l'un ou plusieurs des instruments de cet organisme ne soient matériellement modifiés. Soutenir l'opinion contraire me paraît équivaloir à dire, que les fonctions sont indépendantes des organes, qu'elles pourraient s'exécuter sans eux, et de conséquence en conséquence, à nier la nécessité de l'organisation pour l'exercice de la vie, ce qui serait parfaitement absurde.

Montrez-nous donc alors, me dira-t-on, les altérations matérielles qui produisent, selon vous, la plupart des névroses.

Les médecins qui me feront cette objection seront convaincus avec tous les physiciens et les chimistes,

Qu'une barre d'acier, *non trempé,* peut être courbée jusqu'à un certain point sans se rompre et ne revient pas sur elle-même, qu'elle est ductile, malléable, impropre en cet état à couper et à rayer les corps durs;

Que la même barre d'acier, *trempé,* c'est-à-dire plongée dans un mélange réfrigérant au moment où on la retire de la forge, rouge, rouge-cerise, ou blanche, devient élastique, perd une grande partie de sa ductilité et de sa malléabilité, se brise au moindre choc, acquiert la propriété de couper et d'entamer les corps les plus durs, excepté le diamant;

Qu'on peut lui enlever et lui rendre tour à tour ces propriétés en la laissant refroidir lentement à l'air ou en la refroidissant brusquement;

Que dans cette double opération, on ne lui enlève ni ne lui ajoute rien;

Qu'avant comme après, l'acier est toujours un carbure de fer dans les mêmes proportions définies de combinaison;

Et qu'enfin, *les qualités diverses qu'il possède dans l'un et l'autre état, sont uniquement dues aux dispositions différentes que prennent entre elles ses doubles molécules constituantes.*

Ils savent tout cela, ils connaissent une foule d'exemples semblables ou analogues, témoignant que des corps bruts peuvent acquérir des qualités nouvelles par le seul fait d'un arrangement nouveau de leurs molécules, arrangement souvent inappréciable au regard, et ils s'étonnent de l'*audacieuse assurance,* comme ils l'appellent, avec laquelle des médecins, parmi lesquels je réclame ma toute petite place, osent affirmer qu'il doit exister des différences, d'état ou de disposition, entre les molécules des nerfs, du cerveau, ou de la moelle épinière, *souffrants,* et les molécules des mêmes parties *à l'état sain,* et ils demandent qu'on leur fasse *voir* ces changements, dans une organisation aussi délicate et aussi compliquée que celle du corps humain, organisation que nous ne connaissons que par les masses, les lignes et les surfaces, à la manière des géomètres, et dont la structure intime est encore pour nous un mystère. Pourquoi n'adressent-ils pas la même objection aux physiciens et aux chimistes? Pourquoi n'exigent-ils pas qu'ils leur montrent les modifications moléculaires qu'ils disent exister? Pourquoi les croient-ils sur parole? Pourquoi ne nient-ils pas la réalité du fait annoncé, comme ils le font en médecine? Explique qui pourra cette inconséquence.

Le bon sens nous dit que dans l'ordre scientifique il n'y a pas un fait dont il ne faille demander l'explication à la matière et à ses modifications, la physique et la chimie nous apprennent qu'un simple changement moléculaire *inappréciable à la vue* suffit pour douer les corps bruts de propriétés nouvelles, l'analogie nous autorise donc à affirmer que de tels changements doivent s'opérer dans la matière organique pour produire des états aussi différents que ceux de la santé et de la maladie, et qu'il n'est pas besoin de les *voir* et de les *montrer* pour en admettre l'existence. Scrutons d'ailleurs la matière organique plus profondément que nous ne l'avons fait jusqu'ici, interrogeons-la jusqu'en ses atomes, s'il est possible, étudions ses propriétés connues, et tâchons de lui en découvrir de nouvelles, et nous parviendrons peut-être un jour à dissiper tous les doutes. Mais, pour Dieu! renonçons à ces subtilités métaphysiques telles que l'*essentialité,* le *principe vital,* le *vice scrofuleux,* le *principe rhumatismal,* et autres chimères du même genre qui n'apprennent et n'expliquent rien, sujets de disputes interminables et de divagations éternelles, et sur lesquelles leurs défenseurs ne sont pas même d'accord entre eux. La métaphysique a semé plus d'erreurs dans les sciences que l'observation patiente et intelligente n'a fait découvrir de vérités, elle en a pendant longtemps ralenti la marche progressive presqu'autant que l'observation et les saines théories l'ont accélérée. Les progrès des sciences physiques et chimiques sont devenus plus rapides et plus sûrs, à dater du jour où elles en ont secoué les langes, du jour où, abandonnant la région vaporeuse des rêves, elles sont descendues sur la terre et ont mis le pied dans le domaine de la réalité. Tâchons donc de suivre leur exemple.

Au moment de livrer ces lignes à l'impression, je tremble mal-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 2, 5 et 7 octobre.

gré mon apparente assurance sur le sort qui les attend. La pensée de me trouver en désaccord avec des collègues aussi éminents par leur savoir et leur expérience que MM. J. Cloquet, Trousseau et Velpeau, cette seule pensée me trouble et me fait douter de mes convictions. Je me décide cependant à courir les dangers de la publicité, toujours prêt à avouer franchement mon erreur si on me la démontre, comme doit le faire tout homme de bonne foi qui n'est animé que par l'intérêt de la science.

DE L'URÉTRITE CHRONIQUE ; — DE SES CAUSES (1) ;

Par le docteur L.-Aug. MERCIER.

L'acidité de l'urine peut dépasser les limites normales et devenir irritante dans des circonstances nombreuses et fort diverses.

D'abord il est un état général qu'on désigne sous le nom de tempérament goutteux, dans lequel ce liquide est habituellement plus chargé d'acide urique qu'il ne devrait être. Nous reviendrons sur ce sujet.

Mais souvent il suffit qu'un individu soit soumis à une privation de boissons pendant un temps un peu long, ou a des transpirations abondantes, naturelles ou morbides, ou a des évacuations diarrhéiques répétées, pour que son urine devienne concentrée, foncée en couleur, chaude et cuisante au passage, principalement s'il y a déjà quelques traces d'irritation dans les voies qu'elle parcourt.

La fièvre produit ce même effet, surtout dans certaines affections inflammatoires, notamment dans le rhumatisme aigu, la pneumonie et même un simple coryza. Il est vrai que les urines présentent alors un aspect particulier et qu'elles s'éloignent jusqu'à un certain point de leur composition normale. On sait que, foncées en couleur, mais limpides au moment de l'émission, elles ne tardent pas à se troubler et à devenir boueuses par le refroidissement, caractère qu'elles perdent soumises à l'action de la chaleur. Dans ces conditions, elles sont presque toujours excessivement acides, elles rougissent instantanément et fortement le papier de tournesol (2).

Swediaur et beaucoup d'autres décrivent une urétrite qu'ils attribuent au froid et surtout au froid humide. *(Maladies vénér.*, t. I, p. 38, 5e édit.) Bosquillon dit avoir vu des rhumes de cerveau et des maux de gorge, précédés de pollutions nocturnes, se terminer par un écoulement abondant de matières muqueuses, tant des narines que de l'urètre. Suivant lui, les inflammations de la gorge alternent avec des gonorrhées et avec les tumeurs des testicules; et plus loin : « Les inflammations de poitrine sont quelquefois suivies de stranguries et d'écoulements de l'urètre très douloureux et *très rebelles.* » (Trad. des *Maladies vénér.* de Bell, t. I, p. 514 à 516.)

Bien longtemps auparavant, Hippocrate avait déjà décrit une épidémie catarrhale dans laquelle les organes urinaires furent souvent compromis. « A Thasos, il y eut à l'entrée de l'automne des tempêtes hors de saison; tout à coup, des pluies tombèrent par torrents, avec de grands vents du nord et du midi... hiver boréal, pluies longues, neiges, fréquents intervalles de sérénité; avec tout cela, le froid ne fut cependant pas extraordinaire pour la saison..., printemps froid, pluvieux, nébuleux. L'été ne fut pas trop brûlant... Un peu avant l'équinoxe d'automne, retour de pluies abondantes avec vent du nord. Toute l'année fut humide, froide et boréale. » En hiver, la santé fut bonne; mais au printemps, il y eut des ophtalmies douloureuses, rebelles; en été, des dysenteries, ténesmes, diarrhées, et chez plusieurs des périrrhées (3) douloureuses..., accompagnées de strangurie. Il se manifesta même des symptômes généraux très graves, mortels surtout pour les enfants sevrés, ceux de 8 à 10 ans; enfin ceux qui étaient à l'époque de puberté; et, ajoute Hippocrate, « le seul signe salutaire et important entre tous, celui auquel beaucoup de malades, qui étaient dans le plus grand danger durent leur conservation, fut que le mal se tourna vers la strangurie, et qu'il se forma des dépôts du côté des voies urinaires. La strangurie affecta principalement les âges que je viens de signaler; mais elle survint aussi chez un grand nombre d'individus non alités ou déjà malades. Un prompt et grand changement arrivait alors chez tous ces individus : le ventre, tout rempli qu'il était d'humidité de mauvaise nature, se resserrait tout à coup; les malades prenaient goût pour toute espèce d'aliments, et avec cela la fièvre se calmait; mais les accidents de la strangurie étaient longs et laborieux; les urines étaient abondantes, épaisses, variées, rouges, mêlées de pus et douloureuses. » *(Épidémies*, liv. I, sect. II, trad. de M. Daremberg.)

H. Bass croit avoir observé le premier une véritable épidémie d'urétrites à la suite de fortes chaleurs qui avaient régné pendant le mois de juin 1730, chaleurs auxquelles avait succédé une température froide et humide. Il y avait une douleur ardente en urinant, surtout dans le méat, satyriasis, tension cordée du canal et bientôt écoulement jaunâtre des plus abondants. *(Obs. anat. chir. med.*, p. 286, Halæ, 1731.) M. Guyon, médecin en chef de l'armée d'Afrique, a aussi fait connaître une sorte d'épidémie semblable : « Beaucoup de soldats, dit-il, et bon nombre d'officiers qui, l'été dernier, faisaient partie d'une expédition dans la province de Constantine, furent atteints tout à coup d'urétrites très douloureuses, avec difficulté plus ou moins grande d'uriner, parfois même avec suppression complète de l'urine. L'écoulement concomitant était peu abondant. Les accidents se dissipaient ordinairement dans l'espace de quelques jours. On ne pouvait en voir la cause dans un contact vénérien, la colonne à laquelle appartenaient ces malades étant, depuis un mois, éloignée de toute population. » *(Gaz. méd.*, 1841, p. 106.)

Pour moi, je n'ai pas observé d'épidémies d'urétrite; mais j'ai remarqué qu'il n'est pas rare de voir une inflammation catarrhale des voies urinaires, et notamment de l'urètre, survenir à Paris pendant la saison froide et humide, et particulièrement aux époques où la grippe s'y manifeste avec le plus d'intensité. J'ai fait part de cette remarque l'hiver dernier à la Société médico-pratique. (Voy. UNION MÉDICALE, 1858, p. 144.)

Mais comment se produisent ces inflammations spontanées? Fabre explique leur coïncidence avec d'autres inflammations par la présence au sein de l'économie d'un principe humoral qui attaque successivement différentes parties *(Mal. vén.*, p. 67). Bosquillon les regarde comme étant l'effet d'une sympathie avec d'autres organes *(loc. cit.*, p. 514 et 516). M. Guyon est porté à attribuer un grand rôle dans la production de la maladie qu'il a décrite aux fortes chaleurs qui régnaient alors, et à la concentration des urines qui en était le résultat (le thermomètre marquait jusqu'à 58° centig., et le siroco soufflait souvent). Il ajoute cependant que beaucoup l'attribuaient à ce qu'on avait mangé une grande quantité de grenouilles, qui devaient elles-mêmes se nourrir principalement de cantharides et autres coléoptères de même genre qui se trouvaient en abondance dans les mêmes lieux. Bass attribue l'épidémie qu'il a observée à ce que, sous l'influence de la chaleur, des principes bilioso-salins âcres se produisirent en grande quantité dans l'économie, et qu'ils se portèrent vers les organes urinaires, du moment que le froid supprima la transpiration. « Il en résulta aussi, dit-il, des affections morbides variées, et cela arriva surtout aux individus scorbutiques, et à ceux dont la masse des humeurs abondait déjà en impuretés, par suite d'une ingestion trop abondante de spiritueux âcres, aromatiques, de vins liquoreux, du défaut de mouvement volontaire et de l'abstinence de boissons salutaires. » L'explication de Bass est naturellement empreinte des théories de son temps; mais elle repose sur un fait qui paraît avoir été bien observé, à savoir que l'urine était brune, très chargée de sels, « ainsi que le prouvait une couche nageant à la surface et de couleurs diverses, » et il est probable que, s'il ne reparle pas d'un dépôt abondant de substances de même nature, c'est qu'il a cru ce dépôt uniquement formé par la matière de l'écoulement.

En effet, durant les épidémies semblables à celles dans lesquelles j'ai assez souvent observé l'inflammation spontanée des organes urinaires, une foule de personnes ont les urines chargées d'urate d'ammoniaque. Ces urines sont ordinairement peu abondantes et néanmoins elles déterminent de fréquents besoins d'uriner; presque toujours elles sont chaudes au passage et souvent elles finissent par devenir cuisantes. Au moment de l'émission elles sont limpides, d'un brun-orange plus ou moins foncé; mais bientôt, à mesure qu'elles refroidissent, on voit, dans toute la hauteur du verre, les molécules salines se rassembler en flocons légers et disséminés d'abord, mais devenant de plus en plus épais et finissant par donner à toute la masse du liquide un aspect trouble, boueux, d'un blanc sale. Au bout de quelques heures, toutes ces particules solides se précipitent au fond du vase et le liquide reprend sa couleur brune et sa limpidité. Quant au dépôt qu'on pourrait au premier abord confondre avec du pus, il est facile de le reconnaître à ce que l'urine qui le fournit est ordinairement très acide, tandis que celle qui est chargée de pus est presque toujours alcaline (1), à ce que la première ne tarde pas à reprendre sa limpidité par la chaleur, ce que ne fait pas la seconde. Enfin l'examen chimique et microscopique ne laissent aucun doute. Lorsqu'une goutte d'urine troublée par de l'urate d'ammoniaque est placée sous le microscope entre deux verres, on ne voit d'abord qu'un simple précipité amorphe; mais, à un examen attentif, on trouve qu'il est composé de myriades de globules excessivement petits, adhérents ensemble et formant de petites masses linéaires souvent mêlées de cristaux d'acide urique. (G. Bird, *Urinary deposits*, etc., p. 71.)

Un tel état des urines coïncidant avec l'apparition d'affections inflammatoires très diverses et même souvent de symptômes généraux graves, annoncerait très probablement une altération des humeurs, comme le disait Bass, et particulièrement du sang; mais dire en quoi consiste cette altération, ce serait devancer la marche de la science. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'en même temps qu'il sont soumis à cette disposition morbide, qui agit alors sur la plupart de nos organes, ceux de l'appareil urinaire se trouvent en outre dans cette condition fâcheuse qu'ils sont constamment en contact avec un liquide anormal et très irritant.

En conséquence rien d'étonnant qu'ils s'enflamment; on devrait même s'étonner qu'ils ne le fassent pas plus souvent si l'on ne savait que, créés pour servir d'émonctoire à l'économie, ils ne sont pas doués d'une très grande susceptibilité.

Une seconde conséquence, c'est que si, toutes choses égales d'ailleurs, on s'expose à l'infection blennorrhagique, quand on se trouve sous de telles influences, on aura bien plus de chances d'en être atteint. Goulard *(Mal. vén.*, ℥ XII) et Fabre *(Mal. vén.*, 4e édit., p. 452) remarquent, en effet, que certaines affections vénériennes sont plus communes dans certaines années et même dans certaines saisons que dans d'autres. Peut-être trouverait-on la cause de ces singularités si on la cherchait avec attention. « L'année dernière, dit Goulard, nous avons traité un très grand nombre de soldats attaqués de chaudes-pisses de toutes espèces, surtout *depuis le mois d'août jusqu'à la fin de l'hiver dernier.* » Peut-être ce qui surprenait ces praticiens leur aurait-il semblé chose naturelle s'ils eussent tenu compte de la constitution atmosphérique et de l'état des urines.

Une troisième conséquence, enfin, c'est que si une inflammation quelconque des voies urinaires survient lorsqu'on est sous l'influence des conditions générales que je viens d'étudier, on a bien plus à craindre sa prolongation et son passage à l'état chronique.

Il n'est pas rare de voir, et on en a déjà trouvé des exemples dans ce qui précède, des inflammations urétrales coïncider avec des dérangements des organes digestifs, tels que dyspepsie, gastro-entérite, dysenterie, diarrhée habituelle, etc. Tantôt il est à croire que ce sont des effets divers d'une cause plus générale, comme dans ces épidémies dont il vient d'être question; tantôt l'affection des voies urinaires est véritablement la conséquence de celle des intestins. Alors encore on a admis une sympathie entre la vessie et les organes digestifs (Bosquillon, *loc. cit.*, p. 508 et 514. — Ch. Bell, *loc. cit.*, p. 63).

Pour moi je me suis assuré, dans beaucoup de cas, qu'un des effets les plus constants des dérangements des organes digestifs, c'est l'apparition d'une grande quantité d'acide urique ou d'urates dans les urines : une indigestion, ou même une digestion un peu laborieuse, des aliments ou des boissons plus abondants ou plus excitants que de coutume suffisent souvent pour la déterminer et pour produire en même temps de la chaleur, finalement de l'inflammation dans le canal urinaire quand cet état se répète souvent ou se prolonge.

On a décrit une urétrite résultant de la dentition (Swediaur, Bosquillon). Si l'on réfléchit à la fréquence des dérangements des organes digestifs en pareils cas, peut-être sera-t-on porté à rattacher cette inflammation plutôt à une altération de l'urine qu'à une sympathie, mot qui ne sert qu'à nous voiler à nous-mêmes notre ignorance. Voici ce que dit M. Crist. Fleming, chirurgien irlandais, dans un mémoire *sur les maladies urinaires et les conditions morbides de l'urine chez les enfants* : « L'irritabilité de la vessie est beaucoup plus fréquente chez les jeunes enfants qu'on ne pourrait le croire au premier abord, au dire de la mère ou de la nourrice; le petit malade porte constamment les mains aux organes affectés, il paraît souffrir durant la miction; cet acte est fréquent, urgent, et l'enfant paraît soulagé quand il est accompli. Lorsque l'urine tombe sur le parquet ou sur le linge, *elle devient rapidement trouble et blanchâtre;* quelques-unes même disent qu'il en est ainsi au moment de l'émission; que si l'enfant se met sur le vase pour un besoin, il a de la tendance à y rester plus qu'il n'est nécessaire; qu'il perd ses forces et son embonpoint; que son appétit est très précaire; qu'il a un grand désir de boire; que la quantité d'urine qu'il rend est très variable, quelquefois insuffisante; que sa quantité est pâle parfois, et d'autres fois foncée en couleur, tantôt claire, et souvent avec *sédiment abondant* (1). Si maintenant on recherche avec soin, on trouvera que plusieurs de ces enfants sont nés de parents *goutteux* ou très sujets à la *dyspepsie;* que ce sont des enfants dont le régime et les habitudes de vie sont irréguliers, appartenant aux plus humbles positions sociales, mal vêtus, malpropres. L'analyse quantitative et qualitative de l'urine explique suffisamment ces symptômes.... Nous avons ici les diathèses lithique, oxalique, phosphatique, et chacune a une influence spéciale. Enfin, à peu d'exceptions près, et la présence du sucre dans l'urine des enfants en est une digne de remarque, il n'est pas de dérangement d'urine observable chez l'adulte que je n'aie rencontré chez les enfants dans ses formes les plus exagérées, aussi bien pour la disproportion entre les éléments normaux que pour l'introduction de substances anormales..... Les dépôts d'acide urique, d'urate d'ammoniaque et d'oxalate de chaux sont les plus fréquents; puis viennent dans l'ordre de fréquence, conjointement avec eux ou séparément, les produits non cristallins organisés, tels que du sang, du pus, parfois du mucus et très souvent des vibrions. Les prismes de triple phosphate neutre peuvent se voir avec les dépôts cristallins précédents comme chez les adultes; mais il est très rare de les rencontrer seuls, bien qu'ils soient fréquents dans un âge avancé, excepté dans les formes les plus graves des maladies des reins et de la vessie (2).... J'ai vu

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 juin et 10 août.

(2) Je dirai ici, parce que je n'aurai peut-être pas d'autre occasion de le faire, que, dans quelques cas où les urines possèdent une réaction peu marquée, il n'est pas aussi facile qu'on le croit généralement de se faire une idée de leur état d'acidité ou d'alcalinité au moyen du papier de tournesol. J'ai vu souvent des praticiens, très expérimentés du reste, croire à un changement de couleur du papier bleu quand il n'y avait qu'une simple décoloration, surtout si l'on se sert d'un papier un peu clair. A-t-on quelque incertitude, il faut plonger le papier réactif à une certaine profondeur et le retirer ensuite très lentement, sans l'agiter. Si l'urine est acide, ce papier n'y laisse aucune trace apparente de son passage; si au contraire elle est alcaline ou même seulement neutre, la matière colorante qui se détache y forme pendant quelque temps une traînée d'un bleu plus ou moins foncé. Le papier rougi, qui, dans certains cas d'alcalinité, n'offre également qu'un changement de couleur peu appréciable, laisse aussi une traînée bleuâtre dans le liquide.

(3) Desmars et M. Daremberg pensent que ce mot signifie des évacuations alvines; Foës et M. Littré croient au contraire qu'il exprime un écoulement d'humeurs par la vessie. M. Daremberg convient que Galien l'interprétait dans le sens que Foës a adopté et qui me semble le plus naturel, surtout après ce qui précède.

(1) Cependant j'ai remarqué que quand la formation de l'urate d'ammoniaque se prolonge, l'urine perd graduellement de sa couleur, de sa densité et de son acididité. La diminution et même la disparition de celle-ci m'ont paru assez en rapport avec la sécrétion muqueuse et puriforme qui tarde rarement à se produire.

(1) Au moment où je mets sous presse, j'ai un exemple de ce genre sous les yeux. Il s'agit d'une petite fille qui, confiée à une mauvaise nourrice, se trouve atteinte d'accidents inflammatoires divers et d'une débilité générale.

(2) Je ne nie pas l'influence de l'âge sur la nature de ces dépôts; mais j'ai

des enfants rendre du sang, et non en petite quantité, par la vessie, et jouir en apparence d'une bonne santé ; ils n'avaient pas d'irritation urinaire dans les intervalles des accès d'hématurie. Quant au pus, il se rencontre beaucoup plus fréquemment que le sang, et il y a lieu d'être surpris que la santé générale et la vessie s'accommodent si facilement de sa présence. » *(The Dublin quaterly of méd. science;* febr. 1853.)

Quoique l'auteur ne parle que de la vessie, il est évident que les causes d'irritation qu'il décrit exercent également leur action sur l'urètre ; et si j'ai donné un extrait assez étendu de son travail, c'est qu'il renferme des faits peu connus, très importants, et qui prouvent que c'est pousser le scepticisme trop loin que de vouloir presque toujours, comme le font beaucoup de médecins, faire remonter forcément à une origine suspecte les inflammations des organes urinaires chez les jeunes gens.

(La suite prochainement.)

REVUE OBSTÉTRICALE (1).

UNE FEMME PEUT-ELLE ACCOUCHER A SON INSU?

Cette question, qui intéresse à la fois l'obstétrique et plus encore la médecine légale, ne peut, surtout à ce dernier point de vue, recevoir une solution affirmative qu'à la condition que cette solution s'appuiera sur des faits positifs. M. Montgomery a fait connaître un cas où l'accouchement eut lieu à l'insu de la mère pendant son sommeil ; le suivant que rapporte le docteur George SMITH, de Hyderabad dans le Deccan (Inde), serait plus important encore, puisque la femme était éveillée.

Mme X... attendait son accouchement de jour en jour. Le 24 avril 1857, M. Smith fut appelé en toute hâte. En arrivant auprès d'elle, il trouva l'enfant déjà né, étendu sous les couvertures auprès de sa mère ; le cordon était intact et le placenta dans le vagin. L'accouchement s'était fait subitement, sans que Mme X... en eût conscience. Pendant la nuit, cette dame s'était trouvée parfaitement bien, elle n'avait éprouvé aucune douleur ; plusieurs fois elle s'était levée pour donner des soins à son premier enfant qui était malade. Vers cinq heures et demie, étant recouchée, elle avait éprouvé une légère sensation, analogue à celle qui se fait sentir au moment d'une évacuation alvine ; puis cette sensation avait été suivie d'une autre, comme si quelque chose eût touché son corps. Ayant fait soulever ses couvertures, elle fut bien étonnée et alarmée en même temps de trouver l'enfant complétement expulsé. C'était une fille, petite, il est vrai, et au-dessous du volume moyen, mais cependant pas d'une petitesse excessive. Mme X..., déjà mère, et dont le premier accouchement s'était effectué avec les douleurs ordinaires et après un travail de six heures, était éveillée, et cependant son attention fut si peu excitée par ce qu'elle éprouvait, que l'expulsion du fœtus eut lieu à son insu. Si elle eût été endormie, l'enfant eût pu être étouffé ; si elle eût été debout on assise sur une garde-robe, il eût pu en résulter un accident fatal pour le produit. — *(Indian Annals of med. science,* avril 1857.)

SYMPTOME NOUVEAU DE LA RUPTURE DE L'UTÉRUS.

Les signes de la rupture de l'utérus et du vagin pendant le travail de l'accouchement sont parfois assez obscurs. Le docteur Mac CLINTOCK a exposé devant la Société d'obstétrique de Dublin quelques cas de cet accident, dans le but d'en rendre le diagnostic plus facile. Il a en particulier appelé l'attention sur un symptôme qu'il a observé dans un de ces cas, et qu'il regarde comme pouvant avoir de la valeur comme signe de la rupture de l'utérus ou du vagin. Ce symptôme consistait dans *un état emphysémateux du tissu cellulaire sous-cutané de la région hypogastrique,* état qui s'est révélé sous le stéthoscope, appliqué dans le but d'ausculter les bruits du cœur fœtal. Par ce mode d'examen, la crépitation se manifestait intense et parfaitement distincte ; la palpation n'y donnait pas lieu d'une façon aussi nette, si ce n'est lorsqu'une pression assez énergique de la main était exercée au point qui était le siége de ce phénomène : par ce moyen, il devenait évident, et il fut reconnn par le docteur Montgomery et par plusieurs élèves. Les autres symptômes de la rupture étaient tellement obscurs, qu'il restait douteux que cette lésion se fût produite. Après avoir bien constaté que cet emphysème n'avait pas son origine à la poitrine ni au cou, qu'il ne s'était propagé de ces points jusqu'à celui où il existait, et qu'il était bien limité aux régions sus-pubienne et iliaque, M. Mac Clintock fut conduit à penser que l'air avait dû s'introduire dans le tissu cellulaire de l'hypogastre, à travers une déchirure des voies génitales. Les bruits du cœur du fœtus ayant cessé depuis deux heures, il termina l'accouchement par la crâniotomie. A la suite de la délivrance, la femme s'affaiblit rapidement, et elle succomba quelques heures après. A l'examen nécroscopique, on trouva le ligament large gauche emphysémateux, et une crevasse sur la partie latérale de l'utérus du même côté, à l'union du corps avec le col de l'organe. A peu de distance de ce point, le péritoine était également déchiré, et une quantité notable de sang était épanchée dans la cavité abdominale. — *(Dublin quarterly journal.)*

POSITIONS CRANIENNES ; DIAGNOSTIC DIFFICILE.

Le docteur Georges MONTGOMERY a communiqué à la même Société obstétricale de Dublin le cas d'une femme âgée de 26 ans, qui, enceinte de son quatrième enfant et entrée à Rotundo Hospital pour y faire ses couches, dut être délivrée par la crâniotomie, en raison de signes non équivoques de rupture de l'utérus. Après un travail de vingt-six heures, dont six après la dilatation de l'orifice, la tête restait encore élevée audessus du détroit supérieur. Aussitôt que le perforateur eût été introduit, une immense quantité d'eau s'échappa et la tête descendit aussitôt sur le périnée, preuve que l'on avait affaire à un cas d'hydrocéphalie. La femme succomba treize heures après la délivrance, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic. En communiquant ce fait, le but du docteur G. Montgomery, était de mettre sous les yeux de la Société le squelette du fœtus, et d'appeler particulièrement l'attention sur l'os frontal, lequel était formé d'*une seule pièce* et ne présentait qu'*un seul point d'ossification* placé au centre de l'os et d'où toutes les fibres rayonnaient vers la circonférence. Si cet enfant n'eût pas été hydrocéphale, le diagnostic de la position de la tête eût pu présenter de très grandes difficultés. Il en fut ainsi dans un autre cas observé par le docteur Montgomery, dans lequel l'occipital était divisé par une suture médiane ; la fontanelle postérieure affectait la forme quadrilatère, et de chacun de ses angles partait une suture, la sagittale en avant, l'occipitale anormale en arrière, et de chaque côté la lambdoïde. On crut à une présentation du sommet, la face en avant *(face to pubis)*; mais après la naissance, la fontanelle postérieure fut trouvée aussi large, si ce n'est plus large, que l'antérieure. — *(Dublin quarterly journal.)*

CAS DE VERSION SPONTANÉE.

Le docteur ARCHIBALD, de Saint-André, fut appelé, en mars dernier, pour assister Mme C..., femme robuste, douée d'une bonne santé, âgée de 34 ans, déjà mère de plusieurs enfants. Quand il arriva, les douleurs étaient énergiques, incessantes ; l'orifice utérin était bien dilaté et les membranes si tendues qu'il n'était pas possible de reconnaître la présentation. Une forte dose de laudanum fut administrée dans le but de modérer les douleurs. Mais les membranes se rompirent et les épaules descendirent avec une grande force. Une seconde dose de laudanum fut donnée ; mais, cette fois encore, le but fut manqué, les contractions utérines ne cessèrent de s'accroître. Le docteur Archibald tenta alors de repousser les épaules, mais il ne put y réussir, les douleurs devenaient de plus en plus intenses, lorsque tout à coup une contraction beaucoup plus violente que les précédentes chassa les pieds, et peu après l'enfant fut expulsé complétement. Il était mort, évidemment par le fait de la compression extrême qu'avait éprouvée le cordon. En cherchant à extraire le placenta, l'accoucheur trouva le cordon fortement serré par ce qu'il supposa être une contraction étranglant l'utérus en forme de sablier. Deux jours après, des symptômes de péritonite se manifestèrent ; mais, au bout de quelque temps, ils cédèrent à un traitement actif, et la malade était rétablie au bout de six semaines. *(Edinburgh med. journ.)* — G.

BIBLIOTHÈQUE.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PAR LES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES ;

Par le Dr C. DE PUISAYE, inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien, etc. Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie de Paris*.— Paris, Germer-Baillière, 1858. Brochure in-8° de 42 pages.

Cette très courte brochure est écrite dans un excellent esprit et, non seulement j'en recommande la lecture à tous les médecins, mais je l'offrirais volontiers comme modèle à ceux de nos heureux confrères qui, placés près des sources minérales, ont à nous faire part de leurs observations.

On sait de quel découragement on est saisi, quand on consulte les anciens traités sur les eaux minérales et la plupart des monographies relatives au même sujet. A en croire leur trop enthousiastes ou trop intéressés prôneurs, toutes les eaux guérissent indistinctement toutes ou presque toutes les maladies. Le moins quelles puissent faire, c'est d'apporter une amélioration considérable aux états les plus graves et les plus désespérés.

C'était à ce point, hier encore, que les considérations tirées de la composition des eaux et de la nature de la maladie n'entraient que pour une faible part dans la détermination que prenait le praticien des villes d'envoyer ses clients dans telle station minérale plutôt que dans telle autre.

Les relations professionnelles ou autres avec le médecin inspecteur, le hasard, la mode ou les réclames suffisaient pour que l'on conseillât certaines sources à l'exclusion de leurs rivales.

Depuis quelques années heureusement les choses tendent à prendre une voie plus droite, les observations deviennent plus rigoureuses et l'on peut espérer qu'un jour la lumière se fera dans un sujet jusqu'à présent si obscur.

La venue de ce jour désiré serait hâtée certainement si tout ce qui se publie à propos des eaux était empreint de la même impartialité, de la même défiance, de la même *judiciaire* (qu'on nous permette ce vieux mot), que la brochure de M. de Puisaye.

L'auteur, en effet, a su se tenir constamment en garde contre les entraînements de sa position, et il parle de l'action des eaux sulfureuses dans le traitement de la phthisie, comme s'il n'était point lui-même attaché à l'une des stations habituellement fréquentées par les tuberculeux.

Je trouve, dans son travail, cette phrase qui devrait servir d'épigraphe à tous les travaux analogues et que M. de Puisaye emprunte, en l'adoptant, au docteur Spengler : « Il ne s'agit pas d'étendre le cercle des attributions de la médication thermale, mais, au contraire, de la circonscrire : c'est là l'idée dominante des médecins hydrologues. »

M. de Puisaye ne se contente pas d'écrire et d'adopter cette pensée, il la met en pratique, et son livre en est la fidèle application.

La phthisie est-elle curable? — « Quand, dit l'auteur, on étudie tant sur l'individu vivant que sur le cadavre les désordres affreux produits par la tuberculisation ; quand l'on voit d'un côté cet état fébrile continu, ces sueurs abondantes, cette expectoration purulente, cet amaigrissement poussé jusqu'à ses dernières limites ; de l'autre, ces cavités creusées dans l'épaisseur d'un des organes les plus essentiels à la vie, on se demande si, en présence de tels désordres, l'art peut trouver un moyen assez puissant non seulement pour prévenir, mais encore pour arrêter la phthisie.

» Il est néanmoins, continue-t-il, une pensée consolante, un espoir que les recherches nécroscopiques ont fait naître, c'est que chez des individus reconnus tuberculeux, et qui ont succombé à des maladies accidentelles, on a trouvé chez les uns la cicatrisation d'anciennes cavernes, chez les autres le produit pathologique, le tubercule, tantôt transformé en une concrétion crayeuse, tantôt enfermé dans une production organique et mis ainsi hors d'état de nuire.

» J'applaudis pour ma part, dit-il encore, aux efforts tentés par mes confrères, et surtout à ceux de M. Amédée Latour, qui est venu réveiller chez les médecins l'espoir d'arrêter la phthisie dans sa marche, peut-être même d'arriver à la guérir. »

Quelle est maintenant l'action des eaux minérales sulfureuses sur la phthisie et que peut-on légitimement espérer de leur influence ? — C'est à l'examen attentif de cette question et à la solution impartiale de ce problème que M. de Puisaye consacre les pages qui suivent. Les limites de cet article ne nous permettent que de reproduire les conclusions auxquelles il arrive. Les voici : 1° Les eaux minérales sulfureuses sont impuissantes à guérir la diathèse tuberculeuse. — 2° La médication sulfureuse a une influence réelle, efficace contre les maladies qui compliquent la tuberculisation pulmonaire ; œdème, engouement, pneumonie chronique, état catarrhal, tels sont les états anatomo-pathologiques susceptibles de disparaître par l'action des eaux sulfureuses. — 3° En raison de l'action spéciale des eaux sulfureuses sur les voies respiratoires, elles me paraissent devoir être employées avec plus d'avantage dans la deuxième période que dans toute autre. — 4° Enfin, la médication sulfureuse a d'autant plus d'action qu'elle s'adresse à des individus d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux.

Les faits qui ont servi de base au travail de M. de Puisaye et qui justifient ces conclusions reposent sur un relevé de soixante-trois observations recueillies à Enghien pendant une période de huit années.

Ce qui frappe le plus en lisant cette brochure, c'est, avec la sagacité de l'observateur, la fermeté de l'esprit du médecin ; bien décidé à ne pas forcer l'interprétation des faits et se défiant justement des inductions précipitées, l'auteur ne dit que ce qu'il sait ; il s'arrête quand il ne sait pas et fait volontiers appel aux lumières de ses confrères, non plus instruits, mais mieux placés que lui pour étudier certaines phases de la maladie ; c'est, en un mot, le respect austère de la vérité.

Nous avons dit, en commençant, que le travail de M. de Puisaye était très court, nous eussions dit trop court sans la crainte qu'on ne se méprît sur notre pensée. On ne s'y trompera plus maintenant : ce n'est pas un blâme, c'est l'expression d'un regret et le désir que l'auteur continue ses recherches.

Dr Maximin LEGRAND.

---

déjà fait remarquer que, toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation des voies urinaires marche bien plus rapidement vers la période ultime, celle où elle donne lieu à des précipités de phosphate, dans les cas où il y a stagnation habituelle d'urine dans la vessie. Je n'invoquerai pas les hypertrophies prostatiques, parce qu'elles ne surviennent guère que dans la vieillesse ; mais cette stagnation accompagne habituellement aussi les valvules que j'ai nommées musculaires du col de la vessie, les paralysies du corps de cet organe ; eh bien, ces maladies, même chez les jeunes gens, amènent bien plus rapidement des inflammations graves et des précipités phosphatiques que les rétrécissements de l'urètre, qui, quoique gênant considérablement la miction, permettent cependant presque toujours à la vessie de se vider. (V. mes *Recherches sur le traitement des maladies urinaires,* etc., p. 279.) Je n'ai pas assez insisté, en parlant des urines alcalines, sur l'action éminemment irritante de celles qui fournissent des précipités phosphatiques. Dans l'ouvrage que je viens de citer, j'en ai donné plusieurs exemples, notamment à la page 256 : « Les douleurs que le passage de ce liquide causait étaient véritablement atroces. »

(1) L'analyse de ces faits est extraite de *Edinburgh medical journal,* février et mars 1858.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 121. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 12 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Deguise fils communique le résultat des expériences faites à Alfort par M. Reynal avec les débris cadavériques présentés par M. Broca dans la précédente séance.

Un cheval a été inoculé trois fois sans succès. Du reste, M. Reynal, à l'inspection des muscles, a cru pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une affection charbonneuse. Il est juste, néanmoins, d'ajouter que l'extrême décomposition de la substance inoculée a pu rendre l'inoculation infructueuse. On n'a pu, comme le désirait M. Verneuil, faire l'expérience sur un mouton.

M. Deguise ajoute que l'opinion, sinon générale, au moins presque générale à Alfort, est que la chair des animaux sacrifiés, lorsqu'ils présentent cette altération désignée sous le nom de *sang de rate*, peut être impunément livrée à la consommation. Du reste, le nombre des animaux tués dans les abattoirs, dans ces conditions de maladie, dépasse un chiffre énorme; lorsque l'animal, au contraire, succombe avec le charbon, sa chair est considérée comme très nuisible.

M. Morel Lavallée s'étonne de cette distinction ainsi formulée; il est évident qu'un animal affecté de charbon encore local, sans symptômes d'intoxication générale, peut, s'il est abattu dans ces conditions, ne pas constituer un aliment nuisible : c'est donc seulement lorsque l'animal présente les symptômes généraux qu'il devient nuisible. Malgré le danger de la contagion, en général, il y a des cas où le contact même prolongé des tissus affectés de charbon a lieu impunément. Ainsi on a pu disséquer pendant plusieurs jours sans éprouver d'accidents le cadavre d'un individu mort avec une pustule maligne, et bien plus, un élève de M. Rayer a pu impunément s'inoculer de la matière prise sur cette pustule.

M. Broca dit que, chez certains animaux, le charbon spontané est très commun; il ne présente pas encore de trace locale; c'est là ce qui constitue le *sang de rate*. Cet état précède l'explosion du charbon. Si on abat alors l'animal, il n'est pas encore nuisible ; le contraire a lieu lorsque le charbon est apparu.

Quant au fait d'inoculation sans résultat pratiquée sur un élève de M. Rayer il est assez rare pour n'avoir pas une grande valeur. Il faut ajouter encore que le charbon étant une affection spéciale à certains animaux, est heureusement moins transmissible à l'homme que l'on semble le dire, et peut-être l'inoculation eût-elle réussi si elle avait été faite soit sur le bœuf, soit sur le mouton.

M. Boinet dit que M. Broca ne lui semble pas être dans le vrai lorsqu'il signale l'espèce de difficulté que présenterait l'inoculation sur l'homme. Dans quelques pays, et surtout dans la Beauce, la maladie est si commune, que, dans certains villages, les hommes qui ne portent pas les stigmates de l'affection charbonneuse constituent presque une exception, et, par cette raison, le nombre des guérisseurs dépasse tout ce qu'on pourrait imaginer.

M. Broca, sans nier la fréquence du charbon dans certaines contrées, pense cependant qu'il ne faut pas admettre que tous ces stigmates, signalés sur un si grand nombre d'invidus, prouvent que les hommes qui les portent aient été vraiment affectés de charbon. Le traitement confié aux empiriques ignorants peut bien souvent avoir été appliqué contre des accidents qui n'offraient aucun des caractères de la pustule maligne.

M. Richard appuie l'observation de M. Boinet sur la fréquence de la pustule dans la Beauce; et en réponse à M. Broca, sur l'inexpériencce des patients et des empiriques, qui peut permettre de considérer beaucoup de malades comme n'ayant vraiment pas eu d'affection charbonneuse, il affirme, au contraire, que, loin d'aller au-devant du mal, les paysans attendent avec une extrême négligence que les accidents aient acquis un grand développement avant de se décider à subir la cautérisation qui, malgré l'intoxication générale même très avancée, amène la guérison. Cette particularité n'est pas spéciale au charbon; on peut en dire autant des piqûres anatomiques, des plaies produites chez les ouvriers dans certaines conditions. On peut même, en étendant ce fait, l'appliquer aux plaies des amputations, lorsque sont survenus des symptômes d'infection purulente. C'est encore le même phénomène qui se passe, lorsqu'après l'ablation d'un cancer on voit les ganglions qui sont bien véritablement le siége d'une invasion cancéreuse, perdre de leur volume et même guérir. Dans ces cas, l'invasion cancéreuse a été combattue à sa source.

M. Verneuil a aussi constaté la fréquence de la pustule dans certains pays. Seulement, il ne faut pas confondre deux affections qui, au début, semblables en apparence, offrent comme pronostic la plus grande différence. Je veux parler de la pustule proprement dite et de l'œdème charbonneux de la face. Cette dernière maladie guérit seule.

— M. Follin présente un malade dans les conditions suivantes :

A la partie latérale et supérieure de la cuisse gauche, on remarque une production osseuse qui paraît être un fragment du fémur. Cette pièce osseuse, libre à son extrémité inférieure, devient très saillante dans la peau quand le malade se baisse. Elle est adhérente à sa partie supérieure. Sur la cuisse droite, on remarque la même disposition, mais à un bien moindre degré de développement.

Le malade s'aperçut pour la première fois de la présence de cette stalactite osseuse à la suite d'une chute; il crut avoir la cuisse cassée, mais il put néanmoins marcher.

M. Richet pense qu'il s'agit d'une ossification du *fascia lata*.

M. Houël demande si ce malade est actuellement atteint d'une maladie de la hanche.

Chez des vieillards qui ont une affection de l'articulation coxofémorale, on voit naître de ces productions qui atteignent un développement considérable; elles ont pour point de départ le voisinage de la jointure. Elles occupent le plus souvent le muscle droit antérieur de la cuisse. Dans le cas actuel, l'ossification est bien dans l'aponévrose, mais elle doit procéder de l'os iliaque. Il doit y avoir une affection quelconque dans les articulations pelviennes. M. Richet a très bien décrit ces stalactites.

M. Marjolin a rencontré trois malades offrant ce genre d'affection. Sur l'un d'eux, les productions osseuses se rencontraient dans tous les muscles; chez le deuxième, elles naissaient du bassin, et le troisième malade offrait deux stalactites osseuses sur les cuisses. Ce dernier fait mérite surtout d'être signalé, car il s'agit d'un enfant, et cette maladie est très rare pendant la jeunesse.

M. Richet rappelle comment, à la suite d'une opération pratiquée par P. Boyer, il a été amené à s'occuper de cette question. L'opéré offrait une ostéophyte de l'omoplate. Cette tumeur énorme fut enlevée à grand'peine, et on s'aperçut, après l'opération, que des tumeurs analogues se rencontraient dans plusieurs autres points de l'économie. Le malade succomba, et M. Richet a décrit le squelette avec le plus grand soin.

J'ai signalé, dit M. Richet, une particularité qui constitue un caractère spécial aux ostéophytes péri-articulaires; c'est qu'en général elles sont symétrique. Chez le malade de M. Follin, les productions osseuses doivent naître dans les tissus fibreux péri-articulaires. Comme M. Houël, je crois à une affection de l'articulation.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE OBSERVÉE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE, DANS LE SERVICE DE M. PIDOUX.

(Août-Décembre 1857.)

Par M. le Dr L. SILVESTRE, ancien interne des hôpitaux.

SUIVIE

D'UNE NOTE DE M. PIDOUX SUR LA MORT PAR L'INTESTIN.

Pendant l'été de 1857, il régna, à Paris, une épidémie de fièvres typhoïdes dont le caractère fut remarquable par le nombre plutôt que par la gravité des cas. Du 23 mai au 26 septembre, M. Pidoux, dans son service seulement, eut en effet à traiter 71 fièvres graves, et n'eut à enregistrer que 5 décès, environ 1 sur 14 malades. Et il ne s'agissait point de fièvres continues bénignes; toutes celles dont nous entendons parler se prolongeaient au delà de deux septénaires et méritaient à juste titre par les symptômes, par les accidents, par la durée, par le mode de convalescence enfin, le nom de fièvres typhoïdes graves.

Pendant toute la durée de l'épidémie, la peau fut le siége principal des symptômes; les taches, les sudamina, les sueurs, les éruptions de miliaire se montrèrent fréquemment. Le ventre, au contraire, était plat, et la diarrhée fort peu abondante.

Vers la fin, c'est-à-dire dans la deuxième moitié du mois d'août, le caractère de la fièvre se modifia; la diarrhée succéda en quelque sorte aux sueurs; et ce fut une diarrhée qui ne ressemblait point à celle qu'on observe habituellement dans les fièvres typhoïdes; elle était d'une grande abondance, et elle se montrait encore dans le troisième septénaire, à l'époque où les malades déjà convalescents, et habitués pour ainsi dire à des selles fréquentes, se plaignent de ne point aller assez souvent à la garde-robe.

Ce fut dans ces circonstances que se présenta à l'hôpital Lariboisière, dans l'une des salles de M. Pidoux, le premier cas de dysenterie, le germe, si je puis ainsi dire, de l'épidémie qui devait, pendant trois à quatre mois (1), rester limitée à cette seule partie de l'établissement.

Du 13 août au 8 octobre, il s'est présenté huit malades atteints de dysenterie aiguë. Quatre avaient une dysenterie bénigne et guérirent rapidement. Chez les quatre autres, la dysenterie fut grave dès le début; trois moururent, et le quatrième fut assez heureux pour guérir.

Dans le même temps, la dysenterie se déclara dans la salle chez des sujets qui étaient venus se faire soigner de diverses affections. Il y en eut *sept* qui furent atteints en six semaines : l'*un* d'eux avait une affection chronique du foie; *trois* étaient affectés de phthisie au troisième degré (l'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait point de diarrhée symptomatique d'une entérite tuberculeuse); *trois* enfin étaient convalescents de fièvre typhoïde grave et déjà sur le point de quitter l'hôpital.

De ces *sept* malades, *cinq* sont morts sans qu'on ait pu enrayer un seul instant les effets de la dysenterie; chez les *deux* autres, la terminaison est encore douteuse aujourd'hui.

J'ajouterai que le service des femmes compte quatre cas de dysenterie, parmi lesquels s'en trouve encore un qui paraît avoir pris naissance dans la salle. Voici enfin le tableau qui résume nos observations :

	Nombre.	Guérisons.	Décès.
Hommes.	15	7	8
Femmes.	4	2	2
Total. . . .	19	9	10

On doit se demander quelle a pu être la cause de cette épidémie qui, pour avoir été bornée à un petit nombre d'individus, n'en a pas moins été fort meurtrière, puisqu'elle a enlevé *un* individu sur *deux*. Il ne faut point la chercher dans la disposition de la salle non plus que dans le régime des malades; rien dans ces deux conditions qui ne soit commun à toutes les salles du même établissement, toutes construites sur un modèle unique. Pour tous ceux qui, connaissent la salubrité de l'hôpital Lariboisière, il ne peut y avoir d'autres causes que la contagion : sept ou huit dysentériques sont arrivés de la ville et ont semé leur maladie dans la salle. Ceux qui avaient l'intestin déjà malade furent naturellement les premiers et les seuls atteints, ainsi les phthisiques, ainsi les convalescents de fièvres typhoïdes. — Je trouve encore, dans une salle de femmes du même hôpital, un autre exemple qu'il faut ajouter aux cas déjà cités et qui est favorable à la contagion. Il s'agit d'une femme qui était venue se faire soigner d'une pleurésie. Elle prit un lit (18, salle Sainte-Elisabeth) dans un cabinet voisin des lieux d'aisance; dans le même temps se trouvait, dans la salle, une autre malade atteinte de dysenterie grave. Au bout d'une vingtaine de jours, la première sortit guérie de sa pleurésie ; mais trois jours après, elle revenait demander des conseils pour une dysenterie aiguë dont elle se fit soigner en ville et guérit fort promptement.

Enfin, le n° 2 de la salle St-Henri est occupé actuellement par un malade de 29 ans, qui toussait depuis trois semaines lorsqu'il vint à l'hôpital; il avait un léger mouvement fébrile, la langue rouge et épaisse, de la courbature, etc. Malgré l'existence de quelques signes qui pouvaient faire soupçonner une tuberculisation commençante, M. Pidoux conclut à une fièvre typhoïde à forme lente. Au bout de quinze jours, la toux persistait, mais la fièvre

(1) L'influence épidémique paraissait épuisée à l'époque où fut terminé ce travail (9 décembre); mais depuis, quatre cas nouveaux de dysenterie se sont développés dans la salle. Deux de ces malades étaient atteints de phthisie, un autre était convalescent d'une fièvre continue simple, le quatrième était entré pour une angine tonsillaire. Ils sont encore dans un état fort grave (23 décembre 1857).

était tombée, et le malade se disposait à sortir, quand il fut pris de dysenterie. Aujourd'hui, ses traits expriment l'abattement, sa figure est terreuse; sa langue rouge; il éprouve des coliques et rend des selles caractéristiques; or, ce lit avait été occupé immédiatement auparavant, pendant deux mois, par un malade atteint de dysenterie chronique.

Tous les malades venus du dehors étaient des ouvriers; tous avaient été exposés aux grandes chaleurs de l'été; tous enfin s'étaient gorgés d'eau la plupart du temps tiède, et tous s'étaient nourris presqu'exclusivement de légumes aqueux, tous, par conséquent, se trouvaient dans des conditions que je regarde comme très favorables au développement de la dysenterie et qui l'ont en effet déterminée.

Les cas de dysenterie que j'ai signalés ont présenté à un haut degré les caractères attribués à cette affection par les médecins qui ont assisté à des *épidémies*. Nous avons toujours observé quelques jours de prodrômes marqués par de la courbature, un léger mouvement fébrile continu, la perte de l'appétit, des nausées et de la diarrhée bilieuse. Peu à peu, le caractère des selles se modifiait; les matières fécales étaient remplacées par du mucus et des stries sanguines; la défécation devenait douloureuse; enfin il était impossible de méconnaître la dysenterie. C'est alors qu'on observait des coliques, des épreintes, des selles sanguinolentes, fétides, glaireuses et parsemées de fragments d'une substance blanchâtre. La dénomination vulgaire de râclure de boyaux, de frai de grenouilles, en donnait une idée bien exacte et bien vraie.

Les selles étaient fréquentes, ai-je dit; mais pour donner une idée de ce qui se passait et des souffrances qu'éprouvait le malade, je dois ajouter qu'il s'écoulait continuellement par l'anus un liquide sanguinolent d'une extrême fétidité. L'anus, du reste, présentait un caractère peu connu, et sur lequel M. Pidoux avait attiré mon attention : en faisant coucher le malade sur le côté, l'une des cuisses étendue, l'autre fléchie sur le bassin, on apercevait l'*orifice anal béant* et enflammé; il semblait qu'on devait facilement y introduire le doigt indicateur ; mais le moindre contact réveillait de vives douleurs et déterminait d'énergiques contractions dans le sphincter. Ce symptôme est en général d'une extrême gravité; cependant quelques malades l'ont présenté, chez qui la maladie s'est terminée par la guérison.

Plusieurs malades ont offert des signes d'irritation du col de la vessie; ils avaient de fréquentes envies d'uriner, et ne rendaient à chaque effort qu'une petite quantité d'urine rouge et épaisse. Chez quelques-uns, surtout à la dernière période de la maladie, il y a eu paralysie de la vessie, et on a dû pratiquer le cathétérisme. Il se passait donc sympathiquement dans la vessie quelque chose d'analogue à l'état du gros intestin.

Le ventre a toujours présenté le même caractère. Chez tous nos malades, au lieu d'être sonore et ballonné comme dans la fièvre typhoïde ou l'entérite en général, quelle qu'en soit la cause, il était rétracté, plat et souvent même concave. On n'y trouvait, en palpant, ni la souplesse du ventre dans l'état de santé, ni la tension qui se produit dans les cas signalés plus haut, mais une sensation d'empâtement général, comme si tous les intestins n'eussent formé qu'une seule masse pelotonnée contre la colonne vertébrale. Enfin, la paroi abdominale laissait apercevoir *des saillies formées par les anses intestinales,* comme on en voit dans la péritonite chronique. Ces bosselures devenaient encore bien plus sensibles lorsqu'on cherchait à les déprimer avec la main.

Plusieurs malades ont présenté des vomissements fort rebelles et excités par la plus petite quantité de liquide portée dans l'estomac. Chez les uns, cette ténacité fut expliquée par une phlegmasie chronique du périoine (tel est le malade du lit n° 2, salle Saint-Henri); chez le plus grand nombre, cette lésion manquait, et la cause est restée inconnue. La langue était rouge à la pointe, volumineuse, fendillée, sèche, et recouverte d'un enduit blanc ou noirâtre. Quelques-uns, même parmi ceux qui ont guéri (malade du lit n° 11, salle Saint-Henri), ont eu la muqueuse buccale et linguale recouverte de muguet : dans tous les cas, cette éruption est survenue à une période avancée de la maladie, et toujours elle coïncidait avec une acidité remarquable de la salive.

L'appétit, nul au début, revenait dès que le mouvement fébrile commençait à diminuer et alors même que les selles dysentériques conservaient encore tous leurs caractères. Dans ces cas, une alimentation, quelque modérée qu'elle fût, augmentait le nombre des selles, ramenait les coliques et excitait le mouvement fébrile.

Les malades que nous avons observés ont tous eu de la fièvre. Chez ceux qui ont succombé lentement, le mouvement fébrile, continu dans toute la période aiguë de la maladie, a subi quelques modifications dans les derniers temps et nous a présenté des exacerbations très prononcées; à certaines heures de la journée, et particulièrement dans la soirée, il s'accompagnait de sueurs abondantes et prenait les caractères de la fièvre hectique (lit n° 2, salle Saint-Henri).

Les phénomènes nerveux ont été, en général, fort légers. L'un de nos malades, vieillard de 60 ans, couché au n° 15, salle Saint-Henri, a cependant présenté un délire fort violent, tel, qu'on s'était demandé si cet homme ne faisait pas abus de liqueurs alcooliques et s'il n'était point tombé dans un accès de *delirium tremens*. Les renseignements pris à ce sujet ont été négatifs. Le délire est survenu vers la fin du second septénaire d'une dysenterie subaiguë, et a duré jusqu'à la mort, qui est arrivée du vingt au vingt-cinquième jour.

Une jeune fille, disposée à l'hystérie, a éprouvé dans la convalescence d'une dysenterie grave des douleurs articulaires aux pieds, aux genoux, et des points névralgiques du côté gauche, suivant le trajet du nerf sciatique. Les douleurs au genou gauche étaient très vives, et la jambe ne pouvait être portée dans la flexion; la moindre tentative faite dans ce but arrachait des cris à la malade. Divers topiques calmants furent inutilement employés; enfin M. Pidoux eut l'idée de plonger la malade dans l'anesthésie; on profita du sommeil pour forcer la flexion, et dès le lendemain, la malade put commencer à marcher. M. Pidoux nous a dit avoir assez souvent observé des douleurs musculaires et articulaires très vives à la suite des dysenteries graves.

Nous avons encore observé du côté du système nerveux un symptôme, du reste commun à toutes les maladies qui apportent une perturbation profonde dans l'économie, je veux parler de la contraction isolée d'un muscle, ou seulement de quelques faisceaux de fibres musculaires, sous une excitation telle que le frottement avec les doigts au niveau des insertions du grand pectoral sur le sternum, ou avec le bord cubital de la main sur le corps du biceps huméral. Quoique ce symptôme ne soit pas propre à telle ou telle maladie, il n'en offre pas moins une assez grande importance pronostique. Je ne veux point dire que ce soit un signe de mort : plusieurs de nos malades qui l'ont présenté ont guéri; mais certes, tous les malades qui le présentent, quelle que soit la maladie, sont dans un état grave. C'est un signe d'indépendance de l'action musculaire, voisine de l'ataxie.

Il est un autre symptôme, ou plutôt un état général qui nous a paru très intéressant. On voit des malades traverser sans accidents notables toutes les phases d'une dysenterie grave, et arriver au moment où l'on s'attend à voir disparaître chaque symptôme. La fièvre tombe en effet, les épreintes diminuent, et les selles sont modifiées dans leur quantité comme dans leur nature; mais le malade s'amaigrit de plus en plus, et le dépérissement auquel ces malheureux arrivent, leur donne l'aspect des phthisiques qui ont atteint la dernière période du marasme. En présence d'une pareille autophagie, on pourrait se croire autorisé à donner des aliments; et cependant il ne faut le faire qu'avec les plus grandes précautions. Trois de nos malades, qui nous ont présenté cet état, ont repris de la diarrhée dès qu'on a tenté de les alimenter, et sont morts plus tard. Leur fin est digne d'être remarquée. Quelques jours après cette sorte de rechute, le pouls devenait fréquent et petit; la peau sèche, rugueuse, sans élasticité; les dents et la langue fuligineuses; l'appétit nul; la soif vive; la voix éteinte et la respiration lente et refroidie. Au milieu de ce désordre, l'intelligence conserve sa netteté; le malade fait, à chaque question, des réponses exactes; mais il est frappé de la plus grande indifférence pour tout ce qui l'entoure. Il ne se plaint plus, il est presque froid, sans aucun mouvement; et conservant la position qui lui a été donnée, il s'éteint ainsi peu à peu. Il semble que la mort s'en empare, et l'emporte, en quelque sorte, portion par portion, comme elle ferait d'un végétal dont on voit sécher successivement les diverses parties, les rameaux, puis la tige, puis la racine.

Quelle est la cause de la mort? Pourquoi l'absorption n'a-t-elle pas lieu dans les intestins grêles, qui souvent ne sont point malades? Si l'absorption a lieu, pourquoi les éléments absorbés ne sont-ils point assimilés? Pourquoi enfin l'amaigrissement continue-t-il lorsque les autres phénomènes de la maladie ont disparu? Nos théories de la digestion sont assurément insuffisantes pour résoudre toutes ces questions. M. Pidoux voit dans cet état l'effet de l'anéantissement de l'influence sympathique du gros intestin sur tout le reste de l'économie, et en particulier sur la nutrition (1).

Dans la plupart des cas qui se sont présentés à notre observation, la dysenterie affectait la forme inflammatoire. Chez deux malades, cependant, nous avons eu affaire à la forme cholérique. L'un était un jeune homme de 25 ans, couché au n° 25 de la salle Saint-Henri; l'autre une femme de 40 ans, couchée au n° 9, salle Sainte-Élisabeth. Le premier était malade depuis trois semaines, lorsqu'il vint réclamer des soins. Il nous parut d'abord atteint d'une dysenterie de moyenne gravité, dont l'issue favorable nous semblait presque assurée. Les huit premiers jours de son séjour à l'hôpital se passèrent sans qu'il se présentât de phénomènes importants : c'étaient des selles dysentériques, des coliques, des épreintes, etc. Tout à coup, le facies du malade se grippe, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la langue est sèche et froide; la parole éteinte; la respiration extrêmement difficile; les extrémités cyanosées et froides; la peau sans élasticité; le pouls, filiforme, échappe sous le doigt; l'intelligence, quelquefois nette, est souvent troublée; le malade pousse des cris; tout, enfin, annonce une perturbation profonde dans l'économie. Les selles, devenues plus fréquentes, achèvent d'épuiser le malade. La vessie elle-même se prend : il y a souvent rétention d'urine. Cet état grave dure à peine deux jours, et le malade meurt.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, la douleur qui accompagne la défécation perd de son intensité; le spasme des intestins disparaît et en même temps les bosselures et la rétraction de la paroi abdominale; les selles deviennent moins fréquentes, mais plus abondantes; elles contiennent des matières jaunes semi-liquides ; le malade jouit de quelques heures de sommeil, et déjà sa physionomie respire la gaîté.

Dans ces conditions, en effet, la guérison est presque assurée; mais on ne peut s'entourer de précautions trop minutieuses pour tout ce qui a rapport à l'alimentation. Plusieurs de nos malades nous ont fourni l'occasion d'observer les funestes effets produits par la mauvaise qualité ou la trop grande quantité des aliments solides ou liquides. Au n° 6, salle Sainte-Élisabeth, se trouvait une jeune fille convalescente d'une dysenterie grave; depuis dix ou douze jours, ses selles avaient perdu le caractère dysentérique; le mouvement fébrile avait complétement cessé et les coliques avaient disparu. Soit par mégarde, soit par complaisance, on lui donna une cuillerée de choux-fleurs. Pendant la nuit, elle fut éveillée par un sentiment d'oppression à l'épigastre; elle éprouva des coliques, et, quelques heures après, rendit des matières présentant tous les caractères des selles dysentériques; pendant plusieurs jours encore elle eut de la fièvre et des coliques, et il fallut longtemps suspendre toute alimentation.

Ces mêmes accidents furent observés, n° 11, salle Saint-Henri, chez un jeune garçon qui atteignait à grand'peine la convalescence d'une dysenterie à forme grave. Je ne puis trop insister sur cette susceptibilité de l'intestin, qui est un des principaux écueils dans l'alimentation des malades; et j'entends parler ici non seulement de la dysenterie, mais aussi bien de la fièvre typhoïde que nous avons eu l'occasion d'observer dans le même service.

Quoi qu'on ait dit de l'autophagie, on ne saurait être trop prudent lorsqu'on commence à nourrir ces sortes de malades : tels, sont dans un état des plus satisfaisants (pouls au-dessous de 60, peau fraîche, selles rares, semi-liquides, forces renaissantes), à qui il suffit de donner un œuf pour ramener de la fréquence dans le pouls, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, des coliques et de la diarrée. Malgré la prudence de M. Pidoux, quelques malades nous ont présenté ces accidents d'une façon si nette, qu'il est impossible de les attribuer à toute autre cause. Il n'est d'ailleurs pas de maladie aiguë où les sujets supportent plus longtemps la diète absolue ou une alimentation extrêmement ténue.

(La suite à un prochain numéro.)

QUESTION SANITAIRE.

DE L'INUTILITÉ DES QUARANTAINES A L'OCCASION DE LA PESTE DE BENGASI.

Monsieur et très honoré confrère,

La récente épidémie de peste qui a affligé Bengazi a mis en émoi l'Europe et les populations *chrétiennes* de l'Orient, — les musulmans ne s'en inquiètent guère. — La surprise a été d'autant plus grande qu'on s'était laissé dire que, grâce à la vigilance des administrations sanitaires établies dans le Levant, et aux sages mesures hygiéniques, les causes, le germe du fléau étaient entièrement extirpés; — ce que l'on ne saurait admettre, la puissance humaine ne pouvant prévenir les épidémies de quelque nature qu'elles soient. — Toutes les terreurs qu'inspire le nom seul de *peste*, surtout en Espagne, en Italie, et dans le midi de la France, se sont donc réveillées et ont fait prendre de rigoureuses mesures quarantenaires : tant est vivace encore le préjugé de la contagion!

On a considéré quelque temps comme le typhus l'épidémie qui sévissait à Bengazi. Mais une commission, envoyée sur les lieux par l'administration sanitaire de Constantinople, a constaté l'existence de la véritable peste. En admettant l'exactitude de ce rapport, il est d'abord remarquable et exceptionnel de voir la peste se déclarer dans les mois de juin et de juillet, pendant les grandes chaleurs, alors que, habituellement, elle cesse ses ravages à cette époque.

En second lieu, un fait étiologique se présente qui mérite d'être signalé. C'est que le fléau a pris naissance, a acquis ses développements à Bengazi, puisque, ne sévissant nulle autre part, il n'a pu y être importé. Ce fait démontre l'erreur dans laquelle sont ceux qui veulent que la peste ait son foyer exclusif en Egypte, et qui la font naître de la décomposition des matières animales et végétales, particulièrement à la suite des inondations du Nil. A Bengazi, en effet, on ne retrouve ni les terrains d'alluvion du Delta, ni des fleuves à inondations périodiques qui déposent un limon. C'est un sol aride où l'on ne saurait admettre la grande cause de l'effluence des matières animales et végétales en putréfaction. Je ne pouvais penser qu'il y eût, de nos jours, des esprits assez rétrogrades pour attribuer l'apparition de la peste à l'*antique* et *mystérieux virus* ou *aux animalcules du père Kirker*, enfouis en incubation dans quelques hardes oubliées depuis la dernière épidémie de peste qui a eu lieu dans la régence de Tripoli, il y a, je crois, une trentaine d'années! Mais voici qu'un savant de Malte, M. Schembri, vient nous révéler que la peste de Bengazi est le résultat de la violation d'anciennes couches de pestiférés dont on a dérobé les suaires.

Je ferai observer encore que la peste a commencé à Bengazi, dans le courant du mois de mai; ce n'est cependant qu'en juillet que la commission, envoyée par Constantinople, a constaté son existence. Ainsi donc, pendant près de deux mois, toutes les provenances de Bengazi ont été admises en libre pratique dans les différents ports de la Méditerranée, et, jusqu'à ce jour, je ne sache pas que la peste ait été importée en quelque lieu. Mais voici que les médecins de Constantinople constatent l'existence du fléau : toutes les Intendances sont en émoi, les mesures les plus rigoureuses sont prises. On impose, dans le port de Marseille, dans ceux d'Espagne et d'Italie, quinze jours et plus de quarantaine aux provenances de la régence de Tripoli et d'Egypte, sans comprendre dans ce temps les jours de traversée. Qu'on juge des pertes immenses qu'a dû supporter le commerce, des retards éprouvés par les voyageurs! Tel est le résultat de ces rigueurs inutiles autant qu'illusoires. Vous allez en juger par les faits suivants :

Au commencement de juillet, les paquebots venant d'Egypte étaient en libre pratique à Malte et retenus en quarantaine à Marseille. Quelle inconséquence! Au moins fallait-il mettre Malte en contumace.

Un paquebot, obligé de relâcher à Toulon, y laisse quelques passagers qui entrent librement dans la ville, vont à Marseille et y trouvent le navire en quarantaine! La Provence est donc compromise et c'est

(1) Ce point important de pathologie générale demande une explication. Pour ne pas interrompre la suite du récit, cette explication ne sera donnée qu'à la fin, dans une note que M. Pidoux a bien voulu ajouter au travail de son ancien élève.

avec raison que Naples considère comme suspectes les provenances de Marseille.

Un steamer anglais, venant de Liverpool, ayant touché à Gibraltar, Tanger et Malte, et portant 240 passagers, a son cuisinier qui tombe malade et qui meurt dans la nuit de son arrivée à Alexandrie. Visité par le médecin de la santé, on déclare que l'individu est mort atteint de peste foudroyante, bien qu'on n'ait remarqué aucun des signes caractéristiques de la maladie (ni bubons, ni charbons) et qu'on n'ait point fait l'autopsie. Navire, équipage, passagers sont mis en quarantaine. Comment expliquer ce fait? Le paquebot n'a touché ni à Bengazi, ni à aucun point soupçonné, sur 240 passagers en contact avec l'individu atteint de la *contagieuse peste*, il n'y a personne de malade; il faut avouer qu'il y a bien du louche dans tout cela.

Dès lors, les paquebots provenant de Malte, considérés en Egypte comme suspects, — l'île étant compromise, selon eux, par ses relations avec Bengazi, — sont mis en quarantaine,.... et cependant les passagers, si gravement compromis, traversent l'Egypte, en chemin de fer, pour se rendre aux Indes!

Le médecin sanitaire du gouvernement français, à Alexandrie, M. Schnepp, va visiter, avec d'autres médecins, un individu soupçonné de peste. Il reconnaît que cet homme est atteint de pneumonie; il le touche sans précaution, et partant le voilà compromis. Pauvre confrère! Nouvellement arrivé, il ignorait jusqu'où vont, dans le Levant, les rigueurs quarantenaires, et pour avoir touché, *dans le lazaret*, un malade atteint de pneumonie, on crie: *Harò!* comme après le délit avoué par *maître Aliboron!* On le saisit, on le séquestre dans le désert, pour avoir compromis, par son imprudence, la ville entière d'Alexandrie. Le pauvre Directeur du lazaret, menacé d'être mis en jugement pour n'avoir pas retenu et séquestré le médecin sanitaire, tente de se brûler la cervelle, pour bien finir le drame. Ce qui complète la mystification, c'est qu'il n'y a pas eu de peste en Égypte.

En voilà assez, j'espère, pour laisser voir sur quelles bases reposent les sécurités quarantenaires. Eh! comment ne seraient-elles pas arbitraires ces mesures, en dehors de tous les principes de la science, de toutes les données de la logique, alors que ce sont des personnes étrangères à l'art de guérir qui président ou composent les Conseils sanitaires, et que la crainte est le mobile de leurs décisions? Voici comment les choses se passent. Le Conseil s'assemble; le Président de l'Intendance déclare qu'on est menacé du terrible fléau, que l'ennemi est aux portes, qu'il n'y a pas de temps à perdre; alors, la *peur*, plus contagieuse que la peste, gagne les hauts fonctionnaires. Ils acquiescent avec empressement à toutes les mesures; ils acceptent toutes les rigueurs.

En toute chose, la peur est une triste conseillère, et c'est sous l'influence de la terreur que ces mesures sont arrêtées. On s'appuie sur ce vieil adage, que trop de prudence ne saurait nuire. Raisonnement absurde et funeste! On jette l'alarme, on entrave le commerce, on amène des pertes considérables, par ces précautions inutiles, et elles ne sauraient nuire?

Quoi qu'on fasse, la navigation à vapeur doit forcément anéantir les quarantaines. Que la peste éclate en Orient; pourra-t-on jamais faire subir ces entraves au nombre considérable de paquebots qui sillonnent la Méditerranée? Pourra-t-on jamais isoler la France de ses possessions d'Afrique? Pourra-t-on jamais imposer ces mesures aux steamers anglais qui transportent plusieurs fois par mois, à Alexandrie, des centaines de passagers retournant des Indes? Non, sans doute. Les exigences politiques et commerciales tueront les quarantaines. Mais la science peut seule décider la question de leur inutilité en étudiant sérieusement celle de la contagion. Il serait temps d'être fixé à ce sujet.

Ce n'est que depuis l'épidémie qui eut lieu en Egypte, en 1834 et 1835, que la maladie a été étudiée par plus de 60 médecins européens, et c'est à peu près pour la première fois que les pestiférés ont été traités comme des malades ordinaires; que des observations multipliées ont été recueillies, que des autopsies nombreuses ont été faites avec toute la liberté et le calme désirables pendant une période de six mois. C'est sur ces travaux que l'Académie royale de médecine de Paris s'occupa, en 1844 et 1845, pendant plus d'une année de la question *peste* et *quarantaine*. Mais c'était la première fois que ce sujet était traité dans son sein. La presque totalité de ses membres ne s'étaient même pas occupés de l'étude d'une affection heureusement étrangère à nos climats, les écrits antérieurs n'étaient, du reste, appuyés que par des préjugés. On comprend donc que les illustres académiciens durent nécessairement subir toutes ces influences, et que leur rapport et les conclusions qu'ils y posèrent durent se ressentir de l'inexactitude des principes qui leur servaient de bases. Quatorze ans se sont écoulés depuis que cette question a fait l'objet des discussions académiques. Aujourd'hui, chacun a pu réfléchir sur ce qui a été publié. Le rapport de l'Académie renferme des documents précieux qui rendront plus facile un nouvel examen. Il reste encore à discuter sur plusieurs points dont l'élucidation apporterait des améliorations nouvelles au régime quarantenaire, en attendant que l'expérience forme les convictions et fasse voir la nécessité de leur abolition complète.

Le Congrès sanitaire international, réuni à Paris en 1851, pour régulariser le système quarantenaire des différents pays, bien qu'il ait amélioré le régime sanitaire, n'a pas fait tout ce qu'on pouvait attendre d'hommes aussi éclairés. D'une autre part, les gouvernements n'ont pas tous sanctionné les décisions de la conférence, et, dans la dernière épidémie de Bengazi, on n'a pas même appliqué les mesures arrêtées dans la convention internationale.

Il est donc urgent que les corps savants prennent en sous-œuvre la question de la peste et des quarantaines; car la croyance à la contagion séquestre des populations entières, fait taire la voix de l'humanité en poussant les masses au plus déplorable égoïsme, et les administrations chargées de veiller à la santé publique aux actes les plus arbitraires et les plus incohérents.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Clot-Bey.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DU PERCHLORURE DE FER A L'INTÉRIEUR DANS LES HÉMORRHAGIES; par M. Méran. — Obs. I. Une femme de 38 ans, d'une constitution débilitée, abondamment menstruée, fut prise d'une perte très abondante accompagnée de coliques et de maux de reins. Diminuée considérablement par le repos au lit, le laudanum à l'intérieur, une tisane au cachou, la perte reparut aussitôt que la malade voulut quitter le lit. M. Méran prescrivit vingt gouttes de perchlorure de fer liquide dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. Dès les premières cuillerées, il n'y avait plus ni caillots ni suintement sanguin. Une seconde potion fut administrée le jour suivant. La guérison fut définitive.

Obs. II. — Une femme de 30 ans, prise d'une ménorrhagie intense qui avait amené un état de prostation, de faiblesse extrême, des syncopes incomplètes séparées par des instants d'exaltation cérébrales, fut guérie par le perchlorure de fer à la dose de quarante gouttes pour une potion de 120 grammes continuée pendant plusieurs jours.

Obs. III. — Jeune fille de 20 ans; métrorrhagie par caillots volumineux, qu'aucun des moyens ordinaires ne peut arrêter: tamponnement vaginal et potion au perchlorure de fer liquide. L'hémorrhagie s'arrête si bien que le tampon, retiré au bout de vingt-quatre heures, n'amène pas le moindre caillot à sa suite.

Obs. IV. — Jeune femme de 18 ans; menstruation régulière, mais difficile. Après un retard de trois semaines, perte peu considérable, mais accompagnée de faiblesse, de défaillances, d'exacerbations fébriles, irrégulières. Potion avec vingt gouttes de perchlorure de fer liquide à doses rapprochées, et sulfate de quinine 15 décigrammes dans du café pour prévenir le retour des exacerbations fébriles. La perte cessa complétement.

Dans ces quatre cas, M. Méran pense qu'il y a eu commencement de grossesse et hémorrhagie avec avortement. Dans tous, la guérison fut maintenue par un régime approprié. Dans une cinquième observation, il y avait grossesse certaine et avortement au 4me mois suivi quelque temps après de petites pertes réitérées qui amenèrent graduellement une déperdition sensible des forces. M. Méran eut recours au même moyen et les premières doses firent cesser complétement l'exsudation sanguine. M. Méran l'a encore employé dans une hémoptysie, et le résultat fut le même. — (*Gaz. des hôp.* et *Union méd. de la Gironde.*)

EMPLOI DU CHLOROFORME POUR CONSTATER DANS LES FARINES LA PRÉSENCE DE SUBSTANCES MINÉRALES. — Ce procédé, dû à M. Lassaigne, est extrêmement simple. Il est fondé sur la différence de densité de la farine et des substances minérales. La première, agitée avec du chloroforme, monte tout entière à la surface; les dernières, au contraire, vont au fond. De là à l'essai des farines, il n'y a qu'un pas. Prenez un tube de verre de 3 centimètres de diamètre et de 15 à 20 centimètres de longueur, fermé d'un bout. Mettez y 5 à 10 grammes de farine suspecte, remplissez presque entièrement le tube avec du chloroforme; bouchez fortement et agitez pendant quelque temps, puis laissez reposer.

Peu à peu la farine monte à la surface, et s'il y a quelques substances minérales, elles vont occuper la partie inférieure du tube sous forme de précipité. — (*Monit. des hôp.*, 7 août 1858.)

OBSERVATION DE SUPPURATION DE LA RATE; par le docteur Cathcart Lees. — Cette observation est curieuse par sa rareté et la difficulté du diagnostic.

Un cultivateur de 23 ans, très amaigri, portait, dans les régions hypochondriaque et lombaire gauche, une tumeur qui, sans effacer les espaces intercostaux, avait cependant suffisamment repoussé les côtes pour que ce côté de la poitrine mesurât un pouce de plus que l'autre, en circonférence. A la percussion, matité s'étendant latéralement jusqu'à l'aisselle. A l'auscultation on entendait partout le murmure respiratoire, faible et mêlé de râle sibilant en arrière, puérile sous la clavicule. Au toucher, la tumeur était dure et non douloureuse. Le décubitus se faisait plus volontiers sur le côté droit.

Comme renseignements, l'auteur dit que, depuis trois ans, la santé du malade était délicate; il éprouvait de temps en temps une sensation douloureuse dans le côté gauche de l'abdomen, et s'était graduellement affaibli et émacié. Il n'avait jamais eu ni fièvre intermittente, ni melæna, ni épistaxis, mais il était fort sujet aux épistaxis, jusqu'à deux ou trois fois par jour. Pas d'ascite, ni d'œdème, ni de frissons; pouls petit et fréquent. A l'autopsie, on trouva la rate transformée en un kyste rempli de pus. Les autres viscères étaient sains. — (*Dublin hosp. gaz.* et *France médicale.*)

PHTHISIE URINAIRE; CYSTITE TUBERCULEUSE. — Un homme de 40 ans entra, en octobre 1857, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, pour des douleurs vives qu'il éprouvait depuis cinq à six mois en urinant, et pour des envies d'uriner extrêmement fréquentes. Les urines étaient troubles, presque purulentes; l'état général des plus fâcheux. M. Gosselin diagnostiqua par exclusion une *phthisie urinaire*, exprimant par ce terme et la lésion locale et l'état de dépérissement du sujet. Au bout de deux mois d'administration des narcotiques de toute espèce et à hautes doses, il y avait une amélioration inespérée. Le malade en vint même à pouvoir quitter l'hôpital. Mais il ne tarda pas à y rentrer et dès lors rien ne put adoucir ses souffrances. La miction, qui se reproduisait jusqu'à six ou huit fois par heure, ramenait chaque fois des douleurs atroces. Dans les dernières semaines, l'épididyme du côté droit devint le siége d'une induration évidemment tuberculeuse. Ce malheureux n'a succombé que le 18 juillet dernier.

A l'autopsie, les principales lésions se montrent dans la vessie qui, excessivement petite, présente sur sa surface muqueuse une vingtaine de petites ulcérations superficielles et quatre ou cinq petits tubercules non encore ramollis. Puis dans la prostate, on trouve quelques tubercules et deux petits abcès contenant gros comme un pois de pus assez bien lié. Le rein droit contient plusieurs masses tuberculeuses à l'état de crudité. L'épididyme du rein droit, la vésicule séminale et le canal déférent du même côté sont infiltrés de matière tuberculeuse.

M. Foucart fait remarquer, en terminant, cette tuberculisation bornée à un seul côté de l'appareil génito-urinaire, ce qui, du reste, est la règle.

Le poumon droit avait sa base infiltrée de matière tuberculeuse. — (*France médicale*, 24 juillet 1858.)

DE L'EMPLOI DU SUCRE DANS LA MÉDECINE DES ENFANTS, ET DE L'UTILITÉ D'UN TRAITEMENT PAR LE SUCRE DANS LES CATARRHES INTESTINAUX ET DANS D'AUTRES MALADIES DE L'ENFANCE; par les docteurs Behrend et Sieber. — Le sucre est une substance qui, généralement, n'est pas employée comme remède, mais seulement dans le but d'édulcorer les médicaments, les aliments ou les boissons, afin de les rendre plus agréables au goût. Mais le sucre pris en grande quantité et d'une manière continue ne doit-il pas avoir une action particulière sur l'économie, et quelle est cette action? Tel est le but du travail de MM. Behrend et Sieber.

Les recherches des chimistes nous apprennent que le sucre se change dans l'estomac ou dans l'intestin en acide lactique, et peu à peu en acide butyrique, changement qui se fait plus rapidement pour les sucres de lait et de raisin que pour le sucre de canne. Plus tard, ces acides se combinent avec les bases des voies digestives pour former des lactates et des butyrates qui agissent comme diurétiques ou comme laxatifs. Mais le sucre peut aussi passer dans le sang sous forme d'acide lactique ou butyrique, et, sous l'influence de l'oxygène, être changé en acide carbonique et en eau. Or, tous ces changements ne sauraient être sans importance.

D'après Lehmann, l'acide lactique joue un grand rôle dans l'économie, puisqu'il est le dissolvant des matières inorganiques des os.

Malgré ces connaissances acquises, l'action thérapeutique du sucre est encore à peu près dans l'obscurité. Cependant sa transformation en acide lactique laisse entrevoir que, dans les fièvres, il doit agir favorablement, surtout si l'on admet qu'il forme des lactates, et l'on peut aussi soupçonner son utilité dans les cas où l'urine est alcaline, ou ne contient pas assez d'acide libre pour dissoudre les urates. Mais ce qui nous manque encore, c'est l'observation au lit du malade. L'auteur désire combler cette lacune; à cet effet, il relate les deux observations suivantes, se promettant de continuer ses essais et d'en faire connaître le résultat.

Obs. I. — Frédéric, 3 ans, est pris de diarrhée et de fièvre gastrique pendant l'été, à une époque où ces maladies régnaient fortement. La fièvre était violente, les coliques douloureuses, avec une grande sensibilité de l'abdomen.

Le traitement antiphlogistique fut appliqué modérément, à cause de la débile constitution du sujet. La diarrhée persista et elle s'accompagna d'une telle irritabilité de l'estomac, que l'enfant vomissait tout ce qu'il prenait; l'eau sucrée seule était supportée. On combattit la diarrhée par divers moyens et surtout par toutes sortes de lavements, sans le moindre succès.

L'enfant maigrissait beaucoup, le pronostic paraissait défavorable. Ce fut alors qu'on résolut de recourir à l'emploi méthodique du sucre, d'autant plus que l'enfant continuait à rejeter toute autre substance et qu'on pouvait regarder la maladie comme un catarrhe chronique des intestins. On donna toutes les heures une demi-once de sucre pilé, bumecté d'un peu d'eau et l'on continua régulièrement pendant huit jours, même de nuit.

Le cinquième jour, les coliques avaient beaucoup diminué et la sensibilité de l'épigastre avait presque disparu; la diarrhée persistait, mais les selles étaient moins fréquentes et moins liquides, toujours bilieuses. Peu à peu on donna du bouillon gras sucré qui fut toléré.

Au bout de neuf jours, l'enfant avait repris sa gaîté; la guérison fut complète.

Obs. II. — La seconde observation concerne un petit garçon de 4 ans qui, à la suite d'un catarrhe intestinal chronique, était tombé dans le marasme. Cet enfant avait l'épigastre très sensible; les substances les plus légères produisaient des coliques et augmentaient la diarrhée. On lui appliqua le même traitement qu'au précédent: une demi-once de sucre toutes les heures pendant plusieurs jours, puis bouillon gras au sucre avec jaune d'œuf.

La guérison eut lieu au bout de trois semaines; le sucre avait été continué pendant tout ce temps, mais à des doses de plus en plus faibles. — (*Journ. f. Kinderkrankheiten* et *Gazette médicale de Paris*, n° 33.)

PROCÉDÉ DE DOSAGE DE L'URÉE; par M. Leconte. — L'hypochlorite de soude possède la propriété de décomposer l'urée en acide carbonique, azote et eau. Sur cette propriété, M. Leconte, agrégé de la Faculté, a basé un nouveau procédé de dosage de l'urée, procédé très exact et très simple qui consiste à mesurer l'azote produit de la décomposition de l'urée par l'hypochlorite. C'est une nouvelle et très heureuse application de l'analyse par la *volumétrie*, si bien connue déjà par l'essai des alcalis, des hypochlorites, si habilement employée par M. Mialhe dans l'analyse des sels de mercure, etc. Voici comment M. Leconte décrit lui-même son procédé dans sa note à l'Institut:

« L'appareil se compose d'une fiole ou d'un ballon de 150 centimètres cubes, muni d'un tube propre à recueillir les gaz, dont l'extrémité s'engage sous un tube gradué rempli d'eau.

» La préparation de l'hypochlorite consiste à épuiser méthodiquement par l'eau bouillie et froide 100 grammes d'hypochlorite de chaux bien pulvérulent, à faire dissoudre dans le liquide filtré 200 gr. de carbonate de soude cristallisé réduit en poudre, à filtrer et laver le carbonate de chaux, et à réunir les liqueurs pour en faire deux litres.

» Pour faire une analyse, on place l'urée dans un ballon avec un peu d'eau, on ajoute rapidement l'hypochlorite, de manière à remplir complétement la fiole, à ce point qu'en plaçant le bouchon il monte un peu de liquide dans le tube qui doit être d'un petit diamètre; lorsque cette colonne liquide est arrivée à l'extrémité du tube à gaz, on engage cette dernière sous le tube gradué; on place le ballon dans un bain-marie; on chauffe lentement jusqu'à l'ébullition.

» Quand, malgré cette température, il ne se dégage plus sensiblement de gaz, on chauffe directement avec la lampe à alcool, et on maintient l'ébullition jusqu'à ce que la vapeur produise un bruit sec en se condensant dans l'eau, ce qui indique qu'elle ne contient plus de gaz.

» L'urine doit être préalablement purifiée de la manière suivante: à 20 grammes d'urine, on ajoute 3 grammes de sous-acétate de plomb liquide; on porte à l'ébullition, on filtre, on lave trois fois sur le filtre

» on ajoute alors 3 grammes de carbonate de soude pulvérisé; on porte » de nouveau à l'ébullition; on filtre encore et on lave trois fois; on » mesure le liquide qui forme ordinairement 50 centimètres cubes, » dont la moitié, représentant 10 centimètres cubes d'urine, est traitée » comme ci-dessus.

» Bien que la théorie indique que 1 décigramme d'urée doive fournir » 37 centimètres d'azote, je n'ai jamais pu en obtenir que 34 centimè- » tres cubes; mais ce nombre a été constant dans toutes les analyses. » En divisant donc par 34 le volume de l'azote, après corrections faites, » on obtient à quelques millièmes près le poids de l'urée employée. »

M. Leconte fait ensuite remarquer que les autres matières azotées de l'urine fournissent une quantité d'azote infiniment plus petite que celle de l'urée, dans le rapport de 54 : 1000, et que l'on peut ainsi, à l'aide de son procédé, constater les variations de l'urée et des matières azotées qui l'accompagnent.

L'azote obtenu retient une forte odeur de chlore; mais, en réalité, il ne contient qu'une quantité infiniment petite de ce corps. — (*Monit. des hôp.*, 14 août 1858.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de l'*Union Médicale.

Lyon, le 6 octobre 1858.

Très honoré et cher confrère,

Aujourd'hui même je lis, dans l'Union Médicale, la réclamation du docteur Al. Mayer. Permettez-moi d'y répondre en quelques mots. Pour le premier chef, c'est avec raison que cet honorable confrère réclame la propriété des deux citations faites par M. le docteur Jules Guyot dans son très substantiel article sur mon ouvrage. Je n'ai jamais songé à me les attribuer, et M. Mayer qui, précisément, a pu se voir citer deux fois dans le même paragraphe, avec renvoi à son ouvrage, aurait dû concevoir une autre opinion. Dans un livre qui, comme le mien, renferme des citations très nombreuses, il est difficile de ne pas omettre quelquefois des signes qui renvoient au livre qu'on vient précisément de citer. Quoi qu'il en soit, nous promettons à M. Mayer que cet oubli sera réparé, car nous tenons son livre en estime, comme il a pu s'en convaincre.

C'est aussi pour cette dernière raison que je serai moins accommodant vis-à-vis du second chef de sa réclamation.

En m'accusant d'avoir voulu *jeter une pierre dans son jardin*, M. Mayer me fait une véritable querelle d'allemand. Jamais je n'ai songé à faire la moindre allusion à ses propres opinions, jamais je n'ai songé à le mettre en cause. Ce que j'ai dit et ce qu'il cite sur le sens attaché *généralement* à l'expression de *contrainte morale* (mot qu'il n'a pas inventé), s'applique aux doctrines bien connues de certains économistes. Je suis le premier, du reste, à reconnaître la sagesse et la pureté d'intention des préceptes contenus dans le livre *des rapports conjugaux*.

Le docteur Al. Mayer me permettra de m'élever encore contre des prétentions trop absolues de sa part, pour revendiquer en faveur de ses propres travaux, l'honneur d'avoir rempli « une lacune signalée dans la littérature médicale, d'avoir le premier eu le courage d'aborder un thème difficile, » cela avait été fait bien avant lui. Je suis en mesure, pour ce qui me concerne, d'établir ma priorité relativement à l'influence exercée par l'*onanisme conjugal* sur la santé. Si son livre date de 1848, la première édition du nôtre date de 1846. Or, voici ce qu'on y trouve, et je n'ai jamais reproché à M. Mayer de n'en avoir point tenu compte dans ses publications postérieures :

« Il n'est point difficile de concevoir le degré de perturbation qu'un pareil acte doit exercer sur le système génital de la femme, en provoquant des désirs qui ne sont point satisfaits. Une stimulation profonde retentit dans tout l'appareil; l'utérus, la trompe et les ovaires entrent dans un état d'orgasme. L'orage n'est point apaisé par la crise naturelle..... Il se passe alors ce qui aurait lieu si, présentant des aliments à un homme affamé, on les retirait brusquement de la bouche, après avoir ainsi violenté son appétit..... C'est à cette cause trop souvent mise en action que l'on doit attribuer les névroses multiples, les bizarres affections qui ont pour point de départ le système génital de la femme..... Il y a plus, les rapports moraux entre les époux subissent des changements fâcheux; cette affection, fondée sur une estime réciproque s'efface peu à peu par la répétition d'un acte qui souille le lit nuptial; de là certaines aigreurs, certains ressentiments profonds qui, grossissant peu à peu, déterminent les ruptures scandaleuses, dont le vulgaire ignore presque toujours le véritable motif. » (T. II, p. 78.)

Mais en voilà bien assez sur ce point. Disons seulement, avant de clore cette lettre, que mon livre, où sont étudiées toutes les questions afférentes à l'hygiène du mariage, tandis que celui de M. Mayer ne traite qu'un point très limité de la question, pouvait très légitimement servir de texte aux assertions renfermées dans le savant article du docteur Jules Guyot.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mon dévouement.

Dr F. Devay.

COURRIER.

Nous avons reçu une réclamation de M. le docteur Boinet, que le défaut d'espace nous empêche d'insérer aujourd'hui.

— M. Darricau, médecin de l'hôpital civil de Bayonne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 13 octobre, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les ophthalmies; — 3° De la série des forces qui concourent à déterminer le phénomène circulatoire, par M. Wanner; — 4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Traité pratique de pathologie générale, par J.-M. Beyran, docteur en médecine de la Facutté de Paris, membre de la Société orientale de France, de la Société de chirurgie de Paris, de la Société de médecine et d'histoire naturelte de Dresde, médecin de l'Ambassade ottomane, à Paris, etc.

Chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1858, Ire partie, 1 volume in-8°. — Prix : 4 fr.

Leçons sur le chancre, professées par le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de Notes et Pièces justificatives, etc. Un vol. in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, et aux bureaux de l'*Union Médicale*.

Mission médicale dans la Tatarie-Dobroutcha, par le docteur Camille Allard, médecin-inspecteur des Eaux thermales sulfureuses de Saint-Honoré (Nièvre), ex-médecin sanitaire et chargé du service médical de la Mission des ponts-et-chaussées de France dans la région danubienne en 1855, etc.

Paris, 1857, aux bureaux de l'Union Médicale.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 122. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 14 Octobre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« En faisant passer un courant d'induction sur une dent, on peut arracher cette dent sans douleur pour le malade ; » cette heureuse nouvelle nous arrivait du même pays où l'éthérisation avait été trouvée ; deux dentistes pratiquant à Paris en confirmaient la réalité par le récit de leurs propres expériences ; l'anesthésie, appliquée à l'avulsion des dents, semblait avoir fait un pas considérable ; mais voilà que des expériences, faites dans plusieurs hôpitaux de Paris, viennent singulièrement amoindrir les prétentions de l'électricité inductive. Les récits faits hier à l'Académie par MM. Robert et Velpeau sont peu encourageants. Ou nous ne savons pas nous y prendre, en France, ou les faits qui nous viennent des États-Unis ont été singulièrement exagérés. Toujours est-il que sur quinze ou seize avulsions de dents pratiquées dans les hôpitaux de Paris au moyen du nouveau procédé anesthésique, dans deux cas à peine les sujets ont déclaré n'avoir pas ressenti de douleur. Quoique ces faits fussent loin de répondre aux merveilleuses promesses qui avaient traversé l'Atlantique, MM. Velpeau et Robert on voulu essayer si la pratique chirurgicale ne pourrait pas tirer quelque parti de cette prétendue anesthésie électrique. Hélas ! les insuccès ont été plus incomplets encore ; incisions, ponctions, arrachements électriques, ont fait pousser les hauts cris aux patients qui ont accusé une douleur peut-être plus vive encore que par le bistouri non armaturé. Et cela n'étonnera personne de ceux à qui l'induction électrique ne fait pas oublier l'induction physiologique.

Autre déconvenue, mais celle-ci pour les iodophyles. L'Académie entendait naguère un mémoire de M. Boinet, dans lequel cet iodographe, aussi zélé que convaincu, proposait de mêler l'iode à tous les aliments d'une certaine et très nombreuse catégorie de malades. Qu'allez-vous faire lui crie de Genève une voix très autorisée, celle de l'honorable M. Rilliet ! C'est l'empoisonnement de vos malades que vous proposez, empoisonnement d'autant plus certain, que vous donnerez l'iode à plus petite dose. Disons, pour exprimer notre impression personnelle, que la simple audition de la note de M. Rilliet ne nous a pas suffisamment édifié sur la parfaite exactitude de ses propositions. M. Rilliet paraît avoir une telle frayeur de l'iode, qu'il l'accuse d'avoir très mal agi sur des malades qui ne l'avaient absorbé que dans l'air atmosphérique, sur les bords de la mer ! Monsieur Boinet, Monsieur Boinet, nous attendons votre réponse.

Autre exécution. M. Boudet en son nom et au nom de MM. Barth et Bouchardat, est venu déclarer qu'il n'y avait aucune suite à donner aux réclamations de M. Leras relativement au pyrophosphate de soude et de fer que cet honorable chimiste a introduit dans la thérapeutique. Ce médicament est-il un bon médicament ? Voilà ce qu'il importe bien plus aux praticiens de savoir que le nom de son inventeur.

M. le docteur Simonneau a clos la séance publique par la lecture d'un mémoire sur le croup, qu'il a terminée par l'exhibition et la démonstration d'un nouveau respirateur destiné à combattre les progrès de l'asphyxie après la trachéotomie. Nous ne pensons pas que l'application de cet appareil ait été encore faite ; avec son honorable inventeur, nous en appellerons à l'expérience.

Mais voilà depuis quelque temps beaucoup de procédés purement mécaniques contre la diphthérite. L'asphyxie est-elle donc la seule terminaison de la maladie ? Cet empoisonnement général, sur lequel les travaux de MM. Trousseau, Blache, Faure, ont appelé l'attention des praticiens, ne mérite-t-il pas aussi d'attirer les préoccupations médicales ? Et si la médication locale absorbe tous les soins du médecin, pourquoi laisse-t-on dans l'ombre et le silence les faits très encourageants publiés dans ce journal même, par deux honorables et savants médecins des départements, MM. Danvin, de Saint-Pol, et Valentin, de Vitry-le-François, sur l'emploi du caustique potentiel ? Essayez le cathétérisme et le tubage du larynx, nous ne nous y opposons pas ; mais essayez aussi un traitement que deux honorables médecins affirment avoir donné de bons résultats.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE OBSERVÉE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE, DANS LE SERVICE DE M. PIDOUX [1].

(Août-Décembre 1857.)

Par M. le Dr L. SILVESTRE, ancien interne des hôpitaux.

SUIVIE

D'UNE NOTE DE M. PIDOUX SUR LA MORT PAR L'INTESTIN.

Dans les dix autopsies que nous avons faites, nous avons rencontré la plupart des lésions signalées dans les grandes épidémies : ulcération de la muqueuse, épaississement des tuniques intestinales ; fausses membranes ; hémorrhagies ; tuméfaction des ganglions mésentériques ; épaississement du péritoine, etc., etc.

Les lésions occupaient le gros intestin tout entier ; elles devenaient toutefois plus nombreuses à mesure qu'on se rapprochait du rectum qui, la plupart du temps, n'était qu'une plaie. Mais, chose curieuse, nous n'avons jamais rien trouvé au niveau du sphincter externe de l'anus. Dans toute la portion de muqueuse qui correspond à ce muscle, on voyait de la rougeur, de l'injection et un peu d'épaississement ; dans les cas même où les altérations étaient le plus profondes et le plus étendues, les ulcérations ne commençaient qu'au bord supérieur du muscle.

La forme des ulcérations a présenté de nombreuses variétés sur le même sujet : à côté d'ulcérations serpigineuses, et en général superficielles, nous en avons vu de très profondes, à bords renversés, saillants, granuleux, comprenant parfois toutes les tuniques, à l'exception du feuillet séreux, alors rouge et injecté dans le point correspondant.

Il nous a paru, toutefois, que les ulcérations étaient d'autant plus profondes qu'elles étaient moins nombreuses. La même observation a du reste été faite de tout temps dans la fièvre typhoïde. Un de nos malades nous a présenté, dans le gros intestin, des altéra-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

RECHERCHES SUR LA TRANSFUSION DU SANG ;

Thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 21 août 1858,

Par M. le docteur P.-H. QUINCHE, de Dijon.

L'auteur, dans ces recherches, s'est surtout proposé d'élucider le côté historique de la transfusion, et il est arrivé à des résultats très curieux et très inattendus.

Cette opération — on le sait — fut d'abord essayée sur des animaux en Angleterre, vers le milieu du XVIIe siècle, quelques années après la découverte de la circulation du sang. Elle fut pratiquée pour la première fois sur l'homme, en France, par Denis et Emmerez, en 1668. Tous les écrivains qui ont traité cette question, ont dit quelles chimériques espérances de rajeunissement et de prolongation indéfinie de la vie, la transfusion avait fait naître à ses débuts ; ils ont dit aussi quelles résistances opiniâtres elle avait rencontrées dans certains esprits, et les discussions passionnées qui résultèrent de ces divergences d'opinions. Enfin, tous s'accordent sur la cause qui mit fin brusquement à cette agitation ; du consentement unanime des auteurs, le « *quos ego* » de cette tempête fut un arrêt du Parlement, en date du 17 avril 1668, rendu à l'occasion de la mort d'un fou, Antoine Mauroy, sur lequel Denis et Emmerez pratiquaient la transfusion pour la troisième fois et qui périt entre leurs mains.

Voici comment s'exprimait Dionis un siècle plus tard, à ce sujet (*Cours d'opér. de chir.*, Paris, 1782, p. 728) : Denis trouva, dit-il, des hommes assez misérables pour souffrir la transfusion pour quelque argent. Mais la fin funeste de ces malheureuses victimes de la nouveauté détruisit en un jour les hautes idées qu'on avait conçues : ils devinrent fous, furieux et moururent ensuite. Le Parlement, informé de ce qui s'était passé, interposa son autorité et rendit un arrêt par lequel il était défendu, sous de rigoureuses peines, de faire cette opération.

« Jamais, ajoute-t-il, arrêt ne fut rendu plus justement pour détruire l'entêtement de ces novateurs et prévenir le cours de cette opération, qui serait devenue d'une pernicieuse conséquence contre la charité du prochain et contre la religion, si on la leur eût laissé faire d'homme à homme, ce qui était la fin qu'ils se proposaient. Mais ceux qui avaient enfanté cet horrible projet sont morts, et il est presque enseveli dans l'oubli. »

Voilà, dit M. Quinche, qui cite ce passage, comme on écrit l'histoire. Il faut que les passions soulevées autrefois par la transfusion, aient été bien vives, pour qu'à cent ans de distance, elles inspirent encore à Dionis de semblables réflexions.

Du reste, Cabanis lui-même est tombé dans la même exagération de langage. En parlant de la découverte de la circulation, dans les *Révol. de la méd.* (1804, p. 166), il ajoute : « Ce nouveau jour porté dans l'économie animale ne fit, s'il est permis de le dire, que redoubler la rage des systèmes... Enfin, de là ce *misérable délire* de la transfusion du sang, dont la pratique coûta presque toujours la vie ou la raison à ceux qui ne craignirent pas de se soumettre à cette opération téméraire. »

Mais revenons. M. Quinche a voulu voir, de ses yeux, le texte de cet arrêt du Parlement qui réglementait ainsi, de sa pleine autorité, les choses de l'art médical ; il l'a cherché et ne l'a point trouvé.

Le médecin Denis, dans une lettre adressée à M. Oldenburg, raconte que « la Cour du Châtelet crut qu'il pouvait y avoir du danger à permettre indifféremment à toutes personnes de pratiquer la transfusion, elle ordonna qu'on ne pourrait désormais la faire qu'avec l'approbation d'un médecin de la Faculté de Paris... Cela, dit-il plus loin, sera sans doute réglé par une juridiction supérieure. Je ne présume pas que le Parlement défende cette opération ; je ne crois pas qu'il y ait dans ce royaume des magistrats qui puissent se résoudre à condamner des personnes qui n'ont commis d'autres crimes que d'avoir consacré leurs fortunes et leurs travaux aux progrès de nos connaissances et à faire de nouvelles découvertes. »

Denis écrivait ce qui précède le 15 mai 1668.

« Depuis cette époque, continue M. Quinche, je ne trouve plus aucune trace de ce procès, dont l'instruction était commencée au Châtelet. Il ne faut pas oublier que la Cour du Châtelet, présidée par le lieutenant criminel, ne jugeait pas en dernier ressort : elle instruisait les affaires qui étaient ensuite jugées par la grande chambre du Parlement. Or, je puis affirmer que jamais cette affaire n'a été portée devant le Parlement. Muni d'une lettre de recommandation de M. le doyen de la Faculté de médecine, j'ai pu pénétrer aux Archives impériales, où se trouve toute la collection des registres du Parlement. M. le secrétaire des Archives a eu l'extrême obligeance de faire lui-même des recherches à ce sujet ; mais il n'a rien pu trouver qui ait trait à la transfusion, ni même au débat entre Denis et la veuve Mauroy, dans la collection des affaires civiles et criminelles jugées par le Parlement de Paris depuis l'année 1667 jusqu'à 1676. Malheureusement, la collection des actes du Châtelet n'existe qu'à partir de 1673. Il est donc complétement impossible de savoir comment s'est terminée l'instruction de l'affaire Denis. Mais ce qui peut faire supposer qu'elle n'a pas eu pour lui de suites fâcheuses, c'est qu'on le retrouve plus tard médecin du roi.

« Puisque la transfusion du sang n'a pas été interdite, pourquoi, se demande M. Quinche, Denis cessa-t-il de s'en occuper ? Il est facile d'en trouver le motif. Denis était docteur de la Faculté de Montpellier ; il n'y a rien d'étonnant qu'il ait renoncé à pratiquer la transfusion, plutôt que de se soumettre à l'obligation qui lui était imposée par le lieutenant-criminel de ne la faire qu'avec l'approbation de la Faculté de Paris, etc.

» On a donc pris, conclut M. Quinche, l'arrêt du lieutenant-criminel, en date du 17 avril 1668, pour un arrêt du Parlement prohibant la transfusion sous les peines les plus sévères. »

Nous remercions, pour notre part, l'auteur d'avoir rectifié ce point historique et de s'être assuré du fait, *de visu*. Toutefois, nous devons faire observer que cette méprise n'a pas été commise par tous les écrivains sans exception. Ainsi M. Rochoux, dans l'article TRANSFUSION du *Dictionnaire en 21 volumes*, Paris, 1828, tome XX, page 469, ne parle que de la sentence du Châtelet et ne fait pas intervenir le Parlement. A la vérité, M. Rochoux dit que la transfusion, en vertu de cette sentence, ne pourra être tentée qu'avec l'approbation de la Faculté de Paris, tandis qu'il suffisait, en réalité, de l'approbation d'un médecin de la Faculté de Paris. C'est ce qui résulte clairement des investigations de M. Quinche, qui cite textuellement, à l'appui, l'extrait de la sentence du Châtelet, renfermé dans la collection de l'Académie de Dijon (partie étrangère, tome XI, page 144. Dijon, 1755.)

Il est un autre point, relatif à la même question, que M. Quinche élucide encore et rectifie. Sprengel (*Hist. de la méd.*, t. IV, p. 120) dit que la Faculté de Paris sollicita, en 1675, un arrêt du Parlement contre la transfusion. « Je dois à l'obligeance de M. le bibliothécaire de l'École de médecine, dit l'auteur, d'avoir pu consulter les registres de la Faculté depuis 1666 jusqu'en 1689, et je n'ai pu trouver aucune délibération qui ait eu trait à cette matière. »

tions qui avaient une grande analogie avec celles qu'on voit dans la dothiénentérie, je veux parler d'un jeune homme couché au nº 25 de la salle Saint-Henri. Les ulcérations telles qu'on les voit ordinairement, manquaient; mais la muqueuse était couverte d'une éruption presque confluente de saillies mamelonnées s'élevant de plusieurs lignes. Ces sortes de boutons étaient formés à l'extérieur par une matière molle, friable, rougeâtre et fongueuse. A l'intérieur on apercevait une matière jaunâtre, en tout semblable à celle que l'on rencontre dans les plaques de Peyer, chez les dothiénentériques. Ce même malade, comme nous l'avons déjà dit, est mort d'une dysenterie de forme cholérique, et nous avons trouvé de la psorentérie dans le gros intestin et dans l'intestin grêle.

Les ulcérations n'ont jamais dépassé la valvule de Bauhin; mais il existait des traces d'inflammation dans l'intestin grêle d'un malade (lit nº 27, salle Saint-Henri) qui avait succombé à une dysenterie contractée dans la salle pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde fort grave.

L'autopsie nous permit de constater que les plaques de Peyer étaient complétement cicatrisées. A l'endroit présumé des cicatrices, se voyait une coloration noirâtre avec des teintes variées. Parmi ces cicatrices, quelques-unes présentaient une dépression notable au-dessous du niveau de la muqueuse; plusieurs étaient villeuses, d'autres étaient lisses, mais toutes réfléchissaient la lumière, lorsque les rayons lumineux leur arrivaient sous une certaine obliquité, ce qui indiquait bien que la cicatrisation était complète. Il en est enfin qui, plus récentes sans doute, laissaient encore voir dans toute leur circonférence, des rides ou des plis semblables à ceux que l'on observe autour des solutions de continuité guéries, disposition qui est due au tiraillement exercé sur les parties saines circonvoisines, par la rétraction de la cicatrice récente.

Les ulcérations intestinales ne sont pas seulement graves parce qu'elles constituent une plaie qui expose à l'infection putride, ou parce qu'elles peuvent déterminer une perforation de l'intestin, mais elles sont encore graves, parce qu'elles peuvent causer des hémorrhagies. Nous en avons observé un cas qui amena la mort. C'était un jeune homme couché au nº 21, salle Saint-Henri; il avait été atteint de dysenterie dans la convalescence d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité. Les symptômes, très violents d'abord, commençaient à se calmer; le malade se trouvait mieux lui-même, lorsqu'un matin il sentit tout à coup un besoin pressant d'aller à la selle; il quitta aussitôt son lit pour le satisfaire; mais ce besoin s'étant reproduit une *douzaine* de fois dans l'espace d'une heure, ce malheureux voulut toujours se lever à chaque fois, et, en dernier lieu, il fut trouvé dans les lieux, étendu dans une mare de sang. Il vécut encore quelques instants quand on l'eut rapporté dans la salle, puis il mourut avec tous les symptômes des hémorrhagies internes : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, etc. A l'autopsie, le gros intestin fut trouvé plein de sang liquide, ou plutôt d'un mélange de sang et de matières fécales. Les ulcérations étaient nombreuses, surtout dans le rectum; les tuniques intestinales, jusqu'au tissu cellulaire, étaient imbibées du liquide contenu dans la cavité intestinale.

Dans l'intervalle des ulcérations, la membrane muqueuse était lisse ou villeuse; quelquefois nous avons observé des villosités que l'on distinguait surtout en les plaçant sous un filet d'eau; elles nous ont paru avoir plus d'une ligne de longueur. Un de nos malades (nº 2, salle Saint-Henri), qui succomba au bout de deux mois à une dysenterie subaiguë, nous présenta cette disposition à un très haut degré. C'est encore chez le même malade que nous avons observé les fausses membranes; ces sortes de caillots blanchâtres que l'on retrouve dans les selles, et que les anciens médecins, ceux même du temps de Pringle, regardaient comme du lait caillé ou du fromage mal digéré. Cette matière pultacée constitue, en effet, des fausses membranes qui ne diffèrent en rien de celles que l'on voit dans la diphthérite.

Lorsqu'on les porte sous un filet d'eau pour enlever la couleur qu'elles tiennent des matières fécales, on constate, en effet, qu'elles sont blanches, qu'elles s'écrasent sous le doigt et qu'elles sont adhérentes à la paroi intestinale : au-dessous d'elles, la muqueuse est rouge et dépolie. Lorsqu'on les traite par un acide, elles se rétractent, se durcissent, se raccourcissent et se détachent; l'action des alcalis est tout opposée; elle les ramollit et les rend visqueuses, sans leur faire perdre de leur adhérence.

En résumé, c'est à la muqueuse du gros intestin que se rattachent les principales altérations de la dysenterie : ulcérations, saillies nombreuses, villosités et pseudo-membranes.

Dans la plupart des cas, nous avons encore trouvé la muqueuse intestinale épaissie. Il nous a paru, toutefois, que cet épaississement, qui est si remarquable chez certains sujets, comme au nº 25, salle Saint-Henri, portait principalement sur le tissu cellulaire sous-muqueux. Les parois intestinales n'avaient jamais moins de 1 centimètre d'épaisseur. Dans quelques cas, en particulier chez le malade du nº 2, salle Saint-Henri, au lieu d'un épaississement, nous avons observé un amincissement porté assez loin pour rendre translucides les tuniques du gros intestin. Il est vrai que ce malade avait été soumis à la diète pendant deux mois, et que, chez lui, l'amaigrissement était arrivé au plus haut degré. Les ganglions mésentériques ont été trouvés altérés non seulement chez les malades qui avaient été atteints de dysenterie pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, mais encore chez deux qui avaient pris la dysenterie d'emblée. Ils étaient augmentés de volume, blancs, durs, jamais friables ni rouges, ni gorgés de sang comme dans la dothiénentérie.

Le péritoine a presque toujours été exempt de lésions. Une fois cependant, chez le malade couché au nº 2 de la salle Saint-Henri, nous avons trouvé une péritonite généralisée : les intestins, le foie, présentaient dans plusieurs points des fausses membranes récentes. Il y avait, du reste, quelques cuillerées d'un liquide purulent dans la cavité péritonéale. Cette complication nous surprit au moment de l'autopsie; les symptômes observés pendant la vie n'avaient rien présenté de caractéristique. A peine aurait-on pu fonder quelques soupçons sur les vomissements et la sensibilité du ventre. Du reste, ces symptômes étaient ici de faible importance; les malades voisins les présentaient presque tous au même degré.

La vessie a toujours été trouvée réduite à un très petit volume; une ou deux fois, elle contenait de l'urine troublée, mais on n'a point trouvé de signes d'inflammation dans les tuniques de cet organe.

Traitement.

Tous les malades qui sont arrivés du dehors, et chez qui la maladie était encore à la période aiguë, furent soumis à la médication évacuante. M. Pidoux donnait habituellement 1 gramme 1/2 de poudre d'ipécacuanha; puis venaient les substitutifs, les opiacés, les astringents, etc.

Dans aucun cas l'ipécacuanha ne m'a paru avoir, je ne dirai point un effet salutaire, mais même quelque action. C'est ainsi qu'après l'administration de ce remède, après les vomissements qu'il détermine, j'ai trouvé le besoin d'aller à la selle aussi fréquent, et les épreintes aussi insupportables. L'état du pouls, celui de la peau n'étaient nullement modifiés.

Les opiacés n'ont pas fourni de résultats plus satisfaisants.

Les lavements au nitrate d'argent (0,10 pour 500 d'eau) ont eu quelquefois d'heureux effets. Ainsi, chez le malade nº 11, salle Saint-Henri, qui a guéri, ces lavements, administrés deux fois par jour, ont amené une diminution dans le nombre des selles, et ont calmé les épreintes. Ils ont remplacé avec avantage les lavements au chlorure de chaux, qui causaient une douleur extrêmement vive. Un autre malade qui vient d'être atteint, couché au nº 2, salle Saint-Henri, a éprouvé une notable amélioration par l'usage de ces lavements (1).

Les astringents n'ont pas toujours fourni le résultat qu'on était en droit d'en attendre. Chez plusieurs de nos malades, ils ont été employés longtemps sans produire aucune modification dans le nombre, dans la qualité, dans la quantité des selles, non plus que dans le ténesme : donnés en lavements, ils augmentaient la douleur. La malade couchée au nº 6, salle Sainte-Élisabeth, est la seule qui paraisse s'en être bien trouvée; mais, je le répète, souvent, au contraire, les malades redoutaient le moment où ils devaient les prendre, à cause de la douleur qu'ils éprouvaient non seulement au contact du liquide, mais pendant l'introduction de la canule dans l'anus, dont l'orifice avait été resserré par l'action elle-même des astringents sur les tissus.

La décoction blanche, la tisane de quassia-amara, les bains furent employés comme adjuvants.

Quant au régime, dès que la fièvre était tombée et que les selles moins fréquentes et moins douloureuses reprenaient le caractère des matières fécales, on accordait des crèmes de riz, un œuf à la coque, un peu de viande rôtie; mais en usant des plus grands ménagements; et on suspendait les aliments à la réapparition des coliques ou du ténesme.

En résumé :

1º Il s'est développé une épidémie de dysenterie dans l'une des salles de M. Pidoux, à l'hôpital Lariboisière;

2º Elle a duré quatre mois;

3º Elle est venue du dehors et s'est perpétuée au dedans par la *contagion;*

4º Elle a atteint 19 malades, *le plus souvent ceux qui se trouvaient couchés dans des lits précédemment occupés par des dysentériques.*

5º De ces 19 malades, 9 ont succombé; quelques-uns à la suite

(1) Un seul malade, l'un des derniers atteints par l'influence épidémique, a été soumis à des lavements au perchlorure de fer. Dès le tendemain ce médicament a eu pour résultat de diminuer le nombre des selles et de modifier sensiblement la douleur. Le malade est convalescent.

Il est donc bien établi, grâce à M. Quinche, que si la transfusion fut abandonnée peu de temps après sa découverte, il ne faut en accuser ni les décisions de la Faculté, ni les arrêts du Parlement. Le discrédit dans lequel tomba cette opération s'explique par l'intervention du Châtelet dans le procès que suscitèrent à Denis et à Emmerez après la mort du fou Mauroy les dénonciations et les injures publiques de Lamartinière et de Pérault.

Il nous a paru que ces vérifications historiques ne seraient pas sans intérêt pour nos lecteurs.

La thèse de M. Quinche ne s'arrête pas là. Après avoir montré quels ont été les débuts de la transfusion et la façon dont elle était jugée jusqu'à ce siècle, il dit comment le docteur Blundell entreprit, en 1818, de la remettre en honneur et les différentes expériences dont elle fut l'objet jusqu'aujourd'hui.

Et, afin de prouver que l'érudition est pour lui non un but, mais un guide, et qu'avant tout il est physiologiste, il rapporte en détail les expériences de transfusion qu'il a tentées sur des lapins. Les conclusions auxquelles il arrive, sont que la transfusion, sans danger d'ailleurs, n'a pas le degré d'utilité qu'on lui a attribuée, même pour remédier aux hémorrhagies instantanées.

Nous ne pouvons suivre M. Quinche dans cette partie de sa thèse. Il trouve d'ailleurs lui-même que ses expériences, faites dans les conditions où il était placé, n'ont pas une grande valeur, et nous sommes de son avis. Il annonce qu'il les reprendra bientôt dans des conditions meilleures, c'est-à-dire muni des instruments convenables et ayant à sa disposition de grands mammifères; nous désirons vivement qu'il n'oublie pas sa promesse, et que les exigences de la pratique ne le détournent pas d'une voie dans laquelle il est bien entré, et qui peut le conduire à de beaux et d'utiles résultats.

Dr Maximin Legrand.

LES DUELS DES ÉTUDIANTS A HEIDELBERG.

Heidelberg, la coquette cité que baigne le Neckar, doit sa réputation européenne à son château et à son Université! Tous les touristes ont admiré les magnifiques sculptures du palais d'Othon-Henri et ont visité l'énorme tonneau de Charles-Théodore. Il n'est pas aussi facile d'apprécier l'enseignement universitaire et de connaître les mœurs des étudiants. Nous ne voulons aujourd'hui que donner quelques détails sur les trop fameux duels auxquels se livrent avec passion les jeunes gens qui fréquentent l'Université. Ces combats, qui autrefois avaient lieu presque journellement et que la police cherche à empêcher de nos jours, ces combats sont très improprement appelés duels et devraient s'appeler des tournois. Les deux adversaires n'ont pas eu la moindre querelle, très souvent ils sont amis intimes, et cependant ils se battent avec des rapières très tranchantes, se taillent des balafres à travers la figure, s'éborgnent quelquefois, et, par-ci par-là, se coupent le bout du nez. Il est vrai qu'il n'y a jamais mort d'homme, car ils se couvrent tout le corps avec des plastrons et des brassards matelassés. S'il y a blessure, elle ne peut atteindre que la figure, et l'étudiant est certain de porter toute sa vie ostensiblement les galons de sa bravoure.

Les étudiants de Heidelberg sont divisés en cinq corporations ou corps : les Vandales, les Wesphaliens, les Souabes, les Rhénans, les Saxons ou Prussiens. Chaque corporation se compose de compagnons et d'aspirants; elle est présidée par le *senior*. Les autres dignitaires s'appellent *consenior* et troisième chargé. La corporation se réunit tous les soirs dans sa brasserie, et les étudiants y passent la soirée à boire des quantités incommensurables de bière, à fumer l'affreux tabac allemand et à chanter des chansons dont chacun a devant lui le recueil imprimé. C'est pendant ces occupations bachiques que se font les provocations. Tout à coup le silence se fait. L'on annonce un envoyé d'une autre corporation. Il est introduit et va s'asseoir à côté du *senior*. On lui offre une chope de bière, il trinque et boit. Puis il se lève et déclare que sa corporation a désigné messieurs tels et tels pour se battre le lendemain avec ceux des compagnons et des aspirants que le *senior* voudra bien désigner. Le *senior* alors prend la liste où se sont inscrits les membres de la corporation qui veulent se battre. Il les désigne par rang d'ancienneté d'inscription et rendez-vous est pris pour le lendemain.

Les duels ont lieu d'ordinaire à la Hirchgass, petite gorge dans la montagne, de l'autre côté et en amont du Neckar. Les étudiants s'y rendent isolément, ayant soin de poster, de distance en distance, des éclaireurs qui les préviendront de l'approche de la police. Dans chaque duel figurent huit personnes : l'impartial, qui préside au combat; le médecin, qui se tient prêt à coudre les balafres ou rajuster les nez endommagés; les deux combattants, assistés d'un secondant et d'un témoin. Les deux adversaires sont en bras de chemise, la poitrine et le bras droit couverts de plastrons. Les compagnons se battent nu-tête; les aspirants portent des casquettes avec large visière. Ils sont armés de longues rapières. Ils entrent dans la salle tout caparaçonnés, accompagnés de leurs secondants et de leurs témoins, qui leur soutiennent le bras, alourdi par l'épais plastron, qui doit servir à parer les coups.

L'impartial donne le signal du combat par ces mots : Silence! sur le terrain, tout est prêt, partez! — Aussitôt, les deux champions s'élancent, le bras droit levé, couvrant la tête, et la pointe de la rapière baissée. Ils s'observent, frappent des coups sur la tête, aussitôt parés avec le plastron qui garnit le bras et par la garde de la rapière. Les coups dangereux se donnent en dessous et taillent ces vilaines balafres dont ces braves jeunes gens sont si fiers.

Le duel doit durer quinze minutes, et l'on décompte les pauses pendant lesquelles les secondants promènent autour de la salle les champions tout fumants de sueur, comme l'on promène les chevaux après les courses. Lorsqu'il est porté un coup contraire aux règles du tournoi, les secondants, armés d'épées, le parent. Ce sont eux aussi qui demandent que l'impartial visite le cuir chevelu de l'adversaire, quand ils croient qu'il a reçu une blessure. Lorsque les quinze minutes sont écoulées, l'impartial s'écrie : Le tournoi est fini! — L'on compte les blessures, les balafres, et l'on a soin d'inscrire dans le livre du corps que M. un tel a reçu une balafre avec trois, cinq ou sept épingles, suivant le nombre d'épingles qu'il a fallu pour réunir les bords de la plaie. C'est le livre d'or de la corporation.

Les étudiants allemands font partie de corporations pendant deux ou trois ans. Ils ne travaillent pas, ne suivent presque pas les cours, se battent, boivent, fument, chantent. Mais un soir ils apparaissent à la brasserie, boivent comme à l'ordinaire leurs huit à dix chopes, puis tout à coup se lèvent et déclarent donner leur démission de compagnons. A dater de ce jour, ils travaillent comme des nègres, passent leurs examens, sont reçus docteurs, deviennent d'honnêtes pères de famille, de paisibles fonctionnaires, et ne conservent, comme souvenirs universitaires, que leurs balafres, avec l'habitude de fumer et de boire de la bière le plus possible. — (*Journal d'Alençon et du département de l'Orne.*)

---

d'accidents survenus dans le cours de la maladie (hémorrhagie, péritonite), la plupart par les seuls progrès de la maladie.

Ceux qui ont guéri ont eu à traverser une convalescence longue, difficile, sans cesse interrompue par la diarrhée, des coliques, le ténesme même.

6º Plusieurs médicaments ont été employés pour ainsi dire sans succès; ceux que nous avons indiqués plus haut produisirent quelque amélioration, lorsqu'on y eut recours dès le début de la maladie; mais à une période plus avancée, le mal fit toujours des progrès, quelle que fût la médication employée.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA SOLUBILITÉ DE L'IODE PAR L'ACIDE TANNIQUE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine (30 septembre 1858), à l'occasion du mémoire que j'ai lu sur l'alimentation iodée, vous dites que je souffre rarement sans impatience l'intervention de qui que ce soit dans le domaine de l'iodothérapie ; ceci est un peu vrai, mais seulement, quand ceux qui interviennent ne le font que pour s'emparer des idées des autres, et donner comme des nouveautés, ce qui est connu depuis longtemps. Je n'ai point la prétention d'avoir fait toutes les applications dont l'iode est susceptible, mais j'aime à conserver celles que j'ai faites et suis le premier à applaudir, lorsqu'une application nouvelle apparaît, mais j'avoue ne pouvoir garder le silence lorsque je vois réinventer la même chose tous les ans ou tous les six mois; que ce soit ignorance, oubli, ou tout autre motif de la part de ces réinventeurs, je crois qu'il est bon de signaler au public ces faiseurs de découvertes, faites depuis longtemps.

Ceci dit, j'arrive à un mémoire que M. le docteur Leriche, de Lyon, vient de publier dans votre journal (5 octobre 1858), sous le titre *de l'emploi de nouvelles formules iodiques.* Il s'agit encore de l'association de l'iode au tannin. Cette découverte est loin d'être nouvelle, elle remonte au moins à 1851, et est due à un honorable pharmacien d'Anvers, M. Debauque. Déjà, en 1854 (*Gazette hebdomadaire*, page 341), MM. Socquet et Guilliermond essayèrent de s'attribuer la découverte de la dissolution de l'iode par le tannin, et, dans le même journal, aux pages 385 et 438, je leur rappelai à qui appartenait cette découverte, leur indiquant qu'ils la trouveraient insérée dans le *Journal de pharmacie d'Anvers*, et qu'elle avait été reproduite dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, tome X, page 51, et que, depuis cette époque, j'avais profité des recherches de M. Debauque et obtenu des résultats identiques à ceux du pharmacien d'Anvers, c'est-à-dire la solubilité de l'iode, en l'associant *à toutes tes substances, à tous tes sirops astringents renfermant de l'acide tannique*, comme les sirops antiscorbutiques, ceux de raifort, de gentiane, de noyer, de quinquina, etc., ou bien en ajoutant de l'acide tannique, dans les boissons et sirops qui n'en contenaient pas naturellement. C'est à partir de cette époque que M. Grimault, pharmacien à Paris, prépara, d'après mes conseils, son sirop de raifort iodé, et M. Béguin, autre pharmacien de Paris, du vin iodé et beaucoup d'autres préparations, toujours dans le but de dissimuler l'iode et de le rendre complétement soluble. (*Iodothologie*, pages 62, 102, etc.)

Après MM. Socquet et Guilliermond arrive un pharmacien de Compiègne, qui, à son tour, réinvente un sirop iodo-tannique, et l'envoie à l'Académie de médecine, comme une nouveauté. Ce n'était qu'une vieillerie, à laquelle un rapport de l'Académie n'en a pas moins donné des droits de priorité!! Enfin, aujourd'hui, c'est un médecin lyonnais, M. le docteur Leriche, qui, AIDÉ de M. Guilliermond fils, réinvente à son tour l'*union de l'iode avec les substances organiques végétales*, sous la forme d'un sirop de cresson iodé et de vin iodé. Il est probable que notre confrère ne sera pas le dernier inventeur, mais je dirai à tous les inventeurs passés, présents et futurs de l'association de l'iode au tannin, que cette découverte n'appartient ni à MM. Socquet et Guilliermond, ni à un pharmacien de Compiègne, ni à M. Leriche, *aidé* de M. Guilliermond fils, mais bien à M. Debauque, d'Anvers, et que toutes les préparations iodiques qu'ils proposent comme nouvelles sont d'un emploi journalier à Paris, et datent de 1851, c'est-à-dire de l'époque des recherches de M. Debauque. Maintenant, dit M. Leriche, les formules du sirop iodo-tannique de M. Guilliermond et du sirop de raifort iodé de M. Grimault n'étant pas satisfaisantes, *on a dû* renoncer à leur emploi, et je propose pour les remplacer plusieurs préparations nouvelles, de beaucoup supérieures : du sirop de cresson iodé, du vin iodé ?... Mais qu'ont donc de nouveau ce sirop de cresson iodé, ce vin iodé... N'est-ce donc pas dans le sirop de cresson ou de raifort composé du codex, autrement dit le sirop anti-scorbutique que j'ai d'abord conseillé l'addition de l'iode ? précisément parce que ce sirop contenait du tannin,... mais comme ce sirop conservait la saveur désagréable et souvent repoussante des sirops anti-scorbutiques ordinaires, je pensai à ioder le sirop de raifort préparé à froid par M. Dorvault, et M. Grimault, d'après mes conseils, mit à cette préparation tous les soins nécessaires pour arriver à une complète assimilation de l'iode; et c'est en faisant digérer l'iode avec le suc de cresson que ce pharmacien est arrivé à une combinaison parfaite, entièrement insensible au réactif le plus délicat de l'iode, l'amidon. Quant aux reproches d'intolérance que M. Leriche adresse à cette préparation, ainsi qu'aux autres préparations iodées renfermant du tannin, je ne l'ai jamais remarquée, surtout si l'on a le soin, comme j'ai l'habitude de le faire et comme je l'ai toujours recommandé, d'administrer ces préparations iodées en mangeant. Je serais tenté de croire que M. Leriche n'a jamais employé le sirop de raifort iodé, ou bien que ses expériences n'ont pas été faites avec le sirop préparé par la maison Dorvault, ou d'après les formules qui ont été publiées. Quant à l'idée d'ajouter de l'iode aux vins ordinaires, aux vins de gentiane, de quinquina, de sirop d'écorce d'oranges ou autres, contenant du tannin, cette manière de faire est banale à Paris, depuis nos indications et nos formules, et MM. Lasègue et Aran, médecins des hôpitaux de Paris, ne l'emploient pas autrement, depuis plusieurs années, dans les cas de rhumatismes chroniques, noueux; est-ce que le tannin que renferme l'infusé de roses de Provins est préférable au tannin qu'on rencontre dans le vin, dans l'écorce d'orange, dans les autres plantes, ou bien au tannin qu'on ajoute en nature ? Je ne le pense pas, et quand j'administre aux goutteux, aux scrofuleux, du vin dans lequel on ajoute de la teinture d'iode, et rendu plus soluble encore par quelques grains d'acide tannique, je crois administrer une préparation aussi efficace que le vin iodé aux roses de Provins de M. le docteur Leriche.

Je termine en citant textuellement M. Debauque, pour montrer que la solubilité de l'iode par le tannin lui appartient. « Afin de nous » assurer, dit-il, que c'était bien à l'acide tannique que l'iode devait sa » solubilité, nous fîmes plusieurs essais, et nous eûmes recours à l'em» ploi de quelques grains d'acide tannique ajoutés à de l'eau, conte» nant 10,12 et même 15 grains d'iode précipité de la teinture dans » ce véhicule. Après quelques instants d'agitation, la solution fut com» plète, et nous acquîmes la preuve que c'était à la faveur de cet agent » que l'iode était rendu soluble. Sans pouvoir nous rendre un compte » bien exact de la manière d'agir de l'acide végétal; en favorisant ainsi » la solubilité de l'iode dans les véhicules aqueux, alors même que les » acides minéraux les plus puissants sont sans action dans ce cas, nous » eûmes à constater un fait qui paraît être ignoré jusqu'ici; nous » croyons devoir recommander aux praticiens l'emploi de sirop » d'écorce d'orange, dans les potions appelées à recevoir de la tein» ture d'iode et l'addition de quelques grains d'acide tannique dans la » préparation des injections iodées. » — (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, juillet 1851, tome X, page 52.)

Agréez, etc. Dr BOINET.

MATIÈRE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES SUR LE PASSAGE DE QUELQUES ACIDES ORGANIQUES DANS L'URINE;

Par le professeur BUCHHEIM, de Dorpat.

Depuis les travaux de Woehler, on admet généralement que les acides carboniques combinés avec des bases se retrouvent dans l'urine à l'état de carbonates, tandis que les mêmes acides, donnés purs, y passent non décomposés. Bien des raisons théoriques font paraître cette différence de résultat extraordinaire, et les procédés de Woehler ne sont pas à l'abri d'objections graves. Les moyens d'analyse sont devenus plus complets, et le professeur Buchheim a entrepris de nouvelles recherches à ce sujet, avec l'aide de quelques-uns de ses élèves; les résultats obtenus ont été consignés dans une thèse soutenue par le docteur Piotrowski (1). Notons encore que les expériences ont été faites sur l'homme.

Substances ingérées.	Quantité d'acide oxalique prise.		Quantité d'acide retrouvée dans l'urine en °/₀₀.
Acide oxalique	I	5 g^r.	8,23
Id.	II	7	13,72
Id.	III	7	12,98
Id.	IV	8	14,52
Oxalate de soude.	V	7	14,84
Bioxalate de soude.	VI	8	14,85
Oxalate de chaux.	VII	7	1,477
Id.	VIII	7	1,659

Il est étonnant que des quantités considérables d'acide oxalique (8,00) aient pu être prises dans l'espace de quelques heures, sans produire d'accident. Il faut en chercher sans doute la raison dans la circonstance que l'acide n'a pas été ingéré à la fois, mais à la dose de 1,00 à peu près, à une heure de distance. Il ne séjourne donc pas longtemps ni dans le tube digestif, ni dans le sang. Il n'y a pas de différence notable entre la quantité d'acide retrouvée dans l'urine, soit qu'on eût ingéré la substance pure ou à l'état de combinaison (l'urine était acide). L'oxalate de chaux a donné un résultat autre, parce que la majeure partie de ce sel reste, non dissous, dans le canal intestinal. Une portion de l'acide dans l'urine était combinée à la chaux; le reste y existait en solution, probablement à l'état de sel alcalin. La quantité de chaux dans l'urine ne dépassait pas la normale. On peut donc admettre que l'acide renfermé dans le sang ne s'y trouve pas comme oxalate de chaux et que ce sel se forme de toutes pièces dans l'urine.

Acide tartrique. — La recherche de cet acide dans l'urine présente des difficultés; le procédé employé, essayé d'abord sur une quantité connue d'acide ajoutée à de l'urine à l'état de tartrate d'ammoniaque en fit retrouver 699 pour 1000.

Substances ingérées.	Quantité d'acide tartr. prise.		Quantité d'acide dans l'urine en °/₀₀.	
Acide tartrique	I	19,6 g^r.	1,78	
Id.	II	20	1,83	
Id.	III	30	3,79	
Id.	IV	30	3,27	
Id.	V	10	1,47	
Id.	VI	10	2,86	
Id.	VII	5	1,89	
Id.	VIII	2	0	
Tartrate acide de potasse. . .	IX	35	1,00	ur. alcal.
Id.	X	47,82	1,85	—
Tartrate neutre de potasse. .	XI	19,88	1,63	—
Id.	XII	19,88	1,59	—
Id.	XIII	29,81	1,63	—
Tartr., potasse et soude. . .	XIV	23,90	3,32	—
Id.	XV	23,90	4,68	—
Id.	XVI	31,87	5,14	—

Ici encore il s'est retrouvé de l'acide tartrique dans l'urine, après l'administration d'un tartrate alcalin. Les tartrates de potasse et de fer, et de potasse et de nikel n'ont aucunement modifié l'urine.

L'*acide citrique* et les différents *citrates de soude* ont donné des urines sans trace de cet acide.

D'après des expériences du comte Magawly, l'*acide malique* et le *malate de chaux* donnent le même résultat.

Acide benzoïque. — Cet acide, ainsi que les benzoates de soude, d'ammoniaque, de magnésie et de fer, donnent une urine acide, renfermant de l'acide hippurique en quantité correspondante à la quantité d'acide ingérée.

L'*acide hippurique* pur et celui de l'hippurate de soude et de l'hippurate acide d'ammoniaque passent dans l'urine sans décomposition ; du moins on y retrouve toujours des quantités d'acide presque égales à celles qui avaient été administrées.

L'*acide succinique* pur et celui des succinates de soude et de chaux ne se retrouvent dans l'urine ni comme acide succinique, ni comme une modification analogue à celle qu'éprouve l'acide benzoïque.

Ces essais ne sont pas sans importance; ils rectifient en partie les expériences de Woehler et permettent quelques déductions thérapeutiques. Ainsi pour rendre l'urine alcaline, on préférera le tartrate neutre de potasse au sel de seignette, et on emploiera surtout les citrates et les malates, dont l'acide ne se retrouve plus du tout dans l'urine ; mais convenons que ces différences ne sont pas bien considérables (1).

Dr STROHL.

(1) *De quorumdam acidorum organicorum in organismo humano mutationibus.* Dorpat, 1856.

(1) Extrait des *Archiv. f. physiol. heilk*, nouvelle série, t I, 1857.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Octobre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Mayenne, en 1857, et dans l'arrondissement de Ségré (Maine-et-Loire), en 1856 et 1857. (Com. des épidémies.)

2° Les rapports de M. le docteur CAMPMAS, médecin principal à l'hôpital militaire thermal de Barèges (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857; — et de M. SECOURGEON, médecin principal de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1858.

3° De nouveaux échantillons de barégine extraite des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon.

4° Une demande formée par le sieur PAPON-CHOLLET, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources qu'il possède à Chateldan (Puy-de-Dôme), et connues sous le nom de *Sources de la Montagne.* (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. DELIOUX, de Brest, qui sollicite le titre de correspondant national. (Com. des correspondants nationaux.)

2° Un pli cacheté, dont M. le docteur DESPRÉ, de Saint-Quentin, prie l'Académie d'accepter le dépôt.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Langenbeck, de Berlin, assiste à la séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Cauvière, de Marseille, membre correspondant.

A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT demande la parole : Les chirurgiens, dit-il, se sont préoccupés de la note de M. Préterre, lue dans la dernière séance et relative à l'anesthésie produite par le passage d'un courant électrique pendant l'avulsion des dents. Ce matin, à l'Hôtel-Dieu, dix expériences ont été faites avec l'aide et par les soins de M. Magitot, qui se chargeait de faire fonctionner l'appareil électrique.

Un des pôles de la pile est placé dans la main du patient, l'autre est mis en contact avec l'instrument qui doit saisir la dent à arracher, et l'instrument, clef de Garengeot ou davier, est isolé de la main de l'opérateur par un tissu de soie. On se servait de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne).

Deux épreuves furent complétement négatives; il y eut autant de douleur, sinon plus, que si l'on n'eût pas employé l'appareil électrique. Cette douleur provenait-elle de l'arrachement de la dent ou bien du courant lui-même ? Sur l'un des malades qui avait deux dents gâtés, l'une fut arrachée, l'appareil fonctionnant, l'autre fut arrachée, l'appareil ne fonctionnant plus, mais alors que le malade croyait à l'existence du courant. La douleur fut exactement la même dans les deux cas; donc elle tenait bien à l'arrachement seul.

Quatre cas furent favorables : les malades n'accusèrent aucune sensation douloureuse. Y a-t-il eu véritablemont anesthésie; ou faut-il considérer l'action de l'électricité dans ces cas comme masquant simplement la douleur ?

Il est certain qu'une brusque surprise, qu'un saisissement subit peut empêcher de sentir la douleur d'une petite opération. Un soufflet, par exemple, donné à un malade au moment de l'ouverture d'un abcès, masquera la douleur du coup de bistouri, etc. J'ai vu souvent Dupuytren apostropher violemment ses malades, les injurier même, quand il voulait obtenir une diversion utile à la réduction d'une luxation.

Il y avait donc des doutes dans mon esprit, et j'ai voulu m'assurer que l'insensibilité observée chez nos quatre malades n'était pas une anesthésie de diversion ; sur deux autres, j'ai fait appliquer l'un des pôles de la pile sur le lobule de l'oreille, l'autre étant toujours tenu dans la main, pendant qu'on arrachait la dent. Dans les deux cas, la douleur de l'arrachement fut parfaitement sentie, je dois à la vérité de le déclarer.

En résumé donc, sur 10 essais de ce procédé, il y eut 2 épreuves négatives, 4 furent favorables, 2 sont douteuses, et les 2 dernières doivent être considérées comme non avenues, puisque j'ai changé les conditions de l'expérimentation régulière.

« Permettez-moi d'ajouter, continue M. Robert, que j'ai essayé le courant électrique pour d'autres petites opérations. Ainsi, ayant à ouvrir un foyer purulent à la paume de la main, consécutif à un phlegmon, j'appliquai un des pôles de la pile sur le trajet du nerf cubital, et je mis l'autre en contact avec le bistouri : la douleur fut plus vive qu'elle ne l'eût été sans cela, et la secousse douloureuse, ressentie tout le long du nerf, se surajouta à la douleur de la ponction. »

M. MOREAU : Je regrette que M. Nélaton soit absent; il eût pu entretenir l'Académie de ses expériences à ce sujet. J'ai assisté, il y a quelque

temps dans son service, à deux essais d'anesthésie électrique tentés par M. Magitot, et voici ce que j'ai vu : l'un de ces essais fut fait sur un interne du service, sur le fils de M. Cruveilhier ; il y eut de la douleur ; mais en se rendant compte de la manière dont elle s'était produite, et surtout du point où elle avait été ressentie, on reconnut qu'elle tenait à ce que les branches du davier, mal isolées, avaient appuyé sur la lèvre et avaient déterminé une sensation de brûlure. L'autre essai fut fait sur un homme qui s'était soumis déjà plusieurs fois à l'avulsion des dents, et qui affirma qu'il y avait une grande différence entre la douleur qu'il venait de ressentir et celle qu'il avait ressentie antérieurement. Il se serait fait, disait-il, arracher plus volontiers vingt dents avec l'électricité qu'une seule sans ce procédé. Ce fait me semble devoir être pris en considération.

M. VELPEAU : Depuis quelques mois on a su, dans le monde médical, qu'il nous venait d'Amérique un courant électrique qui se dirigeait sur les dents ; j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir à cet égard. A tort ou à raison, les dentistes passaient, de temps immémorial, pour avoir une certaine propension à l'exagération ; mais aujourd'hui, les dentistes sont tous ou presque tous médecins, et, sans doute, les choses ont changé. Je n'en étais pas moins curieux de voir de près le courant dont il était question. M. Magitot, qui s'était chargé de propager ce procédé en France voulut bien se prêter à mon désir, et plusieurs malades de mon service furent soumis à l'appareil.

Un premier malade, à qui l'on arracha une dent en ma présence, affirma n'avoir rien senti.

Je me suis demandé alors, avec M. Follin, si l'on ne pourrait pas appliquer cette méthode aux petites opérations chirurgicales.

Un malade sur lequel on avait déjà pratiqué l'ouverture d'un abcès et qui n'avait rien dit, non parce qu'il n'avait pas senti, mais parce qu'il était courageux, s'est plaint d'une seconde ouverture faite sous l'influence de l'électricité, et il a très bien indiqué qu'il avait non seulement senti la douleur du bistouri, mais encore la douleur du courant dans la main.

Un second malade fut opéré d'un cancroïde sur le nez et ne sentit rien.

Un troisième souffrit beaucoup pendant qu'on l'opérait d'un ongle incarné pour la seconde fois ; il dit souffrir davantage que la première fois, faite sans l'électricité.

Un quatrième accusa de la douleur pendant l'ouverture d'un abcès, — au moins autant, dit-il, que sans l'électricité.

Un cinquième, à qui l'on ponctionna une hydrocèle, se plaignit plus que ne le font d'ordinaire les malades qui supportent cette opération.

Il en fut de même d'un sixième, à qui l'on ouvrit un abcès.

Je conclus de ces faits, qui ont inspiré des doutes à M. Magitot luimême sur l'efficacité de son procédé, je conclus aussi des faits observés à l'Hôtel-Dieu, à Necker et ailleurs, qu'il n'y a pas anesthésie produite, et qu'il y a quelque chose dans les dents américaines qui n'est pas comme dans les dents françaises.

M. FR. DUBOIS donne lecture, au nom de M. RILLIET, de Genève, d'une note intitulée : *Quelques mots sur l'intoxication produite par l'iode administré à petites doses longtemps continuées.*

Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° L'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, qu'il soit mêlé à l'eau, à l'air ou aux aliments, n'est pas toujours sans danger.

2° Les habitants de certaines localités sont, plus que d'autres, exposés à l'intoxication iodique.

3° Cette susceptibilité spéciale dépend peut-être de la petite quantité d'iode que recèlent l'eau, l'air et les aliments dont on fait usage dans ces pays.

4° L'intoxication iodique est peut-être plus à redouter quand le médicament est donné à petites doses qu'à grandes doses, et comme préventif que comme curatif d'une diathèse localisée et confirmée.

5° Cette intoxication est tout à fait exceptionnelle dans l'enfance, rare dans l'âge adulte, et d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. En conséquence, on ne saurait surveiller trop attentivement l'administration de l'iode chez les personnes âgées de plus de 40 ans, et il faut en suspendre l'usage à l'apparition des premiers symptômes de saturation (boulimie, amaigrissement, palpitations, susceptibilité nerveuse).

6° Le médecin, placé en présence d'une de ces maladies sans nom, sans cause et sans localisations morbides appréciables, et dont la boulimie, les palpitations, le marasme, sont les symptômes apparents, doit avoir les yeux ouverts sur la possibilité d'une intoxication iodique.

7° Les meilleurs remèdes de cet empoisonnement lent sont : le lait, une alimentation analeptique, le changement d'air et les préparations ferrugineuses.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour M. Boinet.

M. PIORRY demande s'il peut parler sur cette note.

M. LE PRÉSIDENT répond que non, M. Rilliet n'étant pas membre correspondant, on ne pourra discuter que sur le rapport.

M. BOUDET lit, en son nom et au nom d'une commission composée de MM. Barth et Bouchardat, un rapport à l'occasion d'une réclamation de M. Leras.

Il résulte du rapport de M. Boudet que :

En 1857, M. Robiquet a lu à l'Académie l'extrait d'un mémoire sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, mémoire qui a été l'objet d'un rapport favorable présenté par une première commission composée de MM. Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. M. Leras a cru devoir élever à ce sujet une réclamation de priorité. Une seconde commission composée de MM. Barth, Bouchardat et Boudet déclare qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réclamation de M. Leras.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. le docteur SIMONNOT lit une note sur un instrument auquel il donne le nom de *respirateur artificiel*, et sur ses applications à l'asphyxie diphthéritique et aux asphyxies en général.

« Les bases de construction de cet instrument, dit l'auteur, sont les suivantes :

Isolement absolu des courants inspiratoire et expiratoire.

Dosage aussi précis que possible de ces mêmes courants.

Sensibilité et régularité des mouvements impulsif et expulsif.

Abstention de tout métal oxydable dans la construction.

Protection de l'instrument contre l'afflux des liquides que pourrait appeler au dehors le courant expiratoire.

Possibilité de varier à volonté les conditions thermométriques, hygrométriques et thérapeutiques de l'air inspiré.

Contrôle des influences qualitatives subies par le même air au moyen d'un examen comparatif de l'air expiré. »

A l'aide de son appareil, M. Simonnot se propose de remplir les deux indications qui suivent :

« Assurer l'aération du poumon ;

» Rétablir le jeu des puissances expiratoires. »

A cet effet, l'auteur « met son instrument en rapport avec l'ouverture d'un tube laryngien ou d'une canule trachéotomique, et à l'aide des deux corps de pompe dont se compose le respirateur artificiel, il règle à son gré les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration. »

(Renvoyé à l'examen de MM. Nélaton, Blache et Trousseau, commissaires nommés pour la communication de M. Bouchut.)

— A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Trousseau sur le prix Itard.

COURRIER.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel administratif de plusieurs établissements de l'assistance publique à Paris :

M. Partout, directeur de la Vieillesse hommes (Bicêtre), passe à la Vieillesse femmes (la Salpêtrière), en remplacement de M. Basse, admis à la retraite ;

M. Brault, directeur de l'Hôtel-Dieu, passe à Bicêtre ;

M. Ory, directeur de la Pitié, passe à l'Hôtel-Dieu ;

M. Ainfroit, économe de Lariboisière, est nommé directeur de la Pitié ;

M. Monéris est nommé économe de Lariboisière.

— Un concours pour deux places, l'une de médecin, l'autre de chirurgien-adjoint, s'ouvrira le 23 novembre prochain à l'Hôtel-Dieu de Toulouse ; le registre d'inscription sera clos le 15 du même mois.

Un autre concours pour deux places d'élève interne des hôpitaux de la même ville s'ouvrira le 30 novembre.

— On lit dans la *Presse médicale belge* : La rentrée des cours de l'Université de Bruxelles a eu lieu mardi dernier. Cette année, contrairement à l'habitude, il n'y a pas eu de séance solennelle ; les travaux de reconstruction qui vont transformer le vieil et sombre local qui existait en un palais splendide, sont venus y mettre obstacle. L'année prochaine, il y aura compensation : en prenant possession de son beau local, qu'elle devra à la munificence de l'administration communale, l'Université pourra célébrer la 25e année de sa fondation. En attendant, nous sommes heureux d'annoncer que, pour ce qui concerne la Faculté de médecine, les inscriptions sont nombreuses, tous les cours et les travaux de dissection sont repris, on ne rencontre que zèle et activité.

Le bureau de la Faculté de médecine est composé, pour l'année académique 1858-1859, de la manière suivante :

Président : M. le professeur Hauchamps.

Secrétaire : M. le professeur Crocq.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 123. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 16 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Loiseau, de Montmartre, adresse à l'Académie une note à propos de la communication faite par M. Bouchut sur le tubage du larynx. M. Loiseau, après avoir décrit la meilleure manière, selon lui, de pratiquer cette opération, et après avoir spécifié les cas dans lesquels on doit la tenter, conclut en disant que le tubage ne peut pas remplacer la trachéotomie. Il invoque, à l'appui de cette conclusion, les faits que lui a permis de recueillir une pratique datant de dix-huit années.

— M. le professeur Tigri, de Sienne, envoie de nouvelles recherches sur la structure de la rate.

— Un médecin de Londres a trouvé dans le camphre le spécifique du choléra. Peut-être M. Raspail jugera-t-il convenable de revendiquer la priorité de cette découverte; peut-être pensera-t-il que cette revendication est inutile.

— M. Mercier écrit une lettre contre le dernier mémoire de M. Heurteloup relatif à la taille périnéale membraneuse. Cette opération, que préconise M. Heurteloup comme lui appartenant, n'est, au dire de M. Mercier, « tantôt que le *grand appareil*, le seul employé depuis 1525 jusqu'à la fin du XVIIe siècle, et auquel on n'a fait d'autre modification que cette précaution, empruntée à la taille latéralisée, de ménager le bulbe; tantôt ce n'est que la taille latéralisée elle-même, d'après le procédé de Lecat. » M. Mercier pense que le mérite de ces résurrections des vieux procédés chirurgicaux pour les affections de la vessie et de l'urètre lui appartient, et il justifie cette prétention par différents extraits de ses ouvrages publiés depuis longtemps (1841 et 1856).

— M. Dujardin avait proposé, en 1837, d'éteindre les incendies naissants au moyen de la vapeur d'eau projetée sur le foyer. Il conseillait surtout cette manœuvre à bord des navires, et, dès cette époque, il demandait qu'une commission voulût bien faire un rapport sur son mémoire. Aujourd'hui, à l'occasion de l'incendie d'un steamer et d'une note publiée à ce sujet par M. Fourneyron, il renouvelle sa prière à l'Académie.

— M. Flourens, au nom de M. Jacubowicht, dont il a fait connaître à l'Académie les travaux relatifs à la structure du système nerveux, présente de nouvelles planches et la suite des études de ce physiologiste sur le même sujet.

« On se rappelle, dit M. le Secrétaire perpétuel, que M. Jacubowicht, en préparant la substance nerveuse à l'aide de l'acide chromique, est parvenu à séparer les éléments mêmes des trois ordres de nerfs. Il a fait voir que les filets des nerfs de mouvement aboutissaient, en dernière analyse, à des cellules étoilées; que des cellules fusiformes donnaient naissance aux nerfs de sentiment, et que c'était de cellules ovales que partaient les filets du grand sympathique. Depuis cette démonstration il s'est élevé, parmi les anatomistes, de nombreuses discussions pour savoir si ces éléments sont, ou non, enveloppés de membranes. M. Jacubowicht vient de résoudre la question. En faisant tremper de minces couches de substance nerveuse dans une solution aqueuse de carmin, on voit, au bout d'un temps très court, les éléments nerveux se teindre en rose; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les cellules seules se colorent et que la membrane qui les enveloppe ne se colore pas. Son existence ne saurait donc plus être mise en doute. La même préparation, appliquée aux filets nerveux, montre aussi qu'ils sont contenus dans une membrane.

M. Jacubowicht, ajoute M. Flourens, a fait encore une découverte importante et qui rend compte de certaines connexions dont on s'est occupé dans ces derniers temps, à l'égard des fonctions de la motricité et de la sensibilité. Il a trouvé que les cellules fusiformes, éléments des nerfs sensibles, envoient de petits prolongements aux cellules étoilées du mouvement. »

— M. Buchs, qui a été longtemps professeur à l'Université de Bonn, et qui maintenant professe en Poméranie, adresse deux mémoires de physiologie très intéressants, dit M. Flourens. L'un est relatif à la fibre musculaire. M. Buchs a pu séparer complétement les unes des autres toutes les fibres qui entrent dans la composition d'un muscle; cette séparation est à ce point complète, qu'on peut les compter. M. Buchs envoie dans une fiole les fibres ainsi isolées. Ce résultat a été atteint en faisant macérer la chair musculaire dans un mélange d'acide azotique concentré et de chlorure de potassium, qui détruit le tissu cellulaire en laissant intact le muscle lui-même.

M. Buchs est maintenant en mesure de répondre à cette question que se posent depuis tant de temps les physiologistes : Comment un muscle grossit-il? On sait toutes les opinions qui ont été soutenues à ce propos; le nombre des fibres augmente-t-il? Ou, ce qui paraissait généralement plus probable, les fibres, sans augmenter de nombre, grossissent-elles en laissant entre elles des intervalles plus considérables? M. Buchs montre que les fibres grossissent, et, de plus, que leur nombre augmente réellement, quand un muscle croît.

Le second mémoire du même auteur est relatif à la détermination d'un nouveau centre nerveux spinal, qui serait situé au niveau de la quatrième vertèbre lombaire et commanderait les organes de l'appareil génital. M. Buchs l'appelle centre génito-spinal. Nous reviendrons sur ce sujet, si l'espace nous le permet, dans notre prochain *Bulletin*.

— M. Rayer dépose sur le bureau un ouvrage de M. Rémack sur

Feuilleton.

CAUSERIES.

Si vous le voulez bien, très cher et honoré lecteur, nous causerons un instant de l'Association générale. A l'heure même où j'ai l'honneur de m'entretenir avec vous, une circulaire que M. le Président de l'Association doit adresser au corps médical, est livrée à l'impression. Vous la recevrez sous peu de jours, et vous serez alors fixé sur tous les points que vous avez intérêt à connaître. Ici, nous pouvons parler de l'Association plus familièrement, comme entre vieilles connaissances, la main dans la main et le chapeau sur la tête. J'avais d'abord pensé à prendre un ton plus solennel et à faire à mon discours les honneurs des colonnes supérieures. N'avais-je pas annoncé que je présenterais un résumé des opinions de la presse sur l'Association générale, et que je répondrais à quelques objections qui se sont produites, de là produites? Eh bien, je me suis ravisé. C'était assurément mon droit de faire ce que j'avais annoncé, mais serait-ce mon devoir? Je n'ai pas vu bien clair dans cette question, et dès lors j'aime mieux m'abstenir. A quoi bon discuter quand on peut agir? J'ai en horreur la polémique stérile. D'ailleurs, si je suis bien informé, des plumes très autorisées se taillent à cette heure et sauront bien répondre à qui de droit. J'aime mieux laisser faire ceux qui se sont moins compromis que moi dans l'Association générale; leur approbation aura plus de poids et leur réfutation plus d'importance.

Je suppose donc — douce hypothèse — qu'il n'existe parmi vous, bien-aimés lecteurs, ni opposants, ni malveillants. Les opposants sincères et loyaux, je les comprends encore. Car enfin il est permis de préférer tel système à tel autre; il est permis de désirer plus ou moins que ce qui a été réalisé; il est permis même de douter des résultats promis. A ces honorables contradicteurs, qu'y a-t-il de mieux à répondre si ce n'est : Attendez, laissez faire l'expérience; vous serez heureux que le résultat trompe vos prévisions. Mais les malveillants, comment comprendre leur raison d'être? et que leur répondre? Rien. On ne convertit pas les gens qui, de parti pris, ne veulent pas être convertis.

Mais s'il n'y a, parmi vous, ni opposants, ni malveillants, il y a tout au moins des impatients, j'en ai la preuve tous les jours. Impatience de bon augure et dont je suis loin de me plaindre. Cependant je vais chercher à la calmer, c'est le seul but de cette *Causerie*.

Quelque diligence qui ait pu être faite, il paraît impossible de faire fonctionner l'Association générale avant le 1er janvier 1859. Le 31 août 1858 restera la date légale et historique de la fondation de l'Association, mais son existence réelle et administrative datera du premier jour de l'année prochaine. Ce temps de préparation et d'organisation est absolument nécessaire. Mieux vaut retarder de quelques jours que de commencer *pede claudo*. Une simple et incomplète énumération de ce qui reste à faire vous convaincra, cher lecteur, que le temps sera bien employé :

Les statuts de l'Association générale à faire imprimer et à faire distribuer au corps médical;

Rédaction, composition et distribution au même corps médical d'une circulaire explicative;

Préparation d'un *projet* de statuts des *Sociétés locales* mis en harmonie avec les statuts généraux de l'œuvre et destiné à hâter et à faciliter le travail d'organisation de ces Sociétés;

Préparation des statuts et organisation de la *Société centrale*;

Conseil général à compléter par l'adjonction de membres appartenant au corps médical des départements;

Organisation du *Conseil administratif et judiciaire*;

Formes et moyens de *comptabilité* à régler;

Adhésions à recevoir, vérifier et classer;

Telles sont *grosso modo* et sans entrer dans les détails les occupations qui incombent à la Commission organisatrice et qu'elle doit terminer d'ici au 1er janvier prochain.

Vous admettrez sans peine, cher lecteur, que tout cela ne se fait pas sans travail ni dans un tour de main. Il est bientôt fait de m'écrire : Que fait donc l'Association générale? Où en est-on? Quand commence-t-on? Mais il n'est pas aussitôt fait de préparer tout ce qu'il faut préparer pour marcher avec sûreté et prudence.

L'Association générale est une institution entièrement nouvelle dans la famille médicale; la Commission organisatrice n'a pour se guider ni analogies, ni antécédents; de cette circonstance naît la nécessité de beaucoup d'attention, afin de ne pas s'égarer dans des voies inconnues. Tous ceux qui prendront la peine de faire une étude comparative des statuts verront facilement que l'Association générale des médecins ne ressemble à aucune autre, et que la famille médicale a été traitée avec une grande libéralité, avec une grande dignité par le gouvernement. Notre Association est soumise, sans doute, aux dispositions générales de la loi, mais elle n'est pas assujettie à certaines formalités qui, très respectables assurément, ne pouvaient pas être imposées à la classe lettrée, éclairée et libérale des médecins. Toute prévention de ce côté serait illégitime.

Aujourd'hui donc, mon cher et honoré lecteur, dès que vous aurez reçu la circulaire de notre vénéré Président, le moment d'agir sera arrivé pour vous. Si vous partagez les trois vertus théologales qui ont guidé les fondateurs de l'œuvre, si vous avez la foi, l'espérance et la charité, votre premier soin sera de signer le bulletin d'adhésion qui va vous être adressé. Tout acte d'adhésion que vous avez pu faire antérieurement ne vous dispense pas de cet acte nouveau. La Commission organisatrice n'a voulu surprendre personne; elle a voulu que tous les membres de la famille médicale ne pussent s'engager qu'avec connaissance de cause et après intelligence complète des statuts. Vous avez jusqu'ici peut-être adhéré à des principes, à des idées générales, cela n'est pas suffisant, il est nécessaire que vous adhériez aux statuts approuvés, aux formules acceptées et sanctionnées. Personne ne doit avoir le droit de suspecter la sincérité et la liberté de votre adhésion.

Votre adhésion vous donne entrée dans l'Association générale par la grande porte, la seule actuellement ouverte, la porte de la *Société centrale*. Étudiez avec soin l'économie des statuts, et vous verrez que la Société centrale est un des rouages les plus importants du grand mécanisme de l'Association générale. C'est par la Société centrale que seront fondées, au fur et à mesure des adhésions, ces précieuses Sociétés locales dont il eût été imprudent de laisser la fondation à la seule initiative locale. L'état d'isolement dans lequel vit en général le corps médical, fait que les médecins d'un même département, d'un même arrondissement, d'un même canton, ignorent qu'ils ont les mêmes aspirations. La Société centrale les éclairera sur leurs vœux réciproques, et les mettra en position de les réaliser. Par la fondation de la Société centrale, toutes les positions dans lesquelles le médecin peut être placé sont prévues. Est-il membre d'une Société déjà existante, cette Société, comme c'est son droit, veut-elle attendre, juger, laisser commencer l'expérience avant de s'agréger à l'Association générale, il peut néanmoins entrer dans l'Association générale par la Société centrale. Appartient-il au corps honorable des médecins de l'armée et de la flotte, qui, n'ayant pas de résidence fixe, ne pourraient jamais faire partie d'une Société locale, il est reçu dans la Société centrale.

Aussi, aucun obstacle, aucun embarras ne se présente pour l'acte d'adhésion. Les adhérents sont membres de l'Association générale et font ou provisoirement ou définitivement partie de la Société centrale. Pénétrez-vous bien de cette disposition, bien-aimé lecteur, elle est capitale, elle indique clairement vos droits, et vos devoirs, elle éclaire complétement votre ligne de conduite.

Ai-je besoin d'insister sur la nécessité qu'il y avait à fonder la Société centrale? Où aboutiraient sans elle tous les médecins isolés, les médecins sans résidence fixe, nos confrères en mission à l'étranger? Les Sociétés locales ne se fonderont pas du premier coup; dans quelques départements peut-être il ne s'en fondera jamais. Les médecins de ces départements qui voudront profiter des avantages de la mutualité générale devaient-ils être déshérités de ce droit? Les Sociétés existantes dans quelques localités voudront peut-être différer leur agrégation à l'Association générale, elles refuseront peut-être — il faut tout prévoir — cette agrégation; les médecins qui se sont tenus éloignés de ces Sociétés, les membres eux-mêmes de ces Sociétés devaient-ils être privés des avantages de l'Association générale?

Vous répondrez avec votre cœur à toutes ces questions et vous reconnaîtrez avec moi que la création de la Société centrale est une des idées les plus heureuses et qui doit être une des plus fécondes de celles que renferment les statuts de l'Association générale.

Mais je veux vous laisser le plaisir que vous éprouverez certainement dans la lecture et la méditation de la circulaire dont l'envoi va vous être fait. Ce n'est qu'un simple avis que j'ai voulu vous en donner, et, sans m'exposer à entrer dans des discussions que je veux éviter, je ne saurais m'étendre davantage sur un sujet qui, prochainement, vous sera complétement exposé.

Amédée LATOUR.

l'action des courants continus dans les affections musculaires.

— M. Dumas, en son nom et au nom de M. Balard, fait un rapport sur un nouveau procédé qui permet d'extraire le calcium de ses combinaisons par les forces seules de la chimie. On obtient ce résultat en faisant réagir, en vases clos, les métaux alcalins sur les composés de calcium.

— M. Trécul lit un second mémoire sur les vésicules nucléaires des végétaux.

— M. Leverrier présente à l'Académie de nouvelles notes de M. Chacornac sur la comète de Donati et sur la septième enveloppe lumineuse qui se forme maintenant autour de cet astre. M. le Directeur de l'Observatoire annonce que, lorsque la comète aura disparu, il donnera le résumé complet des observations faites pendant tout le temps que la comète a été visible au-dessus de notre horizon. Quant à présent, il croirait prématuré et pour le moins inutile, de discuter les opinions plus ou moins fantastiques qui ont été émises au sujet de cette comète.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, personne ne demandant plus la parole.

— Dans la précédente séance, M. le dr Blanchet avait adressé une lettre sur l'éducation à donner aux sourds-muets et aux aveugles sans les séparer de leur famille. Voici le texte de cette lettre :

Il existe en France, d'après les statistiques officielles, environ trente mille sourds-muets et un nombre encore plus considérable d'aveugles. Sur ce nombre, les deux sixièmes à peine participent au bienfait de l'instruction, en sorte que plus de la moitié reste privée de toute éducation. Depuis que nous avons créé successivement, dans les divers arrondissements de Paris, à dater de 1848, des écoles gratuites pour les sourds-muets et les aveugles, il ne reste plus un seul de ces infortunés, qui, dès l'âge de cinq ans, c'est-à-dire à la sortie de la salle d'asile, ne puisse participer au bienfait de l'instruction.

Dans plusieurs départements, nous avons commencé à organiser ce mode d'éducation en procurant aux instituteurs les moyens de se livrer avec succès à ce genre d'enseignement. M. le ministre de l'intérieur, ayant daigné en reconnaître l'utilité et les avantages, vient d'adresser une circulaire à MM. les préfets pour en recommander la mise en pratique dans toutes les communes de Fance. En ce moment, un grand nombre de directeurs d'écoles normales des départements, conformément aux vœux exprimés à ce sujet par les conseils généraux, se préparent à cet enseignement dans les écoles communales que nous avons fondées à Paris. Ainsi, dans un avenir qu'on peut considérer comme très prochain, tous les sourds-muets, tous les aveugles de France, participeront au bienfait de l'éducation sans se séparer de leurs familles et de leurs camarades parlants, dont ils deviendront plus tard les compagnons de travail et d'atelier.

Les avantages de ce mode d'enseignement sont :

1° De pouvoir étendre le bienfait de l'instruction à tous les sourds-muets et à tous les aveugles, non seulement sans entraîner l'État à aucun frais, mais, au contraire, en dégrevant les budgets des départements des bourses qu'ils votent chaque année;

2° De permettre à tous les instituteurs de se livrer, après un temps asssez court de préparation, à ce genre d'enseignement;

3° De donner à ces infortunés une éducation plus en rapport avec leurs besoins, de laisser le sourd-muet des campagnes à l'agriculture et faciliter à ceux des villes l'accès des ateliers;

4° Enfin, de doter le plus grand nombre des souds-muets de la parole et de la faculté de la lire sur les lèvres à l'aide des moyens que nous avons exposés à l'Académie depuis près de quinze ans, et qui sont en usage dans nos écoles : moyens simples à la portée de tous les instituteurs et des parents.

Cette lettre, avec un mémoire imprimé qui l'accompagne, est renvoyée, à titre de pièce à consulter, à une commission nommée par l'Institut en juillet 1856, sur l'invitation de M. le ministre de l'instruction publique, pour s'occuper de diverses questions relatives à l'éducation des sourds-muets, commission dans laquelle M. Dumas représente l'Académie des sciences.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LES ACCIDENTS GANGRÉNEUX QUI VIENNENT COMPLIQUER LE DIABÈTE, ET SUR LE PRURIGO DES PARTIES GÉNITALES QUI SE MONTRE QUELQUEFOIS DANS LE COURS DE CETTE MALADIE;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Deux phénomènes assez singuliers ont été signalés, dans ces derniers temps, comme des complications du diabète. Le premier consiste dans diverses formes de gangrène; le second en une sorte d'affection prurigineuse des parties génitales. Je vais rappeler succinctement les données que possède la science sous ces deux rapports, et j'y ajouterai deux observations qui me sont propres.

1° DES ACCIDENTS GANGRÉNEUX COMME COMPLICATION DU DIABÈTE.

Au mois de novembre 1856, M. le docteur Marchal (de Calvi) publia, le premier, en France, quelques faits relatifs à des diabètes, dans lesquels s'étaient montrés des accidents gangréneux. La première observation concernait un homme qui, après avoir eu un grand nombre de furoncles, éprouva le sphacèle d'un orteil. On reconnut le diabète, et l'on appliqua avec quelque succès le traitement reconnu le meilleur pour cette maladie. Ce traitement, toutefois, ayant été négligé, le diabète reparut, et tout le pied, du côté où l'orteil avait été enlevé, tomba, deux ans après, en gangrène, ce qui amena la mort. A la suite de cette communication de M. Marchal à l'Institut, M. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, fit part à l'Académie d'un autre cas de sphacèle des extrémités inférieures chez une femme diabétique. Un peu plus tard, M. le docteur Ménestrel appela M. Marchal près d'un diabétique, âgé de 60 ans, replet, d'apparence sanguine, qui portait une large plaque gangréneuse à l'une des cuisses, et une autre de même nature au dos. M. Ménestrel observa encore sur le docteur Soula, âgé de 65 ans, une complication analogue : après une dizaine de jours de souffrances, ce regrettable confrère fut pris d'un anthrax à la nuque; la tumeur pouvait avoir 12 centimètres dans tous les sens. Plusieurs incisions fournirent d'abord un pus séreux, puis sanieux et fétide; le tissu cellulaire était mortifié. L'urine donnait 45 grammes environ de glycose sur 1,000 grammes. M. Mialhe, d'après M. Marchal, aurait eu aussi connaissance de deux faits de gangrène glycosurique.

M. le docteur H. Musset, de Sainte-Terre, a fait connaître (UNION MÉDICALE du 30 avril 1857) deux autres cas de gangrène chez des diabétiques. Il avait fait l'amputation de la jambe pour une gangrène sénile; le malade guérit; mais plus tard, il se manifesta une gangrène au gros orteil, puis aux orteils de l'autre jambe. M. Musset, ayant appris alors la communication à l'Institut de M. Marchal, s'empressa de faire examiner l'urine du malade, et du sucre y fut constaté. Dans l'autre observation, il s'agissait d'un homme de 59 ans, qui avait un sphacèle spontané au gros orteil, et chez lequel on constata également du sucre dans les urines. Cette même année 1857, M. Alquié a dit, à la Société d'hydrologie, que le colonel C... était mort du diabète, avec complication gangréneuse de tout un pied. De son côté, M. Durand-Fardel a parlé d'un diabétique albuminurique, dont la santé notablement améliorée sous ce double rapport par l'usage méthodique des eaux de Vichy, qui succomba à une gangrène de la jambe, suite d'une légère contusion. M. le docteur Gallard a publié récemment une observation de diabète compliqué d'un épanchement pleurétique, dans laquelle il était survenu une gangrène au sacrum et à l'épaule.

On trouve, dans l'intéressante thèse de M. Jordaô (1), des faits qui se rapportent aux précédents. Selon lui, le développement d'anthrax ne serait pas rare dans le diabète, et c'est à la partie postérieure du tronc qu'on les observe principalement. Il cite le docteur Joaquim d'Aquino Fonseca qui assure que cette complication dans le diabète serait commune au Brésil. Ce médecin, qui a exercé à Fernambouc, raconte qu'elle est regardée par les praticiens, et même par les habitants de ce pays, comme un symptôme caractéristique de la glycosurie. D'après les renseignements qu'il a fournis à M. Jordaô, les anthrax seraient ordinairement uniques; dans quelques cas, cependant, le premier serait suivi par une seconde ou une troisième tumeur semblable, quelquefois même par un plus grand nombre, car chez un diabétique, âgé de 70 ans, il en aurait compté jusqu'à 22. Ces anthrax présentent des orifices très petits, plus petits que ceux qu'on observe dans d'autres circonstances, avec des bords renversés, et à l'intérieur une cavité comme celle d'un kyste. La suppuration s'y forme promptement; le pus est fluide, d'une couleur marron, d'une odeur de miel fermenté. La facilité avec laquelle cette humeur se produit, sa couleur, son odeur seraient des signes à la faveur desquels il est impossible de méconnaître l'existence du diabète. Le premier anthrax qui se développe n'offre pas généralement une grande gravité; mais il n'en est pas de même des suivants. Leur présence rend toujours le pronostic sérieux, surtout si l'on commet l'imprudence de les ouvrir avec le bistouri; dans ce cas, la gangrène s'y développe vite, marche avec rapidité, et le malade peut succomber en quelques heures.

La sécheresse de la peau, chez les diabétiques, peut devenir si grande, que tout le tégument extérieur devient le siége d'une sorte d'herpès furfuracé, de lichens, de psoriasis, de porrigos, d'impétigos. M. Delasiauve (*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 8 avril 1857) a dit avoir vu deux cas d'éruptions singulières pendant le diabète : dans l'un, l'éruption était comme tuberculeuse, formée de grosses saillies, ressemblant à des pustules varioliques remplies de matière caséeuse; dans l'autre, l'éruption existait seulement au scrotum. On a observé également, chez les diabétiques, des ulcérations aux jambes. Manuel Pereira Da Graça en fait mention dans son *Traité du diabète*, toutefois comme d'une chose rare; on les verra exister dans l'observation suivante :

OBSERVATION. — M. L..., ancien professeur au Collége de France, âgé de 54 ans, d'une forte constitution, doué des plus grandes facultés, s'était de très bonne heure adonné avec ardeur à l'étude. Il ne tarda pas à prendre un rang des plus élevés parmi les orateurs et les écrivains. Son enseignement excitait l'enthousiasme de la jeunesse. Mais bientôt des contradictions politiques devinrent pour lui la cause des plus grands désagréments et il renonça à remplir sa chaire. Son système nerveux fut d'autant plus bouleversé de ces événements qu'il affectait de les supporter avec calme.

M. L... avait commencé, vers l'âge de 40 ans, à prendre beaucoup d'embonpoint. Quelques années avant sa mort, il lui était survenu aux jambes des excoriations avec des escarres superficielles qui furent très longues à guérir et laissèrent des cicatrices noirâtres. Naturellement gros mangeur, il avait pris un appétit extraordinaire, et, dans les dernières années de sa vie, une soif plus extraordinaire encore. Tout le monde en fut surtout frappé dans un dîner de famille à Chatou, où je l'accompagnai six semaines à peine avant sa mort. Chez M. L..., le moindre exercice produisait une sueur abondante; il en était de même lorsqu'il avait ingéré beaucoup de liquides.

Au commencement du mois d'août 1857, après quelques jours d'un très grand malaise, il se développa à la nuque une tuméfaction considérable. Malgré des topiques appropriés, elle fit des progrès et s'étendit vers la tête, les épaules et les parties latérales du cou, qu'elle couvrait entièrement. Des taches bleuâtres s'y formèrent et donnèrent bientôt issue à des fusées purulentes d'une odeur fétide. M. le docteur Dufrénois, appelé auprès du malade, lui administra des boissons acidules, des potions calmantes, et essaya, au moyen d'une incision, de donner une issue plus facile à l'humeur sanieuse qui, de tous côtés, faisait effort pour se porter au dehors.

M. L..., plein de courage, luttait contre sa maladie; il s'était levé tous les jours et se traînait même de son lit jusqu'à la salle à manger pour essayer de prendre quelques aliments. Ses forces, toutefois, commençaient à l'abandonner. M. Dufrénois me fit prévenir; après l'examen de l'anthrax, nous convînmes qu'il y avait lieu de procéder à de nouveaux débridements, et qu'il fallait soutenir les forces par une boisson vineuse. M. L... résista à l'opération et voulut qu'elle fût remise au lendemain. Mais, dans la nuit, un changement profond s'était opéré dans son état, et quand nous le vîmes le 24 au matin, nous le trouvâmes immobile, couché sur le côté droit, râlant, refroidi; deux heures après, il n'existait plus.

Je soupçonnais depuis longtemps l'existence du diabète chez M. L..., mais je n'avais pas eu l'occasion de m'en assurer. Dès que je pus me procurer de son urine, je la fis bouillir avec de la potasse et elle prit la couleur du café le plus noir.

2° DU PRURIGO DES PARTIES GÉNITALES QUI SE MONTRE QUELQUEFOIS DANS LE COURS DU DIABÈTE.

Cette complication a appelé plus récemment l'attention des médecins. On se souvient que M. le docteur Hervez de Chégoin, dans la séance du 8 avril 1857 de la Société médicale des hôpitaux de Paris, a cité plusieurs observations de dames chez lesquelles il existait des démangeaisons vulvaires insupportables et qu'aucun traitement n'avait pu modifier. L'une d'elles ayant été envoyée par ce praticien distingué aux eaux de Bagnères-de-Luchon, et adressée à M. le docteur Lambron, qui réside à ces eaux pendant la saison, ce médecin eut l'idée d'examiner les urines et y constata la présence du sucre. Cette découverte ne manqua pas d'exciter les recherches de M. Hervez, qui trouva, chez ses autres malades, que l'urine contenait aussi du glycose.

Dès le moment qu'un tel fait prenait place dans la science, il ne pouvait manquer d'en attirer d'autres semblables. M. Lambron lui-même a observé un diabétique qui éprouvait de vives démangeaisons au prépuce; la même remarque a été faite par MM. Hervez et Jordaô. On a rappelé que Valleix avait noté, chez un individu atteint de diabète, une tuméfaction du canal de l'urètre et un œdème de la peau du prépuce. M. Gubler, dans la même séance de la Société des hôpitaux, a dit avoir vu un érythème du prépuce chez un diabétique qui avait cette membrane très longue; il a même semblé revendiquer le premier rapprochement de ces phénomènes pour M. le docteur Trousseau, en annonçant que ce professeur ne manquait pas d'appeler l'attention de ses élèves sur l'érythème de la vulve chez les femmes diabétiques.

M. Hervez a dû naturellement, chez ses malades, s'occuper de l'affection la plus grave; il leur a fait suivre le régime et le traitement propres au diabète. Une dame délicate, qui ne buvait que de l'eau, s'est décidée à boire une bouteille de vin de Bordeaux chaque jour. Chose remarquable, en même temps que les symptômes glycosuriques disparaissaient, les démangeaisons cessaient d'avoir lieu, et l'éruption elle-même se guérissait.

J'ai recueilli une observation toute semblable que je crois devoir faire connaître :

OBSERVATION. — Me trouvant dans une ville de province en septembre 1857, j'y fus consulté pour une dame, qui, depuis plusieurs années éprouvait des démangeaisons intolérables à la vulve, surtout pendant la nuit. Elle avait consulté plusieurs médecins de sa localité; elle était même venue à Paris prendre les avis des hommes de l'art qui jouissent, pour les maladies de la peau et à d'autres titres, d'une grande renommée. Aucune de leurs ordonnances n'avait réussi à la soulager. Les grandes lèvres, le pubis, les parties voisines de l'abdomen et des cuisses, étaient le siége d'une rougeur prononcée et d'une tuméfaction qui ressemblait à une sorte d'hypertrophie cutanée; les papules étaient peu prononcées. Cette dame avait 45 ans; les menstrues se maintenaient assez régulières; elle avait eu plusieurs enfants. — Ayant connaissance de la communication qui avait eu lieu dans le sein de la Société médicale des hôpitaux, je ne manquai pas de lui demander si elle avait une soif exagérée. Sur sa réponse affirmative, je priai son mari de me procurer de l'urine de la malade. Il me fut facile d'y constater, en la chauffant avec de la potasse, une coloration brune très prononcée. Convaincu alors de l'existence du diabète, je prescrivis un régime tonique, des extraits de plantes astringentes et l'usage de l'eau de Vichy; je conseillai, en outre, de proscrire, autant que possible, les farineux de l'alimentation, de boire du vin de Bordeaux pur et un peu de café après les repas. L'amélioration ne fut pas d'abord très sensible, mais elle finit par se décider, si bien qu'à la fin du mois d'août, après un an de traitement, j'ai appris du mari et j'ai pu m'assurer moi-même que la guérison était à peu près complète. L'urine essayée avec le lait de chaux n'offrait plus de coloration appréciable; la soif avait disparu; il n'y avait presque plus de traces de l'éruption et la démangeaison avait cessé. Je conseillai néanmoins à la malade, qui devait faire un voyage dans le Midi, de s'arrêter une dizaine de jours à Vichy et de faire usage des eaux en boisson et en bains.

Il ne faudrait pas croire que dans tous les prurigos pudendi il y ait du sucre dans les urines. Depuis un an, j'ai eu l'occasion

(1) *Considérations sur un cas de diabète*; Paris, 1857.

plusieurs fois de rencontrer des affections de ce genre, sans trouver dans l'urine de réaction par la potasse.

3° Conclusion.

Quelle est la signification à donner à ces deux phénomènes?

Remarquons, d'abord, qu'ils se tiennent de très près et qu'on peut constater entre eux des dégradations insensibles. Nous voyons, en effet, dans les cas les plus graves, le sphacèle des extrémités inférieures, du pied, des orteils, des plaques gangréneuses sur diverses parties du corps, puis des anthrax, des furoncles, des excoriations avec de légères couches mortifiées. Jusqu'ici les lésions sont nécrosiques, mais, d'une manière presque insensible, elles ne consistent plus qu'en des éruptions, telles que herpès, lichens, psoriasis, porrigos, pustules, érithèmes, œdèmes. Une autre circonstance doit appeler l'attention, c'est que, tandis que le sphacèle proprement dit a eu presque toujours son siége aux extrémités inférieures, les anthrax et les furoncles se sont constamment développés à la partie postérieure du tronc; en particulier les anthrax énormes qui ont occasionné la mort du docteur Soula et du professeur L... occupaient tous les deux la nuque.

Les prurigos pudendi observés chez la femme, les érythèmes constatés aux parties génitales de l'homme auraient-ils quelque chose de spécial? Dépendraient-ils de la matière sucrée répandue avec l'urine sur ces parties, ou ne seraient-ils, comme les autres lésions que nous venons d'énumérer, que des manifestations d'un état général? Leur rareté, dans une affection aussi commune que le diabète, semble devoir porter vers cette dernière opinion.

Maintenant, est-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de se rendre un compte tant soit peu exact de ces diverses manifestations? Dirons-nous, avec M. Marchal, que le sucre crée une diathèse inflammatoire dans la membrane interne des vaisseaux, et qu'il en résulte, en raison de l'affaiblissement de la constitution, une tendance nécrosique? Faut-il, comme M. H. Musset, considérer que la gangrène, dite sénile ou plutôt spontanée, tient à la présence de la matière sucrée dans le sang? Dans ce dernier cas, c'est sans doute trop se hâter de généraliser; et, dans le premier, rien ne semble prouver une diathèse inflammatoire, surtout localisée. Ce qu'il paraît y avoir de réel, c'est que la production trop considérable de sucre et le mélange de cette matière avec le sang déterminent des dispositions fâcheuses dans la constitution. Ces dispositions se manifestent de bien des manières. On savait, depuis longtemps, que la soif et l'appétit étaient singulièrement exagérés, que la peau était généralement sèche, la vue affaiblie, que les facultés génératrices tendaient à disparaître, que les poumons s'infiltraient de matière tuberculeuse, etc.; mais on n'avait pas encore rattaché à ces symptômes ceux que nous venons d'examiner, et qui sont relatifs à la gangrène et à certaines éruptions. Chaque diathèse entraîne avec elle ses conséquences : on connaît celles qui sont propres à l'excès d'albumine et à l'excès d'acide urique, dernière diathèse que M. Marchal compare à celle du sucre. Les comparaisons et les rapprochements sont sans doute très licites; mais nous pensons qu'il est encore prématuré de hasarder une théorie pour indiquer la manière d'agir d'une cause qui produit des effets si variés.

OPHTHALMOLOGIE.

EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉTHODE D'EXTRACTION DE LA CATARACTE PAR INCISION LINÉAIRE;

Par le docteur Doumic.

Critchett et Bowman, *Medical Times et Gazette*, 5 septembre 1857, p. 249, col. 1. — Stœber, *Annales d'oculistique*, 31 juillet 1857.

L'extraction de la cataracte par incision linéaire est-elle une opération nouvelle, quels sont les cas où elle est indiquée, quels en sont les résultats, est-elle préférable aux autres procédés d'extraction? Telles sont les questions que nous nous proposons d'examiner en détail.

Les chirurgiens, frappés des nombreux accidents qui survenaient après l'opération de la cataracte, par quelque procédé que ce soit, ont dû chercher une méthode opératoire qui présentât moins de chances d'accidents, dont l'exécution fût à la fois facile et prompte, et promît en même temps des succès plus certains. Après l'opération à l'aiguille et ses différentes méthodes, vint l'extraction de la cataracte par un lambeau fait à la cornée soit en bas, soit en haut, soit enfin latéralement; tous ces procédés ont donné lieu à des accidents, surtout au moment de leur découverte; l'extraction supérieure bien étudiée et érigée en méthode par Jœger, pratiquée un nombre immense de fois par tous les chirurgiens, est l'opération qui donne les plus brillants résultats immédiats et définitifs; cependant elle expose encore à un certain nombre d'accidents divers qu'une longue expérience apprend à combattre victorieusement : ces accidents, sur lesquels nous reviendrons plus tard, ont effrayé et effraient encore un grand nombre de médecins; aussi a-t-on cherché, dans ces dernières années, à extraire la cataracte par une incision linéaire de la cornée, afin d'éviter, entre autres accidents, la suppuration ou la gangrène du lambeau, l'issue du corps vitré, etc.

Quelle est l'origine de l'extraction linéaire?

Pourfour du Petit *(Mémoires de l'Académie des sciences,* 1708) et Saint-Yves *(Nouveau traité des maladies des yeux,* Amsterdam, 1736) pratiquaient l'incision linéaire de la cornée pour extraire une cataracte tombée dans la chambre antérieure; Taylor *(New treatise on the Diseases of the eye,* London, 1736) a généralisé cette méthode, enfin Wardrop, Palucci, Jœger père, Gibson et M. de Graefe l'emploient, mais seulement pour des cas particuliers, tels que l'extraction d'une cataracte capsulaire secondaire, de fragments de cristallin ou de capsule, c'est la méthode que suivent tous les chirurgiens pour extraire des lambeaux capsulaires, ou une portion de l'iris dans l'opération de la pupille artificielle; M. Gibson l'emploie pour l'extraction des cataractes ramollies par le contact de l'humeur aqueuse; MM. de Graefe, Stœber, etc., pour l'extraction immédiate des cataractes molles.

Comme on le voit, cette opération n'est pas neuve, puisque Taylor la pratiquait en 1736; mais, ainsi que le dit M. Stœber, il est arrivé que le volume du cristallin ou même du noyau était trop considérable pour sortir par une incision cornéenne de deux lignes et demie à trois lignes, de là des accidents qui ont fait bientôt rejeter ce procédé opératoire par la plupart des médecins. Il en sera de même toutes les fois qu'on voudra appliquer un même procédé opératoire à toutes les cataractes indistinctement, pratiquer, par exemple, toujours l'extraction ou toujours le broiement, sans tenir compte de la nature ou de la consistance de la cataracte, de l'âge, de la constitution et des antécédents du malade, circonstances qui doivent nécessairement faire choisir tel ou tel procédé plutôt que tel autre.

M. Gibson, de Manchester, est le premier (1811) qui ait songé à faire une incision linéaire à la cornée, mais ce n'était pas pour extraire la cataracte du premier coup, c'était pour donner issue à la substance cristallinienne ramollie par le contact de l'humeur aqueuse, la capsule du cristallin ayant été incisée avec une aiguille deux ou trois semaines avant qu'on ne pratique l'incision de la cornée : il facilitait la sortie des débris cristalliniens soit en pressant légèrement sur le globe, soit en introduisant la curette dans la pupille. Mais il est arrivé souvent à M. Gibson d'éprouver de grandes difficultés pour faire sortir le noyau qui n'était pas ramolli. Cette opération donnait lieu à peu d'inflammation.

Trois ans plus tard (1814), Travers eut l'idée d'extraire les cataractes molles par une incision qui comprenait le quart de la circonférence de la cornée, et du même coup il pénétrait dans la capsule; la cataracte liquide sortait facilement avec l'humeur aqueuse; si la substance corticale ne sortait pas d'elle-même, il allait la chercher avec la curette; il ne parle pas du noyau.

Un peu plus tard, 1817, sir W. Adams, ainsi que d'autres chirurgiens, faisaient l'extraction même des cataractes dures à travers une incision de la cornée, un peu plus grande que celle que pratiquait Travers, et cependant plus petite que la demi-circonférence de cette membrane. On voit que nous arrivons ainsi progressivement à la dimension normale de l'incision de la cornée dans l'extraction supérieure : elle doit comprendre les 7/16es de la cornée. On a donc reconnu petit à petit les inconvénients et les dangers d'une incision trop petite et qui ne peut donner une issue facile à la cataracte, et on tend à revenir à l'incision grande, normale.

Puis, par un de ces retours si fréquents dans l'histoire des choses humaines, nous voyons revenir l'incision linéaire que l'on cherche à vulgariser aujourd'hui après l'avoir longtemps laissée dans l'oubli. Fr. Jœger, M. de Græfe et d'autres chirurgiens allemands s'en occupèrent beaucoup, et malgré cela, jusqu'à ces derniers temps, cette méthode a été peu employée. Dans un cas où à la suite du broiement il était survenu des accidents d'inflammation, tenant probablement au gonflement des fragments cristalliniens, M. de Græfe fit l'extraction de ces fragments par une incision linéaire de la cornée; le succès fut complet. M. de Græfe résolut alors d'étendre ce procédé opératoire à l'extraction des cataractes molles, des cataractes liquides avec un très petit noyau. L'indication de cette opération ne dépendait donc seulement que du diagnostic de la consistance de la cataracte. Or, ce diagnostic est-il toujours facile? Malheureusement, il est des cas, peu nombreux, il est vrai, où le ramollissement et la blancheur de la substance corticale ne permettent pas de reconnaître l'état du noyau. C'est un premier échec pour l'extraction linéaire, car il peut se faire qu'après la sortie de la substance corticale, on trouve un noyau dur et volumineux qui ne s'échappera pas par la plaie de la cornée.

Quelles sont donc les cataractes que l'on peut extraire par l'incision linéaire? Ce sont : 1° les cataractes entièrement molles, dans lesquelles le ramollissement a envahi même le noyau, où l'on n'a plus alors qu'une masse molle et sans résistance; 2° les cataractes liquides, dans lesquelles le noyau est très petit; 3° les cataractes traumatiques avec boursouflement du cristallin et dilacération large de la capsule, le contact de l'humeur aqueuse ayant dans ces cas ramolli la substance corticale et même le noyau; 4° enfin M. de Græfe pense que l'on pourrait employer l'extraction linéaire pour faire sortir une cataracte qui, primitivement demi-molle, c'est-à-dire avec un noyau un peu dur, a été ramollie au contact de l'humeur aqueuse par une lacération de la capsule faite deux ou trois semaines auparavant avec l'aiguille. Dans tous les autres cas, au contraire, elle est formellement contre-indiquée. Restent donc seulement les cataractes molles et les cataractes liquides. Nous reviendrons plus tard sur les inconvénients que présente l'extraction linéaire de ces deux espèces de cataractes, lorsque nous parlerons des accidents de l'opération.

Venons maintenant au manuel opératoire :

Premier temps : Incision de la cornée faite avec le couteau lancéolaire à un millimètre du bord cornéen et au niveau du diamètre horizontal du globe; cette incision ne doit pas avoir plus de deux lignes et demie à trois lignes d'étendue. Lorsque l'incision est faite, le malade ferme les paupières;

Second temps : Quand le malade s'est un peu reposé, on introduit vers le bord pupillaire interne un kystitome ou une érigne fine et l'on déchire la capsule en exerçant à la fois une pression et une traction; en introduisant et en retirant l'instrument, il faut le tenir le plus près possible de la face postérieure de la cornée, afin de ne pas blesser l'iris. « Pendant qu'on incise la capsule, dit M. de Græfe, on voit la pupille se dilater, et la substance corticale faire déjà un peu saillie à travers l'ouverture pratiquée. »

Troisième temps : Une curette de Daviel est appliquée horizontalement par son dos sur la lèvre externe de la plaie; on fait quelquefois une pression semblable du côté opposé du globe avec le doigt simplement appliqué sur la cornée; alors on voit la cataracte s'écouler facilement à travers la pupille et sortir par la plaie de la cornée. S'il reste des fragments de substance corticale, il faut les extraire en introduisant la curette, sans toutefois répéter trop fréquemment ces introductions qui pourraient confondre les lèvres de la plaie cornéenne, les enflammer et empêcher leur réunion.

Pour examiner quels sont les résultats donnés par cette méthode opératoire, nous allons relater les faits publiés par le docteur Critchett et le docteur Bowman dans le *Medical Times* et le mémoire du professeur Stœher dans les *Annales d'oculistique :*

1° (M. Critchett) « Un homme reçoit un coup sur l'œil gauche, la vision s'affaiblit de ce côté; dans l'œil droit, qui est le meilleur, l'ophtalmie montre un décollement partiel de la rétine; cependant cet œil lui suffisait pour ses travaux; tout à coup le cristallin droit devint opaque. Le malade était donc presque entièrement aveugle, et, bien que l'on connût la lésion rétinienne de l'œil cataracté, il était urgent de l'opérer. La cataracte paraissait d'un blanc laiteux, avec une légère teinte bleuâtre, et semblait être uniformément opaque dans tous ses points. Avec une large aiguille, le docteur Critchett fit une ponction à la partie externe de la cornée, large d'une ligne environ, et avec la même aiguille il déchira la capsule et broya le cristallin; la substance lenticulaire était moins opaque que la capsule. Une curette cannelée, introduite par la ponction, fait sortir toute la partie fluide du cristallin, et à l'aide d'une petite manœuvre, la capsule étant venue se présenter dans la plaie cornéenne, on la saisit avec des pinces et on l'enlève en totalité; la pupille est alors parfaitement claire; une petite portion de l'iris faisait saillie par la ponction, on la repousse en arrière avec un stylet mousse, et la pupille devient ronde : la vision fut possible immédiatement. Il ne survint pas d'inflammation, et trois jours après le malade était guéri sans qu'il fût possible de trouver sur son œil la moindre trace de l'opération. A l'aide d'un verre, le malade voyait presque aussi bien qu'avant la formation de la cataracte.

» Le docteur Bowman a employé cette méthode opératoire avec le même succès chez une jeune fille.

» Les cas auxquels ce mode d'opération paraît le mieux s'approprier sont ceux dans lesquels la cataracte est molle et sans noyau : si la capsule n'est pas opaque au moment de l'opération on la laisse en place.

» Nous avons appris, ajoute le *Medical Times,* que M. Desmarres se risque même à tenter par ce procédé l'extraction de noyaux durs, en les prenant avec l'extrémité de la curette et les attirant au dehors. Cette pratique est dangereuse et offre trop peu de chances de succès pour être employée à Moorfields. Il faudrait une plus large ouverture, et, comme souvent on ne peut pas apprécier les dimensions véritables du noyau cristallinien, il arriverait souvent au chirurgien de se trouver dans l'embarras. Si on laisse le noyau, il peut facilement tomber derrière l'iris et causer l'inflammation de la rétine ou du corps ciliaire. Dans les cas où elle est bien indiquée, l'extraction linéaire a l'immense avantage de terminer l'opération d'un seul coup, et de prévenir ainsi les chances d'accidents ultérieurs. »

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DES MOYENS DE COMBATTRE LE VOMISSEMENT DANS LA FIÈVRE JAUNE [1];

Par J.-Q. de Avellar.

II

L'auteur distingue le vomissement de la fièvre jaune en trois espèces ou trois degrés différents, savoir : vomissement bilieux ou d'invasion; vomissement suspect ou d'initiation hémorrhagique; vomissement noir ou caractéristique.

Le premier paraît être plutôt l'expression d'un état particulier de l'innervation que le résultat de l'altération dynamique : c'est ainsi qu'il est toujours ou presque toujours provoqué par l'indigestion des tisanes qui sont rendues avec un peu de bile quelquefois, sans aucune altération. L'apparition de ce vomissement, le plus souvent dès les premières heures de l'invasion, est encore un motif pour croire que les altérations pathologiques y sont étrangères, ce développement prompt et instantané étant incompatible avec le travail phlogistique, désorganisateur ou de décomposition. Étant donc purement nerveux, les moyens pour le combattre sont principalement les antispasmodiques, les nervins sédatifs, calmants et rubéfiants externes. Mais ce premier degré de vomissement arrivant toujours alors que la médication purgative est nécessaire, urgente, le praticien doit concilier les deux indications; il doit surtout insister vigoureusement sur les purgatifs, qui sont assurément la médecine curative et souvent abortive du premier moment; de plus, en rétablissant le mouvement péristaltique des intestins, ils modifient l'état névralgique de l'estomac, et lui ôtent pour ainsi dire la tendance au vomissement.

(1) Voir le n° 117 de l'Union Médicale, 1858.

Les meilleurs moyens indiqués à cette période, sont : sinapismes à l'épigastre, ventouses sèches, l'éther, les eaux aromatiques et de laurier-cerise, la soude, le thé, la potion de Rivière, la morphine, le laudanum, etc., et surtout les purgatifs. On doit insister sur leur emploi, parce qu'alors même qu'ils seraient rejetés plusieurs fois, certaines parties finissent par se précipiter, traverser l'estomac, et provoquer des évacuations qui mettent souvent un terme à ce vomissement d'invasion ; les lavements purgatifs sont, par la même raison, des agents propres à combattre ce vomissement.

Dans le second, il y a de petits fragments couleur café, semblables à des morceaux de papier brûlé ; il est, sans le moindre doute, le signe commençant d'un travail d'altération ou de décomposition du sang, L'analyse chimique et le microscope ont démontré que ces flocons noirâtres sont du sang altéré, décomposé, mêlé parfois à de la bile également viciée. Ces diverses altérations sont minutieusement décrites dans un travail spécial de la première commission.

Ce second degré de vomissement est donc l'expression pathologique des deux plus terribles symptômes de la fièvre jaune : l'altération du sang et l'hémorrhagie, et ce sont eux que la thérapeutique doit s'appliquer à combattre en même temps que le vomissement. Les caustiques à l'épigastre, la glace, les préparations cyaniques, le sous-nitrate de bismuth, les astringents non-stimulants, comme la limonade sulfurique ou citrique (1), le ratanhia, etc., et surtout le sulfate de quinine, comme moyen de relever, de soutenir et de régulariser les forces vitales. Ce névro-sthénique par excellence est un agent indispensable pour combattre ce vomissement suspect.

Le troisième, ou vomissement noir caractéristique, n'est que l'exagération du second ; l'exsudation lente et limitée augmente et s'étend. La muqueuse de l'estomac présente dans cet état de grandes arborisations presque variqueuses, des ramollissements en divers points, des stases sanguines, etc. En même temps que le sang a perdu sa plasticité, la discrasie est son principal attribut, la tonicité est disparue. Les moyens de combattre ce vomissement sont, outre ceux déjà signalés, la quinine à plus haute dose, le perchlorure de fer, comme tonique, coagulant et hémostatique, le vin généreux de Porto qui n'a pas seulement une action réparatrice et excitante, mais une action locale astringente par le tannin qu'il tient en suspension, la glace à l'intérieur et à l'extérieur, les tisanes à la glace, les limonades minérales concentrées, la solution de nitrate d'argent, le lait ferré, etc. ; le calomel à haute dose est également conseillé comme purgatif.

Tous ces moyens si bien choisis, si opportunément administrés qu'ils soient, peuvent être inutiles et sans action sur le vomissement. Ceux qui ont donné les meilleurs résultats dans la plupart des cas, sont : les caustiques à l'épigastre, la glace, la quinine, l'éther, la potion de Rivière, le vin de Porto et les cyaniques.

Dr P. GARNIER.

RÉCLAMATION.

M. le docteur Simonot (et non Simoneau comme nos compositeurs l'ont imprimé par erreur) nous adresse la réclamation suivante au sujet du compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine :

Paris, 14 octobre 1858.

Monsieur le rédacteur,

. . . .

La seconde est une erreur d'appréciation.

« M. le docteur Simonot a, dites-vous, clos la séance publique par la » lecture d'un mémoire sur le croup. . . . . . Mais voilà depuis quelque » temps beaucoup de procédés purement mécaniques contre la diphthérie, etc.... »

Si vous voulez bien vous reporter au mémoire déposé, il vous sera facile de vous convaincre que vous donnez ainsi une idée inexacte de sa pensée, de son but et de son expression.

Il y est, en effet, établi que :

1° Les mots angine couenneuse et croup, n'étant que des manifestations diverses d'un fait unique, la diphthérie, devraient être rayés du vocabulaire médical, et remplacés par les expressions diphthérie pharyngo-nasale, laryngo-trachéale et pulmonaire.

2° Que la diphthérie a sur la vie une action double : dynamique et organo-pathologique.

3° Que si les agents médicaux ont une activité insuffisante, les moyens chirurgicaux, cautérisation, trachéotomie, cathétérisme momentané ou permanent, dit alors tubage du larynx, ont aussi une action très bornée.

4° Qu'en dépit des uns et des autres se développe la diphthérie pulmonaire ; cause la plus puissante de la mortalité diphthéritique.

5° Que le moyen le plus efficace d'y remédier serait le rétablissement d'une aération suffisante, en donnant à l'air des qualités prophylactiques ou destructives de la production diphthéritique, la trachéotomie ou le cathétérisme servant de conducteurs.

6° Que l'action, en pareil cas, serait d'autant plus efficace qu'elle serait plus rapprochée du début du mal et *retentirait directement sur l'hématose, voie d'introduction médicamenteuse aussi vaste qu'immédiate, dont les résultats sont encore incalculables.*

Tels sont les faits que je livre à l'appréciation et à l'expérimentation de mes confrères, leur proposant le respirateur artificiel comme un moyen d'application facile et précis.

Ceci peut être une erreur, l'expérience jugera, mais un moyen purement mécanique, jamais.

J'attends, Monsieur le rédacteur, de votre impartialité, l'insertion de ma lettre dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, etc. SIMONOT.

COURRIER.

Le concours pour trois places de chirurgien au Bureau central a commencé hier mercredi 13 octobre ; la question que les candidats ont eu à traiter est la suivante : *Décrire l'opération de la thoracentèse et les indications de cette opération.*

MM. Boulay et Alph. Guérin sont juges suppléants à la place de MM. Gendrin et Giraldès.

Les candidats sont au nombre de dix ; dans la liste que nous avons publiée, nous avons omis M. Parmentier.

— La Société médicale du 6me arrondissement a voté l'adresse suivante à M. le professeur Denonvilliers, à l'occasion du rétablissement du baccalauréat ès-lettres, auquel notre savant et éloquent confrère a si heureusement concouru :

« Très honoré confrère,

« Le corps médical voyait avec peine que le diplôme de bachelier ès-lettres cessait d'être exigé des étudiants en médecine, car cette mesure nuisait au développement des intelligences sans augmenter les ressources matérielles et les moyens d'observation de l'art. Et cependant qui, plus que le médecin, a besoin, dans l'exercice quelquefois si difficile de sa profession, de toutes les ressources d'un esprit développé et agrandi par des études, où le goût, le cœur et l'intelligence, trouvent tout à la fois un élément substantiel et une impulsion des plus heureuses.

» La louable initiative de S. E. le ministre de l'instruction publique et le succès dont ses efforts viennent d'être couronnés, ont été accueillis avec joie par les médecins de Paris qui, tous, tiennent à honneur de conserver à notre profession la position si élevée qui lui est acquise, ainsi que Son Excellence a eu la bonté de le reconnaître.

» La Société médicale du 6me arrondissement s'associe de trop grand cœur aux sentiments de profonde gratitude du corps médical tout entier, pour ne pas désirer faire parvenir au chef de l'État, qui a décrété le rétablissement du baccalauréat ès-lettres pour les étudiants en médecine et au ministre qui a provoqué cette mesure, l'expression de sa vive reconnaissance.

» La Société n'a cru pouvoir choisir un meilleur et plus digne interprète de ses sentiments, que l'éminent professeur qui a soutenu avec autant de conviction que de talent et d'énergie, la cause du corps médical dans le Conseil impérial supérieur de l'instruction publique.

» Nous vous prions donc, très honoré confrère, de vouloir bien vous charger de présenter à S. E. le ministre de l'instruction publique le tribut de notre reconnaissance, et de recevoir pour vous-même nos sincères remercîments et l'assurance de notre très haute estime.

» *Les membres du bureau.* »

— Le corps médical de Marseille vient de perdre son doyen et l'une de ses plus grandes célébrités. M. Cauvière, ancien directeur et professeur de l'École de médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 78 ans, après une courte maladie.

Doué d'une remarquable intelligence, d'un esprit fin, d'une instruction solide et variée, où les lettres et la philosophie ne tenaient pas moins de place que les sciences, qui avaient toujours été l'objet de ses prédilections ; professeur éloquent, praticien habile, et par-dessus tout homme du monde ; bon, aimable, et plein de distinction, M. Cauvière a dû à cet heureux ensemble de qualités la grande réputation dont il a joui pendant plus d'un demi-siècle, et sa suprématie incontestée sur tous ses confrères, presque tous aujourd'hui ses élèves.

M. Cauvière, avec son grand savoir, sa vaste expérience et sa grande facilité, n'a rien écrit, rien du moins dont nous ayons connaissance. C'est surtout dans l'enseignement oral, dans son service d'hôpital et dans ses consultations qu'il a déployé toutes les ressources de ses belles facultés intellectuelles.

Les obsèques de M. Cauvière ont eu lieu lundi 4 octobre. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, par M. Coste, directeur de l'École préparatoire, M. Seux, président de la Société de médecine, et par ses confrères, MM. Reymonet et Girard.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé membre associé de l'Académie des Quirites (Académie des sciences, lettres et arts) de Rome.

— M. Bouchut reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le mercredi, 20 octobre, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et les continuera tous les mercredis suivants.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et Ce, éditeurs, rue Bergère, 20. Un volume broché, 5 fr., élégamment cartonné, 6 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

(1) Les acides minéraux et végétaux ne peuvent être employés indifféremment dans ce cas, car leur action sur le sang est tout opposée. Contrairement aux premiers, les seconds fluidifient, diluent le sang, l'acide tannique seul excepté. L'absorption prompte, l'action plastifiante, tonique, astringente de ce puissant agent thérapeutique à haute dose, telles que nous les avons démontrées dans un mémoire qui est sous presse, ne le rendraient-elles pas utile et précieux dans ce cas? — P. G.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 124. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 19 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Deguise fils, revenant sur la discussion soulevée dans les dernières séances à propos de la fréquence de l'affection charbonneuse dans certains pays, dit que dans un voyage qu'il vient de faire du côté de Chartres, il a pu constater combien, en effet, la pustule maligne était commune. En moins de deux jours, il a pu en voir deux cas. Un chirurgien, M. Poulain (de Châteauneuf), dont la pratique pour le traitement de cette affection est très étendue, lui a appris que dans presque tout le pays on a abandonné la cautérisation avec le fer rouge. On pratique l'excision de la pustule, et sur la plaie on verse une très grande dose de sublimé. M. Poulain lui a assuré que ce traitement, toujours efficace, n'était jamais suivi d'accidents, malgré la quantité de sublimé employée.

— M. Verneuil présente un malade, qui, à la suite de l'introduction d'acide sulfurique dans les yeux, a vu se former sur la cicatrice de la brûlure dans chaque œil une bride de substance kéloïde, faisant adhérer la conjonctive oculaire à la conjonctive palpébrale. M. Verneuil hésite à pratiquer une opération, parce que le malade paraît prédisposé à avoir des kéloïdes. On voit, en effet, sur le cou, sur les points également brûlés par l'acide, des productions de ce genre. C'est là un fait qui mérite d'être rapproché de celui présenté par M. Legouest dans la séance précédente.

M. Huguier serait d'avis d'opérer, en engageant, après avoir détruit son adhérence, l'extrémité palpébrale de la tumeur dans une incision pratiquée à la partie déclive de la paupière et en l'y retenant par une suture.

C'est précisément ce mode opératoire que M. Verneuil se proposait d'adopter.

— M. Morel-Lavallée présente un bras amputé après une luxation de l'avant-bras en avant, compliquée de la fracture de l'olécrâne et de celle de l'apophyse coronoïde.

Il y a, dit-il, dans la science, trois exemples de la luxation de l'avant-bras en avant avec fracture de l'olécrâne; il n'y en avait point encore avec fracture de l'apophyse coronoïde. Ce fait, dont vous avez les pièces sous les yeux, présente encore cette particularité nouvelle, que la luxation, au lieu d'être directement en avant, était en même temps en avant et en dehors. J'ajouterai que c'est le premier exemple où la fracture de l'apophyse coronoïde ait été reconnue sur le vivant.

Le 14 septembre dernier est entré à l'hôpital, Alexandre Verlegen, garçon brasseur, âgé de 38 ans.

Il était couché dans une voiture que conduisait à pied un de ses camarades. Tout à coup le cheval s'emporte; il essaie de sauter à terre, mais il tombe sur le côté droit et la roue lui passe de dehors en dedans sur la partie antérieure du coude.

Le lendemain, à la visite, le gonflement de l'articulation et des parties voisines était tel, que le membre paraissait avoir doublé de volume. Tout ce que je pus constater, c'était une fracture de la base de l'olécrâne avec plaie pénétrant jusque dans l'articulation, qui évidemment était le siége de lésions plus graves, mais impossibles à reconnaître actuellement.

Les mouvements actifs de l'avant-bras étaient abolis; mais tous les mouvements passifs, surtout l'extension et la flexion, conservaient presque toute leur étendue, sans s'accompagner d'ailleurs d'aucune agitation. Le pouls était comme du côté sain, ce qui montrait que l'artère humérale n'avait pas souffert.

Outre la plaie de la région olécrânienne, une autre, également irrégulière, existait au côté interne du coude, et une troisième en dehors, et des escarres, résultat immédiat de la contusion, sur plusieurs points du bras. — 40 sangsues; cataplasmes.

Les jours suivants, le gonflement ne fait qu'augmenter, en s'accompagnant d'une fièvre assez forte; la peau est tendue, luisante. Un phlegmon diffus se déclare; de larges débridements sont pratiqués.

Le 20, deux collections purulentes s'étant prononcées à la partie externe et inférieure du bras et à la partie interne et supérieure de l'avant-bras, des incisions donnent issue au pus. Ayant introduit une sonde cannelée par cette ouverture, je l'y engage de bas en haut jusqu'au pavillon. L'index substitué à la sonde cannelée, je trouvai la poulie humérale complétement libre et à nu, et l'avant-bras placé en avant de l'extrémité humérale, et j'annonçai immédiatement une luxation en avant, compliquée de fracture de l'olécrâne; je trouvai également au bout du doigt, sur la face antérieure du bras, à trois travers de doigt au-dessus du coude, une grosse esquille mobile, que son volume, et surtout son éloignement de toute surface osseuse à nu — car elle reposait sur le brachial antérieur, — me faisaient reconnaître pour l'apophyse coronoïde.

Sa position, aussi élevée et aussi rapprochée de la face antérieure du bras, pouvait d'abord paraître étrange, et cependant cette position s'explique tout naturellement par le transport de toute l'extrémité de l'avant-bras sur le bras, et par la flexion de l'avant-bras, qui rapproche cette apophyse de la face antérieure de l'humérus. Encore adhérente par le périoste à son côté externe, elle reprend sa place au pli du coude dans l'extension.

A ma seconde exploration, je constatai, le lendemain, que l'avant-bras n'était pas directement luxé en avant, mais à la fois en avant et en dehors, de façon que l'extrémité tronquée du cubitus correspondait à la racine du condyle, c'est-à-dire à la place qu'aurait occupée le radius dans une luxation directe en avant.

Le samedi soir, 25 septembre, un violent frisson, qui s'est répété le dimanche matin, nous a fait perdre l'espoir de lui conserver son membre, ce symptôme, surtout avec sa violence, annonçant pour nous la pénétration du pus dans le sang, car rien dans l'état du membre ni dans les viscères ne pouvait en rendre compte.

L'amputation est pratiquée le lundi 27, assez haut, au niveau de l'insertion deltoïdienne, par la méthode à lambeaux antérieur et postérieur.

A l'examen anatomique de la pièce, on a trouvé, *dans les parties molles*, de vastes foyers qui s'étendaient depuis le coude jusqu'au tiers inférieur du bras et au tiers supérieur de l'avant-bras, en dedans et en dehors, mais surtout en dedans; ces foyers, recouverts d'une épaisse fausse membrane pultacée, s'étendaient depuis la peau jusqu'aux interstices des muscles, et ils communiquaient avec les os fracturés.

Il y a, effectivement, une fracture de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde, exactement au niveau de la base de l'olécrâne, comme si la double fracture avait eu lieu d'un coup de hache perpendiculairement frappé.

La fracture de l'olécrâne est transversale et siége un peu au-dessous de la partie cartilagineuse, en sorte que toute la cavité est restée appliquée sur la partie sans déplacement en haut. Elle est retenue en position d'abord par son engrenage même, et surtout ensuite par des parties molles, d'abord en procédant de la superficie à la profondeur; par l'aponévrose, qui se fixe d'une part à la partie postérieure de l'olécrâne, et d'autre part à l'épitrochlée et à l'épicondyle, et en dedans par le ligament très fort de l'olécrâne, entre l'insertion du triceps et sa portion cartilagineuse d'une part, et de l'autre à l'épitrochlée immédiatement en avant du nerf cubi-

---

Feuilleton.

ÉTUDES DES RACES HUMAINES (1),

(MÉTHODE NATURELLE D'ETHNOLOGIE),

Par M. le docteur Michel-Hyacinthe DESCHAMPS, ancien aide naturaliste au Muséum, etc.

L'ethnologie, pour s'élever à la hauteur des sciences exactes, dit M. le docteur Deschamps, doit reposer sur des preuves matérielles. Tout système, fruit de l'imagination, toute théorie purement idéale et spéculative, sont des artifices de l'intelligence qui ne résistent pas à la puissance des faits bien rapportés. Une classification quelconque, en dehors de la structure, quelles que soient d'ailleurs la force, la grandeur et la sagesse des vues de l'ensemble, croule par sa base.

La classification que M. le docteur Deschamps présente au public et qu'il a soumise à la sanction de l'Académie de médecine dans la séance du 22 septembre 1857, est, à son dire, le premier essai de la méthode naturelle, individuelle, appliquée à l'anthropologie.

L'ethnologie, selon l'auteur, repose sur deux ordres de preuves : les unes, puisées dans la structure comparée des races humaines, sont les caractères organiques ou l'organographie ethnologique, offrant trois subdivisions : 1° les caractères physiques ou superficiels; 2° les caractères anatomiques ou profonds, organiques par excellence; 3° les caractères d'anatomie pathologique, eu égard aux monstruosités; — les autres preuves relèvent des fonctions des grands appareils et composent les caractères physiologiques ou la physiologie ethnologique.

Restait à trouver une base en fonction de laquelle pût être ordonnée une classification; M. Deschamps l'a trouvée dans la peau et particulièrement dans le pigment.

« Le tégument, dit-il, est la base principale ou la caractéristique des êtres organisés : creusé en canal intérieur, en cavité digestive, il constitue l'animal et l'homme : transformé dans ses éléments et privé du tube intestinal, il devient le végétal. De sa *forme, variée à l'infini, dérivent tous les moules organiques, c'est-à-dire toutes les espèces; de ses métamorphoses* proviennent les *variétés* ou les *races*. Enlevez le tégument, l'écorché ne paraît plus le même individu..... Le tégument n'est pas une simple esquisse, c'est le portrait fidèle des être organisés. Conservez la peau humaine dans sa forme et vous conserverez l'homme. Modelé par la nature, le tégument représente à la fois l'être, et la preuve directe de l'espèce. La charpente osseuse ne montre que la forme secondaire, subordonnée, la contre-épreuve ou l'épreuve indirecte, etc. »

Partant de ces idées, l'auteur dresse un tableau synoptique de classification de l'homme physique, dans lequel il définit ainsi l'espèce : « *L'espèce, unité scientifique* est la *forme* tégumentaire généralisée, le *moule organique* des êtres; » dans lequel il définit les *types* : « *Autant de formes héréditaires du squelette, en concordance* avec l'un des *pigments*, autant de *types* humains. Il y a cinq types, l'Européen, l'Africain, l'Asiatique, l'Arabe et l'Américain; » juste autant que de races et autant que de pigments différents. Les sous-races et les sous-types se forment des combinaisons du pigment avec le type osseux.

Nous exposons la méthode de M. Deschamps, autant que nous avons cru la comprendre, et nous nous garderons de la juger, quant au fond, d'abord parce que nous ne sommes pas sûr de l'avoir exactement comprise, et, aussi, parce que l'Académie ayant nommé une commission composée de MM. Bérard, Bouvier et Baillarger, pour examiner le mémoire de M. Deschamps, l'UNION MÉDICALE ne peut manquer de faire connaître le rapport de ces messieurs, quand il sera lu en séance.

Nous pouvons dire, dès à présent, que l'ouvrage de M. Deschamps nous paraît une monographie complète sur la question des races humaines. L'auteur y expose et y discute les uns après les autres tous les systèmes qui se sont produits dans la science à ce sujet, et, de plus, il en trace l'historique et en donne la raison d'être en quelques mots, presque toujours pittoresques. Enfin, du commencement à la fin de son travail, on sent chez l'auteur un esprit élevé et un cœur généreux.

A côté de ces mérites, le livre a des taches. Nous prendrons la liberté de les signaler en partie à l'auteur, afin qu'il les fasse disparaître. Cela lui sera facile. M. Deschamps pèche en général par abondance, et il n'aurait qu'à effacer quelques expressions et à retrancher certains passages pour que son livre gagnât beaucoup.

« L'exposition des découvertes se trouve en général dans les monographies; plus elles sont courtes, dit-il (page 24), et plus il y a de chances d'y trouver des idées neuves... » J'ajoute : il ne suffit pas que les monographies soient courtes, il faut encore que les idées neuves qu'elles renferment se présentent facilement et, comme d'elles-mêmes au lecteur qui les cherche.

Dans l'ouvrage de M. Deschamps, la partie critique est très clairement traitée; la partie dogmatique manque d'ordre et de fermeté; elle est un peu obscure. Les idées de tout le monde y sont parfaitement exposées, excepté les siennes; c'est pousser trop loin la modestie et le désintéressement. Nous engageons l'auteur à mettre les découvertes qui lui sont propres — et elles sont importantes — plus en évidence, plus en vedette, comme on dit en jargon de théâtre; à les grouper, au lieu de les disséminer, ainsi qu'il a fait, et à les répéter à la fin de son livre, sous forme de conclusions. C'est à elles à venir trouver le lecteur, non à celui-ci à leur courir après et à s'impatienter de ne pas savoir toujours où mettre la main dessus.

M. Deschamps ne se contente pas d'être un savant d'une érudition immense, il est encore un homme de beaucoup d'imagination, et l'on s'en aperçoit à l'indocilité de sa plume qui l'emporte malgré lui.

Chaque mot éveille en son esprit une foule d'images, de souvenirs ou d'idées nouvelles, et il ne peut résister à la tentation de s'y laisser aller; il s'échappe sans cesse par la tangente. Nulle part ce penchant n'est plus sensible que dans les premières pages de son livre où, ayant à faire l'historique des naturalistes ou des philosophes qui l'ont précédé dans la voie de l'ethnologie, les noms propres se présentent à chaque page. Chacun de ces noms, où qu'il se trouve placé, est suivi d'une espèce de notice biographique, quelquefois anecdotique, et d'une appréciation de l'influence que le savant dont parle l'auteur a exercée dans la science. A cette manière, la curiosité du lecteur trouve son compte, mais le fil de la démonstration s'embrouille et l'enchaînement logique des idées est rompu.

(1) Brochure in-8° de 144 pages, Paris, 1857, Leiber et Comelin, libraires.

tal, et en dehors par un ligament affectant la même disposition, mais beaucoup moins épais. Il faut ajouter que le ligament est uni à l'aponévrose comme celui du côté opposé, et comme cette aponévrose joint aussi le tendon du triceps aux origines des muscles de l'avant-bras, on comprend qu'en disant au malade de roidir son membre, le fragment olécrânien se trouve immobilisé, comme nous l'avons vu chez un autre malade. Le cul-de-sac articulaire supérieur étant intact, il est impossible d'élever l'olécrâne plus qu'à l'état normal.

L'*apophyse coronoïde* est séparée de la face antérieure du cubitus parallèlement à cette face, comme si elle n'en était que décollée; elle est en même temps renversée en dehors, sa partie interne étant devenue antérieure. Une simple extension avec une traction légère auraient opéré la réduction de la luxation, qui se reproduisait avec la même facilité.

Les *muscles épitrochléens* n'existent presque plus, détruits qu'ils ont été par la violence extérieure et par la suppuration; ils ne sont plus représentés que par un petit cordon du volume d'une plume à écrire, qui cède au moindre effort. Le *muscle cubital*, enveloppé d'une fausse membrane inflammatoire, formait presque le seul moyen d'union des os de ce côté, car il ne reste plus une trace de ligaments. En dehors, les muscles étaient restés en grande partie intacts, mais plus de ligaments. Aussi la luxation se reproduisait-elle aussi facilement qu'elle se réduisait.

Les *cartilages articulaires* manquent dans l'étendue d'un centimètre sur la poulie humérale à son côté interne.

Nous terminerons par une remarque : on pourrait s'étonner que l'étendue et la facilité des mouvements passifs de l'avant-bras n'aient pas mis tout d'abord sur la voie de la luxation; mais c'est précisément le degré de cette mobilité qui, avec l'absence de la crépitation, pouvait le mieux écarter cette idée, car la flexion et l'extension, conservées à ce point, faisaient plus naturellement supposer que l'articulation était intacte.

Enfin, on notera que les lésions du squelette étaient l'effet d'une cause directe.

— M. Richet : Les cas de luxation du coude ne sont pas communs; j'en ai déjà publié une observation. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer un deuxième exemple.

Un homme tombe du haut d'un omnibus; il présente une luxation du fémur et une luxation du coude.

La première fut facilement réduite.

Quant à l'autre, elle se compliquait de la fracture de l'olécrâne. Cette apophyse avait été violemment séparée comme avec une hache. La violence avait été telle, que la peau avait été déchirée, et que, par cette plaie, le doigt pénétrait facilement dans l'articulation. La luxation était complète, et, comme l'a indiqué M. Morel dans l'observation qu'il nous a communiquée, on réduisait avec une extrême facilité, mais la luxation se reproduisait immédiatement.

En présence de si graves lésions, je voulus, si je devais sauver le membre, le maintenir dans une position qui pût le rendre utile au malade. Je réduisis et plaçai l'avant-bras dans la flexion à angle droit sur le bras; il y eut suppuration, et le malade guérit avec ankylose. Il se sert bien de son bras.

ALIMENTATION IODÉE.

OBSERVATION DE SCROFULES GUÉRIES PAR L'ALIMENTATION IODÉE.

M. Lebert, chirurgien de l'hôpital de Nogent-le-Rotrou, vient de nous adresser une observation pleine d'intérêt, à l'appui de l'alimentation iodée, proposée par M. Boinet dans les affections scrofuleuses et autres. Il s'agit d'un malade dont l'affection scrofuleuse avait résisté pendant cinq ou six ans à un grand nombre de traitements, et qui, dans l'espace de huit mois, a été radicalement guéri par l'alimentation iodée. Voici cette observation et les réflexions qui l'accompagnent; elle prouve, en outre, que l'iode, administré suivant les procédés de l'auteur de l'*Iodothérapie*, et pendant longtemps, ne produit pas l'intoxication.

« Après avoir lu l'ouvrage de M. Boinet, ainsi que le mémoire » qu'il vient de présenter à l'Académie sur l'alimentation iodée, » surtout lorsqu'on a quelque habitude de manier les préparations d'iode, on demeure aisément convaincu de la justesse de » ses observations. En effet, la théorie et l'expérience prouvent » également que les maladies chroniques ne cèdent guère qu'à » l'emploi d'une médication lente et graduée, tandis que les médicaments, administrés aux doses ordinaires, échouent le plus » souvent. Alors l'estomac finit bientôt par se fatiguer de leur » présence, au point de ne plus pouvoir les assimiler; aussi combien ne voit-on pas de malheureux enfants qu'on bourre en » quelque sorte d'iode, auxquels on fait prendre des quantités » énormes d'huile de foie de morue ou d'iodure de potassium, et » qui n'en retirent absolument aucun profit, quand il n'en résulte » pas une aggravation de leur maladie? L'observation suivante » prouve, d'une part, l'inefficacité des préparations d'iode, administrées d'après les règles ordinaires et pendant un grand nombre d'années, et, d'autre part, les changements heureux, et » relativement très rapides, qui se sont manifestés sous l'influence » exclusive du *pain iodé*. Pour être juste, je dois dire que c'est » dans l'excellent ouvrage de M. Boinet, *sur l'iodothérapie*, que » j'ai puisé l'idée de cette nouvelle médication, dont les résultats, je le répète, ne laissent rien à désirer, du moins chez mon » malade. »

Observation. — Un jeune homme, âgé de 16 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, et appartenant à une famille dont quelques membres sont morts phthisiques et plusieurs autres ont présenté des symptômes de scrofules, était atteint, depuis son enfance, d'un engorgement des glandes du cou, qui se terminait presque toujours par la suppuration. Lorsqu'une glande commençait à disparaître, il s'en développait aussitôt une autre à côté, de telle sorte que le cou était le siége d'un écoulement d'humeur continuel et de nombreuses cicatrices plus ou moins difformes. En outre, l'inflammation s'était emparée de l'apophyse mastoïde du côté droit, et y avait produit une fistule qui donnait de temps en temps issue à quelques fragments osseux. La santé était d'ailleurs des plus mauvaises, l'appétit très irrégulier, la digestion difficile, la faiblesse très grande et le teint d'une pâleur extrême. Cependant, depuis cinq ou six ans, ce jeune homme avait toujours été soumis à un traitement actif dirigé par divers médecins et par moi-même sans aucun résultat. Les tisanes amères, le sirop antiscorbutique, l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue, les purgations, les vésicatoires et les bains de mer avaient été mis en usage, et l'état du malade était toujours le même. Enfin, guidé par les observations de M. Boinet, j'eus recours, l'hiver dernier, à l'alimentation par le *pain iodé*, tel que le conseille ce médecin, et à l'exclusion de toute autre médication. Dès lors, je ne fus pas longtemps à m'apercevoir, chez mon malade, d'un changement favorable sous tous les rapports, et depuis huit mois qu'il ne mange que de ce pain, il n'est pas reconnaissable. Non seulement il ne se forme plus d'engorgement ni d'abcès au cou, mais encore toutes les plaies fistuleuses restent fermées depuis plusieurs mois, et même les cicatrices sont devenues blanches et aussi régulières que possible. L'état général est très satisfaisant, l'appétit constamment très développé, la digestion parfaite, la figure colorée, l'embonpoint et les forces à l'état normal; en un mot, il s'est opéré chez ce jeune homme, depuis qu'il fait usage du *pain iodé*, une véritable métamorphose que je ne puis attribuer qu'à ce mode de traitement, que je me propose de suspendre pendant quelque temps, pour le continuer ensuite tout l'hiver prochain, afin de mettre le malade à l'abri de toute récidive.

Lebert,
Chirurgien de l'hôpital de Nogent-le-Rotrou.

OPHTHALMOLOGIE.

EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉTHODE D'EXTRACTION DE LA CATARACTE PAR INCISION LINÉAIRE (1);

Par le docteur Doumic.

Critchett et Bowman, *Medical Times et Gazette*, 5 septembre 1857, p. 249, col. 1. — Stœber, *Annales d'oculistique*, 31 juillet 1857.

Le travail de M. Stœber commence par un essai historique de la question, et par un résumé succinct des motifs qui ont déterminé les chirurgiens à pratiquer l'extraction de la cataracte par l'incision linéaire. « Le danger qui accompagne l'incision semi-circulaire de la cornée dans l'opération de la cataracte par extraction a dû frapper tous ceux qui ont recours à cette méthode. En effet, la suppuration du lambeau, l'atrophie de la cornée ou même du globe entier n'arrivent que trop souvent, quel que soit le procédé employé..... Le lambeau supérieur ou latéral n'est pas exempt de cet accident, qui tient sans doute à ce que la moitié de la cornée étant détachée, la nutrition de cette membrane ne se fait plus suffisamment. Il n'en est pas de même des petites incisions linéaires de la cornée, qui guérissent généralement avec la plus grande facilité. »

Puis M. Stœber en vient aux indications de l'opération, qui se bornent, comme nous l'avons déjà dit, aux cataractes molles et aux cataractes liquides. Les caractères différentiels des diverses espèces de cataractes sont tracés tout au long dans les traités classiques d'ophthalmologie, nous n'insisterons donc pas sur ce point et nous passerons de suite aux observations de M. Stœber, puis nous apprécierons.

« Obs. I. — *Cataracte et diabète; extraction par incision linéaire; succès.* — Rosalie Seltz, 23 ans, diabétique depuis plusieurs mois.

» Les yeux sont bien conformés extérieurement; les iris sont bleus, poussés en avant, et se contractent lentement. Cristallins opaques, volumineux, présentant tous les caractères des cataractes molles.

» Le 21 février, la pupille droite ayant été fortement dilatée, je procède à l'opération ainsi qu'il suit :

» La malade étant couchée sur un lit, les paupières écartées par un aide, je fixai l'œil à sa partie interne, au moyen d'une pince tenue de la main droite, et j'enfonçai de la main gauche un kératotome à travers la cornée, jusque dans la capsule du cristallin.

» La ponction est faite du côté externe de la cornée, un peu en dedans de la partie qui correspond au bord pupillaire de l'iris; le tranchant du couteau est dirigé vers en bas.

» La lame ayant pénétré assez avant pour ouvrir la capsule et faire à la cornée une incision de 7 à 8 millim., fut retirée. L'humeur aqueuse et une petite quantité de matière cristalline s'échappèrent immédiatement. Je saisis ensuite la curette de Daviel, je pressai légèrement sur la sclérotique à sa jonction avec le bord externe de la cornée, de manière à entr'ouvrir les lèvres de la plaie, et nous vîmes immédiatement la matière cristalline s'échapper par la plaie sous forme d'une gelée molle et la pupille devenir complétement nette.

» Il ne se présenta aucun signe d'irritation, et, quelques jours après, la malade était parfaitement guérie. »

« Obs. II. — *Cataracte entièrement molle en apparence; erreur de diagnostic; extraction par incision linéaire; demi-succès.* — Jacques Neiss, 27 ans, cultivateur, d'une bonne constitution...... Les pupilles

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 octobre.

Ici le remède est simple; il faut reporter au bas des pages ces hors-d'œuvre qui deviendront alors des notes intéressantes et précieuses; voilà tout. Mais où l'imagination de l'auteur est plus dangereuse et où les caprices de sa plume sont manifestes, c'est quand il tombe en des contradictions aussi singulières que celles-ci, par exemple : « Les agents hygiéniques, écrit-il à la page 61, capables de fournir le degré de stimulation nécessaire à la coloration du tégument, n'ont agi qu'avec une extrême lenteur. Nous contemplons le résultat des siècles dans les variétés humaines, et notre esprit inquiet, indocile et hardi, s'agite, croyant, dans son *fol orgueil*, qu'il lui est donné, pendant la vie éphémère d'un homme, d'assister au spectacle imposant et merveilleux de la coloration d'une race. »

Puis, à la page 64, il écrit : « L'histoire naturelle possède deux méthodes pour remonter à la souche des races, pour découvrir le prototype; l'une est la fécondation continue; l'autre consiste à rendre libre l'animal domestique. Abandonnés à la nature, les animaux perdent la livrée de l'esclavage pour reprendre de nouveau tous les attributs de la liberté, etc. » — Et M. Deschamps, appliquant ces données à l'homme, en tire des conséquences, sans se rappeler que tout à l'heure il trouvait « follement orgueilleux » de vouloir juger les questions de races en dehors de l'action extrêmement lente du temps.

Autre exemple. Dans sa préface, on lit cette remarquable pensée :

« Il faut du courage et une entière liberté pour regarder fixément le vrai, le beau et le juste : l'homme voile tout, dans la crainte d'épouvanter les timides et de déplaire aux forts. On parle hardiment d'Hérodote, auteur profane, on cite humblement Moïse, auteur sacré. »

Ce qui n'empêche pas M. Deschamps d'écrire à la page 58 :

« La liberté de penser est un bienfait immuable de la divinité : la liberté de transmettre ses pensées mérite censure alors que volontairement elle sert à obscurcir et à dissimuler la vérité. Que le génie des grands hommes est petit quand il veut se jouer des vérités éternelles! La Bruyère a caractérisé les esprits rétifs et superbes en ces termes : Les esprits forts savent-ils qu'on les appelle ainsi par ironie? »

Sans vouloir relever les nombreuses pétitions de principes dont fourmille ce court passage, je demanderai à M. Deschamps s'il connaît ethnologiquement une race, une sous-race, un sous-type, une fraction quelconque de la famille humaine qui ne se croie pas en possession des vérités éternelles? A quoi donc, en pratique, se réduirait la liberté de penser si elle mérite censure pour « obscurcir volontairement » ces vérités — différentes les unes des autres, au moins par quelques points.

Je lisais dernièrement une thèse soutenue en Sorbonne, il y a plus d'un siècle, par un docteur en théologie. Cette thèse traitait aussi de la liberté de penser. L'auteur envisageait d'abord cette question de liberté dans le sens du droit et il se prononçait catégoriquement, énergiquement pour elle : La liberté de penser était un droit imprescriptible (il aurait pu ajouter : insaisissable) et aucune puissance humaine ne pouvait légitimement y mettre obstacle (à la pensée? ou à sa manifestation?); puis, changeant de sérié logique, sans crier gare, il examinait cette même question au point de vue subjectif, au point de vue de son exercice intime et se demandait en quoi consistait précisément la liberté de penser. Évidemment, disait-il, je ne suis pas libre de penser que deux et deux ne font pas quatre. Mais, continuait-il, les vérités révélées sont aussi certaines que la proposition : deux et deux font quatre, donc je ne suis pas libre de penser que les vérités religieuses ne sont pas vraies.

Pour mon compte, il m'est impossible de penser que M. Deschamps en soit encore là.

Quant à la demande de Labruyère, je crois pouvoir lui répondre que les esprits forts savent qu'on les appelle ainsi par ironie, absolument comme les esprits faibles savent qu'on les appelle *ainsi* sans ironie. Mais que prouvent les épigrammes et les lazzis?

Quelquefois la contradiction existe entre deux phrases qui se touchent, quelquefois entre les membres de la même phrase. M. Deschamps dit, page 56, en parlant de l'homme (*homo sapiens*) : « la partie corporelle, *entièrement distincte de la partie spirituelle de l'être*, nous arrive par le secours des sensations. Le *mélange de l'esprit et du corps qui se révèle à la simple vue* est le plus prodigieux mystère de la création humaine.

« Comment se fait l'union de l'âme avec la matière? l'homme l'ignore, et cependant c'est l'homme lui-même. »

Nous n'avons pas retranché un mot, et nous n'avons pas changé un mot de place. Nous laissons le lecteur s'en tirer comme il pourra. Deux lignes plus bas, l'auteur ajoute : « L'*évidence* de notre *double nature* est un motif suffisant et plausible pour former deux divisions de la méthode nouvelle, etc. »

Et onze lignes plus loin encore, il dit : « La duplicité de l'homme n'est pas d'ailleurs généralement reconnue... »

Comment, demanderons-nous, une chose *évidente* et qui se *révèle à la simple vue*, peut-elle n'être pas généralement reconnue? Ou comment peut-on tenir compte de l'opinion de ceux qui s'obstinent à ne pas reconnaître des choses évidentes, etc.?

Une dernière remarque. L'auteur cite, à la page 12, cette réflexion de Voltaire : « Si l'on ne s'étonne pas qu'il y ait des mouches en Amérique, c'est une stupidité de s'étonner qu'il y ait des hommes. » Et il ajoute : « Un trait d'esprit ne tient pas lieu du fait en histoire naturelle; une saillie heureuse ne remplace pas la vérité. » Sans doute, mais une raison ne perd pas non plus toute valeur, par cela seul qu'elle est spirituelle.

Nous avons dit, en commençant cette analyse, que nous tenions M. Deschamps pour un cœur généreux et un esprit élevé; le lecteur, à la vue de nos critiques, nous reprochera-t-il de tomber dans une de ces contradictions que nous signalons avec tant de complaisance chez l'auteur? Nous espérons que non; nous espérons même que M. Deschamps nous pardonnera la forme de nos observations. C'est parce que nous croyons que son livre a de la valeur que nous nous emportons contre ce qui le dépare à nos yeux. M. Deschamps aurait pu ne pas aborder certaines questions et il aurait bien fait; ces questions sont redoutables, et la hauteur à laquelle elles emportent l'esprit donne infailliblement le vertige; les aigles mêmes y perdent la tête, et les critiques que nous adressons à M. Deschamps n'ont d'autre but que de le prouver.

Dr Maximin Leggand.

ayant été dilatées, on aperçoit à l'œil gauche une cataracte corticale commençante, formée de rayons nacrés convergents. A droite, la cataracte est complète, volumineuse, occupe toute l'étendue du cristallin, présente une opacité inégale, nuageuse, sans aucune trace de noyau jaunâtre ou d'une nuance uniforme plus foncée; la vue est réduite, à cet œil, à la perception du jour.

» Je diagnostiquai une cataracte molle, et je résolus de faire de nouveau l'extraction par incision linéaire.

» L'opération fut pratiquée le 4 mars : le procédé employé fut complétement identique à celui mis en pratique sur la première malade.

» Immédiatement après que j'eus retiré le kératotome, l'humeur aqueuse s'écoula, suivie d'une petite quantité de matière cristalline : une légère pression faite avec la curette fit bâiller les lèvres de la plaie et donna issue à une nouvelle portion de matière cristalline; mais il restait derrière la pupille une cataracte que quelques nouvelles pressions ne parvinrent pas à déloger.

» Je restai convaincu que je m'étais trompé dans mon diagnostic, que la masse corticale seule avait été ramollie et que le noyau du cristallin était trop consistant pour pouvoir s'échapper par la petite plaie de la capsule et de la cornée. J'étais du reste assez rassuré, car ce noyau ne pouvait être volumineux et ne présentait pas les caractères d'une consistance très grande. Il devait donc s'absorber facilement. Je fermai l'œil au moyen de bandelettes de taffetas gommé et je fis faire des fomentations d'eau froide.

» Le lendemain, en examinant l'œil, je trouvai le noyau dans la chambre antérieure. L'ouverture de la capsule s'était sans doute agrandie et le cristallin l'avait franchie, peut-être par suite de quelques contractions des muscles de l'œil. La pupille était rétrécie et le cristallin la cachait, car son bord supérieur arrivait jusqu'au bord pupillaire supérieur. Aucun symptôme d'irritation n'existait dans l'organe. Le noyau opaque étant peu volumineux, je ne jugeai pas nécessaire de l'extraire par une nouvelle opération. Je l'abandonnai à l'absorption.

» Le 7 mars, l'œil est un peu injecté, sans douleur. Je prescris une saignée et 10 centigrammes de calomel et de magnésie trois fois par jour pendant plusieurs jours.

» Le malade s'étant exposé imprudemment à l'air humide, a été atteint à deux reprises d'inflammation oculaire combattue par les sangsues, le calomel, et les instillations de belladone.

» Enfin le 14 avril, jour de la sortie du malade, il n'y a plus trace d'inflammation, il reste un petit noyau de la cataracte à la partie la plus déclive de la chambre antérieure. La pupille est libre, sans irrégularité. Derrière cette ouverture on aperçoit une cataracte secondaire occupant une partie du champ pupillaire; une autre partie est nette.

Le 15 novembre, Neiss revient me voir. Il ne reste plus de trace du cristallin; la cataracte secondaire n'a pas fait de progrès. Une partie du champ pupillaire est libre. Le malade y voit assez pour travailler dans les champs sans lunettes; mais il ne parvient pas à lire même avec les numéros 2 1/2 et 2. »

« Obs. III. — *Cataracte molle aux deux yeux; extraction linéaire; cataracte secondaire.* — Louis Pfieter, 24 ans, d'une constitution faible, lymphatique. La vue s'est troublée aux deux yeux depuis dix-huit mois, aujourd'hui il ne peut plus se guider.

» Les yeux sont bien conformés extérieurement; les iris, bleus, sont modérément mobiles; leur bord pupillaire est libre. Derrière la pupille, et appliqués contre la face postérieure de l'iris se trouvent les cristallins, volumineux, opaques, d'un blanc grisâtre, nuageux; leur aspect fait diagnostiquer une cataracte molle.

» Le 29 juin, je pratiquai aux deux yeux l'extraction linéaire en faisant avec un kératotome une ponction comprenant la cornée et la capsule cristalline. La matière cristalline sort assez facilement d'abord; à la fin, je suis obligé d'exercer une légère pression sur le globe de l'œil, du côté opposé à l'incision, ainsi que le conseille M. de Græfe. Il reste néanmoins dans chaque œil une petite portion opaque; à l'œil gauche, elle se trouve à la partie inférieure et paraît consister dans la matière cristalline; je l'abandonne à l'absorption, le reste de la pupille étant parfaitement limpide. A l'œil droit, la portion opaque siége à la partie supérieure et moyenne; je cherche à l'attirer au dehors avec la cuillère de Daviel; n'y réussissant, je ferme l'œil, dans l'espoir de voir cette portion opaque disparaître par l'absorption.

» Aucun accident inflammatoire ne survint à la suite de cette opération. Le troisième jour, la portion opaque à l'œil gauche s'était élevée dans la pupille; le cinquième, elle était tombée dans la chambre antérieure, et, deux jours après, elle avait disparu. La pupille paraît nette à première vue, mais, en l'observant avec soin, on y remarque un léger trouble, et, lorsqu'on l'examine avec une forte loupe, on distingue très bien l'incision faite à la capsule : les deux lèvres de cette plaie sont écartées l'une de l'autre de 1 à 2 millimètres : cet intervalle est parfaitement net, mais les lèvres de la plaie sont opaques et se présentent sous l'aspect de deux barres très minces et parallèles.

» Le reste de la capsule présente également quelques opacités visibles à la loupe. Le malade reconnaît les personnes sans lunettes, et avec le n° 5 bi-convexe, il distingue de loin; avec le n° 2 1/2 il peut compter les lignes et voir les lettres; mais comme il n'a jamais bien su lire, il est difficile d'apprécier quelle est l'acuité de sa vue sous ce rapport.

» A l'œil droit, le corps opaque que j'avais laissé dans la pupille est resté au même point; il n'a pas diminué et il occupe la partie supérieure externe de la pupille; la partie inférieure et interne de cette ouverture est libre, et cet espace noir augmente lorsqu'on instille de l'atropine. Examiné avec la loupe, ce corps opaque paraît être une fausse membrane appliquée à la capsule du cristallin; on n'y découvre aucune trace d'incision, et cependant le kératotome a pénétré dans cette région et a traversé cette portion opaque. La vue est moins bonne qu'à l'autre œil; le malade pourrait, toutefois, se conduire avec l'œil gauche : il est, d'ailleurs, satisfait de sa vue et rentre chez lui le 17 juillet. »

De ces trois observations, M. Stœber conclut que l'extraction des cataractes molles par incision linéaire est une excellente opération, par la rapidité de son exécution, la netteté immédiate du résultat, l'innocuité de la lésion. Il a un peu modifié le manuel opératoire de M. de Græfe, qui fait l'incision cornéenne de 2 à 3 lignes avec un couteau de Beer, puis la kystotomie, puis, enfin, l'extraction de la cataracte soit avec la curette, soit en pressant légèrement le globe : M. Stœber fait la ponction de la cornée et de la capsule du même coup; cette modification est, du reste, peu importante.

A propos de la seconde observation, M. Stœber fait, avec une dignité qui convient au vrai savant, l'aveu de son erreur de diagnostic; il est vrai de dire aussi qu'il est souvent fort difficile de s'assurer de la consistance du noyau, et c'est là, je crois, une des causes qui nuiront le plus à la vulgarisation de ce procédé, le chirurgien ayant à craindre de rencontrer un noyau un peu volumineux et non ramolli. D'après le professeur de Strasbourg, une petite portion de substance cristallinienne peut être abandonnée à l'absorption, tandis qu'il faut extraire immédiatement toute portion de capsule opaque.

Enfin, M. Stœber remarque que « la capsule cristalline, quoique ne se troublant pas lorsqu'elle est blessée, devient cependant opaque (soit par elle-même, soit par les exsudations dont elle se couvre) dans certains cas, et constitue une cataracte secondaire. » L'extraction linéaire partage, quant à cet accident, le sort des autres procédés opératoires de la cataracte.

Avant tout, je veux dire quelques mots de la statistique, et montrer combien elle expose à des mécomptes lorsqu'elle n'est pas fondée sur une large base, lorsqu'elle ne s'appuie pas sur un nombre imposant de faits. Que conclure des deux observations données par le *Medical Times*, dont l'une dit en trois mots que l'opération a réussi? Je n'y vois qu'une chose, c'est que l'extraction des cataractes molles par l'incision linéaire *peut* réussir *quelquefois*. M. Stœber, de son côté, cite trois opérations (en tout quatre yeux), ce n'est pas là un chiffre suffisant pour vanter une opération en termes pompeux, et il y aurait de l'imprudence à conclure immédiatement à l'excellence du procédé. Et d'ailleurs, quels sont les résultats obtenus? Sur quatre yeux opérés, nous ne comptons qu'un succès réel; dans les trois autres cas, le succès est très incomplet, il y a une cataracte secondaire; j'avoue humblement que, d'après ce résultat, je ne peux me décider à préférer l'extraction linéaire à l'extraction par le lambeau supérieur, dont tout le monde connaît les avantages; un relevé de 1,026 opérations pratiquées par cette dernière méthode a donné 79 succès complets pour 100 (1); ce chiffre est assez imposant pour qu'on puisse y ajouter foi; peut-être l'extraction linéaire, mieux étudiée, arrivera-t-elle à une semblable proportion de succès; mais je crois que, jusqu'à présent, cela n'est pas démontré.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) *Archives d'ophthalmologie*, mai 1855.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

Nouveau traitement de l'ophthalmie purulente; par M. de Condé. — M. de Condé pense que le plus grand danger, dans les ophthalmies purulentes provient du contact de la paupière supérieure tuméfiée, enflammée, et versant des flots d'un pus âcre et corrosif sur la surface de l'œil. Pour empêcher les mauvais effets qui en résultent pour la cornée, il a recours à un moyen qui a fait ses preuves dans des affections analogues, telles que la vaginite, la balano-posthite, etc.; il isole et sépare les tissus enflammés en introduisant de la ouate sous la paupière supérieure; la ouate, en outre, absorbe le pus et n'a pas d'action irritante sur l'œil. On imbibe la mèche d'acétate de plomb ou d'huile de foie de morue si la cornée présentait des traces de ramollissement, et on la renouvelle toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'accidents à craindre. M. de Condé ne repousse aucunement les émissions sanguines, s'il y a lieu, la cautérisation au nitrate d'argent, les lavages par injection, etc. Mais il s'est convaincu qu'ils ont beaucoup plus d'efficacité quand on les combine au moyen qu'il propose et qui lui a paru diminuer les accidents inflammatoires et abréger d'une manière notable la durée de la maladie. — (*Archives belges de méd. milit*, et *Gaz. méd. de Lyon*).

Opération césarienne pratiquée après vingt-deux mois de grossesse. — Une femme était entrée depuis quelques mois à l'hôpital (Clinique spéciale des femmes de la Faculté de Madrid), avec un développement considérable et uniforme du ventre. Elle se sentait enceinte depuis vingt-deux mois et avait éprouvé à la fin du neuvième les phénomènes préliminaires de la parturition, mais sans autre résultat qu'un écoulement de sang. A l'hôpital, on pensa d'abord qu'il s'agissait d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus. Mais on reconnut plus tard, dans la matière fétide du flux utérin, des parties osseuses, telles que des phalanges, des portions de vertèbres. De plus « la partie supérieure de la tumeur abdominale communiquait avec l'ombilic par un trajet fistuleux, d'où la pression faisait sortir des bulles de gaz excessivement fétides mêlées à un pus clair et puant. » En raison de ces signes et de l'état général de la malade, état qui allait en s'aggravant de plus en plus, il devenait urgent de débarrasser la matrice. C'est ce qu'on essaya de faire au moyen de l'éponge préparée introduite dans le col de l'utérus. Mais celui-ci était induré, comme cartilagineux, et on ne put rien obtenir. Il ne restait plus qu'à opter entre l'opération césarienne et l'incision multiple du col. On se décida pour la première, et elle fut pratiquée par le docteur Alonzo y Rubio, en présence des professeurs de clinique de la Faculté. A peine l'incision avait-elle pénétré dans l'utérus qu'il s'en échappa des gaz d'une fétidité extrême. On retira un grand nombre de pièces de squelette dégarnies de leurs parties molles, principalement des os des extrémités et de ceux de la tête. Les autres parties du squelette, appartenant au cou ou au tronc, étaient recouvertes d'une pulpe charnue en état de dissolution putride. Plusieurs injections émollientes furent faites dans la cavité utérine, dont la surface interne était ramollie et présentait çà et là des points en suppuration. Un fil fut passé par le col et la vulve, pour servir de conducteur aux liquides utérins, et la plaie réunie au moyen de bandelettes. La malade a-t-elle guéri? C'est ce que malheureusement l'observation ne dit pas. — (*La Iberia medica* et *Revue de thérapeutique médico-chir.*, 1er septembre 1858.)

Méthode curative de la goutte; par M. Belli. — Depuis nombre d'années, M. Belli emploie la formule suivante chez les goutteux :

Sulfate de magnésie	30 à 40 grammes.
Nitrate de potasse	1 gram. 20 centig.
Sulfate de fer	7 à 8 centig.
Eau commune	750 grammes.

Il administre ce purgatif de quinzaine en quinzaine, ou bien dès les premiers troubles qui annoncent la manifestation goutteuse, et pendant deux ou trois jours ou plus, suivant la constitution des malades, en laissant un jour d'intervalle, pour les sujets débiles, entre chaque purgatif. Le mode d'administration consiste à faire prendre le médicament en quatre doses, de demi-heure en demi-heure, et accompagné de quelques tasses de bouillon gras, léger, ou bien d'une infusion de mauve, de thé, de camomille. M. Belli affirme que ce traitement a constamment réussi entre ses mains.

Il recommande encore comme un excellent auxiliaire l'emploi habituel, pendant la plus grande partie ou même la totalité de l'année, de trois onces de suc de chicorée sauvage pris à jeun, ou d'une décoction équivalente de racine de la même plante, édulcorés l'un ou l'autre par une once de sirop de petite fraise des bois. — (*Gazette méd. de Toscane* et *Union médicale de la Gironde*.)

Du traitement consécutif a la trachéotomie. — M. Trousseau attache une grande importance à la manière de traiter l'opéré. « Une trachéotomie mal faite et bien traitée, dit-il, guérit dans un tiers des cas; tandis qu'une trachéotomie bien faite et mal traitée est invariablement suivie de mort. » Le traitement se compose de précautions très simples, mais indispensables :

1° En mettant par-dessus la charpie enduite de cérat qui recouvre la plaie, une rondelle de taffetas ciré, percée au milieu d'un trou suffisant pour laisser passer la canule, on évite que les oreilles de celle-ci ne blessent la plaie.

2° Aussitôt après l'opération, M. Trousseau place autour du cou de l'enfant une cravate en laine tricotée, demi-serrée, et faisant deux ou trois fois le tour du cou. Cette cravate s'échauffe et se charge d'humidité par le contact de la peau et surtout par le passage de l'air expiré, et elle donne, par suite, à l'air inspiré, la somme de chaleur et d'humidité qui lui est indispensable pour ne pas dessécher le mucus dans la canule et dans la trachée, ce qui nécessite un écouvillonnement très pénible, pour ne pas irriter la trachée-artère qui s'enflammerait et prendrait sa part de diphthérie.

4° Il est très important de cautériser les bords de la solution de continuité, pour qu'ils ne se recouvrent pas de couenne diphthéritique. La cautérisation, dit M. Trousseau, est plus indispensable encore que la cravate; faites-la brutalement avec le nitrate d'argent; crayonnez jusqu'au fond de la plaie, et cela le lendemain au plus tard. Vers le quatrième jour, elle se détergera, et la surface vous apparaîtra nette et rosée.

5° Il faut que l'enfant mange, et souvent il s'y refuse obstinément. Il ne faut jamais céder sur ce point; mais, malgré la fièvre, prescrire du lait, de petits potages, des jaunes d'œufs, du chocolat, des crèmes, quoi que ce soit enfin, pourvu que l'opéré se nourrisse. Les enfants éprouvent une grande difficulté dans la déglutition; ils avalent de travers, et de là une toux pénible, de la douleur, le dégoût des aliments et la mort par inanition, que la sonde œsophagienne ne fait que reculer. M. Archambault avait imaginé de fermer la canule au moment où on fait boire le malade. Cette méthode n'a pu réussir dans les mains de M. Trousseau. Le meilleur moyen consiste à enlever le plus tôt possible la canule, ce qui rend la déglutition de plus en plus facile. Un autre moyen, c'est de remplacer les aliments tout à fait liquides par un potage filandreux, au vermicelle non émietté ou au macaroni, qui se prennent avec la fourchette. Ces substances arrivent sans obstacle dans l'estomac, et on a pu, par ce petit moyen, rappeler à la vie des enfants mourant de faim avec une nourriture liquide.

6° A quel moment faut-il enlever la canule? Dans l'angine diphthéritique, c'est habituellement du sixième au neuvième jour, quelquefois dès le quatrième et rarement après le onzième. Mais il est des cas où il faut la laisser des mois, des années même. Généralement on essaie au bout de trois jours si l'air passe par le larynx.

7° Proscription complète du vésicatoire dans la diphthérie, parce qu'il se charge de fausses membranes, et n'est qu'une complication de plus. Lorsque par malheur il y en a déjà, il faut intervenir avec une médication cathérétique, crayonner le derme deux ou trois par jour. Encore un bon moyen, c'est de panser avec du cérat calomélisé ou mêlé à de la ratanhia, ou encore de saupoudrer avec du sucre et du calomel. Seulement, il faut prendre garde à la salivation. S'il y avait sphacèle, M. Trousseau conseille d'avoir recours à une mixture de ratanhia et d'albumine. — (*Gaz. des hôp.* du 19 août 1858.)

Hémorrhagie vulvaire avec fluxion des mamelles et sécrétion lactée chez un nouveau-né. — M. le docteur Jacob, de Courtomer (Oise), rapporte que, deux jours après la naissance d'une petite fille, on lui fit remarquer chez elle un écoulement leucorrhéique qui, dans la journée, devint légèrement roussâtre. Le lendemain matin, l'hémorrhagie vulvaire était déclarée. L'enfant perdit, dans les vingt-quatre heures qui suivirent, la valeur de 2 centimètres cubes de sang. Un examen aussi attentif que possible des organes génitaux ne fit rien découvrir. Mais les seins étaient légèrement engorgés et laissaient écouler quelques gouttes de sérosité lactescente. L'enfant était chétif et pesait 2 kilogrammes au plus à sa naissance.

Au moyen d'une petite seringue à courbe très fine, M. le docteur Jacob pratiqua deux injections par jour avec une eau légèrement chargée d'extrait de saturne, et quelques lotions froides furent pratiquées à l'entrée de la vulve. L'hémorrhagie cessa le quatrième jour après son apparition. La fluxion des mamelles a persisté trois ou quatre jours de plus. — (*Gaz. des hôp.*, 19 août 1858.)

Plaie a la fesse produite par la rupture d'un vase de nuit. — La dame B..., âgée de 40 ans, forte, bien constituée et habituellement bien portante, était assise sur un vase de nuit en terre cuite, lorsque celui-ci se rompit sous l'influence de la pression exercée sur lui, et un des fragments pénétra violemment dans la fesse de Mme B...

M. le docteur L. Saurel, appelé immédiatement, constata l'existence d'une plaie commençant dans la rainure interfessière, à peu près vers

le sommet du coccyx et se portant obliquement en haut et en dehors, en suivant assez bien la direction du bord correspondant du sacrum. Elle était longue de 8 centimètres et profonde de 5 centimètres; seulement, elle se portait obliquement sous les muscles fessiers. La quantité de sang perdu fut peu considérable. Après s'être assuré qu'il n'y avait aucun corps étranger dans la plaie, M. le docteur Saurel en rapprocha les lèvres par quatre points de suture entrecoupée, des bandelettes agglutinatives, etc. Les deux premiers jours, il n'y eut rien de particulier; mais, le troisième, la malade était dans un état d'agitation extrême, se plaignant de douleurs intolérables. La fesse était dure, tendue, légèrement rouge et tuméfiée, et l'on n'y percevait qu'une fluctuation très obscure. Les fils furent coupés, mais la réunion était opérée. Un stylet décolla les lèvres de la plaie vers leur partie moyenne et donna issue à une certaine quantité de sérosité sanguinolente qui s'était amassée dans le fond de la plaie. Une mèche fut introduite dans l'ouverture, la malade fut immédiatement soulagée, et, dès le lendemain, elle allait mieux. Trois jours après, la cicatrisation était complète.

M. Saurel fait remarquer plusieurs particularités intéressantes : d'abord la cause tout à fait insolite de la plaie; sa netteté, sa régularité, qui auraient pu faire croire à une plaie par un instrument tranchant; enfin les phénomènes qui se sont passés le troisième jour et qui auraient certainement amené la formation de pus, si on n'avait décollé les lèvres de la plaie et donné issue à la sérosité.

Le même médecin rapporte l'observation d'une jeune fille de 17 ans, rachitique, présentant à peine le développement d'un enfant de 12 ans, qui se laissa tomber en descendant d'un échelle, un flacon à la main. Celui-ci se brisa, et les éclats occasionnèrent, dans la main gauche, une plaie profonde, par laquelle eut lieu de suite une assez forte hémorrhagie. En une heure, elle perdit près d'un demi-litre de sang et s'évanouit deux fois. La plaie avait 1 centimètre de longueur et autant de profondeur. Il s'en échappait un sang rutilant, par jets saccadés. La compression de l'humérale arrêtait l'hémorrhagie, qui n'était diminuée qu'en partie par la compression de la cubitale, mais qui l'était beaucoup plus par celle de la radiale. En présence des circonstances particulières où se trouvaient la malade, qui, dans ce moment avait ses règles, qui était épuisée par l'énorme perte de sang qu'elle avait éprouvée, considérant qu'il était impossible de trouver les artères lésées dans une aussi petite main, M. Saurel, s'étant assuré qu'il n'y avait point de fragments de verre, se décida à exercer une compression sur la plaie. L'appareil fut maintenu pendant quinze jours et plusieurs fois serré sans être jamais levé. Ce traitement eut un plein succès. — (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 août 1858.)

TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR LE SULFURE DE CHAUX BIBASIQUE ; par M. le docteur MULAGO (de Ferrare).

J'ai obtenu la guérison radicale de la teigne, dit M. Mulagò, dans l'espace de huit minutes environ, en employant le sulfure de chaux bibasique. J'ai essayé ce médicament sur six malades de l'hôpital civil, âgés de 3 à 12 ans; il n'a besoin d'être appliqué qu'une seule fois sur les parties malades; dans deux cas seulement, je me suis vu obligé d'en répéter l'application à quelques jours de distance. Il doit être employé avec une grande circonspection, sous la forme d'une pâte molle et chaude, à l'aide d'un pinceau : il a une action caustique, et, dans le cas de *favus* disséminé, il faut faire bien attention de ne pas en étendre sur les parties du cuir chevelu restées intactes.

Préalablement à l'emploi de ce remède, on doit raser les cheveux le plus exactement possible; on applique ensuite la pâte qui doit être chaude, sous peine de ne produire aucun résultat; on la laisse agir de six à huit minutes, pendant lesquelles les malades ne ressentent aucune douleur; puis, à l'aide de lotions pratiquées avec un autre pinceau imbibé d'eau pure ou de compresses mouillées, on enlève les traces du topique. Le remède dont il s'agit est composé de sulfure de chaux sec et de chaux récemment éteinte et réduite en consistance molle; on unit ces deux substances, et on forme ainsi un sel de chaux à double base. Le mélange de la chaux récemment éteinte avec le sulfure doit être faite à chaud et en peu de temps, avant que le remède soit appliqué, attendu que, comme je l'ai dit, le sulfure se solidifie en se refroidissant. — (*Gazette méd. de Paris.*)

COURRIER.

DERNIÈRES NOUVELLES DE BENGHASI. — L'Intendance sanitaire vient de recevoir les premiers rapports de la commission médicale envoyée à Benghasi. De ces rapports, qui sont à la date du 21 septembre, il résulte que la peste existe toujours à Benghasi, à Derna et à Merdji, mais qu'elle n'a pas été au delà, en sorte qu'Odjla et le reste de la province continuent à être indemnes. A Benghasi, la mortalité était d'un à trois décès par jour, et il n'y avait guère qu'une nouvelle attaque tous les deux jours; le chiffre des attaques n'a pas pu être déterminé pour Derna; la mortalité était d'un décès par jour; à Merdji, enfin, il y avait un décès tous les deux jours et une seule attaque tous les cinq à six jours.

A Benghasi, au moment de l'arrivée de la commission, il y avait à l'hôpital militaire 6 malades sur une garnison de 120 soldats; en ville le nombre des malades était évalué à 100 environ. On n'observait presque plus de pétéchies et les charbons étaient rares; quant aux bubons, ils ne manquaient jamais et finissaient presque toujours par résolution. En somme, l'épidémie existe toujours, mais elle a considérablement perdu de son intensité.

D'après des renseignements fournis à la commission, la peste a pénétré à *Murzuk*, chef-lieu du Fezzan; mais elle n'y aurait pas un grand degré de gravité. Dans le pachalik de Tripoli, la santé publique est toujours satisfaisante. — (*Gazette médicale d'Orient.*)

— Par décret impérial en date du 25 septembre 1858, M. Bardèche, aide-vétérinaire au 3e régiment de hussards, a été nommé à un emploi de vétérinaire au 8e régiment de cuirassiers.

— Par décret impérial en date du 9 octobre 1858, M. Saint-Cyr, vétérinaire, a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— A l'une des séances du Congrès, à Toulouse, M. Castaing lut un *Parallèle entre l'allopathie et l'homœopathie.*

Le premier paragraphe des conclusions commençait en ces termes, que nous transcrivons textuellement :

« Résumant toutes les propositions que nous venons d'émettre dans » ce travail, nous croyons pouvoir soutenir que la médecine officielle est » sans principes, sans foi, ni lois. »

Ce passage ayant paru blessant pour l'assemblée et manquer d'égards et de convenances envers tout le corps médical, le Président invita avec instance l'auteur à le retirer. Sur le refus formel de M. Castaing, la Section passa à l'ordre du jour. — (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Un simple mais touchant souvenir vient d'être donné, sur le théâtre même où il exerça, à la mémoire de sir A. Cooper. Le 29 septembre dernier, une table de marbre de Carrare a été scellée dans le mur de la chapelle de l'hôpital de Guy, portant une inscription où sont rappelés les titres et les services de celui qui put à juste titre « être appelé le premier chirurgien de son époque. »

C'est au nom et par les soins des administrateurs de l'hospice que ce tribut de reconnaissance et d'admiration a été payé à la mémoire du célèbre chirurgien anglais. — (*Gazette méd. de Lyon.*)

— La galerie des reptiles vivants du Jardin-des-Plantes, qui déjà possédait une fort belle collection de boas, dont plusieurs sont nés à la ménagerie, vient de recevoir le plus gros sujet en ce genre qu'on ait encore vu en Europe : il a de vingt-cinq à trente pieds de long, et il est d'une grosseur monstrueuse. Ce terrible ophidien doit être d'une force à broyer un bœuf.

Pendant le jour, tous les reptiles de cette ménagerie restent roulés sur leurs couvertures et ne donnent pas signe de vie; mais, une fois la nuit venue, tous ressuscitent comme par enchantement, les spirales s'allongent, se tordent, glissent le long des cages; les sifflements se font entendre et le serpent à sonnettes fait cliqueter sa queue; c'est le moment où tous ces monstres sont vraiment curieux à voir.

Dans la même galerie, et renfermé dans une caisse ferrée, se trouve un crocodile de sept pieds de long, que naguère encore on faisait voir aux personnes munies de cartes pour visiter l'intérieur; mais, malgré les précautions prises pour ces sortes d'exhibitions, car le gardien ne faisait que d'entr'ouvrir le couvercle, de manière à n'avoir qu'à le laisser tomber quand le terrible saurien faisait mine de vouloir s'élancer de sa prison; malgré ces précautions, disons-nous, on a dû renoncer à le faire voir jusqu'à ce que de nouvelles mesures de sûreté aient été prises pour cela. En effet, il y a quelques jours, le conservateur de la galerie étant, comme à l'ordinaire, en train de le montrer à plusieurs personnes, le prisonnier, d'un coup subit de sa mâchoire, lui happa la manche de son habit; si c'eût été le poignet qu'il lui eût attrappé, il n'en eût fait qu'une bouchée. — (*Patrie.*)

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 125. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 21 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie prépare la solennité de sa séance annuelle ; aussi la bonne moitié de ses réunions ordinaires se passe-t-elle, depuis plusieurs semaines, en comité secret, pour entendre les rapports des commissions de prix. Il était hier à peine quatre heures lorsque la séance publique a été close. M. le docteur Baizeau l'a remplie presque tout entière par la lecture d'un mémoire sur l'héméralopie épidémique. Ce n'est pas après la simple audition de ce travail très étendu, véritable monographie de cette affection singulière, que nous pouvons nous permettre une appréciation quelconque. Nous espérons que cette sérieuse étude ne restera pas ensevelie dans les cartons de l'Académie, et que la commission chargée de l'examiner donnera le bon et trop rare exemple de faire son rapport.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE OBSERVÉE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE, DANS LE SERVICE DE M. PIDOUX (1).

(Août-Décembre 1857.)

Par M. le D[r] L. SILVESTRE, ancien interne des hôpitaux.

SUIVIE

D'UNE NOTE DE M. PIDOUX SUR LA MORT PAR L'INTESTIN.

M. Silvestre a fort bien décrit la mort de nos dysentériques. « Leur fin est digne d'être remarquée, a-t-il dit, ... Au milieu de tout ce désordre, l'intelligence conserve sa netteté ; le malade fait à chaque instant des réponses exactes. ..... Mais il ne se plaint plus. Il est presque froid, sans aucun mouvement; et conservant la position qui lui a été donnée, il s'éteint ainsi peu à peu. Il semble que la mort s'en empare et l'emporte en quelque sorte portion par portion, comme elle ferait d'un végétal dont on voit sécher successivement les diverses parties, les rameaux, puis la tige, puis la racine. »

M. Silvestre se demande ensuite : « Quelle est la cause de la mort? Pourquoi l'absorption n'a-t-elle pas lieu dans les intestins grêles qui souvent ne sont point malades? Si l'absorption a lieu, pourquoi les éléments absorbés ne sont-ils point assimilés? Pourquoi enfin, l'amaigrissement continue-t-il lorsque les autres phénomènes de la maladie ont disparu? Nos théories de la digestion, poursuit-il, sont assurément insuffisantes pour résoudre toutes ces questions. M. Pidoux voit dans cet état l'effet de l'anéantissement de l'influence sympathique du gros intestin sur tout le reste de l'économie, et en particulier sur la nutrition. » —(Numéro du 12 octobre 1858.)

Je vais essayer de répondre aux questions de M. le docteur Silvestre, et de justifier l'opinion qu'il vient d'émettre en mon nom.

On n'est pas habitué à entendre parler de l'influence sympathique d'un viscère sur la nutrition, et, par exemple, de la suppression d'un influx tonique et animateur du tube digestif sur les fonctions végétatives, etc. C'est que nos idées sur les sympathies sont encore toutes basées sur l'anatomie morte; et qu'en dehors des rapports plus physiques que vitaux que cette anatomie établit entre les organes au moyen des cordons nerveux, nous ne concevons guère l'influence d'un viscère sur la nutrition que par les produits qu'il élabore pour elle, et que la circulation lui distribue.

Il n'est pas en physiologie d'erreur plus grave. Elle supprime le *consensus* organique ou la véritable unité de la vie chez l'animal.

On ne trouve pas dans l'économie de fonction qui ne soit générale en même temps que locale; pas d'organe qui ne soit la localisation ou plutôt la centralisation d'éléments et de propriétés organiques partout répandus et actifs partout. Telle est la base du *consensus* organique, la raison de cette unité vitale dont on parle tant, et qu'on n'a fait reposer jusqu'ici que sur un mot. Toute fonction, tout appareil ont donc leurs éléments et leurs propriétés répandus dans toute l'économie, et leur représentation éminente, leur force supérieure ramassées dans une région particulière.

L'anatomie topographique, qui seule jusqu'à ce jour a présidé à la physiologie, place la fonction tout entière dans son organe central; elle n'y peut donc rien comprendre, elle n'y puise que des inspirations de mécanique.

L'anatomie vivante, au contraire, qui assiste à la formation des appareils, et qui, formés, les voit se conserver, se nourrir et même fonctionner par une génération continue, c'est-à-dire, suivant l'ordre et les lois qui ont présidé à leur évolution primitive, l'anatomie vivante voit les divers appareils disséminés et fondus partout, puis centralisés dans un point. Elle ne sépare pas ce qu'a uni la nature.

On admettra volontiers cela pour l'appareil circulatoire et pour le système nerveux — quoique tout en l'admettant, on n'en tire nullement les conséquences physiologiques; — mais, tyrannisé par les principes et par les méthodes de l'anatomie descriptive, on le verra plus difficilement, on le niera même pour l'appareil digestif. On aura tort. Qu'est-ce, en effet, que cet appareil? N'est-il pas l'organe central de la nutrition? l'appareil éminemment représentatif de l'assimilation générale?

De même que la faim, sensation représentative des besoins de la nutrition, a sa cause partout, et son siége, sa concentration sensible vers l'estomac et principalement vers le cardia, de même l'appareil de la nutrition est partout où il y a une lamelle du tissu nourricier ou cellulaire, de ce tissu matriculaire qui est le blastème de l'animal; l'appareil de la nutrition est partout où il y a un réseau lymphatique efférent de ce plasma organisé; mais il a son organe central dans le tube digestif.

Eh bien, ce tissu nourricier, qui s'est appelé muqueux, puis cellulaire, et qu'on nomme maintenant conjonctif, ce tissu, organe élémentaire de la nutrition, est en sympathie directe et immédiate avec son organe central, le tube digestif. Cela est évident chez les animaux inférieurs.

Ehremberg a fait voir des monadaires qui absorbent la matière alibile et la digèrent immédiatement dans des cellules multiples constituant un tissu muqueux ou nourricier qui est tout l'animal. Voilà le tissu homogène et matriculaire faisant office d'appareil

(1) Voir les numéros des 12 et 14 octobre 1858.

Feuilleton.

LE NOUVEL ACTE MÉDICAL D'ANGLETERRE.

Après bien des péripéties, l'acte qui doit régler la pratique de la médecine en Angleterre vient enfin de recevoir la sanction définitive qui en fait une des lois du Royaume-Uni.

Depuis près de dix ans, le public médical réclamait des institutions propres à garantir ses droits et à sauvegarder la santé publique. Des comités avaient été formés dans tous les grands centres de population, des souscriptions avaient été ouvertes et rapidement remplies; mais, si tout le monde était d'accord sur la nécessité d'une réforme, il s'en fallait qu'on s'accordât aussi bien sur le mode de réglementation.

La médecine, laissée aux mains les moins autorisées, était devenue une profession mercantile à peu près dépourvue de contrôle; à côté des membres les plus honorables et les plus justement honorés, s'agitait une foule de praticiens moitié médecins, moitié droguistes, qui avaient fini, de guerre lasse, par conquérir une sorte de droit tacite qu'on n'osait plus leur contester : non seulement ils concouraient à la clientèle, mais ils envahissaient les positions officielles, au grand détriment de la considération médicale.

Sortir de ce désordre était chose difficile.

Le bill voté par les deux chambres de Parlement ne pouvait guère satisfaire toutes les ambitions et remplir tous les *desiderata*; aussi, bien qu'il constitue un immense progrès, a-t-il été accueilli avec quelque froideur. Tel qu'il est, cet acte est, à nos yeux, une si haute amélioration, un si grand pas franchi au milieu d'obstacles presque insurmontables que nous croyons devoir en reproduire les dispositions principales. Nous signalerons en peu de mots les avantages qu'il consacre.

Le bill, qui porte le titre d'*Acte médical* (*the Medical act*), est exécutoire à partir du 1[er] octobre 1858. Pour en diriger l'exécution, il est institué un conseil supérieur, sous le titre de *Conseil général d'éducation et de registration médicales du Royaume-Uni;* des sous-conseils sont établis en Angleterre, en Écosse et en Irlande. Les membres du conseil sont choisis par les corporations et par les Universités désignées dans l'Acte, au nombre de 17 ; 6 sont nommés directement par la reine, après avoir pris l'avis du conseil privé. La durée de leurs fonctions est de six ans, ils sont rééligibles.

Toute personne dûment qualifiée avant le 1[er] janvier 1857 sera inscrite en payant une redevance de 2 livres sterling; toute personne qui recevra ultérieurement les qualifications nécessaires acquittera un droit de 5 livres sterling.

Or, les qualifications requises, et c'est là le point capital de la nouvelle loi, sont les suivantes : être membre ou licencié du Collége royal de médecine de Londres, d'Edimbourg, d'Irlande, du Collége des chirurgiens des mêmes localités, des Sociétés d'apothicaires de Londres et de Dublin; être docteur, bachelier ou licencié d'une Université du Royaume-Uni; sont également réputés admissibles les docteurs en médecine d'une Université étrangère, pratiquant dans le Royaume-Uni avant le 1[er] décembre 1858, et justifiant d'un titre approuvé par le conseil. Il n'est rien spécifié quant aux docteurs étrangers qui voudraient ultérieurement s'établir en Angleterre.

Tout individu pratiquant la médecine en Angleterre avant le 1[er] août 1851 a droit à son inscription, sans être astreint à aucune autre condition.

Le conseil a droit d'exercer sa surveillance dans la mesure où il le juge utile sur le mode d'enseignement et d'examen pratiqué par chacun des corps médicaux autorisés à conférer des grades; ces corps médicaux peuvent s'associer pour la collation des grades avec l'agrément du conseil. Si quelqu'un de ces corps médicaux paraissait ne pas offrir toutes les garanties requises, le conseil en réfère au conseil privé de Sa Majesté, qui peut suspendre ou annuler la prérogative dont jouit la corporation qui a démérité.

L'article suivant (art. XXIII) mérite une attention toute particulière, en ce qu'il cherche à résoudre le problème insoluble et à concilier la liberté avec le privilége. Dans le cas, y est-il dit, où il apparaîtrait au conseil général, qu'un des corps médicaux ayant droit de conférer des grades, fait quelque tentative pour imposer au candidat, qui se présente à l'examen, l'obligation d'adopter ou de rejeter la pratique de quelque théorie particulière de médecine ou de chirurgie, sous peine ou de ne pas être admis à l'examen, ou de ne pas obtenir de certificat, le conseil doit en référer au conseil privé; lequel conseil privé peut enjoindre au corps médical qui a fait ces restrictions de s'abstenir d'une semblable pratique, et, au cas où il ne serait pas tenu compte de cette injonction, supprimer audit corps médical le droit de collation des grades dont il est investi.

Nul ne peut être enregistré s'il ne justifie par des pièces authentiques de sa qualité. Dans le cas de conflit avec le secrétaire, il en est référé au conseil général.

Le registre doit être imprimé chaque année, sous le titre de *The Medical registrar* ; il fait foi devant les cours, tribunaux et justices de paix, que les personnes inscrites l'ont été conformément aux prescriptions du présent acte.

Si quelque praticien enregistré est convaincu de crime ou d'offense, ou si, après due information, il est jugé par le conseil général avoir mené une conduite infamante, sous quelque rapport professionnel, le conseil général peut ordonner sa radiation.

Les articles suivants (de XXX à XXXVII) sont les plus importants; en constituant un code de la pratique médicale ils mettent un terme à la confusion et aux empiétements dont l'honorabilité de la médecine anglaise a eu si longtemps à souffrir.

Toute personne enregistrée a titre pour exercer la médecine ou la chirurgie, suivant sa qualification, dans toutes les possessions de Sa Majesté, et pour réclamer et obtenir devant toute cour de justice les honoraires qui lui sont dus raisonnablement pour toute assistance, avis ou visite professionnels, médicaments, etc. A dater du 1[er] janvier 1859, nul n'a droit de se pourvoir devant une cour de justice pour le paiement de conseils, avis, opérations ou administration de remèdes médicaux ou chirurgicaux, s'il ne justifie de son inscription.

Toute dénomination déjà adoptée pour désigner un membre de la profession médicale légalement autorisé ou usitée à l'avenir dans un acte du Parlement, ne s'appliquera qu'aux personnes inscrites.

L'inscription médicale dispense le médecin du service de la milice, des fonctions de juré ou de tout office paroissial, de district, etc.

A dater du 1[er] janvier 1859, nul, s'il ne justifie de son inscription, n'est admis à aucune fonction médicale, civile ou militaire, ou à délivrer un certificat valable.

L'enregistrement obtenu par des moyens frauduleux entraîne pour son auteur la peine d'un emprisonnement qui ne peut pas excéder une année. Tout individu qui, volontairement et mensongèrement, se prévaut ou fait usage du nom ou titre de médecin, docteur en médecine, licencié, chirurgien, etc., ou tout autre titre impliquant qu'il est enregistré et reconnu comme tel par la loi, sera puni d'une amende qui ne peut dépasser 20 livres sterling.

Les clauses qui suivent sont d'un intérêt tout local ou ont pour objet des dispositions financières, sauf, toutefois, celle qui prescrit au conseil général de publier, sous le titre de *British pharmacopœia*, un *Codex medicamentorum* qui sera modifié, changé, augmenté aussi souvent qu'il sera jugé nécessaire. — (*Archives générales de médecine*, septembre 1858.)

digestif. Ici, cet appareil n'est ni divisé, ni *hiérarchisé*, comme il le deviendra progressivement en montant dans la série; il est simple et partout le même.

Cet état est représenté chez les vertébrés par le tissu cellulaire ou nourricier partout homogène; car ce que l'animalité a acquis à un des termes de sa série, elle ne le perd plus; on le retrouve dans les rangs supérieurs, hiérarchiquement subordonné à des centres fonctionnels qui restent intimement liés aux plans inférieurs de l'appareil.

Qu'on monte un peu plus haut, et on trouve des méduses pourvues d'une cavité gastrique infiniment ramifiée dans tout le corps et allant communiquer immédiatement avec le tissu homogène et nourricier de l'animal entier. Bien évidemment, ici, l'organe digestif central est en sympathie directe avec les actions nutritives générales et avec le tissu qui en est l'organe multiple et disséminé. Il fait tout à la fois fonction de vaisseaux lymphatiques, de veine porte, etc., et n'en est pas encore anatomiquement distinct, non plus que du tissu commun de ces organismes rudimentaires.

Dans les astéries, l'estomac est aussi partout; il est étoilé comme le corps de ces animaux, et se confond avec lui.

Ce plan primitif reste accusé chez les mammifères par l'existence des vaisseaux lactés ou chylifères, l'une des deux divisions du système lymphatique. L'autre division du système n'a pas ses origines dans le tube digestif; elle les a partout dans ce tissu nourricier, cellulaire, conjonctif, qui est l'organe digestif et assimilateur élémentaire, et, comme on l'a dit, la matrice de tous les éléments organiques spéciaux.

Le canal thoracique est le point de jonction, et, si je puis ainsi dire, le confluent de l'appareil nourricier central et de l'appareil nourricier général et élémentaire.

Où est formée la graisse, cette réserve alimentaire de l'animal? N'est-ce pas dans notre tissu nourricier général comme dans une multitude infinie de petites cavités digestives où elle est assimilée et absorbée lorsque l'organe central de la digestion ne fournit plus au sang des matériaux réparateurs suffisants?

L'unité de fonction est donc démontrée entre la nutrition générale et son appareil le tissu cellulaire, d'une part, et la nutrition centralisée dans son appareil, le canal alimentaire, de l'autre.

Or, qui dit unité en physiologie, dit sympathie; les sympathies étant l'unité organique elle-même, mais active, mais vivante, continuellement engendrée, et non l'unité organique abstraite et nominale du vieux vitalisme.

On peut concevoir maintenant comment le tube digestif est en rapport avec la nutrition générale; et comment aussi, l'organe élémentaire de cette fonction, le tissu cellulaire, est en rapport avec l'organe central de la même fonction, l'appareil digestif. Ils le sont de deux manières : d'abord et avant tout, par sympathie et à cause de leur unité; ensuite, et à la condition de ce premier rapport, par la circulation qui transporte à l'organe nourricier élémentaire les matériaux nutritifs élaborés par son appareil central. Pour former, pour transporter, pour assimiler, ne faut-il pas que les organes soient préalablement vivants et unis, c'est-à-dire sympathiques?

Cette sympathie ou cette unité d'action est, je le répète, la condition sans laquelle l'assimilation des matières alibiles ne s'opérerait ni dans le centre de l'appareil, ni dans ses éléments disséminés et radicaux.

Il en résulte que, quand une altération profonde frappe le tube digestif ou une de ses parties, il y a une suspension sympathique de la nutrition dans l'organe élémentaire de cette fonction, le tissu matriculaire ou conjonctif qui est présent partout où s'accomplit un fait d'assimilation. Ces actions sont alors, sinon éteintes, ce qui serait la mort, au moins extraordinairement affaiblies et comme paralysées. L'individu périt à la manière des végétaux, partout à la fois et par ses racines. Cette mort n'a donc pas et ne peut avoir d'agonie.

On a une démonstration frappante de l'unité de l'appareil assimilateur et des fonctions nutritives ou, ce qui est la même chose, de la sympathie du tube digestif avec le tissu nourricier commun, dans les effets d'une lésion, même légère, du péritoine sur toute l'économie. Un homme bien portant reçoit un coup d'épée dans le ventre, la plaie est pénétrante, un intestin est faiblement piqué; ou bien, c'est un intestin pincé dans une éraillure de la ligne blanche ou des aponévroses, et voilà que tout à coup, sans interruption physique de la continuité de la cavité intestinale, l'action digestive est suspendue, plus rien ne se fait dans l'immense étendue du canal alimentaire, et, presqu'aussitôt, le sujet semble avoir maigri; les tissus se retirent, la nutrition interstitielle est suspendue de la même manière que l'action assimilatrice centrale. Comme celle-ci, elle se replie sur elle-même; ses forces restent latentes et sans évolution. Tout l'appareil disséminé de la nutrition élémentaire, a ressenti sympathiquement le trouble et la dépression éprouvés par son centre.

Dira-t-on que l'influence subite d'une lésion du péritoine sur le cœur, en rapetissant le pouls, en diminuant partout le calibre des vaisseaux, etc., réduit singulièrement la circulation capillaire de la peau, qu'elle en chasse le sang et la chaleur, et que cela suffit à expliquer tous les effets que j'attribue à l'action directe du tube digestif sur les tissus?

Je crois qu'on prend ici l'effet pour la cause. La nutrition précède la circulation sanguine dans l'échelle animale et dans l'évolution embryonnaire. La circulation sanguine suppose donc la nutrition, tandis que celle-ci ne suppose pas nécessairement la circulation sanguine. Loin donc que la dépression de l'activité vasculaire soit la cause de l'affaiblissement profond et radical éprouvé dans les cas que j'ai pris pour exemple, par la vie commune des tissus et la nutrition, je crois que c'est à l'enraiement subit de ces actions primitives et antérieures à toutes les autres actions organiques, qu'est due la concentration sympathique de l'appareil circulatoire, cause à son tour, par une influence secondaire facile à comprendre, de l'aggravation d'un état dont elle n'avait été d'abord qu'un effet.

On a la contre-épreuve du fait que je viens d'invoquer, lorsqu'on voit un individu affaibli par l'inanition, éprouver de l'ingestion d'un bouillon ou d'un peu de vin, une réfocillation subite du système entier avant que les veines et les chylifères aient eu le temps de transporter aux tissus des matériaux stimulants ou réparateurs.

Fera-t-on, ici encore, honneur de ce résultat à une action directe du pneumo-gastrique sur la base du cerveau, et à une action réflexe de celui-ci vers le système entier par la moelle épinière et le grand sympathique? Cette explication serait fausse entendue selon l'esprit de l'anatomie topographique; elle est juste si on la comprend selon l'esprit de l'anatomie d'évolution.

J'ai dit que, dans les animaux supérieurs, le caractère de tout appareil et de toute fonction, était la généralisation et la centralisation de leurs éléments organiques et de leurs propriétés, à des degrés divers et dans des proportions inverses. Or, cette centralisation progressive s'opère solidairement dans les trois grands appareils de l'économie, le nutritif, le nerveux et le sanguin, dont les éléments et les propriétés sont disséminés et fondus partout, et les centres, renfermés dans les trois grandes cavités splanchniques, le ventre, le crâne et la poitrine. Quand l'appareil nutritif commence à se centraliser dans la cavité abdominale, le système nerveux en fait autant d'un autre côté. Il en est de même de l'appareil circulatoire ou sanguificateur, et de sa dépendance intime, le système de la respiration.

Mais ce n'est pas tout. Pour concevoir une sympathie chez les animaux supérieurs et chez l'homme, celle, par exemple, dont il s'agit dans cette Note, il ne faut jamais perdre de vue un principe destiné à faire passer la physiologie de son âge servile à son âge d'indépendance, et à lui donner ce qu'elle n'a pas encore, le caractère d'une science. Ce principe, le voici :

Les organes une fois développés, enchaînent leurs actions et fonctionnent selon l'ordre et les lois qui ont présidé à leur évolution embryonnaire.

Il faut donc expliquer par un même principe la formation des organes et leurs fonctions une fois qu'ils sont formés.

Cuvier donnait le développement de cette thèse comme avenir et idéal à la physiologie, ajoutant que personne encore n'avait rien bâti sur ce plan. Il n'en a fait lui-même aucun usage. On ne voit pas qu'il s'en soit inspiré une seule fois dans ses immenses travaux.

Cette méthode réforme toutes les explications de la physiologie. Appliquons-la à notre problème.

(La fin prochainement.) PIDOUX.

OPHTHALMOLOGIE.

EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉTHODE D'EXTRACTION DE LA CATARACTE PAR INCISION LINÉAIRE (1);

Par le docteur DOUMIC.

CRITCHETT et BOWMAN, *Medical Times et Gazette*, 5 septembre 1857, p. 249, col. 1. — STŒBER, *Annales d'oculistique*, 31 juillet 1857.

Examinons maintenant les motifs qui ont déterminé les chirurgiens à pratiquer l'extraction linéaire. M. Stœber déplore (et nous déplorons avec lui) les nombreux accidents qui surviennent dans l'extraction de la cataracte, l'extraction supérieure, bien entendu, car elle est de beaucoup préférable aux autres procédés. Mais il me semble que M. Stœber traite un peu trop durement la kératotomie supérieure qui lui a si souvent donné d'excellents résultats : la suppuration du lambeau, l'atrophie de la cornée, la fonte du globe, ne sont pas aussi fréquents qu'il paraît le craindre; il me semble aussi qu'il y a un peu d'exagération à dire que l'atrophie ou la fonte du lambeau cornéen tient à ce que la moitié de la cornée étant détachée, la nutrition de cette membrane ne se fait plus suffisamment; chacun sait, au contraire, avec quelle facilité les plaies de la cornée, lorsqu'elles sont régulières et que leurs bords ne sont pas mâchés, lorsque la paupière supérieure vient s'appliquer de façon à former un bandage contentif naturel, guérissent promptement par première intention; l'expérience de chaque jour le démontre, et il est certain que la majeure partie des accidents qui arrivent alors, soulèvement ou écartement et suppuration du lambeau, sont dus le plus souvent à l'indocilité du malade, à ses mouvements, à des efforts de vomissements, etc. (Doumic, thèse inaugurale, Paris, 3 janvier 1855.) Il est bien entendu aussi qu'il ne faut pratiquer l'opération que s'il n'y a pas d'inflammation oculaire, car l'incision de la cornée, pratiquée sur un œil atteint d'ophthalmie granulaire, par exemple, aurait de grandes chances pour ne pas guérir et pour suppurer; de là le conseil de traiter les malades qui se présentent pour l'opération, et de ne les opérer que lorsque l'ophthalmie a disparu. Ajoutons enfin que, quelquefois, il y a suppuration de la cornée, parce que l'incision de la cornée étant trop grande (c'est-à-dire comprenant plus de la demi-circonférence de cette membrane), le lambeau est flasque et la coaptation des lèvres de la plaie est impossible.

C'est donc pour remédier aux inconvénients d'une incision trop grande de la cornée qu'on a conseillé l'incision linéaire, c'est-à-dire que, pour éviter un excès, on est tombé dans l'excès contraire, l'incision trop petite, qui expose à de graves accidents, rétention de la substance corticale, issue du corps vitré produite par la pression qu'il faut faire subir au globe pour faire sortir la cataracte.

M. Stœber n'attend pas le résultat de plusieurs opérations pour exalter l'extraction linéaire, c'est à la suite de sa première observation qu'il dit : « Exécutée dans des conditions aussi favorables, cette opération est peut-être la plus brillante de toutes celles de la chirurgie oculaire. » C'est également « d'après les résultats de cette opération » que M. Stœber conclut « qu'une incision linéaire de la capsule du cristallin est rarement suivie d'épaississement et d'opacité de la membrane cristalline, contrairement à ce que l'on croyait autrefois. » Nous reviendrons plus loin sur la question de l'opacification de la capsule.

La première opération a parfaitement réussi, toute la substance cristallinienne était molle et est sortie en entier, la vision a été bonne immédiatement et la guérison était complète au bout de quelques jours. Certes c'est là un résultat magnifique; mais malheureusement il n'en est pas de même de la seconde, ni de la troisième opération. En effet, chez le second malade, M. Stœber diagnostique une cataracte molle, et quand la substance corticale ramollie est sortie, reste le noyau « *trop consistant* pour pouvoir s'échapper par la *petite plaie de la capsule* et de la cornée; ce noyau ne pouvait être volumineux et *ne présentait pas les caractères d'une consistance très grande. Il devait donc s'absorber facilement.* » On avait affaire ici à une cataracte demi-molle tout au moins, sinon demi-dure, puisque le noyau était trop consistant pour pouvoir s'échapper par la petite plaie de la capsule. Voilà un premier point qui rend moins excellente cette opération *si brillante* : en effet, les cataractes demi-molles, c'est-à-dire dont la substance corticale seule est ramollie, sont de beaucoup plus fréquentes que les cataractes molles; d'un autre côté, admettant que souvent le diagnostic d'une cataracte entièrement molle soit difficile, l'opacité de la substance corticale masquant le volume et la consistance du noyau, on voit que le chirurgien s'expose à de nombreux mécomptes en employant l'incision linéaire. Maintenant, que veut dire cette expression, la *petite plaie de la capsule?* Est-ce que, dans l'extraction de la cataracte par quelque procédé que ce soit, il est indispensable d'inciser la capsule dans toute sa largeur? Ne voit-on pas le plus souvent, au contraire, qu'une simple piqûre de la capsule suffit pour que cette membrane, pressée par le cristallin opaque, se déchire immédiatement et donne passage à la cataracte, qui sort souvent entière sans se déformer? Quoi qu'il en soit, le noyau ne sort pas, et M. Stœber l'abandonne à l'absorption, il *devait donc* s'absorber facilement : j'avoue humblement que je n'ai pas autant de confiance dans l'absorption, à laquelle M. Stœber abandonne tantôt un noyau cristallinien, tantôt des paillettes de substance corticale, je ne vois pas que l'absorption *doive* faire disparaître un noyau ou de la substance corticale; elle peut donner ce résultat quelquefois, mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut faire, et je crois plus prudent de ne pas y avoir trop confiance.

Le lendemain, le noyau est dans la chambre antérieure, on le laisse, ne jugeant pas nécessaire de l'extraire par une nouvelle opération; dans la chambre postérieure ou dans la chambre antérieure, peu importe, *le noyau s'absorbera.* Le noyau est donc tombé dans la chambre antérieure, et, dès le lendemain, il y a de l'inflammation qui dure depuis le 7 mars jusqu'au 22. Quelle est la cause de cette inflammation? Je crois, pour ma part, qu'elle doit être attribuée à la présence du noyau dans la chambre antérieure, aussi valait-il mieux, à mon avis (et c'est ce que j'aurais fait) agrandir l'incision de la cornée et extraire le noyau en le piquant avec le kystitome, puisqu'il *avait peu de volume,* plutôt que de le laisser dans la chambre antérieure où il s'absorbe lentement, car le 21, on voit que le noyau n'est qu'en partie absorbé, mais il y a dans la pupille un commencement de cataracte secondaire.

Quelles sont les principales causes auxquelles on attribue la formation de la cataracte secondaire? Ce sont : la rétention d'une partie de la substance corticale, l'inflammation, etc. Supposons qu'il n'est pas resté un atome de substance corticale, l'inflammation causée par la présence du noyau a gagné l'iris et la capsule, et il s'est formé une cataracte secondaire avec un rétrécissement pupillaire que la belladone ne peut dilater. Je répète donc que, dans ce cas, je n'aurais pas hésité, j'aurais extrait le noyau en agrandissant la plaie cornéenne, convaincu que je suis que l'inflammation qui aurait pu résulter de cette opération n'eût pas été, à beaucoup près, aussi considérable ni aussi funeste que celle déterminée par la présence du cristallin dans la chambre antérieure. L'agrandissement de la plaie cornéenne nécessaire pour donner passage au noyau n'était pas très considérable, puisque M. Stœber (d'après de Græfe) fait à la cornée une incision de 7 à 8 millimètres (2 lignes 1/2 à 3 lignes), et que le noyau du cristallin, d'après M. Krause, n'a que 2mm,0833, et le cristallin entier 5 millimètres 1/2 (Sappey) ou 7 millimètres et une fraction (Krause); l'incision à faire était donc petite et ne pouvait entraîner une inflammation sérieuse.

La troisième et dernière observation plaide encore moins que la seconde en faveur de l'incision linéaire. Le diagnostic indique des cataractes molles; l'opération pratiquée, il reste dans chaque œil une petite portion opaque, qui est abandonnée à l'absorption; à l'œil gauche, la portion opaque est tombée le cinquième jour

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 16 et 19 octobre.

dans la chambre antérieure, et, deux jours après, elle a disparu; mais, en examinant la pupille « on y remarque un léger trouble » et, à la loupe « on distingue très bien l'*incision faite à la capsule;* les deux lèvres de cette plaie sont écartées l'une de l'autre d'un à deux millimètres. Cet intervalle est parfaitement net, mais les *lèvres de la plaie sont opaques* et se présentent sous l'aspect de deux barres très minces et parallèles. Le reste de la capsule présente également quelques opacités visibles à la loupe. A l'œil droit, le corps opaque n'a pas diminué, il occupe la partie supérieure externe de la pupille; examiné avec la loupe, il paraît être une fausse membrane appliquée à la capsule du cristallin : la vue est moins bonne qu'à l'autre œil. »

Chez ce malade, la sortie de la substance cristallinienne a été incomplète aux deux yeux, il restait à droite et à gauche une portion opaque que M. Stœber a abandonnée à l'absorption, et l'absorption ne s'est pas faite, puisqu'aux deux yeux il y a une cataracte secondaire. D'où vient cette cataracte secondaire? Évidemment à l'œil gauche c'est un reliquat de substance corticale qui a opacifié la capsule. Un des accidents de l'opération de la cataracte par extraction est la rétention d'une portion plus ou moins considérable de substance cristallinienne qui va s'appliquer sur les débris de la capsule et est le point de départ d'une cataracte secondaire; aussi est-ce une pratique de saine chirurgie d'aller avec la curette chercher tous les débris de cataracte que l'on peut extraire ainsi, en ayant soin toutefois de suspendre l'introduction de la curette lorsque l'on a affaire à un malade peu docile, lorsque le corps vitré est liquéfié, ou lorsque des introductions réitérées peuvent irriter les bords de la plaie cornéenne. On a si bien reconnu le danger qu'il y a de laisser des fragments de substance corticale, que l'on a conseillé de faire des injections d'eau tiède après l'extraction, toutes les fois qu'il reste de la substance corticale qu'on ne peut extraire avec la curette. L'incision linéaire de la cornée pèche donc en ceci, à mon avis, que, si la substance cristallinienne n'est pas parfaitement molle, il en restera très probablement des parcelles dans la pupille ou dans la chambre antérieure, d'où elles peuvent retomber dans la pupille et aller s'appliquer aux lambeaux de la capsule. Elle a cela de commun avec l'extraction supérieure ou latérale lorsque l'incision de la cornée est trop petite pour livrer un passage facile à la cataracte; elle n'est donc pas, sous ce rapport, préférable aux autres modes d'extraction.

Je ne comprends pas très bien ce que veut dire M. Stœber par ces mots : « On distingue très bien l'*incision faite à la capsule;* les lèvres de la plaie sont écartées de 1 à 2 millimètres; elles sont opaques. » J'avoue humblement dans mon ignorance que je n'avais jamais entendu dire qu'on pût voir les lèvres de la plaie de la capsule, la capsule est excessivement mince, sa résistance est faible, et la pression à laquelle elle est soumise dans la sortie de la cataracte suffit et au delà pour agrandir la division qu'a faite le kystitome, pour déchirer complétement la capsule; qu'elle résiste à la sortie du liquide qui constitue (avec le noyau plus ou moins dur) la cataracte liquide ou morganienne, je le comprends facilement, et j'en trouve la preuve dans la forme qu'affecte le jet du liquide lors de la ponction de la capsule, il sort en tire-bouchon (Sichel), donc la plaie est restée une simple piqûre; mais que toute une cataracte, même molle, puisse passer à travers une division linéaire de la capsule sans faire éclater cette membrane, c'est ce que j'ai de la peine à admettre. *Les lèvres de la plaie sont opaques et se présentent sous la forme de deux barres très minces et parallèles :* ne seraient-ce pas des fragments de substance corticale appliqués à la capsule, présentant un certain écartement qui, dans ce cas, est parallèle, tandis que dans d'autres cas ces opacités affectent la forme de mailles plus ou moins régulières? Ici la présence de « quelques opacités visibles à la loupe » sur d'autres points de la capsule me semble confirmer ce que nous disions tout à l'heure, à savoir, que la rétention de portions de la substance cristallinienne est une des causes les plus fréquentes de la cataracte secondaire qui, d'après les recherches modernes, consiste le plus généralement en dépôts opaques appliqués à la surface de la capsule, celle-ci restant saine et transparente au-dessous de ces opacités.

Notre opinion sur l'extraction par incision linéaire peut se résumer ainsi :

1° L'extraction de la cataracte par incision linéaire n'est pas une opération nouvelle, c'est une simple modification de l'extraction latérale;

2° Elle a donné de bons résultats dans quelques cas de cataractes entièrement molles;

3° Mais elle expose à la rétention de portions plus ou moins considérables de substance corticale, et par conséquent à la formation de cataracte capsulaire secondaire; elle expose aussi à l'issue du corps vitré par les pressions que l'on est obligé d'exercer sur le globe pour faire sortir la matière cristallinienne. Ces accidents sont beaucoup plus à craindre dans l'extraction linéaire que dans les autres procédés d'extraction;

4° Elle exige une certitude presque infaillible du diagnostic de la consistance de la cataracte, certitude qu'il est quelquefois impossible d'obtenir avant l'opération. Elle expose par conséquent, dans ce dernier cas, à l'impossibilité de faire sortir le noyau dur par la petite incision de la cornée, ce noyau pouvant tomber dans l'une des chambres de l'œil et y déterminer une inflammation plus ou moins violente, seconde cause du développement de la cataracte secondaire. Que faut-il faire en ce cas? Il faut agrandir la plaie de la cornée dans la même séance, et retirer le noyau soit avec la curette, soit avec la pointe du kystitôme. C'est probablement ainsi qu'en agit M. Desmarres quand il rencontre un noyau dur, pratique beaucoup moins dangereuse (sinon presque inoffensive) que ne semble le croire le rédacteur du *Medical Times,* lorsqu'il dit qu'on est trop prudent à l'hôpital de Moorfields pour employer ce procédé;

5° Enfin, l'extraction linéaire de la cataracte nous semble, jusqu'ici, inférieure à la kératotomie supérieure bien pratiquée; peut-être n'a-t-elle pas dit son dernier mot; mais il nous semble que, dans l'état actuel de la science, il serait dangereux de la préférer aux autres modes d'extraction déjà connus.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Octobre 1858. — Présidence de M. Laugier.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Piedvache, de Dinan, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoyé à la commission des correspondants nationaux.)

2° L'observation d'un cas d'épilepsie causée par le développement anormal et tardif des dents de remplacement, par M. le professeur Tigri, de Sienne. (Réservé pour le prix Barbier.)

3° La description d'un nouveau ténaculum dilatateur pour la trachéotomie, adressé par M. Mathieu, au nom de M. le professeur Langenbeck, de Berlin.

Les nombreux instruments employés jusqu'à ce jour pour pratiquer l'opération de la trachéotomie présentent divers inconvénients :

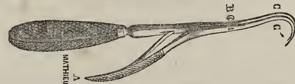
1° La complication des instruments;

2° La difficulté de fixer la trachée;

3° Les obstacles si variés que l'opérateur doit surmonter pour dilater l'ouverture faite à l'arbre aérien et fixer la canule dans la trachée incisée.

M. Langenbeck, pour éviter ces diverses difficultés, propose l'instrument suivant :

Un ténaculum à deux branches, dont chacune représente la forme du ténaculum ordinaire dans la trachée mise à découvert : On incise de haut en bas entre les branches écartées du ténaculum qui dirige ainsi le bistouri; on tient forcément l'arbre aérien suivant une ligne parallèle aux deux branches engagées et écartées du ténaculum.



Comme avantage principal, et là surtout est le mérite de cet instrument si simple, il faut signaler la fixation des deux bords de l'incision qui ne sont pas abandonnés, quel que soit le degré de dilatation. La forme losangique de l'incision facilite beaucoup l'introduction de la canule, guidée et protégée par les branches écartées et protectrices du ténaculum.

En résumé, fixation de la trachée;

Points de repère pour l'incision, dont la direction est indiquée par les branches de l'instrument;

Fixation des bords dont l'immobilité est obtenue à volonté par l'opérateur, qui n'a plus alors à s'occuper de retrouver son incision primitive.

Enfin, introduction facile de la canule, dont la fixation est favorisée par les branches du ténaculum double. (Com. M. Trousseau.)

4° Une lettre de M. Belin, qui soumet au jugement de l'Académie des attelles, gouttières et appareils contentifs en toile métallique recuite et galvanisée, construits d'après les indications de M. Bergouhnioux, élève des hôpitaux. (Com. M. Malgaigne.)

5° Une lettre de M. le docteur Chartroulle, qui, à propos de la note communiquée par M. Rilliet, informe l'Académie que depuis huit ans qu'il fait respirer des vapeurs d'iode à ses malades, il n'a pas eu un seul accident d'intoxication.

6° M. A. Preterre envoie une lettre explicative et complémentaire de la note lue dans la précédente séance et relative à l'emploi de l'électricité dans l'avulsion des dents.

7° M. Loiseau, de Montmartre, demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé à l'Académie le 5 mars 1851.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la note contenue dans ce pli, et où M. Loiseau décrit un tube laryngien, au moyen duquel il porte dans le larynx et dans la trachée des substances médicamenteuses. A l'aide d'un tube bivalve et de pinces, l'auteur dit pouvoir extraire les fausses membranes des voies aériennes. Dans aucun cas, les tubes laryngiens ne sont laissés à demeure.

La note se termine par l'indication d'une nouvelle méthode de traitement de l'érysipèle par la pommade ou la solution de monésia ou de tannin.

M. le Président annonce que M. Adams, de Dublin, assiste à la séance.

M. O. Henry donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'un rapport sur les eaux de St-Loudouër (Landes).

L'eau de St-Loudouër appartient aux eaux sulfhydratées calcaires formées secondairement, dans lesquelles le principe sulfureux existe presque tout entier à l'état de sulfure de calcium, associé aux carbonates terreux, aux sulfates de soude et de chaux, etc.

La commission conclut que l'autorisation de continuer l'exploitation de ces eaux peut être accordée à leurs propriétaires. (Adopté.)

M. le docteur Baizeau, agrégé au Val-de-Grâce, lit un mémoire intitulé : *De l'héméralopie épidémique.* L'auteur le résume ainsi :

1° L'héméralopie peut être sporadique ou épidémique, mais elle est le plus souvent épidémique, et il n'est pas rare de la voir régner endémiquement dans certaines localités.

2° Elle s'observe à tous les âges et principalement chez l'adulte.

3° Elle est propre à tous les sexes et à toutes les constitutions.

4° Elle se développe dans tous les climats et surtout dans ceux qui offrent de grandes variations de température entre le jour et la nuit.

5° Sporadique ou épidémique, elle apparaît presque exclusivement au printemps et en automne.

6° Elle est beaucoup plus fréquente chez les soldats et les marins que dans la population civile, où cependant on la voit quelquefois et particulièrement chez les habitants de la campagne qui travaillent aux champs.

7° Elle se montre, quelle que soit la situation des localités, mais de préférence dans les contrées brumeuses et humides et près des cours d'eau.

8° Elle semble favorisée par la vie du bivouac et le séjour sous la tente.

9° Elle est produite généralement par les variations de la température du jour et de la nuit, plus marquée au printemps et en automne qu'à toute autre époque.

10° Les autres causes invoquées ont une influence moins directe et n'agissent le plus ordinairement que comme prédisposantes, tels sont les agents débilitants, la réverbération ou toute excitation exagérée et prolongée de la rétine, l'humidité, le mauvais état des voies digestives, etc.

11° La plus grande fréquence de l'héméralopie chez le soldat et le marin est due aux gardes de nuit qui l'exposent au refroidissement nocturne succédant à l'insolation.

12° Cette affection n'est point une simple asthénie de la rétine, mais le résultat d'une perturbation spéciale de cette membrane, et elle doit être classée parmi les névroses.

13° L'altération de la vision existe aussi bien le jour que la nuit, comme on peut s'en convaincre en plaçant le malade dans l'obscurité.

14° Elle se présente sous deux formes qui constituent l'héméralopie sthénique et l'héméralopie asthénique, la première se montrant presque toujours au début de la maladie.

15° Elle est fréquemment compliquée de congestion cérébro-oculaire, quelquefois d'embarras gastro-intestinal ou de débilité générale.

16° Elle se guérit le plus souvent spontanément après quelques jours de durée.

17° Le traitement doit être surtout basé sur l'état sthénique ou asthénique de la rétine. (Com. MM. Velpeau et Larrey.)

— A quatre heures un quart l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Barbier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 9 et 23 août 1858. — Présidence de M. Archambault.

Sommaire. — Correspondance. — Corps étranger dans l'œil. — Emploi des douches dans les maladies cérébrales. — Rhumatisme cérébral.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs numéros du journal espagnol la *Iberia medica,* renvoyés à M. Bonassies.

2° Un mémoire latin sur les *polypes œsophagiens,* par M. Midreldorph; M. Amussat, rapporteur.

3° Deux *Bulletins de la Société médicale de Marseille.*

4° Un *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers;* M. Morpain, rapporteur.

5° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, accordant à la Société une subvention de 300 francs. La Société désigne M. le docteur Janin, son trésorier, pour recevoir les fonds alloués, et vote qu'une lettre de remerciments sera adressée par le bureau à M. le ministre.

M. Labarraque dépose sur le bureau, au nom de M. Thore, médecin à Sceaux, une brochure intitulée : *Études sur la fièvre typhoïde.* M. Labarraque demande en même temps, pour le même confrère, le titre de membre correspondant, et appuie sa demande par la lecture d'un travail manuscrit du candidat, sur la statistique des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

M. Aubrun a été appelé il y a quelque temps auprès d'une dame de 80 ans, qui, après un voyage en omnibus, avait été prise d'une douleur aiguë à la tempe gauche. L'œil était rouge et sensible, surtout à l'angle externe. Il conseilla quelques applications narcotiques, des sangsues, mais au bout de huit jours cette dame préféra un oculiste. Ce dernier crut à une très grave affection : il donna des collyres, fit appliquer des sangsues, prescrivit des purgations. L'œil devint moins douloureux, mais la malade souffrait toujours. Elle revint consulter M. Aubrun, et, en causant avec elle, ce dernier voyant le bord de la paupière gonflé, le releva, et aperçut la moitié d'une écorce de millet, qu'il enleva avec des pinces; aujourd'hui cette dame est guérie.

M. Mayer a observé un fait analogue. Une bonne d'enfant lui apporte un petit garçon de 3 ou 4 ans, dont l'œil était très gonflé, très douloureux depuis le matin. On ne put ouvrir la paupière et prescrivit des sangsues et un collyre émollient. Le lendemain, le médecin de la maison, ayant vu un peu de pus, souleva la paupière et retira un gros pois.

M. Perrin donna en 1849 des soins à une jeune fille de 24 ans, d'une constitution scrofuleuse, n'ayant jamais été réglée qu'une seule fois, et une heure seulement, à l'âge de 23 ans. Elle avait eu plusieurs ophthalmies dans son enfance. Depuis un an (1849), l'œil gauche était rouge, injecté et le siége d'un écoulement de larmes qui augmentait surtout au grand air; les douleurs étaient, du reste, très supportables. Outre la conjonctivite chronique, on remarquait sur la limite de la cornée et de la sclérotique, du côté gauche, en bas et en dedans, une opacité légèrement saillante, et surmontée d'un petit point noir, analogue aux points pigmenteux de la surface iodienne, et manifestement formée par un corps étranger. La malade ne se rappelait avoir rien reçu dans l'œil, elle n'y accusait pas la sensation d'un corps étranger. M. Perrin s'empressa d'extraire le corps étranger avec une pointe de lancette et il y parvint non sans peine, malgré l'abondance des larmes, l'étroitesse naturelle de l'ouverture palpébrale et une vigoureuse contraction spasmodique involontaire de l'orbiculaire. L'extraction une fois pratiquée, la malade fut instantanément guérie de son épiphora. Le corps étranger consistait dans une petite écaille noire, semblable à un fragment d'élytre d'insecte.

A la suite d'un coup de fusil, étant à la chasse avec des amis, un monsieur de 40 ans se sentit frappé à l'œil droit, qui presque aussitôt devint rouge, enflammé, douloureux, mais sans rien offrir à l'examen

le plus attentif. Peu à peu, la sensibilité et l'injection de l'œil diminuèrent, un larmoiement continuel se faisant sentir. A son grand étonnement, au bout de quelques mois, le malade sentit sous la paupière supérieure une petite grosseur qu'il reconnut facilement pour un grain de plomb. Effrayé des suites de l'ablation de ce corps étranger, qui, du reste, causait peu de douleur, il reculait toujours pour en venir à cette extrémité. Cependant, au bout d'un an, M. Perrin fut consulté. Le grain de plomb était un peu descendu et logé au-dessous de la conjonctive oculaire, un peu au-dessous du repli oculo-palpébral; il était mobile, enkysté et formait une petite tumeur de couleur ardoisée de la grosseur d'un grain de chènevis, à laquelle on pouvait imprimer de petits mouvements; il y avait au pourtour une vascularisation sèche et abondante. L'excision fut pratiquée avec de petits ciseaux courbés sur le plat. Le traitement consécutif consista dans de simples lotions froides; au bout de quelques jours, le malade fut complétement débarrassé et de son épiphora et de sa conjonctivite.

M. LABARRAQUE : Étant enfant, je jouais devant le feu, agitant un sarment sur des chenêts, une flammèche me sauta dans l'œil; le lendemain, il y avait rougeur, larmoiement, on se borna à quelques applications émollientes. A quelques jours de là, le médecin du pays, le docteur Maigne, enleva avec la lancette un éclat de charbon placé à l'union de la cornée avec la sclérotique.

M. OTTERBOURG appelle l'attention de la Société sur l'emploi des douches prolongées administrées avec une grande énergie dans certains états congestifs du cerveau et partant dans les convulsions, et cite plusieurs observations. Chez une dame de 36 ans, prise au septième mois de sa grossesse de convulsions violentes et d'un coma de plusieurs heures contre lequel tous les remèdes avaient échoué, des arrosions d'eau froide prolongées sur la tête pendant vingt à trente minutes et reprises, après une courte interruption, deux ou trois fois, produisirent une sédation telle, qu'aucune nouvelle convulsion ne se reproduisit et la malade fut guérie.

Chez une enfant de 5 ans, le même traitement n'eut pas moins de succès. Cette petite fille, par suite d'un premier voyage en chemin de fer, terrifiée par le sifflement, fut prise de convulsions violentes avec serrement des dents, etc. Tout ayant échoué, M. Otterbourg pratiqua lui-même des arrosions prolongées pendant plus de deux heures, avec interruptions et précautions, et finit par rendre la santé à la petite malade. Dernièrement encore, chez une jeune fille de 11 ans, rue de Londres, le même traitement fut suivi du même succès.

Les plus grandes précautions doivent être prises afin de ne pas refroidir les malades; on les couche sur le ventre, en travers du lit, bien couverts de literie et de toile cirée jusqu'à la tête, qui doit être maintenue penchée hors du lit; puis, se plaçant sur une chaise, on laisse tomber sur la tête l'eau d'un pot à large bec, de façon à la recevoir dans un baquet vide placé auprès du lit.

M. OTTERBOURG signale la discussion qui a eu lieu à la Société des hôpitaux, touchant le rhumatisme cérébral. En présence des faits cités par MM. Vigla, Voillemier et Moutard-Martin, M. Otterbourg a interrogé l'histoire, et a été frappé du silence des anciens auteurs à ce sujet. Il fait observer que, dans ces derniers temps, le sulfate de quinine a été employé dans le traitement du rhumatisme, et qu'il compte même des succès; il se demande si là ne serait pas la cause de l'affection cérébrale, en raison du médicament sur le cerveau. Il est d'autant plus porté à le croire, que, dans ses recherches, il n'a pas trouvé de rhumatisme cérébral avant l'emploi du sulfate de quinine, et pense qu'on ne saurait être trop prudent en raison de la variabilité des tolérances individuelles. Les métastases rhumatismales vers la tête sont plus rares qu'on ne croit, et principalement dans les cas de rhumatisme aigu, franc, avec rougeur et gonflement. Les fastes de la science n'en renferment pas beaucoup; Macleod cite quelques cas survenus dans Saint-Georges Hospital; M. Otterbourg l'a observé lui-même deux fois. Chez un des malades, le rhumatisme du genou amena, après un brusque dégonflement, de la céphalalgie et une paraplégie qui déterminèrent la mort au bout de deux jours. A l'autopsie, on trouva une matière verte sur les deux hémisphères. Chez l'autre malade, homme de lettres, âgé de 37 ans, le rhumatisme cérébral survint également à la suite du dégonflement du genou; on eut recours aux émissions sanguines, aux purgatifs, au calomel, le malade succomba. Pendant longtemps, cet homme avait pris tous les soirs un demi-grain de morphine. A l'autopsie, on trouva de la sérosité dans les ventricules du cerveau.

La céphalalgie intense, voire même le délire, ne sont pas choses rares dans les cas décrits par les auteurs sous le nom de fièvres rhumatismales, mais ces fièvres ne présentent pas une grande gravité. Quant au traitement des cas de rhumatisme cérébral, M. Otterbourg est d'avis d'employer, avec énergie, les émissions sanguines locales, les vésicatoires, les dérivatifs sur les intestins, etc. Dans le rhumatisme aigu, après une longue expérience, et de préférence à tout autre moyen, il a recours à l'opium (teinture) et au colchique, associés en parties égales, 10 à 30 gouttes, trois fois par jour. Il couvre les membres avec de la ouate, et recommande l'immobilité, l'eau de Vichy pour boisson, etc.

M. DREYFUS fait ressortir l'importance de la question soulevée par M. Otterbourg; il rappelle que Scudamore et Sydenham employaient les préparations de colchique et d'opium contre le rhumatisme; que bien avant M. Briquet, Leroy, dès 1801, donnait le quinquina à haute dose. Il ne pense pas qu'on puisse attribuer le rhumatisme cérébral à la quinine, et observe que M. Briquet, pendant son expérimentation, n'en signala pas un seul cas. M. Dreyfus rapproche la fréquence actuelle du rhumatisme cérébral de la disposition des accidents que présentait si fréquemment le cœur, il y a quelques années; il se demande, mais sans pouvoir se l'expliquer, s'il n'y aurait pas là un fait de substitution.

M. MAYER croit que si on ne retrouve pas le rhumatisme cérébral dans les anciens, cela tient à ce que l'historique a été mal fait; cependant il en a trouvé des traces dans des auteurs bien antérieurs à Baglivi et Sydenham, mais ces faits sont tombés dans l'oubli. Il rappelle qu'il a communiqué dans de précédentes séances des faits de rhumatisme cérébral dans lesquels il a reconnu l'efficacité des vésications, mais il redoute les émissions sanguines. Quant au sulfate de quinine, il fait observer à M. Dreyfus qu'il ne croit pas à une action identique de la quinine et du quinquina, qui n'a jamais entraîné d'accidents cérébraux.

M. BAUCHE fait remarquer que, dans le mémoire de M. Vigla, sur les 6 cas de rhumatisme cérébral, un des malades, traité chez M. Rostan, n'a pas été soumis au sulfate de quinine; que M. Briquet n'a jamais signalé d'accidents de ce genre; qu'une action inverse de la quinine et de l'opium a été admise; que si l'opium a une action congestive, la quinine, au contraire, en a une débilitante. Il ne croit pas à l'identité active de la quinine et du quinquina, et rappelle que dans les anciens auteurs on retrouve des exemples de douleurs cérébrales avec affection dans les membres, qui pourraient se rapporter aux faits actuels.

M. OTTERBOURG fait observer qu'il n'a fait qu'une simple question, qu'il formule d'une manière plus précise : Le sulfate de quinine peut-il être mis en cause dans la fréquence des accidents signalés aujourd'hui sous le nom de rhumatisme cérébral? Dans ces cas doit-on traiter le rhumatisme ou le fait de métastase?

M. SIMONOT ne voit pas dans le rhumatisme cérébral un fait de métastase, il n'y voit qu'une continuation d'action de l'élément rhumatismal, qui peut, *proprio motu*, se localiser aussi bien sur le cerveau, le cœur et pour nos organes que sur les surfaces articulaires. Si en pareil cas la mort est rapide, c'est qu'un organe plus immédiatement essentiel aux exigences de la vie est devenu le siége du mal. Si aujourd'hui les faits cérébraux sont plus communs, cela peut tenir à une constitution médicale nouvelle. Quant à l'efficacité de la quinine, il n'y croit que dans les cas d'intermittence ou de rémittence des accidents.

Le secrétaire annuel, J. GIMELLE.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 18 octobre 1858.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 5 octobre (article thérapeutique), vous publiez un mémoire de M. le docteur Leriche, de Lyon, sous le titre : *Emploi de nouvelles formules iodiques comme succédanées de l'huile de foie de morue dans la scrofule, et de l'iodure de potassium dans les affections syphilitiques.*

Jusque là je n'ai rien à dire, tout le monde est libre de faire tels mélanges d'iode plus ou moins tanniques, mais ce qui n'est permis à personne, c'est de prendre la propriété d'autrui.

Je lis plus loin, dans un autre chapitre, ce titre : *De l'union de l'iode avec les substances organiques végétales.*

Cette idée de l'union de l'iode aux substances organiques végétales pour transformer l'iode en acide iodhydrique, n'est pas de M. Leriche, et je ne sache pas qu'avant le mémoire que j'ai présenté à ce sujet à l'Académie de médecine, en mars 1851, personne ait proposé rien de semblable. Ce mémoire était intitulé : *De l'emploi de l'iode en médecine et de sa transformation en acide iodhydrique par les substances végétales.*

En juin 1854, j'adressais à l'Académie des sciences et à celle de médecine un nouveau mémoire faisant suite au premier, et dans lequel je décrivais l'opération de la transformation de l'iode en acide iodhydrique, et aussi celle de l'iode, de l'iodure de fer et sa transformation en iodhydrate de fer. Avec la première transformation, je composais le sirop iodhydrique et avec la seconde celui d'iodhydrate de fer.

Dans ce second mémoire, après avoir rappelé les travaux de M. Magendie sur l'iode et surtout sa transformation en acide iodhydrique sur le tube digestif, je dis : cette transformation de l'iode me fit penser que si l'iode se transformait ainsi avec les substances organiques animales, il devait aussi se transformer avec les substances organiques végétales.

Partant de ce principe, je me mis à essayer toute espèce d'infusion, de décoction, de solution, et je m'arrêtai au décanté de racine de guimauve, parce qu'il ne participe d'aucune propriété saillante, qu'elle est pour ainsi dire neutre et ne possède aucun goût tranché qui puisse la faire rejeter par les malades, et qu'une fois le sirop iodhydrique préparé, on peut le joindre à tout médicament liquide qui peut être l'adjutorium de l'iode, ainsi que toute nourriture liquide.

Dans un récent mémoire présenté à l'Académie de médecine en avril 1858, et qui fait suite aux deux premiers, et intitulé : *De l'iode, de son emploi en médecine, de son action toxique, et du moyen de neutraliser celle-ci avant l'ingestion*, j'indique comme moyen la transformation de l'iode par les substances organiques végétales; et on peut lire les phrases suivantes dans le rapport de M. Chatin, rapport inséré au *Bulletin de l'Académie*, tome XXIII, n° 14, 30 avril 1858.

Après avoir parlé des accidents que je rapporte des effets toxiques de l'iode, le rapporteur poursuit..... « Considérant alors avec des autorités fort respectables, MM. Thénard, Dumas, Frémy, Pelouze, etc., que l'action altérante de l'iode, mise en contact avec les produits organiques, a pour cause l'avidité de ce corps pour l'hydrogène, élément avec lequel il forme de l'acide iodhydrique, l'auteur en conclut que l'iode n'exercera plus d'action désorganisatrice sur les tissus animaux, s'il est présenté à ceux-ci après que son affinité pour l'hydrogène aura été satisfaite. »

Vous voyez, Monsieur le rédacteur, cet enchaînement de faits. La préparation du sirop iodhydrique, au moyen de la transformation de l'iode en acide iodhydrique par les substances organiques végétales, proposée en mars 1851; en 1854, nouveau mémoire sur les procédés employés pour sa préparation et celui du sirop d'iodhydrate de fer, qui est aussi le résultat de la transformation de l'iodure de fer en iodhydrate par les mêmes procédés; et enfin en 1858, nouveau mémoire pour démontrer que ces transformations, opérées avant l'ingestion, rendent nulle l'action toxique de l'iode, aperçue encore par M. Leriche lui-même sous le nom de fièvre iodique, et dont ne cessent de se plaindre tous les médecins et surtout les malades.

Je compte, Monsieur le rédacteur, sur votre loyale impartialité pour donner place dans votre journal à ma juste réclamation.

Agréez, etc. GALY, pharmacien.

COURRIER.

UNE BONNE ŒUVRE A FAIRE.

Association générale, viens vite secourir nos infortunes professionnelles! Viens vite les cacher sous ton manteau!

Mais avant que fonctionne notre belle institution de bienfaisance et de protection, pouvons-nous laisser dans l'abandon les personnes qui souffrent?

Deux grandes infortunes m'ont été signalées coup sur coup. Elles sont subies avec courage et résignation par deux veuves de deux méritants confrères, tous les deux morts dans la force de l'âge, laissant dans la détresse leurs femmes et leurs enfants.

L'une de ces dames m'est vivement recommandée par M. le docteur Louis Véron, qui dans une lettre chaude et pressante, se porte garant de la parfaite honorabilité de notre pauvre confrère décédé et de sa digne veuve.

L'autre est venue me trouver et m'a fait le plus navrant tableau de sa misère. Elle a été obligée de se faire inscrire au bureau de charité d'une commune de la banlieue de Paris!... Que pourrais-je ajouter de plus, si ce n'est que j'ai connu son mari, excellent et digne confrère, très estimé, très honoré dans la localité où il exerçait la médecine.

Pauvres veuves! pauvres enfants! puisse l'appel que je fais à la bienveillante générosité de mes lecteurs et qui, je l'espère, sera le dernier, être favorablement accueilli!

Amédée LATOUR.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

1re LISTE.

M. le docteur Louis Véron. . . . . 100 fr.
M. Amédée Latour. 20

Les offrandes sont reçues aux bureaux de l'UNION MÉDICALE.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert lundi 18 octobre.

M. Falret, juge suppléant, empêché, a été remplacé par M. Barth.

La question écrite que les candidats ont eu à traiter était : *Des bourses séreuses sous-cutanées et de leur inflammation.*

FIDÉLITÉ DU CORPS MÉDICAL INDIEN. — Un journal anglais signale, et ce nous semble avec plus de complaisance encore que d'admiration, la conduite des chirurgiens et aide-chirurgiens natifs, pendant la révolte des Indes. Sur le grand nombre de ces officiers de santé sortis du Collége médical de Calcutta, il est digne de remarque que *deux ou trois* seulement se sont joints aux rebelles, bien que, dans leurs régiments, ils fussent exposés aux mêmes séductions que les militaires.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 126. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 23 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nous avons eu, lundi dernier, une vraie séance de rentrée : académiciens nombreux, public en foule, communications intéressantes, liste des lectures non épuisées quand a sonné l'heure de la clôture.

Trois notabilités médicales, MM. Bonnafont, Bouchut et Beau, ont pris la parole, et sur les banquettes où se pressait le public, nous avons aperçu plusieurs autres illustrations de notre profession : M. Martins, ancien agrégé de la Faculté de Paris, maintenant professeur à Montpellier, MM. Guérin et Laugier, de l'Académie de médecine, etc. Voici donc la campagne d'hiver commencée, et, au point de vue qui nous importe, commencée sous les meilleurs auspices.

De la correspondance que dépouillait M. Élie de Beaumont, nous n'avons saisi que les deux indications suivantes :

1° Une lettre dont l'auteur voudrait enfin savoir ce qu'il y a de vrai, ce qu'il y a de faux dans les prodiges annoncés par les magnétiseurs, et qui prie l'Académie de nommer une commission afin d'éclairer le public à cet égard. M. le Président n'a point jugé que ce désir répondit à un besoin assez universellement senti et a passé outre purement et simplement. En attendant que l'Académie défère à ce vœu, nous conseillons à l'auteur de la lettre — qui pourra peut-être attendre longtemps — de lire dans l'*Ami des sciences*, année 1856, la polémique de M. G. Mabru contre certains magnétiseurs. Les faits qu'expose M. Mabru, les arguments dont il se sert, les aveux qu'il enregistre, l'édifieront, croyons-nous, suffisamment.

2° L'hommage que fait à l'Académie M. le docteur Antonin Bossu du troisième et dernier volume de son *Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature*.

Pendant que M. le Secrétaire perpétuel énonçait, *sotto voce*, l'objet des diverses pièces de la correspondance, au milieu du bruit, des causeries et de l'inattention générale, et alors qu'il était impossible d'en saisir un mot, ainsi que M. le Président en fit à plusieurs reprises l'observation, un de nos confrères du grand format, désireux de ne pas perdre entièrement son temps, se mit à lire *son* journal. Mais il avait compté sans la susceptibilité des membres du bureau. Bientôt l'huissier vint à lui, et, tout en lui demandant d'une façon charmante, pardon de l'indiscrétion, le pria de remettre la feuille bien pliée, dans sa poche.

C'est pour éviter à nos lecteurs impatients de l'oisiveté, semblable rappel au sentiment des convenances, que nous relatons cet incident.

— M. Biot, à propos des très curieuses observations de M. Chacornac sur la comète de Donati, et particulièrement sur les enveloppes qu'elle a présentées, rappelle que les observations faites par le premier Herschell et par Olbers sur la grande comète de 1811, ont été consignées par lui, en 1831, dans le tome VI du *Journal des savants*.

— M. Faye, tout en admirant les travaux de M. Chacornac, rappelle, de son côté, que les enveloppes lumineuses ont été mentionnées déjà par Messier, à propos de la comète de 1769; puis, il fait passer sous les yeux de ses collègues une série de dessins dus à l'habileté de M. Bulard, et représentant la comète à différentes époques de son apparition. Il résulte des figures que M. Faye trace au tableau, et des explications dans lesquelles il entre, que rien n'est absolument nouveau dans les observations récentes, et qu'on ne sait rien de positif ni sur la constitution des comètes, ni sur leur forme, ni sur les phénomènes très singuliers qu'elles présentent.

— M. Leverrier appuie cette déclaration et c'est pour cela qu'il est d'avis de ne pas se hâter d'offrir au public les hypothèses qui ont été proposées à l'occasion de la comète qui vient de quitter notre hémisphère.

— M. Bonnafont donne lecture d'un mémoire sur l'anatomie et la physiologie des osselets de l'ouïe et de la membrane du tympan.

On sait que les principaux moteurs du petit appareil contenu dans l'oreille moyenne sont le muscle interne du marteau ou pétro-malléal et le muscle de l'étrier ou pyramido-stapéal.

Mais, jusqu'à présent, tous les physiologistes n'ont accordé au muscle interne du marteau que la faculté de tendre, d'une manière générale, la membrane du tympan; et plusieurs ont mis en doute que le muscle de l'étrier exerçât aucune action sur cette membrane.

Or, il résulte des expériences entreprises par M. Bonnafont, il y a plus de vingt ans, que ces deux muscles agissent sur la membrane du tympan, et voici comment : lorsque le muscle interne du marteau se contracte, il tire le manche du marteau en dedans et un peu en avant; d'où résulte une tension manifeste de la partie postérieure, tandis que la partie inférieure se trouve relâchée.

Un effet contraire s'observe par la contraction du muscle de l'étrier, et ce n'est que lorsque ces deux muscles se contractent ensemble, que la membrane du tympan est également tirée en dedans et tendue dans toutes ses parties, ce qui se conçoit facilement, parce que la résultante de ces deux forces passe juste à l'articulation malléo-tympanale.

Si l'action de l'étrier sur la membrane du tympan pouvait encore être mise en doute, dit M. Bonnafont, nous n'aurions qu'à rappeler ce que M. Flourens a écrit dans un mémoire publié en 1825 : « Lorsqu'on remue le manche du marteau par le tympan, » on voit à travers une petite ouverture faite à la membrane, la » platine de l'étrier qui se meut, et réciproquement, quand, par » cette petite ouverture, on remue la platine de l'étrier, on voit » le manche du marteau et le tympan se mouvoir. »

Quelques physiologistes considèrent les osselets de l'ouïe et la membrane du tympan comme n'étant qu'à l'état rudimentaire, et entièrement inutiles à l'audition. Itard, qui peut faire autorité dans pareille matière, réfute complétement une semblable opinion, et considère le petit appareil locomoteur de l'oreille moyenne comme un rudiment, mais comme étant dans le plus parfait développement nécessaire au mécanisme de l'ouïe. Son intégrité lui paraît si nécessaire au sens auditif, que du moment où il y survient quelque altération, celle-ci est toujours suivie d'un dérangement dans la perception des sons. Telle est aussi l'opinion de l'auteur et celle de M. Flourens.

Voici, d'ailleurs, les conclusions textuelles du mémoire de M. Bonnafont :

1° La membrane du tympan, au lieu d'un simple mouvement de tension ou de relâchement généraux, éprouve des tensions et des relâchements partiels, sous l'influence des muscles pétro-malléal et pyramido-stapéal;

2° Ces deux muscles constituent les seules puissances actives des mouvements du tympan et de la chaîne des osselets, et ils

Feuilleton.

JOURNAL DU DOCTEUR SIMPLICE,

PRATICIEN DE PARIS.

Octobre 1858. — Je m'aperçois que, depuis mes deux petits voyages, ma clientèle a baissé. Je ne suis presque plus appelé sur la rive gauche du boulevard, où j'avais quelques bonnes maisons. J'ai appris que le confrère à qui, pendant mon absence, j'avais confié les malades de cette portion de mon domaine médical, a continué de les voir depuis mon retour. Un de ces clients a même eu l'indélicatesse, m'a dit Françoise, de venir prendre chez moi l'adresse de ce confrère. Françoise a eu beau lui dire que j'étais revenu à Paris, ce n'est pas moi qu'il a demandé, c'est mon confrère. C'est assez humiliant. Benoît m'a fait, à ce sujet, un très long discours dont il faut que je retienne et que je fixe ici quelques passages.

Selon Benoît, le médecin se trouve constamment placé entre deux écueils : la concurrence de ses confrères, l'ingratitude de ses clients.

Surveiller attentivement la concurrence, lutter contre l'ingratitude, tels doivent être les soins du médecin, dont la profession représente le capital qui doit le faire vivre.

Quant à la concurrence il faut éviter

L'occasion, l'herbe tendre
Et quelque diable aussi le tentant.

L'occasion : s'absenter et confier ses malades à un confrère, c'est fournir une occasion dangereuse à des appétits criants. J'aimerais mieux fermer ma porte, faire dire par mon concierge que je suis absent, que d'adresser mes malades à un confrère. Si le cas n'est pas urgent, ils attendront mon retour; et s'ils ne veulent pas attendre, le hasard les servira peut-être moins bien que moi-même en les faisant s'adresser à un confrère qu'ils apprécieront moins que moi. Le confrère suppléant, par cela même qu'il est suppléant, et en raison aussi du degré d'estime et d'affection dont le titulaire jouira dans la maison, se montrera empressé, prévenant, aimable, soigneux. Il sentira qu'il a une conquête à faire, et il emploiera tous les moyens d'y parvenir. Plus habile était dans ce cas un illustre médecin du commencement de ce siècle. Menant la vie à grandes guides, il prenait tous les ans deux grands mois de vacances. Il se faisait remplacer, c'est vrai, mais par qui? Lui, élégant, homme du monde, spirituel, lettré, catholique, ou faisant semblant de l'être, lui dont la clientèle ne se composait que de gens de cour, de nobles dames et d'évêques, il installait tous les ans dans son cabinet un très digne confrère, tout le monde lui rendait justice ; mais timide, réservé, peu soigneux du costume, de formes abruptes et tant soit peu voltairien. Ce contraste calculé était saisissant, et l'on comprend au profit de qui il pouvait tourner.

L'herbe tendre : dans ce temps d'âpre concurrence, de terribles convoitises, de surenchérissement de toutes choses; alors que le médecin, à Paris, ne peut se loger convenablement à moins de 2 à 3,000 fr. par an; lorsqu'il faut jeter au tapissier, au marchand de meubles un capital de 12 à 15,000 fr. qui devient improductif; quand il y a femme et enfants; femme, dont chaque robe absorbe le revenu de plusieurs hectares de terre; enfants, dont les frais d'éducation épuisent; quand il faut tenir maison, et que cette maison, dans les plus moyennes régions, dépense 12,000 fr. annuellement; quand on se trouve au milieu de quinze cents confrères, tous aux aguets d'un bon client; quand ces quinze cents confrères pâtissent des empiétements de jour en jour plus graves de l'exercice illégal et du charlatanisme; n'est-ce pas une imprudence extrême d'offrir comme appât à cette concurrence, à cette convoitise, à ces impérieux besoins de bonnes maisons où l'on est en crédit? Quoi de plus fragile, de plus capricieux et de plus inconstant que le crédit médical! On réussit plus souvent par les qualités qui manquent, mais dont on fait parade, que par celles que l'on possède, mais qu'on a la modestie de cacher.

Et quelque diable aussi le tentant : un grand et terrible diable, toujours rôdant, sans cesse en embuscade, en lutte perpétuelle avec les bons et généreux sentiments, disant non quand vous voudriez dire oui, poussant à gauche quand vous désireriez aller à droite, faisant luire à vos yeux de phosphorescentes lueurs jaunes et blanches qui attirent comme le miroir attire l'alouette; le diable d'argent, en un mot, à l'empire duquel vous êtes tous soumis et dont les exigences deviennent de jour en jour plus impérieuses.

Et lorsque vous avez maladroitement mis vous-même un de vos confrères dans une de ces positions tentatrices où, pour ne pas succomber, il faudrait posséder la vertu de Phocion ou la continence de Scipion, êtes-vous bien venu à regarder de travers celui qui dit :

Je tondis de ce pré la largeur de ma langue?

C'était à vous à veiller sur votre pré ; et puisque votre société médicale est ainsi faite, qu'il ne peut y avoir parmi vous que rivalités, lutte et antagonisme, c'est à vous de vous conduire avec la prudence et la réserve que cette malheureuse situation impose.

Elles sont dures mes paroles, ajouta Benoît, mais elles sont l'expression de la vérité pratique. C'est l'individualisme qui vous tue et l'individualisme n'est pas une conséquence, grâce à Dieu, de vos mauvais instincts, mais de votre organisation mauvaise. A cette organisation vous ne pouvez rien changer, car elle n'est que l'un des plus petits rouages du grand mécanisme social tout entier; mais vous pouvez le modifier, et cela par les mœurs. Il faut vous faire des mœurs médicales, car vous n'en avez pas. Depuis vingt ans et plus on vous dit de quelle manière vous pourrez sinon détruire au moins affaiblir l'esprit d'individualisme, qui n'est que l'esprit d'antagonisme. Vous avez jusqu'ici fermé les yeux et les oreilles. Allez-vous les ouvrir aujourd'hui qu'une ère nouvelle se prépare pour vous, alors qu'on ne demande à chacun de vous que le plus petit effort individuel, qui, multiplié par le nombre, doit produire une somme imposante de force et de puissance? Vous touchez, médecins, à un moment critique. Si vous méconnaissez, ou dédaignez l'occasion, *occasio præceps*, l'inexorable histoire accusera votre indifférence, votre égoïsme, vos vues fausses et courtes. Laissez dire ceux qui se renferment dans la mesquine objection d'une formule étroite, n'apercevant ou ne voulant pas apercevoir la largeur du principe. Impatiens, cassecous, coureurs d'aventures, enfants terribles du progrès, sachez donc mettre une sourdine à vos instruments.

Ainsi parla Benoît. Dans son âpre et brutal langage il y a quelques bonnes choses à retenir. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai immédiatement envoyé mon adhésion à l'Association générale.

Dr SIMPLICE.

sont antagonistes quant à la partie de la membrane qu'ils tendent séparément;

3° Cette membrane peut bien vibrer sous l'influence des sons qui viennent la frapper, mais elle ne peut les transmettre aux parties plus profondes de l'oreille sans subir les degrés de tension ou de relâchement par l'action de ces muscles.

4° Bien que l'intégrité du tympan ne soit pas absolument nécessaire à l'audition simple, sa lésion entraîne toujours une aberration dans la perception des sons;

5° Dans les perforations de sa partie antérieure, l'oreille est moins accessible aux notes graves, tandis que le contraire s'observe pour les tons aigus, dans les mêmes lésions de la partie postérieure;

6° Les osselets de l'oreille moyenne ne sont pas absolument indispensables au mécanisme de l'ouïe, pourvu, toutefois, que l'étrier seul soit resté intact et à sa place;

7° La chute de l'étrier, en livrant passage aux liquides contenus dans le vestibule et le labyrinthe, entraîne toujours la surdité et avec une rapidité qui est en rapport avec celle que le liquide a mise à s'écouler. (Cette conclusion est entièrement conforme à celles que M. Flourens a déduites de ses expériences sur les oiseaux);

8° Dans ce cas, si l'oreille a conservé un peu d'audition, elle sera bien sensible au moindre bruit, mais elle aura perdu toute aptitude à recevoir l'impression simultanée de plusieurs sons;

9° Les conditions nécessaires à une bonne oreille musicale, doivent résider (abstraction faite de l'intelligence), dans un accord parfait entre l'articulation malléo-tympanale, d'une part, la membrane du tympan et ses muscles moteurs, de l'autre;

10° Les examens faits sur plusieurs chanteurs émérites, m'ont démontré que le tympan était disposé, chez eux, de manière à recevoir également et directement les sons, sur toute sa surface;

11° La direction oblique et très inclinée de cette membrane, par rapport à l'axe du conduit auditif, constitue une disposition vicieuse qui, en affaiblissant l'ouïe, rend l'oreille très rebelle à certains sons.

— M. Bouchut expose *une nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse par l'amputation des amygdales.*

Frappé de l'insuffisance des médications vantées jusqu'ici contre l'angine couenneuse, M. Bouchut a imaginé une nouvelle méthode pour détruire cette maladie redoutable, qui est souvent le point de départ du croup.

S'il assiste au début de la maladie, il fait l'amputation des amygdales, sans se préoccuper de la reproduction des fausses membranes sur la surface de section, accident imaginaire, dit-il, qui n'a jamais eu lieu chez ses opérés. Quatre fois déjà, la nouvelle méthode a été mise en pratique, et les quatre enfants ont été complétement guéris sans aucun accident consécutif à l'opération. Dans tous ces cas, la surface coupée a offert les caractères d'une plaie simple, se cicatrisant en quelques jours au moyen d'une production régulière de bourgeons charnus et d'une suppuration de bonne nature.

L'exposition de ces faits, qui sont pour M. Bouchut le point de départ d'une théorie nouvelle de la nature des angines, se termine par les conclusions suivantes :

1° L'angine couenneuse est une maladie primitivement locale, susceptible de se généraliser en infectant l'organisme.

2° L'angine couenneuse, à son début, peut être arrêtée dans sa marche progressive envahissante par l'ablation des amygdales, et cette méthode constitue un moyen préventif du croup.

3° L'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse est absolument nécessaire, lorsque ces glandes sont assez fortement tuméfiées pour faire obstacle à l'hématose, et lorsque le murmure vésiculaire respiratoire, extrêmement affaibli, se fait à peine entendre.

4° Il n'y a pas lieu de craindre la reproduction des fausses membranes sur la plaie des amygdales, et la nature du mal ne contre-indique pas l'opération.

5° Cette amputation n'amène pas d'hémorrhagie, et elle produit une petite saignée locale dont les résultats sont plus avantageux que nuisibles.

6° La plaie des amygdales se guérit, dans ce cas, à la manière des plaies simples, après une suppuration de quelques jours.

7° Pour réussir, cette méthode ne doit être employée que dans les cas où l'angine couenneuse existe seule et sans complication de fausses membranes dans le larynx.

— M. Beau lit un mémoire sur les papilles de la langue. Ses recherches l'ont conduit à considérer les papilles, dites coniques des auteurs, comme des productions épithéliales, inorganiques, complétement insensibles, et qui, recouvrant la langue à la manière d'un gazon, n'ont d'autre fonction que de protéger les papilles nerveuses, mamelonnées, seules chargées de la sensibilité. Toutefois, les premières font office de houppe, et retenant longtemps les liquides dont elles s'imbibent, en favorisent la gustation. Cette imbibition facile rend compte des diverses colorations que présente la langue, de ses enduits et de la forme invariable qu'ils affectent, etc. M. Beau se demande, en terminant, si le muguet ne serait pas simplement une sécrétion épithéliale particulière.

Au moment où M. Beau déposait son manuscrit sur le bureau, M. Flourens a cru devoir lui rappeler qu'il avait, il y a quelques années, publié un travail sur l'anatomie de la langue, où se trouvent consignés les faits dont il venait d'entretenir l'Académie, et qu'il tenait à sa disposition les pièces préparées qui mettent ces faits en évidence.

— M. Guérin-Menneville a demandé la permission de montrer à l'Académie quelques vers à soie vivants, qui se nourrissent des feuilles du chêne et dont l'acclimatation est regardée désormais comme assurée.

— M. Trécul a clos la séance par la lecture d'un nouveau mémoire sur certains points de l'anatomie élémentaire des végétaux.

— C'est M. Budge, et non M. Buchs, qui, dans la précédente séance, a envoyé deux mémoires; l'un sur la croissance des muscles, l'autre sur la détermination d'un second centre spinal du nerf grand sympathique. Ce centre *génito-spinal* est situé au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, dans un espace de trois lignes seulement. En galvanisant ce point, on obtient des contractions de la vessie, du rectum et des vaisseaux déférents.

Dr Maximin LEGRAND.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE OBSERVÉE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE, DANS LE SERVICE DE M. PIDOUX (1).

(Août-Décembre 1857.)

Par M. le Dr L. SILVESTRE, ancien interne des hôpitaux.

SUIVIE

D'UNE NOTE DE M. PIDOUX SUR LA MORT PAR L'INTESTIN.

Le système nerveux, chez l'animal supérieur, est un appareil hiérarchique. Sa base — *Materia vitæ diffusa* de Hunter — s'enracine dans tous tous les points de l'organisme. Son absence d'un seul de ces points, à l'infini, placerait ce point hors du règne animal et en ferait un corps étranger. C'est pourquoi l'élément nerveux est intimement fondu dans la trame des tissus et avec le sang lui-même.

Il a dans la cavité du crâne la plus éminente concentration de toutes ses propriétés — *Materia vitæ coacervata.*

Ces deux pôles communiquent par une substance nerveuse intermédiaire en forme de trajets continus renforcés par des centres secondaires — *Materia vitæ internuncia.*

Cela est vrai non seulement du système nerveux dans son ensemble, mais de celui de chaque appareil. L'appareil digestif a donc un système nerveux particulier, hiérarchique comme le système total, et comme lui, plongeant par sa base ou ses éléments dans les profondeurs de l'animal à l'infini; ayant ses propriétés supérieures dans l'encéphale, et ses puissances secondes dans des trajets et des centres intermédiaires.

Il en résulte, que chez l'animal, la nutrition n'est pas seulement végétative, mais sensible, animée, et par conséquent, sympathique dans toutes ses parties. Chez lui, l'unité de cette fonction générale se fonde sur des centres pourvus de propriétés nerveuses de nutrition éminemment représentatives de toutes les actions élémentaires et intimes du même ordre.

Ces centres ont sur ces actions nutritives élémentaires l'influence supérieure que les centralités nerveuses sensitives ou motrices ont sur les organes des sens et les mouvements musculaires : ils les coordonnent, tant entre elles qu'avec les autres systèmes organiques.

Mais à un certain degré de l'échelle animale comme à un certain degré du développement embryonnaire, la sympathie du tube digestif avec les tissus se faisait plus directement. L'innervation n'avait pas de centre suprême; elle n'avait donc encore rien de complétement circulaire ou réflexe. J'ai signalé ce fait tout à l'heure dans les animaux inférieurs.

Or, je l'ai dit aussi : ce que l'animal a une fois acquis, il peut le modifier, mais il ne le perd plus. Ses forces se divisent et se centralisent pour la perfection du travail physiologique; mais l'organisme conserve les assises premières de son système, la fusion primitive des éléments dont l'éminente concentration compose ses appareils.

Ceux-ci se forment en centres de fonctions spéciales; mais en se divisant au sommet, leurs éléments restent fondus à la base, et les sympathies simples et directes auxquelles était borné le système de la nutrition chez l'animal inférieur, subsistent chez l'animal supérieur. Seulement, elles se renforcent dans des foyers de perfectionnement; des puissances centrales s'y ajoutent, en harmonie avec des rapports plus étendus et des besoins nouveaux.

Quoique le tube digestif excite chez l'homme des sympathies réflexes par le centres nerveux au moyen d'un véritable circuit d'innervation, il en a néanmoins d'immédiates et de primitives. Celles-ci représentent les sympathies simples et directes que nous avons vues exister chez les animaux parenchymateux, où le canal alimentaire, ramifié partout, paraissait le seul appareil distinct.

Il résulte de là, que certaines propriétés du vaste appareil de la nutrition sympathisent directement entre elles, et qu'il en est d'autres qui sympathisent indirectement et par action centrale ou réflexe. Celles-ci sont le luxe de la vie; elles supposent chez l'animal des rapports extérieurs déjà nombreux, et une existence développée.

Les premières sont fondamentales, et, comme on dit, organiques. Elles ont pour objet les fonctions vitales communes à toute l'animalité, celles que toutes les autres fonctions supposent, et qui n'en supposent nécessairement aucune autre.

Ce sont les sympathies cérébrales réflexes qui entrent particulièrement en action dans les exemples que j'ai pris de la sensation de la faim, et de la restauration immédiate des forces par l'ingestion d'un aliment stimulant et avant son absorption. Mais ces sympathies supérieures supposent celles qui appartiennent aux types inférieurs de l'animalité.

C'est par celles-ci, c'est par l'affaiblissement de ces sympathies primitives, fondamentales, organiques — pour me servir de l'expression de Bichat — que s'opère particulièrement l'anéantissement des forces végétatives dans le cas de lésion profonde du tube digestif, comme on l'a vu chez nos dysentériques.

Ici, ce ne sont pas les actions nerveuses, et par conséquent les sympathies propres à l'animal supérieur, qui sont primitivement anéanties dans l'appareil central de la nutrition; ce sont les actions nerveuses, et par conséquent les sympathies de l'animal inférieur, celles que nous avons trouvées à la base de la série; que nous retrouvons dans l'embryon des animaux supérieurs, lorsque la vésicule ombilicale figure l'appareil digestif en *consensus* direct avec la masse confuse et presque homogène du nouvel être; celles enfin qui constituent toujours le fondement organique ou le blastème du tube digestif chez les animaux supérieurs et chez l'homme.

Cette couche primitive et profonde des propriétés du canal assimilateur, sympathisant, comme chez les animaux inférieurs, avec le tissu nourricier ou cellulaire, est donc spécialement affectée par les maladies de ce canal, qui, comme la dysenterie grave, l'attaquent dans sa vie organique.

Voilà ce que j'entends par l'influence sympathique primitive, essentielle, profonde d'un viscère sur la nutrition générale, et par l'anéantissement de l'influx tonique du tube digestif sur les fonctions végétatives intimes.

Ces considérations physiologiques m'étaient indispensables pour faire comprendre maintenant en deux mots ce genre de mort que j'appelle la mort par l'intestin. Elles auront peut-être aussi l'avantage de montrer les sympathies sous un nouveau jour : les sympathies dont on a dit qu'elles ne sont qu'un mot destiné à voiler notre ignorance et à arrêter les progrès de la physiologie, lorsque leur connaissance profonde et positive est, au contraire, la physiologie même.

On vient de voir une nouvelle application de cette méthode que j'ai déjà exposée bien des fois et que je rappelais tout à l'heure : QU'IL FAUT EXPLIQUER PAR UN MÊME PRINCIPE, ET LA FORMATION DES ORGANES, ET LEURS PHÉNOMÈNES UNE FOIS QU'ILS SONT FORMÉS.

Hors de cette loi, le mécanicisme ou l'asservissement de la physiologie aux sciences physiques, coule de soi, et l'animisme à sa suite, aussi nécessairement que la théorie des marées, du principe de la gravitation universelle.

La doctrine des sympathies repose donc sur la loi d'évolution du système nerveux dans l'embryon et dans la série animale.

Le système nerveux formé, fonctionne dans l'œuvre des sympathies, selon les mêmes lois qui ont présidé à la subordination des diverses parties dont il se compose et à leur évolution dans l'embryon et dans l'échelle des animaux. C'est la même force, ce sont donc les mêmes lois, selon ce principe, que la nutrition, et même l'activité fonctionnelle dans les êtres organisés, ne sont qu'une génération continue. Le contraire serait impossible.

Conçues comme elles le sont, les sympathies méritent ce qu'en disait Magendie. Quand ce ne sont pas de grossières erreurs, ce ne sont que des mots.

A sa place, j'aurais conclu que les nerfs ne sont aussi que des ficelles, et tout au plus, des fils électriques qui meuvent extérieurement les organes. Partant de l'anatomie morte ou topographique, il en avait le droit. Son antipathie pour la vie considérée comme force distincte des forces de la nature inorganique, aurait été juste, s'il n'existait pas un autre vitalisme que le vitalisme des vieilles écoles.

Cette doctrine surannée est, j'en conviens, une protestation permanente et honorable du bon sens contre le physicisme; mais elle est impuissante à servir directement la physiologie, et n'a jamais su que déguiser le mécanicisme et l'animisme sous des mots vides de réalités vivantes.

Maintenant, si le lecteur veut bien se reporter à la description de M. le docteur Silvestre, il pourra comprendre comment la mort de nos dysentériques était une mort analogue à celle des végétaux, une mort sans agonie.

Je ne veux pas examiner ici si le trépied vital est bien formé, comme le voulait Bichat, par le cœur, le poumon et le cerveau; et pourquoi l'ingénieux physiologiste a exclu de l'organisme, comme étranger à la vie et à la mort, l'appareil digestif, l'estomac, que Hunter plaçait à la base.

Je crois qu'on peut introduire dans la physiologie de la mort une division plus réelle que celle qui consiste à la faire commencer alternativement par le cerveau, le poumon et le cœur; le poumon, le cœur et le cerveau; le cœur, le cerveau et le poumon. Tout cela ne fait pas trois choses, mais deux seulement. Il est aussi impossible de détacher le cœur des capillaires du poumon que des capillaires généraux. C'est un seul et même système, que l'organe principal de la circulation concentre dans ses deux paires de cavités inséparables, se contractant et se dilatant ensemble, les unes veineuses, les autres artérielles, car il n'y a qu'un cœur.

Il est vrai que, pour simplifier le problème, Bichat n'a entendu appliquer ses recherches qu'à la mort subite et accidentelle. Or, qu'est-ce que la mort subite, surtout celle que produisait Bichat? C'est la mort par les centres supérieurs. S'il avait enlevé à l'animal les aliments comme l'air atmosphérique, et observé le genre de

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 12, 14 et 21 octobre 1858.

mort qui s'en serait suivi, il aurait vu aussitôt, qu'il n'y a véritablement que deux manières de finir : l'une par les centres, l'autre par les éléments organiques. Cette grande et naturelle division une fois marquée, la manière dont s'enchaîne la cessation des mouvements dans les centres, n'est plus qu'une affaire secondaire.

Donc, deux genres de mort : 1° l'une par les centres, ou dans laquelle les fonctions spéciales de ces foyers organiques, s'éteignent les premières; 2° l'autre par les éléments organiques ou dans laquelle les fonctions vitales communes s'éteignent primitivement.

Dans celle-ci, il n'y a pas, il ne peut y avoir d'agonie, car la lutte suprême a pour siége l'épigastre, le crâne et la poitrine. Or, les fonctions spéciales de ces trois centres reposent sur les fonctions végétatives qui sont communes à tout l'organisme, et par conséquent au cœur, au cerveau et à l'estomac eux-mêmes.

Atteints dans leurs racines, c'est-à-dire dans leurs fonctions vitales communes, ils cessent de vivre à la manière des végétaux, sans réaction de leur activité spéciale, par conséquent sans combat.

Au contraire, quand la mort commence par les centres, les fonctions éminentes de ceux-ci pouvant s'enraciner encore dans les forces élémentaires de l'organisme, une réaction et un combat y puisent des matériaux pour s'alimenter. Il y a donc agonie; mais lorsqu'elle cesse, et que l'individu meurt par cette cessation de sa vie centralisée, la mort est moins totale que dans le genre précédent, car la vie élémentaire et générale, la vie commune à tous les êtres organisés, persiste encore quelque temps.

On a vu comment l'organe nourricier général était exténué par la lésion profonde et organique de son centre ou d'une des parties de ce centre, l'intestin. Il l'est aussi, c'est bien évident, par la paralysie dont sont frappés les vaisseaux chylifères ou absorbants, et par sympathie, les vaisseaux lymphatiques généraux.

Toute maladie qui anéantira primitivement la nutrition générale, pourra donc produire la mort par l'intestin. Si je la nomme ainsi, c'est qu'on ne l'observe jamais d'une manière plus directe, plus prompte, plus spéciale que lorsque l'intestin en est le point de départ. Ses phénomènes propres ne sont jamais plus marqués que quand c'est l'intestin — le *primùm vivens* et l'*ultimùm moriens* des organes — qui, atteint d'emblée dans ses propriétés fondamentales, meurt le premier.

Les enfants affectés d'entérite cholériforme avec ramollissement du gros intestin, périssent de cette manière étonnante.

Les individus qui succombent à une occlusion intestinale, à un volvulus, privés, comme on le voit quelquefois, de tout influx sympathique de l'intestin sur le tissu nourricier, finissent souvent comme des végétaux. Leurs centres organiques sont incapables de produire l'agonie. Ils sont tranchés par les racines.

Mais la dysenterie est une des maladies où cette mort m'a toujours paru le mieux caractérisée.

C'est là qu'on observe bien la mort graduelle, la mort en détail que M. Silvestre a décrite.

Tous les matins on est surpris de retrouver vivant, un homme que la veille on a laissé refroidi, sans pouls ou avec un pouls qui remontait chaque jour, et qui a depuis longtemps disparu de l'avant-bras. La respiration lente et faible comme la circulation, paraît celle d'un animal à sang froid. Le cerveau seul, témoin de cette dissolution successive, a l'air de veiller à l'hibernation des autres parties du corps. Je l'ai vu d'une intégrité parfaite, d'une lucidité paisible, plus grande, plus distinguée, peut-être, que celle du sujet dans sa vigueur.

Qui n'a observé cette mort chez de certains cholériques? Il sont algides, leurs artères inertes, leurs poumons paralysés. La vie ne se traduit plus que par des crampes, une parole éteinte et une présence d'esprit qu'on dirait survivre. Ils meurent debout : c'est la mort par l'intestin.

J'ai dit que cette mort était étonnante. Oui, étonnante de calme et de beauté! exempte pour les yeux d'une famille, des spasmes et du râle de l'agonie; douce pour le patient, qui a l'honneur d'y assister.

La mort par l'intestin ou par les éléments organiques, accompagnée de la conscience de cet acte solennel, réaliserait l'euthanasie des anciens.

Elle offre au physiologiste comme une présomption expérimentale de l'existence de l'Ame et de son Immortalité.

PIDOUX.

BIBLIOTHÈQUE.

ESSAI SUR LES MOLLUSQUES CONSIDÉRÉS COMME ALIMENTS, MÉDICAMENTS ET POISONS (1);

Par M. Charles OZENNE.

Autrefois, dans le bon temps, lorsque le jeune docteur, après être sorti victorieusement de l'examen sur la pratique, était admis à la *licence*, qui lui donnait pouvoir de lire, enseigner, interpréter, et exercer la médecine *hic* et *ubique terrarum*, il était d'usage que le récipiendaire, non seulement fît cadeau à son président de thèse, des ornements du doctorat — soutane de soie violette, robe rouge fourrée, bonnet carré — mais encore qu'il conviât à un festin, dont il faisait tous les frais, les docteurs régents de la Faculté, auxquels venaient se joindre par aventure le chancelier de Notre-Dame et les chanoines de la noble église. Le nouvel Esculape ne manquait pas non plus d'offrir aux examinateurs et aux maîtres, des épices rares et fort recherchées, ainsi que des pastilles de sucre empreintes du portrait du doyen actuel, — *imago saccharina*, — qu'on obtenait aisément en empruntant le coin qui servait à frapper les médailles du chef de la docte compagnie sur des pièces de cuivre et d'argent.

(1) Thèse inaugurale, 74 pages.

Les professeurs actuels de notre antique École ont dû se remémorer ces coutumes de leurs prédécesseurs, lorsque M. Charles Ozenne est venu leur offrir, dans sa thèse inaugurale, non moins de quarante-huit genres de mollusques, sans compter les espèces et variétés, capables de figurer avec plus ou moins d'honneur sur les tables gastronomiques.

Voyez plutôt cette liste qui n'est pourtant pas complète :

Poulpe. — Très recherchée chez les anciens. On la mange aussi sur nos côtes, mais particulièrement en Italie.

Éledon. — Les anciens lui faisaient les honneurs de la table, malgré son odeur musquée. Il fait la nourriture des pêcheurs de la Sicile et de la Sardaigne.

Argonaute. — On doit en manger dans certaines localités, parce que ce mollusque est voisin de la poulpe.

Sépiole, ou *lou Sepioun* des Provençaux, qui le font frire dans l'huile.

Seiche. — Mets des rois et des grands chez les Grecs, et qu'on s'envoyait en présent le cinquième jour de la naissance des enfants, avant de leur imposer un nom. La seiche est vendue en grande quantité sur le littoral de la France et de l'Italie.

Calmar. — Les Romains en faisaient des pâtes. M. Ozenne en a mangé, et son estomac n'en a pas souffert, quoi qu'en aient dit Hippocrate et Galien.

Ommastrophes. — Très recherché sur les côtes du Chili.

Nautile. — On mange de ce charmant mollusque dans les îles de Nicobar.

Aplysie. — Les habitants des îles de la Société en font leurs délices.

Limaces. — On dit que les Tunisiens en mangent ou en ont mangé. Grand bien leur fasse!

Hélices. — Les Romains les aimaient tellement qu'ils établirent des escargotières, où l'on nourrissait ces animaux avec du vin cuit, de la farine et des plantes aromatiques. Nos Francs-Comtois et nos Lorrains ont imité en cela les vainqueurs du monde. Les moines de l'Autriche mangent à eux seuls quatre millions par an de ce gros escargot qu'on nomme *Helix Pomatia*.

Navicelle. — Usitée en l'île de France.

Pourpre, Littorine, Turbot, Natice, Buccin, tous les Murex ou Rochers, Haliotides, Patelles. — Ces divers mollusques sont mangés sur le littoral de notre France, ou ailleurs.

Oscabrion de Sicile. — M. Cross seul y a goûté, et le trouve aussi dur et aussi fade que les patelles.

L'Huître. — Nous conseillons aux nombreux amateurs de ce roi des mollusques de lire les préceptes que donne là-dessus notre jeune et savant confrère.

Anomie. — Les Rochellois n'ont pas peur de sa phosphorescence, et la croquent à pleines dents.

Peignes. — On les mange cuits sur notre littoral. Les Parisiens commencent à prendre goût pour le *Peigne Saint-Jacques* (Pecten Jacobœus).

Arche. — Plusieurs espèces édules.

Moules. — Aliment très usité. On les élève dans des « bouchots. » Il y a de ces bouchots, ceux de la baie d'Aiguillon, qui, à eux seuls, en fournissent annuellement 30 à 37 millions de kilogrammes, — environ pour un million de francs.

Anodonte. — Cette moule d'eau douce se mangeait autrefois dans le Lyonnais et ailleurs.

Mulette. — Edule au Mont-St-Michel.

Buccarde. — Voir la *Fée aux Miettes* de Ch. Nodier.

Sholade. — Les Romains en mangeaient. Les Rochellois en mangent aussi.

Ascidie. — L'émule de l'huître dans certains pays.

Mactre, Solen, Philonexis, Loligo, Fissurella, Fusus, Ostrea, Lima, Cama, Modiola, Venus, Cytherea, etc., etc.

M. Ozenne, en malacologiste expérimenté, après avoir passé en revue, suivant l'ordre de leur classification naturelle, les mollusques qui servent de nourriture à l'homme, examine les qualités médicamenteuses qu'on leur a prêtées. Il nous donne un curieux tableau des errements de nos pères, qui ont doté presque tous ces êtres de propriétés thérapeutiques les plus singulières et les plus fantastiques. Citons seulement un exemple, celui de la limace. Qui ne connaît cette vilaine bête rouge brique, encapuchonée d'un manteau de même couleur, suant une matière visqueuse, nauséeuse, et se collant sur les pierres humides? Eh bien, chez les Romains, la limace jouissait d'une grande réputation. C'était une panacée universelle : on en faisait, contre la céphalalgie, des cataplasmes qu'on appliquait sur le front ou des sachets autour du cou contre la fièvre quarte. Galien ordonne gravement, dans l'odontalgie, de mettre dans la dent cariée une limacelle broyée, et de boucher le trou avec de la cire. Contre la dysenterie, le naturaliste de Rome, recommande de prendre cinq limaces d'Afrique, de les brûler avec le poids d'un demi-denier d'acacia, et d'avaler deux cuillerées de cette cendre dans du vin de myrrhe, avec une pareille quantité d'eau chaude. La cendre de limace était encore préconisée contre une foule d'affections, telles que taies, ulcères atoniques, hydrocèle des enfants, épistaxis. Bien plus, les dames romaines ne craignirent pas de demander à la limace un moyen pour adoucir et blanchir leur peau : elles en faisaient faire des onguents, des pommades, des cosmétiques et de l'eau distillée.

Quant aux qualités toxiques de certains mollusques, elles ont été presque autant exagérées que leurs vertus toxiques et curatives, et M. Ozenne fait bien vite justice de tout cela. Il n'a pas oublié, comme bien on pense, cet ensemble de phénomènes morbides connu sous le nom d'*empoisonnement par les moules*, que fait naître parfois aussi l'usage des huîtres, et qui, jusqu'ici, n'a pas été expliqué d'une manière très satisfaisante. Notre jeune confrère, après avoir rapporté et discuté les opinions de Burrows, Chisholm, J. Clarke, Lamouroux, Beunie, Orfila, etc., émet aussi la sienne. Nous la citons *in extenso* :

« Pour nous, nous pensons que les causes de cet empoisonnement » résident dans l'*alimentation des moules*, dans *une certaine altération* » *qu'elles subissent par suite d'un trop long séjour hors de leur élément*, » et, enfin, *dans le produit même de leur production*. Il nous semble » prouvé que le frai des astéries est suffisant pour causer des accidents » sérieux, et probablement une partie de ceux qu'on observe à la suite » de l'ingestion des moules. En outre, nous avons remarqué, lors de » notre séjour à Dieppe, en 1848, que les moules que nous avons » mangées, crues ou cuites, peu après les avoir cueillies nous-même, » ne nous ont jamais causé le moindre trouble, et nous sommes per- » suadé que plus le temps qui se sera écoulé entre le moment de la » pêche et celui où l'on consommera les moules sera long, plus il y » aura de chances pour voir survenir les accidents. Enfin, la dernière » cause à laquelle nous attachons une grande importance est la ponte. » Tout le monde sait que chez les moules, ainsi que chez les huîtres, » les sexes sont réunis; et que, vingt-quatre heures après la ponte, les » embryons sont déjà munis de leurs valves; aussi, nous croyons ferme- » ment que c'est à ces coquilles très fragiles que sont dus les accidents » limités au tube digestif, tandis que nous regardons les Étoiles-de-Mer, » (du frai desquelles les moules se nourrissent) comme causes des » phénomènes sympathiques que l'on observe si souvent. »

Il est bon d'enregistrer cette manière, toute nouvelle, d'expliquer l'empoisonnement par les moules.

Nous ne pouvons non plus passer sous silence, vu leur importance, des faits réels d'empoisonnement occasionnés par des escargots, qui ne sont nullement venimeux par eux-mêmes, mais qui peuvent le devenir quand ils se sont nourris de substances toxiques, des solanées, entre autres, de la ciguë, et de la digitale, dont les hélices sont très friandes. M. Ozenne emprunte ces observations à MM. Fontaneilles, Rossi et Davilli.

Ainsi, une femme de 34 ans, après avoir mangé trois escargots cuits, trouvés dans un fossé où croissaient la belladone, la ciguë vireuse, fut prise, une demi-heure après, de vertiges, de nausées, soif ardente, rougeur, gonflement de la face, démangeaisons sur tout le corps, taches rouges sur le dos et le ventre, froid aux extrémités, semi-paralysie, amaurose, délire céphalique, tous phénomènes qui disparurent presque complétement sous l'action d'un émétique qui entraîna une partie des animaux mangés.

Ainsi, encore, une autre femme de 52 ans et son fils âgé de 22 ans, ayant mangé un assez grand nombre d'escargots cuits à la sauce, et qui avaient été recueillis sur des genêts, éprouvèrent, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre, une sensation générale de froid, des vertiges, le trouble à la vue, une sueur froide, des vomissements, l'extinction de la voix, l'insensibilité du pouls, la contraction des muscles abdominaux. L'administration des toniques excitants fit justice de ces troubles.

Enfin, M. Rossi a fait quelques expériences directes sur des chats, qui semblent démontrer que le principe vénéneux de la belladonne et de la ciguë peut, étant assimilé par des escargots, auxquels il ne fait point de mal, occasionner de graves accidents chez des personnes qui mangeraient ces animaux ainsi saturés du poison.

Cette analyse rapide, et faite *suspensa manu*, de la thèse de M. Charles Ozenne, ne donnera qu'une idée imparfaite des longues et patientes recherches qu'il a dû faire pour planter dignement son premier jalon dans le sentier de la science. Adonné depuis longtemps, de cœur et d'intelligence, à l'étude des mollusques, cette partie intéressante de l'histoire naturelle deviendra pour lui, nous n'en doutons pas, le but de nouvelles recherches qui lui apporteront honneur et considération.

Dr A. CHEREAU.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DEUXIÈME ARRONDISSEMENT DE PARIS,

Compte-rendu trimestriel. — Présidence de M. DEMARQUAY.

Sommaire. — Calibre des canules à trachéotomie. — Hémorrhagies, éruptions et paralysies consécutives à la trachéotomie et aux diphthérites. — La pepsine et son emploi. — Fractures de l'avant-bras. — Emploi du massage dans les entorses.

M. DEMARQUAY communique à la Société le fait suivant : Il y a quatorze ans, une dame ayant été arrêtée par des voleurs, eut le larynx tranché. Elle guérit, mais en conservant une atrésie de l'organe. L'année dernière une laryngite lui étant survenue, la gêne de la respiration augmenta; et cette année, à la suite de la grippe qu'elle avait contractée, la dyspnée devint telle, qu'on eut à craindre la suffocation. M. Trousseau, qui donnait alors des soins à cette dame, l'envoya à la Maison de santé du faubourg St-Denis, où M. Demarquay dut lui faire subir l'opération de la trachéotomie le 29 janvier. La malade, qui ne souffrit point pendant l'opération, se rétablit complétement; toutefois, l'ouverture laryngée ne pouvant suffire à la respiration, il fallut laisser à demeure une canule à soupape, au moyen de laquelle la patiente pouvait parler en fermant l'ouverture de l'instrument. Quelque temps après M. Demarquay ayant reçu la visite de cette dame, remarqua chez elle une grande gêne de la respiration; et après avoir conféré avec M. Trousseau, il acquit la conviction que la canule avait un calibre insuffisant, quoi qu'elle fût du diamètre habituellement adopté pour les adultes. Il en fit donc fabriquer une autre beaucoup plus volumineuse, qui fut placée sans difficulté et au moyen de laquelle la gêne de la respiration a tout à fait disparu.

M. GUERSANT dit que les exemples de personnes qui sont obligées de garder la canule à demeure ne sont pas rares. Il donne des soins à un jeune homme de 17 ans qui en porte une depuis six mois; un autre l'a gardée quinze mois, et l'ancien directeur de l'École normale la portait depuis près de deux ans quand il succomba. Il pense que, dans ces cas, s'il n'y a pas les lésions de la phthisie, on peut essayer de dilater le larynx.

M. ARCHAMBAULT, à l'occasion de la particularité de l'observation de M. Demarquay, que la malade fut soulagée d'une manière sensible par l'introduction d'une canule très volumineuse, rappelle la remarque qu'il a souvent faite sur l'insuffisance de calibre des canules proposées pour les différents âges. On ne sait pas expérimentalement quelle dimension il faut donner aux canules, suivant l'âge des sujets. On se fonde habituellement sur le peu d'espace qui sépare les cordes vocales et qui mesure l'arc de l'ouverture laryngée, et, en prenant cette base, on fabrique des canules trop étroites. Il a pu s'assurer de ce fait par l'observation directe un assez grand nombre de fois. Ainsi, par exemple, un enfant qui avait une de ces canules respirait quarante fois par minute, sans qu'aucune lésion pût expliquer cette accélération; on obtenait une diminution de huit à dix inspirations en introduisant un modèle de plus fort calibre. En principe, il croit qu'une canule n'est pas trop grosse quand elle peut entrer facilement dans la trachée-artère.

M. DEMARQUAY raconte qu'il a pratiqué récemment deux fois l'opération de la trachéotomie, une surtout sur un jeune médecin affecté de phthisie laryngée, et qu'après l'incision de la trachée, il est survenu de l'orthopnée et un écoulement sanguin abondant. Le chirurgien a triomphé de cette hémorrhagie en introduisant une grosse canule dans la trachée.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN a pu arrêter des hémorrhagies consécutives à la trachéotomie en pinçant le tissu cellulaire incisé et en appliquant ensuite des fils sur tous les vaisseaux béants.

M. GUERSANT, dans le but d'éviter les hémorrhagies consécutives à l'opération, incise la peau et le tissu cellulaire, écarte l'espace inter-

cellulaire avec une sonde d'argent, et met ensuite le doigt sur la plaie faite à la trachée. Il regarde la trachéotomie comme une opération plus simple chez l'adulte que chez l'enfant.

M. DEMARQUAY pense que, dans le cas d'orthopnée, il est très difficile d'empêcher les hémorrhagies des tissus profonds à l'aide de la compression du tissu cellulaire, soit avec la sonde d'argent, soit par l'introduction de la canule, sans recourir à l'emploi des moyens hémostatiques. Il ajoute que la trachéotomie est difficile chez les adultes, si la phthisie laryngée dure depuis longtemps et si les arceaux cartilagineux de la trachée sont ossifiés. Il fait observer que la douleur est faible dans cette opération, et que les enfants qui la subissent ne poussent pas de cris.

M. SÉE rapporte que, consécutivement à la trachéotomie, il a vu six fois se développer une éruption scarlatiniforme, quarante-huit heures après l'opération. Cette éruption envahit le corps d'emblée, épargne ordinairement le visage, et n'est pas plus intense sur les mains que sur les autres parties du corps. Elle dure de vingt-quatre à quarante-huit heures. Sur six malades, cinq ont succombé; un seul a guéri; de sorte qu'on ne peut rien inférer de l'influence de cette maladie sur la marche du croup. M. Sée demande quelle est la nature de cette éruption. En considérant qu'elle ne dure qu'un à deux jours, que la fièvre persiste au delà de l'éruption, que l'urine n'est pas plus albumineuse que dans les cas de croup simple, il est porté à la regarder comme simplement scarlatiniforme.

Il ajoute que les cas d'angine qui précèdent la scarlatine sont fréquents, mais que ce qui est rare, c'est de voir un enfant qui a une scarlatine prendre une angine pseudo-membraneuse atteignant le larynx après six jours d'éruption et de fièvre, de voir des traces de desquamation, et la guérison suivre tous ces accidents. M. Sée pense qu'il y a une importance pratique à déterminer ces cas, parce que ces éruptions peuvent n'être que des épiphénomènes de diphthérite ou de scarlatine. Il faut éloigner l'idée d'érysipèle ou d'hydrargyrie; car les frictions mercurielles sont très rarement employées aujourd'hui dans ces cas. Si ces éruptions ne sont pas des épiphénomènes de diphthérite ou de scarlatine, elles constituent le croup scarlatineux, qui a le caractère, la marche de la scarlatine, et dont le pronostic est très grave, tandis que dans les éruptions scarlatiniformes le pronostic est peu sérieux. Il y a à noter ici l'observation de Hassan, qui regarde les éruptions fugaces comme importantes chez les individus atteints d'angine maligne.

M. MARROTTE a vu une fois une éruption de même nature que celle mentionnée par M. Sée. Un enfant est atteint de diphthérite à Compiègne, où cette affection régnait épidémiquement. On l'amène, après six jours de maladie, à M. Marrotte, qui constate l'état suivant : enchifrènement, difficulté de déglutition, dyspnée, fausses membranes dans le nez et dans la gorge. Les accidents se manifestant dans le larynx, on fit la trachéotomie et le malade rendit des fausses membranes ayant la forme des bronches. Trente-six heures après, apparut sur tout le corps, sauf le visage, une éruption rosée disparaissant sous le doigt, et dont la durée fut de deux à trois jours. L'enfant succomba après quinze jours de maladie. M. Marotte ne croit pas que cette éruption fût de même nature que la scarlatine; il cite un second fait de diphthérite qui s'est compliquée d'une affection d'un autre genre. Un homme de 50 ans ayant l'habitude de priser, mais d'une seule narine, fut atteint d'une diphthérite qui débuta par la fosse nasale correspondant à cette narine. Bientôt l'affection s'étendit à la gorge, mais n'alla pas plus loin et guérit. Cependant la santé dépérissait, et il survint, du côté occupé par la diphthérite, une paralysie de la moitié du voile du palais. Un côté du voile s'élevait plus que l'autre pendant la déglutition, et le goût était perdu dans la moitié correspondante de la langue, puis on remarqua de l'engourdissement dans les doigts et le sol était moins bien senti pendant la marche, devenue difficile : il lui semblait qu'un corps était interposé entre le sol et son pied. Malgré la gravité de ces symptômes, la guérison fut obtenue à l'aide de l'électricité, du quinquina, du café, des ablutions froides et des bains de mer. Ces faits démontrent que les affections diphthéritiques peuvent être suivies d'accidents plus ou moins sérieux.

M. SÉE a observé deux faits de paralysie consécutive à la diphthérite. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune anglaise qui dépérissait depuis un mois; sa voix était nasillarde et la déglutition des boissons amenait des accès de suffocation; le voile du palais était rétracté. Cette jeune femme me déclara avoir été prise d'un mal de gorge à son arrivée; il lui survint une paralysie complète du voile du palais et du goût. Elle fut guérie par des cautérisations au nitrate d'argent. Dans le second cas, une angine diphthéritique fut suivie de gêne dans la parole et de paralysie complète du voile du palais. On peut comparer ces éruptions et ces paralysies consécutives à la diphthérite, à celles que l'on observe à la suite du choléra et de la fièvre typhoïde.

M. CHAUSIT rappelle que, d'après un travail de M. Richard, sur soixante cas d'angine, il y en a cinquante où le voile du palais est paralysé. En général, cette affection se termine heureusement dans l'espace de douze, quinze à dix-huit mois au plus. Il ajoute que ces paralysies du voile du palais peuvent dépendre d'une autre angine que l'angine couenneuse. Dans un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque, il a constaté, après avoir provoqué le vomissement, qu'il restait à la gorge une sorte d'angine, le traitement antiphlogistique calma l'inflammation; mais, deux mois après, il y avait impossibilité d'avaler les solides, et le malade était parfois obligé de les rejeter; le voile du palais était mobile, mais il y avait dysphagie.

M. MIALHE fait connaître un élixir de pepsine, qu'il a composé pour remplacer les autres préparations de pepsine. Une cuillerée de 20 gram. de cette liqueur contient 1 gramme de pepsine. Elle a une odeur et un goût qui permettent de la prendre avec plaisir.

M. SÉE déclare que, à son sens, on a trop vanté la pepsine et que son administration ne justifie pas les éloges qui lui ont été prodigués. Dans les vomissements incoercibles que l'on observe pendant la grossesse ou dans les simples dyspepsies, elle ne réussit pas mieux que les autres médicaments. M. Barthez, à la vérité, a cité des cas de vomissements et de diarrhée rebelles qui ont été guéris par la pepsine; mais on peut guérir ces affections avec des remèdes divers. Quant aux vomissements des femmes grosses, tous les moyens ont eu leurs succès, depuis le vin de Champagne et le kirsh jusqu'à l'iode. Parfois un simple changement de lieu les fait cesser. Il faut donc faire la part de ces faits pour juger l'action de la pepsine. Il en est de même pour les vomissements hors l'état de grossesse. M. Gros a publié un mémoire sur l'emploi de la pepsine dans ces cas; mais les faits qu'il rapporte no sont pas suffisamment concluants; parfois ces vomissements sont remplacés par une diarrhée rebelle. M. Sée a vu, avec M. Trousseau, une jeune fille qui avait des vomissements incoercibles. Un jour, elle cessa de vomir et il se déclara une diarrhée que rien ne pouvait arrêter. On administra alors la pepsine, et les vomissements reparurent. Dans ce fait, dès que les vomissements cessaient, la diarrhée reparaissait; il y avait bien là dyspepsie, car on reconnaissait la forme des aliments non digérés dans les garde-robes. L'étude de ces affections n'est point achevée, et il y a plusieurs catégories à établir : les unes sont incurables et les autres cèdent parfois à des moyens très simples. M. Sée a vu, avec M. Demarquay, une jeune femme atteinte de battements de cœur qui présentait un tremblement continuel du pouls. Elle fut prise de vomissements que rien ne put arrêter; toute médication échoua. Il adressa alors cette malade à M. N. Guillot, qui prescrivit un bain; à l'instant les vomissements s'arrêtèrent, et la guérison eut lieu complétement, sauf cependant l'état du cœur. Il faudrait donc une longue série de faits de guérison par la pepsine pour établir son utilité dans ces divers cas.

M. DEMARQUAY cite un cas de vomissements incoercibles qui furent guéris par le simple transport de la malade à Auteuil.

M. COSTER dit qu'avant qu'il fût question de la pepsine, il avait fait des expériences qui consistaient à dépouiller des estomacs d'animaux de leur membrane muqueuse, à dessécher cette dernière et à la réduire en poudre. Il administra plusieurs fois cette poudre avec succès et à des personnes qui digéraient mal. Il croit que la pepsine est utile dans les dyspepsies et sa propre expérience confirme à cet égard son assertion.

M. SÉE répond qu'il n'a point entendu blâmer l'emploi de la pepsine, il a voulu appeler l'attention sur les différentes causes des vomissements. Il dit que la pepsine a été administrée indistinctement dans tous les cas et que cependant les dyspepsies sont de nature variable. La difficulté est de saisir les indications, et cette étude n'est point achevée. Quant à l'emploi de la pepsine dans les convalescences de maladies graves, M. Sée ne lui reconnaît pas non plus d'avantages sérieux et ne voit pas qu'il y ait là d'indication précise de cette substance.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, à propos d'un malade auquel il a été récemment appelé à donner des soins, dit que dans les fractures de l'avant-bras, il y a des inconvénients fort graves à soumettre le membre fracturé à une compression même légère, alors qu'il existe encore de la tuméfaction. Il veut qu'on laisse le membre entouré de cataplasmes pendant plusieurs jours, et c'est alors seulement qu'il applique l'appareil. Celui-ci se compose d'une attelle de deux pouces et demi placée à la face palmaire. La main est dans la flexion, ainsi que les doigts qu'on peut mouvoir pendant le cours du traitement. Ces principes ont été développés par M. Hervez de Chégoin dans une monographie qu'il a publiée il y a plusieurs années. Il n'a jamais eu d'accident depuis qu'il s'est arrêté à cette pratique.

M. DEMARQUAY fait observer que, dans les fractures du radius, il est toujours difficile, si bien qu'on prenne ses précautions, de prévenir la rigidité de l'articulation radio-carpienne et même l'ankylose dans certains cas. Il dit qu'il y a à prendre d'autres précautions que celles indiquées par M. Hervez de Chégoin, lorsque la fracture siége au-dessus du point où elle se fait habituellement, c'est-à-dire quand elle existe un peu au-dessus de la partie moyenne et que les deux os sont fracturés. Dans ce cas, il se fait un chevauchement et surtout un déplacement suivant la largeur du membre, déplacement en vertu duquel les extrémités fracturées du cubitus et du radius se rapprochent et tendent à effacer l'espace interosseux. Dans ce cas, il importe de placer des compresses graduées correspondant à cet espace en avant et en arrière, et sur ces compresses des attelles très larges. Les fractures des membres où il y a deux os sont difficiles à reconnaître et restent souvent inconnues lorsqu'elles ont lieu près de l'articulation, parce qu'il n'y a pas de crépitation, et, quand on ne les traite pas d'une manière méthodique, il survient une ankylose dans l'articulation voisine, d'où résulte une infirmité irrémédiable.

M. SÉE demande l'avis des membres de la Société sur l'efficacité du massage appliqué aux entorses. Il raconte qu'un de ses clients, s'étant donné une entorse, s'est soumis pendant plusieurs semaines aux soins de M. Michon sans éprouver de soulagement. M. Lebatard le vit alors et pratiqua des massages pendant trois ou quatre minutes, et dans ce court espace de temps le mit en état de se promener le même jour.

M. ROUSSEL a vu un cas tout semblable. C'est celui d'un jeune auditeur qui, s'étant donné une entorse, fut alors soigné par la méthode ordinaire, mais sans aucun succès. M. Roussel fit alors appeler M. Lebatard qui pratiqua son massage, et en quelques minutes le malade fut mis en état de marcher. Le lendemain, il reprenait ses occupations.

M. DEMARQUAY serait embarrassé d'expliquer un résultat que, d'ailleurs, ceux mêmes qui l'obtiennent ne peuvent expliquer. Il connaît des faits analogues à ceux qu'on a cités et voit avec plaisir des hommes sérieux comme M. Lebatard se livrer à l'étude d'un procédé abandonné jusqu'à ce moment aux rebouteurs, et qui peut être dangereux entre leurs mains. Du reste, il pense qu'on ne doit l'employer que dans les simples diastasis.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN voit avec peine employer un moyen aussi contraire aux saines notions de la science; et il ne doute pas qu'il n'expose ceux pour lesquels on l'emploie aux plus grands dangers.

M. SÉE a vu deux malades chez lesquels il y avait gonflement, ecchymose depuis cinq jours; de sorte qu'on ne pouvait les regarder comme atteints d'une simple diastasis. Ces deux malades ont été guéris en quelques minutes par un fruitier de la rue Rochechouart.

M. MARROTTE explique que, dans ce procédé, M. Lebatard n'a pas seulement pour but d'agir sur l'élément douleur; mais bien sur les liquides qu'il cherche à déplacer. Un malade avait une vaste entorse du genou, avec épanchement. Il s'adressa à un rebouteur qui, par le massage, fit disparaître la douleur en une séance. Ving-quatre heures après, l'épanchement avait disparu; de sorte qu'il est impossible de borner l'action du massage aux simples diastasis; mais qu'elle s'applique également aux entorses avec épanchement.

Le secrétaire général, Dr René BRIAU.

COURRIER.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

2me LISTE.

MM. Boutigny (d'Evreux)	10 fr.
Demarquay	10
Adde-Margras (de Nancy)	10
Goupil	20
Desmarres	40
Feldmann	5
Mourgues-Carrère	20
Th. Herpin	20
Baret	5
Un étudiant	5
Otterbourg	10
Baron Larrey	40
Brun	20
	215
Souscription antérieure	120
Total	335

Nos lecteurs, parmi lesquels figurent bon nombre de médecins militaires, apprendront sans doute avec intérêt qu'à la date du 14 octobre, il a été promulgué à Londres un décret signé par la reine et contre-signé par le général ministre Peel, concernant l'organisation du corps médical militaire et statuant qu'il y aura désormais quatre grades dans le corps; ils seront ainsi désignés :

1° Inspecteur général des hôpitaux;.

2° Inspecteur adjoint des hôpitaux;

3° Chirurgien de régiment ou d'état-major, prenant le titre de chirurgien-major après vingt ans de service actif;

4° Aide-chirurgien d'hôpital ou de régiment.

L'assimilation dans les divers grades est ainsi fixée :

1° L'aide-chirurgien aura rang de lieutenant à dater de sa commission, et de capitaine après six ans de service;

2° Le chirurgien aura rang de major et celui de lieutenant-colonel quand il aura le titre de chirurgien-major;

3° L'inspecteur adjoint aura rang de lieutenant-colonel d'abord et de colonel après cinq ans de service dans le grade;

4° L'inspecteur général aura d'abord rang de général de brigade, et, après trois ans de service actif dans son grade, rang de lieutenant général.

Aux termes du décret, ces assimilations conféreront aux médecins ainsi assimilés toutes les prérogatives des grades respectifs de l'armée.

Nous ferons connaître plus tard les dispositions du décret qui concernent le tarif de la solde et des pensions de retraite.

Enfin, un dernier article porte que douze officiers de l'armée, pris parmi ceux qui méritent le mieux, seront nommés médecins et chirurgiens honoraires de la reine.

VACCINOPHOBES. — En Angleterre, il existe, comme dans d'autres pays, de puissants préjugés contre la vaccine. Heureusement ce sont les classes les plus ignorantes qui méconnaissent avec le plus d'obstination ses bienfaits. Dans certains districts, composés presqu'exclusivement de cultivateurs, on voit les fermiers, leurs femmes et leurs familles, chercher par tous les moyens imaginables à se soustraire à la vaccination. Tant qu'on n'aura pas, dit le corpespondant du *Times,* pour vaccinateurs publics, des praticiens rétribués par le gouvernements et tout à fait indépendants de ceux auxquels ils donnent leurs soins, il n'y a pas à espérer de diminution dans le nombre des cas de variole.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, compte-rendu de la séance de la Société médico-pratique, page 500, ligne 54, au lieu de : d'autant plus porté à le croire, lisez : « *d'autant plus porté à poser cette question.* » — Ligne 62, au lieu de : Macleod cite quelques cas survenus dans Saint-Georges-Hospital, M. Otterbourg l'a observé lui-même deux fois, lisez : « *Macleod cite quelques cas survenus dans Saint-Georges-Hospital; chez un de ces malades,* etc., etc. »

Considérations sur le siége, la nature et le traitement du Diabète, par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de mededine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

Paris, 1857, aux bureaux de l'*Union Médicale.* Brochure, 1 fr.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 127. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 26 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine ; *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 OCTOBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Au nom de la Commission d'organisation de l'Association générale, M. le Président fait distribuer en ce moment au corps médical de France la circulaire suivante :

Octobre 1858.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez appris sans doute qu'un des vœux les plus anciens du corps médical, venait d'être accueilli par le gouvernement. Les Statuts d'une *Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France* ont été approuvés par un arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 31 août dernier, et par un décret du même jour l'Empereur a bien voulu me nommer Président de cette Association.

En cette qualité, et d'accord avec la Commission fondatrice dont je suis l'organe, Commission qui, aux termes de l'article 52 des Statuts, remplit jusqu'au mois d'octobre 1859, les fonctions attribuées au Conseil général, je crois devoir, en vous transmettant les Statuts de l'Association Générale, vous expliquer le caractère de l'Institution nouvelle, appeler votre concours pour la réaliser, car cette œuvre d'assistance mutuelle et de protection confraternelle, conçue au profit de tous, ne peut vivre et prospérer que par l'action de tous.

Cette Association Générale, l'objet de désirs, d'espérances et de projets, est enfin accomplie. Une initiative généreuse, partie du département de la Gironde, a triomphé d'obstacles qui, jusqu'alors n'avaient pu être surmontés. C'est un grand événement pour la famille médicale ; car, quoi de plus désirable, je ne dirai pas seulement que ces secours donnés ou reçus, mais aussi, et surtout, que ces liens moraux qui, établis entre nous, nous arracheront à un individualisme étroit, trop peu soucieux du bien de tous.

Mais cette Association Générale, il faut la bien connaître ; les Statuts que j'ai l'honneur de vous adresser, comme tout ce qui est réglementaire, ont dû se renfermer dans des formules précises et concentrées ; quelques développements sont nécessaires pour en montrer la signification ; ils vont faire le sujet de cette lettre.

Le titre premier vous fait connaître l'Association Générale dans son ensemble ; il en détermine le but, le caractère et la composition. C'est dans ce titre, et notamment dans les articles 1 à 8 que vous devez chercher l'indication et l'expression des principes généraux qui ont dirigé les fondateurs de l'œuvre.

Ces principes se résument en trois mots qui sont la traduction fidèle des vœux depuis longtemps exprimés par la famille médicale :

Assistance,
Protection,
Moralisation.

Pénétrez-vous bien de la lettre et de l'esprit des huit premiers articles des Statuts, et vous apercevrez sans peine, qu'autant que puisse le faire une institution libre, ces vœux trouvent satisfaction dans les limites imposées par les lois existantes et par les principes qui régissent la société française. Aller au delà, c'était s'exposer inévitablement au refus d'approbation par le gouvernement, c'était outrepasser la mission confiée à la Commission organisatrice, c'était, d'ailleurs, jeter la division dans l'esprit des médecins dont les uns désirent, dont les autres rejettent des institutions qui, telles que les conseils de discipline, ne peuvent, en tout état de cause, être fondées que par l'initiative des pouvoirs publics.

Ne perdez jamais de vue, Monsieur et honoré Confrère, cette considération qui est de la plus haute importance, à savoir que l'Association Générale est une institution complétement libre, que chacun de nous est parfaitement le maître de s'y agréger ou d'y rester étranger, que ses Statuts n'engagent que ceux qui y ont adhéré, qu'une fois admis on peut s'en retirer, et que, dès lors, aucune pression, aucune coercition n'est exercée sur personne ; que dès lors enfin l'Association Générale n'a voulu demander son action et sa propagation qu'à ce qu'il y a de plus noble, de plus délicat et de plus élevé dans le cœur humain, la spontanéité dans la bienfaisance, la liberté dans le progrès.

A ces trois points de vue auxquels on peut et on doit considérer l'Association Générale, assistance, protection, moralisation, il vous sera facile de comprendre, Monsieur et très honoré Confrère, que, seule, l'assistance pouvait être réglementée, que seule elle pouvait être renfermée dans des formules statutaires. On ne réglemente pas la protection, on ne formule pas en articles la moralisation professionnelle. Ces deux grands éléments de l'Association ont été déposés en germe dans les Statuts ; c'est au corps médical, à lui seul, à son empressement à se rallier à l'Association qu'il appartient de faire que ce germe se développe et fructifie. Sur ces deux points, la Commission organisatrice a épuisé son mandat et ses pouvoirs ; l'expérience de l'Association, c'est sa ferme espérance, fera le reste.

Les articles 7 et 8 vous indiquent les éléments dont l'Association Générale se compose. Ces éléments sont au nombre de trois :

Les Sociétés locales ;
La Société Centrale ;
Le Conseil général.

Permettez-moi, Monsieur et très honoré Confrère, de vous présenter les vues de la Commission organisatrice sur chacun de ces trois éléments de l'œuvre.

En suivant l'ordre des Statuts, la section première vous présente la composition et les attributions du Conseil général ; elle vous indique aussi l'Association Générale fonctionnant par l'intermédiaire de ses représentants directs.

Dans la composition du Conseil général, vous remarquerez l'article 9, qui dispose que les deux tiers au moins des membres de ce Conseil doivent résider à Paris. Vous approuverez sans doute cette disposition qui, tout en n'imposant pas à nos Confrères des départements des sacrifices de déplacement trop onéreux, leur permet cependant de participer dans une juste mesure à l'Administration générale de l'œuvre, ne prive pas le Conseil général du concours de leurs lumières et, par l'exigence de la résidence à Paris des deux tiers de ses membres, assure son fonctionnement régulier.

Les fonctions du Conseil général sont importantes et graves ; leur simple énumération démontre que c'est sur lui, pour ainsi dire, que repose l'existence et l'action de l'Association Générale dont il est le centre et le représentant.

Assisté d'un Conseil judiciaire et aidé par un Comité administratif, c'est le Conseil général qui dirige l'Association Générale dans son ensemble et qui agit en son nom ; c'est lui qui provoque la formation des Sociétés locales et de la Société Centrale et qui agrége les Sociétés formées en dehors de l'Association Générale ; c'est lui qui prépare les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre ; c'est à lui qu'incombe le soin de publier tous les ans un Compte-Rendu de la situation et des actes de l'Association, de convoquer et d'organiser les Assemblées générales ; c'est lui qui doit se trouver constamment en communication et en correspondance avec les Sociétés locales et la Société Centrale ; c'est lui enfin qui administre les fonds de la Mutualité générale.

Vous trouverez dans la Section II du même titre l'indication des ressources et des charges de l'Association Générale.

Ainsi que le prescrit l'article 16, le fonds de la Mutualité générale se compose du droit d'admission de tous les sociétaires à leur entrée dans l'Association Générale, soit dans les Sociétés locales, soit dans la Société Centrale. L'obligation de payer cette contribution ne comporte qu'une seule exception, celle qui est déterminée par le dernier alinéa de l'article 33, et qui a été faite en faveur des membres des Sociétés déjà existantes qui s'agrégeront à l'Association Générale. Ces sociétaires ont déjà payé leur droit d'admission dans leurs Sociétés respectives, il n'était pas juste de leur imposer de nouveau cette contribution.

Ce droit d'admission n'a été porté qu'à la somme de 12 francs une fois payée, afin qu'il ne fût l'objet d'un sacrifice pour personne. C'est au demeurant le droit minimum. La Commission espère que ce minimum sera dépassé par tous ceux de nos confrères qui se sont trouvés favorisés par des circonstances heureuses, professionnelles ou autres.

C'est sur ce droit d'admission, en effet, que repose presque entièrement l'avenir des Institutions d'assistance à créer par l'Association Générale. Il est facile à tous nos confrères de se rendre compte du système financier de l'œuvre. Toutes les sommes provenant du droit d'admission sont capitalisées et placées conformément à la loi. C'est avec l'intérêt de ces sommes successivement capitalisées que pourront être créées et servies les pensions viagères d'assistance aux associés infirmes, aux veuves des associés décédés sans ressource, que pourront se fonder dans un avenir plus ou moins éloigné, selon le nombre des sociétaires, toutes autres Institutions confraternelles dont l'étude aura fait reconnaître la possibilité d'exécution.

Vous voyez donc, Monsieur et très honoré Confrère, combien il importe pour la réalisation complète et prochaine de notre œuvre que chacun de nous emploie son influence et son action à multiplier le nombre des adhérents à l'Association Générale. Réfléchissez au magnifique avenir promis à cette grande Institution, si, dans moins d'un quart de siècle, elle a réuni seulement vingt mille adhérents, et supputez ce que cette petite somme de douze francs, vingt mille fois répétée, successivement capitalisée et bénéficiant tous les ans des intérêts composés, pourra efficacement et honorablement calmer de souffrances, consoler de familles, protéger d'orphelins !

La contribution du droit d'admission n'est pas la seule ressource de la Mutualité générale, elle a droit de compter aussi sur la générosité de quelques donateurs et sur la pieuse prévoyance de quelques Confrères, qui, après avoir encouragé l'Association Générale de leur concours pendant leur vie, voudront encore lui être utiles après leur mort.

Enfin, la Caisse générale reçoit encore le tribut du dixième des revenus de toutes les Sociétés locales qui se sont agrégées à l'Association Générale (1).

Voilà quelles seront les ressources de l'Association Générale. Quelles seront ses charges ? Elles seront considérables.

Le fonctionnement d'une œuvre comme la nôtre ne peut se faire sans frais administratifs. Le Conseil général saura les borner au strict nécessaire et y apporter toute l'économie possible. Mais le concours d'un employé salarié et responsable a paru indispensable pour la comptabilité.

Il pourra se faire, et cela a été prévu, que certaines Sociétés locales aient besoin de demander à la Mutualité générale une subvention nécessitée par l'épuisement de leurs ressources propres. Cette subvention sera nécessairement prise sur les fonds généraux. Ce sont les fonds généraux qui devront faire aussi les dépenses de premier établissement des Caisses et Institutions d'assistance et de retraite ; ce sont eux, enfin, qui doivent subvenir aux dépenses de service et d'entretien de ces mêmes Institutions. Que de motifs pour propager et pour faire grandir notre œuvre !

Dans la Section III de ce même titre sont contenues les dispositions relatives aux *Assemblées générales* de l'Association Générale. Les articles statutaires de cette section n'ont besoin d'aucun commentaire, ils ne peuvent présenter, en effet, aucune difficulté d'interprétation.

Nous nous bornerons à vous faire remarquer, Monsieur et très honoré Confrère, que ces Assemblées générales, où toute la famille médicale sera représentée, prendront certainement et d'année en année une grande importance, et que ces réunions régulières et légales du corps médical doivent avoir une influence heureuse sur la satisfaction des intérêts légitimes de la profession.

Il ne vous échappera pas non plus que nos Confrères des départements se trouveront en majorité dans ces Assemblées générales, où chaque Société locale doit être représentée par son Président.

Le Titre II est consacré aux dispositions générales relatives aux Sociétés locales et à la Société centrale. Ce Titre mérite toute votre attention, Monsieur et très honoré Confrère. Permettez-moi de vous dire quelques mots sur les deux Sections qui le composent.

(1) Pour éviter toute équivoque, il faut entendre par revenu les recettes de tout genre faites annuellement par les Sociétés locales, en un mot, le revenu *brut*.

A la Section Ire se rapporte tout ce qui est relatif aux *Sociétés locales*. Vous y verrez exprimé à chaque article le vif désir des Fondateurs de favoriser partout l'Association locale, qui, dans leur ferme conviction, doit être la pierre angulaire de l'Association Générale.

Ainsi, le nombre des Associés nécessaires à l'institution d'une Société locale a-t-il été fixé au chiffre le plus bas possible pour constituer cependant une réunion sérieuse et capable de fonctionner.

La circonscription administrative par département ou par arrondissement a été laissée facultative. Tenant compte de ce qui existait et voulant changer le moins possible aux habitudes prises, aux relations établies, aux goûts manifestés, voyant qu'ici les Médecins s'étaient réunis par département, là par groupes d'arrondissement, la Commission organisatrice a respecté toutes ces conditions existantes, et là où ces conditions n'existent pas encore, elle a voulu laisser les adhérents libres de prendre celles qu'ils jugeraient le plus convenables, en ayant égard aux exigences locales que la Commission ne pouvait pas partout suffisamment apprécier.

La plus grande indépendance leur est assurée ;

Elles préparent elles-mêmes leurs Statuts, auxquels d'autres conditions ne sont imposées que celle de les mettre en harmonie avec les dispositions générales des Statuts généraux ;

Elles administrent et distribuent les fonds de secours qui leur appartiennent ;

Elles fondent et administrent leur Caisse de réserve ;

Elles ont leurs réunions générales annuelles ;

A l'exception de leur Président, qui d'après la loi doit être nommé par l'Empereur, elles élisent tous leurs officiers ;

Elles exercent le droit d'admission et d'exclusion de leurs membres ;

Elles délèguent leur Président ou tout autre membre désigné par lui aux Assemblées annuelles de l'Association générale ;

Et en retour de cette indépendance et de ces avantages, que leur demande l'Association Générale ?

Le dixième de leurs revenus.

Et pour quel but ?

Pour un but que les Sociétés locales isolées ne sauraient jamais atteindre :

La mutualité générale sérieuse,

La protection efficace,

L'assistance sous forme de retraite et de pension.

Quant aux Sociétés et Associations déjà existantes au moment de la fondation de l'Association Générale, les Statuts leur indiquent avec précision les conditions qu'elles ont à remplir pour se faire agréger à l'Association Générale.

Obtenir pour elles, si elles ne l'ont déjà, l'approbation administrative, modifier leurs Statuts en tant qu'ils ne seraient pas en harmonie avec les Statuts généraux, voilà tout ce qu'elles ont à faire pour participer à l'œuvre commune, car les Statuts, fort explicites à cet égard, respectent leur fortune acquise, les dons et legs dont elles sont ou pourraient devenir en possession.

Une seule difficulté peut se présenter pour ces Sociétés existantes, et nous devons la prévenir. Quelques-unes d'entre elles ont admis parmi leurs membres les Pharmaciens et les Vétérinaires ; or les Statuts de l'Association Générale n'admettent dans le sein de cette Association que les Médecins. Un petit nombre d'entre elles n'ont admis que les Docteurs en médecine ; or les Statuts généraux, quant aux Sociétés locales, prescrivent l'admission de tout Médecin muni d'un titre légal.

Contre cette difficulté, la Commission organisatrice ne croit pas devoir intervenir autrement que par voie officieuse.

Quant à l'annexion des Pharmaciens et des Vétérinaires, il est certain que nos Statuts ne l'ont pas prévue, et nous pensons qu'une Société locale qui, dans ces conditions, demanderait l'approbation administrative à l'effet d'être agrégée à l'Association Générale, recevrait l'invitation de mettre la composition de ses membres en harmonie avec les Statuts généraux.

En ce qui concerne l'annexion des Officiers de santé dans les Sociétés locales, autres que la Société Centrale, elle est impérative.

Les Docteurs en médecine, les Officiers de santé, pour entrer dans l'Association Générale, ne sont soumis à aucune autre condition que celle d'une honorabilité professionnelle reconnue.

Ici se place naturellement, Monsieur et très honoré Confrère, la remarque importante que nous devons vous présenter sur la disposition des Statuts qui exige que pour être agrégée à l'Association Générale, une Société locale soit approuvée. La simple autorisation ne suffirait pas. L'approbation qui est exigée n'est pas une vaine formalité ; elle donne aux Sociétés qui la possèdent des droits et des avantages dont sont privées celles qui ne l'ont pas obtenue ; elles peuvent participer par elle aux distributions des fonds accordés par l'État ; devenues personnes civiles, elles peuvent recevoir des dons et des legs. D'ailleurs, l'Association Générale elle-même étant approuvée, il était logique de demander la même condition pour les Sociétés locales, condition qui doit les placer toutes au même rang et leur donner à toutes les mêmes prérogatives. Les Sociétés locales trouveront d'ailleurs de grandes facilités pour obtenir cette approbation qui peut seule les rallier à l'Association Générale.

La Section II du Titre II contient les dispositions relatives à la *Société Centrale*.

La Société Centrale, Monsieur et honoré Confrère, est un des éléments les plus intéressants de l'Association Générale et celui dont il importe que le mécanisme vous soit parfaitement connu.

La Société Centrale présente un double caractère et a une double fonction.

Elle est une Société permanente pour les Médecins de l'armée et de la flotte, pour nos Confrères qui sont en mission à l'étranger, pour tous nos Confrères enfin qui, n'ayant pas de résidence fixe, ne peuvent se faire admettre dans une Société locale. A tous ces honorables Confrères, la Société Centrale est leur Société locale et c'est par elle qu'ils font partie de l'Association Générale.

Elle est une Société de transition, un lieu d'asile pour tous les docteurs en médecine du Continent, de la Corse et des Colonies, habitant des localités où les Sociétés locales n'existent pas encore, où les Sociétés locales existantes ne sont pas agrégées à l'Association Générale.

Dès lors, il vous est facile de comprendre la double fonction de la Société Centrale :

D'une part, elle est la Société locale de ceux qui n'en ont pas ;

D'autre part, elle est, pour ainsi dire, la pépinière des Sociétés locales.

Elle agrége ceux qui sans elle ne pourraient pas faire partie de l'Association Générale.

Elle ramène à leurs localités respectives tous ceux qui peuvent y trouver les conditions d'existence de l'Association.

Ainsi, quant à présent, tout docteur qui aura adhéré à l'Association Générale et dont l'admission aura été prononcée par le Conseil général, sera, par le fait même, membre de la Société Centrale.

Ces explications étant bien comprises, il vous sera facile de voir, Monsieur et très honoré Confrère, que si vous désirez devenir membre de l'Association Générale, vous avez à remplir et à signer le bulletin d'adhésion que j'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli. Dans quelque position que vous vous trouviez, que votre intention, comme nous le désirons, soit de contribuer à la fondation d'une Société locale, que vous fassiez ou non partie d'une Société déjà existante, que cette Société accepte ou refuse ultérieurement de s'agréger à l'Association Générale, vous serez membre de cette Association, vous en serez membre par la Société Centrale qui déterminera plus tard la position définitive que vous devez occuper dans l'Association.

C'est donc au siége de l'Association Générale à Paris que, votre admission ayant été prononcée par le Conseil général, vous aurez à faire parvenir vos contributions du droit d'admission et de cotisation annuelle.

Le droit d'admission, comme j'ai eu l'honneur de vous l'expliquer, reste la propriété de la caisse de la Mutualité générale.

La cotisation annuelle ne figure qu'éventuellement dans la caisse de la Société Centrale. Si plus tard vous devenez membre d'une Société locale, le produit de vos cotisations annuelles sera calculé pour être reversé dans la caisse de cette Société.

Après les explications que je viens d'avoir l'honneur de vous donner, il ne me semble pas que les dispositions contenues dans les Titres III et IV des Statuts aient besoin de commentaires. J'appelle seulement votre attention sur l'art. 41 relatif aux conditions d'honorabilité nécessaires pour entrer dans l'Association et pour continuer à en faire partie. Veuillez remarquer, Monsieur et honoré Confrère, que la plus grande indépendance est laissée aux Sociétés locales, car, d'après cet art. 41, « elles déterminent dans leur règlement intérieur les conditions et les formes d'admission et d'exclusion. »

Telle est, dans son ensemble et dans ses principaux détails, l'économie de la grande Institution que nous sommes tous appelés à développer.

La Commission organisatrice ne s'est fait aucune illusion. Elle a prévu que les commencements de son œuvre seraient difficiles, et cette œuvre elle n'a pas eu la prétention de l'avoir édifiée exempte de défauts. Mais elle vous dit dans sa conscience qu'elle a cru faire tout ce qu'il était possible qu'elle fît. Elle a trouvé auprès du Gouvernement un si bienveillant accueil, qu'avec confiance elle ose dire qu'elle retrouverait auprès de lui la même libéralité pour obtenir les modifications statutaires que le temps et l'expérience auraient reconnues indispensables. Rien des actes humains n'est éternel, le progrès est la loi de l'humanité ; mais ce progrès, loin de le demander à des impatiences qui compromettent tout, sachons l'attendre de l'observation patiente et de l'expérience méditée.

L'Association Générale des Médecins de France a obtenu le plus haut degré de protection qu'elle pût immédiatement obtenir, à savoir l'approbation du Ministre de l'Intérieur. Plus tard, lorsque les services qu'elle aura rendus à la famille médicale, seront manifestes, elle demandera ce qu'elle ne pourrait demander en ce moment, d'être reconnue Établissement d'utilité publique, ce qui lui donnera de nouveaux avantages. En attendant cette consécration nouvelle, l'Association Générale peut fonctionner dans la plus complète liberté : si le corps médical répond avec ensemble à l'appel qui lui est fait, des deux modes d'assistance confraternelle prévues dans ses Statuts, le secours et la retraite, elle peut immédiatement réaliser le premier, et le second elle peut l'espérer dans un avenir prochain.

Voilà, Monsieur et très honoré Confrère, les considérations que la Commission fondatrice dont je suis l'organe a cru devoir vous adresser. Elle vous fait un pressant appel pour que vous agissiez avec toute votre influence en faveur de la propagation de notre grande et belle Institution. Elle vous aidera de tout son concours dans les efforts que vous tenterez. Mutualité de secours implique mutualité de services. Réalisons tous de concert et sous toutes les formes ce généreux principe de la mutualité ; faisons porter à ce principe fécond de l'Association tout ce qu'il contient et permettez-moi de répéter ici ce que je disais dans une occasion récente :

ASSOCIATION PROTÉGE, ASSOCIATION OBLIGE.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression confraternelle de mes sentiments dévoués,

Le Président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France,

RAYER.

Le Secrétaire général,

AMÉDÉE LATOUR.

Toutes les communications relatives à l'Association Générale doivent être adressées *franco* à M. le Secrétaire général, au siége de l'Association, rue de Londres, n° 14, à Paris.

A la présente circulaire est joint un bulletin d'adhésion que nos confrères qui veulent faire partie de l'Association Générale doivent remplir, indépendamment de toute autre formule d'adhésion qu'ils auraient déjà transmise. Le Conseil général a décidé qu'il ne tiendrait compte que des adhésions données après connaissance prise des Statuts. Il est important que les adhésions arrivent avant le 1er janvier prochain, époque où l'Association Générale entrera en fonctions.

Nos confrères des départements qui en feront la demande recevront un projet de statuts des Sociétés locales mis en harmonie avec les dispositions de la loi, conformes aux Statuts généraux et destiné à faciliter et à hâter le travail d'organisation de ces Sociétés.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. J. Roux, de Toulon, a présenté à la Société son appareil polydactyle pour les fractures, et son compresseur élastique et gradué. Le travail de M. Roux devant paraître bientôt, *in extenso*, dans l'UNION MÉDICALE, nous ne reproduirons pas les considérations qu'il a développées devant la Société ; mais nous croyons devoir mettre par avance sous les yeux des lecteurs quelques points de la discussion à laquelle cette présentation a donné lieu. Voici comment s'est exprimé M. Gosselin :

Après l'intéressante communication de M. Roux, je ne puis me défendre de prendre la parole pour protester contre le jugement rendu par notre honorable collègue contre l'appareil de Scultet. Je dois dire que, loin de l'abandonner, je l'emploie beaucoup, et que je le trouve excellent.

Pour juger la question d'une façon toute pratique, il faut le comparer aux autres appareils, et spécialement à celui de M. Jules Roux.

L'appareil de notre collègue peut donner de très bons résultats, c'est incontestable. Il est combiné d'une façon ingénieuse, il remplit bien les indications désirables ; mais ce qu'on peut contester, c'est qu'il soit d'un emploi facile, et, par contre, on doit prévoir qu'il ne sera pas vulgarisé. Il me paraît impossible d'avoir toujours et pour tous les cas à sa disposition un appareil aussi compliqué. C'est là ce qui, sans doute, l'empêchera d'être adopté. L'appareil de Scultet, qui, en résumé, me paraît offrir les mêmes avantages, peut au contraire s'improviser partout, et si j'insiste sur sa bonté, c'est que la multiplicité des appareils dont on dote chaque jour la thérapeutique des fractures, tend à éloigner les élèves de l'étude nécessaire pour bien appliquer le bandage de Scultet.

Je vais plus loin, je crois que l'appareil de M. Roux ne se vulgarisera pas, parce qu'il ne peut faire racheter sa construction compliquée par des services exceptionnels. Tout ce qu'il pourra produire s'obtiendra aussi bien avec l'appareil de Scultet, et il faut s'attacher aux choses simples.

Dans les fractures non compliquées, l'idéal du traitement, c'est la guérison obtenue sans difformité. Ce résultat ne s'obtient guère que dans les fractures qui ne présentent pas de déplacement ou qui offrent un déplacement réductible et qui peut être maintenu en place une fois réduit.

Mais, il faut l'avouer, trop souvent nous avons affaire à des déplacements qu'il n'est pas possible de maintenir en réduction. Dans ce cas, la guérison s'obtient, mais il reste de la difformité ; d'autres fractures sont compliquées de déplacements irréductibles, et, quoi qu'on fasse, le membre reste difforme. Il est vrai que la difformité s'amoindrit avec le temps. Ces complications tiennent à des causes qui sont encore ignorées ; ce que nous savons malheureusement, c'est que l'on ne peut les combattre, quel que soit le moyen employé. L'appareil de M. Roux ne pourra, dans ces cas, faire ni plus ni mieux que l'appareil de Scultet.

Restent les fractures avec plaies ; là, sans aucun doute, l'appareil de Scultet laisse à désirer, et ceux qui laissent le membre à découvert offrent des avantages réels. Ajoutons même que l'appareil de Scultet peut encore, dans ces cas, être appliqué avec quelque avantage.

— M. J. Roux : L'argumentation de M. Gosselin porte sur deux points ; elle établit d'abord les avantages de l'appareil de Scultet, et, contradictoirement, elle accuse le mien, qui offrirait trop de complications. Je regrette de me trouver en dissidence avec un

chirurgien aussi compétent que M. Gosselin, et je vais m'efforcer de lui répondre.

Il est vrai que l'appareil de Scultet est bon, mais à la condition d'être bien appliqué, et c'est précisément parce qu'il est le plus souvent mal appliqué que je le trouve dangereux. Il est incontestable que cet appareil, manié par des mains habiles, donne de bons résultats; mais, avec le mien, n'aura-t-on pas ces mêmes bons résultats, et sans laisser une si large part aux dangers d'une application inhabile ?

L'appareil de Scultet a été trouvé tellement peu satisfaisant par bon nombre de chirurgiens, que chacun, dans sa pratique, l'a dépossédé de quelques-uns de ses éléments. Ainsi, M. Malgaigne lui enlève ses bandelettes, un autre ses compresses, un autre ses coussins, et ainsi de suite, et toutes ces réformes sont faites dans une même pensée : laisser le membre à découvert ou tout au moins le moins couvert possible. Pourquoi? parce qu'on a reconnu que bien souvent la chirurgie avait à intervenir à la suite de l'application de l'appareil de Scultet.

Mon appareil laisse le membre à jour; il a donc une qualité qui paraît être désirée par le plus grand nombre des chirurgiens. Mais, dites-vous, il est compliqué; j'ai été au-devant de cette objection en vous montrant à quel degré de simplicité il pouvait être ramené, puisqu'il peut s'improviser à l'aide d'une simple planchette percée de trous et de chevilles grossièrement taillées. Or, avec ces conditions avantageuses déjà, on ne devra pas porter un jugement définitif sur mon appareil avant de savoir s'il n'ajoute rien au traitement.

Oui, sans doute, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Gosselin, il y a des fractures que l'on ne réduit pas; mais parmi celles qui sont réductibles et que d'autres appareils ne peuvent maintenir réduites, ne peut-on pas espérer que la réduction soit maintenue? C'est précisément ce que je crois obtenir.

Ainsi, un homme a la jambe saisie entre un bateau et les pierres d'un quai, il en résulte une fracture compliquée; il y a de nombreuses esquilles; une, entre autres, détachée du péroné, est éloignée de plus de 2 centimètres de sa position normale. Je ne puis la réduire avec les doigts, et, recourant à mon appareil, je la refoule, et pendant trois semaines, je puis maintenir une pression qui la fait se consolider, presque réduite complétement. Ainsi j'obtiens non pas sans doute une guérison sans difformité, mais une bien meilleure consolidation : j'ai ajouté quelque chose au traitement.

— M. Gosselin : Je suis satisfait de savoir que l'appareil de M. Roux peut être simplifié ; ce sera pour son avenir dans la pratique une chose favorable.

Quant aux fractures compliquées, je l'ai dit, je préfère les appareils qui laissent le membre à découvert. Mais je dois ajouter que les appareils simples que nous possédons déjà, comme la gouttière, etc., remplissent très bien les indications voulues, et je m'en suis servi d'une façon avantageuse.

— M. Maisonneuve : Il n'est pas possible d'établir entre l'appareil de Scultet et celui de M. Roux aucune comparaison; ils sont radicalement différents; et pour mon compte, sans aller plus au fond de la question, je dois déclarer que j'ai tout à fait renoncé à l'appareil de Scultet. J'ai adopté presque exclusivement l'appareil plâtré; il remplit, à mon sens, toutes les indications aussi bien pour les fractures simples que pour les fractures compliquées. Pour l'appliquer, j'ai soin de maintenir les malades dans un état d'anesthésie, de telle façon que les forces musculaires anéanties ne s'opposent plus jusqu'à la dessiccation de l'appareil au maintien de la réduction.

— M. J. Roux : Je ne nie pas l'excellence de l'appareil en plâtre lorsqu'il est appliqué par des mains très habiles; mais combien de praticiens pourront-ils l'appliquer sans exposer le malade à de graves complications?

— M. Broca : Je ne parlerai pas des applications de l'appareil de M. Roux au traitement des fractures; mais je puis donner des détails sur sa valeur comme moyen de compression sur les artères. Il n'y a rien de trop compliqué, suivant moi, dans un appareil qui réussit dans des cas jusqu'alors considérés comme au-dessus des moyens chirurgicaux connus; aussi, dans ce sens, je dois rendre hommage au procédé compressif de M. Roux. Il a pu comprimer d'une manière parfaite l'artère sous-clavière, et nous savons tous que cette compression, même avec le doigt, est d'une exécution presque impossible. Il faut des sujets exceptionnellement disposés, maigres et à clavicules basses. Avec l'appareil de M. Roux, la compression se fait d'une façon parfaite, et, grâce à ce nouveau procédé, on pourra traiter par la compression les anévrysmes de l'artère axillaire. M. Roux a également comprimé, et avec succès, l'artère iliaque externe. Reste à savoir combien de temps un malade pourra supporter les compressions ainsi faites.

— M. Maisonneuve présente un sein cancéreux enlevé par la cautérisation en flèche.

— M. Foucher présente le moignon d'un malade amputé dans l'articulation médio-tarsienne, il y a vingt-un ans.

THÉRAPEUTIQUE.

DES ANGINES COUENNEUSES : DU FER ROUGE ET DE L'AMPUTATION DES AMYGDALES.

A Monsieur le Docteur VALENTIN,

Chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Vitry-le-François.

Monsieur et très honoré confrère,

La lettre intéressante que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser sous le couvert de l'UNION MÉDICALE, soulève une question remplie d'actualité qu'il est nécessaire de résoudre. De nombreux travaux m'ont empêché jusqu'ici de vous répondre, et j'attendais qu'une occasion se fut présentée de recourir à votre méthode de traitement des angines couenneuses par la cautérisation au fer rouge pour vous en parler dans ma réponse. L'occasion s'est présentée, et je saisis mon premier instant disponible pour vous dire que je suis aussi heureux d'avoir provoqué l'exposition de vos idées que flatté d'en avoir reçu l'hommage.

Comme vous le dites avec raison, Monsieur, il est peu de maladies dans l'enfance aussi cruelles et aussi meurtrières que l'angine couenneuse dont le croup est la terminaison si habituelle. Vous avez eu l'idée de l'attaquer par le fer rouge, malgré la terreur qu'inspire ce moyen. Votre expérience, et, ce qui est infiniment précieux, celle des confrères cités dans votre lettre, donnent à vos assertions une autorité que je ne pouvais leur accorder avant ces témoignages, et que je lui accorderai plus volontiers aujourd'hui que j'ai lu vos preuves. Je dis plus volontiers, car, dans la clinique à laquelle vous avez cru devoir répondre, je ne me suis pas permis de condamner formellement la cautérisation par le fer rouge dans les angines couenneuses et j'ai dit seulement que ce devait être un moyen « *d'un emploi bien difficile* » ce qui ne m'empêchera pas d'en reconnaître le mérite avec vous.

Ce ne sera pas, toutefois, d'après le résultat de ma cautérisation chez le seul enfant que j'ai traité de cette manière, en présence de mon savant collègue M. Empis. Dans ce cas, la cautérisation n'a produit qu'un soulagement momentané, et l'enfant, pris de suffocation au bout de quelques heures, a dû être trachéotomisé, ce qui ne l'a pas empêché de mourir dans la nuit. J'ai trop l'expérience des malades pour imputer cet insuccès à la méthode employée et je crois plutôt que c'était un cas au-dessus de toute ressource thérapeutique. Un seul fait ne prouve rien, et vous pouvez être assuré, Monsieur, que j'en attendrai d'autres pour juger le mérite de votre méthode. Je ne vous parlerai donc ici que des difficultés de son emploi, car je persiste à penser qu'elle n'est pas d'une pratique bien facile, et cela pour l'avoir mise en usage d'après votre invitation. Sans rien contester de vos résultats, je redoute l'emploi de cette cautérisation par l'effroi qu'elle inspire aux enfants. Si l'on ne peut réussir, dans quelques cas, à leur ouvrir la bouche pour mettre une cuiller ou un pinceau trempé dans un acide et dont la causticité leur est inconnue, que sera-ce lorsqu'ils verront approcher de leurs lèvres un fer rouge de 8 à 10 millimètres d'épaisseur. Pour cautériser une amygdale sans toucher les dents ni les lèvres, ni les parois de la bouche, il faut une docilité qu'il me paraît difficile de rencontrer dans le premier âge, ou un instrument spécial, dilatateur des mâchoires, semblable à celui que j'ai employé et qui me sert dans le tubage du larynx. Ce sont autant de difficultés pratiques à vaincre.

La lutte pour l'emploi d'un moyen de cette nature a des inconvénients qui ne se rencontrent pas dans les autres procédés de cautérisation, et je m'inquiète à l'avance des hasards qui peuvent involontairement faire tomber le cautère rougi à blanc sur une partie que l'on aurait voulu épargner.

De pareilles difficultés et de semblables accidents qu'avec raison vous déclarez « bien futiles en présence de ceux bien autrement graves que l'on combat » nuiront certainement à la propagation du moyen que vous préconisez et qui, d'ailleurs, n'est applicable qu'au début de la maladie, alors qu'il n'y a pas encore de fausses membranes dans le larynx ou dans les bronches. C'est dans ce cas qu'opposant mon procédé au vôtre, je me permettrai, si vous le voulez bien, de vous recommander l'*amputation des amygdales* comme un moyen qui satisfait à l'indication que vous désirez remplir, sans avoir aucun des inconvénients de la cautérisation par le fer rouge. Au reste, ces deux méthodes ont chacune leur raison d'être employées sur des indications spéciales; la vôtre, Monsieur, lorsque l'angine couenneuse existe sans hypertrophie des amygdales, et la mienne, au contraire, lorsque ces glandes sont assez volumineuses pour être enlevées avec leur produit de sécrétion morbide.

Quatre fois déjà sur quatre malades, j'ai réussi par l'amputation des amygdales faite au début de la maladie, et je viens d'adresser mes observations à l'Académie des sciences. Permettez-moi de vous en donner un court résumé, afin que vous puissiez juger la question par vous-même et sur preuves. L'occasion d'en parler est trop naturelle pour que je la laisse échapper, et d'ailleurs, c'est un plaisir pour moi d'en causer avec vous. Le public médical pourra ainsi choisir entre ces deux méthodes de guérir radicalement l'angine couenneuse à son début, soit par la cautérisation au moyen du fer rouge imaginée par vous, soit par l'amputation des amygdales que je propose, et il pourra profiter des indications que je viens de formuler pour faire choix de l'une ou de l'autre.

La première malade affectée d'angine couenneuse, à laquelle j'ai fait l'ablation des amygdales, se nommait Bellanger et coucha le 4 janvier 1856, au n° 12 de la salle Sainte-Marguerite; c'était une fille de 4 ans, malade depuis trois jours et traitée sans succès à l'hôpital, dans mon service, par des vomitifs et par des cautérisations d'acide chlorhydrique. Après une amélioration momentanée, les fausses membranes reparurent sur les amygdales hypertrophiées, en même temps que la fièvre, le gonflement des ganglions cervicaux et un coryza ulcéreux. L'enfant étouffait, et chaque quinte de toux était accompagnée d'un violent accès de suffocation; on entendait à peine du murmure vésiculaire dans la poitrine, ce que j'attribuai à l'obstacle situé à l'ouverture du larynx. Craignant l'asphyxie au moment d'un accès de suffocation, je me demandai s'il ne fallait pas mieux enlever une amygdale pour la trachéotomie. Bien que le premier de ces moyens renfermât quelque chose d'inconnu et n'eût pas de précédents semblables, je me décidai à y recourir. La nécessité m'en faisait une loi, et l'enfant fut immédiatement soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction de fausses membranes, et la guérison eut lieu au bout de quelques jours.

La seconde observation est celle d'une petite fille de 10 ans, nommée Lucas, entrée le 19 décembre 1857, et dont l'angine couenneuse était limitée aux amygdales et à la luette. Ses glandes étaient énormes et se touchaient par la face interne.

Sur elles s'appuyait la luette, entourée de toutes parts par une fausse membrane épaisse, grisâtre, résistante. La déglutition était très difficile et l'hématose gravement atteinte.

Toute respiration vésiculaire avait cessé et l'oreille sur la poitrine n'entendait que la transmission des sons laryngés. Aussitôt après l'amputation des amygdales, le murmure vésiculaire se fit entendre, ce qui annonçait la perméabilité du poumon, et l'enfant parut très soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction, ni d'extension des fausses membranes, et, avec des vomitifs et des lotions répétées de glycérine dans le pharynx, la guérison eut lieu au bout de vingt jours.

Le sujet de la troisième observation est une jeune fille nommée Bellard, entrée le 26 juin 1858, âgée de 13 ans, et affectée à la fois d'angine couenneuse, de gangrène d'une amygdale et de gangrène de la luette. Arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie médiocre de l'amygdale droite et un gonflement énorme de l'amygdale gauche, accompagnés d'une tuméfaction sous-maxillaire correspondante, elle avait la luette, les piliers du voile du palais et les deux amygdales couvertes de fausses membranes grisâtres assez épaisses. L'amygdale du côté gauche offrait, en outre, une escarre noire parfaitement distincte, donnant à l'haleine une odeur gangréneuse extrêmement fétide. L'amputation fut faite à gauche, seulement là où existaient les fausses membranes et du sphacèle. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction couenneuse sur la surface coupée, qui offrit, pendant quelques jours, l'aspect d'une plaie ordinaire couverte de bourgeons charnus purulents.

Une large fausse membrane fut extraite du pilier antérieur du voile du palais à gauche, le sphacèle fit tomber l'extrémité de la luette, qui fut ainsi raccourcie de moitié; une nouvelle escarre fut enlevée avec le reste de l'amygdale gauche, et au bout de quelques jours, je trouvais l'enfant en convalescence. Quinze jours jours après, elle sortait de l'hôpital, parfaitement guérie. L'amputation et l'usage consécutif du chlorate de potasse avaient favorisé ce résultat.

La quatrième observation est relative à une nommée Gutte, entrée le 25 septembre 1858.

C'est une jeune fille de 8 ans, arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie énorme des amygdales, qui se touchaient par leur face interne, et qui étaient, ainsi que la luette, recouvertes d'épaisses fausses membranes blanchâtres. La déglutition était impossible et la voix gutturale à peu près éteinte. Il y avait une fièvre très vive et engorgement considérable des ganglions et du tissu cellulaire du cou. La respiration était extrêmement difficile et on entendait à peine le murmure vésiculaire.

L'amputation fut faite incomplétement à droite, complétement à gauche, et la moitié de la luette tomba sous l'instrument. Pendant trois jours des gargarismes de glycérine furent mis en usage, puis on les remplaça par un gargarisme de chlorate de potasse, et l'enfant sortait de l'hôpital au bout de huit jours. La plaie résultant de l'amputation des amygdales avait présenté tous les caractères d'une plaie simple, et il ne se reproduisit pas de nouvelles fausses membranes. C'est une malade que mon collègue, M. Empis, a pu suivre avec moi.

Je ne veux pas, Monsieur, opposer les résultats de ces quatre opérations à ceux que vous avez obtenus par la cautérisation potentielle. Ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder en médecine. Esclave des indications, lorsque vous trouverez une angine couenneuse sur des amygdales énormément tuméfiées, veus préférerez faire l'ablation de ces glandes pour donner passage à l'air que de cautériser inutilement par le fer rouge. Au contraire, dans les cas où l'angine existe sans gonflement des amygdales, alors votre méthode aura sa raison d'être, et, sauf les difficultés de son emploi, elle pourra rendre de vrais services.

E. BOUCHUT.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

CONGESTION CHRONIQUE DE LA MOELLE; PARALYSIE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; GUÉRISON PAR L'HYDROTHERAPIE; par M. LECOQ, chirurgien du 1[er] régiment d'infanterie de marine. — Le nommé B..., âgé de 24 ans, soldat d'infanterie de la marine, se trouvant à la Martinique fut atteint, au mois d'octobre 1854, de coliques sèches suivies d'une congestion de la moellè. Celle-ci était ainsi caractérisée : sensation de fourmillements dans les pieds et dans les jambes, avec sentiment de faiblesse dans la région lombaire et douleurs vagues le long de la colonne vertébrale; douleurs plus aiguës dans certains points, s'exaspérant sous une pression un peu forte; constipation opiniâtre avec émission difficile des urines. Marche incertaine; les jambes fléchissent dans la station et ne peuvent plus supporter le poids du corps. Deux mois après, paralysie presque complète des extrémités inférieures; paralysie commençante

des extrémités supérieures. Presqu'entièrement guéri par les eaux sulfureuses, il fut repris, en 1856, d'une nouvelle attaque de coliques sèches suivie d'une nouvelle congestion de la moelle présentant l'ensemble des symptômes déjà cités. B... fut soumis à un traitement très actif dans le service de M. Fonssagrives. La noix vomique et la strychnine, les bains de Barèges artificiels, la cautérisation avec le fer rouge, l'électricité, etc., furent successivement employés et ne produisirent qu'une amélioration douteuse. Six semaines passées à Bourbonne-les-bains n'en firent pas davantage; on recommença alors toute la série des moyens employés auparavant, mais sans succès. Enfin, on le soumet à l'hydrothérapie le 20 mars : douches en pluie matin et soir sur tout le corps; douche en jet mobile le long de la colonne vertébrale et sur les extrémités inférieures. Un mois après, le malade se rendait seul à la douche, en s'aidant seulement d'un bâton. L'amélioration alla toujours en augmentant jusqu'au départ du malade. Le traitement dura deux mois et demi et amena une guérison à peu près complète. — (*Gazette des hôpitaux,* 24 août 1858.)

HÉMATÉMÈSE DE CAUSE MÉCANIQUE, DATANT DE VINGT JOURS; TRAITEMENT INFRUCTUEUX; GUÉRISON RAPIDE PAR LE PERCHLORURE DE FER. — Une femme entre, le 18 février, a l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau, pour une hématémèse, suite d'un coup de timon qu'elle avait reçu à la région épigastrique, le 4 février, et dont la violence lui avait fait perdre connaissance. Elle vomissait par petites gorgées, mais fréquemment, une certaine quantité de sang noirâtre, mêlé parfois à des caillots. L'appétit était complétement perdu; la douleur à la région épigastrique était assez intense; l'état général assez bon.

Pendant sept jours, on administre presque sans aucun succès la ratanhia, la glace, l'eau de Rabel. Le 25, on supprime le traitement antérieur, et on donne 1 gramme de perchlorure de fer dans une potion gommeuse. Le 26, il n'y a plus de vomissements, et l'appétit commence à renaître. Depuis ce jour jusqu'à la sortie de la malade, le 11 mars, les vomissements n'ont plus reparu et l'appétit était toujours allé en augmentant, si bien que, dans les derniers jours, la malade mangeait quatre portions. — (*Bull. de thérap.,* 30 septembre 1858.)

OBSTRUCTION INTESTINALE; TYMPANITE; PONCTION DE L'ABDOMEN; GUÉRISON; par M. TRINCOT. — Un laboureur, de 42 ans, de tempérament bilieux-lymphatique, était sujet à la constipation depuis une fièvre typhoïde qu'il avait eue quatre ans auparavant. Depuis trois ou quatre mois, la constipation était devenue plus habituelle, lorsque tout à coup, le 16 janvier, de nouveaux symptômes apparaissent : malaise général, anorexie, nausées, vomissements glaireux; efforts infructueux pour aller à la selle; pas d'amélioration les jours suivants. Dans la nuit du 18 au 19, les symptômes prennent de la gravité; l'anxiété devient très grande; le ventre se gonfle, en quelques heures, dans d'énormes proportions; coliques assez vives; pouls à 80. M. Trincot ordonne 60 grammes d'huile de ricin en même temps que quelques lavements purgatifs. Le lendemain, le malade est soulagé; il a rendu une très petite quantité de matières. On continue les purgations et on applique dix sangsues vers la fosse iliaque gauche, en un point douloureux à la pression. Borborygmes très bruyants, paraissant sortir d'une grande carafe, et ayant un timbre métallique des mieux caractérisés. M. Trincot diagnostique une déchirure de l'intestin. Le 26 janvier, coliques plus fréquentes, ventre plus tendu, plus douloureux au toucher; anxiété plus grande. Le pouls a faibli et est à 100. Le 29, nouvelle aggravation: pouls à 120, extrêmement faible; facies altéré depuis la veille. Peau froide aux extrémités et à la face. M. Trincot, voyant l'état désespéré du malade, pratique une ponction avec un trocart de petit calibre, à distance moyenne, entre l'ombilic et la hanche gauche, cette partie ayant toujours été la plus distendue et la plus douloureuse. Il sort par la canule, et avec un sifflement assez aigu et longtemps continu, de trois à cinq litres de gaz qui avait d'abord une odeur fade et légèrement aigrelette, et, vers la fin, une odeur assez prononcée d'hydrogène sulfuré qui noircit la canule d'argent. Cette opération, qui soulagea complétement le malade, détendit le bas-ventre, mais sans relâcher l'épigastre. Le surlendemain, le ventre s'était de nouveau gonflé; mais une débâcle survint, et le malade rendit en deux fois près de trois litres de matières pures, très homogènes, de couleur naturelle et de consistance un peu molle. Le 2 février, trois nouvelles évacuations encore très abondantes. Le 3, plusieurs selles et évacuation par l'anus d'une énorme quantité de vents. Mêmes phénomènes les jours suivants.

M. Trincot pense que, sans la ponction qui a livré passage aux gaz intestinaux, la mort serait infailliblement arrivée. — (*Monit des hôp.,* 14 août 1858.)

REMÈDE CONTRE LA MIGRAINE; par M. SUNG. — Ce médecin recommande contre la migraine l'aspiration du liquide suivant :

Acétate de morphine, 25 centig.; faites dissoudre dans quelques gouttes d'acide acétique; ajoutez : eau de laurier-cerise, 5 grammes; acide prussique, 10 gouttes.

On prend dix gouttes de ce mélange, cinq gouttes seulement pour les femmes très excitables, et d'une quantité égale d'eau, et on aspire fortement ce liquide par la narine correspondante au côté affecté, en ayant soin de boucher l'autre narine. On éprouve une sensation de froid dans la narine, et la douleur cesse aussitôt. Le coryza est une contre-indication à l'emploi de ce moyen. — (*Revue médicale,* 31 août 1858.)

RUPTURE DE L'UTÉRUS; GUÉRISON; par M. MAES. — Une femme de 48 ans, ouvrière, d'une forte constitution, mère de cinq enfants, a toujours eu des couches heureuses et faciles. Depuis la dernière, elle a gagné un rhumatisme général chronique qui a donné à son corps une incurvation latérale gauche. Enceinte pour la sixième fois, elle était au milieu des douleurs de l'accouchement, lorsque tout à coup, pendant une forte contraction utérine, elle poussa un cri et tomba en syncope. Revenue à elle peu d'instants après, elle commença à accuser une douleur continuelle, s'irradiant dans tout le ventre, partant de la région sus-pubienne et remontant vers le creux de l'estomac. Bientôt M. Maes put constater une péritonite commençante; il soupçonna une rupture de l'utérus, et comme il n'y avait plus aucune contraction utérine, il termina l'accouchement par le forceps. L'enfant, gros et bien conformé, était mort; le placenta vint avec lui, puis, derrière celui-ci, une anse intestinale se présenta à la vulve. M. Maes la réduisit, constata une rupture de l'utérus dans sa portion sus-vaginale antérieure, et laissa sa main dans l'utérus, jusqu'à ce qu'il sentit celui-ci se contracter. Puis il tamponna, dans le but d'exciter les contractions et d'empêcher la reproduction de la hernie. Quatre jours après, toute douleur et toute fièvre avaient cessé, et quatre semaines après, la mère se livrait, comme auparavant, à ses travaux ordinaires.

La commission, chargée de faire un rapport sur ce travail, pensa que le tampon était dangereux, en ce qu'il pouvait arrêter l'écoulement des lochies, distendre l'utérus et produire l'écartement de la rupture. — (*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

INVERSION DU CORPS POUR REMÉDIER AUX SYMPTOMES PRODUITS PAR LE PASSAGE D'UN CALCUL RÉNAL DANS L'URETÈRE. — Un malade avait, à diverses reprises, rendu de petits calculs rénaux, de forme oblongue, et toujours le passage de ces calculs à travers l'uretère était accompagné des souffrances les plus vives. Deux fois ce malade les avait calmées par l'inversion du corps. Le professeur Simpson, qui lui avait conseillé ce moyen, pensait que le calcul, en tombant dans l'uretère, se trouvait arrêté comme un poids dans sa cloison et que l'urine, en s'accumulant au-dessus de lui, dans le bassinet ou dans la partie supérieure de l'uretère, déterminait les violentes souffrances éprouvées par les malades en distendant ces portions des conduits urinaires. Ce qu'il y a de certain, c'est que deux fois l'inversion du corps a produit un soulagement marqué. A cette occasion, M. Simpson rappelle l'observation d'un homme dans le larynx duquel était tombée une pièce d'un schelling : l'inversion du corps la fit retomber dans la bouche. Dans le prolapsus du cordon ombilical. Durant le travail de l'enfant, on éprouve une facilité incomparablement plus grande à faire et à maintenir la réduction quand on a recours à l'inversion du corps que quand on laisse la femme en supination. — (*Édimb. méd. journ.* et *Revue étrangère,* 1er septembre 1858.)

COURRIER.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

3me LISTE.

MM. Richelot	20 fr.
Jobert de Lamballe	80
Collomb	10
Ferrand, à Mer	3
Hérard	10
Dumont (de Monteux), au Mont-St-Michel	5
Benj. Palais, à Montmirail	5
Brierre de Boismont	40
Am. Forget	20
	193
Listes précédentes	335
Total	528

Par décret du 20 octobre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Perier, médecin principal de l'armée;

Chevaliers : MM. Lantelme, Worbe et Nicod, médecins-majors; M. Réeb, médecin aide-major, et M. Dulierre-Boyer, pharmacien aide-major.

— M. le docteur Isambert vient d'être nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, en remplacement de M. Hirschfeld, dont le temps d'exercice est expiré.

— On assure que M. le directeur général de l'Assistance publique, dont chacun connaît le dévouement aux corps médical, frappé de la perte considérable de temps que fait subir aux candidats à l'internat le mode actuel du tirage au sort pour la lecture de la composition écrite, est dans l'intention d'appliquer à ce concours la mesure usitée pour celui de l'externat.

Nous applaudissons sincèrement à cette pensée, car ce n'était jamais sans regret que nous voyions les concurrents ajournés par le sort aux dernières séances, perdre des heures si précieuses à cet instant de la lutte.

— Le docteur A. Leconte (de Saverne), médecin-major, détaché à Bou-Zaada, dans la province de Constantine, a succombé le 26 septembre dernier, à l'âge de 27 ans, à une atteinte de dysenterie consécutive à une attaque de choléra sporadique.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris (anciens et nouveaux), aura lieu le 13 novembre prochain, à six heures et demie *précises,* dans le grand salon de l'hôtel du Louvre.

Le prix de la cotisation est fixé à 17 francs.

Les commissaires chargés de recevoir les cotisations sont :

MM. Gellé, interne à l'Hôtel-Dieu; Reynaud, id. à l'Hôtel-Dieu; Schulze, id. à la Charité; Saint-Germain, id. à la Pitié; Almagro, id. aux Enfants-Malades; Londe, id. à St-Louis; Hardy, id. à Lariboisière; Topinard, id. à Necker; Paris, id. à Ste-Eugénie; Picard, à la Salpêtrière.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — *Ordre du jour de la séance du mercredi* 27 : Discussion sur la valeur de la trachéotomie. — Suite du mémoire de M. Moissenet sur le traitement des kystes acéphalocystiques du foie par la ponction.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — La Société anatomique reprendra le cours habituel de ses séances veudredi, 5 novembre, à trois henres de l'après-midi.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 128. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 28 Octobre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La ville de Caracas, capitale de la République de Vénézuela, a le bonheur de posséder une Université et une Académie de médecine. Une opération de chirurgie a jeté la division entre l'Université et l'Académie. Ne pouvant parvenir à se mettre d'accord, l'une des parties, l'Université, a pris pour arbitre et pour juge l'Académie impériale de médecine de France. Saisie de cette affaire par voie diplomatique, et sur l'invitation de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie en avait renvoyé l'examen à une commission dont M. Malgaigne s'est fait hier l'interprète. En quelques mots, voici le fait :

Un chirurgien de Caracas, professeur de l'Université, a enlevé une tumeur de la région parotidienne. Dans le récit de ce fait, publié dans un journal de la localité, récit dû à un jeune étudiant de l'Université, il est dit que la glande tout entière a été extirpée, qu'il n'y a eu aucune lésion du nerf facial ni de la carotide externe, mais que la veine jugulaire interne a été ouverte, accident qui n'a eu aucune suite fâcheuse, grâce à une ligature latérale immédiatement pratiquée sur le vaisseau blessé.

La publication de ce fait, publication d'ailleurs incomplète, et qui trahissait la plume inexpérimentée d'un étudiant, a mis en émoi toute la médecine de Caracas. Une longue et vive discussion a eu lieu soit par voie de la presse, soit par voie académique. L'Académie de Caracas semble avoir élevé les doutes les plus sérieux sur plusieurs circonstances importantes du fait, et notamment sur la possibilité d'extirper la glande parotide tout entière, de l'extirper sans léser la carotide ou le nerf facial, sur le succès de la ligature de la veine jugulaire interne après qu'elle a été ouverte. L'Université, au contraire, a pris fait et cause pour un de ses professeurs, et espérant pouvoir corroborer ses opinions par l'assentiment de l'Académie de médecine de Paris, elle lui a adressé une série de questions qui peuvent se résumer ainsi :

L'extirpation totale de la parotide est-elle possible sans lésion du nerf facial ou de la carotide externe ?

La science possède-t-elle des faits de lésion de la jugulaire interne dans la région limitée par la base du crâne et l'angle de la mâchoire, lésion pour laquelle on aurait pratiqué avec succès la ligature de cette veine ?

L'examen et la discussion de ces questions a fourni à M. Malgaigne le texte d'un des plus beaux rapports que l'Académie ait depuis longtemps entendus. Au point de vue de la médecine opératoire, surtout, le savant rapporteur a traité les deux questions d'une façon complète et magistrale. Il est à regretter pour tous que, se renfermant trop rigoureusement dans le cercle tracé par l'Université de Caracas, M. Malgaigne n'ait pas cru devoir aborder la question pathologique; il l'eût traitée inévitablement avec la même science et le même succès, et dès lors ce rapport académique prenait les proportions d'une grande et belle monographie des maladies chirurgicales de la glande parotide. Mais quoique ainsi circonscrite, M. Malgaigne a su jeter le plus vif intérêt sur la question. Analyse et appréciation des faits, presque tous contemporains d'ailleurs, dans lesquels la carotide a été totalement enlevée sans lésion des nerfs ou des vaisseaux ; exposition savante de l'anatomie chirurgicale de la région parotidienne; discussion sur la difficulté d'atteindre la jugulaire interne dans cette opération, accident dont M. Malgaigne ne connaît pas d'exemple; critique de la ligature latérale dans les plaies qui intéressent ce vaisseau ; dénombrement des faits dans lesquels l'emploi de ce moyen a été suivi d'hémorrhagie foudroyante, tels ont été les points principaux traités par M. Malgaigne. Quant à la forme, l'assistance charmée a fait le meilleur accueil à cette plume toujours habile et vaillante qui se joue avec bonheur de toutes les difficultés d'exposition et de discussion.

Ce rapport a été précédé d'une intéressante et savante lecture faite par M. le docteur René Briau, sur l'état de la médecine dans l'Inde avant l'ère chrétienne. L'étude des origines de la médecine offre toujours un vif attrait. Il n'est pas douteux que les recherches dans la littérature de l'Inde, si riche et si ancienne, et qui sur d'autres branches des connaissances humaines ont déjà fourni des résultats pleins d'intérêt, ne conduisent aussi à des découvertes précieuses en ce qui concerne notre science et notre art. L'intelligent et zélé bibliothécaire de l'Académie peut trouver de riches filons dans cette mine inexploitée.

La note de M. Briau nous est remise trop tard pour que nous puissions la faire paraître dans ce numéro; elle fera le sujet de l'un de nos prochains feuilletons.

Amédée LATOUR.

ASSOCIATION GÉNÉRALE.

Voici en quels termes la *Gazette des hôpitaux* apprécie, en la reproduisant dans ses colonnes, la circulaire de M. le Président de l'Association générale :

« L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France accomplit aujourd'hui, par l'organe de son président et de son secrétaire général, son premier acte public. Constituée en principe par l'arrêté ministériel, qui a approuvé ses statuts et par le décret impérial qui a nommé son président, elle provoque sa constitution en fait en appelant les adhésions de tous les membres de la famille médicale.

» Mais, pour que chacun ne s'engage qu'en parfaite connaissance de cause, en faisant parvenir à chaque médecin individuellement un exemplaire des statuts, elle a voulu le faire accompagner d'un commentaire qui ne laissât aucune incertitude sur l'étendue des droits et des devoirs mutuellement contractés. Elle a voulu que chacun pût se pénétrer à loisir de la lettre et de l'esprit des statuts, et apprécier aussi exactement que possible la portée et l'avenir de la nouvelle institution.

» Les appréciations très diverses que plusieurs organes de la presse médicale de Paris et des départements ont faites de l'œuvre de la commission fondatrice, prouvent assez combien cette œuvre était difficile et combien peu elle pouvait espérer de satisfaire tous les vœux et toutes les opinions. Montrer qu'elle n'ignorait aucune de ces difficultés, qu'elle a fait tous ses efforts pour les surmonter, et qu'elle réservait à l'avenir les améliorations et les développements progressifs qu'il ne lui était pas donné de réaliser immédiatement en soumettant à la sanction de tous ce que — dans la latitude de ses droits et de ses moyens — il lui avait été possible de faire actuellement, n'était-ce pas répondre à la fois à toutes

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

Extrait

DU MANUSCRIT D'UN OUVRAGE AYANT POUR TITRE :

PRINCIPES DE LA DOCTRINE ET DE LA MÉTHODE EN MÉDECINE;

Par le docteur J. DELIOUX DE SAVIGNAC,

Médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

LES FORCES.

I

Forces organiques ou vitales.

Quel que soit l'esprit dans lequel on aborde l'étude de l'organisation, on sait que l'on a affaire à un ensemble de molécules matérielles qu'un mouvement spécial constitue à l'état de vie.

La matière qui a vie a-t-elle des propriétés identiques à celles de la matière qui est dépourvue de cet attribut; en possède-t-elle d'autres d'une nature spéciale ?

Le mouvement qui fait la vie, quelle est sa nature et d'où vient-il ?

Telles sont les questions sur lesquelles s'érigent toutes les théories *biologiques*, car voilà la véritable qualification que mériteraient les théories médicales, si elles justifiaient leur prétention d'expliquer la vie, de comprendre et de tracer ses lois.

La matière organisée possède effectivement comme celle qui ne l'est pas, l'étendue, la densité, la porosité, la divisibilité, l'élasticité; elle obéit à l'attraction et à l'affinité; elle réfléchit la lumière; elle subit l'influence du calorique et de l'électricité : en un mot, la loi physique est une pour la matière universelle.

De même, l'analyse chimique décèle, dans les corps bruts et dans les corps vivants, les mêmes atomes élémentaires. Ainsi, non seulement communauté de qualités physiques, mais identité d'éléments chimiques; les différences entre les deux séries de corps se traduisent uniquement dans le mode de groupement atomistique; les composés qui appartiennent à l'une d'elles ne se retrouvent pas nécessairement dans l'autre. Mais, à mesure que la chimie avance et se perfectionne, elle tend à reconnaître que les mêmes lois président à la constitution des composés dans les deux règnes; elle va jusqu'à reproduire plusieurs de ceux qui semblent exclusifs au règne organisé, et il est possible qu'un jour elle les reproduise tous. Alors il n'y aurait plus, comme aujourd'hui, deux chimies, et la loi chimique serait une pour les deux règnes de la nature.

FORMATIVITÉ. — Mais la plante et l'animal naissent, s'accroissent, se développent, se régénèrent, en vertu de facultés qui n'ont pas leur raison d'être dans les propriétés physiques et chimiques de la matière, puisque les minéraux n'effectuent rien d'analogue. Ceux-ci se *composent* au fur et à mesure que des molécules similaires se *juxta-posent* autour d'un groupement moléculaire primitif qui leur a servi de noyau, et ils conservent indéfiniment leur volume tant qu'une violence extérieure ne vient pas les dissocier. La ligne droite limite leurs surfaces qui affectent le plan, le type cristallin spécialise leur apparence extérieure. Le chimiste compose un minéral; pour cela, il n'a besoin que d'avoir à sa disposition ces éléments matériels, primaires, qu'il nomme corps simples ou indécomposables, — et que demain il dédoublera peut-être; — il les met en rapport dans les conditions déterminées par l'expérience pour obtenir un composé, et il l'obtient. Du savant passez à l'artiste qui, avec le composé minéral, représentant de la matière brute, fait une statue, emblème de la nature vivante, et supposez qu'il la mouvemente par l'automatisme le plus habile; son œuvre s'arrête là, il ne réalise pas la fable de Pygmalion.

De même, le chimiste qui peut réduire par l'analyse et refaire par la synthèse tous les composés chimiques des corps vivants, ne peut former avec eux ces agrégats de matière organisée, d'où cependant il les a tirés, ces agrégats spéciaux, que nous appelons les principes immédiats, la chair musculaire, la pulpe nerveuse, la graisse, etc. ; il ne peut pas même faire une cellule.

Donc, la formation de la matière organique, et, par conséquent, des êtres constitués par elle, est un fait naturel, inimitable quant à présent, et distinct de tous les faits reproductibles par les sciences expérimentales.

Cela posé, l'être vivant naît d'un être semblable à lui ; ou, si l'on ne veut pas trancher la question des générations spontanées, et, toutes réserves étant faites sur les modes particuliers d'origine, graine, œuf ou gemme, de la manière la plus générale, on peut énoncer que la matière organique se régénère par elle-même, se transmet d'être à être, que, en un mot, la vie seule engendre la vie. Une fois né, l'être croît, se développe et s'entretient, en empruntant, dans les milieux qui l'entourent, aux trois formes de la matière, les éléments de sa croissance, de son développement et de son entretien. Ces éléments, il les acquiert par *intus-susception*, et non plus par juxta-position, et il les élabore, puis il se nourrit. Que la physique et la chimie, impuissantes à expliquer la génération de l'être, interviennent utilement pour élucider les phénomènes d'absorption, d'assimilation et de désassimilation, qui résument ces opérations nutritives, on ne peut pas le révoquer en doute.

Mais rien n'explique comment et pourquoi se combinent les éléments des principes immédiats, des organes, du sang, de tous les tissus, de toutes les humeurs; comment et pourquoi se forment et se maintiennent la crase constante des liquides, l'apparence et la contexture uniformes des organes; pourquoi, enfin, la matière organique affecte, dans l'arrangement de ses particules, la forme sphérique et la ligne courbe, se réduisant, en dernière analyse, à la cellule. Alors, par exclusion, l'esprit ne reconnaît d'autre loi dirigeante que celle qui émanerait d'une force ou d'une propriété inhérente à la matière organique, et que l'on a nommé tour à tour *anima structrix* (Stahl), *nisus formativus* (Blumenbach), *force plastique*, — *force formatrice;* je préfère cette dernière expression, et la propriété qui correspond à la force motrice, je l'appellerais volontiers la *formativité*.

MOTRICITÉ. — Les minéraux sont soumis aux lois de mouvement comme partie intégrante de la matière universelle, car il n'y a d'inertie pour aucun corps dans la nature, et la leur n'est qu'apparente; leur masse est attirée ou repoussée, leurs molécules s'unissent ou s'éloignent; mais ce sont des oscillations fatales, aveugles et non consenties. L'animal, au contraire, et l'homme bien mieux encore, se meuvent volontairement, en dehors de toutes les sollicitations du mouvement physique ou chimique; ils ont leur mode spécial de mouvement, distinct des attractions et des répulsions moléculaires, et tendant à la double fin d'assurer la conservation de l'espèce et de l'individu, et de les mettre en relation avec le monde extérieur. Donc, il y a un mouvement vital; lorsqu'il s'exécute, les tissus organiques éprouvent ordinairement un retrait qui n'est pas dû seulement à l'élasticité propre de la matière; cette propriété, d'ordre physique, n'est qu'un élément auxiliaire d'une autre propriété en vertu de laquelle ils se *contractent*.

La contractilité répond à une incitation intrinsèque, inhérente à l'individu, qui est sa cause prochaine et suffit à la produire; si, fortuitement, la contractilité répond à une excitation extérieure, ainsi que le provoquent les expérimentateurs pour la démontrer, cette excitation n'est qu'une

les objections comme à tout ce qu'il y a de plus légitime et de mieux fondé dans les vœux et les aspirations du corps médical ?

» Tel est, en effet, le but et l'esprit de la circulaire suivante, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs, joignant notre appel à celui de l'honorable président de l'Association générale, et faisant les vœux les plus sincères pour le succès et l'avenir de cette institution. »

CLINIQUE MÉDICALE.

ULCÉRATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA TRACHÉE CHEZ UNE FEMME SYPHILITIQUE; TRAITEMENT MERCURIEL; RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL CAUSE D'ANGINE TRACHÉALE; TRACHÉOTOMIE; MORT.

OBSERVATION ET NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE,

Lues à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 septembre 1858,

Par J. MOISSENET, médecin de l'hôpital Lariboisière.

X..., lingère, âgée de 27 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, n° 3, le 7 août 1858. Taille au-dessous de la moyenne; bonne conformation; embonpoint médiocre; peau blanche et fine; longue chevelure blonde; yeux bleus d'une extrême vivacité. Expression triste et inquiète; sensibilité excessive. Apparence hystérique sans attaques antérieures. Vaccinée, elle n'en a pas moins été atteinte, à l'âge de 9 ans, d'une varioloïde qui a laissé sur la figure quelques traces fort légères. Les règles, qui se sont montrées pour la première fois à l'âge de 13 ans, ont continué à reparaître régulièrement tous les mois pendant cinq à sept jours.

Quoique vivant en concubinage depuis neuf ans, cette femme n'a jamais eu d'enfants. Atteinte, il y a sept ans, d'une fièvre typhoïde grave avec délire et éruption miliaire, elle a gardé le lit six mois et est restée convalescente à peu près aussi longtemps. En décembre 1857, elle a été affectée de plaques muqueuses à l'anus et à la vulve. Au mois de janvier dernier, elle a commencé à ressentir des douleurs névralgiques continues avec exacerbations siégeant aux tempes et à l'occiput, et accompagnées de surdité et de troubles de la vue et de l'odorat. Un traitement mercuriel suivi pendant deux mois a fait disparaître ces accidents. Quelques bains de Barèges ayant été administrés pour compléter la cure, la malade se croyait guérie, lorsqu'elle fut prise d'une bronchite intense qui dura quinze jours et céda à l'usage de tisanes adoucissantes. Depuis lors, la santé a paru excellente jusqu'au 15 juin, époque où les règles ont été supprimées à l'occasion d'une vive émotion. Des pleurs, des sanglots contenus déterminent une oppression extrême, avec accès de suffocation et aphonie passagère. Ces symptômes, qui ne s'étaient jamais manifestés jusque là, se sont renouvelés et insensiblement sont devenus de plus en plus fréquents. La respiration est restée bruyante dans l'intervalle des accès, et ceux-ci n'ont pas tardé à se compliquer de palpitations et d'angoisse précordiale fort pénibles. Un mal de gorge assez intense et le retour des douleurs névralgiques de la tête et du cou semblables à celles du mois de janvier, décidèrent le médecin à prescrire de nouveau les pilules mercurielles. Ce traitement était commencé depuis deux à trois semaines, lorsque la malade est entrée à l'hôpital. Mais elle a eu soin de nous cacher d'abord ces antécédents, et ce n'est que plus tard qu'elle en a fait l'aveu.

Etat actuel le 8 août. — Apyrexie. Angine légère caractérisée seulement par de la rougeur et une vascularisation assez prononcée du voile du palais et du pharynx. Adénite cervicale, surtout au côté droit du cou, qui est légèrement tuméfié et douloureux à la pression. La douleur semble se propager de chaque côté du cou, suivant le trajet des pneumogastriques. Il existe en outre une douleur fixe au vertex que l'on croit pouvoir comparer au clou hystérique, une névralgie intercostale se propageant à la région épigastrique. Bref, il existe une hyperesthésie assez prononcée dans les régions sus-diaphragmatiques. Les nerfs des membres thoraciques doivent être exceptés. On y cherche en vain les sensations de l'aura qui précède les accès d'angine de poitrine. La vue, l'ouïe, le goût sont intacts; l'odorat seul est complétement perdu. L'odeur des fleurs, du tabac n'est point sentie. Les vapeurs ammoniacales font couler les larmes et ne réveillent point la sensibilité olfactive. La voix a conservé son timbre argentin, qui est le timbre normal. La respiration est bruyante et gênée (26 respirations par minute). L'inspiration est prolongée et sifflante; l'expiration est très facile, quoique moins douce qu'à l'état normal. Ce sifflement laryngo-trachéal est d'une intensité fort variable; souvent, dans le calme et pendant le sommeil, on l'entend à peine ou pas du tout; mais une conversation un peu longue ou animée, une émotion, le développent, et alors on l'entend à quelques pas de distance et il est suivi d'une sorte de suffocation qui cède au repos absolu. — Ces intermittences font croire à une dyspnée nerveuse que l'on compare à l'asthme. Comme l'asthme, en effet, ces accès se sont quelquefois développés la nuit, mais ils n'ont pas été suivis d'une expectoration abondante et n'ont pas eu des retours réguliers. La toux est sèche et rare.

Les poumons et le cœur sont à l'état normal. Il n'existe non plus aucun symptôme d'affection gastro-intestinale. La peau ni les muqueuses n'offrent aucune trace d'éruption.

Pendant trois jours on se borne à administrer des potions antispasmodiques, additionnées de 2 grammes de valériane en poudre, la tisane de tilleul et de fleurs d'oranger. L'éther, l'opium et la belladone sont administrés ensuite jusqu'au 14, jour des aveux. — Alors seulement nous croyons à l'existence dans le larynx d'ulcérations syphilitiques, avec épaississement ou œdème des parties ambiantes, et nous prescrivons les pilules de proto-iodure au quart, à la dose de deux par jour.

Le 19. La malade s'est enrhumée. La toux est fréquente et pénible. L'oppression est plus prononcée que d'habitude. La respiration est constamment bruyante, et trois accès de suffocation ont eu lieu depuis hier, l'un dans le jour, après avoir monté l'escalier du premier au deuxième étage, les deux autres pendant la nuit. Le toucher de l'ouverture supérieure du larynx ne fait découvrir aucune altération, aucun gonflement œdémateux des replis arythéno-épiglottiques. — Continuation du traitement mercuriel. Bain de pieds sinapisé. Julep diacodé additionné d'eau de laurier-cerise. (15 gr. D., 4 gr. eau de L.-C.) Pour la nuit, tisane pectorale.

20, 21. La toux et la dyspnée ont augmenté d'intensité. La respiration est plus bruyante; on entend quelques râles muqueux disséminés dans les deux tiers inférieurs de chaque poumon. Les accès de suffocation ayant présenté chaque jour le même caractère, on ajoute au traitement précédent une potion vomitive: Ipéca en poudre, 2 grammes; émétique, 0,05 centigrammes, à prendre ce matin (21) en deux verres d'eau tiède. Cette médication est suivie de vomissements abondants de matières muqueuses gastriques et de quelques crachats sans fausses membranes, ni sang, ni pus. — Amélioration très notable de tous les symptômes précités, qui se soutient pendant trois jours. Le traitement spécifique et calmant ont seuls été continués.

Le 24. La malade, qui prend trois pilules depuis deux jours, se plaint d'un goût métallique et d'une salivation fort gênante. Ses gencives sont en effet très rouges. — Elle accuse de plus, à la partie antérieure du larynx, une douleur assez vive qui nous décide à appliquer sur cette partie un vésicatoire volant de 8 centimètres. — Gargarisme avec eau miellée 250; chlorate de potasse, 8 grammes. Continuation du traitement.

25, 26, 27. Pas d'amélioration dans la maladie principale; les accès de suffocation semblent devenir plus intenses en affectant une sorte de régularité dans leur retour nocturne. Ces accès sont calmés comme par enchantement au moyen d'un sinapisme appliqué soit entre les deux épaules, soit à l'épigastre. Les intervalles sont plus que jamais remplis par le sifflement laryngo-trachéal de l'inspiration, qui devient de plus en plus fort. Insomnie, anxiété, craintes, cauchemar. — La stomatite mercurielle semble entravée par la potion au chlorate de potasse et la diminution du nombre des pilules. — Nous ne pouvons nous dissimuler que l'état de la malade s'aggrave et que nos remèdes n'y apportent que des améliorations passagères.

Nouvelle potion vomitive comme ci-dessus. Id., id.

28. Malgré les nombreux vomissements de la veille et le calme de quelques heures qui s'en est suivi, la soirée n'a pas été beaucoup meilleure que les précédentes, et, après une nuit passée presque sans sommeil ou au milieu de rêves pénibles, vers cinq heures du matin, la malade est prise d'un accès de suffocation avec orthopnée, jactitation et cyanose de la face. Ces symptômes effraient la veilleuse, qui, après avoir appliqué comme les nuits précédentes, un large sinapisme entre les deux épaules, va chercher l'élève de garde. M. Tillot arrive assez à temps pour assister à cet accès et lui reconnaître tous les caractères de la laryngite striduleuse qu'il a eu l'occasion d'étudier maintes fois, l'année dernière, à l'hôpital des enfants. Un second sinapisme est appliqué à l'épigastre et l'accès ne cesse qu'après une heure de durée.

A la visite, la malade nous paraît très fatiguée. — Le sifflement persiste, mais toute trace de cyanose a disparu, et la poitrine conserve une bonne résonnance partout. Les râles y sont, depuis plusieurs jours, remplacés ou voilés par un ronchus sibilant qui semble n'être que la transmission du bruit laryngo-trachéal. Id., id., id.

29. Découragé par l'insuccès de plus en plus évident de notre traitement spécifique, pensant que peut-être les lésions locales supposées du larynx ou de la trachée sont arrivées au point de devoir être modifiées par une autre médication, celle des accidents tertiaires, ou directement par un traitement local, j'arrête: 1° que les pilules mercurielles seront remplacées par la solution d'iodure de potassium; 2° qu'une cautérisation superficielle sera pratiquée immédiatement. Dans la prévision de cette opération, j'avais apporté l'instrument de M. le docteur Loiseau. Son application, que je faisais pour la première fois, me parut extrêmement facile; grâce à l'anneau protecteur, je pus explorer à mon aise l'orifice supérieur du larynx et m'assurer de son intégrité parfaite. La lésion devait être plus bas et probablement sous-glottique, puisque la voix était conservée au milieu même des plus forts accès de suffocation. L'introduction de la sonde fut facile, et, lorsque je la sentis bien engagée, je fis pleuvoir dans la cavité laryngée quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent, 0,50 centigrammes, pour 30 grammes d'eau distillée. Un accès de toux, une sensation de corps étrangers dans la gorge, le goût styptique du nitrate furent les seuls effets produits par cette petite opération. Peu d'instants après, la malade se disait soulagée. La journée fut calme et la nuit se passa sans accès de suffocation, et avec quelques heures de bon sommeil.

30. Même état à la visite. Continuation de la solution d'iodure de potassium; gargarisme émollient. — Ce calme, caractérisé par l'absence d'accès de suffocation mais non par la diminution du sifflement laryngo-trachéal, qui devenait au contraire de plus en plus fort et ressemblait au cornage des chevaux, ce calme cesse à quatre heures du soir. L'orthopnée devint de plus en plus pénible, et, à huit heures du soir, un violent accès de suffocation survint. Des sinapismes aux bras, aux jambes d'abord; plus tard, un bain sinapisé. Pendant la nuit du 31, une potion avec 3 grammes d'éther n'amènent aucun soulagement. L'interne de garde, M. Fauvel et plusieurs autres de ses collègues passent la nuit auprès de la malade, qui étouffe de plus en plus et demande de l'air même au prix d'une opération chirurgicale. Vers cinq heures du matin, la trachéotomie allait être pratiquée, lorsqu'un léger amendement survient et permet d'attendre l'heure des visites.

31, à huit heures du matin. Je trouve la malade assise sur son lit, la

---

cause éloignée, non nécessaire, et qui n'a son effet que par suite de la faculté spéciale propre à l'individu. La contractilité est donc d'ordre organique ou vital.

La fibre musculaire est son siége principal, peut-être son siége exclusif, s'il est vrai que l'on tend de plus en plus à déceler la fibre musculaire partout où s'opèrent des phénomènes de contractilité. Néanmoins, la contraction n'est pas, chez l'animal, le seul mode de se mouvoir; il faut encore avoir égard, par exemple, à la tonicité de certaines parties, aux balancements ondulatoires des cils vibratils. L'expression de *motricité* peindrait mieux, par conséquent, l'aptitude de l'animal aux phénomènes de mouvement.

SENSIBILITÉ. — Les animaux seuls possèdent la faculté de sentir, c'est-à-dire de recevoir et de transmettre des sensations. On ne doit nommer sensibles, disait Haller, que les parties qui, étant touchées, transmettent à l'intelligence, avec plus ou moins de vivacité, l'impression de ce contact. A ce compte, la sensibilité serait localisée dans certaines parties: mais, depuis Haller, on l'a reconnue, soit dans des circonstances où sa transmission n'a pas besoin de s'opérer par le *sensorium commune*, — tel est le cas de l'action réflexe, — soit dans certaines parties de l'organisme, insensibles en apparence dans l'état de santé, et auxquelles l'état pathologique communiquerait le sentiment de la douleur, cette expression la moins équivoque de la sensibilité. Ainsi du moins se comporterait la sensibilité chez l'homme; elle tend à se généraliser dans tous ses tissus qui en sont pénétrés à un plus haut degré que de sa propriété congénère, la contractilité.

En quelque lieu et de quelque façon que la sensibilité s'exerce, elle est sous la dépendance du système nerveux; toutes les parties notoirement sensibles reçoivent des filets nerveux, et là où leur ténuité ne permet plus de les apercevoir, l'induction permettrait, à la rigueur, de les supposer, si même l'observation directe n'avait permis de constater que, à défaut de tubes nerveux, des molécules de matière nerveuse s'épanchent et constituent une sorte d'atmosphère sensible qui suffit à rendre docile aux impressions les parties où l'œil ne saisit pas encore les radicules linéaires du système céphalo-rachidien.

Cet important appareil, auquel l'animalité doit son rang supérieur sur l'échelle des êtres, n'a pas seulement pour mission de donner à ceux qui en sont pourvus la faculté de sentir. Il résulte, en effet, de l'une des plus belles découvertes de la physiologie moderne, qu'il est composé à la fois de filets sensitifs et de filets moteurs; la sensation suit sur les premiers une marche centripète pour réagir par voie centrifuge sur les organes du mouvement. La motricité est ainsi placée sous la dépendance de l'innervation. Mais si l'action nerveuse est double, si la sensation et l'excitation motrice ont pour support le même organe, les faits relatifs, les uns à la sensibilité, les autres à la motricité, sont tellement distincts qu'ils doivent rester attribués à deux forces et à deux propriétés également distinctes dans l'organisme, et que l'expression synthétique, mais trop vague, de force nerveuse ne saurait remplacer.

L'appareil nerveux tient aussi, dans une certaine mesure, sous sa dependance les fonctions de nutrition, tant par une influence ignorée sur les sécrétions qui les accompagnent qu'en suscitant des mouvements qui favorisent certains temps de leur accomplissement. Mais ces connexions entre l'action nerveuse et la formativité mise en jeu dans les élaborations nutritives, n'ont pas pour résultat d'absorber la seconde dans la première; l'action nerveuse, dans cette occasion, nous offre l'une des preuves qui surgissent à chaque instant dans l'étude de l'organisme, qu'elle est le principal lien de toute les fonctions, la cause principale de l'harmonie qui règne entre elle.

Enfin, la sensibilité, en recueillant dans le cerveau un grand nombre de nos sensations qu'elle y transforme en perceptions, devient l'un des mobiles des actes de l'entendement, et détermine la suprématie de l'individualité humaine. Tout à l'heure, elle apportait l'unité dans le mode organique; maintenant, elle sert de pont entre lui et le monde moral.

Or, dans toutes les conditions où elle se manifeste, la sensibilité est irréductible aux lois de la physique générale; et ce n'est pas faute que l'assimilation ait été tentée; que d'efforts n'a-t-on pas faits, par exemple, pour rallier la force nerveuse aux forces électriques? Eh bien, les physiologistes, en majorité, déclarent aujourd'hui non seulement qu'il n'y a point identité entre ces deux espèces de forces, mais qu'il n'existe même aucune preuve directe et certaine en faveur de l'hypothèse des courants électriques dans le système nerveux (Longet). Donc, on peut affirmer que, dans l'état actuel de la science, la sensibilité ne peut être considérée autrement que comme une propriété d'ordre entièrement et exclusivement vital.

Des trois propriétés que nous venons d'examiner, la plus essentielle est, sans contredit, la formativité. En effet, les fonctions de nutrition se trouvent chez tous les êtres organisés, animaux et végétaux. Le système nerveux, et, partant, l'action nerveuse, n'existent que chez les animaux. Si nous dédoublons cette action en contractilité et sensibilité, nous voyons aussi que ces deux propriétés semblent exclusives aux animaux. Cependant, il y a des phénomènes de contractilité chez les plantes; peut-être quelques-unes, ou toutes même à certains égards, présentent-elles des phénomènes obscurs de sensibilité. Pour expliquer celle-ci, on a signalé des corpuscules analogues à la matière nerveuse (Dutrochet). Mais, en réalité, il n'y a pas de système nerveux démontré dans le règne végétal; la force plastique, représentée dans la nutrition, la fécondation, l'acquisition et le maintien de la forme, y est donc la seule expression de la vitalité.

Dans l'animal, la formativité est aussi le caractère fondamental de l'organisation; car un membre, par exemple, où les relations nerveuses ont été en partie brisées, continue à se nourrir, à vivre par conséquent. Supposez l'abolition de la sensibilité physique et morale, et celle de la contractilité, prenez un idiot et un paralytique: s'ils se nourrissent, ils vivront; pour cela, il est vrai, il faudra qu'il soit resté une certaine somme d'action nerveuse pour influencer les fonctions nutritives. Mais si cette influence est nécessaire dans les animaux supérieurs, elle diminue graduellement, si bien qu'aux degrés inférieurs de l'échelle zoologique on constate l'absence du système nerveux; là, plus de sensibilité, contractilité faible, mais toujours puissance formatrice: en d'autres termes, locomotion plus ou moins bornée, mais nutrition suffisante pour assurer la forme et la reproduction de l'individu.

Il résulte de cette analyse de certains ordres de phénomènes accomplis par les corps vivants que, s'il y a dans leur organisation des faits régis par les lois de la mécanique, de l'hydraulique, de l'électricité, de la chimie, etc., il en est d'autres qui y dérogent d'une manière formelle, et que les théories physiques ou chimiques sont incapables d'expliquer. Ne jetons aucun défi à l'avenir, mais, dans le présent, voilà ce que l'observation impartiale et sévère nous apprend; elle nous conduit donc à reconnaître, et les esprits les plus récalcitrants sont contraints de le concéder, ne fût-ce qu'à titre provisoire, qu'il y a dans l'organisation des phénomènes essentiels, incomparables, irréductibles, caractéristiques de son mode spécial d'activité. Certes, à la rigueur, il pourrait suffire de les constater; si l'on demande: à quoi tiennent-ils? nulle réponse ne sera satisfaisante; mais, si l'on ne peut les expliquer, il faut au moins leur donner une signification dans le langage scientifique; à cet effet se présentent usités dans toutes les langues, les mots *forces* et *propriétés;* j'ai même été obligé de les employer préventivement avant de définir; maintenant examinons-en avec attention la valeur, car jamais, comme nous l'allons voir, les mots n'ont eu plus d'importance pour rendre les idées.

(*La suite prochainement.*)

poitrine penchée en avant, la tête rejetée en arrière, l'œil hagard et désolé, la face pâle, les lèvres bleuâtres, la bouche et les narines ouvertes, cherchant et demandant de l'air. Les inspirations sont longues et sifflantes, les expirations courtes et bruyantes. Interrogée sur le siége de la douleur, la malade montre son cou et toute sa poitrine, jusqu'à l'épigastre. Elle est harassée de fatigue, tous les muscles respirateurs sont courbaturés par l'exercice violent de toute une nuit de dyspnée excessive, sans repos ni sommeil. La voix altérée, presque éteinte à force de plaintes et de gémissements, est encore assez distincte pour permettre d'établir l'intégrité de la glotte. Cependant, l'obstacle inconnu qui s'oppose à l'introduction de l'air nous semble être au larynx, dans la région sous-glottique, peut-être à la partie supérieure de la trachée. Dans cette incertitude, et n'ayant du reste aucun autre moyen à tenter pour arracher la malade à une mort qui paraissait certaine, mon collègue M. Hérard et moi, nous décidons que la trachéotomie sera pratiquée immédiatement. Le filet d'air qui passe à travers le canal aérien nous paraît si faible, le pouls présente si peu de résistance, que nous n'osons pas revenir à la cautérisation au moyen de l'instrument de M. le docteur Loiseau. — La trachéotomie nous semble offrir d'autant plus de chances de succès que les poumons sont encore très perméables à l'air, même à leur base.

A huit heures un quart, M. Chassaignac pratique l'opération par son procédé avec une grande habileté et sans aucun accident; mais elle n'apporte aucun soulagement. L'air ne semble pas pénétrer plus aisément qu'avant dans les poumons. La dyspnée persiste, mais n'augmente pas tout d'abord, et le pouls se relève. Cependant le bruit respiratoire est mélangé de râles trachéaux qui font croire à un épanchement de sang dans la trachée. Des mucosités sanglantes sont, en effet, chassées avec grande peine par l'ouverture de la canule. De quart d'heure en quart d'heure on enlève la canule interne, et chaque fois elle est tapissée de mucosités sanglantes très tenaces. A 10 heures, M. Chassaignac vient revoir son opérée, et il juge utile de retirer légèrement la canule, afin de dégager son extrémité inférieure, qui lui semble gênée.

A midi, M. Habert, interne suppléant, constate que la malade n'a éprouvé encore aucun bénéfice de cette opération. L'anxiété et l'orthopnée sont les mêmes. Le pouls a beaucoup faibli; la face est un peu cyanosée.

A une heure et demie, voyant que la canule ne sert à rien et que l'engouement trachéal persiste, je vais prier M. Chassaignac d'aller retirer la canule et de présider, s'il le juge convenable, à l'administration d'un vomitif. Mais, lorsque le chirurgien arrive, la malade était morte. A trois heures de l'après midi, elle avait tout à coup cessé de respirer.

Le 1er septembre, à trois heures, nous procédons à l'autopsie.

Autopsie. — Cadavre d'une femme bien conformée, offrant quelques taches et vergetures d'un rouge violacé, soit à la partie interne des cuisses, soit à la partie antérieure de l'abdomen et de la poitrine. Pas d'engorgements ganglionnaires volumineux sur les côtés du cou, ni aux aines, ni aux aisselles. Pas d'exostoses à la tête, aux régions tibiales antérieures ni ailleurs. Aucune cicatrice scrofuleuse, syphilitique ou autre à la peau. Quelques plis profonds et excoriés à l'anus, qui est infundibuliforme et très dilaté. Les parties génitales externes, au contraire, presque dépourvues de poils, ne présentent pas un développement proportionné à l'âge de la malade. On ne trouve, sur les lèvres ni à la fourchette, aucune cicatrice évidente d'ulcérations antérieures.

Appareil respiratoire. — Afin de bien apprécier le siége et les rapports des lésions, la canule qui avait été placée pendant la vie, après la trachéotomie, est réintroduite, et la dissection est faite sur place, avant l'enlèvement du sternum. Le larynx et la trachée ne semblent pas déformés, mais, au-dessous de la fourchette sternale, on constate un renflement manifeste qui se termine bientôt par un rétrécissement considérable situé à deux centimètres à peu près au-dessus de la bifurcation des bronches. Aucune tumeur osseuse, ganglionnaire, anévrysmale ou autre n'existe autour de ce rétrécissement. Les ganglions cervicaux sont peu développés; les ganglions brouchiques, quoique nombreux, sont trop petits et trop disséminés pour avoir exercé la moindre influence sur la production de l'altération en question.

L'extrémité de la canule arrive à peine à 3 centimètres du rétrécissement et elle se meut librement dans la dilatation mentionnée.

L'épiglotte, l'ouverture supérieure du larynx, la glotte, les cordes vocales et les ventricules ne sont nullement déformés. On ne constate à la muqueuse aucune cicatrice, dans le tissu cellulaire sous-cutané aucune infiltration ni épaississement. On voit seulement, au-dessous des cordes vocales inférieures, quatre taches lenticulaires d'un rouge violacé, symétriquement disposées, deux à droite, deux à gauche, véritables ecchymoses qui ne peuvent être attribuées qu'à l'action des deux branches du dilatateur, lequel, en effet, a dû être appliqué à deux reprises différentes. Au-dessus de ces taches, la muqueuse reste saine jusque vers le milieu du renflement trachéal. Là, à deux centimètres au-dessus du rétrécissement, on trouve trois plaques irrégulièrement arrondies et de la dimension de pièces de 50 centimes, légèrement élevées au-dessus de la surface ambiante, d'une couleur jaune pâle, d'une consistance molle à surface inégale et mamelonnée. Le centre de chacune de ces plaques offre une dépression de forme variable, oblongue, arrondie ou linéaire, et une mollesse plus grande que les bords. Quand on étale transversalement la trachée, de manière à effacer la courbure de ses arcs cartilagineux, les mamelons qui constituent les plaques se séparent par leur extrémité libre, tout en restant solidement fixés par leur extrémité trachéale au tissu cellulaire sous-jacent. Les dépressions deviennent plus profondes, se creusent en cavités ou en sillons, et l'on voit au milieu des ulcérations gauche et médiane une portion de cartilage mise à nu. L'ulcération située à droite n'offre plus, au fond de la dépression centrale, qu'un amincissement considérable des parties molles seules persistantes. Au-dessous de ces plaques ulcérées et jusqu'au-delà de la bifurcation bronchique, la muqueuse est convertie en un tissu cicatriciel à reflet brillant, nacré, parsemé de dépressions ponctuées et de brides plus ou moins larges qui lui donnent un aspect gaufré. La bronche gauche est envahie par ce tissu dans l'étendue de 1 centimètre à peu près. Il y a même, au niveau de l'éperon, une bride très épaisse qui surplombe une dépression profonde au fond de laquelle on voit par transparence un ganglion bronchique d'un noir de charbon qui semble tout à fait confondu avec le tissu bronchial. La bronche droite est, à son origine, tapissée en avant par une demi-zone cicatricielle et complétée en arrière par une plaque de même nature que celles trouvées dans la trachée. Dans tout le reste de l'arbre bronchique la muqueuse a semblé saine. — Mais les altérations que nous venons de décrire correspondent à des lésions non moins remarquables des autres parties constituantes de la trachée et des bronches. Ainsi, à partir des plaques jusqu'à la bifurcation de la trachée, les cerceaux cartilagineux ont à peu près complétement disparu, ou du moins n'en reste-t-il que quelques rares débris confondus avec les parties molles. Celles-ci constituées par les tissus cellulaire et cellulo-fibreux considérablement épaissis et condensés, constituent à cette portion rétrécie du conduit aérien des parois résistantes mais élastiques et plus ou moins dépressibles. Dans toute l'étendue de la trachée, au-dessus du rétrécissement, nous ne pouvons plus compter que onze à douze cerceaux cartilagineux au lieu de seize à vingt, nombre habituel. D'où nous pouvons conclure que quatre au moins ont disparu complétement au niveau du rétrécissement. La largeur de ce rétrécissement est mesurée par une sonde de femme de moyen calibre, qui ne peut le franchir qu'avec frottement; sa hauteur est de plus de 1 centimètre. Si l'on compare les bronches entre elles, sous le rapport de leur longueur et de leur calibre on n'y trouve rien d'anormal. Leur capacité, comparée à celle de la portion de trachée restée saine, est aussi normale; mais, comparée au point rétréci, cette même capacité est comme 6 1/2 est à 2. — Du reste, considérés dans leur ensemble, le larynx et la trachée paraissent moins développés qu'ils ne le sont d'habitude chez une femme de 27 ans, et, sous ce rapport, ils doivent être rapprochés de l'état des organes génitaux.

Les bronches sont entourées d'un assez grand nombre de ganglions noirs isolés ou groupés, gros comme des pois ou des noisettes, et dont la disposition ne devait apporter pendant la vie aucune gêne à la circulation de l'air.

Les poumons sont sains; leur base est engouée à la partie postérieure surtout; pas de tubercules; pas de trace de pneumonie ni de pleurésie.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal. Le sang n'offre même pas cette couleur noire ni cette fluidité caractéristiques des asphyxies. Il y a quelques caillots dans les cavités droites.

Appareil digestif et annexes. — L'œsophage, l'estomac, l'intestin n'offrent aucune altération digne d'être notée.

Le foie, la rate et les reins sont congestionés, mais de plus, on voit, au-dessous de la capsule de Glisson, quelques petits grains gris ou jaunâtres d'une consistance fibrineuse, du volume de grains de millet ou de chènevis. Aucune de ces productions n'est rencontrée dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique. — *La rate* est, au contraire, criblée dans toute l'étendue de son parenchyme d'un semis de granulations miliaires d'un blanc grisâtre, ressemblant aux concrétions fibrineuses. — Pas de ganglions malades dans le mésentère.

Organes génitaux. — Les parties génitales externes, le vagin, le col et le corps utérin sont très peu développés. Il n'y a ni ulcérations, ni apparence de cicatrices au col. La cavité de la matrice est remplie de glaires d'un jaune rougeâtre et on trouve, dans chacun des ovaires, une boule sanguine gélatiniforme du volume d'une grosse noix.

Nous n'avons pas été autorisés à ouvrir le crâne, dans l'intérieur duquel nous eussions peut-être rencontré la cause matérielle des névralgies qui avaient été considérées comme spécifiques et traitées comme telles avec succès plus ou moins complet.

En résumé : Une femme syphilitique atteinte d'angine laryngo-trachéale est soumise à un traitement mercuriel qui, au lieu de diminuer le nombre, la durée et l'intensité des accès, ne fait que les augmenter chaque jour davantage. Le dernier accès, après douze heures de durée, pendant lesquelles divers moyens médicaux sont appliqués sans succès, est traité chirurgicalement par la trachéotomie sans la moindre amélioration. Sept heures après l'opération, la malade meurt tout à coup. — L'autopsie fait découvrir, à deux centimètres au-dessus de la bifurcation des bronches, un rétrécissement considérable de la trachée, consécutif à des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation, après destruction de plusieurs cerceaux cartilagineux.

(La suite à un prochain numéro.)

TÉRATOLOGIE.

NOTE SUR UN CAS DE GYNÉCOMASTIE;

Présentée à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 26 octobre 1858,

Par le docteur Fonssagrives,

Médecin en chef de la marine à Cherbourg.

L'hermaphrodisme, constitué par la fusion sur le même sujet des organes génitaux des deux sexes, avec prédominance de l'un ou de l'autre, est une hétéromorphie assez rare, il est vrai, mais dont les types principaux ont été convenablement déterminés; il n'en est pas de même de cette forme d'hermaphrodisme qu'on pourrait appeler *hermaphrodisme monosexuel*, et qui présente, réunis aux organes génitaux plus ou moins incomplets d'un seul sexe, les caractères de la constitution organique et des formes du sexe opposé. Les *viragos* ou *gynandres* forment en quelque sorte la transition entre l'organisation sexuelle normale et l'hermaphrodisme monosexuel; les lignes saillantes de leur musculature, le développement exagéré du système pileux et des sécrétions odorantes qui en dépendent, la saillie de l'angle thyroïdien, la gravité de la voix, la hardiesse de la démarche, la virilité des habitudes, l'exiguïté du bassin, la longueur du clitoris, le défaut d'appétence génitale et la stérilité ordinaire, sont les traits auxquels se reconnaissent les *gynandres*. Mais, il faut bien le dire, la limite à laquelle commence cette nuance d'hermaphrodisme n'est rien moins que facile à déterminer, et l'exubérance du clitoris qui peut, dans des cas rares, coïncider avec les formes les plus essentiellement féminines, ne saurait suffire pour la caractériser. Les hermaphrodites *androgynes*, au contraire, s'éloignent par le développement anormal des glandes mammaires des attributs extérieurs du sexe auquel les rattachent leurs organes génitaux, et l'ensemble de leur constitution offre des particularités qui ne permettent pas le doute. Le nom de *gynécomastes*, qui a été anciennement appliqué à ces hermaphrodites, explique nettement le plus saillant de leurs caractères, et mérite d'être conservé.

Les cas bien avérés de gynécomastie complète sont assez rares. Geoffroy Saint-Hilaire, qui en fait le premier genre de sa classe des hermaphrodites masculins, a considéré, comme seules authentiques, quatre observations de gynécomastes, dont trois appartiennent à Éverard Home, et la quatrième à M. Renauldin (*Histoire des anomalies de l'organisation*, 1836, t. II, p. 67). Il convient d'y joindre le fait consigné par M. Bédor, de Troyes, dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation* pour 1812, fait qui, observé au Conseil de santé de la marine à Brest, et rapproché plus tard de quelques autres analogues, a fourni à ce médecin le sujet d'un mémoire sur la gynécomastie, inséré dans la *Gazette médicale* (année 1832 ou 1833). Les deux exemples les plus complets de gynécomastie, celui de Home et celui de Bédor ont été fournis par des marins, et, par un hasard plus que singulier, c'est également un matelot qui m'a présenté les cas d'androgynie, que j'ai fait reproduire dans le dessin qui est annexé à cette note, et que je place sous les yeux de l'Académie. Comme elle pourra en juger, il est impossible de trouver plus complétement réunis tous les caractères de cette forme très rare d'hermaphrodisme.

Le sujet chez lequel je l'ai observée est un matelot âgé de 21 ans, né à Plouvin (Finistère). Il jouit habituellement d'une bonne santé; il a deux frères très vigoureux, dont la constitution est normale et qui sont encore célibataires; ses sœurs ne sont pas mariées et leur habitude extérieure n'offre rien de spécial. Vers l'âge de 16 ans, B..., qui appartient à l'inscription maritime, est examiné par le Conseil de santé de la marine à Brest; mais à cette époque ses seins commençaient à peine à se développer, et, malgré l'atrophie de ses testicules et la gracilité du pénis, il est considéré comme propre au service et son admission est prononcée. A partir de ce moment et sous l'influence de l'évolution pubère, les seins prirent un accroissement rapide, et à 18 ans ils avaient acquis à peu de chose près le volume qu'ils ont aujourd'hui. En même temps, ils étaient devenus tellement douloureux et excitables que la moindre pression était tolérée avec peine et provoquait un durcissement instantané de l'organe. Cette hyperesthésie mammaire qui persiste encore aujourd'hui et la sorte d'érectibilité qui en est la conséquence, sont deux phénomènes remarquables et qui distinguent nettement ces seins androgyniques de certaines exubérances cellulaires ou adipeuses qui ont été considérées à tort comme des mamelles masculines. La pression sur les seins n'a jamais amené de liquide lactescent. Les confidences les plus complètes permettent d'affirmer que cet hermaphrodite n'a jamais éprouvé de désirs sexuels et que ses organes génitaux sont restés insensibles aux provocations les plus directes.

B... est d'une taille moyenne; sa charpente osseuse et ses muscles ont un développement médiocre, et leurs reliefs sont voilés par une profusion toute féminine de tissu cellulaire et de graisse. La tête est petite, conique et remarquable par l'aplatissement de la région occipitale; le peu d'accentuation des traits, la délicatesse de la peau, l'absence de barbe, la douceur et la timidité du regard donnent à son visage toutes les apparences de celui d'une femme. Cette ressemblance est encore plus frappante pour le cou, qui est arrondi, sans reliefs musculaires, et qui ne présente aucune trace de l'angle saillant du cartilage thyroïde. L'attache des épaules et des clavicules n'offre pas des analogies moins saisissantes. Les seins sont globuleux, rigides, d'une grande pureté de lignes; leur volume est à peu près celui des seins d'une jeune fille de 17 ou 18 ans; les mamelons sont distants d'environ 9 centimètres de la ligne axuelle du sternum. L'aréole est pâle, légèrement plissée, offrant quelques petits tubercules rudimentaires; elle a 2 centimètres 1/2 de diamètre; le mamelon, qui est manifestement érectile au toucher, est de la grosseur d'une plume de corbeau et n'a pas plus de deux lignes de saillie. La peau de la mamelle est d'une finesse remarquable et d'une teinte bleuâtre. La glande mammaire est très développée et le moindre attouchement y réveille une sensibilité très vive. Le ventre est assez volumineux. La région pubienne est arrondie, fuyante en arrière, et figure absolument la saillie du pénil; l'implantation triangulaire des poils ajoute à l'analogie. Les organes sexuels, exclusivement mâles, sont dans un état remarquable d'atrophie. Le scrotum a le volume de celui d'un enfant de 5 ans, il est aplati et pendant; les deux testicules s'y constatent, mais ils ont à peine la grosseur d'un petit haricot; les épididymes sont reconnaissables au toucher et les conduits déférents sont tout à fait filiformes. La verge a de 6 à 7 centimètres; il existe un phymosis congénial. Le canal de l'urètre s'ouvre en épispadias à la partie supérieure du gland. Le raphé périnéal est saillant; le périnée a 4 centimètres de longueur; le pourtour de l'anus est glabre.

La conformation du bassin devait nécessairement appeler toute mon attention; à première vue, il me paraissait très évasé, très ample, ayant les dimensions de celui d'une femme régulièrement conformée. La mensuration méthodiquement pratiquée n'a fait que confirmer cette prévision. Le diamètre sacro-pubien apprécié à l'aide du compas d'épaisseur de Baudelocque donne 19 centimètres; de sorte qu'en défalquant de cette mesure l'épaisseur des pubis et celle du scrotum, on trouve 11 centimètres, c'est-à-dire la dimension exacte que présente le diamètre antéro-postérieur du bassin chez une femme d'une structure normale. D'un autre côté, les deux trochanters sont séparés par 32 cent., les deux épines iliaques par 27 centim. 1/2, et les fesses font une saillie considérable. La nature semble véritablement avoir conformé ce bassin pour la parturition. La disposition arquée des cuisses, la forme légèrement cagneuse des genoux, l'aspect satiné de la peau, l'état rudimentaire du système pileux sont autant de traits qui complètent la ressemblance. L'intelligence, comme chez presque tous ces êtres incomplets, ne s'est développée que d'une manière imparfaite; après sept ans d'essais infructueux, on a été obligé de renoncer à lui apprendre à lire; ses allures sont timides et gauches, et il manifeste pour son inaptitude génésique une insouciance qui ne paraît pas simulée. Ajoutons que la voix est faible et grêle et d'une hauteur de tons intermédiaire.

En présence d'un type aussi parfait d'hermaphrodisme monosexuel, la fable mythologique d'Hermaphrodite ne me paraît être que la reproduction d'un fait parfaitement naturel, embelli seulement par le génie gracieux et inventif des Grecs, et le statuaire qui a modelé l'Androgine a moins réalisé un caprice fantaisiste de son imagination qu'il n'a copié un type tératologique que le hasard a mis sous ses yeux et qui a offert un contraste de lignes et de formes de nature à tenter son ciseau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Octobre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Guano (Corse), sur le service de cet établissement pendant l'année 1857. (Com. des eaux minérales.)

2° Les rapports de MM. les médecins des épidémies pour les arrondissement de Provins, Marseille, Bar-le-Duc, Aix, pendant l'année 1857. (Com. des épidémies.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre ministérielle en date du 25 octobre 1858, qui soumet à l'Académie les deux questions suivantes, posées par M. Auzias-Turenne : 1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux ; 2° au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il, chez les enfants à la mamelle, des propriétés différentes de celles qu'il présente chez l'adulte. — Cette lettre est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul et Gibert.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur REYBARD (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

2° Une lettre de M. BOINET, dans laquelle il proteste contre les accusations portées par M. Rilliet, de Genève, contre l'iode. (Commission déjà nommée.)

3° Une note de M. le docteur COINDET, médecin aide-major au 7me chasseurs, contenant le résumé de ses recherches sur l'héméralopie. (Comm. nommée pour l'examen du mémoire de M. Baizeau.)

4° Une note sur la fièvre puerpérale, par M. le docteur PETIT, de Maurienne. (Comm. de la fièvre puerpérale. M. Guérard, rapporteur.)

5° Une note sur un cas de gynécomastie observé sur un matelot de 21 ans, à l'hôpital de la marine, à Cherbourg, par M. le docteur FONSSAGRIVES. (Comm. MM. Cruveilhier et Geoffroy Saint-Hilaire.) — (Voir plus haut, article *Tératologie*.)

M. DEPAUL fait hommage à l'Académie, au nom de M. Antoni GALVANI, de deux volumes *sur les maladies produites par le miasme palustre.*

M. VELPEAU présente deux calculs vésicaux, dont l'un mesure 5 centimètres et l'autre 5 1/2 centimètres dans leur grand diamètre. Ces calculs ont été rendus spontanément par l'urètre. Le sujet de cette observation est une femme âgée de 65 ans, qui habite le département d'Indre-et-Loire. Elle était affectée d'un catarrhe et souffrait de grandes douleurs de reins, sans toutefois vouloir se laisser examiner. MM. les docteurs Clairet, de Saint-Paterne, et Gendron, de Château-du-Loir, la décidèrent cependant à se soumettre à un examen qui permît de sentir, par le toucher vaginal, une tumeur dure située dans la vessie. Elle ne consentit pas à se laisser sonder. A quelque temps de là, elle rendit, à un jour de distance, les deux calculs que présente M. Velpeau. Cette expulsion spontanée eut lieu après des efforts inouïs, mais sans déchirures, ni éraillures, même du méat. Il y eut un peu d'incontinence d'urine dans les premiers jours qui suivirent cette expulsion.

L'observation qui accompagne ces calculs a été rédigée par M. le docteur GENDRON, membre correspondant.

M. Velpeau demande qu'elle soit insérée au *Bulletin*, et que les calculs soient déposés au musée de l'Académie.

M. BUSSY dépose sur le bureau une note de M. H. BUINET, intitulée : *Examen chimique d'un liquide laiteux obtenu par la ponction d'une ascite, sur une jeune fille de* 8 *ans.* Ce liquide n'était pas albumineux, comme cela arrive d'ordinaire en pareil cas, mais présentait tous les caractères d'une émulsion parfaite. (Com. MM. Caventou et Bussy.)

M. le docteur René BRIAU lit un travail intitulé : *Coup d'œil sur la médecine des anciens Indiens.* L'auteur n'a pas laissé le manuscrit de son travail au secrétariat. (Com. MM. Dubois (d'Amiens) et Malgaigne.)

M. MALGAIGNE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Velpeau, Bégin, Nélaton et Lagneau, lit un rapport demandé par M. le ministre de l'instruction publique, sur une lettre adressée à l'Académie par les professeurs de l'Université de Caracas.

A l'occasion d'une opération pratiquée par M. le docteur Michelena dans la région parotidienne, une vive discussion a divisé le corps médical de la République de Venezuela. D'un côté s'est rangée l'Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas ; de l'autre, l'Université de la même ville, et, finalement, pour arriver à une solution scientifique, huit professeurs en médecine et en chirurgie de cette Université, le recteur en tête, ont pris le parti d'en appeler à l'Académie de Paris, et lui demander de décider si, dans l'état actuel des connaissances humaines, on peut établir :

1° Que l'extirpation complète de la parotide est impossible sans diviser la carotide externe et le nerf facial ;

2° Qu'il est aussi impossible d'appliquer une ligature latérale à la veine jugulaire interne, et qu'il n'y a de cette opération aucun exemple dans les annales de la science ;

3° Enfin, au cas où de telles assertions ne seraient pas fondées, s'il est possible qu'un chirurgien expérimenté ait fait cette extirpation et la ligature de la veine jugulaire interne.

M. le rapporteur, après avoir présenté un historique très détaillé des discussions soulevées à ce sujet, et avoir examiné tous les documents qui ont trait à cette question, propose les conclusions suivantes à la sanction de l'Académie, en réponse aux questions posées par l'Université de Caracas :

« Des dissections et des opérations sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'enlever la parotide dans des cas exceptionnels, sans léser l'artère carotide externe et le tronc du nerf facial.

» Nous ne connaissons aucun exemple de lésion de la jugulaire interne dans cette opération. Si cette veine était entamée, la ligature latérale pourrait être appliquée par un chirurgien habile, non, toutefois, sans difficultés ; mais, d'après le petit nombre de faits connus jusqu'à présent, cette ligature exposerait aux dangers les plus terribles et n'offrirait aucune sécurité.

» Peut-être quelques personnes, dit en terminant M. le rapporteur, seraient tentées de demander davantage ; peut-être même, bien qu'ils n'en aient pas formellement exprimé le vœu, les professeurs de l'Université de Caracas ont-ils pensé que l'Académie de Paris porterait un jugement, non plus sur l'opération considérée d'une manière générale, mais sur l'opération pratiquée par M. Michelena. Mais ils ont senti eux-mêmes quelle tâche ingrate et périlleuse ce serait pour une compagnie savante d'exprimer un avis sur une opération à laquelle n'a assisté aucun de ses membres, qui ne nous est connue que par une relation incomplète, et sur les détails de laquelle tant de dires et de contredits se sont fait jour dans le pays même.

» Nous avons, ajoute M. Malgaigne, fidèlement exposé les pièces du procès ; tout chirurgien se trouvera ainsi en mesure de juger sans que l'Académie se prononce plus explicitement. »

M. ROBERT regrette que M. Malgaigne n'ait point discuté dans son rapport la question de la nature de la tumeur enlevée. Pour M. Robert, toutes les observations dans lesquelles on a extirpé la glande parotide, sans léser le nerf facial ni l'artère carotide, doivent être soumises à une révision sévère. On a dit que ces tumeurs étaient toujours des cancers, et que les cancers de cette région ne récidivaient pas. C'est M. Gensoul qui, le premier, a émis cette assertion au moins singulière. D'où viendrait à la région parotidienne une semblable immunité ? J'ai beaucoup étudié cette question, dit M. Robert, et les faits de ce genre, examinés par moi, m'ont convaincu que bien souvent on n'avait pas eu affaire à des affections cancéreuses, mais à de simples adénoïdes ; et, enfin, que dans tout le système glandulaire, on observe ce qui a lieu à la mamelle, où toutes les tumeurs sont loin d'appartenir au cancer.

Maintenant, ces tumeurs, de nature diverse, peuvent se développer à la partie superficielle de la parotide, dans le fascia superficialis ; elles se moulent sur les parties osseuses et refoulent la parotide qu'elles finissent par atrophier et faire entièrement disparaître. Elles refoulent en même temps la carotide externe, le nerf facial et la branche de communication de la jugulaire interne et externe, de telle façon que l'extirpation de la tumeur est possible sans lésion de ces organes. On croit avoir enlevé la parotide ; il n'en est rien ; la glande parotide a disparu et ce n'est que la tumeur qui en avait pris la place, qu'on a enlevée.

On a parlé des anomalies qui rendraient possibles cette ablation de la parotide sans léser le nerf ou l'artère. Mais j'ai souvent disséqué des parotides et je n'ai jamais rencontré ces anomalies, elles sont donc rares ; et ce serait vraiment une merveille que le chirurgien de Caracas eût rencontré une double anomalie qui lui eût permis d'éviter et le nerf et l'artère.

Quant à moi, je ne crois pas que ce soit une tumeur cancéreuse qu'on ait enlevée. Il faudrait savoir ce qu'est devenu le sujet qui a subi l'opération : la non-repullulation serait déjà, malgré l'assertion de M. Gensoul, une présomption en faveur de ma manière de voir. Je crois que c'était une tumeur analogue à celles auxquelles M. Cruveilhier a donné le nom de tumeurs fibreuses, que M. Velpeau nomme adénoïdes et que M. Lebert appelle hypertrophies partielles.

M. MALGAIGNE : M. Robert voudrait savoir ce qui a été enlevé. Grâce au ciel, nous n'avions pas à nous prononcer là dessus. Nous avons mis sous les yeux de l'Académie tout ce qui pouvait l'éclairer ; M. Robert ne se trouve pas suffisamment éclairé ; ni nous non plus.

Je pense, d'ailleurs, qu'il est bon de distinguer entre les opérations qui ont été faites avant la thèse d'Aug. Bérard (*Des différentes tumeurs de la région parotidienne*), et celles qui ont été faites depuis.

A partir de cette époque, en effet, toutes les tumeurs extirpées ont été examinées avec le plus grand soin, et l'on ne se serait pas trompé absolument sur leur nature.

M. Robert nous a dit que la parotide peut avoir disparu entièrement. Je n'en connais pas un seul exemple, et je crois que, dans l'opération pratiquée à Caracas, c'était la parotide dégénérée dont il s'agissait. Que la parotide s'atrophie, je le conçois, mais il y a, entre l'atrophie et la disparition totale, un abîme qu'on n'aurait pas dû franchir aussi légèrement. L'erreur signalée par M. Robert peut être, à la rigueur, commise sur le vivant ; elle me paraît impossible sur le cadavre.

M. LEBLANC : Je ne viens pas combattre les conclusions du rapport ; je viens dire simplement que plusieurs fois j'ai fait l'extirpation de la parotide sur des chevaux, et qu'elle est très facile chez ces animaux, sans rien léser. Cette facilité tient à ce que les dispositions anatomiques sont différentes chez les chevaux et chez l'homme. Chez les premiers, on peut, sans difficulté, séparer la parotide de l'artère, du nerf et de la jugulaire. Dans une opération pratiquée pour guérir une fistule salivaire, j'ai enlevé la parotide, et il m'est arrivé de blesser la veine jugulaire. J'ai appliqué alors une ligature circulaire qui a réussi. Elle réussit toujours sur les chevaux, surtout quand on opère sur les branches de la veine.

M. ROBERT demande s'il ne serait pas possible d'introduire dans les conclusions du rapport un mot de doute sur la nature de la tumeur.

M. LARREY appuie la proposition de M. Robert. Le terme de dégénérescence charnue contenu dans la communication ne lui paraît pas assez scientifique.

M. MALGAIGNE relit les conclusions du rapport et fait remarquer que la commission a voulu se tenir, à dessein, dans des termes très généraux. C'est un honneur pour l'Académie que des questions de science lui soient déférées ; ce serait un danger si elle avait à se prononcer sur des questions personnelles.

Après quelques courtes observations de MM. Depaul, Gibert et Moreau, les conclusions du rapport, mises aux voix, sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

4me LISTE.

MM. Neuillier	10 fr.
Charruau	20
Beyran	10
Rayer	40
Cazeaux	20
Anonyme	40
Trousseau	40
	180
Listes précédentes	528
Total	708

NÉCROLOGIE. — Nous venons de perdre un confrère, modeste praticien de la campagne, lauréat de l'Académie de médecine. M. Sahouraud, médecin à La Châtaigneraye (Vendée), a été frappé à l'âge de 44 ans, pendant le règne d'une épidémie de dysenterie, par cette terrible affection à laquelle il a succombé après une courte maladie.

M. Sahouraud, par ses vertus dans la vie privée, par son désintéressement, par sa modestie et son dévouement à sa profession, méritait d'être cité comme modèle à suivre à ceux qui ont eu l'avantage précieux de le connaître. Ce malheureux confrère avait une aptitude fâcheuse à prendre les maladies régnantes ; c'est ainsi qu'il fut atteint, il y a quelques années, d'une angine couenneuse, au sein d'une épidémie grave dans laquelle il se distinguait par son zèle et son dévouement autant que par son esprit éclairé, auprès des malades pauvres de la campagne.

La mort aussi bien que la vie de cet homme de bien était un enseignement pour ses confrères affligés qui l'entouraient ; il suivait avec un calme d'esprit et une sérénité d'âme qui ne le trompaient pas et qui le trouvaient résigné, les progrès d'un mal qui devait l'enlever à une famille éplorée, à ses nombreux amis et à l'affection d'une population tout entière.

Dr LENEPVEU.

POPULATION DU GLOBE. — La terre, environnée d'une atmosphère de 50 à 80 kilomètres d'épaisseur, est isolée dans l'espace. Sa forme est celle d'une sphère légèrement aplatie aux pôles, c'est-à-dire aux extrémités de l'axe de rotation. La longueur de cet axe, au diamètre, est de 12,712,148 mètres ; celle du diamètre de l'équateur est de 12,754,663 mètres. C'est une différence d'environ 43 kilomètres. La surface du globe égale 50,995,000,000 hectares, ou environ mille fois l'étendue de la France. Les trois quarts de cette superficie sont occupés par la mer.

Voici, d'après les derniers travaux de M. de Reden, l'étendue et la population de la terre ferme :

Asie	43,832,152	kilom. carrés.	763,000,000	habitants.
Europe	10,064,951	—	266,543,000	—
Amérique	41,414,401	—	56,000,000	—
Afrique	30,019,393	—	46,000,000	—
Australie	9,042,731	—	3,945,000	—

Ce qui fournit un total de 134,373,628 kilomètres carrés, habités par 1,135,488,000 individus, sur lesquels il en meurt un à chaque seconde.

On a calculé que pour faire le tour de la terre, un soldat, marchant nuit et jour au pas de route, c'est-à-dire faisant cent pas par minute et 4 kilomètres par heure, emploierait 1 an 63 jours. En chemin de fer, il n'emploierait que 35 à 40 jours. Le son emploierait 32 heures et demie ; un boulet de canon, 21 heures trois quarts ; la lumière et l'électricité un peu plus de 1/10 de seconde.

— M. le docteur Hameau a été nommé médecin-inspecteur des bains de mer d'Arcachon en remplacement de M. le docteur Pereyra, décédé.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 129 DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 30 Octobre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris :* DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Si la séance dont nous avons rendu compte samedi dernier avait été longue et bien remplie, il n'en a pas été de même de celle qui l'a suivie. Lundi, la séance s'est terminée à quatre heures, et aucune personne étrangère à l'Académie n'a demandé la parole. Le bureau, toutefois, était au grand complet, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

— Lundi prochain, 1er novembre, jour de la Toussaint, l'Académie ne se réunira pas. La séance est renvoyée au lendemain mardi.

Voici les diverses pièces mentionnées à la correspondance par M. Flourens :

MM. Gintrac et Van-Eneden envoient un ouvrage intitulé : *Zoologie médicale*. Cet ouvrage contient la description et l'histoire, non seulement des animaux qui intéressent actuellement les médecins, mais aussi l'histoire de tous les animaux, avec des aperçus du parti que pourraient tirer de la plupart d'entre eux les sciences afférentes à la médecine.

— M. Aug. Bayle et son frère, envoient une note sur un nouveau moyen de sauvetage et sur un procédé qui permettrait de retirer facilement du fond de l'eau les objets immergés. La note de MM. Bayle étant imprimée, on ne pourra faire aucun rapport à son sujet, malgré le désir qu'en manifestent les auteurs. « Si l'on faisait une exception en leur faveur, dit M. le Président, il serait impossible de ne pas en faire une semblable pour tout le monde; ce serait sortir des règlements. »

Don Mariano Cubi i Soler, de Barcelone, adresse à l'Académie deux volumes intitulés : *La phrénologie régénérée*. Ils sont renvoyés à la commission des prix de médecine et de chirurgie. Nous nous proposons de rendre compte prochainement de cet ouvrage aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

— M. Delafond adresse un *Traité de pathologie vétérinaire*, qui est renvoyé à la même commission.

— M. de Luca envoie un mémoire sur cette question : Y a-t-il de l'iode dans l'air atmosphérique? L'auteur indique tous les procédés employés jusqu'ici pour déceler la présence de cet agent, et il indique ceux dont il s'est servi lui-même pour le rechercher. Son travail se termine par cette conclusion : qu'il n'y a point d'iode dans l'air atmosphérique.

« En premier lieu, dit-il, quand on recherche l'iode, il faut préparer soi-même tous ses réactifs ;

2° Connaître parfaitement toutes les méthodes usitées par les expérimentateurs pour constater la présence de l'iode et doser ce métalloïde ;

3° Instituer des expériences préparatoires sur des substances qui contiennent de l'iode et sur d'autres qui n'en contiennent certainement point ;

4° Enfin, on est forcé de reconnaître, quand on s'est soumis à ces garanties et à ces contrôles successifs, que tous les moyens d'analyse sont impuissants à découvrir de l'iode, soit dans l'eau de pluie, soit dans la neige, soit dans l'air atmosphérique. »

— M. de Luca envoie, en même temps, une notice biographique sur l'auteur de la méthode autoplastique italienne.

— M. Snider fait hommage à l'Académie d'un volume intitulé : *La création et ses mystères dévoilés*. Nous regrettons qu'il n'en ait été fait qu'une mention sommaire par M. le Secrétaire perpétuel; cela doit être curieux.

Après la correspondance, M. Civiale, prenant la parole, dépose sur le bureau de l'Académie les deux premiers volumes de la troisième édition de son *Traité des maladies des organes urinaires*, et lit une note que nous reproduisons plus loin *in extenso*. — (Voir article *Chirurgie*.)

— M. Duméril donne lecture d'un rapport sur le mémoire de M. Léon Soubeiran, présenté à l'Académie dans la séance du 6 septembre dernier, et relatif à la structure de l'appareil à venin de la vipère.

— M. Delafosse fait hommage à l'Académie du premier volume d'un ouvrage intitulé : *Cours de minéralogie*. L'ouvrage entier se composera de trois volumes, avec atlas; il embrassera la description de tous les minéraux connus et leur application aux arts.

— M. Clapeyron, au nom de M. Vergne, lieutenant de vaisseau, présente une note relative aux modifications de l'hélice; — et un travail de M. Partiaut, ingénieur, sur le phénomène de la barre produit par la marée à l'embouchure des fleuves.

— M. Cl. Bernard présente un mémoire au nom de M. Calliburcès, dont l'UNION MÉDICALE, dans son numéro du 9 janvier 1858, a indiqué un premier travail sur l'influence exercée par le calorique sur les contractions du tube digestif et de l'utérus.

L'auteur, en continuant ses recherches, a découvert que les *canaux déférents*, les *vésicules spermatiques*, les *trompes de Fallope*, le *vagin*, les *uretères* et la *vessie*, sont également des organes jouissant de la propriété d'être influencés puissamment dans leurs contractions par le calorique. Il a fait construire un appareil au moyen duquel il a pu constater que la chaleur accélère les mouvements des cils vibratiles muqueux, et *mesurer* la rapidité de leurs vibrations. Il a, de plus, observé que parmi les tissus contractiles de l'économie animale, les uns sont très sensibles à l'influence du calorique, tandis que les autres s'y montrent réfractaires. Sur ces données expérimentales, il a fondé une classification nouvelle de tous les tissus contractiles.

Il résulte encore de ses recherches que les tissus de la première classe sont tellement impressionnables à l'action de la chaleur, que leurs contractions sont sollicitées même avant que les thermomètres les plus délicats décèlent l'élévation de la température à laquelle on les expose. M. Calliburcès a vu sur des mammifères et des oiseaux que les organes signalés sont déjà doués de la propriété en question pendant la vie embryonaire. Enfin, il a reconnu que certains organes, qui, dans leur état de développement complet, n'obéissent plus à l'influence de la chaleur, subissent cependant l'action du calorique pendant leur état embryonaire.

Des expériences du même ordre, faites sur des entozoaires, lui ont appris que la propriété qu'il a découverte est indépendante

Feuilleton.

CAUSERIES.

On commence à reconnaître son monde, son Paris ; ils nous reviennent tous, qui un jour, qui l'autre, ces heureux voyageurs, oui, très heureux d'avoir pu s'alléger quelques instants du lourd boulet professionnel. Qui donc ose accuser les médecins d'amour du lucre et d'âpreté au gain? Voyez-les tous — je parle de ceux qui ont le plus à perdre par l'absence de Paris, et dans la saison où les consultations de l'étranger abondent — s'envoler, dès la fin de juillet, et laisser le champ libre aux appétits sédentaires. Je connais un de ces appétits qui, pour les ombrages les plus frais du monde et pour les plus belles naïdes de nos thermes, ne quitterait pas un instant le ruisseau de sa rue. Il se félicitait hautement l'autre jour de l'augmentation de ses recettes qu'il attribuait naturellement à l'accroissement de sa réputation. — Mon mois de septembre a été magnifique, s'écriait-il avec enthousiasme : l'étranger affluait à ma consultation. Et avec complaisance il faisait le dénombrement des Grecs et des Troyens, des Mèdes et des Perses, des Assyriens et des Babyloniens qui étaient venus payer tribut à sa science universelle. Ne troublons pas la joie de ce naïf triomphateur, ne lui disons pas, même à l'oreille, que l'absence désintéressée de ses célèbres confrères, a eu la meilleure part dans ses éphémères succès.

Chacun en arrivant raconte son aventure, aventure de voyage, aventure de chasse. Mais, sur ce dernier point, soyez discrets, mes chers Nemrods. Je tiens de bonne source que vos exploits cynégétiques n'ont pas été fameux cette année. Ce n'est pas votre faute, mais celle du gibier, ou plutôt de la saison sèche et chaude qui fait que le gibier ne *tient* pas. La terre est tellement desséchée, qu'elle est devenue sonore sous vos pieds, le gibier vous entend venir de loin, et lièvres et perdrix se *lèvent* à des distances inaccessibles à votre plomb meurtrier. Et c'est bien fait! Un membre de la Société protectrice des animaux ne peut pas tenir d'autre langage; ce qui ne l'empêche pas d'être suffisamment sensible à un civet de lièvre bien réussi ou à des perdreaux *à la Périgord* savamment accommodés. — J'ai ouï cependant le récit d'une des plus belles chasses de l'année; elle a eu lieu dans un domaine princier des environs de Dieppe, et elle a été dirigée par un de nos plus célèbres confrères en vénerie. En rentrant, le soir, chaque chasseur a vidé son carnier sur la terrasse du château; la visite en a été faite aux flambeaux. Il y avait deux cents et quelques pièces de gibier. Quelle belle occasion pour l'anatomie comparée! Mais la chose n'a pas été prise du côté scientifique, et, le lendemain, le Vatel du château a opéré, dit-on, des prodiges culinaires. Le narrateur me parlait encore avec émotion d'un certain pâté de cailles au hachis de morilles, dont le souvenir faisait ériger toutes ses papilles linguales. Ce convive possède la reconnaissance de l'estomac.

A propos de gourmandise, le péché mignon d'un assez grand nombre de nos confrères, il faut en convenir, je ne sais quel chroniqueur en peine de nouvelles a lancé cette histoire aux saucisses d'ortolans, mets nouveau inventé, disait-il, par un confrère célèbre — on ne prête qu'aux riches — et solennellement dégusté par six invités au *restaurant* anglais. Ces ortolans ne sont qu'un lourd canard. Et d'abord ce chroniqueur ne paraît pas fort en gastrosophie; la saison des ortolans n'est pas encore venue. En fait de restaurant anglais, on ne connaît guère à Paris que des tavernes anglaises, où l'on mange le rosbeef saignant et auxquelles l'élégant *café* anglais serait fort humilié d'être comparé. Enfin, et ce n'est pas le plus agréable, le confrère dont il est question soigne très philosophiquement sa goutte, qui ne lui permet guère de penser aux ortolans, qu'il n'aime pas, et au café anglais, où il ne va jamais.

Mais revenons à Paris, où l'animation médicale semble renaître. L'Académie s'est presque entièrement repeuplée; aussi reviennent les rapports qu'on n'aime pas à lire devant les banquettes vides. Mardi dernier, on a eu la satisfaction d'entendre M. Malgaigne, dont le rapport est destiné à calmer ou à surexciter les passions médicales au Vénézuela. Mardi prochain, on aura le plaisir d'entendre M. Trousseau faisant un rapport sur un sujet très irritable aussi, sur les nouveaux moyens proposés pour pénétrer dans le larynx et pour opérer le tubage de cet organe. Enfin, la séance annuelle nous promet pour bientôt une discussion agréable, puisque M. le secrétaire perpétuel en fera, comme toujours, les principaux frais.

A la Faculté, une solennité pieuse se prépare; à la séance de rentrée, l'éloge de M. le professeur Chomel sera prononcé, et c'est à M. le professeur Grisolle qu'est échu l'honneur de remplir ce devoir.

Cette Faculté si chère à nos souvenirs, nous ne pénétrons pas une fois dans son enceinte sans nous demander pourquoi, dans ce moment de restauration universelle de Paris, l'édilité ne pense pas un peu à ce monument remarquable dont la restauration est urgente? Le grand et le petit amphithéâtre sont dans un état de délabrement et de nudité qui fait peine à voir. Le mobilier est profondément détérioré, les tentures tombent en loques, les tapis sont usés jusqu'à la corde. Je prends la liberté de signaler cet état de choses aux deux honorables confrères qui siégent au Conseil municipal. Si la restauration de l'École et l'entretien de son mobilier sont à la charge de la ville de Paris, ce que j'ignore, l'édilité ne peut pas souffrir plus longtemps que ce grand établissement d'instruction publique, que la première Faculté de médecine de l'Empire, reste dans cet état de dégradation.

M. Alphonse Karr nous fait l'honneur de nous adresser la lettre suivante :

« Mon cher confrère, je m'ennuie de ne plus causer avec mes amis connus ou inconnus; je vais faire reparaître les *Guêpes*.

» Voulez-vous m'aider dans cette entreprise importante pour moi?

» Ayez la bonté de donner une petite place dans un coin de votre journal à la note ci-jointe. — Salut cordial.

» Nice, octobre 1858. »

C'est avec grand plaisir que nous acceptons l'invitation de notre célèbre confrère en journalisme. L'esprit charmant et gracieux, le bon sens gaulois, les loyales intentions de l'auteur des *Guêpes* sont connus et appréciés de notre confrérie; il n'est pas parmi nous d'auteur plus aimé et plus populaire, il n'en est pas non plus — c'est un confrère en jardinage qui est heureux de le lui dire — auquel nous souhaitions de meilleur cœur le succès qu'il mérite et qu'il a le droit d'attendre.

Amédée LATOUR.

Ainsi donc, les *Guêpes*, revue philosophique et littéraire des événements contemporains, paraissent, dès à présent, et chaque lundi, par livraison de 32 pages, format de leur dernière édition.

Le prix de l'abonnement, franc de port pour toute la France, est de 1 franc pour chaque numéro, 3 francs pour un mois, 8 francs pour trois mois, 15 francs pour six mois, et pour un an 25 francs.

On souscrit à Paris, chez MM. Michel Lévy, rue Vivienne, 2 bis; ou en envoyant à M. Karr un bon de poste ou un mandat sur M. Avigdor, ou sur M. Carlone, banquiers à Nice.

Tout ce qui concerne la publication doit être adressé, *franco*, à M. Alphonse Karr, à Nice. — États-Sardes.

des caractères microscopiques des tissus qui la possèdent, car les contractions de ces entozoaires sont influencées par l'agent calorifique, de même que celles des tissus contractiles des animaux supérieurs qui ne présentent pas les mêmes caractères anatomiques.

L'auteur a émis comme conséquences de ces faits une nouvelle théorie du commencement de l'accouchement, et une méthode particulière de traitement du choléra-morbus.

— M. Cl. Bernard présente ensuite un travail de M. de Beauvais sur le défaut d'élimination par les urines des substances odorantes dans la maladie de Bright. Ainsi les asperges, la térébenthine, etc., ne communiqueraient plus aucune odeur aux urines. M. de Beauvais trouve là un signe diagnostique, pathognomonique, de la maladie de Bright.

— M. le maréchal Vaillant communique une note sur l'éclipse totale de soleil observée à Païta le 10 septembre dernier.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire a présenté dans la séance précédente, au nom de M. le docteur Girard de Cailleux, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre, une note sur un monstre xyphodyne né dans cette ville le 19 septembre dernier. Ce cas offre, d'après le témoignage du savant tératologiste, une grande analogie avec celui de Ritta Christina, sur lequel M. Serres a fait un si remarquable travail. MM. Duméril, Serres et Geoffroy Saint-Hilaire sont chargés d'examiner ce monstre, que M. Girard de Cailleux a eu le soin d'envoyer intact à l'Académie, s'étant borné dans sa note à en présenter un dessin avec une description des parties externes.

Dr Maximin LEGRAND.

CLINIQUE MÉDICALE.

ULCÉRATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA TRACHÉE CHEZ UNE FEMME SYPHILITIQUE; TRAITEMENT MERCURIEL; RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL CAUSE D'ANGINE TRACHÉALE; TRACHÉOTOMIE; MORT (1).

OBSERVATION ET NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE,

Lues à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 septembre 1858,

Par J. MOISSENET, médecin de l'hôpital Lariboisière.

RÉFLEXIONS. — Induit en erreur sur la cause de cette affection, par l'absence de signes manifestes et par la dissimulation de la malade, nous avons cru tout d'abord à une dyspnée nerveuse, à un asthme sans lésion matérielle appréciable. Mais bientôt nous avons pu constater la continuité, à des degrés variables, du sifflement laryngo-trachéal, de la dyspnée, et n'attribuer l'intermittence qu'aux paroxysmes ou aux accès de suffocation. Cette considération, appuyée sur les aveux de la malade, nous a permis de diagnostiquer l'existence d'une altération organique de nature syphilitique, d'ulcérations, peut-être en voie de guérison, avec épaississement ou œdème des tissus ambiants. Quant au siége de la lésion, nous avions cru pouvoir le placer dans le larynx lui-même où les ulcérations syphilitiques des voies aériennes se rencontrent le plus habituellement, surtout à la suite de l'angine spécifique. Celle-ci ayant existé avant l'entrée à l'hôpital, nous ne pouvions en connaître les véritables caractères. Nous n'avions plus sous les yeux qu'une rougeur et une vascularisation très prononcées à l'isthme du gosier et au pharynx, dernières traces suffisantes pour confirmer la véracité du renseignement, pour établir un rapport, un lien entre les lésions préexistantes et celles qui devaient exister encore dans le conduit aérien. On pouvait croire à une migration du mal de l'isthme du gosier au larynx. Mais le toucher ne révélait pas le moindre gonflement, la plus petite déformation à l'ouverture supérieure de ce conduit. De plus, la conservation de la voix prouvait l'intégrité des cordes vocales. — L'obstacle à l'entrée de l'air ne pouvait-il pas résider à l'extrémité inférieure du larynx, au-dessous de la glotte? Cette possibilité fut prise pour une certitude, lorsqu'il fut bien établi qu'aucun anévrysme de l'aorte, aucune déformation du thorax, aucune tumeur osseuse ne pouvaient autoriser à admettre une compression de la base de la trachée. L'absence d'engorgements ganglionnaires considérables aux régions superficielles, chez un sujet qui d'ailleurs n'avait pas eu d'antécédents scrofuleux, éloignait aussi la supposition d'une masse strumeuse profonde. Du reste, il nous semblait qu'un obstacle fixe, aplatissant la trachée, aurait déterminé à peu près autant de gêne dans l'expiration que dans l'inspiration. Or, ici le sifflement laryngo-trachéal n'existait que dans l'inspiration.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait bien d'ulcérations en voie de guérison. Mais ces ulcérations ont amené la gêne à l'introduction de l'air dans les voies aériennes, non point par gonflement de la muqueuse et œdème du tissu cellulaire sous-muqueux, mais par la nécrose des cartilages et la conversion de la trachée à leur niveau en un tube cellulo-fibreux trop étroit. Ainsi, au lieu d'une obstruction, nous avons trouvé un rétrécissement. L'état des ulcérations était tellement modifié qu'il était impossible de reconnaître leurs caractères spécifiques. Mais l'histoire de la malade, quelque incomplète qu'elle soit, établit d'une manière incontestable la préexistence de pustules muqueuses à l'anus et aux parties génitales externes,... et de névralgies, traitées et guéries par les pilules mercurielles, plus tard, le développement d'une bronchite avec aphonie passagère, et enfin la reprise d'un traitement mercuriel à l'occasion d'un mal de gorge et du retour des névralgies de la tête et du cou, quelques jours avant l'entrée à l'hôpital; ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour admettre que ces lésions de la trachée sont de nature syphilitique et que la cicatrice étendue, sous laquelle elle ont presque disparu, est une conséquence du traitement par les pilules de proto-iodure de mercure?

Maintenant que nous avons la pièce anatomique sous les yeux, nous comprenons très bien pourquoi l'inspiration était si difficile et l'expiration, au contraire, si facile. Dans le premier temps de la respiration, le larynx et la trachée sont allongés de haut en bas, et la portion rétrécie de ce conduit, dépourvue de cerceaux cartilagineux, devait s'allonger, s'effiler, et, par conséquent, se rétrécir transversalement, d'autant plus que l'inspiration était plus profonde. Dans le deuxième temps, au contraire, où l'arbre aérien remonte, se raccourcit, la portion rétrécie, en revenant sur elle-même, devait reprendre un calibre plus considérable et donner à l'air une issue plus facile.

La connaissance complète de ce fait exceptionnel nous rendra sans doute plus minutieux et plus clairvoyant à l'avenir. Bien que l'auscultation pratiquée plusieurs fois, tant en avant qu'en arrière de la poitrine, n'ait apporté aucune lumière à la question du siége de la lésion, cependant, il est permis d'espérer que le stéthoscope, appliqué avec grand soin dans les différentes parties du larynx et de la trachée, pourra faire découvrir le point malade en fixant le summum d'intensité du bruit anormal.

La nature du mal une fois connue, le traitement a été institué d'une manière rationnelle. Mais chose bizarre et pourtant facile à comprendre, ce traitement a été d'autant plus nuisible à la malade, qu'il a agi plus efficacement sur le mal lui-même. En effet, à mesure qu'il déterminait la cicatrisation des ulcérations, il devait inévitablement produire une cicatrisation plus ou moins considérable de la portion de trachée dépourvue de ses soutiens cartilagineux. De là l'augmentation progressive de la dyspnée et des accès de suffocation.

Convaincu de la présence de l'obstacle à la partie inférieure du larynx ou au commencement de la trachée, nous devions, dans l'état désespéré où se trouvait la malade, tenter la trachéotomie comme dernière et unique chance de salut. Le résultat immédiat nous ayant fait craindre un épanchement de sang dans la trachée, nous avons espéré jusqu'aux derniers moments que son expectoration par l'ouverture de la canule, ou sa résorption, finiraient par procurer à la malade les bons effets attendus de cette opération. Mais l'autopsie a prouvé que le râle trachéal qui semblait causé par un épanchement sanguin considérable, n'était en vérité produit que par quelques mucosités sanglantes dans le point rétréci et bien suffisantes cependant pour augmenter la dyspnée et accélérer la terminaison funeste; que par conséquent nous n'avions aucun bienfait à espérer de ce traitement chirurgical. Cependant je crois, et les médecins et les élèves qui ont suivi la malade avec moi jusqu'à sa mort, sont de mon avis, je crois que si la trachéotomie n'avait pas été pratiquée, que si l'autopsie n'avait pas dissipé l'obscurité et les incertitudes du diagnostic, nous nous serions reproché de n'avoir pas agi comme nous l'avons fait.

CONCLUSIONS.

1° Chez un sujet syphilitique, l'angine syphilitique peut être accompagnée ou suivie d'ulcérations spécifiques à l'extrémité inférieure de la trachée.

2° La guérison de ces ulcérations, après la nécrose et la disparition plus ou moins complète des cerceaux cartilagineux, peut amener la mort par rétrécissement du conduit aérien.

3° La continuation du traitement antisyphilitique doit dans ce cas, plus que dans tout autre, être subordonnée aux effets obtenus. Et les troubles respiratoires augmentant, il faudrait suspendre le traitement curatif, sauf à le reprendre plus tard avec réserve, afin, si cela était possible, de guérir lentement, et d'habituer peu à peu les organes respiratoires au changement de calibre de la trachée.

4° Lorsqu'on ne sera pas parvenu à préciser le siége de l'obstacle à la respiration, et que, s'appuyant sur un diagnostic incertain, on aura cru devoir pratiquer la trachéotomie comme dernière ressource, cette opération elle-même deviendra un élément de diagnostic important. La persistance de la dyspnée, après l'ouverture de la trachée, prouvera que l'obstacle est situé au-dessous, et la canule devra être enlevée dès qu'il sera bien prouvé que sa présence est au moins inutile.

Depuis que j'ai lu cette observation à la *Société médicale des hôpitaux*, j'ai trouvé dans les *Archives générales de médecine* (4me série, 1843, t. II) un fait de rétrécissement de la trachée qui présente avec le mien plusieurs points de ressemblance. Il a été publié par le docteur Worthington, chirurgien de l'infirmerie de Lowestoff, dans le *Medico-chirurg. Transact.*, t. XXV, p. 220.)

Charles Newrick, âgé de 49 ans, agriculteur, avait joui d'une bonne santé pendant son enfance. Parfois, il avait un peu de toux qu'augmentait le battage du blé par l'inhalation de poussière irritante. En 1833, il contracta la syphilis, et il fut traité par le mercure à dose modérée. A cette époque, sa toux augmenta, et il éprouva une sensation d'aspérité dans la gorge, avec une légère difficulté dans la déglutition; sa santé générale commença aussi à décliner : l'appétit diminua; il y avait de l'amaigrissement et un petit mouvement fébrile de temps en temps. Ces symptômes augmentèrent progressivement jusqu'au mois d'août 1837. Pendant les douze derniers mois, le malade avait été confiné à la chambre : il était très maigre, très faible; il avait perdu l'appétit, et ressentait de la douleur au niveau de la gorge. Sa respiration, surtout, était [illegible] bruit que faisait entendre l'inspiration et par l'effort [illegible] son accomplissement exigeait. Ce bruit ressemblait à celui de la respiration chez un cheval poussif : il était évident que dans l'inspiration l'air traversait un tube d'un diamètre extraordinairement petit. Chaque inspiration prenait dix secondes, et la poitrine ne se dilatait que six fois par minute, l'expiration se faisait en beaucoup moins de temps que l'inspiration, avec beaucoup moins d'effort et de bruit. En examinant les muscles du col, on était frappé de l'énergie de leur action, surtout de celle des sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, ainsi que de celle des thyro-hyoïdiens et omoplato-hyoïdiens, et des autres muscles du larynx, tandis que les muscles trapèzes, les intercostaux et le diaphragme, agissaient beaucoup moins, comparativement. De cette circonstance et de l'examen des autres symptômes, on devait conclure que l'obstacle, au libre passage de l'air dans les poumons, existait dans la trachée ou le larynx, mais sans qu'on pût préciser quel était véritablement le point affecté. La voix était très altérée : elle était rude et rauque. Il y avait une toux fatigante, avec crachats muco-purulents abondants, et la dyspnée augmentait quand on cherchait à diminuer l'expectoration. Le malade se plaignait aussi d'une sécrétion abondante des fosses nasales, et, de temps en temps, de petits os se détachaient. Le pouls était petit et rapide, sans autre phénomène de fièvre hectique. Le larynx n'était douloureux qu'à une très forte pression. La bouche et la gorge étaient tout à fait saines, et il n'y avait aucune ulcération dans le pharynx. Le doigt introduit dans l'arrière-gorge sentait des rugosités à l'épiglotte. L'auscultation de la poitrine ne fournissait d'ailleurs que des résultats négatifs.

Un traitement palliatif fut jugé seul nécessaire. Vers la fin de l'automne de la même année 1837, la santé générale était meilleure, mais les phénomènes locaux n'avaient pas varié, et la voix était toujours aussi altérée, le malade était, en général, dans un état pire quand l'atmosphère était froide et humide, et quand il s'exposait à la fraîcheur des nuits; tout ce qui augmentait l'expectoration amenait dans la dyspnée un soulagement momentané. Depuis cette époque jusqu'au 15 mars 1841, il n'y eut aucun changement notable : ce jour-là, le malade déjeunait avec du pain et du lait; quelques morceaux du bol alimentaire tombèrent dans le larynx, et il mourut en moins de cinq minutes.

Autopsie trente heures après la mort. — Les muscles de la région antérieure du col étaient plus développés que d'ordinaire : leurs fibres étaient d'un rouge foncé, et elles offraient à la section une rigidité extrême. Le développement de ces muscles provenait évidemment de leur excès d'action pendant des années, pour surmonter l'obstacle au passage de l'air à travers la trachée. Les poumons étaient crépitants et non emphysémateux. Les tuyaux bronchiques étaient remplis d'un mucus visqueux, mais ils n'étaient point dilatés. Les ganglions étaient augmentés de volume et l'un d'eux était rempli de matière calcaire, mais il ne comprimait aucunement les parties environnantes. Le cœur était plus petit qu'il n'est d'habitude chez les adultes, et le péricarde contenait environ deux onces de sérum.

La trachée fut coupée au-dessous de sa division et enlevée pour l'examen; quand on l'eut dépouillée des tissus environnants, on trouva, juste au-dessous du cartilage cricoïde, un rétrécissement bien marqué et complet, dont le diamètre n'excédait pas celui d'une plume de corneille, et qui rendit parfaitement raison des crises de suffocation observées pendant la vie. Cette oblitération partielle du conduit existait sans fausses membranes et sans aucun signe d'inflammation. Les anneaux de la trachée avaient complétement disparu et étaient convertis en un tissu fibro-cellulaire; tandis que ceux de la portion supérieure au rétrécissement étaient très dilatés et avaient, jusqu'à un certain point, perdu leur élasticité et leur caractère cartilagineux. Le larynx, tenu perpendiculairement, paraissait plus aplati que dans l'état naturel, ce qui tenait au rapprochement des ailes du cartilage tyroïde. Cette déformation dépendait sans doute du rétrécissement de la trachée, et ajoutait certainement à la gêne de la respiration. On voyait sur l'épiglotte des traces d'anciennes ulcérations, et deux ou trois petites végétations irrégulières. La membrane muqueuse du larynx était un peu épaissie, pâle et tapissée par une couche épaisse de liquide visqueux et muco-puriforme, mais elle ne semblait pas avoir été ulcérée. Quand on fendit la trachée, on constata des cicatrices superficielles qui s'étendaient au-dessous et au-dessus de la portion rétrécie. La surface cicatrisée était lisse, quoique un peu irrégulière, ce qui prouvait que la guérison datait de longtemps avant la mort. Les anneaux cartilagineux de la trachée étaient entièrement résorbés à partir d'un demi-pouce au-dessous du cartilage thyroïde, dans une étendue d'environ 3 pouces. La face interne du point rétréci était tout à fait lisse. Le larynx était sain, à part de légères et anciennes cicatrices à la face interne de sa base et du commencement de la trachée : celle-ci était très dilatée, depuis la portion rétrécie jusqu'à sa bifurcation, et elle présentait à l'intérieur des cicatrices superficielles déjà indiquées.

Dans cette observation, nous voyons la syphilis combattue par le mercure, à dose modérée, amener à sa suite une laryngo-trachéite, dont les symptômes augmentent progressivement pendant cinq ans, et, pendant trois autres années, deviennent caractéristiques d'un obstacle considérable au passage de l'air dans le canal aérien; obstacle dont il est impossible de préciser le siége. Un traitement palliatif est jugé seul nécessaire pendant près de huit ans, et ce n'est qu'au bout de ce long espace de temps que la mort survient, non point par le fait du rétrécissement excessif de la trachée, mais par accident.

Chez notre malade, c'est neuf mois seulement après les premiers symptômes syphilitiques signalés par elle, et trois mois après le début de la dyspnée et des accès de suffocation que les accidents mortels se développent. Mais deux traitements mercuriels ont été faits, et c'est pendant le cours du dernier que les accès d'angine trachéale ont progressé au point de provoquer l'intervention chirurgicale.

Ce rapprochement confirme la conclusion thérapeutique déduite de notre observation, en rendant plus évidente la supériorité du traitement palliatif sur le traitement curatif appliqué aux ulcérations syphilitiques de la trachée. Le premier a permis à la

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

force médicatrice de la nature d'opérer une cicatrisation lente et graduée, qui a eu pour résultat définitif un rétrécissement sous-laryngien fort gênant, il est vrai, mais restant toujours en harmonie avec le jeu des organes pulmonaires. La dyspnée habituelle était plus ou moins forte, suivant certaines conditions; mais il n'est pas dit qu'elle se soit jamais compliquée d'accès de suffocation. Le second, au contraire, en précipitant la guérison, n'a pas suffisamment ménagé la transition de l'état ulcéreux à l'état de cicatrisation; et la disproportion, subitement établie entre les organes pulmonaires et le conduit aérien, est devenue incompatible avec l'exercice régulier de la respiration et l'entretien de la vie. De là les accès toujours croissants de suffocation et la mort.

La comparaison de ces deux faits, au point de vue de la symptomatologie, jette aussi quelque lumière sur le diagnostic des rétrécissements de la trachée. Il en résulte, en effet :

1º Qu'en l'absence d'œdème à la glotte, d'affection croupale, de corps étrangers, etc., reconnaissables à des signes propres, la dyspnée chronique avec inspirations laborieuses, sifflantes, plus ou moins prolongées (cornage), et expiration facile, quoique plus rude qu'à l'état normal, avec ou sans accès de suffocation ressemblant aux accès de laryngite striduleuse, peut être considérée comme un signe caractéristique commun aux rétrécissements de l'extrémité inférieure et de l'extrémité supérieure de la trachée.

2º Que dans les deux cas la voix est conservée; mais que si, dans le premier, elle n'a subi aucune altération, dans le second elle a été rude et rauque, soit à cause de l'épaississement de la muqueuse du larynx, etc., soit par le fait du rapprochement des ailes du cartilage thyroïde.

3º Que dans le cas de rétrécissement inférieur, l'exploration du larynx et de la trachée n'a fourni et ne pouvait fournir que des signes négatifs, tandis que dans le cas de rétrécissement supérieur elle aurait pu fournir un signe pathognomonique, savoir, l'aplatissement latéral du larynx et la dépression considérable de la trachée au niveau du point rétréci.

CHIRURGIE.

NOTE SUR QUELQUES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈREMENT ESSENTIELLES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES QUI AFFECTENT LES ORGANES URINAIRES;

Lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 25 Octobre 1858,

Par le docteur CIVIALE.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie les deux premiers volumes de ma troisième édition du *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Ces volumes, consacrés aux affections de l'urètre, du col de la vessie, de la prostate et des voies spermatiques, ne sont pas une simple réimpression des éditions précédentes. Le premier volume contient, entr'autres additions, un chapitre très étendu sur les différentes méthodes d'urétrotomie, opération pratiquée depuis longtemps, mais perfectionnée par la chirurgie moderne, et qui reçoit, chaque jour, de plus fréquentes et de plus utiles applications.

Dans cette nouvelle édition, j'ai reproduit, avec de nouveaux développements et quelques rectifications essentielles, l'exposé des recherches que je poursuis sans relâche, depuis trente-cinq ans, sur un ordre de maladies, non moins graves que répandues, qui attaquent l'homme à toutes les époques de son existence, et deviennent, surtout au déclin de la vie, la source des infirmités les plus pénibles ou des accidents les plus graves.

Quand je présentai à l'Académie l'édition précédente, je faisais remarquer que l'étude de ces maladies était encore fort imparfaite, qu'on ne trouvait, même dans les ouvrages les plus estimés, que des théories hasardées ou des aperçus pratiques en contradiction avec l'observation rigoureuse, et dont le vague, l'incohérence résultaient de ce qu'on n'avait pas suffisamment distingué les unes des autres des lésions très dissemblables.

Je faisais connaître, en même temps les importantes améliorations introduites dans cette partie de la chirurgie, et qu'on doit spécialement à la découverte et aux applications de la lithotritie, qui ont mis à la disposition des chirurgiens des moyens d'exploration plus exacts et de nouvelles ressources thérapeutiques. J'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que, sur ces divers points, le mouvement scientifique dont elle a eu l'initiative, s'étend et se développe incessamment.

Je me propose aujourd'hui, en lui faisant hommage de cette troisième édition, d'appeler spécialement l'attention de l'Académie sur un moyen encore trop peu répandu, de faciliter les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires, de les rendre moins douloureuses et d'en assurer davantage le succès. Il s'agit d'un traitement préparatoire spécial qui me paraît nécessaire pour atteindre le but.

Jusqu'à présent, des moyens généraux, calmants ou sédatifs, du ressort de la médecine, ont fait la base de la préparation des malades, lorsqu'on a jugé utile d'y recourir; car, dans la majorité des cas, la plupart des chirurgiens pratiquent d'emblée, c'est-à-dire sans y disposer à l'avance les organes, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, l'urétrotomie et jusqu'au broiement de la pierre dans la vessie.

Mais, soit qu'il agisse sans recourir à aucune préparation, soit qu'il s'en tienne aux médications générales, qui n'ont aucune action directe sur la sensibilité normale ou exagérée des parties, le chirurgien place le malade dans des conditions défavorables au succès de l'opération. La démonstration de ce fait important est des plus faciles.

A l'état normal, chez la plupart des hommes, je pourrais dire chez tous, la membrane interne de l'urètre est pourvue d'une telle sensibilité que l'on ne peut introduire dans ce canal, l'instrument le plus inoffensif, et en usant des plus grands ménagements, sans occasionner une sensation pénible de chaleur brûlante, qui peut s'élever jusqu'à celle d'une douleur excessive.

Dans l'état de santé, la sensibilité du col et du corps de la vessie est moins développée qu'on ne le croit généralement; mais l'observation démontre que, sous l'influence d'états inflammatoires qui se développent, s'étendent et se compliquent dans ces parties, leur sensibilité s'exaspère, au point de rendre tout contact d'un corps étranger ou toute manœuvre opératoire insupportable. Aussi le simple cathétérisme est-il un objet d'effroi pour tous les hommes.

Si, dans l'état de maladie, au lieu d'une simple sonde, on introduit dans l'urètre ou la vessie le porte-caustique, l'urétrotome, le lithoclaste, ou tout autre instrument qui, à raison de sa forme, de son volume, de sa rigidité, distende, redresse ou froisse ces organes, il est évident que l'opération déterminera des souffrances bien autrement vives encore.

Enfin, si, au lieu d'être instantané, le contact de l'instrument avec les surfaces de l'urètre et de la vessie se prolonge, si l'on exécute dans ces parties des mouvements étendus et repétés, si surtout on attaque leur texture par le cautère ou par l'instrument tranchant, il est facile de comprendre les extrêmes douleurs auxquelles les malades seront soumis, ainsi que les effroyables réactions qui pourront survenir et dont la pratique ne nous offre que trop d'exemples.

Faut-il ajouter que, troublé par les plaintes ou les mouvements involontaires des malades, et préoccupé des conséquences possibles d'une trop violente irritation, le praticien éclairé et prudent est quelquefois conduit ou à renoncer à l'opération ou à en abréger la durée au point de ne pas atteindre entièrement le but qu'il se proposait?

Ce sont ces conditions déplorables de la chirurgie des voies urinaires que je me suis attaché à modifier ou à changer, et j'ai hâte de dire que l'art est aujourd'hui en possession d'un moyen simple, certain et à la portée de chacun, d'atténuer directement la sensibilité de l'urètre et de la vessie, au point de rendre très supportables, comme aussi beaucoup plus faciles et plus exemptes de réaction, les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur ces organes. Ce progrès, réalisé depuis plusieurs années, est établi sur une longue expérience et désormais à l'abri de toute contestation.

Le traitement préparatoire que j'ai institué n'est que l'application d'une loi de physiologie que tous les médecins connaissent. Il est constaté, en effet, que le contact ménagé, régulier, et souvent répété d'un même corps avec les surfaces muqueuses a pour conséquence à peu près constante d'émousser la sensibilité de ces surfaces et de modifier leur vitalité. C'est par l'observation attentive de cette loi que j'ai été conduit, dès le début de ma pratique, à me préoccuper de la préparation des malades que je devais opérer. Quant au procédé, à son emploi et aux conditions les plus propres à en assurer le succès, ces détails ont été réglés par l'expérience et sont exposés dans mon *Traité de lithotritie* et dans l'ouvrage que je publie aujourd'hui.

Le moyen qui me paraît mériter la préférence et que je ne crains pas de recommander à l'attention des chirurgiens, consiste dans l'usage des bougies molles, en cire, instrument fort commun, très usité en chirurgie, et dont j'ai soumis l'emploi à des règles déterminées et précises, de manière à rendre son action plus douce et plus sûre.

On porte dans l'urètre une de ces bougies très fines, très lisses et très molles, qu'on retire immédiatement. Cette opération est répétée le lendemain et les jours suivants. Si le canal est très irritable, la bougie est retirée dès que le malade commence à souffrir, sans même qu'elle ait pénétré profondément; elle n'arrive quelquefois à la vessie que du troisième au cinquième jour.

En procédant avec une extrême lenteur, sans mouvements saccadés, à l'entrée comme à la sortie de la bougie, et en ne la laissant jamais séjourner, elle n'occasionne qu'une douleur très légère, qui cesse bientôt; et chaque jour ensuite, son introduction est de moins en moins sentie. A la première bougie on en substitue une un peu plus volumineuse, et l'on arrive ainsi très graduellement jusqu'à celles qui remplissent la capacité normale de l'urètre, mais sans le distendre.

Pendant cette préparation locale, qui exige de huit à douze jours, le chirurgien combat l'irritation générale, et les états morbides qui peuvent exister; il modifie le régime, régularise l'exercice des fonctions, et, par des observations journellement répétées, il se trouve en position d'acquérir une connaissance plus complète de l'état du malade, de faire un choix plus judicieux de la méthode et du procédé auxquels il convient de recourir, de saisir les indications particulières, en un mot, d'arrêter son plan de conduite avec toute la certitude désirable; conditions qui échappent en partie lorsqu'on opère d'emblée, et qui ont cependant une grande part au résultat du traitement.

La somme des petites douleurs que détermine la bougie dans un urètre non rétréci, et pour le seul but d'en diminuer la sensibilité, n'a rien de comparable avec celles qu'occasionne ordinairement un seul cathétérisme pratiqué à la première visite. Aussi n'ai-je jamais observé d'accidents sérieux pendant le traitement préparatoire, que j'ai appliqué des milliers de fois, et presque toujours avec les plus grands avantages.

Cette préparation est également favorable dans les cas de rétrécissement de l'urètre et de maladies du col et du corps de la vessie, etc., mais la manière de procéder doit être appropriée à ces états, et les effets obtenus présentent de notables différences. Sans entrer dans des développements qui ne peuvent pas trouver ici leur place, il me suffira de dire que, dans ces diverses circonstances, l'insensibilité des organes peut être obtenue, de manière à rendre supportables aux malades les opérations les plus laborieuses, en écartant la plupart des dangers qu'elles entraînent.

La loi qui sert de base à cette pratique était connue, sans doute, depuis longtemps; mais elle n'avait pas été l'objet d'une étude suivie et d'une application raisonnée aux opérations dont je me suis spécialement occupé. C'est, je le répète, à l'occasion de la lithotritie que j'ai cherché et obtenu d'abord la préparation des malades par la diminution de la sensibilité de l'urètre et de la vessie. Appliquée ensuite, avec les mêmes avantages, aux autres opérations, ce traitement préliminaire a ouvert à la chirurgie des organes urinaires, une voie nouvelle et féconde en résultats utiles. Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir assisté à une série d'opérations pratiquées sur des malades préparés et non préparés. Les premiers, déjà familiarisés avec l'introduction des bougies, se soumettent tout d'abord et sans difficulté à ce qu'on leur propose; et qu'il s'agisse d'explorations ou d'opérations dans la vessie ou dans l'urètre, la manœuvre, prudemment conduite, est toujours facilement supportée. La sensibilité des surfaces muqueuses étant diminuée, la contractilité des tissus sous-jacents n'est pas activement mise en jeu; les instruments glissent mieux, les frottements sont plus légers, les mouvements, toujours faciles, n'exigent aucun effort, et les sensations arrivent au chirurgien avec toute la netteté désirable.

Les seconds, au contraire, préoccupés et inquiets, ne se décident qu'à la dernière extrémité, vaincus en quelque sorte par la force des exhortations. A peine l'instrument a-t-il pénétré quelque peu que les douleurs commencent et s'accroissent, devenant d'autant plus fortes que la sensibilité excitée provoque la contraction des tissus sous-jacents. L'instrument serré dans l'urètre et au col vésical ne peut être mû sans efforts et sans occasionner des frottements pénibles que le chirurgien le plus habile ne réussit pas à éviter, et qui s'opposent à la perception des sensations tactiles, dont il a tant besoin, ou les rendent confuses en les compliquant.

Mais c'est par leurs suites surtout que se manifestent les principales différences entre des opérations pratiquées dans des conditions si dissemblables. Qu'il s'agisse d'une coarctation urétrale, de calculs ou de fongus dans la vessie, chez le malade convenablement préparé et opéré suivant les préceptes de l'art, il ne se manifeste aucun des accidents que provoquent les réactions violentes; s'il en survient, l'art est rarement obligé d'intervenir, l'équilibre des fonctions se rétablissant presque toujours de lui-même.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, lorsqu'on a opéré sans préparation, et alors même que la manœuvre a été la plus régulière, il survient une réaction plus ou moins vive, déterminant des troubles fonctionnels intenses ou des mouvements fébriles et nerveux parfois très graves. Ces accidents sont si communs, que j'ai vu plusieurs praticiens éclairés les considérer comme inévitables, et rester inactifs dans les cas accessibles aux procédés de l'art par la crainte de les voir survenir.

On ne placera pas sur la même ligne les effets du traitement préparatoire que je viens d'indiquer, et les résultats recherchés et obtenus par les opiacés et les anesthésiques. Ce sont des indications, des procédés, des actions organiques d'ordre essentiellement différent.

Dans le premier cas, on se propose directement une diminution lente et progressive de la sensibilité d'un organe déterminé, afin de le disposer à supporter l'opération qu'on a l'intention de pratiquer sur lui; l'action est exclusivement locale et ne change en rien les conditions générales de l'organisme.

En usant des opiacés et des anesthésiques, le praticien laisse de côté l'organe sur lequel il veut agir; c'est au système nerveux, au centre de la vie et de la perception, et par suite à l'ensemble de l'économie, qu'il s'attaque.

Par mon traitement préparatoire, on diminue effectivement l'irritabilité de l'organe; par les autres, on la déguise, on la suspend.

Le premier laisse au malade le plein exercice de ses facultés, l'appréciation de l'action exercée sur lui, la possibilité de commander à ce qui l'entoure; les autres le plongent dans un anéantissement intellectuel et moral absolu, et le soustraient momentanément à la vie active.

Les inconvénients des opiacés sont bien connus, et je n'ai pas à discuter ici l'utilité des anesthésiques dans la pratique générale de la chirurgie; mais je ne saurais trop m'élever contre l'abus qu'on en fait dans dans le traitement des maladies des organes urinaires.

A l'exception de la cystotomie, de l'urétrotomie externe et de quelques autres opérations assez rares, l'emploi du chlorofome est non seulement inutile, mais susceptible de faire commettre de graves méprises et de causer de grands malheurs.

Pour opérer, par exemple, la destruction d'un calcul vésical dans certains cas compliqués, lier ou extirper une tumeur de la vessie, le chirurgien le plus éclairé et le plus habile a besoin, non seulement de l'action exercée de ses sens, mais encore de toutes les circonstances qui peuvent lui venir en aide, le guider dans sa marche et ses recherches, l'avertir s'il s'égare et même l'arrêter, au besoin, dans ses mouvements. Or, tout est inerte et silencieux chez le malade chloroformé et l'opérateur se trouve absolument réduit à sa main et à son expérience. Supposez un chirurgien, non mûri encore par la pratique, mais hardi et entreprenant, ce qui n'est pas rare, en face d'un malheureux patient, privé de sensibilité et de mouvements, quelles seront les conséquences possibles des manœuvres qu'il exécutera à tâtons pour ainsi dire, dans ce corps, devenu presque cadavre? Les faits de ce genre ne sont pas de ceux dont on entretient le public, mais le peu qu'on en sait, suffit pour intimider les plus intrépides.

Les chirurgiens trouveront, j'espère, dans cet ouvrage et dans mon *Traité de la lithotritie*, toutes les preuves désirables de la haute utilité pratique du traitement préparatoire que j'ai institué. Ils l'emploieront comme les préliminaires des opérations qu'ils auront à pratiquer sur les organes urinaires; et j'ai la certitude qu'en se conformant aux préceptes exposés ils réussiront comme moi dans son application.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 septembre 1858. — Présidence de M. GRISOLLE.

Sommaire. — Communication verbale de M. Legroux sur un *cas de cirrhose*. Discussion : MM. Hervieux, Grisolle. — Lecture, par M. Moissenet, d'une observation ayant pour titre : *Ulcération syphilitique de la partie inférieure de la trachée, rétrécissement de ce conduit, cathétérisme laryngo-trachéal, trachéotomie, mort.* Discussion : MM. Bouchut, Legroux, Grisolle.

Hommage à la Société du numéro d'avril du *Bulletin de de la Société de médecine de Marseille.*

M. LEGROUX communique les détails de l'autopsie d'un sujet atteint de *cirrhose*.

Parmi les circonstances anatomiques qui l'ont frappé dans la dissection de l'appareil biliaire, M. Legroux a remarqué les suivantes : Le foie était atteint d'une atrophie considérable. Mamelonné à l'extérieur et parcouru par des sillons plus ou moins profonds, cet organe présentait à l'intérieur des brides constituées par un tissu fibreux lardacé. La substance hépatique était dure, ratatinée, et la surface de section offrait, disséminées, des granulations jaunâtres briquetées. Mais ce qui appelait surtout l'attention, c'était l'absence presque totale de vaisseaux. Les conduits vasculaires, même d'un certain calibre, avaient disparu; on n'en voyait plus trace.

M. HERVIEUX : La communication de M. Legroux m'engage à dire quelques mots d'une pièce qui m'a été présentée ce matin par M. Ferréol, interne du service dont je suis chargé en remplacement de M. Guéneau de Mussy, à l'hôpital de la Pitié. Cette pièce n'est autre

chose que le foie d'une femme phthisique, morte la veille du jour où j'ai pris le service, et que je n'ai pu par conséquent observer pendant la vie. Voici, du reste, ce que j'ai appris.

Cette femme était entrée à l'hôpital pour un ictère d'apparence grave qui avait appelé l'attention du côté du foie. On avait trouvé cet organe très volumineux, et l'idée d'une lésion profonde de la glande hépatique avait dominé naturellement tout le diagnostic.

L'autopsie révéla dans l'un des poumons l'existence d'une vaste caverne qui avait passé inaperçue par suite de la préoccupation où l'on était d'une affection hépatique, et lorsqu'on en vint à l'examen de l'appareil biliaire, voici ce qu'on rencontra, ou du moins ce que j'ai constaté sur la pièce que l'on m'apporta :

Le foie était manifestement hypertrophié; sa surface n'était ni mamelonnée, ni parcourue par des sillons, mais des coupes pratiquées en divers sens et sur plusieurs points de l'organe permettaient de reconnaître : 1° que le parenchyme hépatique était enveloppé d'une couche transparente, gélatineuse, de 2 millimètres d'épaisseur environ; 2° que la surface de section offrait une coloration jaunâtre marbrée d'un rouge briqueté, analogue aux taches que M. Legroux a observées sur le foie qu'il nous a décrit; 3° que la coupe offrait une apparence comme huileuse, mais ne tachait pas cependant le papier à la manière des corps gras; 4° que les vaisseaux de petit calibre étaient atrophiés; 5° enfin que le foie était parcouru par des brides fibreuses, comme dans la cirrhose.

En présence de ces altérations, nous nous sommes demandé si nous avions affaire à un foie gras ou bien à une cirrhose. Si la phthisie concomitante donne lieu de penser que c'était là purement et simplement un foie gras, on ne peut, d'autre part, se dissimuler qu'il y a, dans les apparences cadavériques que je viens de décrire, bien des présomptions en faveur de l'existence d'une cirrhose. Du reste, toutes les lésions décrites sous cette dénomination sont loin d'être identiques et il y aurait bien des catégories, ou au moins bien des variétés à établir dans l'anatomie pathologique de la cirrhose. J'en réfère, d'ailleurs, quant au cas particulier, aux lumières de mes honorables collègues.

M. Legroux : Je serais disposé à considérer comme devant être rangée dans la classe des foies gras la pièce anatomique dont vient de nous entretenir notre collègue, M. Hervieux. J'ai vu, chez un homme affecté d'ictère, une tumeur dure développée dans la région du foie et qui donna lieu pendant la vie à plusieurs difficultés de diagnostic. On crut pendant la vie à une cirrhose, puis à un encéphaloïde.

A l'autopsie, on trouva au milieu de l'organe hépatique une tumeur assez analogue, en apparence, à de la matière tuberculeuse ou encéphaloïde, mais que l'examen démontra n'être formée que par de la matière grasse.

M. Grisolle insiste sur les difficultés que présente le diagnostic de la cirrhose avec hypertrophie.

Les cas de cirrhose avec hypertrophie ne sont pas nombreux; Requin en a signalé un, j'en ai observé un autre dans le service de M. Chomel, où j'exerçais alors les fonctions de chef de clinique. J'en ai rencontré un autre cas chez un homme qui avait de fréquentes occasions de boire. Il était entré à l'hôpital avec un ventre énorme; la surface du foie étant un peu bosselée, je diagnostiquai un encéphaloïde. Mais, peu de temps après, le malade parut aller mieux et je restai dans le doute sur la nature de la lésion hépatique. Le malade ayant fini par succomber je trouvai à l'autopsie un foie très volumineux, présentant des bosselures à sa surface et à la coupe presque pas de granulations jaunes. La Société anatomique ayant été consultée sur ce cas se prononça en faveur d'une cirrhose.

M. Legroux : L'évolution de la cirrhose n'est pas encore un fait bien établi. Je ne repousse pas la possibilité de la cirrhose hypertrophique, mais je pense qu'il y a lieu de faire, sur ce sujet, de nouvelles recherches.

— M. Moissenet lit une observation intitulée : *Ulcérations de l'extrémité inférieure de la trachée chez un sujet syphilitique. Traitement mercuriel. Rétrécissement cicatriciel cause de dyspnée habituelle et d'accès de suffocation. Trachéotomie. Mort.* — (Voir plus haut, *Clinique médicale.*)

M. Bouchut : L'observation que vient de lire M. Moissenet ne fait pas mention de l'anesthésie qui s'observe chez les sujets opérés de trachéotomie. J'ai communiqué, il y a deux mois, à l'Académie des sciences, une note relative à ce phénomène, et qui repose sur une dizaine de faits. J'ai observé d'autres cas depuis cette époque et j'ai reconnu que l'anesthésie est toujours proportionnelle au degré d'intensité de l'asphyxie. Celle-ci donne la mesure de l'anesthésie.

On a dit que l'anesthésie était due à la conscience qu'ont les enfants du danger qu'ils courent. La preuve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que, quand on pratique d'autres opérations telles que l'ouverture d'un abcès, les enfants résistent et se défendent. Les expériences pratiquées sur les animaux sont conformes à cette manière de voir.

Quant à la véritable cause de l'anesthésie, elle réside, je le répète, dans la difficulté de l'hématose.

M. Legroux : Un mot sur l'opportunité de la trachéotomie dans le cas communiqué par M. Moissenet. Tant que la voix reste intacte, l'opération n'est pas indiquée. Or, dans le cas particulier, le larynx a paru toujours rester libre. Je crois donc qu'on aurait pu se dispenser de recourir à la trachéotomie.

Quant à l'anesthésie dans l'asphyxie, c'est un fait connu de toute ancienneté. Du reste, il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'il y ait anesthésie quand l'asphyxie est complète. L'anesthésie est la conséquence de l'asphyxie. Je ne vois pas, d'ailleurs, quelle est la déduction pratique qu'on peut tirer de ce fait.

M. Bouchut : La conséquence pratique qui se déduit de là, c'est que l'indication de la trachéotomie est l'anesthésie.

M. Legroux : Si on attendait pour opérer que l'anesthésie se produisit, on laisserait mourir les malades. L'opération arriverait trop tard.

M. Bouchut : Comment reconnaître l'imminence de l'asphyxie ? Par la cyanose et l'anesthésie. Il ne faut pas oublier qu'il y a deux formes d'asphyxie dans le croup; une asphyxie bleue, *apparente*, c'est-à-dire avec cyanose; une asphyxie blanche ou sans cyanose, c'est-à-dire *latente*. Dans ce dernier cas, l'anesthésie fournit l'indication d'opérer.

M. Grisolle : Tout le monde sait que l'insensibilité est un phénomène de l'asphyxie. Déjà Amussat avait prétendu expliquer l'anesthésie que produit l'éther en invoquant l'asphyxie. La coïncidence de l'anesthésie avec l'asphyxie est donc un fait connu. M. Faure lui-même, dont le travail date déjà de plusieurs années, n'a pas découvert le fait. Il était établi depuis longtemps. Ce que M. Faure a prouvé par ses expériences sur les animaux, c'est que, dans l'asphyxie, l'anesthésie était progressive, sauf sur un point, le thorax, où la sensibilité persistait ou plutôt s'éteignait la dernière.

Le secrétaire, Dr E. Hervieux.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DE L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE ET DE LA LEUCORRHÉE CHRONIQUE; par M. Caby. — M. le docteur E. Caby, ancien interne de la maison de Saint-Lazare, annonce que les écoulements des parties génitales chez l'homme et chez la femme disparaissent avec une très grande rapidité par l'emploi du sous-nitrate de bismuth en injections. La seule condition à remplir, c'est que ces écoulements aient perdu tout caractère inflammatoire, qu'ils soient véritablement chroniques. M. Caby a traité et guéri par ce moyen, et sans aucun adjuvant, 43 *blennorrhées* plus ou moins anciennes; une d'elles durait depuis treize mois; guérison en trois jours; deux autres duraient depuis onze et douze mois : guérison en cinq jours; une autre, datant de dix mois, a guéri en sept jours; une, datant de neuf mois, a guéri en huit jours. Cette maladie, dit M. Caby, constatée chez les individus les plus différents par leurs habitudes, leur tempérament, leurs conditions d'existence, n'a jamais résisté à ce nouveau mode de traitement, dont la durée a été au minimum de trois jours, au maximum de vingt et un jours.

M. Caby a traité de la même manière trois cas de *blennorrhée d'emblée*, écoulement indolent qui est tout à fait le pendant des flueurs blanches chez la femme, qui reconnait pour causes, chez les enfants, un vice diathésique ou la masturbation; chez les adultes, des excès, de grandes fatigues, certains aliments, etc.; qui enfin se distingue de la vraie blennorrhagie par l'absence complète de douleurs. Dans les trois cas, la réussite fut complète; bien plus, dans l'un de ces cas, un ozène concomitant fut guéri par des prises du même médicament. La balanite et la balano-posthite ont également disparu très rapidement par l'application de la poudre de bismuth, et sans aucune douleur pour le malade.

Parmi les écoulements des organes génitaux de la femme, M. Caby distingue avec soin ceux qui sont limités à la muqueuse des parties génitales externes (*leucorrhée vulvaire*), ceux qui affectent la muqueuse vaginale (*leucorrhée vaginale*), ceux qui ont tout à la fois pour siége le vagin, la vulve et l'urètre (*leucorrhée vulvo-vaginale*, *leucorrhée vulvo-urétrale*).

La leucorrhée vulvaire reconnait des causes diverses : tantôt elle succède à une folliculite vulvaire, comme celle que l'on rencontre si souvent chez les femmes enceintes, tantôt elle se montre sans aucun signe inflammatoire précurseur; c'est ce que l'on voit le plus souvent chez les petites filles. Elle peut être occasionnée par la malpropreté, un embonpoint excessif, l'emploi de pommades rances, les pédiculi pubis chez les adultes, les oxyures vermiculaires chez les petites filles, la masturbation, les contusions, etc. Dans tous ces cas, le sous-nitrate de bismuth a procuré des guérisons rapides. Il en est de même de la vulvite simple des petites filles.

Sous le nom de *flueurs blanches, leucorrhée vaginale,* M. le docteur Caby comprend, avec M. Marc d'Espine, des écoulements blancs chroniques, quelquefois habituels, auxquels sont sujettes des femmes saines et exemptes de toute autre affection de l'appareil génito-urinaire. Dans dix cas ayant présenté ces caractères, le sous-nitrate de bismuth a suffi, dans un temps très court, pour rendre à la muqueuse la tonicité qu'elle avait perdue, et par suite supprimer la maladie. Seulement, l'affection récidive souvent; il faut alors recommencer le traitement.

Les écoulements qui occupent à la fois la vulve, l'urètre et le vagin, sont presque toujours de source infectieuse. Ici, le sous-nitrate de bismuth perd la plus grande partie de son efficacité. Cependant, il a encore pu guérir plusieurs blennorrhagies urétrales qui avaient résisté même à la cautérisation au nitrate d'argent. Enfin, les blennorrhagies vaginales chroniques ont toujours cédé à ce médicament dans un temps qui a été au maximum de treize jours et au minimum de cinq jours.

Mode d'administration. — Pour l'urètre de l'homme, on fait trois injections par jour avec un mélange bien agité de 30 grammes de sous-nitrate de bismuth pour 200 grammes d'eau de roses. Après chaque injection, il faut rester le plus longtemps possible sans uriner. Quand l'écoulement est tari, le malade doit faire encore une injection le soir pendant quelques jours. Pour la balanite, on essuie la partie malade, et on projette dessus le médicament sec et en poudre, puis on recouvre le tout de charpie ou de coton cardé. Le pansement est exactement le même pour les leucorrhées vulvaires et vaginales. — (*Bulletin de thérapeutique,* 15 et 30 septembre 1858.)

MOYEN DE RECONNAITRE LES FALSIFICATIONS DE LA CIRE; par M. Fehling. — Jusqu'à présent, des moyens assez nombreux ont été proposés pour reconnaître les falsifications de la cire : c'est assez dire que tous sont plus ou moins défectueux. Et, en effet, ils sont loin de présenter le degré de certitude que l'on est habitué à trouver dans les réactions de la chimie. M. Fehling en propose un nouveau qui offre plus de garantie que les autres.

Dans le commerce on falsifie très souvent la cire blanche avec l'acide stéarique ou les graisses. Ce sont ces substances que le procédé de M. Fehling est destiné à déceler. En effet, la dissolution alcoolique d'acide cérotique est presque complétement soluble dans l'eau, tandis que la dissolution alcoolique d'acide stéarique est insoluble dans l'eau. Si donc il s'agit de faire l'essai d'une cire, on la traite par vingt fois environ son poids d'alcool bouillant; on filtre et on laisse refroidir la liqueur; puis on la traite par l'eau. Pour peu que la cire contienne seulement un centième d'acide stéarique, il se forme immédiatement un précipité volumineux, tandis que si la cire est pure, on n'obtient qu'un faible trouble. On recueille le précipité sur un filtre, on le dessèche et on le pèse pour obtenir le poids de l'acide stéarique.

Si la cire contient des graisses, il faut lui faire subir un traitement préalable, qui consiste à faire bouillir pendant trois minutes, 2 grammes de cire avec 100 grammes d'une solution de soude caustique, contenant 4 grammes de soude par litre d'eau. On sursature la liqueur par un acide faible, puis on chauffe légèrement : la cire et l'acide gras viennent surnager à la surface; on traite alors comme précédemment. — (*Journal de chimie médicale.*)

COURRIER.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

5me liste.

MM. Legrand (Maximin)	5 fr.
Jules Perier, médecin principal à St-Mandé. . . .	10
Plouviez	10
Hervet, à Troyes	5
H. Roger.	20
Colson, à Commercy	10
Bordier, à Melle	5
	65
Listes précédentes.	708
Total	773

Les ateliers de l'imprimerie étant fermés lundi prochain, jour de la TOUSSAINT, l'Union Médicale ne paraîtra pas mardi.

CURIEUX CAS D'EMPOISONNEMENT. — Un voyageur qui arrive des États-Unis nous rapporte un cas d'empoisonnement très curieux, produit par la chair des faisans. On sait que ces animaux mangent toutes sortes de baies, et, principalement dans l'Amérique du Nord, ils se nourrissent des bourgeons et des feuilles d'une espèce de laurier. Cette nourriture communique très promptement aux chairs de cet oiseau les principes vénéneux de l'arbuste. Deux chasseurs, après une partie de chasse des plus heureuses aux environs de Philadelphie, qu'ils habitent, rapportèrent une douzaine de faisans, et ils convièrent, pour les manger, leurs parents et leurs amis. Après un repas, très sobre du reste, les convives se sentirent pris d'angoisses d'estomac, de maux de tête, puis bientôt la vue s'affaiblit, les extrémités se refroidirent, et tous les symptômes d'un violent empoisonnement se déclarèrent.

Un médecin fut appelé aussitôt, et malgré une énergique médication, sept personnes succombaient en quelques heures. L'homme de l'art se perdait en conjectures sur les causes qui avaient déterminé ces accidents si graves. Il examina, l'un après l'autre, tous les mets, toutes les boissons, le pain et jusqu'aux divers ingrédients qu'il est d'usage de servir à table, et n'y trouva rien qui fût de nature à l'éclairer; enfin, s'étant fait représenter les restes des faisans et leurs entrailles, il trouva dans celles-ci un grand nombre de baies de laurier, et se convainquit, par des expériences chimiques, que la nourriture des volatiles avait infecté leur chair. Ce genre de lauriers, qu'on trouve, quoique rarement, dans quelques forêts de France, ont la sève laiteuse vénéneuse, et produisent un fruit duquel on distille en grande quantité de l'acide prussique. — (*Presse.*)

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 130-131. DOUZIÈME ANNÉE. **Jeudi 4 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Notre simple et discrète annonce du rapport que M. Trousseau devait faire hier à l'Académie, avait attiré la foule à la rue des Saints-Pères. Sujet important — le croup — rapporteur éloquent — M. Trousseau — éventualité d'une discussion intéressante, tout concourait à ramener l'assistance des grands jours dans l'enceinte académique. L'assistance n'a pas été déçue dans son attente. M. Trousseau compte autant de succès que de rapports, et son rapport d'hier est un nouveau succès. Succès prévu ; M. Trousseau était dans son élément, dans son domaine, le croup, maladie sur laquelle ses écrits, son enseignement et sa grande pratique lui donnent une autorité à nulle autre pareille.

Il s'agissait pour la commission dont M. Trousseau était l'organe, d'apprécier un nouveau traitement du croup, ou plutôt un moyen nouveau de s'opposer à l'asphyxie produite par la formation de fausses membranes dans le larynx. Ce moyen a reçu de son auteur le nom de *tubage* du larynx, mot barbare et antimédical qui, lui seul, nuirait à la fortune de l'idée, si l'idée pouvait faire fortune. Cette idée dont il faut rapporter la priorité, d'après l'historique très impartial de M. Trousseau, à M. Reybard, de Lyon, à M. Loiseau, de Montmartre, à M. Briois, de Paris, oublié par le rapporteur, cette idée a été vaillamment mise en pratique par M. le docteur Bouchut, qu'il connût ou non les espérances conçues de ces moyens par ses devanciers.

De M. le docteur Bouchut, médecin distingué des hôpitaux, nous ne voudrions parler que de façon à traduire un sentiment d'estime et d'intérêt pour sa personne et pour ses œuvres. Esprit actif et ingénieux, ne manquant ni d'élévation ni de portée, M. Bouchut est un des rares médecins de sa génération qui ont su secouer le joug du pur anatomisme de l'école de Paris. Au milieu des impédiments qu'à son insu lui suscite son éducation médicale, M. Bouchut cherche sa voie, il la cherche avec zèle, avec indépendance, avec foi. Mais M. Bouchut est atteint de la maladie du siècle, la précipitation. De ses conceptions il fait trop vite des réalités; ses vues théoriques, il les jette trop promptement dans le domaine de la pratique, et sa pratique manque de temps et d'expérience. Aussi trop impatient du succès, ses communications scientifiques ne sentent pas assez le travail, la méditation, l'huile de la lampe. Dans ses derniers travaux surtout, relatifs au croup, l'absence de ces conditions se fait trop sentir; nous n'avons qu'à rappeler, pour légitimer notre opinion, ses notes sur l'anesthésie comme diagnostic de la période ultime de l'asphyxie croupale ; sur l'amputation des amygdales comme moyen préventif du croup; sur la statistique de la trachéotomie; enfin, sur le tubage du larynx, sujet du rapport de M. Trousseau. Tout cela, il faut le dire, ne porte pas le cachet de cette longue, patiente et austère observation qui rend si respectables et qui fera vivre les travaux d'Andral, de Rayer, de Chomel, de Louis, de Bouillaud.

Cependant, c'est un grand honneur pour M. Bouchut d'avoir provoqué le grand et beau rapport de M. Trousseau. Le rapporteur de la commission académique ne se serait pas occupé si vite et d'une manière si étendue d'un travail sans valeur et d'une idée sans avenir. C'est le sentiment qu'il a formellement exprimé dans les conclusions de son rapport, conclusions, nous le craignons, qui pourront être trouvées peu conséquentes avec le rapport lui-même, conclusions qui étonnent l'esprit encore occupé de cette discussion serrée, rigoureuse, inexorable même sur quelques points, et qui tout à coup, par une impulsion louable assurément, viennent répandre comme un baume rafraîchissant sur des blessures désormais incurables.

Nous croyons qu'en effet le rapport de M. Trousseau est décisif sur ce point. Après l'historique que nous avons déjà rappelé, l'honorable rapporteur a posé et résolu les questions suivantes :

Le tubage du larynx est-il une opération facile?

Est-il dangereux?

Est-il utile?

Et comme dans ses diverses communications académiques, M. Bouchut ne s'est pas borné à indiquer les avantages de son opération, mais encore qu'il a jeté dans le public les accusations les plus graves et les plus inattendues contre la cautérisation directe du larynx, et surtout contre la trachéotomie, M. Trousseau a consacré la dernière partie de son rapport à venger la cautérisation et la trachéotomie de ces attaques, en comparant les résultats de ces pratiques aux résultats de l'opération nouvelle.

Pouvant placer le rapport de M. Trousseau sous les yeux de nos lecteurs, nous nous dispenserons de toute analyse. Ce rapport va, d'ailleurs, devenir le sujet d'une discussion qui nous obligera à revenir plusieurs fois, sans doute, sur ses parties principales. Bornons-nous à dire que M. Trousseau a répondu négativement et d'une manière plus ou moins absolue, aux questions qu'il avait posées. Au demeurant, cette longue et belle argumentation peut, à la rigueur, se résumer en ces termes :

Le tubage du larynx ne remédie à rien ; pas plus que la trachéotomie, il ne s'oppose pas à la terrible propagation des fausses membranes dans la trachée et les bronches; — il ne prévient même pas la trachéotomie, car il a fallu y recourir dans des cas où le tubage du larynx avait été pratiqué; — il constitue une opération très difficile et très délicate, et les circonstances des faits dans lesquels on a cru l'avoir pratiqué, laissent des doutes très légitimes sur la réalité de l'exécution; — telles sont les circonstances du maintien et du retour de la voix, alors qu'un tube métallique rigide est accroché aux cordes vocales, fait en opposition avec toutes les notions connues de la physique et de la physiologie de la voix; — la présence prolongée d'un tube métallique dans le larynx ne peut pas être sans danger pour cet organe si délicat, si sensible et pour les fonctions qu'il a à remplir. Ces cordes vocales si impressionnables, si susceptibles, qu'un courant d'air frais prive de leur vibration, qu'une gouttelette de liquide met en révolte, supporteront-elles sans répugnance et sans désordre un corps étranger aussi volumineux, aussi brutal que ce tube inflexible? — Toute l'histoire du croup s'élève contre le procès fait à la médication topique par M. Bouchut; l'épidémiographie de cette maladie est pleine d'exemples lamentables de l'insuccès de la méthode dite générale ; autant de morts que de malades, là où l'on a négligé la cautérisation locale; succès consolants là où on l'a mise en pratique. Il n'est pas exact de dire que la mortalité dans le croup suit une progression proportionnelle à la fréquence de la trachéotomie; c'est le contraire qui est vrai; suivant l'époque où cette opération est pratiquée, elle sauve le cinquième, le quart, la moitié, les deux tiers des malades.

Nous pensons que c'est sur la dernière partie surtout du rapport de M. Trousseau que la discussion académique s'engagera sérieusement. Le moment d'élection pour pratiquer la trachéotomie, voilà la grande question pratique. Deux opinions sont en présence, l'une ancienne, fondée par l'illustre père de la trachéotomie, longtemps défendue par son célèbre élève, M. Trousseau, qui a une visible tendance à l'abandonner aujourd'hui, et qui consiste à n'avoir recours à la trachéotomie que comme ressource ultime et alors que tous les moyens médicaux ont été vainement épuisés. L'autre, plus nouvelle, défendue par des médecins plus jeunes, armés de faits et de chiffres qui prouvent, suivant eux, que les succès de la trachéotomie sont d'autant plus nombreux, que cette opération a été pratiquée à une époque plus éloignée du moment de la mort probable. Si la discussion qui se prépare peut éclairer ce point de pratique, M. Bouchut aura rendu indirectement un grand service en le provoquant.

Au début de la séance, M. Civiale a lu d'une voix trop faible et trop peu écoutée, une note sur les progrès de la chirurgie des maladies des voies urinaires.

Enfin M. le docteur Rullié, médecin stagiaire à l'École impériale de médecine militaire, a terminé la séance par la communication d'un fait très intéressant, et que nous publierons, d'empoisonnement par l'eau sédative. L'École du Val-de-Grâce apporte un contingent remarquable au mouvement scientifique de l'époque. Les Académies et la Presse reçoivent d'importantes communications des professeurs et des élèves de cet établissement. C'est pour nous un devoir et un plaisir de signaler l'activité de bon aloi qui règne dans cette institution précieuse; elle fait honneur à la direction intelligente et libérale qui préside à son enseignement.

Amédée LATOUR.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

On lit dans ta *Gazette médicale de Paris* :

« La lettre que nous insérons a été adressée à tous les médecins de France par M. le Président de l'Association générale de prévoyance. C'est un commentaire aussi lumineux que substantiel des statuts. Nous le recommandons à l'attention de tous nos lecteurs comme un exposé complet des idées qui se sont fait jour dans la discussion de la commission, et comme la formule exacte des développements que doit avoir l'Association de prévoyance. Nous nous proposons d'insister à notre tour sur quelques points indiqués seulement dans la lettre de M. le Président; mais nous donnons dès aujourd'hui notre complet assentiment à toutes les vues à la fois pratiques et élevées qu'elle renferme. Le commentaire est digne de l'œuvre. »

Le *Bulletin de thérapeutique*, à son tour, publie les réflexions suivantes :

« L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France vient de faire acte de constitution en provoquant, par l'organe de son Président et de son Secrétaire-général, les adhésions de tous les membres de la famille médicale. Nous regrettons que l'espace nous manque pour reproduire toute la circulaire de l'honorable Président M. Rayer; les fragments que nous publions suffiront, nous l'espérons, pour répondre à quelques-unes des objections qui ont été avancées et pour provoquer de nombreuses adhésions à cette grande et belle institution. »

L'*Abeille médicale* publie la note qui suit :

« Le très honorable Président de l'Association générale des médecins de France vient de se mettre en rapport, pour ainsi dire, avec chacun des membres du corps médical, en lui adressant copie des statuts, accompagnée d'une lettre dans laquelle il fait ressortir les avantages de la nouvelle institution, et en précise le caractère et le but. Nous avons salué, à sa naissance, l'heureuse idée de nos confrères de Bordeaux; aujourd'hui nous acclamons le premier acte public qui conduit à sa réalisation. Nous espérons donc que l'immense majorité des médecins répondra à cet appel, qui leur est fait au nom d'une réunion d'hommes distingués par leur savoir, leur honorabilité, leur position, et qui ont consacré à l'intérêt général de notre corporation beaucoup de temps et d'études, au préjudice peut-être de leurs propres affaires. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Verneuil, chargé de présenter un rapport sur la candidature de M. Fabrizi, énumère les titres nombreux de ce chirurgien à faire partie de la Société. Ses travaux relatifs aux opérations qui se pratiquent sur le conduit auditif externe; l'invention du serre-nœud annulaire, attribuée à M. Galli; ses publications sur la méthode italienne de la rhinoplastie, etc., sont successivement examinées et appréciées par le rapporteur, qui termine ainsi :

« J'aurais encore à vous signaler d'autres opuscules de notre auteur sur les ciseaux, sur la ténotomie comme adjuvant de la guérison dans les plaies des muscles, etc. Mais ce que je vous ai déjà exposé suffit, je pense, pour vous démontrer que M. Fabrizi est un véritable chirurgien, et qu'à ce titre la Société aura avantage à l'associer à ses travaux. Il est encore une considération qui m'engage à appuyer chaudement la candidature de notre confrère; elle est à la vérité toute d'ordre moral, et quoique la vie privée et les qualités personnelles soient souvent mises en dehors des motifs d'adjonction, c'est pourtant une bien douce satisfaction pour un rapporteur que de pouvoir hautement louer l'honorabilité du caractère, la probité scientifique, la haute moralité du confrère dont il examine les actes scientifiques. Sous ce rapport, M. Fabrizi résume en lui les plus hautes qualités des chirurgiens honnêtes, c'est le *vir probus* des anciens temps, et je crois pouvoir l'affirmer hautement sans crainte d'être démenti.

J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciments à M. Fabrizi;

2° De publier dans nos *Bulletins* le travail qu'il a adressé sur les amputations du pied;

3° De l'inscrire sur la liste des futurs candidats à la place de membre correspondant étranger. »

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité; de plus, le rapport de M. Verneuil est renvoyé au comité de publication.

— M. Gosselin présente un enfant de 10 mois offrant un fongus bénin du testicule. C'est, dit M. Gosselin, une affection rare, surtout chez d'aussi jeunes sujets. La maladie a commencé, il y a deux mois, par un gonflement. Sur le sommet de la tumeur, s'est faite une ulcération, et, par la solution de continuité de la peau, s'est développé le fongus, qui, depuis quelques jours surtout, grossit sensiblement.

C'est seulement le troisième fait de ce genre que je vois. Ce jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agirait donc d'un fongus compliqué d'un état syphilitique.

Je me propose de faire prendre à la mère l'iodure de potassium pour refaire la constitution de l'enfant.

Quant au traitement local, on pourrait choisir entre les trois procédés suivants :

La castration; l'occlusion de la tumeur par la peau scrotale incisée autour du champignon et disséquée ensuite pour être ramenée au-devant de la tumeur et maintenue en place à l'aide de suture; ou enfin un pansement compressif exécuté avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par M. Curling, que je me propose de recourir d'abord, pour en adopter un plus radical ensuite s'il n'amène pas la guérison.

— M. Robert présente une jeune fille convalescente d'une coxalgie hystérique qui existait depuis plusieurs années.

Je commencerai, dit M. Robert, par protester contre la confusion établie à propos des maladies de la hanche et des simples affections péri-articulaires. A ces dernières doit seulement appartenir le nom de coxalgie; les autres méritent seules le nom de maladie de l'articulation coxo-fémorale.

La jeune fille que je soumets à l'examen de la Société me paraît présenter un exemple remarquable de coxalgie dont le diagnostic a offert les plus grandes difficultés.

Cette jeune fille est d'un tempérament chloro-anémique marqué; de plus, elle a des attaques de catalepsie. Quand elle est venue dans mon service, elle portait autour de l'articulation de la hanche, des traces nombreuses de cautères.

Le pied était porté dans la rotation en dedans; il y avait un raccourcissement apparent du membre de 4 à 5 centimètres. Le raccourcissement réel ne m'a paru être que de 2 centimètres.

Il y a trois ans, cette jeune fille avait eu une fièvre typhoïde; c'est à la suite de cette maladie qu'apparurent les premiers symptômes de la coxalgie. Elle fut admise dans le service de M. Boyer, qui la traita comme ayant une maladie de la hanche. M. Verneuil vit la malade et ne fut pas convaincu de la réalité de l'affection articulaire.

En ne m'en rapportant qu'au raccourcissement, j'étais porté à admettre une maladie articulaire; mais ce qui me faisait hésiter dans l'adoption de ce diagnostic, c'était l'absence de flexion du membre.

Pour m'assurer de l'état réel de la jointure, ce qui ne pouvait être fait en raison des vives douleurs que la malade éprouvait au moindre mouvement du membre, je résolus d'employer l'anesthésie; dès lors, je pus imprimer à la cuisse tous les mouvements sans rencontrer la moindre résistance, sans percevoir ni frottement ni craquement. Je pouvais donc prononcer en toute certitude sur l'état de l'articulation; elle restait saine, il ne s'agissait que d'une affection nerveuse.

La malade présentait tous les caractères de la chloro-anémie : teint, insensibilité partielle, etc. Je prescrivis un traitement tonique et je fis cesser le repos. La malade marcha d'abord avec des béquilles, et aujourd'hui elle marche presque sans claudication.

Quant au raccourcissement persistant de 2 centimètres, il est probablement dû à un arrêt de développement.

— M. Follin dit que des observations de ce genre se rencontrent dans des recueils périodiques anglais.

— M. Robert : Dans la dernière édition de Brodie, il y a un chapitre très court sur ce sujet.

— M. Michon ne voudrait pas que cette affection fût désignée sous le nom de coxalgie : c'est un abus de mots. On ne doit pas plus désigner la douleur péri-articulaire de la cuisse sous ce nom, que l'on ne peut désigner sous le nom des autres jointures les douleurs nerveuses qui peuvent se montrer soit autour de l'épaule, soit autour du genou, etc. Le fait de M. Robert est très intéressant, parce qu'il met en garde contre des erreurs de diagnostic. Deux cas analogues se sont offerts à mon observation.

Une jeune fille, parente d'un de nos confrères, me fut présentée comme atteinte d'une maladie de la hanche. On avait employé sans succès les traitements habituels. J'avais moi-même pratiqué la cautérisation transcurrente comme moyen révulsif, tout en étant convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une maladie de la hanche.

Les accidents persistaient, lorsque la malade fut prise d'attaques convulsives des muscles de la cuisse; le membre était agité avec la régularité d'un balancier. Cette chorée cessa après un certain temps, et la malade fut guérie.

L'autre fait auquel je faisais allusion présenta exactement les mêmes phases et la même terminaison.

— M. Bouvier a examiné la malade de M. Robert. Il a cru constater que le prétendu raccourcissement de 2 centimètres n'est pas un raccourcissement réel. La difformité apparente tiendrait à un certain degré d'obliquité du bassin. M. Bouvier a remarqué de plus une impossibilité d'amener le membre dans l'abduction.

— M. Robert examinera à nouveau la malade, et la discussion sera reprise dans la première séance.

THÉRAPEUTQUE.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. BOUCHUT, RELATIF AU TUBAGE DE LA GLOTTE;

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 2 novembre 1858,

Par M. TROUSSEAU.

Messieurs,

Dans la séance du 14 septembre dernier, M. le docteur Bouchut a eu l'honneur de lire un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage de la glotte.

Il cherchait à démontrer qu'il était facile de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures, et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte.

Et la possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx, par ce moyen, de préférence à la trachéotomie. Vous avez, pour examiner cette question, nommé une commission composée de MM. Blache, Nélaton et moi; je viens aujourd'hui, comme rapporteur, vous exprimer l'opinion de cette commission sur le travail de M. Bouchut.

Depuis un certain nombre d'années, un grand nombre de médecins ont rivalisé d'efforts pour combattre le croup, l'une des plus terribles maladies de l'enfance.

Tant que les concrétions diphthériques étaient limitées au pharynx, où elles prennent le plus ordinairement naissance, la méthode d'Arétée, consistant dans des applications d'alun et de substances végétales astringentes, les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, indiquées par Boërhaave, Van Swiéten et les médecins du siècle dernier, les applications topiques de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, de sublimé, l'emploi du cautère actuel, pratiqué en 1827 par M. Bonsergent, de Romorantin, et remis récemment en honneur par MM. Valentin et Danvin, tous ces moyens divers, agissant dans le même sens, suffisaient le plus souvent pour arrêter les progrès du mal et empêcher qu'il ne se propageât dans le larynx.

Les travaux de M. Bretonneau avaient remis en honneur la médication topique, trop souvent oubliée, et cette médication, la plus puissante que l'on connaisse dans le traitement de la diphthérie, bien qu'elle ne soit pas infaillible, restait inefficace, le plus souvent, du moment que le mal s'était propagé au larynx. Il est vrai que M. Bretonneau, en exprimant sur les ligaments arythéno-épiglottiques une éponge imbibée d'acide chlorhydrique ou de solution cathérétique, faisait pénétrer dans le larynx une certaine quantité de l'agent médicamenteux; il est vrai qu'en insufflant, avec un appareil particulier, de l'alun dans la gorge, il forçait l'enfant à inspirer jusque dans la trachée-artère et dans les bronches une certaine quantité de cette poussière astringente; il est encore vrai que ce même praticien, faisant inspirer à ses malades des vapeurs d'acide chlorhydrique, procédé repris plus tard par M. le docteur Homolle, agissait sur la membrane muqueuse des voies aériennes, comme il le faisait sur le pharynx lui-même; mais ces procédés, ou imparfaits, ou dangereux, n'atteignaient que bien rarement le but curatif que l'on se proposait.

Beaucoup de médecins fort recommandables et grands partisans de la médication topique dans la diphthérie pharyngienne, en sont arrivés à ce point, qu'ils ne veulent plus continuer ces moyens, du moment que le larynx est envahi.

M. Girouard, de Chartres, proposait de porter directement, à l'aide d'une sonde, des médicaments cathérétiques jusque dans le larynx; mais il faut convenir qu'à M. Horace Green, de New-York, appartient l'honneur d'avoir méthodiquement et systématiquement traité la diphthérie, quand elle occupait le larynx, par les caustiques introduits à l'aide d'une petite éponge, placée à l'extrémité d'une baleine convenablement recourbée; un peu plus tard, M. Loiseau, de Montmartre, qui ne connaissait pas les travaux de M. Green, à l'aide d'appareils fort ingénieux, portait dans le larynx et dans la trachée, chez les enfants atteints de croup, des solutions de tannin, des solutions caustiques, et ces deux praticiens pouvaient ainsi sauver un certain nombre de malades, qui eussent infailliblement péri si l'on n'eût pratiqué cette opération. L'efficacité si incontestable de la trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup, donna à quelques médecins l'idée d'introduire dans le larynx, par la bouche, un instrument qui pût remplacer la canule de la trachéotomie et sauver une opération sanglante.

M. le docteur Reybard est peut-être le premier qui ait mis cette idée à exécution et qui ait placé à demeure, dans le larynx et dans la trachée, une sonde de gros calibre, qui ressortait par la bouche, et que l'on fixait au dehors; nous sommes obligés de convenir que si l'idée était bonne, l'exécution en était mauvaise; aussi, l'ingénieux chirurgien, dont je viens de citer le nom, y renonça-t-il probablement lui-même. M. Loiseau avait imaginé des tubes métalliques, dont je vous ai montré moi-même, ici, plusieurs modèles, lorsque je fus chargé, l'an dernier, de faire un rapport sur les travaux de ce médecin; il les avait fait confectionner chez M. Charrière, dès le mois de juillet 1857, comme les livres de ce fabricant d'instruments en font foi. En vous montrant ces tubes, que M. Loiseau voulait fixer dans le larynx et dans la première portion de la trachée-artère, afin de faciliter l'expulsion des fausses membranes et l'introduction des médicaments, j'exprimai des doutes sur la possibilité et sur l'opportunité de cette introduction; et je me croyais d'autant plus fondé à le faire que M. Loiseau s'était contenté de faire exécuter les instruments par M. Charrière et par d'autres fabricants, sans les appliquer jamais. Notre collègue, M. Jobert, ne croyait pas non plus que le procédé de M. Loiseau fût applicable; en effet, il s'exprime en ces termes, dans une leçon clinique, faite à l'Hôtel-Dieu, recueillie par un de ses élèves, M. Barde, et publiée quelque temps après, dans le numéro du 17 juin 1858, de la *Gazette des hôpitaux*, c'est-à-dire près de deux mois avant que M. Bouchut eût appliqué le tubage du larynx.

« Enfin, dit-il, M. Loiseau a préconisé l'introduction des canules dans le larynx et la trachée. Il y a longtemps déjà, j'avais cru que ces canules pourraient rendre de grands services, mais j'ai dû y renoncer. » Il ajoute plus loin : « Je récuse donc encore ce procédé et c'est pour donner exclusivement ma confiance à la trachéotomie. »

Si je suis entré dans tous ces détails, ce n'est pas, Messieurs, pour discuter une stérile question de priorité; personne, en effet, ne peut révoquer en doute, d'après les faits et les dates que je viens de citer, que l'idée du tubage du larynx et de la trachée n'appartienne à M. Reybard et surtout à M. Loiseau; mais à M. Bouchut appartient l'honneur d'avoir fait de cette idée une application pratique.

Le premier, il a placé et maintenu dans le larynx d'enfants atteints de croup un tube métallique par lequel l'air a pu être introduit plus aisément et les fausses membranes plus facilement expulsées; il a rapporté des faits qui, pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.

Au moyen d'une sonde ordinaire percée à ses deux extrémités, introduite comme conducteur par la bouche, à l'intérieur du larynx, il porte dans la glotte une virole de forme particulière, qu'il retient au dehors à l'aide d'une amarre en soie, et qui reste en place de un à trois jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la disparition des phénomènes d'asphyxie.

Cette virole est garnie à son extrémité supérieure de deux bourrelets destinés à la maintenir dans la glotte, sur la corde vocale inférieure, à la façon d'un de ces boutons mobiles, en forme de poulie, dont on se sert pour maintenir les plis de poitrine de chemise d'homme.

La tolérance de cette virole par la glotte s'établit rapidement; elle ne gêne pas les fonctions de l'épiglotte qui s'abaisse sur elle, de manière à empêcher les boissons de pénétrer dans les voies aériennes; elle donne un facile passage à l'air, puisqu'elle arrondit, en l'élargissant, l'ouverture longitudinale, étroite et contractile, que limitent les cordes vocales, et elle peut permettre le passage des fausses membranes qui se détachent de la trachée et des bronches.

Nous avons à examiner maintenant, Messieurs,

D'abord, si le procédé est facile,

Deuxièmement, s'il est dangereux,

Troisièmement, s'il est utile,

Quatrièmement, nous aurons à le comparer à la cautérisation directe du larynx, et enfin à la trachéotomie.

PREMIER POINT. — *Facilité d'exécution.*

A l'aide de l'espèce d'armure que M. Loiseau a imaginée, pour protéger le doigt indicateur de la main gauche, contre la morsure, le médecin peut, assez facilement, pénétrer jusqu'à l'épiglotte d'un enfant, pourvu qu'il ait plus de deux ans (car au-dessous de cet âge, le doigt de l'opérateur est trop gros, pour ne pas augmenter la suffocation), et la relever, de manière à diriger sûrement dans le larynx, une sonde convenablement recourbée; il n'y a donc vraiment rien de très difficile dans cette petite opération qui, d'ailleurs, peut être facilitée par les baillons à écrous mobiles, que l'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie.

Nous devons dire toutefois, que d'après les expériences faites à l'hôpital des Enfants, le volume du doigt de l'opérateur introduit et maintenu quelque temps dans la gorge est tellement considérable, relativement au calibre de la partie inférieure du pharynx, que le petit malade étouffe, à moins que l'opération ne soit faite avec une rapidité et une dextérité, qu'il n'est pas donné à tout le monde d'atteindre.

Si le cathétérisme est, en général, une chose facile, avec les restrictions que nous venons d'indiquer, il n'en est plus de même du tubage de la glotte. A l'hôpital des Enfants, les mêmes internes, qui, plusieurs fois, avaient fait le cathétérisme du larynx, n'ont pu parvenir à exécuter l'opération du tubage sur le cadavre; et M. Guersant, chirurgien de l'hôpital, dont tout le monde connaît l'habileté, n'a pu y parvenir, dans une tentative faite aussi sur le cadavre, en se servant des instruments fabriqués par M. Mathieu, sur les indications de M. Bouchut; ce qui ne veut pas dire que nous contestions le moins du monde les résultats obtenus par M. Bouchut lui-même, mais cela prouve tout au moins, que le manuel opératoire n'est pas aussi simple que l'auteur veut bien le dire. Nous ajouterons encore, qu'entre les mains de M. Bouchut, si nous en croyons ce qui nous a été rapporté par ses collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, ce tubage a été quelquefois beaucoup plus difficile que ne semble le dire son auteur.

D'un autre côté, nous sommes frappé par quelques détails contenus dans les observations de M. Bouchut, desquelles il résulte ou que M. Bouchut a cru le tube introduit dans les lèvres de la glotte alors qu'il ne l'était pas, ou bien que la physiologie du larynx est tout entière à refaire :

Dans la première observation, « aussitôt le tube introduit dans le larynx (est-il dit), *l'enfant a pu parler à voix basse et dire qu'il se trouvait beaucoup mieux*, tandis que dans la seconde observation, l'enfant, dont la voix était complétement abolie et qui ne parlait que des lèvres avec un bruit guttural à peine appréciable, a pu *immédiatement parler d'une voix plus forte*, gutturale, il est vrai, mais assez claire, assez nettement articulée pour qu'on l'entendît distinctement dire : *ôtez-moi cela*. En même temps, la toux éteinte fut remplacée par une toux plus forte, plus éclatante. »

En présence de ces faits observés et racontés par un homme de la valeur de M. Bouchut, nous nous demandons si ces observations ne renversent pas toutes les idées généralement reçues sur le mécanisme de la voix et de la toux; nous nous demandons comment une voix claire et nette, comment une toux éclatante peuvent se produire, lorsque le jeu des cordes vocales est complétement aboli, lorsque celles-ci même n'existent plus, le tube laryngé occupant leur place.

Nous laissons à nos collègues de la section de physique et de physiologie le soin de discuter et d'apprécier ce fait.

DEUXIÈME POINT. — *Innocuité du tubage du larynx.*

Il n'est pas probable que l'application, pendant un ou deux jours, d'un tube laryngé, puisse être suivie de grands inconvénients; il en résultera, sans doute, une irritation inévitable des points en contact avec l'instrument; mais les ulcérations des cordes vocales, les nécroses des cartilages, ne pourraient guère survenir, que si le tube restait plusieurs jours dans le larynx; or, toutes les fois que la guérison pourrait avoir lieu dans un espace de temps très court, qui ne dépassât pas trois ou quatre jours, on ne devrait pas craindre des accidens résultant de l'emploi de ce moyen nouveau.

Si, au contraire, la persistance de la diphthérie impose la nécessité de laisser le tube huit, dix, quinze jours entre les lèvres de la glotte, nous sommes convaincus qu'après la guérison du croup, il resterait du côté du larynx de très graves désordres qui pourraient amener une altération irremédiable de la voix, et peut-être, ultérieurement, des accidents beaucoup plus graves encore.

Que si le tubage de la glotte était au contraire mis en pratique pour les maladies chroniques du larynx, comme, dans ce cas, il existe fort souvent des nécroses et des ulcérations, les inconvénients du moyen ne seraient plus les mêmes, et l'on pourrait, sans augmenter les désordres locaux, tenir les voies aériennes ouvertes assez longtemps, et retarder ainsi la suffocation et la trachéotomie.

Et si, comme cela s'observe quelquefois, la suffocation était le résultat d'une affection syphilitique, l'introduction d'un tube pendant quelques jours, pourrait donner au médecin le temps d'employer des remèdes

héroïques, qui, luttant contre la cause de la lésion, la modifieraient assez profondément pour faire cesser, en partie, le gonflement de la membrane muqueuse et permettre d'enlever le tube sans danger.

D'un autre côté, les observations de M. Bouchut ont démontré que l'on n'avait pas lieu de redouter un accident que, au premier abord, on devait croire inévitable; je veux parler de l'introduction des boissons dans les voies aériennes. Les faits rapportés par l'auteur du mémoire font voir que, nonobstant la dilatation permanente de la glotte, à l'aide d'un tube métallique, la déglutition s'est opérée avec une parfaite facilité.

TROISIÈME POINT. — *Utilité du tubage.*

M. Loiseau, en proposant, M. Bouchut en exécutant le premier le tubage du larynx, et avant eux M. Reybard, en introduisant une sonde à demeure dans les voies aériennes, avaient eu l'idée de remplacer, et par conséquent d'éviter la trachéotomie. Je ne discuterai pas ici la méthode de M. Reybard, il est trop évident qu'elle est inadmissible. La très grosse et très longue canule, dont le modèle a été présenté l'an dernier par M. Loiseau, ne pourrait guère demeurer entre les cordes vocales, et je doute fort qu'elle pût y être introduite sans produire des déchirures ou d'autres désordres sérieux; je dois à la vérité, de dire que ces tubes de M. Loiseau ne devraient pas, d'après les idées de l'auteur lui-même, rester plusieurs jours dans le larynx, mais qu'ils devaient y faire un séjour momentané, afin de permettre au médecin d'introduire plus facilement dans la trachée et dans les bronches de petites sondes porte-caustiques et des curettes très ingénieusement imaginées par M. Loiseau. C'est donc le tube de M. Bouchut qui, seul, doit être examiné ici.

A priori, et jusqu'à plus ample informé, il me paraît qu'un tube de ce genre, placé entre les cordes vocales, doit retarder et peut-être empêcher complétement l'asphyxie croupale, toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte; mais s'il ne s'agit que d'une laryngite aiguë, sans production de fausses membranes (et la mort par asphyxie, bien que très rarement, est produite par cette phlegmasie), on comprend que le tubage du larynx puisse et doive empêcher la mort et par conséquent suppléer parfaitement à la trachéotomie.

A plus forte raison, comprendrons-nous son utilité, dans le traitement de ce que l'on appelle improprement l'œdème de la glotte, et quoique notre collègue M. Jobert, dans la leçon clinique dont j'ai parlé plus haut, ait repoussé le tubage du larynx, proposé par M. Loiseau, dans l'œdème de la glotte, je suis obligé de ne pas adopter ici entièrement l'opinion du chirurgien éminent de l'Hôtel-Dieu.

Il est bien clair que, dans l'œdème aigu non symptomatique de la glotte chez l'adulte, qui est en définitive la même maladie que le pseudo-croup de l'enfant, le tubage pourrait être une ressource puissante et radicale; mais si l'on considère que l'œdème de la glotte est ordinairement le symptôme de la nécrose du squelette du larynx, ou de tout autre lésion très grave, on comprendra que le tubage qui, dans ce cas, devrait être permanent, pour être tout à fait utile, ne peut en aucune façon, remplacer la trachéotomie, qui occasionne une gêne beaucoup moindre; mais revenons au croup.

Le tube laryngé de M. Bouchut n'a pas, que je sache, d'influence curative au point de vue de la phlegmasie diphthérique; ce n'est qu'un moyen mécanique propre à retarder l'asphyxie; il n'empêchera donc pas la fausse membrane de persister dans le larynx et de se propager un peu plus bas, et dans la première portion de la trachée, à moins que l'on enlève le tube laryngien de temps en temps, ou qu'on ne s'en serve pour introduire des agents substituteurs ou astringents, par la méthode de MM. Green et Loiseau.

Mais si la fausse membrane tapisse la trachée-artère, le tubage n'offrira qu'une ressource bien limitée.

J'ose à peine exprimer ici une opinion qui a germé depuis longtemps dans mon esprit, parce que je ne la crois pas encore environnée de preuves suffisantes. Tous les médecins ont pu être frappés de l'extrême gravité du croup chez l'adulte, si bien qu'il existe peu de cas authentiques de guérisons lorsque la fausse membrane existait évidement dans le larynx, et, chose remarquable, bien que la trachéotomie ait été assez souvent faite dans le cas de croup de l'adulte (et moi-même j'ai fait plusieurs fois l'opération), je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul fait de guérison après la trachéotomie. Je me suis souvent demandé si cela ne tenait pas à ce que le larynx étant beaucoup plus large, l'asphyxie était moins prompte que chez l'enfant, et alors les fausses membranes avaient le temps de se propager dans la trachée et dans les bronches avant que la suffocation devint imminente, et obligeât le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. Le tubage du larynx n'agirait-il pas dans le même sens, et ne serait-ce pas au tubage lui-même que, indirectement il est vrai, il faudrait attribuer la mort des enfants traités par M. Bouchut, car tous ceux qu'il a traités seraient morts; deux, toutefois, ont survécu, mais après avoir subi la trachéotomié pratiquée *in extremis*? Si, comme M. Bouchut le dit lui-même, le tubage était un moyen de retarder la trachéotomie, qui plus tard sera inévitable, ne serait-ce pas la condamnation de ce procédé? Car nous verrons plus loin, lorsque nous défendrons la trachéotomie contre les attaques de M. Bouchut, que, suivant les relevés de MM. Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants, la proportion des guérisons par la trachéotomie est d'autant plus grande, que l'opération a été faite à une époque moins voisine de la mort probable?

QUATRIÈME POINT.

Il nous reste maintenant à le comparer aux procédés à l'aide desquels on essaie d'enlever du larynx lui-même les fausses membranes qui l'obstruent. Il est un point préalable qu'il faut établir, c'est le suivant: en général, et même dans la presque universalité des cas, les malades atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx. La preuve de cette proposition, c'est que, immédiatement après la trachéotomie, les malades, à très peu d'exceptions près, éprouvent un soulagement immense, lequel dure aussi longtemps que les parties situées au-dessous de la canule, ne sont pas profondément envahies; on acquiert ainsi la démonstration de la proposition que j'avais établie, savoir que, avant la trachéotomie, la mort vient par l'occlusion du larynx.

On se demande maintenant si l'éponge à l'aide de laquelle M. Green enlève les fausses membranes qui tapissent la glotte, si la sonde conductrice laryngée qu'emploie M. Loiseau pour porter des agents médicamenteux dans le larynx et pour y faire cheminer une espèce de curette, ne suffisent pas pour désobstruer le larynx et pour produire, par conséquent, un effet analogue à celui que produit le tubage? La difficulté pour introduire les instruments de MM. Green et Loiseau est infiniment moindre que pour le tubage de M. Bouchut. Le procédé des deux premiers aurait cela d'avantageux, qu'il ne serait pas seulement un moyen mécanique, mais un acte véritablement curatif.

Maintenant, nous comparerons le tubage du larynx à la trachéotomie.

Les attaques dont ce procédé opératoire a été l'objet de la part de M. Bouchut, nons font un devoir d'y insister tout particulièrement.

TRACHÉOTOMIE.

La trachéotomie a eu de la peine à faire son chemin; conseillée par Caron, qui n'osa jamais l'exécuter; faite pour la première fois avec succès par Bretonneau; propagée et pratiquée par moi-même avec une ardeur très vive, elle fut, après de longs efforts et de longues luttes, généralement adoptée dans notre France et dans l'Amérique du Nord.

Ce n'est pas que chez nous-mêmes elle ne trouve encore beaucoup d'oppositions, puisqu'à Strasbourg, que l'on peut considérer comme l'une de nos capitales intellectuelles, elle est encore repoussée par presque tous les médecins et les chirurgiens les plus éminents; je ne parle pas de l'Angleterre qui, jusqu'ici, a presque complétement refusé de l'accepter; je ne parle pas de l'Allemagne, d'où elle est presque universellement bannie.

Si la trachéotomie devait être battue en brèche, il semblait que ce ne dût pas être à Paris, où, chaque année, elle compte tant de succès; si elle devait être combattue, il semblait que ce ne dût pas être par un médecin d'hôpital, et, s'il m'était permis de le dire, par un médecin que j'avais eu l'honneur d'avoir pour élève.

M. le docteur Bouchut a pris la triste tâche de combattre une médication toute française; s'il l'avait fait avec des arguments solides, on pourrait peut-être s'en attrister; mais enfin il faudrait bien se décider à renoncer à une opération que l'expérience aurait appris à regarder comme périlleuse, et ce nous serait un devoir à tous, à ceux mêmes qui ont le plus contribué à populariser cette opération, de nous retirer d'une lutte où nous devrions nons avouer vaincus.

Mais en lisant la communication étrange que M. Bouchut a faite au public médical, j'en suis encore à comprendre comment, avec la statistique qu'il a empruntée à notre collègue M. Trébuchet, il a pu arriver à cette singulière conclusion, que, depuis la trachéotomie et à cause de la trachéotomie, la mortalité proportionnelle du croup avait augmenté.

Pour bien comprendre toute mon argumentation, et bien apprécier celle de M. Bouchut, il importe de faire l'histoire de la trachéotomie, et peut-être plus que personne en puis-je fournir les matériaux.

Le *Traité de la diphthérite* de Bretonneau renfermait l'histoire d'un seul cas de guérison, et du premier qui jamais eût eu lieu. L'opération avait été faite chez Mlle Elisabeth de Puységur, alors âgée de 5 ans, et aujourd'hui mère de famille. Presqu'à la même époque, c'est-à-dire en 1826 et 1828, je pratiquai, à l'exemple de mon maître, quelques trachéotomies dans la période extrême du croup, et j'eus le malheur de perdre tous mes malades.

Pour la première fois, en 1830, je fis avec succès la trachéotomie sur un jeune enfant nommé Gustave Marcillet, aujourd'hui âgé de 32 ans. Cette opération et ce succès restèrent ignorés de tous, et en 1833, seulement, je publiai dans un journal de médecine les détails de cette opération, engageant mes confrères à suivre la voie que M. Bretonneau avait ouverte et leur indiquant les moyens que je croyais les plus propres à faire réussir la trachéotomie. Jusque-là, comme on le voit, il n'avait été fait à Paris, par moi, qu'une trachéotomie; j'en avais fait deux ou trois autres à Charenton ou en Sologne.

J'étais bien jeune quand je publiai le fait dont je viens de parler, et le peu d'autorité dont je jouissais n'engageait guère mes confrères à m'imiter. Aussi, pendant les années qui suivirent cette publication, presque personne ne voulut faire de trachéotomie dans la période extrême du croup. Cependant, j'en pratiquais chaque année à peu près de 20 à 25, avec des succès divers. Comme je continuai à faire connaître dans les journaux de médecine les résultats de ma pratique, quelques personnes, et notamment Gerdy et M. Guersant fils, me suivirent dans cette voie; puis, peu à peu, quelques-uns des chirurgiens les plus haut placés firent eux-mêmes, quoiqu'avec une extrême répugnance, une opération dont ils me laissèrent, pendant longtemps, le monopole presque exclusif. Déjà en 1844, on connaissait 212 opérations, dont 40 guérisons ou 1 : 5.

C'est de 1849 que date une nouvelle ère pour la trachéotomie. J'étais devenu, en 1848, l'un des médecins de l'hôpital des Enfants; jusque-là, et dans un espace de quelques années, il y avait été fait 49 trachéotomies, et toutes, à l'exception d'une seule qui ne fut pas publiée, avaient échoué par des circonstances qu'il m'est difficile d'expliquer.

En 1849, je pratiquai moi-même à l'hôpital des Enfants-Malades, et dans mon service, une opération qui réussit, et à partir de ce moment, l'extrême répugnance de mes collègues fut vaincue, et il fut établi, entre nous, que, désormais, l'opération serait faite toutes les fois que toute autre chance de guérison paraîtrait éteinte, et, jusqu'à ce jour, la trachéotomie a toujours été faite d'après cette règle, assez souvent par M. Guersant, chirurgien de l'hôpital et dans la très grande majorité des cas, par l'interne qui était de service au moment où le malade était reçu; il a été fait ainsi, depuis 1849 jusqu'à présent, 466 opérations, et, malgré les conditions déplorables de l'hôpital, 126 guérisons ont eu lieu, c'est-à-dire plus du quart.

Aussi n'est-ce que depuis cette époque que l'opération de la trachéotomie est devenue plus usuelle à Paris, et l'on peut affirmer, sans crainte d'erreur, qu'il doit se faire, en dehors de l'hôpital des Enfants, à peu près une soixantaine d'opérations chaque année, dans la ville. En effet, la note communiquée par M. le docteur Bergeron à la Société des hôpitaux, dans la séance du 27 octobre dernier, a montré que, dans le 3me arrondissement, depuis le 1er janvier 1853 jusqu'au 1er juillet 1858, c'est-à-dire dans un espace de cinq ans et demi, il est mort du croup 99 enfants, sur lesquels 17 avaient été trachéotomisés; or, en supposant un quart de guérison par la trachéotomie, cela donnerait 26 opérations, soit un peu moins de 5 par an. Si maintenant nous considérons que le 3me arrondissement est l'un des plus riches de Paris, l'un de ceux, par conséquent, où les familles répugnent le moins à l'emploi de toutes les ressources que peuvent offrir la médecine et la chirurgie, on arrivera à cette conclusion que, dans les onze autres arrondissement de la capitale, il ne doit pas se pratiquer plus de 55 trachéotomies, savoir 5 par arrondissement.

Il est bien entendu que je mets de côté dans cette évaluation les deux hôpitaux des Enfants et de Saint-Eugénie, qui reçoivent des malades de tous les quartiers, et qui, d'ailleurs, figurent dans les statistiques hospitalières que j'exposerai plus loin.

L'Académie me pardonnera, je l'espère, d'avoir mis un peu trop de ma personne dans ce que je viens de raconter, mais il était difficile qu'il en fût autrement, chacun le comprendra. Ce très court exposé suffira pour ruiner complétement les arguments de M. Bouchut.

La statistique de M. Bouchut commence en 1826, et cette année-là il y a 282 morts: il n'avait pas été pratiqué une seule trachéotomie dans Paris; il faut arriver à 1839 pour trouver une mortalité aussi considérable, 287. — De 1827 à 1838, la mortalité est de 100, — 150 moindre qu'en 1826.

La trachéotomie commence à être pratiquée par moi, un assez grand nombre de fois chaque année, à partir de 1834; quelques-uns de mes confrères y apportent aussi leur contingent, et pourtant six années s'écoulent avant que l'on atteigne un chiffre aussi élevé que celui de 1826.

Nous avons vu que c'est surtout à partir de 1849, que la trachéotomie est pratiquée dans Paris, un peu plus qu'elle ne l'était depuis quelques années; or, c'est précisément l'année qui précède de deux ans cette extension plus grande de l'opération, que l'on observe une mortalité énorme, 740; et de 1848 à 1853, la mortalité n'excède pas 400 par année; en 1858, il est vrai, le chiffre des décès, jusqu'au 15 septembre, arrive à 632, ce qui rend probable qu'on atteindra le chiffre de 740; mais en 1857, il n'y a que 543 morts et 394 en 1856; or, si la trachéotomie est coupable en 1858, il faut l'absoudre dans les années précédentes.

Nous avons établi que, même en comprenant l'hôpital des Enfants et l'hôpital Saint-Eugénie, il était certain que, depuis quelques années, il ne se faisait pas, en moyenne, 120 trachéotomies par an à Paris. Je veux bien admettre ce chiffre pour 1858 et pour les années précédentes; mais, en 1847, époque où la mortalité s'élève à 740, je puis affirmer qu'il ne s'est pas fait 60 trachéotomies dans la ville de Paris; et l'on sait qu'à cette époque, il s'en faisait à peine 5 ou 6 à l'hôpital des Enfants. Je doublerai les chiffres, si l'on veut, je supposerai qu'en 1847, on ait fait 100 opérations; j'accepte qu'elles aient été toutes mortelles, il restera encore 640 décès, auxquels la trachéotomie aura été complètement étrangère, et, par conséquent, 2, 3 et 400 morts de plus que dans quelques-unes des années qui ont suivi, années pendant lesquelles l'opération était plus souvent faite qu'en 1847, puisque à l'hôpital des Enfants seulement, il s'en pratiquait à peu près 50.

Je ne veux pas pousser plus loin cette argumentation; elle prouve une fois de plus, combien la statistique entre des mains inhabiles est un instrument périlleux, combien on trouve les chiffres complaisants quand on veut les faire servir à une mauvaise cause.

S'il fallait d'autres arguments, je les trouverais dans un très remarquable travail, lu à la Société des hôpitaux, dans la séance du 27 octobre dernier, par MM. les docteurs Henri Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants. Je n'en veux extraire que ce qui est relatif à la trachéotomie pratiquée dans cet hôpital, laissant de côté une multitude de détails pleins d'intérêt, qui ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que j'ai dit plus haut et de ce que j'aurai tout à l'heure à dire.

L'histoire de l'hôpital des Enfants, disent ces Messieurs, va nous démontrer clairement que ce n'est point à l'opération qu'on peut rapporter l'accroissement du nombre des décès.

De 1820 à 1840, avant l'introduction de la trachéotomie dans le traitement du croup, on compte en moyenne 5 à 6 admissions à l'hôpital par année, ainsi que nous l'apprend un travail intéressant de M. Blache; pendant ce laps de temps, c'est à peine si on constate çà et là quelques rares succès; la proportion des guérisons atteint tout au plus le chiffre de 14 p. 100.

A partir de 1840, et jusqu'en 1849, le nombre des admissions annuelles augmente sensiblement, et va désormais osciller entre 15 et 25.

L'épidémie de 1847, si funeste dans la ville, ne se trahit elle-même à l'hôpital, que par 21 entrées. C'est de cette époque que datent les premières trachéotomies; alors, on réservait exclusivement l'opération pour les cas voués à une mort certaine; les premières tentatives furent toutes suivies d'une terminaison fatale, et ce résultat fâcheux concordait avec la mortalité générale, qui continuait alors dans des proportions énormes. En effet, sur 100 enfants, on compte 91 morts, et pour qu'on n'impute pas un pareil résultat à l'opération, il faut se hâter d'ajouter qu'elle ne fut tentée que dans 24 cas.

Dans une troisième période, qui comprend les dix dernières années, les résultats du traitement, en même temps que le nombre des admissions, subissent une phase nouvelle. Pendant cet intervalle, la moyenne des entrées est de 65 à 75 par année, auxquelles il faut ajouter, depuis deux ans, de 30 à 50 croups, admis à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette année-ci, et jusqu'au 15 octobre, on compte déjà 160 cas dans les deux hôpitaux, dont 102 à l'hôpital des Enfants.

Or, ce qui doit nous rassurer, malgré l'énormité de ce chiffre, c'est la diminution relative des décès.

Déjà, en 1849, M. Trousseau avait obtenu, par l'opération, deux guérisons, qui devinrent un heureux encouragement. La simplification et le perfectionnement du mode opératoire et des soins consécutifs amenèrent bientôt une véritable révolution dans le traitement du croup; cette méthode fut désormais adoptée par tous les médecins et chirurgiens de cet hôpital.

Dès la deuxième année (1850), on put enregistrer 6 terminaisons heureuses sur 20 cas; puis, dans les huit dernières années, on traite 562 malades atteints de croup, dont 466 par l'opération; or, sur ces 466 opérés, on ne compte pas moins de 126 succès, c'est-à-dire 27 p. 100; en d'autres termes, d'un quart à un tiers de guérisons.

En comparant maintenant ce résultat avec la curabilité moyenne du croup, on constate que, sur un total de 562 cas, comprenant les cas les plus bénins, on trouve 175 guérisons, ou 31 p. 100.

La trachéotomie peut donc soutenir le parallèle avec les divers traitements internes appliqués à tous les croups, indistinctement, bien que son domaine de prédilection ait toujours été celui des cas désespérés, ou au moins des cas très graves.

La question d'utilité de l'opération se trouve jugée ainsi en dernier ressort, mais la question d'opportunité nécessite de nouveaux éclaircissements. Tout le monde est d'accord pour l'approuver, en tant que ressource ultime, M. Bouchut ne l'accuse que si elle est faite avant l'asphyxie complète; c'est cette pratique qu'il signale à l'opinion publique, comme étant l'unique cause de la mortalité croissante du croup. Or, l'enquête sur cette grave accusation, est nettement établie dans les thèses publiées depuis 1851, par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, qui se sont bien gardés de confondre les trachéotomies pratiquées, *in extremis*, avec celles qu'on appliquait aux cas graves.

Sur 62 opérations ultimes, il n'y en eut que 13 qui réussirent, ou 21 p. 100, tandis que, sur 39 croups opérés avant l'asphyxie complète, on constate 25 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100.

Ainsi, cette opération, dite prématurée, à laquelle on impute tous les torts, ne guérit pas moins de 3 malades sur 5 : l'accusation tombe, par conséquent, tout entière.

La proportion des guérisons présente, du reste, quelle que soit l'époque de l'opération, des variations extrêmes, selon l'âge des enfants. C'est à peine s'il y a quelques faits connus de guérison, avant l'âge de 2 ans; de 2 à 3 ans, le nombre des succès augmente déjà (20 p. 100); de 3 à 6, on constate 30 guérisons sur 100; et enfin, de 6 à 12, on guérit 44 malades sur 100. La donnée moyenne générale, en définitive, est de 27 p. 100.

Un homme qui a acquis une juste célébrité comme statisticien et dont le talent médical n'est contesté par personne, M. Marc d'Espine, de Genève, a jugé avec plus de sévérité que je ne le fais l'étrange statistique de M. Bouchut. Voici ses propres termes :

Pour résoudre péremptoirement cette question : *Le croup est-il devenu progressivement plus mortel depuis quinze ou vingt ans*, M. Bouchut aurait dû considérer les chiffres des décès de Paris comme les numérateurs, dont les dénominateurs auraient été les chiffres annuels correspondants du nombre des croups observés à Paris; mais..... ces dénominateurs si désirables n'existent ni à Paris, ni à Genève, ni ailleurs.

On ne peut juger la fréquence nulle part d'une manière absolue; la gravité relative ne peut se juger qu'à l'hôpital des Enfants.

Reste l'influence de la trachéotomie. Le croup, dit M. Bouchut, dans le temps de la pratique exclusivement médicale, comptait 7 à 9 décès sur 10 à Paris; sous le règne barbare de la chirurgie, on voit ses décès quintupler proportionnellement; ainsi, sur 10 cas, la médecine en perdait 7 au moins; donc aujourd'hui on en perd (toujours suivant M. Bouchut) au moins 7 fois 5, c'est-à-dire 35 décès pour 10 croups. Il faut avouer que voilà une solution colossale.

Pour arriver à une pareille conclusion, nous avons supposé que la statistique soit exacte et d'une valeur incontestable.

Or, si les résultats que M. Trébuchet a su en tirer sur le mouvement de la population sont inattaquables, il n'en est plus de même au point de vue de l'analyse médicale.

Les qualifications morbides des décès sont si défectueuses, et d'ailleurs si difficiles à préciser, que les documents recueillis jusqu'à ce jour ne peuvent en aucune façon être utilisés.

Il suffit de citer deux ou trois résultats pour être compris. En faisant la répartition par âges des décès appartenant à diverses espèces morbides, on arrive à des contre-vérités comme celles-ci :

« L'homme meurt plus de fièvre typhoïde entre 75 et 80 ans qu'entre » 35 et 40 ans! L'âge où il meurt le plus de phthisiques est de 80 à 85 » ans; entre 25 et 30 ans, puis entre 85 et 90 ans. »

Et beaucoup d'autres énormités analogues qui se reproduisent régulièrement d'une année à l'autre.

Pour le croup, on y trouve plus de décès entre 0 et 1 an qu'entre 1 et 2 ans, et même qu'entre 4 et 6 ans, quoique toutes les statistiques constatent à l'unanimité la rareté du croup avant 1 an.

Voilà où aboutit l'enquête officielle des décès. Je tenais, Messieurs, à mettre sous vos yeux ces réflexions de M. Marc d'Espine.

Ceux de nous qui, depuis vingt-cinq ans, ont suivi les épidémies de diphthérie qui ont frappé la capitale, ont pu se convaincre que la maladie avait, surtout depuis douze ou treize ans, pris non seulement une extension considérable, mais une forme beaucoup plus grave. Jusqu'en 1846 à peu près, la diphthérie ne s'était guère montrée sous forme épidémique, et les cas que l'on observait dans la ville présentaient tous les caractères si bien décrits par Bretonneau dans son traité, si bien indiqués par Guersant dans le *Dictionnaire de médecine*, où ce praticien recommandable confirmait de tout point ce qu'avait vu l'illustre médecin de Tours. Mais déjà l'année qui précéda sa mort, Guersant avait pu voir cette forme si grave de la maladie, qui, plus tard, devait enlever un de ses petits-fils, et qui, surtout dans ces dernières années, s'est montrée tant à Paris que dans un certain nombre des départements, avec une violence qui rappelle tout à fait les épidémies du XVI[e] siècle.

La diphthérie décrite par Bretonneau commençait ordinairement par le pharynx, y restait confinée d'autant plus longtemps que le malade était moins jeune, donnant lieu généralement à peu de fièvre, n'intéressant presque pas le reste de l'économie, et se propageant au larynx d'une manière en quelque sorte fatale pour y constituer le croup. Mais depuis une dizaine d'années, à côté de cette forme relativement peu grave, on en observe une autre contre laquelle, jusqu'ici, toutes les ressources de l'art ont été à peu près impuissantes. Le pharynx est, il est vrai, le plus ordinairement envahi le premier; mais, en peu temps, le mal s'étend aux narines, au canal nasal, quelquefois à la face interne des paupières, et en même temps des symptômes ataxo-adynamiques se déclarent, le pouls prend une fréquence excessive, les ganglions du cou se gonflent démesurément, et souvent, quarante-huit heures après le début de la maladie, la mort survient sans que le larynx ait été assez intéressé pour que la maladie mérite alors le nom de croup. Il semble qu'un poison morbide ait été introduit dans l'économie, et l'ait intimement et rapidement modifiée. Que si, le mal étant un peu moins violent, une médication très énergique peut triompher des premiers accidents, la convalescence est lente, le sang reste profondément altéré, les tissus décolorés, des phénomènes de paralysie se manifestent dans différents points, et durent quelquefois plusieurs mois, comme pour montrer à quel point les fonctions du système nerveux ont été atteintes par le venin morbide.

On comprend que, lorsque la diphthérie se montre avec ces caractères de grande sévérité, elle résiste presque toujours aux traitements les plus rationnels, et il serait bien injuste d'accuser la trachéotomie dans ce cas, puisque tous les médecins et les chirurgiens sont d'accord sur ce point que, dans ce cas, elle ne doit pas être faite, et ils ne la font point.

Pour en finir avec les reproches que l'on fait à la trachéotomie et avec la part qu'on lui fait dans la mortalité du croup, permettez-moi d'indiquer les circonstances dans lesquelles est ordinairement pratiquée cette opération.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux mémoires de M. le docteur MILLON, de Revel, l'un sur le gui du chêne, et l'autre sur le Rhus toxicodendron. (Com. MM. Chatin et Guibourt.)

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1857, dans l'arrondissement d'Oloron (Basses-Pyrénées). — (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur l'intoxication iodique, par M. le docteur RILLIET, de Genève. (Com. déjà nommée.)

2° Une observation d'asphyxie chez un nouveau-né, guérie par le tube laryngien de M. Bouchut, recueillie par M. le docteur DELFRAYSSÉ, de Pradines.

3° Deux observations relatives à des accidents nerveux ataxiques guéris par l'emploi du camphre et du laudanum en lavement, par M. LETELLIER, de Saint-Leu-Taverny (Seine-et-Oise). — (Com. des remèdes nouveaux.)

4° Une note sur l'anesthésie galvanique appliquée à l'extraction des dents, par M. GEORGE, dentiste.

Les doutes qui ont été émis dans la discussion sur cette insensibilité peuvent, selon M. George, tenir à deux choses, entre autres :

La première, c'est qu'on aura fait usage de la clef de Garenjot, dont le métal ne touche la dent que d'une manière très incomplète. Le davier, qui s'applique sur une plus grande surface de l'ostéide, doit donner un effet de galvanisation plus grand et plus certain; la seconde, c'est qu'on aura procédé à l'extraction dans le moment d'une de ces intermittences fréquentes du courant électrique, auxquelles sont sujets les meilleurs instruments employés.

Que l'opérateur dentiste effectue donc son mouvement d'avulsion : 1° lorsqu'il est sûr que le courant agit actuellement sur l'organe; 2° qu'il se serve du davier et une insensibilité locale plus ou moins marquée, mais suffisante, sera le résultat de son opération. Tel est du moins celui de notre expérience.

5° Un mémoire sur la régénération des os, par M. le docteur BRUN-SÉCHAUD, de Chalus (Haute-Vienne). — (Comm. MM. Nélaton et Bouvier.)

6° Une lettre de M. le professeur MARTINS, de Montpellier, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

7° M. MATHIEU présente un nouveau porte-caustique pour la cautérisation de la cavité du larynx et de la trachée dans les affections chimiques de ces organes, qu'il a construit d'après les indications de M. le professeur Trousseau. Cet instrument, tout en argent, est composé d'une gaîne dans laquelle est montée une curette correspondant à la rondelle B, l'opération, en faisant faire à volonté avec l'index un mouvement de va et vient à la rondelle, fait entrer et sortir la curette de la canule.



Cette disposition permet de mettre le caustique à l'abri de tout contact, lors de l'introduction de l'instrument dans la voie aérienne.

Cet instrument a été employé deux fois par M. le professeur Trousseau, d'abord, dans sa pratique particulière sur un jeune homme atteint d'une laryngite chronique simple, ensuite, à l'hôpital, sur un homme de 50 ans, affecté d'une laryngite tuberculeuse. L'application de l'instrument s'est faite avec la plus grande facilité : il suffit d'abaisser fortement la langue, en portant, jusqu'à sa base, l'abaisse-langue dont M. le professeur Trousseau fait habituellement usage, l'épiglotte, entraînée dans le mouvement de la langue, s'élève, et, en portant alors le porte-caustique sur la ligne médiane, derrière l'épiglotte, on arrive tout naturellement dans le larynx.

M. LARREY dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Considérations générales sur la prothèse des membres*, par le comte DE BEAUFORT.

M. DEPAUL dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Études sur le tænia, ou de la non-solitarité du ver solitaire, de ses effets sur l'organisme et de son traitement*, par le docteur J.-Max-Louis LESPÈS, de Saint-Sever.

A l'occasion du procès-verbal, M. VELPEAU fait observer qu'un chirurgien de Caracas, qui a vu le malade dont il est question dans le rapport de M. Malgaigne, lui a affirmé qu'après l'opération, on pouvait constater l'écoulement de la salive par le conduit de Sténon. Ce n'est donc pas la parotide qui a été enlevée.

M. CIVIALE fait hommage à l'Académie de la troisième édition de son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, et il donne lecture d'une note sur quelques améliorations introduites par lui dans le traitement des maladies des voies urinaires. (Cette note sera publiée dans un des prochains numéros de l'UNION MÉDICALE.)

L'Académie, par l'organe de son Président, adresse des remercîments à M. Civiale pour l'hommage qu'il lui fait de ses volumes.

M. TROUSSEAU, en son nom et au nom de MM. Blache et Nélaton, donne lecture du rapport que nous reproduisons plus haut.

Lorsque cette lecture est terminée, M. GIBERT demande la parole, puisque personne ne la prend, et quoique incompétent en fait de maladies des enfants. Il est loin d'être édifié sur la parfaite innocuité de la trachéotomie, malgré les assertions de M. Trousseau — qu'il comprend d'ailleurs. Il a vu deux fois l'ouverture de la trachée être faite pour un corps étranger qui n'existait pas et pour des fausses membranes qui n'existaient pas non plus. Dans ces deux cas, les malades sont morts, et sont morts de la trachéotomie, puisque la lésion pour laquelle on la pratiquait n'existait pas.

M. TROUSSEAU : Quand je parle de l'innocuité de la trachéotomie en elle-même, je suppose qu'elle est faite avec certaines précautions; autrement elle serait prodigieusement périlleuse. Mais les soins qu'il faut donner aux opérés sont maintenant indiqués partout. M. Sée, qui a fait un relevé de toutes les trachéotomies pratiquées en Allemagne pour des corps étrangers, n'a signalé qu'une mortalité très faible. Mais il est bien entendu que si elle est mal faite, elle pourra être mortelle. Dans ce cas, il faudra accuser de l'insuccès, non l'art, mais l'artiste.

Il faut savoir encore que le pseudo-croup est souvent le début d'une pneumonie capillaire, d'un catarrhe suffocant qui emportera les malades après qu'ils n'auront plus rien dans le larynx. La trachéotomie peut favoriser le développement de ces pneumonies, de ces bronchites capillaires en faisant pénétrer dans les poumons un air froid et sec. C'est pour cela que la précaution d'entourer le cou d'une cravate en gaze est indispensable. Encore une fois, ces précautions sont banales maintenant, mais peut-être les opérations de M. Gibert n'ont-elles pas été faites en s'y conformant.

M. GIBERT : Je n'insiste pas.

M. BOUVIER : Il serait bon cependant que M. Gibert voulût bien préciser et nous dire comment et quand sont morts les malades dont il parle.

M. GIBERT : L'un le lendemain et l'autre le surlendemain de l'opération, à la suite d'accidents inflammatoires.

M. TROUSSEAU : Cela me paraît tout à fait étrange, car jamais il n'y a d'accidents inflammatoires dans les vingt-quatre heures qui suivent la trachéotomie. Il est probable que les accidents qui ont emporté ces malades existaient avant, et je regrette que M. Gibert ne puisse nous dire qu'il les avait auscultés avant.

Sur la proposition de M. VELPEAU, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. RULIÉ, médecin stagiaire à l'École impériale de médecine militaire, lit une observation d'un *cas d'empoisonnement par l'eau sédative* (formule Raspail). — (Ce travail sera prochainement publié dans l'UNION MÉDICALE.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

COURRIER.

Le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE reprendra ses séances, demain, vendredi, à 8 heures du soir.

— Par décret impérial en date du 30 octobre 1858, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Cloquet, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande, et pour cause de santé, à faire valoir ses droits à la retraite.

L'Empereur voulant reconnaître les services rendus à la science par M. Cloquet, lui a conféré le titre de professeur honoraire, et a décidé qu'il jouirait en cette qualité du droit d'assistance et de délibération dans les assemblées générales de la Faculté de médecine. M. Cloquet pourra également faire partie des jurys institués pour les concours d'agrégation.

— L'École supérieure de pharmacie fera sa rentrée le mercredi 10 novembre.

Le registre des inscriptions sera ouvert du 2 au 15 novembre inclusivement.

— Si l'on en croit le *Registrar general*, dans son dernier rapport sur les naissances, les morts et les mariages, l'Angleterre serait le pays le plus salubre de l'Europe, et la France elle-même ne viendrait qu'après. Dans les cités continentales, la proportion annuelle de mortalité est rarement moindre de 30 sur 1,000, et s'élève fréquemment jusqu'à 40. A Londres, la proportion est seulement de 25 sur 1,000. Dans les plus hautes parties de la Grande-Bretagne, la mortalité annuelle pour les divers districts comprenant les lieux maritimes excède rarement 21 par 1,000 de population. A Eastbourne, la mortalité est seulement de 15 par 1,000; à Worthing, l'île de Wight, Mutford (renfermant Lowestoft), Barnstaple (Ilfracombe compris) et Anglesey, 17 par 1,000; Hasting, Upton-sur-Severn (renfermant Malvern) et Aberystwith, 18 par 1,000; l'île de Thanet, Newton Abbot (renfermant l'est et le sud-est de Devon), 19 par 1,000.

Pour les districts les moins salubres de Yarmouth et Bath, les chiffres de mortalité s'élèvent graduellement à 23 et 24. Clifton aussi s'étend jusqu'à 23, mais la statistique comprend une partie de Bristol. Pour Tunbridge Wells, la mortalité est de 20; pour Douvres, de 21; pour Cheltenham, de 20; pour Warwick (Leamington), de 20; pour le Derbyshire (Buxton, Matlock, etc.), de 20; pour Scarborough, de 21; Harrogate, de 20; Whitby, de 21; Kendal, de 20, et Bangor, de 21, par 1,000 de population.

— M. le professeur Piorry fera trois leçons sur la linguistique et la nomenclature médicale les lundi, mardi et mercredi 8, 9 et 10 novembre et reprendra ses leçons cliniques le lundi suivant.

ERRATUM. — Dans notre numéro du 30 octobre, mémoire de M. Moissenet, page 514, 2[e] colonne, ligne 30 : « En effet, à mesure qu'il déterminait la cicatrisation des ulcérations, il devait inévitablement produire une *cicatrisation* plus ou moins considérable, etc., lisez *coarctation*. »

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 132. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 6 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le croup est la question à l'ordre du jour pour le public médical, et, mardi dernier, l'Académie des sciences, en même temps que l'Académie de médecine, recevait de nombreuses communications à ce sujet.

M. Élie de Beaumont, après avoir mentionné, à la correspondance, différents mémoires sur les professions insalubres et sur la maladie de la vigne; — une réclamation de priorité contre M. le docteur Bouisson, à propos du traitement des plaies et des ulcères par la ventilation; — après avoir accepté le dépôt de deux plis cachetés, l'un de M. le docteur Legrand, l'autre de M. le docteur Roussin, qui désirent prendre date pour des méthodes nouvelles de traitement; — après avoir renvoyé à la commission du prix Montyon le travail de M. le docteur Faure, ancien interne des hôpitaux, sur l'asphyxie; M. Élie de Beaumont, disons-nous, a donné lecture d'une lettre de MM. les docteurs E. Bouchut et G.-S. Empis, portant pour titre : *Résumé d'un mémoire sur l'albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses.*

En raison de la préoccupation actuelle des esprits et afin de mettre sous les yeux de nos lecteurs, autant que possible, toutes les pièces du procès qui s'instruit, nous publions *in extenso* ce résumé, qui ne tend à rien de moins — cela n'échappera à personne — qu'à modifier les idées reçues sur ce qu'on a appelé dernièrement : la diphthérie.

Voi la lettre de MM. Bouchut et Empis :

« Nous avons l'honneur de faire connaître à l'Académie un nouveau phénomène du croup et des maladies couenneuses, qui se rattache intimement aux recherches déjà commencées par l'un de nous.

Il s'agit de l'albuminurie sur un certain nombre d'enfants malades confiés à nos soins. Ce phénomène, entrevu par quelques médecins, mais non décrit, n'existe pas dans tous les cas d'angine couenneuse, et nous ne l'avons rencontré que onze fois sur quinze malades. Il a cela d'important, qu'il indique la *nature infectieuse* de la maladie en la rapprochant de cette autre maladie générale, l'*infection purulente* caractérisée par la même altération des urines. En outre, comme sa disparition coïncide avec la guérison des malades, il constitue un signe pronostique des plus précieux, digne de l'intérêt des médecins. Il peut dépendre de causes différentes qu'il importe de rechercher, afin de ne pas faire de généralisation hâtive et de s'en tenir strictement à la sévère et scrupuleuse observation des faits. On sait, en effet, que des éruptions scarlatineuses peuvent précéder ou suivre les angines malignes, ulcéreuses, gangréneuses et le croup; c'est le résultat acquis d'observations anciennes qui remontent au temps de l'*ulcère syriaque* si bien décrit par Arétée, et que l'observation ultérieure n'a fait que confirmer. Dans ce cas, l'albuminurie peut être rapportée à la scarlatine.

Chez d'autres malades affectés de croup asphyxique avec cyanose et stase sanguine générale, il y a, comme dans tous les états morbides accompagnés d'hyperémie générale, tels que la coqueluche, le choléra, les maladies du cœur, l'éréthisme vasculaire d'une maladie morbide qui va paraître; etc., etc., une congestion rénale qui peut donner lieu à de l'albuminurie.

Quelques enfants atteints de croup peuvent se trouver dans ce cas, et nous en avons vu qui, ayant de l'albuminurie au moment de l'asphyxie, cessèrent d'en avoir aussitôt que les symptômes asphyxiques eurent disparu. L'albuminurie était alors le symptôme d'une simple congestion rénale. Enfin, lorsque sans asphyxie ni scarlatine, l'albminurie existe avec une angine couenneuse, ulcéreuse, avec le croup ou avec des ulcérations diphthériques de la peau, comme nous en rapportons des exemples, ce phénomène dépend d'une cause toute spéciale et de nature très différente que nous croyons avoir l'honneur de vous signaler pour la première fois. Il se rattache à la nature même du mal; il annonce sa génération commençante et le premier degré de l'infection des humeurs par l'absorption d'un produit purulent spécial qui empoisonne les malades et les fait périr d'une façon si imprévue, si subite et si maligne, comme on disait jadis. A cet égard, l'albuminurie des maladies couenneuses ressemble à l'albuminurie découverte dans la résorption par Félix d'Arcet, et il ne nous paraît pas impossible de rapprocher l'infection appelée *diphthérique* de l'infection dite *purulente*. Ce caractère serait à lui seul insuffisant, mais il y en a d'autres qui viennent lui prêter appui.

En effet, sur le cadavre, il y a dans les deux cas : 1° Altération de la couleur du sang qui prend une teinte bistre toute particulière; 2° Des noyaux plus ou moins nombreux d'apoplexie pulmonaire comme ceux qui préparent le développement des abcès métastatiques; des ecchymoses de purpura sur la peau, dans les séreuses et dans les viscères.

Il ne manquerait rien à ce rapprochement tout nouveau de l'infection purulente et de l'empoisonnement des angines malignes, s'il y avait, avec les altérations précédentes, des abcès viscéraux ou des collections purulentes métastatiques dans les séreuses. Mais ces abcès ne sont pas absolument nécessaires pour caractériser la résorption du pus et ils n'existent pas chez tous les individus qui succombent à l'infection purulente. Ceux que nous avons indiqués plus haut suffisent, et nous croyons qu'il y a lieu de considérer la gravité particulière et variable de certaines formes d'angine ulcéreuse et couenneuse comme étant sous la dépendance de l'infection purulente.

Chez tous nos enfants, les urines ont été analysées par la chaleur et par l'acide nitrique, afin de contrôler un procédé par l'autre. Dans deux cas, les urines renfermaient, en même temps que l'albumine, une énorme quantité de sels; ce qui la rendait trouble et lactescente au moment de l'émission, mais la chaleur faisait d'abord dissoudre les sels en suspension, puis au degré de l'ébullition reformait un précipité blanchâtre, grumeleux de l'albumine.

Trois fois le précipité était d'une abondance remarquable, une fois il était à peine apparent, et, chez les autres malades, il était médiocrement abondant. Il a duré deux jours seulement sur une petite fille, qui a guéri du croup par le *grattage* du larynx, et, chez les autres malades, il s'est prolongé un peu plus longtemps. Trois fois, la mort a eu lieu par le fait de la maladie principale et deux fois les reins, examinés avec soin, ne nous ont offert d'autre altération matérielle qu'une hyperémie de la substance rénale. Dans la troisième nécropsie, tout a été vu, moins les reins, qui ont été oubliés.

En résumé :

1° L'albuminurie s'observe dans les deux tiers des cas des maladies couenneuses, tels que l'angine de ce nom, l'angine ulcéreuse, le croup et la diphthérite cutanée;

2° Cette albuminurie est quelquefois placée sous la dépendance de la congestion rénale produite par l'asphyxie;

3° Elle résulte d'une scarlatine intercurrente;

4° Sans asphyxie ni scarlatine, l'albuminurie des maladies

Feuilleton.

A FONTENAY-AUX-ROSES,

Le Jeudi 4 Novembre 1858.

Jour de deuil pour ce joli petit village, au nom poétique, pour tous les villages environnants, Châtillon, Clamart, Bagneux, Plessis-Piquet. Où va cette foule émue et attristée? Pourquoi ces bannières descendant de tous les sentiers? Pourquoi toute cette population, bourgeois, artisans, agriculteurs, ouvriers, en habits de deuil? Pourquoi ces longues files d'enfants, élèves des pensionnats et des écoles? C'est que toute cette population vient de perdre un ami, un bienfaiteur; c'est qu'elle vient rendre les derniers devoirs à celui qui, depuis trente ans, la consolait dans ses afflictions, la soulageait dans ses souffrances, lui prodiguait avec un dévouement sans limites les trésors de son art et de son cœur.

M. le docteur Lacroix, de Fontenay-aux-Roses, est mort à 64 ans, rapidement enlevé par une affection phlegmoneuse, alors que sa belle constitution et sa robuste santé pouvaient faire espérer pour lui une longue vieillesse. Je le rencontrais naguère descendant la voie ombreuse de Clamart, et je le félicitais sur sa bonne mine. Hier, je me mêlais à l'immense cortége qui l'accompagnait à sa dernière demeure. En quelques jours, cette forte nature avait été vaincue par un anthrax.

Spectacle touchant et profondément grave qu'ont offert ses funérailles! Dès le matin, toutes les voies qui conduisent à Fontenay-aux-Roses versaient les populations des communes voisines, leurs bannières voilées de crêpes, vers la demeure de notre honorable confrère. Les larmes étaient dans tous les yeux, dans toutes les bouches l'éloge du défunt. Il faut avoir été témoin de ce spectacle pour apprécier de quel degré d'estime et d'affection jouissait M. Lacroix, et quelle douleur sa mort a répandue dans ces contrées. Jeunes hommes, vieillards, femmes, enfants, c'était un long cortége de pleurs et de gémissements. C'est qu'il n'était pas une de ces familles où M. Lacroix ne laissât un cœur ami et reconnaissant. L'église, trop petite, n'a pu contenir qu'une faible partie de cette foule. La garde nationale des communes environnantes lui a rendu les honneurs dus à son grade et à son titre de chevalier de la Légion d'honneur. Sur sa tombe, plusieurs discours ont été prononcés, l'un par M. Colin, maire de Fontenay, et au nom du Conseil municipal de cette commune dont M. Lacroix était membre depuis plusieurs années; l'autre par M. Labrouste, directeur du collége Sainte-Barbe, et au nom de tous ces petits et charmants enfants qui entouraient sa tombe, division du petit collége dont M. Lacroix était le médecin aimé; un troisième, enfin, par M. Julien, de Châtillon, au nom des Sociétés de secours mutuels auxquelles M. Lacroix prêtait avec générosité le concours de son art.

Toutes ces voix ont fait avec la véritable éloquence, celle du cœur, l'éloge de notre excellent confrère, dont la mort a été un deuil public pour toutes ces belles communes que le bon docteur Lacroix aimait tant à parcourir.

Le spectacle de ces funérailles m'a vivement ému. Non, il n'est pas vrai, comme les pessimistes le proclament d'une manière générale, que la médecine et les médecins ne soient pas honorés comme ils méritent de l'être. Tant vaut le médecin tant vaut la médecine. J'en atteste toute cette population affligée venant, hier, rendre à l'un des nôtres un hommage tel, qu'aucun puissant de la terre n'en pourrait espérer de pareil. Autour de son cercueil, M. Labrouste, d'une voix émue, a proposé qu'une souscription fût ouverte pour élever un humble monument au docteur Lacroix dans le cimetière de Fontenay-aux-Roses : Oui! oui! a répondu la foule; et certainement ce monument, témoignage de reconnaissance et de respect, sera élevé à la mémoire de ce digne médecin.

Le docteur Félix-Marie Lacroix, ancien médecin militaire, chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Charles III d'Espagne, méritait ces touchantes funérailles. Jamais le sentiment du devoir professionnel n'a été porté plus haut. M. Lacroix était bon, généreux, dévoué, patient, compatissant. Chacun de ses malades devenait son ami. Riches ou pauvres le trouvaient également empressé. Sa clientèle était énorme, et cependant il meurt sans fortune. Ce que le riche lui donnait il le rendait au pauvre, non seulement en soins éclairés, mais encore en bons de viande pour faire du bouillon, en vieux vin pour reconforter ses pauvres malades, en argent discrètement glissé sous le chevet du patient. Les beaux traits de charité qu'on racontait de lui, hier à son convoi, sont innombrables. J'ai été témoin de celui-ci : Un pauvre enfant déguenillé lui apporte un jour devant moi deux pièces de cinq francs, tout ce que pouvait faire sa mère, disait-il, pour lui avoir donné une petite sœur. — Rapporte ça à ta mère, lui répond le docteur Lacroix, et dis-lui qu'elle t'achète une blouse.

M. le docteur Lacroix a été le second médecin titulaire, je crois, de la fondation de bienfaisance faite à la commune de Fontenay-aux-Roses par l'un des nôtres, par Marc-Antoine Petit. Ce charitable médecin a légué à cette commune une rente perpétuelle de 700 francs et une maison, maison et rentes destinées à loger et à payer le médecin de la commune qui donnera ses soins gratuitement aux pauvres.

Depuis plus de soixante-dix ans que cette rente est instituée, deux médecins seulement ont été appelés à remplir les intentions charitables de M.-A. Petit; le docteur Boudin, mort il y a trente ans, et M. le docteur Lacroix, que nous venons de perdre. Le pieux fondateur a trouvé des médecins qui ont su le comprendre. M. Lacroix a considérablement élargi les intentions de M.-A. Petit. Sa bienfaisance professionnelle s'étendait sur toutes les communes environnantes, et les 700 francs auraient dû être quintuplés pour rester en proportion des services rendus aux malades pauvres. Le docteur Lacroix était, en effet, le médecin bienfaisant par excellence, et cela sous les formes les plus simples, les plus franchement cordiales, celles qui font aimer le bienfaiteur, plus encore que le bienfait. Fontenay est entouré de communes où les rudes travaux des carrières et des sablières entraînent de fréquents accidents pour les malheureux ouvriers. A la nouvelle d'un de ces malheurs, le docteur Lacroix, abandonnant tout, volait sur le théâtre de l'événement, descendait dans les profondeurs des carrières et donnait toujours le premier l'exemple du courage et du dévouement.

La mort de cet excellent confrère a été digne de sa vie. Se sentant mortellement atteint, il a réclamé sans ostentation, mais avec fermeté, les secours et les consolations de la religion. Au milieu des plus vives souffrances, il a conservé tout son courage, et il a rendu à Dieu sa belle vie en confessant sa foi à l'immortalité de l'âme et au principe de la rémunération.

Pieuse et noble vie! Grand et loyal héritage laissé à son fils désolé.

Amédée LATOUR.

couenneuses est le signe d'un commencement d'infection purulente.

5° Ce phénomène coïncide avec une gravité très grande de la maladie.

6° Sa disparition annonce une guérison prochaine et constitue un signe pronostique des plus précieux. »

— M. le professeur Piorry donne lecture d'un mémoire intitulé : *Influence des respirations profondes et accélérées sur les maladies du cœur, du foie et des poumons. Résultats nouveaux et pratiques du plessimétrisme.*

Voici quelques-unes des principales considérations développées par l'auteur dans ce mémoire :

On peut juger, par les dimensions de l'oreillette droite du cœur, mesurée par le plessimétrisme, du degré de gêne survenue dans l'acte respiratoire. Dans une multitude de cas, ce fait est susceptible d'applications pratiques très importantes.

Le cœur diminue promptement par l'accélération et l'étendue des mouvements inspirateurs. Donc, lorsqu'il est dilaté, l'indication principale est de favoriser l'inspiration et de la rendre plus complète. Déjà, dans des cas pareils, en agissant de cette façon, j'ai vu des gens atteints de dilatation cardiaque et de la série d'accidents rapportés à l'asthme dit nerveux être promptement soulagés. Il est, en général, fort difficile de déterminer, pendant la vie si le cœur d'un malade est seulement hypertrophié, s'il n'est que dilaté, ou si cet organe présente à la fois une augmentation de volume et une extension plus ou moins considérable. Or cette distinction devient facile dès l'instant que l'on possède un moyen (les inspirations profondes et réitérées) de faire diminuer sur-le-champ le cœur dilaté, tandis que l'hypertrophie véritable ne peut être actuellement modifiée par l'énergie la plus grande et la réitération de l'acte respirateur.

Dans les cas de dilatation cardiaque, sans coïncidence de graves lésions du cœur ou de l'aorte qui l'entretiennent, les inspirations profondes et réitérées, que l'on renouvelle d'une manière fréquente, peuvent améliorer l'état du malade, et à la longue contribuer à son rétablissement définitif.

Les états pathologiques consécutifs aux dilatations du cœur, les collections séreuses accumulées dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine peuvent être améliorées, où même se dissiper sous l'influence des respirations profondes et réitérées. Il y aurait lieu de croire que ce moyen aurait une extrême utilité dans les congestions et dans les hémorrhagies encéphaliques.

Sur des gens chez lesquels, sous l'influence de diverses circonstances, telles que le grand volume du ventre, l'étroitesse de la poitrine, des concrétions artérielles, le cœur est dilaté, gens que l'on dit être asthmatiques, et dont la respiration est habituellement gênée et incomplète, on trouve dans les inspirations profondes répétées plusieurs fois de suite, et renouvelées un grand nombre de fois par jour, un puissant moyen de remédier à la dilatation cardiaque et aux accidents qu'elle produit.

Malgré les récents progrès de la science, il était très difficile de déterminer si le grand volume que le foie peut prendre est dû à une congestion simple, à une phlegmasie ou à une lésion organique persistante. Or puisque cette glande diminue très promptement par les inspirations profondes et réitérées, alors que ses vaisseaux et son tissu sont distendus par du sang, il en résulte que les inspirations feront diminuer très promptement le foie, quand il sera congestionné, le feront décroître plus lentement, s'il s'agit d'une hépatite, et qu'elles modifieront à peine ses dimensions, lorsqu'il existera une lésion anatomique ancienne et persistante de l'organe sécréteur de la bile. Les applications pratiques de ce fait sont innombrables, et éclaireront infiniment la thérapeutique. Tels qu'on aura crus atteints d'une affection grave du foie, et qu'on aurait envoyés dans un établissement d'eaux minérales, resteront à Paris et recouvreront plus vite la santé.

La rate ne diminuant pas par les inspirations profondes et réitérées, et n'augmentant pas par l'arrêt de la respiration, il en résulte que les fonctions de cet organe sont fort différentes de celles du foie, et que, malgré les opinions généralement admises à ce sujet, elles ne sont pas liées d'une manière immédiate à la grande circulation.

Dans les congestions et même dans les phlegmasies des poumons, les respirations réitérées peuvent être suivies d'une amélioration très marquée dans l'état des organes et d'un retour plus ou moins rapide à leur état normal.

— M. Duméril a présenté un rapport sur le sexe des insectes ; et M. Velpeau a lu une note très intéressante, au nom de M. Vergne, sur la recrudescence du croup dans le département de l'Hérault. — L'abondance des matières nous force à en renvoyer le compte-rendu à samedi prochain.

Dr Maximin LEGRAND.

TOXICOLOGIE.

École Impériale de Médecine et de Pharmacie militaires.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'EAU SÉDATIVE (FORMULE RASPAIL),

Lue à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 2 novembre 1858,

Si des faits d'empoisonnement par l'ammoniaque et par le camphre ont eu lieu quelquefois chez l'homme, il n'est pas à notre connaissance qu'on ait déjà vu l'empoisonnement par l'eau sédative, dont les éléments actifs sont, comme on le sait, l'ammoniaque et le camphre; il n'est peut-être pas alors sans intérêt de faire connaître un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger Lallemand, professeur agrégé à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

M. X..., âgé de 38 ans, d'une constitution assez robuste, mais affaiblie par des excès, appartenant à une famille dont plusieurs membres se sont suicidés, avait déjà cherché deux fois de mettre fin à ses jours par des moyens divers, et il paraissait avoir renoncé à ce projet, quand il avala, dans l'après-midi du 23 août 1858, plus de 250 grammes d'eau sédative, n° 3, préparée d'après la formule Raspail; le liquide ingéré devait, par conséquent, contenir environ 25 grammes d'ammoniaque à 22°, et de 1 à 2 grammes de camphre.

M. X... ne ressentit immédiatement qu'une chaleur brûlante à l'arrière-gorge; deux ou trois heures après, douleurs pharyngiennes assez vives accompagnées de nausées; vers six heures du soir, vomissements abondants et répétés. Un médecin qui fut appelé prescrivit des acides végétaux et le sirop de morphine. A une heure du matin, cessation des vomissements, perte de connaissance, insensibilité générale, extrémités froides, couvertes d'une sueur visqueuse, convulsions cloniques des membres et du tronc; les mains se portent fréquemment à l'épigastre qu'elles compriment. Cet état convulsif dure un quart d'heure, respiration stertoreuse, pouls petit, filiforme, irrégulier, 130 pulsations; pas de selles, pas d'urine; gonflement considérable des lèvres avec rougeur livide, langue lisse, vernissée, présentant deux petites escarres à sa pointe.

24 août. Le matin, urines involontaires; coma et insensibilité; le soir, diminution du coma, nuit agitée, délire. Vers minuit, retour de la sensibilité et de l'intelligence, le malade accuse une constriction brûlante à la gorge, et la sensation d'une ligne de feu dans la direction du sternum; selles liquides et fréquentes dont les premières sont involontaires; extrémités froides; pouls petit, filiforme, irrégulier, 120 pulsations.

25 août. Les selles ont cessé, alternatives de somnolence et d'agitation, nuit calme; la chaleur est en partie revenue.

26 août. Le malade est apporté à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger Lallemand, et placé salle 23, lit 7. Nous devons les renseignements qui précèdent à l'obligeance du médecin qui a donné les premiers soins au malade.

A l'entrée de M. X..., on constate l'état suivant :

Constitution affaiblie, amaigrissement, expression du visage rappelant le facies qui caractérise la réaction incomplète du choléra; pommettes rouges, saillantes, yeux excavés, cerclés de noir, regard hébété, alternative d'agitation et de somnolence, extrémités froides, pouls filiforme, intermittent, 120 pulsations. Ce n'est qu'en stimulant le malade par des interrogations réitérées qu'on le tire momentanément de sa torpeur et qu'il accuse des douleurs vagues à la pression de l'abdomen, et la sensation d'une ligne de feu dessinant le trajet de l'œsophage.

Diète; eau gommeuse glacée; lavement émollient; cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; synapismes aux extrémités.

27 août. Même état général; pouls à 120, petit, filiforme, intermittent; à trois heures du soir, pouls à 130, douleur à l'épigastre; retour des vomissements.

Diète, eau gommeuse glacée; 20 sangsues à l'épigastre.

28 août. Cessation des vomissements, délire pendant la nuit, somnolence, hyposthénisation profonde, pouls à 130, 34 inspirations; quelques bulles de râle crépitant à la base du thorax du côté gauche, submatité dans ce point, expectoration nulle; le malade n'accuse qu'une sensation douloureuse dans le pharynx.

Bouillon froid; eau vineuse glacée; cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; potion laudanisée.

29 août. Un peu d'agitation nocturne, pouls à 120, petit, filiforme, irrégulier; 40 inspirations; diminution de l'état torpide, manifestation plus grande des douleurs, bourdonnement d'oreilles insupportable, perte de la mémoire; le malade se plaint de ne pouvoir coordonner dans son esprit les événements passés depuis le 23 août; à la percussion, son mat dans les trois quarts inférieurs du côté gauche du thorax; râle crépitant et souffle tubaire; expiration brusque et sifflante d'un timbre très singulier.

Diète; eau gommeuse à la température ambiante, vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

A dix heures du matin, pouls à 110, 40 inspirations; à sept heures du soir, pouls à 130, 44 inspirations, augmentation du souffle tubaire du côté gauche du thorax.

30 août. La nuit a été agitée; pouls filiforme, difficile à compter, environ 140 pulsations, 48 inspirations; disparition presque complète de l'état torpide, et manifestation plus vive des douleurs au cou et à l'épigastre; sensation d'une ligne de feu le long du sternum; souffle tubaire dans presque tout le côté gauche; du côté droit, un peu de râle crépitant; à 5 heures du soir, délire, douleurs musculaires et articulaires; convulsions des membres.

31 août. Mort le 31 août, à une heure du matin, après deux heures d'une agonie pénible et douloureuse.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort.

Habitude extérieure. — Température à 18°, temps sec; la putréfaction n'a pas commencé; cadavre amaigri; il n'existe pas de lividités, ni de sigillations sur la surface antérieure du corps; lividités cadavériques habituelles sur les parties déclives.

Appareil digestif. — Les lèvres sont le siége de petites escarres minces et sèches, les papilles de la langue sont effacées. Les escarres signalées pendant la vie ont disparu et sont remplacées par des cicatrices; escarre molle sur la luette.

Ecchymoses disséminées dans le pharynx; surface interne de l'œsophage recouverte de plaques jaunâtres, sèches, se détachant des tissus sous-jacents, ayant l'aspect de pseudo-membranes et formées d'escarres superficielles; la muqueuse a été comme tannée par le liquide caustique; dans divers points, exulcérations produites par le soulèvement et l'enlèvement de l'épithélium.

L'estomac, de capacité normale, contient environ un litre d'un liquide verdâtre, épais, sale; la muqueuse de la portion cardiaque, amincie, ramollie, présente une coloration brune sur le trajet des vaisseaux; la portion pylorique, épaissie par une sorte d'infiltration séreuse de son tissu, montre par places un piqueté rouge très intense. Rien de particulier dans le reste du tube digestif. Rate et foie à l'état normal. Vésicule biliaire remplie d'une bile noire, épaisse et grenue.

Appareil respiratoire. — Le larynx et la trachée contiennent des matières liquides, verdâtres, de même nature que celles qui remplissaient l'estomac, et qui ont pénétré par régurgitation pendant l'agonie. Muqueuse du larynx parsemée d'arborisations vasculaires; elle est ramollie et s'enlève par lambeaux quand on la râcle légèrement avec le dos du scalpel; petites escarres molles sur l'épiglotte et les cartilages arythénoïdes; sur les deux cordes vocales inférieures, deux escarres ovalaires, molles, blanchâtres, à surface chagrinée; la muqueuse de la trachée est livide et vascularisée en arrière.

Les poumons sont emphysémateux en avant et présentent l'empreinte profonde des côtes; au sommet, on trouve trois ou quatre petits tubercules crétacés; le poumon gauche presque entier et le lobe inférieur du poumon droit sont le siége d'une hépatisation complète; leur tissu est friable, d'un gris rougeâtre, lourd, compacte; à la section, il s'échappe un liquide purulent, épais, d'une odeur fétide; quelques concrétions molles dans la plèvre gauche.

Appareil circulatoire. — Cœur peu volumineux; les cavités ventriculaires sont effacées; dans le ventricule droit, caillot fibrineux, décoloré, dense, enchevêtré entre les colonnes charnues; dans le ventricule gauche, petit caillot noir et mou.

Appareil sécrétoire. — Reins de volume normal, très congestionnés, pointillé ecchymotique dans la substance corticale et entre les tubes, large ecchymose dans le bassinet du rein droit. La vessie renferme environ 150 grammes d'urine trouble, contenant un dépôt muqueux; muqueuse vésicale rosée.

Système nerveux. — La surface interne de la voûte du crâne présente de nombreuses irrégularités, bosselures et enfoncements; légère congestion des vaisseaux de la dure-mère. Exsudation gélatiniforme, opaline, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien : vaisseaux de la pie-mère peu congestionnés; substance cérébrale sablée; peu de sérosité dans les ventricules. Le long de la scissure médiane du cerveau, à 8 centimètres de l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, on trouve une plaque osseuse de 25 millimètres, large de 15, de forme ovale, concave, embrassant le bord de l'hémisphère et modelée sur les circonvolutions cérébrales : cette plaque osseuse, couverte de ramifications vasculaires, n'a aucune adhérence avec la dure-mère; elle tient à l'arachnoïde pariétale par un petit prolongement membraneux transparent et très mince, et elle paraît appliquée à nu sur la substance cérébrale comme si l'arachnoïde et la pie-mère avaient disparu à son niveau. L'examen microscopique fait reconnaître dans cette production des corpuscules et des canalicules.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente deux faits principaux sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention : d'une part, l'hyposthénisation profonde qui a dominé tous les autres phénomènes morbides; de l'autre, l'inflammation du tissu pulmonaire qui est arrivée si rapidement à la suppuration.

Les douleurs qui succèdent à l'ingestion du poison sont modérées; les vomissements surviennent tardivement; le malade tombe peu de temps après dans un collapsus qui va jusqu'au coma; lorsqu'il est sorti de cet état, les sympathies morbides sont muettes, les réactions ne s'éveillent pas, et c'est dans le silence de l'organisme prostré que s'accomplissent les altérations organiques les plus graves.

Il faut secouer le malade pour qu'il ressente momentanément son mal et qu'il annonce la ligne brûlante qui dessine le trajet de l'œsophage et de l'estomac, puis il retombe dans son engourdissement; peu à peu, après les premiers jours, il se réveille de cette torpeur, l'hyposthénie diminue, l'intelligence reparaît avec le sentiment des douleurs éprouvées, comme si le sujet sortait d'un état anesthésique au fur et à mesure de l'élimination du poison qui l'avait produit.

Quelle est la participation des deux éléments actifs de l'eau sédative à la production des phénomènes morbides observés? Le liquide ingéré devait contenir, d'après la formule, 25 grammes d'ammoniaque, et à peu près 1 gramme de camphre; mais il serait possible que la dose de cette dernière substance ait été plus considérable; car, dans la préparation de l'eau sédative, le camphre se précipite de sa solution alcoolique, il reste en suspension à la surface du liquide, dont les premières portions contiennent alors plus de camphre que le reste; du reste, le sujet n'a pas pu avaler plus de 2 grammes de camphre.

On connaît quelques faits d'empoisonnement par l'ammoniaque rapportés par Nysten (*Bulletin de la Faculté de médecine*, 1815), Christison (*On poison*, p. 225), Souchard (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XXV), Orfila (*Toxicologie*); mais l'ammoniaque avait été ingérée pure. et un seul cas s'est terminé par la mort, c'est celui de Nysten; l'autopsie a révélé des ulcérations et des ecchymoses dans le tube digestif et une hyperémie pulmonaire hypostatique; les symptômes notés étaient les suivants : ardeur à la gorge, avec difficulté de la déglutition, faiblesse fréquence et irrégularité du pouls, mouvements convulsifs et diminution de la contractilité musculaire. Dans les expériences sur les animaux, la mort est survenue très rapidement, et on n'a noté que des altérations inflammatoires du tube digestif et des modifications dans la coloration du sang (Orfila, *Toxicologie*, t. I, p. 257).

L'action toxique du camphre a été étudiée par Scudery, Alexandre, Jœrg, Ségalas, Orfila, etc. ; on ne connaît que deux cas de mort à la suite de l'ingestion de cette substance, rapportés dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (6 avril 1847), *Gazette des hôpitaux* (1850, page 424). Il n'y a eu qu'une autopsie qui a montré l'estomac et les intestins enflammés; il existait, en outre, une pneumonie avec hépatisation grise, mais dont le développement paraît avoir précédé l'ingestion du camphre; dans tous ces cas, la dose du poison était de plus de 2 grammes.

Les symptômes observés étaient les suivants :

Au début, pâleur, regard fixe et stupide, délire, ardeur à la gorge, soif, nausées, vertiges; contraction de la face; plus tard,

de une à trois heures après l'ingestion, vomissements, convulsions avec perte de connaissance, sommeil comateux, réfrigération de la peau couverte de sueur.

Les expériences sur les animaux ont donné des résultats analogues (Orfila, *Toxicologie*, t. II, p. 49).

En présence du petit nombre de documents que la science toxicologique possède sur ce point, nous ne pouvons chercher à apprécier, pour le cas que nous avons observé, la part que le camphre a pu avoir dans le développement des phénomènes morbides, ni le mécanisme de la production si rapide de la pneumonie purulente. Peut-être l'élimination du poison, qui, à cause de sa volatilité, a dû se faire par les poumons, doit-elle être considérée comme une des causes de l'inflammation de ce viscère. Il ne serait peut-être pas sans intérêt d'élucider cette question par des expériences sur les animaux.

Avant de terminer ce travail, nous rappellerons la curieuse altération trouvée dans l'encéphale, c'est-à-dire l'ossification partielle de l'arachnoïde et de la pie-mère. Nous ne connaissons pas assez les antécédents du malade, pour dire si une maladie cérébrale a été le point de départ de cette altération. Des plaques ossiformes méningiennes ont été trouvées chez des sujets atteints de manie et de paralysie générale; des auteurs ont même prétendu que cette altération ne se rencontre que dans la paralysie générale; mais cette opinion a été démentie par des observations assez nombreuses : la nôtre vient en donner une preuve nouvelle; elle montre de plus que l'ossification méningienne peut exister en dehors de l'aliénation mentale. M. X... avait une propension au suicide aggravée encore par l'hérédité; mais si cette propension manifeste jusqu'à un certain point une aberration particulière des facultés mentales, on n'est pas autorisé à la considérer comme constituant une folie réelle et confirmée.

Dr E. Rulié,
Médecin stagiaire à l'École impériale de médecine militaire.

THÉRAPEUTQUE.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. BOUCHUT, RELATIF AU TUBAGE DE LA GLOTTE;

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 2 novembre 1858,

Par M. Trousseau.

(Suite et fin.— Voir le numéro du 4 novembre 1858.)

Lorsqu'un médecin est appelé dans un cas de diphthérie, il institue le traitement qu'il croit le plus utile, et pas, que je sache, ne propose la trachéotomie d'emblée : les vomitifs, les sangsues, les mercuriaux, les révulsifs, les prétendus spécifiques tels que le chlorate ou le carbonate de potasse, les applications astringentes, substitutives, sont tout d'abord employés avec une énergie, avec une rapidité tumultueuses que légitiment, jusqu'à un certain point, et l'inquiétude des familles et la gravité du mal; mais lorsque les accès de suffocation commencent, quand ils se rapprochent, l'imminence de la mort devient évidente, non seulement pour le médecin, mais pour les parents eux-mêmes, on porte l'enfant à l'hôpital, s'il est pauvre; on appelle un chirurgien si l'on a quelque aisance, et assez souvent l'enfant meurt avant que la chirurgie ait pu intervenir.

Cette année même, on m'apportait à l'Hôtel-Dieu deux enfants pour que je pratiquasse la trachéotomie. L'un d'eux mourut sous nos yeux, pendant que l'on préparait l'appareil; l'autre fut opéré pendant le cours de la visite, les accidents prenant une telle gravité qu'il nous fut impossible d'attendre un quart d'heure de plus ceux de nos collègues qui désiraient assister à l'opération.

Plus de vingt fois dans ma vie, mandé par mes confrères pour pratiquer la trachéotomie, quelque diligence que je fisse pour me rendre à leur appel, je n'ai trouvé qu'un cadavre lorsque je suis arrivé. A l'hôpital des Enfants-Malades, à l'hôpital Ste-Eugénie, auquel appartient M. Bouchut, dans la ville, jamais l'on n'opère que lorsque l'on croit que toute autre chance de salut est enlevée; dans quelques circonstances, la trachéotomie est pratiquée, alors que l'enfant a encore quelques heures à vivre, mais c'est dans le cas où le chirurgien ne pourrait, sans imprudence, attendre la nuit, par exemple, pendant laquelle il n'aurait pas à sa disposition les aides nécessaires; la trachéotomie est donc faite, ou bien lorsque toute chance de succès par les médications internes a disparu, ou bien quand la mort est imminente. Dites si vous le voulez que la trachéotomie ne leur sert à rien, mais ne dites pas que la trachéotomie les fait mourir; cette accusation n'est pas seulement une erreur, c'est quelque chose de pire.

Admettons maintenant que, dans un quart des cas, la trachéotomie soit faite chez des enfants qui eussent guéri sans l'opération, et qu'elle les tue, si, d'un autre côté, on guérit un quart des individus que l'on trachéotomise et chez lesquels la mort était inévitable, il y a compensation, et l'on n'a pas le droit d'imputer à la trachéotomie la mortalité du croup. L'Académie comprendra qu'en faisant une pareille concession, je n'exprime ni mon opinion, ni celle des autres membres de la commission et que je ne m'en suis servi que comme d'un argument extrême.

M. Bouchut pardonne à la trachéotomie, il l'accepte, il la pratique lui-même, il la proclame comme un moyen utile que le médecin n'a pas le droit de ne pas employer, mais à la condition que l'asphyxie sera portée au point d'avoir amené l'anesthésie.

Déjà M. le docteur Faure, dans des expériences extrêmement remarquables, dans un des plus beaux travaux qui jamais ait été publiés sur l'asphyxie, avait démontré que les individus qui avaient été asphyxiés étaient anesthésiques, lors même qu'ils avaient recouvré leur intelligence et leur motilité; au commencement de cette année, M. le docteur Demarquay constatait l'anesthésie chez les individus qui, à la suite d'une maladie chronique du larynx, arrivaient à la période asphyxique; il en faisait, au mois de mai dernier, l'objet d'une communication à la Société médicale du 2me arrondissement et à la Société de chirurgie, les 21 et 28 juillet, comme en font foi les procès-verbaux.

Un peu plus tard, M. Bouchut constatait également l'anesthésie chez les enfants qui étaient près de succomber à l'asphyxie croupale. Pour M. Bouchut, tant que cette anesthésie n'est pas arrivée, on ne doit pas pratiquer la trachéotomie, on la doit faire dès que l'on peut constater l'anesthésie; cela revient à dire en d'autres termes que l'on ne doit pratiquer la trachéotomie que dans la période extrême du croup. Ce précepte a été donné depuis longtemps, et moi-même, pendant de longues années, je n'ai cessé de le proclamer; seulement, comme je ne connaissais pas le signe découvert par M. Faure dans l'asphyxie, et appliqué plus tard aux maladies du larynx par MM. Demarquay et Bouchut, je jugeais, comme nous jugeons tous, qu'un enfant était arrivé à la période extrême du croup par la teinte bleuâtre ou par l'extrême pâleur du visage, par l'enfoncement énorme de la partie inférieure du sternum dans les inspirations, par l'absence totale du murmure vésiculaire dans les poumons, par l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, par une sorte de quiétude succédant aux efforts d'une lutte violente et suprême, enfin par un je ne sais quoi qui imprime sur le visage les signes d'une mort prochaine et qu'il est impossible de décrire.

J'y ajouterais volontiers l'anesthésie, s'il n'était souvent incertain et toujours périlleux de l'attendre. En effet, les recherches récentes de MM. Roger et Sée ont fait voir que lorsque la mort par suffocation croupale est tellement imminente, qu'un enfant ne paraît pas avoir un quart d'heure à vivre, l'anesthésie peut ne pas exister, ou, si elle existe, être inégalement répartie dans diverses portions du corps.

Un des membres de votre commission, M. Blache, et M. Bouvier, notre collègue, ainsi que M. Sée, ont pu, tout récemment, constater la persistance de la sensibilité chez un enfant qui mourut cinq minutes après cette constatation.

Moi-même, le mois dernier, appelé à Versailles en consultation pour un jeune enfant atteint de croup qui fut opéré par M. le docteur Louis Pénard, j'ai pu, ainsi que ce médecin recommandable, faire la même observation que M. Blache. Je pinçai le bras de l'enfant, il le retira vivement, et tournant du côté de sa mère son visage qui exprimait la souffrance, il lui dit d'une voix étouffée : *« Maman, il me fait mal. »* L'anesthésie n'est donc pas un signe certain de l'imminence de la mort, et les signes que nous avons indiqués plus haut sont bien autrement sûrs.

En effet, lorsque ces signes existeront, je déclarerai avec une certitude presque mathématique, que la mort, et qu'une mort prochaine est inévitable, je dirai hautement que, dans ce cas, la trachéotomie est un devoir pour le médecin, et si l'enfant meurt, j'aurai une égale certitude que mon opération n'y a été pour rien, et que, par conséquent, personne n'a le droit de mettre sur le compte de cette pratique la mortalité plus grande du croup.

Il est vrai que dans les premiers temps de ma pratique, je ne voulais faire la trachéotomie que dans la période extrême du croup; c'était le précepte de mon maître, M. Bretonneau, c'était devenu le mien; mais plusieurs fois, en différant l'opération, j'avais trouvé le malade mort quand je revenais près de lui; d'un autre côté, dans quelques circonstances, il m'avait paru que la stupeur asphyxique se continuait, alors qu'une voie avait été ouverte à l'air extérieur, et les enfants mouraient peu de temps après l'opération, alors même qu'ils paraissaient bien respirer. Il en était de ces malades comme des asphyxiés de M. Faure, lesquels, retirés du milieu où ils avaient trouvé une mort apparente, stimulés par un air vivifiant, par la flagellation, par l'ustion de la partie supérieure de la poitrine, recouvraient leur intelligence, leurs mouvements, demandaient grâce à l'habile expérimentateur, au médecin intelligent, mais sévère, et retombaient dans la stupeur asphyxique, du moment que ces excitations violentes et salutaires leur faisaient défaut.

Je m'écartai donc de la règle que m'avait tracée mon maître et que je m'étais moi-même tracée; je pensai qu'il serait plus utile de faire la trachéotomie, avant que la mort fût imminente, mais lorsque pourtant toute chance de guérison par les moyens ordinaires paraissait enlevée, et l'on a vu, d'après les statistiques de MM. Roger et Sée, combien sont plus nombreux les succès lorsque l'on suit cette règle.

Certes, Messieurs, il ne faut pas une grande habitude des malades, et surtout d'une maladie comme le croup, pour juger avec une certitude presque absolue de l'issue prochaine du mal. Dans des maladies aiguës, où des perturbations nerveuses jouent un si grand rôle, il n'est pas toujours facile de pressentir des modifications qui vont déjouer nos prévisions, mais quand il s'agit d'une maladie qui tue par un obstacle mécanique, quand nous voyons cet obstacle par les yeux de l'intelligence, quand nous pouvons mesurer son étendue, son accroissement, nous pouvons prévoir ce qui va arriver, et presque jamais nous ne nous trompons.

Il est bien vrai que, dans quelques cas, malheureusement trop rares, un enfant rejette une fausse membrane, et que tout à coup il semble renaître à la vie; mais nous savons tous que, le plus ordinairement, la fausse membrane se reforme, et qu'elle pénètre encore plus profondément dans les voies aériennes, de sorte que l'expérience prouve que les chances de la trachéotomie, et par conséquent de la guérison définitive, sont moins nombreuses chez les enfants qui ont rendu des fausses membranes que chez ceux qui n'en ont pas rendu. Il est bien entendu, pourtant, que cette loi si fatale souffre quelques exceptions, car tous nous avons vu des enfants guérir du croup après avoir rendu une et plusieurs fausses membranes.

J'en veux arriver à ce point, que de toutes les maladies de l'enfance, le croup est, certes, celle dont le pronostic est ordinairement le plus facile; si bien que quand un ou plusieurs médecins, appelés pour un cas de ce genre, jugent que la mort est inévitable, on peut affirmer qu'ils se trompent très rarement, et que, par conséquent, le pire résultat que puisse amener la trachéotomie, c'est de ne faire aucun bien.

Voyons maintenant si la trachéotomie est, en elle-même, une opération périlleuse, comme on le dit. Nous interrogerons ensuite les faits et nous verrons si elle ne compte pas autant de succès que la plupart des grandes opérations chirurgicales qui sont tous les jours tentées. Les plaies du cou qui intéressent la trachée-artère et qui sont le résultat soit d'un assassinat, soit d'un suicide, guérissent avec une facilité merveilleuse, quand de gros vaisseaux ne sont pas intéressés.

Je suis convaincu qu'il n'existe pas dans la science beaucoup de morts résultant de trachéotomies faites pour extraire un corps étranger des voies aériennes. J'ai supposé que l'opération était pratiquée par des mains expérimentées. Si les blessures du larynx et de la trachée, si la trachéotomie faites méthodiquement, dans le cas que nous venons d'indiquer tout à l'heure, ont tant d'innocuité, qui ne voit, que si les enfants atteints de croup, meurent après la trachéotomie, la mort doit être imputée bien plutôt à la maladie qu'à l'opération qui lui a été opposée et qui n'a pu en enrayer la marche.

Examinons maintenant l'autre point.

Nous avons vu qu'à l'hôpital des Enfants-Malades il était interdit aux élèves de faire la trachéotomie à moins que la mort ne fût imminente ou que toute chance de salut par les moyens ordinaires fût évidente; ils ont l'ordre de toujours attendre la venue du chef de service et du chirurgien de l'hôpital, tant que la chose ne leur paraît pas dangereuse; or, dans les dix années qui viennent de s'écouler, 466 opérations ont été pratiquées à l'hôpital des Enfants; toutes les fois la mort avait été considérée comme inévitable, par les élèves ou par les chefs de service, et 127 enfants ont été rendus à la vie. M. Bouchut nous dira peut-être, que le jugement qui avait été porté sur l'imminence de la mort, était un jugement hasardé; l'Académie appréciera la valeur de cet argument.

L'Académie appréciera aussi les déplorables circonstances dans lesquelles se trouvent les jeunes malades amenés à l'hôpital des Enfants; là, les attendent toutes les pyrexies contagieuses, toutes les influences nosocomiales occultes qui viennent renverser les espérances les mieux fondées du chirurgien qui avait ouvert la trachée. Pourtant, lorsque plus du quart des malades guérit, n'a-t-on pas lieu de rendre des actions de grâce à l'illustre et vénérable médecin de Tours, qui, le premier, a pratiqué avec succès cette opération et en a tracé les règles?

Si j'ai parlé de l'hôpital des Enfants, c'est que là, les choses se font au grand jour; six chefs de service, de nombreux élèves appartenant à l'hôpital, des étudiants en médecine plus nombreux encore venant suivre les cliniques, une administration jalouse et quelquefois peu bienveillante, contrôlent successivement ou en même temps les faits que personne ne dérobe à l'examen et à la critique de tous.

Si maintenant je passe à la pratique privée, je trouve des résultats beaucoup plus satisfaisants et qui doivent l'être.

Dans les premiers temps que la trachéotomie était faite, nous manquions tous d'expérience, et les exemples donnés par Bretonneau étaient trop peu nombreux pour qu'ils pussent servir de règle absolue; l'opération, en tant que manuel opératoire, ne différait pas beaucoup de ce qu'elle est aujourd'hui, mais on ne connaissait pas l'influence de certains soins consécutifs très essentiels, de ces petites pratiques, de ces détails en apparence futiles, de ces *quædam magni momenti minutiæ*, comme disait Stoll, qui font, dans la grande comme dans la petite chirurgie, le succès de l'opération. Dans les dix premières années de ma pratique, je sauvais à peine un quart des malades; dans les derniers temps, je suis arrivé, dans des séries heureuses, à sauver les deux tiers. Les résultats de M. Guersant sont tout aussi satisfaisants et plusieurs jeunes médecins qui, depuis un certain nombre d'années, me remplacent dans la pratique d'une opération, pour laquelle il faut plus de jeunesse que je n'en ai, arrivent au même résultat. Ainsi je citerai MM. Archambault, Beylard, Moynier, etc.

Cette année encore, sur 6 trachéotomies faites à l'Hôtel-Dieu, dans la petite salle de clinique annexée au service des adultes, 2, c'est-à-dire le tiers, ont été suivies de succès. Ces faits se sont passés en présence de la plupart de mes collègues de l'Hôtel-Dieu et des personnes qui suivaient la visite.

On a pu voir dans les journaux de médecine que, dans un très grand nombre de départements où l'on opère les enfants atteints de croup, dans la période extrême du mal, la proportion des guérisons est plus grande encore que celle que l'on obtient à Paris; et les médecins qui recourent à l'opération, loin de partager l'opinion de M. Bouchut, sont, au contraire, parfaitement convaincus qu'ils eussent compté un bien plus grand nombre de morts s'ils n'avaient pas eu recours à la trachéotomie.

J'arrive maintenant à un autre point qui n'est pas moins important, je veux parler du traitement topique, auquel M. Bouchut semble vouloir faire partager les méfaits qu'il impute à la trachéotomie.

Pour tout médecin qui lira sans prévention le *Traité de la diphthérite* de Bretonneau, il résultera cette conviction, que le traitement topique, sous toutes ses formes, a une puissance immense. Pour bien juger cette question, il faut voir les allures de l'angine diphthérique abandonnée à elle-même ou traitée par une médication générale.

J'engage ceux qui imputent la mortalité à l'emploi des moyens caustiques, cathérétiques ou astringents, à lire la thèse de M. le docteur Ferrand, qui se trouve dans la collection de notre Faculté; il exerçait à La Chapelle-Véronge, en qualité d'officier de santé, avant de prendre le grade de docteur; une épidémie d'angine diphthérique se déclara : les médications indirectes les plus variées furent mises en œuvre; jamais de topiques ne furent appliqués sur les amygdales; sur 60 malades, il en mourut juste 60. C'est le médecin traitant lui-même qui en fait l'aveu avec une franchise qui l'honore.

Au printemps de 1828, M. le docteur Ramon, notre collègue M. Leblanc et moi, recevions de M. de Martignac, ministre de l'intérieur, la mission d'étudier les maladies endémiques et épidémiques, enzootiques et épizootiques qui sévissaient dans l'ancienne Sologne et dans quelques autres portions des départements du Loiret, du Cher, de l'Indre, et de Loir-et-Cher; au mois de mai nous arrivions dans deux fermes contiguës, situées à cinq ou six cents mètres sud-est du château de La Ferté-Beauharnais; elles renfermaient, le mois précédent dix-sept personnes, le 10 de mai, il n'en restait plus que deux, une jeune bergère de 17 ans et le chef de la famille; la jeune fille, au lieu de se confier au médecin, avait eu recours au curé de la paroisse de Tremblevif, lequel avait cautérisé plusieurs fois la gorge avec l'esprit de sel, c'est-à-dire avec l'acide chlorhydrique, suivant en cela la pratique de Van Swieten et celle de Grandvilliers.

Je trouvai le seul homme qui survécût à cette grande catastrophe, assis, morne, au coin de sa cheminée, attendant la mort, qu'il croyait inévitable; il avait l'angine maligne depuis trois jours; je réveillai son courage et ses espérances; je fis usage, moi aussi, de l'esprit de sel et de l'alun que mon maître, M. Bretonneau, m'avait instruit à employer, et tandis que les quinze autres personnes étaient mortes après avoir fait usage de vomitifs, de sangsues, de vésicatoires, les deux seuls qui survécurent avaient été traités par des moyens exclusivement topiques.

A la même époque, dans la commune de Marcilly-en-Villette, située à seize kilomètres au sud d'Orléans, 66 personnes avaient succombé à

l'angine croupale, sur une population d'à peu près 600 individus; pas un seul malade n'avait été guéri. Les médecins des communes environnantes avaient renoncé à donner des secours que, d'ailleurs, on ne leur demandait plus, et quand nous arrivâmes dans le village désolé qui nous avait été signalé par le préfet du Loiret, le curé qui nous avait remis la table exacte de la mortalité de la commune, nous raconta que, depuis quelque temps, les ravages de l'épidémie étaient arrêtés, grâce à l'intervention d'une femme du pays, qui, seule aujourd'hui, traitait les malades de ce que l'on appelait le *mal de gorge blanc*. Nous vîmes cette femme, nous vîmes surtout un certain nombre de malades qu'elle avait encore en traitement; nous pûmes constater des guérisons, auxquelles nous n'eûmes aucune part, et nous apprîmes de la vieille empirique qu'elle barbouillait la gorge plusieurs fois par jour avec un mélange d'alun et de vinaigre, et qu'elle faisait gargariser les malades avec une solution alumineuse vinaigrée. Partout où des médications générales étaient employées, la mort arrivait presque invariablement, et la mortalité diminua immédiatement dès que l'on eut recours à l'emploi local de l'alun, de l'acide chlorhydrique ou du nitrate d'argent.

Tout dernièrement encore, entrait dans ma salle des nourrices de l'Hôtel-Dieu une femme qui venait de perdre l'aîné de ses enfants; elle était atteinte d'angine diphthérique pharyngienne, ainsi que l'enfant qu'elle allaitait encore; ils guérirent par l'emploi du nitrate d'argent. Je sais bien que quand le mal est propagé dans les narines ou dans le larynx, la médication topique est le plus ordinairement impuissante; je sais encore que lorsque le mal semble borné aux amygdales, et que la diphthérie prend la forme maligne dont j'ai parlé plus haut, les topiques ne réussissent pas plus que les médications indirectes. Je sais que lorsque certains médecins chargent imprudemment une grosse éponge d'une grande quantité d'acide chlorhydrique ou de solution saturée de nitrate d'argent, ils vont brûler l'intérieur de la bouche, la langue, le pharynx, et causent des accidents inflammatoires, qui souvent ne sont pas sans un très grand danger; mais je sais encore mieux que si les cautérisations sont faites avec énergie, mais seulement sur le point malade, si des insufflations d'alun ou de tannin, qui sont toujours innocentes, sont pratiquées à plusieurs reprises, si l'on s'abstient d'appliquer des sangsues ou des vésicatoires, si l'on ne donne pas de vomitifs ou si l'on n'en donne que très peu, si l'on alimente convenablement les enfants, on sauve le plus grand nombre de malades et ceux chez lesquels la fausse membrane vient à se développer dans le larynx et à causer la suffocation, se trouvent placés dans les conditions les plus favorables à la réussite de la trachéotomie, employée comme ressource extrême.

Aussi est-ce avec un vif sentiment de chagrin, que je vois se perdre les excellentes traditions des médecins du siècle passé et celles de M. Bretonneau; aussi, est-ce avec une profonde douleur, que je vois des médecins recommandables, découragés par des insuccès inévitables, se croiser en quelque sorte les bras devant la plus terrible des maladies de l'enfance, et se résigner à une inaction que je crois coupable.

Je viens d'exposer à la compagnie, en quelque sorte, le bilan de la trachéotomie; exposons maintenant celui du tubage laryngé.

M. Bouchut vous a lu deux observations; il a fait parvenir à la commission le résumé de cinq autres cas. Nous en donnons ici le compte-rendu très succinct :

Obs. I. — La première fois que le tubage est pratiqué, c'est sur une fille affectée de diphthérie des oreilles, du bras, du larynx, ayant amené l'asphyxie avec cyanose et anesthésie complète. Le tube est resté trente-six heures en place dans la glotte et le larynx a pu être désobstrué de ses fausses membranes; l'empoisonnement diphthérique et une pneumonie ont fait périr la malade, mais elle était guérie du croup et la canule l'avait préservée de l'asphyxie et de la trachéotomie.

Obs. II. — Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de 3 ans 1/2, affecté de croup, avec un commencement d'asphyxie. La virole introduite est restée quarante-deux heures en place, sans gêner les fonctions de l'épiglotte ni amener d'accès de suffocation. Par elle, ont pu s'échapper, à deux reprises, de larges morceaux tubulés de fausses membranes provenant des bronches, et l'enfant a d'abord échappé à l'asphyxie. Peu à peu, cependant, l'obstacle à l'entrée de l'air s'est reproduit; il y a eu menace de suffocation, la mort a paru inévitable, et la trachéotomie, qui avait pu être reculée de deux jours, est devenue nécessaire. L'enfant a guéri.

Obs. III. — Fille de 4 ans, angine couenneuse et laryngée; cautérisation des amygdales par le fer rouge, soulagement momentané, suffocation ultérieure; tubage pendant une heure, pas de soulagement, trachéotomie, continuation de l'asphyxie, mort au bout de douze heures.

Obs. IV. — Le petit-fils de M. Laroze, affecté d'angine couenneuse et de croup à la troisième période, avec anesthésie; enfant de 4 ans. Tubage, retour de la sensibilité; au bout de douze heures, asphyxie nouvelle et anesthésie; mort. — Le tube, de 11 millimètres de diamètre, retiré par le docteur Laroze, était libre de tout obstacle; l'enfant avait pu rejeter des fausses membranes, cracher et vomir sous l'influence de l'émétique, sans rejeter le tube glottique.

Obs. V. — Garçon de 5 ans 1/2, affecté d'angine couenneuse et de croup anesthésique, c'est-à-dire à la troisième période. Tubage avec un tube de 11 millimètres, pendant dix-neuf heures, sans suffocation; en le retirant, on amène des fausses membranes et l'enfant respire bien; au bout de trois heures, suffocation, nouveau tubage, la suffocation continue sans anesthésie et on fait la trachéotomie. Il ne sort pas de fausses membranes et l'enfant meurt peu après; l'autopsie a démontré qu'il n'y avait plus de fausse membrane dans le larynx, qui était complétement libre; ce fut une trachéotomie inutile.

Obs. VI. — Garçon de 6 ans, affecté d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et anesthésie complète; tubage, sortie d'un morceau de fausse membrane et disparition de l'anesthésie. Au bout de huit heures, asphyxie nouvelle, mort imminente, et, peu après, trachéotomie, qui amène un soulagement immédiat. Cet enfant a été pris, dans sa convalescence, d'une pleurésie et d'une anasarque. Toutefois, il a guéri.

Obs. VII. — Fille de 13 ans 1/2, affectée d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et demi-anesthésie. Tubage, disparition de la cyanose et sortie d'un fragment de fausse membrane; au bout d'un heure, retour de l'asphyxie avec cyanose et anesthésie complète. Trachéotomie, persistance des phénomènes d'asphyxie et mort. Les ramifications bronchiques étaient envahies jusque dans leurs dernières extrémités, par les fausses membranes.

Le tubage a donc été pratiqué sept fois, sept fois la mort n'a pu être conjurée, les deux seuls qui ont guéri ont subi la trachéotomie pratiquée *in extremis*; certes, de pareils résultats ne sont point encourageants, et M. Bouchut, qui accusait si facilement la trachéotomie, n'aurait pas le droit de trouver sévères ceux qui voudraient jeter quelque blâme sur le tubage.

Nous devons, toutefois, à l'impartialité de dire que nous ne croyons pas le tubage cause de la mort chez ces sept enfants, pas plus que nous n'accusons la trachéotomie de la mort de ceux chez lesquels elle est pratiquée.

Le tubage du larynx n'a tué aucun enfant, il paraît, chez plusieurs, avoir retardé la mort et nous avons la certitude qu'il ne l'a accélérée chez aucun. Dans notre opinion, mieux eût valu pratiquer la trachéotomie dès que toutes les ressources médicales semblaient épuisées.

Est-ce à dire que le tubage soit un procédé qu'il faille rejeter absolument; nous ne le pensons pas; le procédé est encore nouveau et l'on doit espérer que chaque jour apportera un perfectionnement et que, dans un avenir prochain, le tubage du larynx aura à enregistrer quelques succès positifs; et si l'avenir prouvait que, dans les laryngites aiguës simples, qui tuent quelquefois par occlusion laryngée, le tubage, pratiqué pendant quelques heures, a empêché la mort et laissé le temps d'agir à des médications utiles, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus. En attendant, votre commission doit se borner aux conclusions suivantes :

1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

3° Dans le traitement du croup, il retarde quelquefois l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthérique.

4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées.

RÉCLAMATION.

[Par des circonstances indépendantes de l'auteur et de notre volonté, la lettre suivante, dont la date est déjà un peu ancienne, n'a pu être plus tôt publiée.]

Lyon, le 20 octobre 1858.

Monsieur le rédacteur,

« Ne touchez pas à la reine, » dit la vieille étiquette de la cour d'Espagne. « Ne touchez pas à l'iode, » dit parmi nous M. le docteur Boinet. Il paraît, en effet, qu'on s'expose à toutes sortes de méfaits scientifiques, si peu que l'on touche à ce précieux métalloïde. Ce malheur m'est arrivé, selon M. Boinet, dans la communication que j'ai eu l'honneur de vous adresser, et que vous avez eu la bonté de publier dans les nos des 5 et 7 octobre de l'Union Médicale. Je m'y suis montré, selon lui, plagiaire ou ignorant, alternative peu flatteuse. De plus, et par une insinuation d'une délicatesse exquise, M. Boinet me reproche d'avoir fait intervenir le nom d'un pharmacien dont je m'honore d'avoir reçu les conseils, et dont l'officine, au demeurant, est complétement étrangère à la préparation des médicaments iodés sur lesquels j'ai osé appeler l'attention de vos lecteurs.

M. Boinet se trompe sur tous les points. Je n'ai élevé aucune prétention à la découverte de l'association du tannin à l'iode. Mon intervention, plus modeste, consiste à indiquer un mode d'obtenir cette association qui me paraît meilleur que les autres. Vous trouverez étrange, Monsieur le rédacteur, que, sans examen et sans expériences, M. Boinet s'arroge le droit de condamner du haut de son infaillibilité les humbles essais d'un praticien, et qu'il le fasse de ce ton magistral et sous cette forme peu confraternelle.

Je n'en persiste pas moins à soutenir :

1° Que le sirop de raifort iodé, malgré l'éminent patronage que lui prête M. Boinet, n'est pas une bonne préparation, que son usage n'en peut être longtemps continué, et qu'il inspire aux enfants une invincible répugnance. Je dis cela, parce que c'est un résultat de ma pratique sincère et loyale.

2° Que l'addition de la gentiane au vin iodé ne fait que rendre l'administration de cette préparation plus difficile;

3° Que l'addition des roses de Provins est préférable, non seulement parce que les roses de Provins contiennent du tannin, ce que personne n'ignore, mais encore parce qu'elles contiennent de la cyanine et de la xanthine dans des proportions beaucoup plus considérables que le tannin et que ces principes ont précisément la propriété de dissoudre l'iode, ce dont M. Boinet ne paraît pas se douter;

4° Que lorsque M. Boinet aura essayé l'emploi des formules que j'ai indiquées, il aura seulement le droit d'en dire son opinion, au lieu de porter un jugement préventif que je n'accepte pas.

Quant à la réclamation de M. le pharmacien Galy, je ne la signale que pour faire remarquer qu'elle tombe à faux, que je n'ai revendiqué ni l'invention, ni la priorité de quoi que ce soit, et que si à l'occasion de quelques formules médicinales on était obligé de refaire l'historique d'un médicament et d'indiquer, avec noms d'auteurs, toutes les modifications que ses innombrables préparations ont subies, la presse médicale tout entière ne suffirait pas à contenir ce dénombrement.

Veuillez agréer, etc. Dr Leriche.

COURRIER.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, la chaire de pathologie chirurgicale et celle d'anatomie, à la Faculté de médecine de Paris, ont été déclarées vacantes.

La Faculté ayant à faire les présentations qui lui sont attribuées par le décret du 9 mars 1852, invite MM. les candidats qui désirent être portés sur la liste à déposer l'énoncé de leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 11 novembre courant.

— La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris aura lieu le 15 novembre prochain. M. le professeur Grisolle y prononcera l'éloge du professeur Chomel.

Le registre pour les inscriptions est ouvert jusqu'au 16 novembre, de dix heures à midi. Le 15, le secrétariat sera fermé, à cause de la séance de rentrée.

MM. les élèves qui désirent prendre leur première inscription sont avertis qu'ils doivent présenter au secrétariat les pièces exigées la veille du jour où ils prendront leur inscription. Ils doivent être accompagnés d'un répondant.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'École de pharmacie de Montpellier, aura lieu, selon l'usage, le 15 novembre prochain. Le registre des inscriptions en médecine a été ouvert le 2 novembre et sera clôturé irrévocablement le 15 du même mois.

— Par décrets impériaux ont été nommés dans la Légion d'honneur au grade de chevaliers :

M. Hervé du Penhoat, médecin à Saint-Pol de Léon; — M. Gestin, ancien chirurgien de la marine, médecin des hospices de Quimper; — M. Beaugendre, médecin à Quimper; — M. Fléouet, médecin vétérinaire à Morlaix.

— Une personne considérable du département de la Charente-Inférieure s'occupe de rechercher les ouvrages des auteurs, morts ou vivants, qui appartiennent à la Saintonge. Un médecin de ce département, ancien préfet, M. le docteur Fleury (de Grezac), a jugé l'occasion opportune pour signaler à la reconnaissance de ses concitoyens, le professeur Forget (de Strasbourg), né à Saintes, le 15 juillet 1800. Dans la *Notice biographique* écrite par M. Fleury, et qui n'est qu'un vif hommage rendu au mérite éminent de notre maître et ami, le patriotisme a le rare bonheur d'être d'accord avec l'équité. — (*Gazette hebdom.*)

— Les sciences naturelles viennent de faire une perte très regrettable par le décès de M. le colonel Serres, qui résidait à la Roche-des-Arnauds, près Gap. Depuis environ trente ans, M. Serres s'occupait, avec une ardeur qui ne s'est jamais démentie, de l'étude des plantes de la flore française.

— La médecine militaire vient de faire une perte regrettable dans la personne du docteur Casimir Froussart, médecin-major au 4e de cuirassiers, décédé à Versailles, des suites d'une lésion organique de l'estomac. Il était né à Saint-Malo le 13 août 1815; son père était le frère de Madame Broussais, femme du célèbre chef de l'école physiologique.

— MM. les docteurs en médecine qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'École pratique, sont invités à se rendre le samedi 6 novembre, à midi, dans la grande salle de la Faculté, pour la distribution de ces amphithéâtres.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — CONFÉRENCES CLINIQUES. — M. le docteur Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera le lundi, 8 novembre, à 9 heures du matin, ses leçons cliniques, et les continuera les lundis et les vendredis, à la même heure.

Les conférences de ce semestre seront spécialement consacrées à l'hydrothérapie, au diagnostic et au traitement des affections utérines, et aux maladies du cœur.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Guersant commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants le jeudi 11 novembre, à 8 heures, et le continuera tous les jeudis de 8 à 10 heures du matin.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

MM. Davenne, directeur de l'assistance publique.	20 fr.
Louis.	20
Boutequoy, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or).	5
Blache	20
Le Cottier, à Parthenay . . .	5
	70
Listes précédentes.	773
Total	843

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 133. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 9 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE CROUP; TUBAGE DE LA GLOTTE, SAIGNÉE, ANALYSE DU SANG, TRACHÉOTOMIE, ANASARQUE, ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE;

Observation lue à la Société médicale d'observation,

Par M. CRÉQUY, interne des hôpitaux.

Le nommé Fabar (Léon), âgé de 10 ans, est entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 23 septembre 1858, salle St-Benjamin, service de M. Barthez, suppléé par M. Empis.

Son tempérament est lymphatique, sa constitution moyenne. Il est malade depuis cinq jours. Le début a consisté dans un malaise général, bientôt suivi d'une toux quinteuse, sans autres caractères particuliers. Un léger mal de gorge est venu se joindre à ces symptômes.

Ainsi, légère courbature, toux quinteuse, mal de gorge peu intense, tels furent les trois symptômes initiaux et qui persistèrent pendant trois jours.

Le quatrième jour, les choses changèrent; la respiration devint difficile, la voix et la toux prirent un caractère de raucité qui alarma les parents et les décida à conduire leur enfant à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel nous le trouvons à son entrée !

L'enfant est couché sur le dos; le visage exprime l'anxiété; il existe une oppression vive.

Le pouls bat 130 pulsations; la peau est chaude et moite.

La gorge est dans l'état suivant : Fausses membranes disséminées sur les amygdales, les piliers du voile du palais et le fond du pharynx, sous forme d'îlots, laissant entre elles de larges surfaces saines ou à peine enflammées.

Il n'y a pas de gonflement; la douleur est très légère.

Les ganglions parotidiens ne sont pas engorgés; mais dans la fosse sous-maxillaire il existe un ganglion du volume d'une amande, sans engorgement du tissu cellulaire environnant.

La respiration, avons-nous dit, est très gênée; l'enfant fait des efforts puissants pour faire pénétrer l'air dans les voies aériennes.

Il existe un sifflement laryngo-trachéal que l'on entend à plusieurs mètres du lit du malade.

La toux est rauque, basse, non éteinte; la voix présente les mêmes caractères, mais par instant elle est complétement éteinte, ce qui lui donne un caractère remarquable de discordance.

Auscultation : Au sommet des deux poumons on entend le murmure vésiculaire qui paraît très affaibli; mais dans la plus grande partie de la poitrine, il est entièrement masqué par le bruit laryngé.

La percussion ne fait découvrir rien d'anormal.

La sensibilité des téguments, recherchée à l'aide de piqûres faites avec une épingle, est diminuée, mais non abolie.

Les urines n'ont pas été examinées.

Les autres fonctions ne présentent rien de remarquable.

Traitement : Cautérisation de la gorge avec une solution de nitrate d'argent à parties égales; un vomitif; ipéca, 1 gramme.

A quatre heures de l'après-midi, l'oppression paraît un peu plus vive. M. Bouchut place une canule d'argent dans le larynx; l'opération est pratiquée avec assez de facilité. Cependant la première tentative ne fut pas heureuse; l'enfant rejeta la canule; la seconde réussit.

Une très légère diminution de l'oppression suivit cette opération.

La voix est un peu plus libre, quoique encore très altérée.

Le murmure vésiculaire s'entend un peu mieux, mais il est toujours masqué par le bruit qui se passe dans le larynx, ou plutôt dans la canule.

L'enfant dit se trouver un peu mieux, mais il accuse une gêne assez notable au niveau du larynx. Cependant il ne fait aucun effort pour se débarrasser de la canule.

Au moment où l'on plaça celle-ci dans le larynx, l'enfant rejeta une fausse membrane peu épaisse, longue d'environ 4 centimètres, large de 1 centimètre 1/2. A minuit l'oppression est beaucoup plus considérable : la face est rouge, un peu violacée, la peau couverte de sueurs, la respiration très fréquente; l'enfant fait des efforts considérables pour introduire l'air dans la poitrine. Le sifflement qui se passe dans la canule laryngée est très bruyant et s'entend de tous les points de la salle où est couché le malade; l'asphyxie paraît imminente.

On retire la canule. L'enfant dit se trouver un peu mieux, mais cette amélioration est à peine sensible.

Traitement : Ipéca, 1 gramme; ventouses et sinapismes aux extrémités inférieures.

24 septembre, huit heures du matin. Le mal a fait des progrès; la face est violacée; l'anxiété extrême; la voix et la toux sont éteintes; la peau couverte de sueurs.

Traitement : Une saignée de 300 grammes; ipéca, 1 gramme.

La fibrine est extraite du sang par M. Leclerc; son poids, rapporté à 1000, est 4,10. Elle paraît à l'observateur moins tenace qu'elle ne l'est dans les cas ordinaires; elle semble avoir plus de tendance à se mettre en grumeaux qu'en filaments.

Après la saignée, l'enfant éprouve une légère amélioration, mais celle-ci ne se maintient pas.

A neuf heures et demie du matin, l'asphyxie est telle que l'on juge la vie ne devoir se prolonger que quelques heures. La face est turgide et violacée; les veines du cou font saillie sous la peau; la respiration est très accélérée; le pouls très petit. Les autres symptômes ont également acquis une plus grande gravité; la voix et la toux sont complétement éteintes; on n'entend plus le murmure vésiculaire dans aucun point de la poitrine.

La trachéotomie est pratiquée *in extremis.*

L'opération terminée, l'enfant éprouve un changement complet dans son état; la teinte cyanique disparaît; la respiration devient facile, et personne ne se douterait que le malade vient de courir d'aussi grands dangers.

L'air pénètre facilement dans la poitrine, et on entend le murmure vesiculaire dans toute son étendue; il est pur à gauche, mêlé d'un peu de ronflement à droite.

A partir de ce moment, l'amélioration est progressive; dès le deuxième jour de l'opération, l'enfant peut rester plusieurs heures sans canule, et le quatrième on la retire d'une manière définitive.

Néanmoins, il existe pendant les premiers jours qui suivent l'opération une gêne très notable de la déglutition, et l'on est obligé d'avoir recours à la contrainte pour nourrir le malade.

Jusqu'au 6 octobre, la cicatrisation marche rapidement; mais à partir de ce jour, la plaie prend un aspect blafard, que les cautérisations avec le nitrate d'argent sont impuissantes à modifier, les lèvres en restent écartées; pour parer à cet inconvénient, on place de chaque côté de la plaie deux petits rouleaux de sparadrap, et par-dessus des bandelettes de diachylon qui font le tour du cou. On exerce ainsi une légère compression sur les parties profondes de la plaie. Ce pansement, renouvelé tous les jours, amène le meilleur résultat; la cicatrisation est complète le septième jour de son application, et M. Barthez se propose de renvoyer le malade qui est entièrement guéri, à part l'altération de la voix qui persiste; elle est toujours basse et presque éteinte.

Mais le 16 octobre, jour où l'enfant doit quitter l'hôpital, survient une complication : la face est légèrement bouffie, les paupières sont un peu infiltrées et présentent une teinte pâle et légèrement luisante.

Les bourses sont infiltrées d'une grande quantité de sérosité.

Cependant l'enfant n'accuse aucun malaise; il boit et mange bien, et la religieuse lui faisait hier compliment de son embonpoint.

Dans la soirée, l'enfant éprouve des frissons suivis d'un accès de fièvre assez intense, caractérisé par de la chaleur, de la fréquence du pouls et de l'agitation; une oppression assez vive se joint à ses symptômes et persiste environ deux à trois heures.

Le lendemain, 17 octobre, on constate tous les symptômes d'un épanchement pleurétique dans le côté droit : douleur au-dessous du mamelon, et matité depuis la base du poumon jusqu'à l'épine de l'omoplate, respiration faible dans les points correspondants à la matité, absence de vibrations thoraciques.

Le pouls est calme; il existe à peine un peu de fièvre.

Pas d'albumine dans les urines.

Traitement : Sulfate de soude........ 15 grammes.
Émétique........... 0,05

Pendant trois jours consécutifs, on soumet le malade à l'usage des purgatifs; l'épanchement disparaît graduellement; il en est de même de l'œdème que nous avons signalé au visage et aux bourses.

Aujourd'hui, 2 novembre, l'enfant peut être considéré comme guéri; l'anasarque n'existe plus; la matité a disparu à peu près entièrement; la respiration, quoique un peu faible, se fait dans toute l'étendue du poumon.

L'enfant parle de préférence à voix basse, et lorsqu'on le force à parler haut, il en résulte une discordance assez marquée.

Les urines ont été examinées chaque jour depuis le moment où l'on a constaté l'épanchement pleurétique, on n'y a pas trouvé d'albumine.

L'état de la peau a également été observé dès son entrée; on n'a découvert aucune trace d'éruption.

RÉSUMÉ. — Un enfant âgé de 10 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, entre dans le service de M. Barthez, le 23 septembre dernier, avec tous les symptômes d'une diphthérite pharyngée et laryngée. Il existe dans le fond de la gorge, sur les amygdales et les piliers du voile du palais, des plaques pseudo-membraneuses disséminées sous forme d'îlots; un ganglion sous-maxillaire est engorgé; l'enfant éprouve une oppression assez vive; il existe du sifflement laryngo-trachéal.

La toux et la voix sont rauques.

L'état de la gorge fournit une indication formelle : la cautérisation des parties malades; celle-ci est pratiquée séance tenante.

L'indication d'ouvrir une voie artificielle au passage de l'air est moins urgente. On se contente d'élargir le canal naturel à l'aide d'un tube d'argent, dont le calibre est supérieur à celui du larynx, rétréci par des fausses membranes.

Cette opération est pratiquée sans grande difficulté, mais au lieu de produire le résultat espéré, l'asphyxie augmente, même alors que la canule a été enlevée. M. Bouchut pense que celle-ci est le résultat non d'un obstacle au passage de l'air, mais d'une congestion pulmonaire, et il est ainsi conduit à pratiquer une saignée au malade.

La quantité de fibrine est recherchée, et on trouve qu'elle s'élève à 4,10.

Mais cette thérapeutique trompe encore le médecin dans son attente, un affaissement considérable se joint aux phénomènes d'asphyxie, qui continue ses progrès, et une heure et demie après que la saignée a été pratiquée, on ne voit plus de salut pour le malade que dans la trachéotomie, et même celle-ci est faite dans des conditions tellement désavantageuses, qu'on n'ose pas espérer la guérison.

Cependant cette opération est suivie des meilleurs résultats : la plaie faite à la trachée est parfaitement cicatrisée, et on signe l'exeat de l'enfant.

Mais la maladie diphthéritique n'a pas perdu droit de domicile, et probablement sous l'influence d'un refroidissement, si facile dans cette saison, elle produit une anasarque et un épanchement pleurétique qui guérissent sous l'influence d'une médication purgative.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente quelques particularités que je crois devoir relater.

Elle nous fait d'abord connaître le résultat infructueux d'une tentative qui, jusqu'alors, n'a pas donné de résultats heureux, et sur laquelle on était cependant en droit de fonder quelque espérance.

Le tubage de la glotte a tout d'abord donné un résultat inattendu : savoir, la possibilité pour un organe aussi susceptible que le larynx de supporter pendant plusieurs jours la présence d'un tube métallique, et cela sans une gêne très grande pour la respiration ni pour la déglutition. Ce résultat obtenu, il était permis de croire que le passage de l'air allait être ainsi rétabli et que la trachéotomie deviendrait inutile dans un grand nombre de cas.

Cependant, il n'en fut rien, et, si j'en juge d'après les sept ou huit faits que j'ai observés, je pense que le tubage de la glotte a avancé le terme de l'asphyxie. A quoi tient ce résultat : on a dit qu'une canule placée ainsi dans le larynx gênait les mouvements de cet organe et ceux de l'épiglotte et apportait ainsi un obstacle au passage de l'air.

Je ne pense pas que ce soit là le mode d'agir du tube laryngé.

Lorsque nous exerçons une compression sur un membre, lorsque, par exemple, nous mettons le doigt dans un anneau très serré, il en résulte une congestion au-dessous de l'anneau, et, partant, un gonflement qui empêche de retirer notre doigt.

Dans le larynx, les choses doivent se passer de même, le tube exerce une compression excentrique sur la muqueuse laryngée et il en résulte un bourrelet au-dessus de l'anneau qui vient faire office de soupape pendant l'inspiration. Ainsi, chez notre malade, ce n'étaient pas les fausses membranes qui gênaient la respiration, il n'y en eut de rejetées ni pendant, ni après l'opération, elles avaient été expulsées pendant que l'on pratiquait le tubage du larynx, et c'est là un effet mécanique qui est arrivé plusieurs fois pendant cette opération, circonstance qui n'est pas sans importance et qui explique peut-être mieux l'effet des instruments de M. Loiseau que les solutions de tannin employées par ce médecin.

J'ai dit qu'au moment de pratiquer la trachéotomie, on avait recherché l'état de la sensibilité et que celle-ci, bien que diminuée, existait encore.

On sait que M. Bouchut a tout récemment signalé l'anesthésie comme un phénomène d'une grande importance dans l'asphyxie produite par le croup.

La recherche de ce phénomène est plus difficile qu'on ne le pense tout d'abord. L'enfant, sous le coup d'une oppression des plus vives, paraît sentir très peu lorsqu'on vient à le piquer avec une épingle, et si l'on se borne à cette épreuve, on est souvent conduit à croire que l'enfant est insensible; mais si l'on fixe son attention, il vous dit très bien : on me pique; et même, alors que l'asphyxie est très avancée, que l'enfant ne parle plus, si l'on vient à le piquer un peu fortement sur le front ou la face, il manifeste clairement la douleur par la contraction des muscles sous-jacents à la peau. Ce phénomène d'insensibilité ou plutôt de diminution de la sensibilité, lorsqu'il existe, nous paraît plutôt

le fait d'un ralentissement de toutes les fonctions de la vie, qu'un désordre fonctionnel se rattachant au défaut d'hématose.

Cependant, chez quelques enfants, nous avons vu ce phénomène d'anesthésie très prononcé et presque complet, la trachéotomie le fit disparaître au bout de quelques heures. De nouvelles observations nous paraissent donc nécessaires pour établir sa réalité et son importance.

La trachéotomie fut pratiquée chez notre malade, elle ne présenta rien de bien remarquable. Cependant le corps thyroïde fut coupé, il nous semble préférable de l'éviter quand il y a possibilité, en l'attirant en haut à l'aide d'une érigne.

Récemment M. Millart, dans une thèse très remarquable, a blâmé cette manière d'agir. Il pense qu'en attirant ainsi le larynx en haut on détermine l'asphyxie. Le fait est très réel : mais, en ayant soin de suivre avec l'érigne les mouvements respiratoires, on évite ce danger et l'opérateur peut éviter le corps thyroïde, dont la section ne nous paraît pas aussi innocente qu'on l'a dit; il en résulte une hémorrhagie qu'on a quelquefois de la peine à arrêter.

J'ai parlé d'un pansement particulier qui avait été fait pour obtenir la cicatrisation de la plaie, c'est un fait trop simple pour que je m'y arrête; cependant, il est une circonstance importante à connaître : c'est la facilité qu'ont les enfants atteints de fistule à la trachée à prendre une broncho-pneumonie qui entraîne presque fatalement la mort.

Il est donc très utile d'obtenir une cicatrisation rapide.

Notre malade, au moment où nous le croyions guéri, a pris un œdème de la face, du scrotum, et une pleurésie. Ces trois phénomènes se rattachent évidemment à une même cause.

M. Sée a signalé la présence fréquente de l'albumine dans les urines; ce phénomène a été plusieurs fois observé à l'hôpital Sainte-Eugénie, principalement par M. Maugin, interne de M. Bergeron. Il est probable qu'il a existé chez notre malade; son absence est très probablement due au peu de soin qu'on a mis à examiner les urines dès le début de la maladie.

Actuellement, il vient de rentrer chez M. Barthez un enfant opéré du croup, et complétement guéri, avec de l'œdème de la face et du scrotum.

Un autre, qui vient de mourir, avait des quantités considérables d'albumine dans les urines.

L'œdème, chez nos deux malades, s'explique donc très bien par ce phénomène. Mais celui-ci est-il sous la dépendance d'une affection des reins ou une altération du sang? Nous l'ignorons; mais toujours est-il qu'il prête appui à cette opinion, qui, du reste, est généralement admise aujourd'hui, à savoir : que la diphthérite est une affection générale, se traduisant le plus communément par une sécrétion pseudo-membraneuse, mais pouvant déterminer aussi d'autres désordres, tels que paralysie du voile du palais, des membres inférieurs ou supérieurs, et même paralysie presque générale, quoique incomplète, ou une altération du sang reconnue par la présence d'albumine dans les urines, ou une sorte d'empoisonnement qualifié de diphthéritique, et qui, à lui seul, peut amener la mort en dehors de l'asphyxie.

L'altération de la voix qui persiste chez notre malade est-elle due au tubage de la glotte ou doit-elle être rapportée au croup? J'ignore le fait, et la question me paraît difficile à résoudre, parce que l'altération de la voix existe quelquefois longtemps chez les enfants qui ont subi la trachéotomie sans avoir été tubés.

HYDROLOGIE.

LES BAINS DE PIEDS AUX BAINS DE MER;

Par le docteur S. Feldmann.

Il est d'usage aux établissements de Dieppe, Trouville, Étretat, Tréport, le Havre, etc., etc., de faire prendre des bains de pieds plus ou moins chauds immédiatement après le bain frais de la mer.

Pourquoi ces bains de pieds? On serait peut-être embarrassé d'en donner une bonne raison médicale. On alléguera d'abord, il est vrai, qu'ils servent à ce que les baigneurs, en sortant de la mer, se réchauffent plus vite. Ce serait alors une affaire de comfort. Car l'essentiel est que la réaction survienne; quelques minutes plus tôt ou plus tard, ceci ne peut être de grande importance. Mais est-ce bien certain que l'on se réchauffe plus vite avec le bain de pieds?

J'inclinerais à prétendre le contraire. Ayant été assez heureux de pouvoir passer quelques jours à la plage d'Étretat, j'ai saisi cette occasion pour faire l'expérience de ces bains de pieds. J'avoue que je n'en étais pas enchanté. A part la sensation première et toute momentanée d'une chaleur agréable aux pieds, le reste me semblait désagréable et malsain.

Désagréable d'abord, parce que en se soumettant, à peine sorti de de l'eau fraîche qui *tonifie*, à une pareille application *émolliente*, on sent pour ainsi dire mollir par la base du corps, et on se lasse bien vite de cette énervante tiédeur aux pieds. En outre, la transition brusque de de 12° à 15° de chaleur à 28° produit aux doigts de pieds une sensation semblable à ce qu'on éprouve, quand, en hiver, en venant du froid de dehors, on s'expose brusquement à la température élevée d'un foyer; c'est la sensation de l'engelure commençante.

Des effets vraiment nuisibles ne tardent, du reste, pas à survenir; car les extrémités inférieures se refroidissent bien vite après le bain de pieds. Tandis qu'à la suite du bain frais seul, les extrémités inférieures participent à la réaction générale du corps. Ici on se prive du réchauffement spontané, prompt et agréable des pieds; la réaction est paralysée partiellement, ce qui ne peut avoir que des effets malsains. Moi-même j'en éprouvais un étourdissement qui commença à m'effrayer; d'autres auront des céphalalgies, des effets de congestion oculaire; d'autres encore des coryzas, des bronchites, des colites, etc. J'ai bien observé des cas de ce genre.

Tout ceci parle encore bien haut contre cette autre idée — si on voulait la faire valoir — que les bains de pieds doivent servir ici à empêcher les parties supérieures, surtout l'encéphale, de se congestionner; mais on voit bien qu'ils font plutôt monter le sang à la tête, comme s'exprime le vulgaire.

On retire donc bien peu de profit de ces applications plus ou moins chaudes; tout se résume en une sensation agréable d'un moment. Le mal qui peut s'en suivre n'étant pas en rapport avec le peu de bien que l'on éprouve réellement, il vaudra donc beaucoup mieux s'en abstenir, hâter la réaction du corps, et des pieds en particulier, en se frottant et s'essuyant lestement, et en se livrant à un bon exercice.

De retour de ma petite excursion, j'ai voulu savoir et je me suis informé si la pratique des bains de pieds a gagné les établissements d'autres pays. Eh bien, ni à Ostende, ni à Helgoland, ni à Norderney, etc., on ne prend des bains de pieds. A Ostende même, et je tiens ce fait de notre honorable confrère, M. le docteur Gustave Pfeiffer, on avait commencé à les mettre en usage. Mais le docteur Verhaege, médecin fort éclairé, les a défendus comme donnant lieu à des refroidissements fréquents.

Après toutes ces réflexions, est-ce trop hardi de demander : « Pourquoi ces bains de pieds? »

BIBLIOTHÈQUE.

ANNUAIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES;

Par A. Cavasse, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Première année, 1857. — Paris, Labé, 1858, in-12 de 432 pages.

Nous avons eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de parler de l'utilité des *Annuaires*, et de dire quel service incontestable les auteurs de ces publications rendaient au public médical. Il n'est pas un seul praticien, que l'inventaire, année par année, des richesses de notre science, ne doive intéresser, ne serait-ce qu'à titre de curiosité. Mais pour tous ceux de nos confrères qui, par leur position dans l'enseignement ou dans la presse, sont obligés de se tenir au courant du mouvement scientifique, La tâche laborieuse et patiente de dresser le bilan des travaux accomplis, mérite toute leur reconnaissance. Ils savent, en effet, qu'elle perte de temps, souvent considérable, exige la moindre recherche entreprise sans indications exactes. Or, s'il est vrai, comme le disait Francklin, que le temps est l'étoffe dont la vie est faite, à qui leur gratitude serait-elle plus légitimement due qu'à ceux qui leur offrent le moyen d'épargner cette étoffe précieuse?

Pour notre compte, nous savons d'autant plus de gré à M. Cavasse de son *Annuaire*, qu'il ne s'est pas borné à enregistrer au hasard de leur apparition les travaux qu'a vus naître l'année 1857; ce serait déjà beaucoup, mais il a fait mieux : il les a classés dans un ordre méthodique, très simple et très conforme aux habitudes médicales.

Il reproduit d'abord les actes officiels concernant les Facultés et les Écoles de médecine qui ont été édictés en 1857; il donne ensuite les programmes des prix proposés par les Académies et les Sociétés savantes, tant de la France que de l'étranger. (Peut-être cette dernière partie n'est-elle pas complète?)

Puis il énumère les ouvrages, les thèses, les communications aux corps savants, les articles de journaux, tous les travaux, en un mot, qui ont trait à l'*anatomie*. Il inscrit la date de chacun d'eux, et leur consacre, suivant leur importance, ou quelques lignes ou quelques pages, dans lesquelles il les résume ou les apprécie; après l'*anatomie* vient la *physiologie*; à celle-ci, succède l'*anatomie pathologique*, qui est, elle-même, suivie d'un chapitre où prennent place les travaux relatifs à l'*anesthésie*; — puis encore la *médecine* proprement dite, la *chirurgie*, les *accouchements* et les *maladies des femmes et des enfants*, l'*aliénation mentale*, la *thérapeutique* et la *matière médicale*, les *eaux minérales*, l'*hygiène*, la *toxicologie* et la *médecine légale*.

Enfin, l'auteur a classé par ordre alphabétique le catalogue très complet — y compris les thèses inaugurales et les journaux — des ouvrages sur les sciences médicales publiés en France pendant l'année 1857.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières, avec le nom de l'auteur de chaque article, en regard de cet article.

Ce cadre nous semble irréprochable, et nous n'avons, en conscience, que des éloges à adresser à M. Cavasse pour s'être chargé de ce labeur immense et l'avoir mené à bien. M. Cavasse espère cependant pouvoir faire mieux encore. « Pour être réellement utile, cet *Annuaire*, dit-il, devra paraître toutes les années; peut-être même devra-t-il être modifié. Je prends l'engagement de m'attacher à le perfectionner et à le rendre plus digne de l'attention et de la bienveillance du public médical. »

Nous faisons des vœux pour que l'approbation du public médical récompense l'auteur de ses efforts, et nous serons heureux d'avoir à signaler à nos lecteurs, pour l'*Annuaire* de 1858, des perfectionnements que nous ne prévoyons pas, puisque celui de 1857, tel qu'il est, nous satisfait pleinement.

Dr Maximin Legrand.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 22 septembre 1858.— Présidence de M. Grisolle.

Sommaire. — Note de M. Ernest Barthez sur la *diphthérite*. — Discussion sur le traitement du croup par la méthode de M. Loiseau : MM. Gillette, Vigla, H. Roger, Gros, Woillez.

M. Gillette lit au nom de M. Ernest Barthez, absent, la note suivante sur la *diphthérite*, à propos de la discussion soulevée sur ce sujet au sein de la Société en août dernier.

Lorsque M. le professeur Trousseau a décrit trois formes de la diphthérie, il vous a présenté un tableau de cette maladie aussi saisissant que fidèle. En effet, nous connaissons tous aujourd'hui cette forme maligne, dans laquelle il semble qu'un poison actif et rapide a envahi le corps humain, qu'il tue en quelques jours. Nous la distinguons du croup proprement dit, qui détermine la mort en obstruant mécaniquement les voies aériennes. Nous avons aussi tous vu fréquemment cette forme moins foudroyante que la première, dans laquelle la fausse membrane gutturale ou laryngée semble d'abord n'être qu'un mal local qui bientôt s'étend, se généralise, et finit par s'accompagner de symptômes généraux qui indiquent que l'économie tout entière est frappée. Dans la première forme, l'intoxication semble être primitive, dans la seconde, on dirait qu'elle n'existe pas, dans la troisième, elle paraît secondaire ou consécutive.

J'admettrais volontiers l'existence d'une quatrième forme, qui mérite mieux que la précédente le nom de chronique, et dans laquelle la fausse membrane persiste pendant des semaines sur les mêmes points, sans modification apparente, pour disparaître graduellement et comme par une absorption lente (1).

Ces formes, dont on peut rencontrer des exemples bien tranchés, qui doivent servir de type pour la commodité de la description, sont loin cependant d'être toujours aussi séparées dans la pratique. L'analyse des faits démontre le mélange fréquent, sur le même individu, des formes fondamentales. Il faut dire, toutefois, que si la diphthérie strangulatoire et la diphthérie à intoxication secondaire se réunissent très fréquemment, la diphthérie maligne est habituellement trop rapide dans sa marche pour être en même temps strangulatoire.

Ce qui est vrai pour beaucoup de faits étudiés isolément, l'est aussi pour les épidémies. Certes, je reconnais avec M. Trousseau (comme cela a été dit, d'ailleurs, pour toute maladie épidémique) que chaque épidémie de diphthérie revêt une apparence qui lui est propre, et qui la rapproche plus ou moins de l'une des formes ci-dessus indiquées. Mais il n'est pas moins vrai aussi que, dans chaque épidémie, on rencontre facilement des exemples plus ou moins nombreux dont la forme diffère de celle qui, plus habituelle, donne à la maladie régnante son cachet particulier. Ainsi dans l'année courante, la forme strangulatoire a certainement dominé, et cependant la forme à intoxication secondaire n'a pas été très rare.

Il se présente, en outre (et cela aussi est commun à toutes les épidémies), des diminutifs de la maladie principale, des cas légers dans lesquels on voit s'amoindrir et disparaître les symptômes sérieux. En sorte qu'à côté d'un cas grave et bien caractérisé, on constate un ou plusieurs exemples de ces diminutifs, qu'on ne saurait pas toujours rattacher à leur cause réelle, si l'on n'avait en vue le fait positif qui vient dévoiler leur nature. Je n'ai pas besoin de rapporter quelques-uns de ces exemples. M. Vigla en a cité qui appartiennent à l'épidémie actuelle. Ceux dont j'ai été témoin et que je pourrais raconter ne feraient que confirmer ce qui a été dit et étendre inutilement cette note.

En présence de ces remarques, il semble impossible de voir dans les formes diverses de la maladie une différence de nature, et, à cet égard, je me range tout à fait à l'avis de MM. Trousseau, Vigla et de tous ceux qui admettent l'existence d'une seule affection; la diphthérie, pouvant se montrer sous divers aspects, suivant des conditions qui ne nous sont pas toutes connues.

Il est permis de supposer que la diphthérie, maladie toujours générale dans son principe, produit des altérations dont les unes portent sur les solides (telle que l'exsudation pseudo-membraneuse), et les autres sur les liquides et notamment sur le sang dont la crase est modifiée (2). La présence ou l'absence, le développement successif ou simultané, la prédominance de l'une ou de l'autre de ces altérations, peut rendre compte des variétés de forme de la maladie.

Si telle est la cause prochaine de ces variétés, leur cause éloignée peut être cherchée soit dans les influences climatériques ou autres qui donnent naissance à l'épidémie, soit dans la constitution même de l'individu frappé par le mal, et qui est plus ou moins apte à recevoir le poison morbide et à le laisser agir sur les solides ou sur les liquides de son économie.

Pour terminer par une comparaison familière à M. Trousseau, je dirai que les diphthéries sont semblables à des graines appartenant toutes à la même espèce de plante, mais donnant des fruits plus ou moins parfaits, plus ou moins pareils à ceux qui les ont produites, suivant leur variété personnelle, suivant le terrain dans lequel elles se seront implantées, suivant les soins plus ou moins entendus qui leur auront été donnés.

Bien que j'admette l'*unicité* de la diphthérie dans les cas graves comme dans les cas légers, dans ceux où les symptômes généraux dominent, comme dans ceux où la fausse membrane paraît être le seul symptôme, je distingue cependant cette maladie d'autres qui lui ressemblent et qui, malgré la production d'une fausse membrane, doivent en être séparées comme espèces distinctes. Telle est l'angine dite herpétique, sur laquelle l'attention a été de nouveau attirée dans ces derniers temps; telle est aussi l'angine ulcéro-membraneuse, dans laquelle la fausse membrane recouvre des ulcérations plus ou moins profondes, angine qui revêt quelquefois l'apparence de la gravité plutôt qu'elle n'en possède la réalité (3).

Il faut aussi séparer de la diphthérite l'angine de la scarlatine, même lorsqu'elle revêt la forme pseudo-membraneuse, même aussi lorsque, par une marche très rare, elle envahit les voies aériennes. Bien que je reconnaisse avec M. Sée les analogies qui existent entre la diphthérie

(1) Je donnerai comme exemple de cette forme le fait suivant, observé en 1854 : Un enfant de 11 ans entra dans mon service au huitième jour de la maladie. Alors le voile du palais, les amygdales et toute la partie visible du pharynx étaient couverts de fausses membranes jaunes, épaisses, adhérentes et luisantes, comme si un vernis eût été étalé à la surface de ces parties. L'extinction de la voix et de la toux, les accès de suffocation, le rejet après vomissement de fausses membranes indiquaient que le larynx et la trachée étaient envahis. Les symptômes généraux étaient peu graves. Au bout de quelques jours les accidents laryngés s'amendèrent et la suffocation disparut. Mais sur tous les points où la vue pouvait s'étendre, il était facile de voir la fausse membrane conservant tous ses mêmes caractères, malgré les divers traitements employés. Il en fut ainsi pendant un mois entier, et la guérison se fit graduellement dans le temps où, découragé de l'inutilité de mes efforts, j'avais abandonné tout traitement. Au moment de la sortie, il persistait une légère altération du timbre de la voix.

(2) Nous ignorons complétement quelles sont ces altérations du sang. Bien qu'il y ait quelque raison de supposer que la diminution de la fibrine soit l'une d'elles, nous ne pouvons pas affirmer qu'elle soit la seule. Nous ne pouvons pas dire davantage si l'altération du sang est la même dans la forme maligne et dans la forme à intoxication consécutive, etc., etc.

(3) Cette angine ulcéro-membraneuse, dont j'ignore la cause réelle, me paraît beaucoup plus rapprochée de l'angine scarlatineuse que de la diphthérie. Comme elle, elle n'a pas de tendance à gagner le larynx, et elle n'est pas rare chez les scarlatineux. Sur 25 cas d'angine ulcéro-membraneuse que mon interne, M. Créquy, a comptés cette année dans mon service et qui se sont tous terminés par guérison, 10 se sont développés chez des scarlatineux et 15 en dehors de cette fièvre éruptive.

et la scarlatine, comme lui aussi, je ne vois là que des analogies et des rapports qui ne suffisent pas pour établir une identité de nature.

Cependant M. Trousseau a rappelé avec raison des faits de scarlatine qui ne sont pas très rares et qui présentent une telle ressemblance avec la diphthérie que la confusion n'est pas facile à éviter. « Cependant, ajoute-t-il, il faut les distinguer; mais je ne sais pas établir les caractères distinctifs. » Comme M. Trousseau j'y renonce; mais lorsque je cherche à me rendre compte de ces cas morbides, je crois y voir deux ordres de faits très séparés.

1° La scarlatine et la diphthérie ayant de grandes analogies, on peut très bien supposer qu'elles peuvent se rencontrer sur le même individu et constituer ainsi une maladie unique en apparence, complexe en réalité. Je rangerais volontiers dans cette catégorie presque tous les faits dans lesquels la scarlatine angineuse se montre avec des fausses membranes gutturales semblables à celles de la diphthérie et qui ont de la tendance à s'étendre, qui gagnent les fosses nasales et plus rarement le larynx, c'est-à-dire tous les cas dans lesquels la scarlatine simule la seconde et la troisième forme de la diphthérie.

2° A côté de cette maladie complexe, il est une autre forme qu'il faut peut-être comprendre d'une autre manière, c'est celle plus rare et plus grave, qui mérite le nom de scarlatine maligne. Ici la question est plus large et ne saurait être circonscrite entre ces deux seules maladies. Plusieurs autres, en effet, peuvent présenter les caractères de la malignité. On connaît la fièvre typhoïde maligne; la variole avant que la vaccine n'ait diminué sa fréquence et sa gravité se montrait souvent aussi avec le caractère malin : la rougeole l'est plus rarement. Lorsque la malignité incombe à ces maladies, la dépression des forces est extrême et rapide, le pouls est de suite faible, petit, misérable; la gravité du mal apparaît grande dès l'abord, s'accroît avec rapidité, et la mort arrive dans un court espace de temps, quelques heures ou quelques jours. Parmi les lésions locales qui peuvent se produire alors, on peut sans doute noter des congestions ou même des phlegmasies souvent accompagnées d'exsudation d'un sang altéré, mais les plus remarquables sont des gangrènes superficielles et très rapidement établies, survenant fréquemment à des organes sains ou déjà enflammés. L'état malin semble être complétement opposé et antagoniste à l'état inflammatoire. Aussi les maladies qui revêtent facilement ce caractère, tel que le rhumatisme fébrile, sont-elles rarement ou jamais malignes. De même, lorsqu'avec l'état malin, il ne se fait pas d'autres lésions d'organes que celles que l'on est peut-être un peu trop habitué à rapporter à l'inflammation pure (telles la pneumonie et certaines angines), ces phlegmasies se présentent alors avec un tel aspect qu'il est impossible à tout praticien un peu expert de les considérer et de les traiter comme des maladies inflammatoires : car la phlegmasie n'est là que l'une des expressions locales de l'état malin, et la nécessité de tonifier surgit de suite avec évidence.

Aussi, bien des médecins ont-ils considéré la malignité comme un état morbide spécial, ayant sa nature propre, étant capable soit de produire des maladies déterminées, soit de compliquer d'autres états morbides et de modifier leurs caractères de manière à leur imposer la violence, la rapidité et la gravité de sa propre nature. C'est pour cela que F. Bérard avait rangé l'état malin parmi les éléments morbides. Avant lui, P.-J. Barthez avait placé la cause des maladies malignes dans la résolution des forces radicales; et sa théorie, que l'on peut accepter ou rejeter, prouve au moins combien dans son esprit comme dans celui de beaucoup de praticiens de son époque, la malignité constituait un état morbide distinct de tout autre.

Or, sans vouloir affirmer que nous devions dès aujourd'hui revenir, sans plus ample informé, à ces idées, je ne puis me dissimuler qu'en les appliquant aux deux affections dont il est question ici, je me rendrais facilement compte de ce qui m'a plusieurs fois frappé, comme cela a frappé M. Trousseau, à savoir l'impossibilité de distinguer la diphthérie maligne et la scarlatine maligne.

Ces maladies, lorsqu'elles sont simples, ont déjà bien des expressions symptomatiques communes ou analogues, telles que le mal de gorge avec production pseudo-membraneuse, le gonflement des ganglions, etc. Supposez que, sous une influence individuelle ou épidémique, il survienne à ces deux maladies simples une complication identique assez puissante pour leur imprimer son propre cachet, vous arrivez facilement à comprendre l'embarras du praticien qui voit se confondre deux affections qu'il est habitué à séparer. On conçoit, en effet, que, dans les deux cas, les fausses membranes se putréfient rapidement, que l'apparence ou la réalité de la gangrène se montre dans la gorge, que le gonflement ganglionnaire s'étende au tissu cellulaire, que le sang exsude des parties malades, que le pouls devienne petit et misérable, que la mort arrive avec une effrayante rapidité.

Je croirais donc volontiers que la diphthérie et la scarlatine, maladies analogues, mais non identiques, se confondent aux yeux du praticien dans deux circonstances; d'abord quand elles coexistent sur le même individu et se compliquent mutuellement; ensuite dans les cas où, restant isolées, elles se compliquent de l'état malin qui lui imprime son caractère.

En résumé :

La diphthérie est une maladie générale, une, bien déterminée et distincte de toute autre.

Ses principales expressions sont :

L'exsudation des fausses membranes;

Une altération du sang encore inconnue dans son espèce;

Et par suite un ensemble de symptômes locaux et généraux.

J'arrive maintenant à la question thérapeutique, sur laquelle surtout je voulais consulter ceux des membres de la Société qui sont le plus familiers avec le traitement du croup. Je ne veux pas entrer dans les détails de ce traitement; mais seulement je désire me renseigner sur deux points : les cautérisations et les contre-indications de la trachéotomie.

Depuis quelque temps, bien des médecins ont abandonné la pratique de la cautérisation du pharynx, tandis que d'autres persistent dans son emploi. Pour moi, élevé à cet égard à l'école de M. Trousseau, j'ai le plus souvent pratiqué cette opération; puis, frappé des objections sérieuses qui lui ont été adressées, je l'ai quelquefois négligée. Des deux manières, j'ai rarement réussi, j'ai souvent échoué. La lumière ne s'est pas encore faite pour moi. Dans les cas de succès, je ne sais pas si la guérison a eu lieu *par* ou *malgré* la cautérisation. Il m'a semblé que, dans quelques cas, elle a été utile; tandis que, dans d'autres, elle m'a paru nuisible; mais je ne sais pas distinguer ces cas *à priori*. Je pourrais dire, dès à présent, ce que je sais ou ce que je suppose à ce sujet, mais je préfère me borner pour le moment à poser cette question :

Faut-il, oui ou non, renoncer à la cautérisation du pharynx dans l'angine couenneuse? Faut-il cautériser dans tel cas et s'abstenir dans tel autre? Et alors à quels symptômes reconnaître l'indication de cautériser?

J'aborde la question de la trachéotomie. On a dit et on a répété, ce qui est vrai, que les succès étaient plus nombreux à l'hôpital des Enfants qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie. Je devais naturellement rechercher les causes de cette différence, afin de la faire disparaître s'il était possible. Et c'est pour que mes confrères me vinssent en aide que je voulais, il y a quelque temps, soulever cette discussion.

J'ai depuis, il est vrai, trouvé quelques-unes de ces causes : un peu le défaut d'habitude et de tradition. On sait qu'au début, les succès ont été plus rares qu'aujourd'hui à l'hôpital des Enfants, et cela indépendamment des variations annuelles épidémiques. Or, depuis longtemps déjà l'opération était pratiquée aux Enfants-Malades, lorsque fut créé l'hôpital Sainte-Eugénie. Quelques maladresses commises pendant ou après l'opération, et qu'il sera facile d'éviter par la suite : l'absence de quelques-uns de ces petits soins qu'on apprend d'autrui et que l'on découvre par l'usage; tout cela a pu certainement déterminer la mort de quelques enfants et diminuer le nombre de nos succès. La chose me paraît évidente et mon attention est éveillée sur ces points.

Mais il en est un sur lequel je crains de ne pas être suffisamment renseigné : c'est sur les cas dans lesquels il faut s'abstenir d'opérer. Il est certain qu'au moment de prendre le bistouri, on peut souvent calculer approximativement les chances qu'on a de réussir, chances qui, nombreuses dans tel cas, seront à peu près nulles dans tel autre. Aussi pour décider si l'on veut opérer, il faut savoir si l'on veut prendre les intérêts de la trachéotomie ou bien ceux de l'enfant qu'on a sous les yeux, intérêts qui sont loin d'être solidaires.

Je m'explique. Prendre les intérêts de la trachéotomie, c'est choisir pour opérer les cas dans lesquels l'asphyxie est le symptôme unique ou au moins très dominant. On peut obtenir par là une proportion assez notable de succès. On doit agir ainsi dans les temps et dans les lieux où la trachéotomie n'a pas encore pris droit de cité. La raison en est facile à comprendre.

Prendre les intérêts de l'enfant dont on tient en partie la vie entre ses mains, c'est opérer dans tous les cas dans lesquels l'asphyxie est évidente ou seulement soupçonnée, quelles que soient d'ailleurs les autres conditions. Agir ainsi, c'est diminuer la proportion des guérisons, eu égard au nombre des opérés; mais c'est augmenter le nombre réel des enfants arrachés à la mort. Car il existe des exemples de guérison, quelque fâcheuses, quelque déplorables que soient les conditions au milieu desquelles on a opéré. Si l'enfant qu'on a sous les yeux n'a qu'une chance de guérison sur cent, sur mille, ne vaut-il pas mieux lui donner ce millième de chance que de l'abandonner à une mort certaine?

Lorsque l'exsudation pseudo-membraneuse est le phénomène unique en apparence ou au moins dominant, les symptômes locaux dominent aussi, et la maladie pourrait prendre le nom de simple, de pseudo-membraneuse, ou d'exsudatoire (1).

Lorsque l'altération du sang est le fait principal, la maladie ressemble davantage à un empoisonnement, les fausses membranes sont rares et peu étendues, la résolution des forces est rapide et complète; c'est la forme maligne : alors la diphthérie n'est peut-être pas simple, mais elle est compliquée de malignité.

La diphthérie pure et complète est celle à laquelle on a donné le nom de généralisée, dans laquelle l'exsudation plastique ouvre la scène, puis s'étend sur une grande surface ou se dissémine, apparaissant simultanément ou successivement sur diverses parties du corps, et s'accompagnant bientôt de symptômes généraux qui, sauf la rapidité, ont quelques rapports avec ceux de l'état malin. La maladie se termine, en effet, dans un intervalle de dix à vingt jours. Quelques praticiens ont pensé à tort, je crois, que, dans cette forme, l'intoxication était secondaire et n'était que le résultat de l'absorption des produits de sécrétion putréfiés. La maladie est d'emblée générale; elle suit là son cours naturel et complet.

Enfin, ces trois formes de la maladie sont des types que l'on peut rencontrer bien tranchés, mais souvent, le plus souvent peut-être, ils se mélangent.

Un mot seulement sur la gravité de la maladie, avant d'aborder la thérapeutique.

La diphthérie maligne est la plus grave des trois formes; je ne sais même pas s'il existe des exemples avérés de guérison. Là la mort est certaine et rapide. Cependant il est possible de se rappeler certains faits desquels il semblerait résulter qu'il y a des degrés dans l'intensité de la malignité, et qu'en conséquence, il serait possible que la forme maligne ne fût pas nécessairement mortelle. Mais il y a là, on le comprend, une question de diagnostic assez difficile à résoudre.

La diphthérie complète ou généralisée est aussi d'une gravité extrême, quoique moins absolue que dans le cas précédent. Je ne saurais pas dire la proportion de la curabilité soit spontanée, soit après traitement. Mais il n'est personne qui n'ait vu guérir quelqu'un de ces cas graves.

La diphthérie exsudatoire ou simple est certainement celle des trois formes qui se termine le plus souvent par la guérison. Sa gravité dépend en grande partie, ou même exclusivement du siége de la fausse membrane. Le cas le moins grave est celui dans lequel le produit d'exsudation se borne à couvrir les amygdales et une partie du pharynx. Dans les cas les plus sérieux, le larynx, la trachée, les bronches sont envahis, et l'on a sous les yeux le croup simple ou strangulatoire et asphyxique. Ici la mort est fréquente, moins cependant que dans les deux premières formes, même en l'absence de la trachéotomie. Nous sommes actuellement, à Paris, peu en position de juger la proportion des cas de guérison en dehors de l'opération. Et si M. Trousseau a pu avancer qu'il n'avait pas vu guérir plus de 3 fois sur 100, la chose est due sans doute au grand nombre de trachéotomies qu'il a pratiquées. Il est possible que plusieurs de ses malades eussent guéri sans le secours de l'opération. C'est là où la trachéotomie n'est jamais ou presque jamais pratiquée qu'il faut chercher la solution du problème. Or, la chose se passe ainsi à Genève, et je trouve, dans une lettre que m'écrivait à ce sujet mon excellent ami Rilliet, que le croup avec intoxication est exceptionnel à Genève; que le croup strangulatoire, tel que nous l'avons vu à Paris cette année, est celui qu'on observe toujours; que, sur ces croups, la proportion des guérisons est d'un quart à un cinquième. Cette proportion me paraît forte, et je ne voudrais pas la donner comme certaine en l'absence d'une statistique détaillée. Mais l'assertion suffit pour prouver la curabilité assez grande du croup strangulatoire, en dehors de la trachéotomie. N'oublions pas, d'ailleurs, que, cette année, 10 enfants, qui étaient sans doute atteints de cette forme du croup, ont guéri sans opération dans les deux hôpitaux de Paris consacrés aux enfants.

(1) Cette forme est, en général, assez rapide dans sa marche; mais il se peut qu'elle revête quelques fois l'apparence chronique; la fausse membrane demeurant attachée aux mêmes points sans changer d'apparence, pendant plusieurs semaines.

C'est ainsi, en effet, que, jusqu'à présent, j'ai jugé la question; aussi, ai-je donné à mes internes le conseil d'opérer toutes les fois que, le mal étant arrivé à une certaine période qui ne permettait plus de compter sur une terminaison favorable, ils constateraient les symptômes d'asphyxie ou même lorsqu'ils auraient du doute sur l'existence de ces symptômes et ne sauraient pas les distinguer de ceux de l'intoxication concomitante. Il en est résulté que nos opérations ont été très nombreuses eu égard au nombre des croups entrés dans mon service. En effet, deux seulement n'ont pas été opérés. L'un est mort sans nous laisser le temps indispensable à préparer l'opération; l'autre était déjà dans nos salles, malade, cachectique, voué à une mort certaine à laquelle je l'avais abandonné, lorsqu'il fut pris de diphthérie généralisée.

Il a donc été impossible de faire un plus grand nombre d'opérations qu'il n'en a été pratiqué (1). Ce nombre considérable n'a produit qu'un sixième de guérisons. Mais cette proportion eût été bien meilleure si j'avais empêché l'opération chez un certain nombre d'enfants qui présentaient des symptômes d'intoxication tels, que le succès était infiniment peu probable; facilement alors j'aurais fait descendre la proportion à un cinquième ou peut-être à un quart.

Or, je demande à mes collègues de l'hôpital des Enfants s'ils ont suivi cette même voie; sauf affirmation contraire, j'ai tout lieu de croire qu'ils ont été plus sévères que moi dans le choix des opérations à faire. J'en juge ainsi par une note que j'ai sous les yeux et dans laquelle il est dit que, pendant le premier semestre de l'année présente, il est entré à l'hôpital des Enfants 72 enfants atteints de croup; que, sur ce nombre, 12 sont morts sans avoir été opérés (2), parce qu'ils offraient un ensemble de symptômes d'empoisonnement d'une gravité telle, que toute opération semblait inutile. C'est là une proportion considérable, et bien plus grande que celle indiquée ci-dessus pour mon service. Or, si, comme je l'eusse certainement fait, mettant moins de sévérité dans le choix des opérations, on eût pratiqué la trachéotomie sur 8 de ces 12 enfants, le chiffre des opérés eût été de 61 cas au lieu de 55 et la proportion des guérisons eût été à peu près de 1 sur 5.

Si j'ai insisté sur ce point, ce n'est pas que je veuille en rien diminuer la valeur des succès de mes collègues. Ce que j'ai dit plus haut sur les causes de la mortalité — au moins dans mon service — établit que je reconnais que nous avons à gagner et que nous devons arriver à sauver un plus grand nombre d'enfants.

Si j'y insiste, c'est parce que je désire avoir l'avis de mes collègues sur cette question.

Au point où nous en sommes arrivés, l'idée de la trachéotomie dans le croup est-elle assez entrée dans le monde médical et dans la société pour que nous opérions, quelque minimes que soient les chances de guérison et lors même que nous aurions du doute sur l'existence de cette chance minime? ou bien devons-nous encore, et jusqu'à un certain point, prendre les intérêts de la trachéotomie et mettre un peu de sévérité dans le choix des malades à opérer?

M. Gillette : Je regrette que, dans la note qui vient de vous être lue, M. Barthez semble soulever une opposition entre la manière de faire dans les deux hôpitaux d'enfants relativement à la trachéotomie; il faudrait mettre cette question de côté.

Quant à l'opération, nous ne cessons (et mon collègue M. Roger, que je prends à témoin, fait de même) de recommander aux internes de la pratiquer toutes les fois qu'il y a la moindre chance de réussite. D'ailleurs, on n'opère guère qu'au moment d'un danger d'asphyxie : c'est ainsi que j'ai envoyé à l'hôpital une petite fille un lundi pour être opérée, et qu'elle ne l'a été que le mercredi. Telle est la règle que suivent les internes, ce qui nécessairement est loin de favoriser les succès de la trachéotomie.

Je me range complétement aux idées émises par M. Barthez dans sa note sur les diverses variétés de la diphthérite; j'ai vu comme lui, mais hors de l'hôpital, des cas de diphthérite localisée à marche lente, sans symptômes généraux. J'ajouterai pourtant une nouvelle forme qu'on pourrait appeler *diphthérite hémorrhagique*, et dans laquelle, outre les fausses membranes, il y a des pertes de sang plus ou moins inquiétantes. J'en rappellerai brièvement trois cas remarquables. Un jeune homme auquel je donnais des soins pour une angine diphthéritique pharyngo-laryngée grave, fut opéré par M. Chassaignac, et pris d'une hémorrhagie qui amena la mort. M. Chassaignac a parlé de ce fait à la Société de chirurgie. Quelque temps après, un autre jeune homme, habitant sous le même toit, fut pris, quelque temps après, d'une angine et d'une hémorrhagie nasale et pharyngienne très abondante pendant trois jours, bien qu'il n'y eût que de légères exsudations pseudo-membraneuses dans le gorge; la guérison eut lieu. J'ai vu aussi un enfant qui présenta une petite fausse membrane dans le pharynx, et qui en expulsa une autre par les narines dans le cours de sa maladie, et qui fut pris d'une épistaxis tellement abondante, qu'elle nécessita le tamponnement de l'une, puis de l'autre narine. Ces faits me semblent mériter l'attention des observateurs.

M. Vigla prie M. Gillette de rendre compte à la Société des résultats du traitement du croup par le cathétérisme du larynx, qui a été institué dans son service.

M. Gillette répond que c'est surtout dans le service de M. Bouvier, où M. Gros a suivi les jeunes malades traités par M. Loiseau, que la méthode de traitement de ce médecin a été employée. Quant à lui, il n'a observé

(1) Il est bien entendu que je ne compte pas ici 3 malades qui ont guéri sans opération et chez lesquels l'indication d'opérer n'a jamais été urgente.

(2) Sept autres ont guéri sans opération. Ils ne doivent pas plus être mis en cause, ici, que les trois cités dans la précédente note.

qu'un seul fait. C'était une petite fille qu'il avait soignée d'abord en ville et qui avait pris des vomitifs qui avaient fini par ne plus produire aucun effet. A l'hôpital, M. Loiseau la vit; il introduisit très facilement la sonde et injecta une solution de tannin dans le larynx. Le soir, l'interne pratiqua facilement le cathétérisme, et fit une injection de nitrate d'argent. M. Loiseau considérait le cas comme très grave, l'enfant ne pouvant plus vomir; mais l'interne, M. Peraté, auteur d'une excellente thèse sur le croup, et M. Gillette, ne jugèrent pas de même. Le soir même la trachéotomie fut pratiquée à cause de l'asphyxie, et la guérison eut lieu, malgré deux pneumonies successives, et après un mois de maladie.

M. Gros : Sans compter la petite malade dont M. Gillette vient de parler, j'ai vu à l'hôpital des Enfants employer cinq fois le cathétérisme du larynx, quatre fois dans le service M. Bouvier et une fois dans le service de M. Roger, que remplaçait en ce moment M. Blache. Le premier malade était un garçon de 5 ans, entré chez M. Bouvier le 11 août, avec une voix croupale et une exsudation sur les amygdales. Cet enfant fut cathétérisé trois fois par M. Collin, interne du service. Le premier cathétérisme fut suivi d'une injection d'une solution de nitrate d'argent au quart. Les deux autres cathétérismes d'une injection de tannin. Les accidents se calmèrent promptement et le malade guérit.

Le 14 août, une petite fille de 7 à 8 ans, couchée au n° 48 de la salle Ste-Catherine, fut prise de crises d'étouffement, avec altération de la voix, mais ne présentait pas de fausses membranes dans la gorge. M. Collin pratiqua deux fois le cathétérisme du larynx le jour de l'entrée de la malade; les accidents se dissipèrent.

Le 17 août, entre chez M. Bouvier (salle St-Jean, n° 16), un garçon de 7 ans, présentant tous les signes les plus évidents du croup pseudo-membraneux. Trois cathétérismes, suivis d'injection de tannin, amenèrent chaque fois l'expulsion de fausses membranes parfaitement constatées, dont la forme tubulée indiquait manifestement qu'elles venaient des voix aériennes. Ces fausses membranes se reproduisirent en grande quantité pendant plusieurs jours. M. Bouvier, en me le faisant examiner, l'appelait sa *fabrique de fausses membranes*. Cet enfant guérit parfaitement par le cathétérisme seul, sans autre traitement local.

Le 24 août, un garçon très jeune entre dans le même service (lit n° 44) avec une diphthérite généralisée; les fausses membranes envahissent le nez, la gorge tout entière, les ganglions cervicaux sont engorgés, la voix est croupale, la maladie date de huit jours, les forces sont très déprimées; deux cathétérismes du larynx, pratiqués le 25, ne peuvent relever l'état général, et le malade succombe à l'empoisonnement général, sans asphyxie, par le fait des fausses membranes.

Enfin, le 1er septembre, au n° 37 de la même salle Saint-Jean, entre un garçon présentant, comme le précédent, une diphthérite générale avec coryza fétide abondant, écoulement sanguin par les fausses nasales, pseudo-membranes dans la gorge et toux croupale depuis vingt-quatre heures déjà. Il fut cathétérisé le jour même de son entrée, et trachéotomisé le soir. Cet enfant, qui fut pris ultérieurement de scarlatine, a guéri.

Si maintenant nous cherchons la signification de ces faits, nous trouvons :

1 succès complet.
2 cas douteux, la nature diphthéritique de l'exsudation ne paraissant pas évidente, le croup n'étant pas confirmé.
2 insuccès, une mort par diphthérite générale, un malade trachéotomisé.

Je ne ferai qu'une observation sur les faits qui précèdent, cette observation me paraît d'une importance majeure. Ces faits ne prouvent rien ni pour ni contre le traitement du croup que préconise M. Loiseau, car dans tous ces cas on n'a mis en usage qu'une partie de ce traitement Et on a négligé ce qui, à mes yeux, et aux yeux de M. Loiseau lui-même, en constitue la partie essentielle, savoir, les insufflations ou instillations d'alun et de tannin dans la gorge ou dans les fosses nasales, suivant l'étendue de l'affection.

Tout ce que nous pouvons conclure des faits de l'hôpital des Enfants, c'est que le cathéterisme du larynx est une opération facile, n'entraînant, par elle-même, aucun danger, et ce fait n'est plus à prouver aujourd'hui, tout le monde en est convaincu.

Mais, aux yeux de M. Loiseau, le cathétérisme du larynx n'a d'autre but que de permettre aux topiques de pénétrer plus avant dans les voies aériennes, d'étendre à la diphthérie du larynx et des bronches les applications topiques qui lui paraissent les plus puissantes dans la diphthérie du pharynx; et la partie essentielle du traitement, comme je l'ai déjà dit, c'est l'application alternative du tannin et de l'alun.

Eh bien, je viens, dans un cas tout récent, d'éprouver la puissance de ce traitement; je viens de guérir d'une dipthérite très grave, avec extension des fausses membranes aux fosses nasales, avec engorgement des ganglions cervicaux, sans extension de la maladie aux voies aériennes, une jeune fille de 18 ans, et cela par le seul emploi des insufflations et des instillations de tannin et d'alun dans la gorge et dans les fosses nasales, pratiquées avec persévérance de quart d'heure en quart d'heure, puis d'heure en heure pendant deux jours. Ce fait est un des plus probants qu'il soit donné de rencontrer, et j'insiste ici pour que les expérimentations ultérieures qui seront faites à l'hôpital des Enfants soient faites dans ce sens, afin que des observations nombreuses et bien authentiques viennent fixer chacun de nous sur la valeur réelle de la méthode de M. Loiseau et non sur la valeur du cathétérisme du larynx seulement.

M. Vigla : Nous sommes arrivés à un moment d'hésitation sur l'emploi de la cautérisation dans le traitement du croup. Au milieu de ce découragement, il se présente un médecin qui prétend guérir le croup depuis plusieurs années, par des injections directes dans le larynx. Je voudrais être médecin d'un hôpital d'enfants : je lui abandonnerais, sans scrupule de conscience, 30, 40 de mes malades, pour qu'il leur appliquât sa méthode de traitement. Les grands nombres, en effet, ont ici une grande importance; c'est une condition aussi indispensable que celle d'employer exactement la formule du traitement qui, d'après les remarques de M. Gros, n'a pas été complétement suivie.

M. Gillette : La question n'est pas si facile à résoudre qu'elle le paraît au premier abord. Il faut voir comment arrivent les enfants à l'hôpital : ils sont presque tous mourants, et y sont envoyés pour être trachéotomisés. Ce sont donc de mauvais cas pour juger d'une médication nouvelle; dans ceux dont parle M. Loiseau, il s'agit d'enfants traités dès le début.

M. Roger (Henri) : Il y a une grande difficulté pratique dans l'expérimentation d'une nouvelle méthode de traitement du croup et en particulier de celle dont M. Vigla vient de parler : les médecins ne sont point libres, en face d'accidents urgents, d'essayer telle ou telle médication, et le traitement est commandé, à l'hôpital, par l'état dans lequel sont les enfants lorsqu'on les apporte dans nos salles, et, la plupart du temps, comme vient de le dire M. Gillette, c'est pour la trachéotomie qu'il faut se décider et se préparer.

La médication est de même commandée en ville, par les périodes du croup, et, par exemple, pour la trachéotomie, dans les cas où l'asphyxie est vite le phénomène dominant et résulte positivement d'une fausse membrane formant obstacle matériel au passage de l'air, quoique, pour ces cas, je sois disposé à croire, d'après deux succès, qu'il serait préférable d'opérer plus tôt encore qu'on ne le fait d'habitude, et avant que l'organisme ait subi une atteinte profonde par une hématose incomplète; cette opération hâtive n'est, en réalité, pas possible. L'on ne saurait proposer à une mère une opération sanglante et en apparence si terrible, à moins qu'il n'y ait menace évidente de suffocation et imminence de mort. On ne peut en parler que comme d'une dernière ressource.

Maintenant, pour ce qui est de la valeur de la trachéotomie, il me semble qu'on en fait trop bon marché en ce moment, et que, séduit par des tentatives nouvelles, on est un peu prompt à oublier ses services. Notre honorable collègue, M. Bouchut, pour exalter la méthode qu'il a proposée, a évalué à 90 p. 100 la mortalité par la trachéotomie; mais il y a là exagération : une statistique exacte, dressée à l'hôpital des Enfants, et qui concerne les neuf dernières années, donne des résultats incomparablement moins défavorables : ainsi, de 1850 à 1857, on a compté 390 croups opérés, et le nombre des guérisons, variable suivant les années, a été, en totalité, de 87, c'est-à-dire presque le quart; dans les trois premiers mois de 1858, sur 77 opérations, on a obtenu 25 guérisons, presque le tiers. Certes c'est là, eu égard à la gravité extrême du croup, un chiffre très encourageant, surtout si l'on considère les conditions antécédentes, généralement si mauvaises, des malades de l'hôpital et la période avancée de l'affection lorsqu'on les opère. C'est véritablement une belle proportion de succès, lorsqu'on fait attention que la trachéotomie est pratiquée, à l'hôpital des Enfants, dans presque tous les cas, à moins qu'il n'y ait contre-indication formelle, soit parce que la mort est prochaine, sans asphyxie directe, sans suffocation, par la généralisation de la diphthérie, soit à cause de cette même imminence de la mort et du très jeune âge des enfants, l'expérience ayant démontré qu'au-dessous de 2 ans, le croup, opéré ou non, est presque nécessairement fatal.

Je ne voudrais pas me prononcer sur le *cathétérisme du larynx*, ayant trop peu vu : je ne l'ai expérimenté que dans deux cas; dans le premier, il s'agissait d'une petite fille âgée de 18 mois; l'introduction de la sonde, trop grosse pour cette enfant, fut pratiquée habilement, mais avec difficulté, par M. Peter, interne attaché à ma division, et quelques gouttes de la solution de tannin indiquée par M. Loiseau furent instillées; la petite malade manqua suffoquer pendant l'opération, et comme on jugeait la trachéotomie impuissante, les parents ne voulurent point laisser cette enfant à l'hôpital.

Dans le second cas, c'était la petite fille citée plus haut, atteinte d'une laryngite très intense, sans qu'on vît de pseudo-membrane, elle fut néanmoins cathétérisée par l'interne de garde le jour de son entrée à l'hôpital. La nécessité de cette opération n'était pas absolue, car il n'y avait alors ni fausse membrane, comme nous venons de le dire, ni accident urgent de suffocation; et le lendemain il n'y en avait pas non plus : je pensai que le traitement médical seul devait être employé provisoirement contre cette laryngite, qui ne me paraissait pas évidemment couenneuse; et en effet, les vomitifs et le chlorate de potasse suffirent à la guérison, qui fut retardée par une pneumonie double consécutive, traitée au moyen de la médication ordinaire, tartre stibié et vésicatoires. Assurément on ne peut attribuer chez cette malade, la guérison au cathétérisme pratiqué dans les circonstances précitées; et s'il y a eu croup, ce dont je doute, le traitement médical et la nature ont fait les frais de la cure.

Il y a de plus dans l'effet que produisent les instillations de tannin une illusion, dont notre honorable confrère de Montmartre n'a sans doute pas été dupe, et contre laquelle il faut être en garde : la solution de tannin en contact avec le mucus le coagule immédiatement, et donne lieu à la formation de masses blanches tout à fait semblables à des pseudo-membranes. On peut s'en assurer, comme je l'ai fait moi-même, en badigeonnant le vagin avec ce liquide chez des femmes leucorrhéiques; on voit aussitôt se former des filaments en masses considérables, blanchâtres; et il en est de même si l'on touche la gorge, dans l'angine simple, avec la même solution. Ces jours-ci encore, je faisais voir aux élèves du service cette coagulation remarquable, ces apparences de fausses membranes dans une simple amygdalite où je touchais les tonsilles avec la solution tannique.

Nous voilà, du reste, un peu loin des questions que posait tout à l'heure M. Barthez : pour ce qui est de la *cautérisation* de la gorge et de leur valeur pour empêcher les progrès des fausses membranes, la réponse est fort difficile; il faudrait, pour la juger sûrement, avoir fait de l'expectation pure dans un nombre considérable de cas d'angines couenneuses, opposé à un nombre égal d'observations où les caustiques auraient été employés; et j'avoue qu'en présence des accidents redoutables de la diphthérie pharyngée et de ses progrès ultérieurs si fréquents, je ne me suis jamais senti le courage d'attendre les bénéfices de la nature médicatrice, et que j'emploie toujours les caustiques alors même que je sais par expérience qu'ils sont trop souvent inefficaces.

M. Vigla : On ne doit pas se méprendre sur le sens de mes remarques et leur donner une portée qu'elles sont loin d'avoir. Je me suis bien gardé de parler de la trachéotomie à propos du traitement du croup; c'est un expédient, mais non une médication, depuis que M. Trousseau ne la considère plus comme un moyen de faire pénétrer des liquides dans le larynx, mais seulement comme un moyen de faire respirer. Maintenant, on parle d'un traitement local sans le secours de la trachéotomie; je dis que cette méthode mérite par cela même d'être sérieusement examinée.

En réponse à un article de M. Duché (de l'Yonne), et relatif à une épidémie de diphthérite, M. Loiseau ne parle pas de cathétérisme du larynx, si ce n'est en passant, et insiste sur l'emploi des insufflations alternatives de poudre d'alun ou de tannin, toutes les heures, tous les quarts d'heure; il serait bon de savoir à quoi s'en tenir sur ce point. Je réserve, quant à moi, la trachéotomie pour les cas urgents. C'est surtout dans les cas d'angines malignes qui tuent sans asphyxie que je voudrais voir employer le traitement de M. Loiseau dans toute sa rigueur, de manière à ce que, après y avoir eu recours pendant plusieurs jours et dans un nombre suffisant de cas, on puisse venir dire qu'il a ou non réussi.

M. Gros : La jeune fille de 18 ans dont j'ai parlé rentre dans ceux que M. Loiseau a observés comme cas de guérison par sa méthode, car les instillations et les insufflations ont été employées. M. Woillez, qui a été témoin d'un cas de guérison de croup qu'il a traité avec M. Loiseau, pourrait vous dire ce qu'il a observé.

M. Woillez : Si je n'ai pas parlé du malade auquel M. Gros fait allusion, c'est que l'on ne peut le donner comme un exemple de guérison bien manifeste par la méthode de M. Loiseau, puisque des cautérisations avec le nitrate d'argent avaient déjà été pratiquées dans la profondeur du pharynx lorsque les instillations aidées des insufflations ont été employées.

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans, qui fut d'abord atteint, vers le milieu du mois d'août, d'une pharyngite pseudo-membraneuse légère, sans état général grave, ni fièvre intense. Les amygdales et le voile du palais étaient rouges, médiocrement tuméfiés et recouverts de petites plaques grisâtres, minces et adhérentes; mais en trois jours, des vomitifs, de simples gargarismes boratés et des insufflations d'alun firent disparaître les concrétions, et l'enfant avait repris en apparence son état normal; pourtant je prévins les parents que tout n'était peut-être pas fini. La nuit suivante, en effet, une toux rauque caractéristique se manifesta et la respiration devint manifestement gênée. Le matin, je cautérisai le pharynx avec une solution de nitrate d'argent au dixième, et je réitérai le soir. Une amélioration s'en suivit, mais elle ne persista pas : la toux devint de plus en plus rauque, la voix s'éteignit presque, la respiration était beaucoup plus gênée; il n'y avait pourtant pas d'accès de suffocation; le pouls était petit et fréquent. Je fis venir M. Loiseau, qui instilla dans le larynx, avec une grande facilité, une solution concentrée de tannin à l'aide de la sonde, et recommanda de fréquentes insufflations d'alun et de tannin qui furent très incomplètes, vu l'indocilité de l'enfant. Un second cathétérisme laryngien fut fait, sans que toutefois le petit malade fût dans un état plus grave, et des instillations tanniques furent pratiquées dans les fosses nasales pour atteindre le pharynx et suppléer à l'insuffisance des insufflations par la bouche. Il n'existait d'ailleurs aucun signe de diphthérite vers la pituitaire. Pendant l'emploi de ce traitement, une amélioration graduelle se manifesta, et au bout de quatre jours, l'enfant paraissait hors de danger, puis se rétablit assez rapidement.

Pour moi, je crois avoir eu affaire, dans ce cas, à un vérirable croup, quoiqu'il n'y ait pas eu expulsion, par la toux, de fausses membranes qui eussent mis le fait hors de doute. Je crois aussi à l'efficacité du traitement de M. Loiseau, mais je reconnais, et notre confrère en est convenu lui-même, qu'on ne pourrait donner isolément ce fait comme une preuve évidente de cette efficacité; seulement, il doit engager fortement à recourir à la médication formulée par M. Loiseau, dès le début de la maladie.

M. Roger : Ce que j'ai dit tout à l'heure de la trachéotomie s'adressait moins à M. Vigla qu'à M. Bouchut et à M. Trousseau, qui nous a donné la trachéotomie, et qui (autant qu'on peut le présumer d'après des comptes-rendus de ses leçons) semblerait incliner vers une méthode dont l'efficacité est encore à démontrer : la trachéotomie, dont nous lui devons la restauration, a fait largement ses preuves; il n'en est pas de même du cathétérisme, qui n'en est qu'à ses commencements. Et, comme si l'on se défiait déjà de la méthode, voici qu'il n'est plus question du cathétérisme pur ou avec instillation de quelques gouttes de solution de tannin; on parle de sondage avec insufflations d'alun; mais comment espérer avoir une action réelle en faisant parvenir sur des points limités du larynx, et pour ainsi dire en aveugle, quelques parcelles d'une substance qui a été souvent expérimentée pour les angines couenneuses, et qui échoue la plupart du temps, bien qu'on puisse l'employer à haute dose sur des points de la gorge visibles?

M. Vigla : Les insuccès dont parle M. H. Roger viennent peut-être de ce que l'application répétée de la poudre est nécessaire. J'ai eu recours à l'alun en poudre dans un cas de vulvite couenneuse tellement grave que je croyais à une gangrène. J'ai été émerveillé du succès de l'alun dans ce cas-là. La manière de l'employer est, je le répète, une condition importante pour le succès.

Le secrétaire, Dr Woillez.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

Par quelques médecins, 2 pharmaciens et 1 vétérinaire de l'arrond. de Wassy (Haute-Marne).	40 fr.
M. Frère	10
	50
Listes précédentes.	843
Total	893

— Un de nos grands praticiens de la province, M. le docteur Gensoul, vient de mourir à Lyon.

— M. le docteur Félix Maynard, qui avait publié divers ouvrages remarqués, et en dernier lieu un récit fort intéressant (*De Delhi à Cawnpore*), d'où l'on a tiré le mélodrame les *Fugitifs*, vient de mourir à Paris, à l'âge de 45 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Ordre du jour de la séance du mercredi* 10 *novembre* : Suite de la discussion sur la *valeur de la trachéotomie dans le croup*. — Lecture de M. Moissenet (suite) *sur le traitement des kystes du foie*. — Communication de M. Becquerel sur l'*électricité*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 10 novembre, à 8 heures très précises du soir, à la mairie du 12me arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les ophthalmies; — 3° Construction hygiénique des appartements dans les pays chauds, par M. L. Aubert; — 4° Communications diverses.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

Tome XII. — N° 134. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 11 Novembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur le croup n'a eu, hier, qu'un prélude. Comme nous, M. Bouvier a trouvé que les conclusions du rapport de M. Trousseau n'étaient pas en concordance parfaite avec le corps de ce travail remarquable, et, mettant en regard discussion et conclusion, il a eu peu de peine à prouver qu'arrivé à la fin de son rapport, cédant à la bienveillance naturelle de son caractère, M. Trousseau avait cherché à ménager les conséquences qui se déduisaient de son irrésistible argumentation.

M. Trousseau s'est assez mollement défendu de cette tendance ; il a voulu être indulgent, c'est son expression, pour un de ses anciens internes et pour un jeune et distingué médecin qui, tout en s'égarant, selon lui, dans des voies impossibles, n'en fait pas moins preuve de zèle et de bonnes intentions. Acceptant quelques-unes des modifications aux conclusions proposées par M. Bouvier, repoussant les autres, M. Trousseau s'est facilement rendu à la proposition du renvoi des conclusions à la commission.

Nous ne dirons qu'un seul mot d'un incident assez vif de cette escarmouche. M. Bouchut, oubliant qu'il était en cause devant l'Académie, et que toutes sortes de bonnes raisons devaient l'engager à n'intervenir dans ce débat que par voie académique, a publié dans un journal un article fort spirituel sans doute, mais inopportun au fond peut-être, et certainement imprudent dans la forme. MM. Bouvier et Trousseau en ont témoigné une vive émotion, et leur énergique protestation a trouvé de l'écho sur tous les bancs de l'Académie. Nous nous plaisons à penser que M. Bouchut n'a pas voulu donner à l'allégation, cause de cet incident, toute la portée qu'elle avait dans ses termes. Nous ne voulons pas être plus explicite sur ce point, espérant que quelques explications nécessaires feront disparaître un fâcheux malentendu.

Au début de la séance, M. Girard, vétérinaire de 1re classe dans la garde de Paris, a présenté l'analyse d'un mémoire qu'il a déposé sur le bureau de l'Académie, et relatif au traitement de l'entorse par les frictions et le massage, traitement vulgairement employé par les rebouteurs, et que M. Girard, frappé par les succès qu'il en a obtenus, voudrait scientifiquement introduire dans la pratique chirurgicale. Cette tentative, louable d'ailleurs — il ne faut rien dédaigner en thérapeutique — n'est pas nouvelle, et nous tenons à rappeler qu'un honorable praticien de Paris, M. le docteur Lebatard, a publié il y a quelques années, sur ce sujet, un très intéressant mémoire dont l'UNION MÉDICALE a fait connaître l'analyse. Abondance de preuves ne nuit pas.

Amédée LATOUR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

On a d'assez fréquentes occasions, dans les hospices de vieillards, de constater l'état de la tunique vaginale longtemps après la guérison de l'hydrocèle, et M. Hutin a lu sur ce sujet un mémoire plein de faits à l'Académie. Il est, au contraire, extrêmement rare de pouvoir faire l'examen anatomique de cette membrane dans les premières semaines qui suivent l'opération. Aussi, depuis l'origine de la Société de chirurgie, c'est-à-dire depuis plus de quinze ans, ne lui a-t-il été présenté qu'un seul cas de ce genre, cas d'ailleurs très intéressant, qui appartient à M. Huguier.

M. Morel-Lavallée vient en soumettre un second. C'est un vieillard de 66 ans qui, trois semaines après avoir subi l'opération d'une hydrocèle ordinaire, par l'injection de la teinture d'iode, fut emporté par une apoplexie foudroyante des méninges.

Voici ce qu'a montré l'autopsie :

La *tunique vaginale* est comme doublée en dedans par une fausse membrane d'un blanc jaunâtre, qui ressemble, pour l'aspect, l'extrême minceur et la faiblesse, à une feuille humide de papier joseph. Appliquée à toute la face interne de la tunique, sous la portion pariétale et sur la portion viscérale, elle s'en détache à la moindre traction. Elle est traversée à son intérieur par des cloisons quelquefois complètes, mais presque toutes incomplètes, et dans certains points seulement par des filaments tantôt réunis en faisceaux, tantôt éparpillés en éventail ou entre-croisés.

Ainsi que vous pouvez le voir, dit M. Morel-Lavallée, il en résultait des loges en général communicantes, et d'environ 1 centimètre de diamètre. Elles contenaient environ 30 grammes d'une sérosité qui a retenu un peu la teinte de l'injection iodée.

Cette fausse membrane ne semble-t-elle pas révéler le mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection ? Peu à peu, au fur et à mesure de l'absorption du liquide contenu dans les loges, ces loges diminuent par le retrait de leurs cloisons ; puis elles finissent par s'effacer par l'affrontement des deux feuillets opposés de la fausse membrane. Enfin, cette fausse membrane disparaît elle-même par absorption, et la tunique vaginale reprend sa liberté. L'extrême faiblesse de l'adhérence de cette fausse membrane qui se détachait sous la pression de la pointe du scalpel, l'intégrité de la tunique vaginale, établissent pour nous que les choses se passent ordinairement ainsi.

Si l'on admettait dans certains cas, où par exemple l'inflammation aurait été plus intense, la destruction de la tunique vaginale, on serait réduit à expliquer son existence ultérieure par une création, une formation nouvelle, sous l'influence du frottement.

Enfin, il y a sans doute eu adhérence et en même temps, comme conséquence, l'oblitération de la tunique vaginale.

Cette fausse membane cloisonnée montre encore, suivant nous, l'origine inflammatoire des hydrocèles multiloculaires et de certains kystes également multiloculaires; je dis de certains de ces kystes, car il en a qui résulent d'une agglomération, de la fusion de kystes primitivement indépendants.

— M. Gosselin eût été curieux de connaître l'état de vascularisation du testicule. Il prie M. Morel de vouloir bien lui dire s'il a recherché les spermatozoïdes dans les conduits séminifères de la pièce qu'il a présentée. Il est porté à penser que l'injection qui est faite dans le but de guérir l'hydrocèle modifie la sécrétion des zoospermes.

— M. Boinet : M. Gosselin croit donc que la stérilité doit être la conséquence d'une hydrocèle double guérie par injections?

— M. Gosselin : Je n'ai pas dit cela; M. Boinet ne m'a pas compris, et, pour qu'il n'y ait pas de malentendu, voici ce que je pense : les malades affectés d'hydrocèle peuvent en guérir avec ou sans occlusion de la tunique vaginale. Dans le premier cas, je crois être autorisé à soutenir que la faculté de sécréter les zoospermes est compromise, tandis qu'il n'en est pas ainsi lorsque la cavité de la tunique vaginale est conservée.

En réponse à une question qui lui est adressée pour savoir si cette opinion repose sur un grand nombre de faits, M. Gosselin dit que, ayant eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique des testicules sur un certain nombre de cadavres, il a souvent constaté une vascularité insuffisante des testicules, avec absence de sécrétion des zoospermes, coïncidant avec l'occlusion de la cavité vaginale. Il suppose que le premier de ces faits est lié au second, et, toutes les fois que quelqu'un est appelé à examiner les organes génitaux d'un homme qui a subi l'opération de l'hydrocèle par injection, M. Gosselin demande si l'on a étudié la question au même point de vue que lui.

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

Extrait

DU MANUSCRIT D'UN OUVRAGE AYANT POUR TITRE :

PRINCIPES DE LA DOCTRINE ET DE LA MÉTHODE EN MÉDECINE (1);

Par le docteur J. DELIOUX DE SAVIGNAC,

Médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

II

Forces physiques et chimiques.

L'ensemble des corps se traduit dans le langage par une expression collective qui est celle de *matière*.

La première notion que nous acquérons de la matière est relative à l'étendue, déterminée par ses limites dans l'espace, et déterminant sa masse et sa configuration. Nous reconnaissons ensuite qu'elle est impénétrable et divisible. Étendue, impénétrabilité, divisibilité, sont donc des conditions communes à tous les corps, immanentes dans la matière, et qui ne dépendent que d'elle. En outre, elle est susceptible d'être déplacée dans sa masse, d'être transportée d'un point de l'espace à un autre, elle est mobile, en un mot; et la mobilité constitue la quatrième des conditions communes à toutes les substances matérielles. Mais lors même que l'on n'envisage dans la matière que les conditions immanentes d'étendue, d'impénétrabilité et de divisibilité, on ne peut concevoir la mobilité que conjointement à une cause, à une puissance, à une force extrinsèque qui la met en jeu. Ainsi la première notion de force se révèle à notre esprit.

Or, la matière n'existe pas seulement aux quatre conditions que nous venons d'énumérer :

1° Dans un grand nombre de circonstances, on a reconnu que les particules des corps tendent à se rapprocher, à s'attirer réciproquement, et que la masse elle-même de certains corps offre la même tendance à l'égard des autres masses. Alors tous les phénomènes de ce genre ont été contractés en un fait général, dont la cause a reçu le nom d'*attraction*. Cette cause a été *supposée* d'abord par Newton, en présence de l'inexplicabilité des phénomènes par toute autre voie, et démontrée ensuite par le calcul pour l'*attraction astronomique*, l'attraction exercée à grandes distances, — qu'on la nomme gravitation ou attraction planétaire, pesanteur ou attraction terrestre, — comme une *force proportionnelle aux masses*, et *inverse au carré des distances*. Cette cause, enfin, agissant à courtes distances et surtout au contact apparent, là même où la loi de Newton ne peut plus rigoureusement l'atteindre, détermine encore l'*attraction moléculaire*, quels que soient ses modes, cohésion physique, affinité chimique ou catalyse.

2° Dans d'autres circonstances, les particules matérielles s'éloignent les unes des autres; des phénomènes d'élasticité, d'expansibilité, des changements de formes, des modifications dans la cohésion, en sont les résultats ordinaires. Ces répulsions ont pour mobile très fréquent le calorique, qui, en réalité, nous donne plutôt l'idée de force que celle de substance. C'est par l'élévation graduelle de la température des corps que leurs molécules s'écartent plus ou moins, comme dans les solides dilatés par la chaleur, et vont jusqu'à se mobiliser les unes sur les autres, comme dans les liquides et les fluides aériformes.

3° Enfin il est des occasions où certaines forces revêtent en quelque sorte un caractère mixte, susceptibles qu'elles sont d'opérer, tantôt l'attraction, tantôt la répulsion des molécules.

Ainsi l'électricité, cette force que l'on voit se généraliser de plus en plus dans l'accomplissement des phénomènes naturels, à mesure que l'on poursuit son étude et ses applications, démontre sa double puissance de rapprocher des molécules avec une vivacité égale à celle qu'elle met à en repousser d'autres. Tout le monde connaît la formule de la loi de ces attractions et de ces répulsions successives : les électricités semblables se repoussent, les électricités contraires s'attirent. Ici le courant voltaïque détruit un composé, c'est-à-dire dissocie ses molécules, l'eau, par exemple ; la molécule hydrogène se rend au pôle négatif, la molécule oxygène au pôle positif; mais là, une étincelle électrique, en éclatant dans le mélange de ces deux gaz, réunit leurs molécules dans les proportions de l'eau. Veut-on un double effet électrique d'attraction et de répulsion? Plongez un barreau de fer, chauffé au rouge dans l'eau aérée; les molécules de l'eau venues à son contact se repousseront, et l'hydrogène se dégagera de la combinaison première; mais entre l'oxygène libre et le fer, il y aura affinité réciproque et une combinaison nouvelle, l'oxyde de fer intermédaire, se produira.

Pour le calorique, la force répulsive est la manifestation la plus ordinaire de sa présence. Mais si, à mesure que la somme du calorique s'accroît dans un corps, ses molécules s'éloignent, voyez ce qui a lieu lorsque cette somme diminue, lorsqu'il se refroidit ; il se contracte, il se resserre, il diminue de volume ; ses molécules, écartées tout à l'heure, se concentrent maintenant; mouvements contraires, le même agent les a produits. De ces effets physiques passons aux effets chimiques et nous trouverons la même possibilité d'opposition ; ainsi, à une chaleur élevée, les affinités se brisent dans les oxydes métalliques des dernières sections, l'oxygène et le métal se repoussent ; à une basse température la vapeur d'eau se condense et se liquéfie, l'oxygène et l'hydrogène, déjà attirés, font mieux encore et se rapprochent.

Parlons maintenant de la lumière ; celle-là est une substance peut-être tout autant qu'une force ; mais ici envisageons-la seulement comme force, car comme telle elle est irrécusable. On admet aujourd'hui dans un faisceau de lumière solaire des rayons chimiques qui ont leur influence propre, indépendante de celle des rayons qui éclairent les objets. Eh bien, cette force chimique de la lumière, tantôt elle favorise les combinaisons, tantôt elle les décompose ; ici, elle sépare, et là, elle réunit. Exemples : les composés d'argent sont modifiés, altérés, détruits par elle, on le sait de reste et on le prouve par le soin que l'on prend de conserver dans l'obscurité les préparations argentiques; au contraire, le chlore dissous dans l'eau dégagera ses éléments sous l'influence de la lumière et lui prend son hydrogène pour se transformer en acide chlorhydrique.

4° Terminons cette énumération des principales forces naturelles reconnues expérimentalement, par la catalyse, que semblent revendi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 octobre.

— M. Morel-Lavallée croit que la stérilité est la conséquence de l'inflammation du testicule.

— M. Gosselin n'a pas voulu conclure d'une manière formelle; il demandait des renseignements, et ce n'est que pour répondre à une interpellation qu'il a exprimé son opinion.

— M. Michon : M. Gosselin, quoi qu'il en dise, tire des conclusions très formelles. Si ce qu'il avance était vrai les chirurgiens devraient s'abstenir d'opérer l'hydrocèle. Heureusement il reste beaucoup à faire pour prouver que l'atrophie des testicules est nécessairement liée à l'adhérence des parois opposées de la tunique vaginale.

— M. Gosselin : Je désire que l'on apporte des faits et non des raisonnements pour éclairer la question. Quand on trouve sur un cadavre une occlusion de la cavité de la tunique vaginale, il y a en même temps absence de sécrétion des zoospermes et atrophie de l'organe sécréteur. Voilà un fait; je ne veux pas en tirer une conclusion aussi absolue que celle qui m'a, en quelque sorte, échappé au commencement de cette discussion; mais je suis en droit de soutenir qu'une opération qui peut avoir pour résultat d'oblitérer la cavité de la tunique vaginale, doit faire craindre l'anémie du testicule. A cause de cela, je demande que l'on examine si les malades qui ont été opérés pour une double hydrocèle, ont encore des zoospermes; à cause de cela aussi je préfère à l'injection vineuse l'injection iodée, qui n'a pas pour effet, comme la première, l'occlusion de la cavité vaginale.

— M. Broca ne comprend pas l'importance que M. Gosselin attache aux renseignements qu'il demande : car si les malades avaient conservé la facilité de sécréter des zoospermes, il resterait à en faire l'autopsie pour éclairer la question. En opposition aux faits qui ont été produits dans la discussion, il a trouvé des cadavres qui n'avaient point de zoospermes, bien qu'ils ne parussent point avoir subi l'opération de l'hydrocèle.

— M. Gosselin dit qu'il a répondu à cette objection dans ses publications. Il s'est appuyé sur les cas dans lesquels il y avait des spermatozoïdes dans un testicule qui était sain et non sur celui dont la tunique séreuse était fermée par adhésion. En réponse à une question qui lui est adressée par M. Chassaignac, il dit que, dans les cas qu'il a cités, il n'y avait aucune trace de lésion du testicule; mais il ne peut pas assurer qu'une vaginalite spontanée n'était pas la cause de l'oblitération de la tunique vaginale.

— M. Huguier présente le moule en plâtre de l'avant-bras d'un malade affecté de luxation du poignet en avant.

Toute la main et le carpe se sont transportés sur le même plan (et sans avoir changé de rapports), en haut et en avant du rebord antérieur de l'extrémité articulaire des os radius et cubitus.

En avant, le talon de la main fait une saillie, au-dessus de laquelle on aperçoit un creux très prononcé. Cet enfoncement est formé par le retrait en arrière de la tête articulaire des deux os de l'avant-bras que l'on sent très distinctement : vers la partie médiane, la peau est soulevée par les tendons des deux muscles palmaires, et, sur le côté interne, on sent et on voit parfaitement le tendon du cubital antérieur.

En *arrière*, le carpe s'est déplacé pour se porter en avant, et au-dessus de lui on rencontre l'extrémité articulaire des deux os de l'avant-bras, qui ont conservé leurs rapports ordinaires. Toutefois, la tête du cubitus se prolonge plus bas qu'elle n'a coutume de le faire, et comme elle est hypertrophiée, elle forme une saillie plus grande que la tête du radius. Ces deux extrémités radiale et cubitale présentent (en arrière) leurs caractères normaux qui se lisent à travers la peau, presque aussi nettement que si les os étaient à nu. On y voit, en effet, les crêtes saillantes et le relief que forment les tendons en passant dans leur intervalle. On sent et on voit également la courbure que les tendons éprouvent au moment où ils quittent leurs gouttières pour se jeter sur le carpe. En outre, on sent très bien, en arrière, si l'on presse un peu fortement, la surface articulaire du radius et du cubitus.

Enfin, on constate une légère abduction de la main qui est reportée en masse du côté radial, mais sans cesser d'être parallèle à la ligne de l'avant-bras. On constate aussi que la main droite est plus petite que du côté sain.

La radius du côté affecté est plus court que son congénère (de 2 centimètres), et le cubitus a la même longueur que celui du bras sain, grâce à l'hypertrophie de son extrémité inférieure; il est, par conséquent, plus long que le radius, avec lequel il est uni. La longueur totale de l'avant-bras et de la main du côté malade, est plus petite que celle du côté sain (de près de 3 centimètres).

La main et l'avant-bras, siége de la luxation, ont à peu près conservé leur force normale. La flexion qui se passe dans le poignet est conservée, mais incomplétement. L'extension, au contraire, ne peut aucunement avoir lieu, si la main n'est pas appuyée et pressée sur un plan résistant, et encore est-elle très limitée. Quant aux mouvements d'adduction et d'abduction, c'est à peine s'il en existe, et encore ne sont-ils que passifs.

— M. Michon trouve la pièce présentée par M. Huguier très digne d'intérêt; mais elle ne lui semble pas prouver l'existence d'une luxation *sans fracture*. Il pense qu'on serait autorisé à dire qu'il y a eu, dans ce cas, décollement de l'épiphyse du radius, qui aurait alors été entraînée en arrière.

— M. Huguier répond qu'on est autorisé à appeler *luxation* une lésion dans laquelle la fracture, si elle existe, n'est qu'une petite complication du déplacement des surfaces articulaires.

— M. Marjolin croit qu'il y avait fracture et luxation dans le cas de M. Huguier. A l'appui de son opinion, il rapporte deux observations dans l'une desquelles la luxation du poignet se compliquait de fracture, et pourtant le moule de l'avant-bras et de la main, qu'il a déposé au Musée Dupuytren, ressemblait identiquement à celui qui est présenté.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION; CLASSES NOUVELLES; APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES; COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

En commençant notre entretien d'aujourd'hui, permettez moi de lui donner, comme frontispice, deux épigraphes propres à en indiquer le but et à justifier ce que paraît avoir d'étrange, au premier abord, l'association de mon double sujet.

> « L'habileté du chirurgien doit donc consister, essentiellement, à indiquer, à faire construire, et à mettre en jeu les meilleurs auxiliaires, les substitutions les plus convenables de ses *mains*, ou ceux qui ont le plus de rapport avec l'action admirable et si simple de ces éléments. »
>
> Mathias Mayor, *Chir. simplifiée*, t. I, p. 148 (1841).

> Vous le voyez, de l'étude d'un appareil polydactile à fracture, nous sommes arrivés, sans transition brusque, à l'examen d'un appareil de compression générale, au compresseur élastique et gradué. C'est que ces deux choses, loin de s'exclure, se complètent : *contenir*, *comprimer*, n'est-ce pas la formule des conditions essentielles des deux genres d'appareils qui, dans le système que j'expose, marchent parallèlement et se prêtent de mutuels services en s'empruntant, pour des résultats souvent différents, quelques-uns de leurs éléments?
>
> J. Roux.

Messieurs,

La chirurgie navale a trop souvent à intervenir dans les fractures des membres si fréquentes dans les arsenaux, sur les bâtiments, parmi les troupes des divers corps de la marine, pour qu'il n'y ait pas une grande utilité à insister sur les moyens que l'art possède d'y remédier et sur la possibilité de les compléter, de les perfectionner même, pour les applications qu'on peut en faire dans les campagnes et les villes, dans les hôpitaux, à la mer.

Quand on cherche à acquérir des notions précises sur les appareils à fractures des membres, on sent le besoin d'en faire en quelque sorte l'inventaire en les énumérant tous. Mais la multiplicité de ces appareils, les modifications plus innombrables encore qu'ils ont subies en vue de telle ou telle indication, rendent cette tâche presque impossible par l'obligation de réunir tous les documents épars dans les écrits anciens et modernes. A défaut de cette énumération, cherchons, en nous étayant des travaux les plus récents publiés en France, un ordre méthodique qui nous serve de classification.

Au commencement de ce siècle, les appareils à fractures n'étaient pas encore réunis en groupes distincts, puisque Thillaye, dans son *Traité des bandages*, les décrit isolément à l'occasion des bandages des membres.

M. Gerdy, en 1824, distribua avec plus d'ordre les bandages et les appareils en général, leur affecta des sections, des classes, des genres, des sous-genres, et rassembla ceux à fractures dans le 7me genre, 2me classe, section II, savoir : Bandages : *spiral*, *à bandes séparées*, *à 18 chefs*; — Appareils : *extensif*, *à double plan incliné*.

En 1844, M. le docteur Michel Thivet a fait paraître un volume qui se distingue par la précision et l'utilité pratique. Dans ce traité complet de *Bandages et d'anatomie appliquée à l'étude des fractures et des luxations*, l'auteur, après avoir établi trois classes de bandages : *simples*, *composés*, *mécaniques*, et avoir virtuellement rangé les appareils à fractures dans les deux dernières, décrit le plus souvent chacun d'eux suivant l'ordre d'apparition dans la science, à l'occasion de chaque fracture en particulier.

Le *Traité des fractures* de M. Malgaigne, publié en 1847, destiné à faire époque dans la science, consacre six classes d'appareils : 1° *attelles*, 2° *inamovibles*, 3° *en plâtre*, 4° *cuirasses*, 5° *hyponarthéciques*, 6° *à extension permanente*.

Dans son *Précis iconographique des bandages*, *pansements et appareils*, ouvrage aussi soigné dans la forme que complet dans le fond (1854), M. le docteur Goffres, médecin principal des armées, admet neuf genres d'appareils à fractures. Les bandages : 1° *spiral*, 2° *à 18 chefs*, 3° *à bandelettes séparées*; — les appareils : 4° *à extension continue*, 5° *à plans inclinés*, 6° *gouttières*, *boîtes*, *caisses*, etc., 7° *hyponarthéciques*, 8° *agissant directement et isolément sur les fragments*, 9° *inamovibles et amovo-inamovibles*.

Enfin, un de mes élèves, qu'un accès pernicieux contracté au Sénégal, vient d'enlever, trop tôt hélas! à la science et à l'affection de ses maîtres et de ses condisciples, M. Eugène Reynaud, chirurgien de 2me classe de la marine, dans sa thèse pour le doctorat soutenue en juillet 1857, à la Faculté de Montpellier, n'adopte plus que cinq classes, les appareils : 1° *à attelles*, 2° *inamovibles*, 3° *hyponarthéciques*, 4° *à extension continue*, 5° *mixtes*.

Mathias Mayor, dans son *Système de déligation chirurgicale*, dont l'originalité et le mérite sont justement appréciés, ne s'est bien occupé que d'un seul ordre d'appareils à fractures, de celui qu'il a appelé *hyponarthécique*. Il n'est pas inutile d'ajouter que les auteurs des traités généraux de pathologie externe et de médecine opératoire, s'étant inspirés le plus souvent des travaux spéciaux sur cette matière, ne contiennent rien de plus complet.

Il est assez difficile de saisir les principes qui ont servi de base à ces classifications. Thillaye a cédé à l'usage de fonder sur les divisions anatomiques du squelette les classification afférentes à la chirurgie; la similitude de la disposition des appareils, leur situation par rapport à la fracture, leur composition, leur forme,

---

quer également la physique et la chimie. L'application de cette force, qui a reçu le plus de notoriété est l'obtention d'une flamme à l'aide d'un courant d'hydrogène projeté sur une éponge de platine. Le métal échauffé de 200 à 300 degrés, détermine par catalyse ou force de contact la combinaison de l'hydrogène naissant avec l'oxygène ambiant, et l'inflammation accuse la vivacité de l'attraction des deux éléments du nouveau produit. Les expérimentateurs ont multiplié les observations à l'égard des actions de contact, et plusieurs rangent sous ce chef les fermentations. C'est donc encore une force qui, suivant l'occasion, combine et décompose; le ferment, par exemple, dans la transformation alcoolique, détruit la molécule de sucre, mais replace ses éléments dans les groupes moléculaires d'alcool, d'acide carbonique et d'eau.

Catalyse ou force de contact, ce ne sont là que des mots représentatifs d'une inconnue dans le dynamisme qui meut la matière; mais les faits qui en ont suggéré l'idée méritent d'autant plus notre méditation, que c'est précisément dans l'ordre des mutations organiques que nous retrouvons le plus souvent leurs analogues, et que ce sont eux qui témoignent le plus éloquemment en faveur de l'aptitude au mouvement de la matière organisée. Ne faut-il pas, en effet, y être merveilleusement préparé pour que des dédoublements si nets, des recompositions si promptes, des métamorphoses si soudaines s'effectuent au simple contact d'un agent dans la nature duquel rien ne décèle l'influence d'aucune autre force connue?

Aussi c'est peut-être faire fausse route que chercher à conquérir pour la catalyse une place dans le système des forces naturelles. Les notions, toutes expérimentales, qui nous sont acquises jusqu'ici au sujet de la catalyse, diffèrent totalement de la notion métaphysique de la force en général, au fond de laquelle l'idée de cause est profondément inscrite. Les faits catalytiques ont l'étrangeté et l'imprévu des choses contradictoires avec notre instinct de causalité; le meilleur moyen de les dépouiller de leur singulier caractère serait peut-être de les retourner dans la logique de nos interprétations, et de les prendre pour effets au lieu de les scruter comme causes. Si l'on essayait de les considérer comme la manifestation la moins douteuse de la tendance indéfinie de la matière à réaliser le mouvement, il se pourrait fort bien que, dans cet esprit nouveau, on arrivât à reconnaître que la catalyse, au lieu d'être une force spéciale, primitive et indépendante en elle, n'est qu'une résultante des autres forces, soit toutes réunies, soit réunies plusieurs entre elles. Souvenons-nous toujours, dans l'étude des faits naturels, de cette belle pensée de Bichat, que la nature est avare de causes, si elle est prodigue d'effets.

III

Idée et preuve du mouvement.

Après avoir pris connaissance de ces forces physiques et chimiques, dont l'intervention est réclamée sans cesse dans l'étude de la matière, revenons à notre point de départ.

Nous avons laissé la matière étendue impénétrable, divisible, mobile; mais en cela elle ne possédait que des *conditions préparatoires* à l'acquisition essentielle de son existence, le mouvement.

En effet, si la matière n'était pas soumise aux lois attractives et répulsives, tantôt s'exerçant en leurs deux sens contraires, tantôt restant en équilibre, comment s'opérerait la composition des corps, et, cette composition obtenue, comment se maintiendrait-elle? Pourquoi les corps seraient-ils indépendants dans leur individualité et dépendants dans leurs relations entre eux? Quelle raison auraient-ils d'être solides, liquides ou gazeux? Ils ne seraient alors ni cohérents par l'adhésion, ni combinés par l'affinité de leurs molécules; ils n'auraient ni densité, ni pesanteur, ni température, ni électrisation. Mais toutes ces qualités que nous supposons un moment pouvoir faire défaut aux corps, c'est-à-dire à la matière, la matière les possède; elle les possède parce qu'elle est mue; si elle n'avait pas en elle le mouvement, ou plutôt si on le lui contestait, on ne pourrait plus affirmer son existence, puisque son existence ne peut être reconnue qu'à l'aide des qualités qu'elle doit au mouvement. Ces qualités lui appartiennent en propre, ce sont ses *propriétés*; ou elle en est douée et pénétrée dans toutes ses parties, et alors elle existe; ou bien elle en est dépourvue, dans ce cas que lui resterait-il? Ces conditions que j'ai nommées préparatoires? Mais ce serait une préparation à rien, et la matière serait une chose à moitié créée, c'est-à-dire l'impossible et l'absurde. Donc, la matière est ce qu'elle est par et avec le mouvement.

Le physicien ne peut observer les corps bruts, le naturaliste les corps organisés, sans concevoir aussitôt et irrésistiblement l'idée de mouvement; tous les attributs de la matière de ces corps la leur inspirent. Ils peuvent l'un et l'autre borner leur observation à constater le mouvement comme un effet, et déclarer oiseuse la recherche de la cause. Mais cette abdication de la faculté de causalité, l'une des plus impérieuses et des plus nobles de l'intelligence, déshonorerait la philosophie, et elle ne s'y est jamais soumise; au risque de ne pas atteindre le but, de s'égarer même en le poursuivant, comme elle l'a fait parfois en confondant et en obscurcissant les idées de force, de substance, de matière, elle se doit à elle-même de remonter au-dessus de la contingence des effets, et de préciser la notion de force, dans laquelle est impliquée la cause du mouvement.

Voyons comment elle a procédé.

(La suite à un prochain numéro.)

A Bagyan, près de Chemnitz, en Hongrie, M. Louis Holecy, prêtre évangélique, jeune homme très vigoureux, se rendit vers six heures du soir, avec son beau-frère, à ses ruches, où un grand nombre de frelons s'étaient montrés dans la journée.

Pour procurer un peu de repos aux abeilles, ils se mirent à faire ensemble la chasse aux frelons et en tuèrent une dizaine. Mais comme les abeilles, excitées par leurs ennemis et peut-être aussi par la chasse, sortaient des ruches en foule, ces messieurs jugèrent sage de rentrer au presbytère. Mais le pasteur avait, à son insu, emporté dans ses vêtements une abeille furieuse, elle lui monta jusqu'au cou et lui fit une piqûre.

A ses cris, sa famille accourut; on chercha, on découvrit l'aiguillon et on parvint à l'extirper de la blessure; mais ce fut en vain. Saisi de nausées, le pasteur voulut sortir de la pièce, mais, après quelques pas faits en chancelant, il revint tomber sur le canapé, essaya de balbutier quelques mots et tomba mort.

Il n'y avait pas un quart d'heure que la blessure était faite. On se demande maintenant si ce qui l'a rendue mortelle, ce n'est pas la fureur de l'abeille, surexcitée par la lutte avec les frelons. Cette mort effrayante a causé dans le pays une grande consternation.

la durée de leur application, leurs usages, la réunion de plusieurs systèmes, l'ordre chronologique même, etc., ont servi à MM. Gerdy, Thivet, Malgaigne, Goffres, E. Reynaud, à nommer et à disposer les classes, les genres qu'ils ont admis.

Voici la classification adoptée dans mon enseignement : sera-t-elle capable, par sa simplicité, de mieux faire aborder aux élèves l'étude des appareils à fracture, dont l'effrayante multiplicité est bien propre à décourager l'esprit, entretenir le doute, provoquer l'indifférence, et perpétuer dans la pratique l'appareil le plus classique, malheureusement trop remarquable par ses succès et ses revers? Sera-t-elle susceptible, par sa clarté, d'éclairer le dédale de ces appareils et de vous diriger dans le choix du meilleur? Jugement capital s'il en fût, puisque, porté au début de votre carrière, il vous dominera dans toute votre pratique! Appréciation délicate par excellence, puisque, malgré les traditions les plus constantes et les enseignements les plus autorisés, il vous faudra ne pas perdre de vue que ce qu'il importe le plus de savoir, ce n'est pas s'il y a des appareils défectueux qui peuvent, sans trop de péril, rendre des services entre des mains très habiles, mais bien s'il en existe un facile pour tous et exempt de danger, même entre les mains les moins exercées!

Appareils a Fractures des Membres.

Classes.	Genres.	
I. A Attelles.	1° Spiral	Gerdy.
	2° A 18 chefs	Verduc, Hôtel-Dieu de Paris.
	3° A bandelettes séparées	Scultet.
	4° A drap-fanon	J. Roux.
II. Inamovibles.	1° En plâtre	Dieffenbach.
	2° Avec l'albumine	Larrey.
	3° L'amidon (amovo-inamov.)	Seutin, Morel-Lavallée.
	4° La dextrine	Velpeau.
	5° Le papier	Laugier.
III. Hyponarthéciques.	1° Coussins	Galien, Jobert (de Lamballe).
	2° Gouttières en fil de fer	Mayor.
	3° Bottes	Ravaton, A. Laforgue.
	4° Caisses	Baudens, D. Arnaud.
	5° Cuirasses	Lafaye, Bonnet, de Lyon.
	6° Hamacs	J.-L. Petit, Scoutetten.
	7° Planchettes	Sauter, Mayor.
	8° Double plan incliné	Ast. Cooper, Delpech, Mayor, J. Roux.
	9° Lits { fixe	Amesbury.
	9° Lits { suspendu des vaisseaux	C. Forget.
IV. A Extension continue (agissant par)	1° Distension	Hippocrate, Paracelse.
	2° Traction	Desault, Boyer, Roché, Baudens, J. Roux.
	3° Bascule	Pott, Dupuytren, A. Cooper, Delpech, Mayor, J. Roux.
V. Polydactiles.	1° A chevilles mobiles	J. Roux.
	2° A pointes métalliques	Malgaigne.

Dans cette classification, où l'on pourrait faire entrer tous les appareils, j'ai, dans un but pratique, conservé seulement ceux qu'on a le plus d'intérêt à connaître, soit parce qu'ils sont le plus employés, qu'ils sont plus susceptibles de l'être, soit enfin parce qu'on les trouve encore décrits dans les ouvrages les plus récents. Pour aider la mémoire, j'ai placé en regard de chaque genre le nom de l'inventeur, du propagateur le plus ardent, du modificateur le plus heureux, en laissant aux livres didactiques le soin de conserver, dans un historique impartial, l'ordre de priorité déduit de la marche progressive de l'esprit dans cette branche importante de notre art.

Entrons dans quelques détails : à la première classe, j'ai ajouté l'appareil à *drap-fanon*, qui se compose de liens, de deux attelles latérales enveloppées d'une pièce de linge contenant, dans celles de ses duplicatures qui regardent le membre, le remplissage étoupe, ouate, coton, etc., etc. Je me suis arrêté à cette simplification, bien qu'il m'eût été facile d'en indiquer d'autres, car voyez quelle a été l'instabilité des appareils à attelles! Les chirurgiens, à l'envi, ont renchéri sur leur simplicité; M. Malgaigne en a rejeté la bande spirale, les bandelettes séparées (de Scultet), le bandage à dix-huit chefs, et n'a conservé que les attelles, le drap-fanon, les coussins, les liens. A l'appareil si simple de M. Malgaigne j'ai enlevé les coussins; mais voilà que M. le docteur Gaillard, de Poitiers, les lui restitue et lui ôte le drap-fanon et les liens! Ces modifications, si insignifiantes qu'elles soient, méritent d'être conservées dans les cas de fractures les plus simples, parce qu'elles tendent toutes vers les mêmes indications : laisser le membre à découvert, maintenir la coaptation des fragments osseux, empêcher la compression circulaire du membre, etc., etc.

Je dois avouer qu'à mon appareil à drap-fanon, j'attache une importance de plus, spéciale à la chirurgie des vaisseaux. En 1840, j'avais fait préparer, sur le *Montebello*, un grand nombre de ces appareils provisoires, pour servir, le jour de l'action, à panser avec rapidité dans les hunes, sur le pont, dans les batteries, les hommes atteints de fracture, afin de favoriser leur transport et de leur permettre d'attendre l'heure du pansement définitif. Ces bandages, de dimensions différentes pour s'accommoder aux divers segments des membres, seront utiles dans l'*appareil de combat* des vaisseaux, au même titre que les bottes en fil de fer que M. A. Laforgue, médecin militaire, a proposées dans le même but, pour faire partie du matériel des ambulances des armées.

L'appareil de M. Gaillard est composé d'*attelles*, et cependant il ne figure pas dans notre première classe, parce que, par sa planchette, il tient davantage des appareils hyponarthéciques. Cet appareil, dont je désire vous entretenir, a paru d'abord dans la *Gazette médicale de Paris* (1850, page 262), ensuite dans une brochure publiée en 1857. En le voyant, on saisit aisément les rapports qu'il a avec notre appareil à chevilles mobiles, que le professeur de Poitiers n'a cependant pas cité, sans doute parce qu'il ne le connaissait pas, bien qu'il ait été publié avant le sien, et avec planches, dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, année 1849, page 90. Ces deux appareils présentent un plateau en bois, des trous, des chevilles; mais sous les traits de cette ressemblance, n'allez cependant pas les confondre, car, au fond, ils sont essentiellement différents. Pour M. Gaillard, les chevilles sont des *liens* propres à retenir les attelles inflexibles qui restent avec tous leurs inconvénients, tandis que, pour moi, les chevilles constituent des attelles brisées, indépendantes, avec tous leurs avantages.

Dans mon tableau ne figurent pas deux classes admises par M. Malgaigne, celles des appareils en *plâtre* et des *cuirasses*, parce que la première rentre évidemment dans les appareils inamovibles, et la dernière dans ceux dits hyponarthéciques. Nous avons donné une interprétation un peu différente au huitième genre de M. Goffres : *appareil agissant directement et isolément sur les fragments;* jusqu'ici, comme l'auteur l'établit lui-même avec raison, « ces appareils sont presque toujours employés comme complément des autres. » L'un d'eux nous a paru mériter la place distincte que nous lui avons donnée parmi les appareils polydactiles.

Je n'ai pas conservé non plus la cinquième classe, *appareils mixtes* de M. Reynaud, classe où se trouvent groupés les appareils de MM. Baudens, Arnaud (1), J. Roux et celui de M. le professeur C. Forget, de la Faculté de Strasbourg, que les médecins de la marine s'honorent d'avoir compté dans leurs rangs (2). La classification de M. Reynaud se distingue par les appareils *mixtes* qu'on ne trouve nulle part jusqu'ici. L'admission de cette classe nouvelle, pour être justifiée, suppose l'existence d'un système qui, tenant à la fois de tous les autres, mériterait ainsi la dénomination de *mixte*. Or, il faut en convenir, ces conditions se trouvent remplies par les appareils que M. E. Reynaud indique, et il vous suffira, par exemple, de jeter un simple coup d'œil sur celui à chevilles mobiles que vous avez sous les yeux, pour voir, ce que d'ailleurs nous démontrerons bientôt, qu'il tient des appareils à attelles, inamovibles, hyponarthéciques, à extension continue. Mais il faut reconnaître aussi que les appareils de chaque classe ne sont pas tellement limités dans leur action propre, que le plus grand nombre se rapprochant assez pour se suppléer, se confondre même dans quelques-unes de leurs applications, ne constituent également des appareils mixtes. Vous l'avez vu déjà par celui de M. Gaillard; vous l'avez compris aussi par les noms des auteurs dont le même appareil trouve place non seulement dans plusieurs classes, mais dans plusieurs genres d'une même classe; il serait facile de le démontrer pour la plupart des autres; dès lors, tout en convenant que la faculté d'être *mixte*, ailleurs toujours restreinte, est plus absolue dans les appareils que renferme la cinquième classe de M. E. Reynaud, nous n'admettons pas cependant cette dernière, au moins sous sa dénomination, parce qu'elle n'indique pas assez ce qu'il y a de spécial ou d'essentiel dans notre appareil polydactile. Laissant alors les *caisses* de MM. Baudens, Arnaud, le *cadre-lit* de M. le professeur Forget, parmi les appareils hyponarthéciques, nous constituerons, d'après les principes suivants, la cinquième classe de notre classification.

Dans tous les temps, les médecins, en appelant à leur secours les appareils à fractures, ont eu en vue de remplacer la main de l'homme ou d'en continuer le mode d'action. Cette intention est trop clairement accusée dans les livres et dans tous les appareils, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur une longue démonstration. Deux choses dominent en général dans toute fracture : 1° l'altération de la forme; 2° l'indication de la rétablir; car, avec sa forme, le membre reprend ses dimensions, ses rapports. Pour obtenir ces résultats, le chirurgien emploie ses mains, ses doigts, emprunte ceux d'un ou de plusieurs aides, et, avec eux, il réduit la fracture, produit la coaptation, empêche les déplacements; en un mot, il rend au membre sa forme, ses rapports, ses dimensions. On l'a souvent répété, tout serait obtenu si, pendant les cinq ou six semaines qu'exige la consolidation d'une fracture, l'opérateur et les aides pouvaient laisser à demeure leurs doigts soutenant les parties, exerçant méthodiquement les tractions, les compressions, opérant les relâchements nécessaires, et cela en laissant le membre à découvert, en permettant de faire les pansements, les opérations convenables, etc. En présence d'une évidente impossibilité, il a fallu remplacer les mains et les doigts par des appareils, autant que l'art peut remplacer la nature!

Pendant de longues années, on a enveloppé les membres avec des appareils très compliqués, dont les nombreuses pièces, subordonnées les unes aux autres, formaient, avec le membre qu'elles absorbaient en quelque sorte, un tout si compacte, qu'il était désormais impossible de toucher à une partie sans remuer le tout, de modifier un détail sans altérer l'ensemble, c'est-à-dire sans défaire, visiter, refaire l'appareil tout entier. Dans ce système de déligation agissant en *masse* loin des regards de l'opérateur, on chercherait en vain les analogues de la main ou des doigts, on n'y trouverait tout au plus que l'inflexibilité de l'avant-bras ou du bras que semblent reproduire les attelles solides, les bottes résistantes, les gouttières rigides, les formes inamovibles, invariables, etc., etc. Les gouttières en fil de fer, laissant le membre à découvert et conservant l'empreinte de la main et celle des doigts furent un progrès réel. Mais je crois que les cravates de Mayor, les liens coaptateurs de Baudens apportèrent de plus heureuses modifications aux appareils à fractures, en consacrant mieux l'isolement de chaque pièce et l'indépendance de leur action plus en rapport avec les exigences de la thérapeutique et le fonctionnement de l'ensemble de la main, que leurs auteurs voulaient imiter.

C'est cet isolement, c'est cette indépendance d'action que je me suis proposé d'agrandir encore en les rendant complets, absolus dans un appareil que je me suis efforcé de rapprocher, non de la main considérée en totalité, mais de chaque doigt pris en particulier, en substituant le détail à l'ensemble, ou mieux l'action des éléments *isolés* à l'action des éléments en *masse*.

Vous le voyez, Messieurs, des principes différents et des résultats dissemblables se rattachent aux appareils à fractures ou en découlent, selon qu'ils reproduisent les analogues des avant-bras, de la main, des doigts; les attelles, les gouttières, les formes inflexibles d'une part, les lacs extenseurs, contre-extenseurs, coaptateurs, les cravates d'autre part, enfin les chevilles, ne sauraient être d'un emploi indifférent et marcher sur la même ligne, bien qu'il soit admis que le chirurgien habile se serve avec avantage de tous les instruments.

En proposant, dans un appareil mécanique, de remplacer les doigts si parfaits par des chevilles si imparfaites, j'ai dû ne pas m'arrêter devant une analogie choquante sans doute, et chercher les traits de la ressemblance dans les résultats bien plus que dans la forme. D'après ces considérations préliminaires indispensables pour tous, j'espère qu'on trouvera moins étrange que j'appelle mon appareil à *chevilles mobiles* pour exprimer le fait, le genre, et *polydactile* pour rendre l'idée, désigner la classe.

En plaçant dans la classe des appareils polydactiles l'instrument à pointes métalliques de M. Malgaigne, je crois lui avoir assigné sa véritable signification. Ces pointes, en nombre variable, offrent une des circonstances rares où l'art est, sous quelques rapports, supérieur à la nature, car, en définitive, elles maintiennent la coaptation mieux et avec moins de désordres locaux dans les parties molles, que ne le feraient un ou plusieurs doigts exerçant des pressions fortes et continues sur un même point, pendant tout le temps qu'exige la formation du cal.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Novembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Desmarquette, médecin à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais), sur les maladies des ouvriers mineurs des houillères de Belly, Montigny, Courrières et Dourges.

2° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie de dysenterie qui a régné en 1858 dans la commune de Suèvres (Loir-et-Cher). (Com. des épidémies.)

3° Une caisse d'échantillons de l'eau d'une source située à Encausse (Haute-Garonne), avec une demande d'analyse. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sirus Pirondi, de Marseille, qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Une lettre de M. le docteur Adam Adamowitch, qui sollicite le titre de correspondant étranger. (Renvoyées à la com. des correspondants.)

3° Un mémoire sur la clavelée et la clavelisation, par M. Donnarieix, vétérinaire à St-Fargeau (Yonne). — (Com. MM. Bouley et Leblanc.)

4° Un travail de M. Pablo-Estorch y Sigués, sur l'efficacité de la pierre merveilleuse nommée *Escorsonera* ou *Serpentine*, contre les morsures de la vipère. (Com. M. Duméril.)

5° M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris adresse douze lettres d'invitation pour la séance solennelle de rentrée de l'École de médecine, qui aura lieu le 15 de ce mois.

6° Une lettre de M. Victor Masson, libraire, accompagnant l'envoi de ses dernières publications.

7° La lettre suivante de M. Bouchut :

« Monsieur le Président,

» La statistique que j'ai publiée, d'après les chiffres officiels des trente-deux années qui viennent de finir, pour établir la loi d'accroissement absolu et proportionnel de la mortalité du croup à domicile, ne me paraît pas avoir été bien comprise. M. Marc d'Espine et quelques médecins se sont imaginés qu'il y avait cinq fois plus de croups mortels aujourd'hui que par le passé, sur un nombre déterminé de malades. L'on a même dit, plaisamment, que 7 décès sur 10 cas de croup, multipliés par 5, donneraient 35 morts sur 10 malades. En abusant ainsi le monde médical, M. d'Espine a commis une faute grave que je vous prie d'atténuer. Il s'agit, en effet, d'une mortalité proportionnelle à 1,000 habitants, et non proportionnelle à un certain nombre de croups. Soit donc 7 décès par 1,000 habitants multipliés par 4, par 5 et plus, vous aurez 28 ou 35 décès sur 1,000. Je n'ai pas dit autre chose.

» Cette statistique, qu'un peu plus de réflexion eût mis à l'abri d'une pareille attaque, a encore été le point de départ d'une autre méprise. Quelques personnes ont pensé que j'attribuais exclusivement le fait désormais incontestable de l'accroissement proportionnel du croup à la trachéotomie. C'est une erreur; et j'ai dit, ce que je vais prouver, qu'*elle n'était pas à l'abri de tout reproche à cet égard*; ce qui veut dire seulement que cette opération y a tant soit peu contribué.

(1) E. Reynaud, *Du traitement des fractures des membres inférieurs*. Thèse de Montpellier, juillet 1857.

(2) *Médecine navale*, t. II, p. 456.

» Ainsi, à côté de la statistique publiée par MM. Roger et Sée, dans laquelle on dit que 25 guérisons sur 39 croups opérés avant l'asphyxie, donnent une proportion de 64 guérisons pour 100, chiffre imaginaire qu'on n'obtient que par une amplification interdite dans les sciences, c'est-à-dire par la multiplication de 25 et 39 par 2 1/2, j'opposerai la statistique malheureusement trop réelle de la trachéotomie faite à Paris par nos plus respectables maîtres, et par ceux qu'à bon droit l'opinion publique a rangés parmi les plus habiles. On verra que, dans cette statistique, sur 351 opérations, il y a eu 312 morts et 39 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 89 pour 100. Au moment où l'Académie s'occupe de la question, il me paraît impossible qu'on ne tienne pas compte de ces résultats, afin que chacun sache que si les premiers de la profession ne sont pas plus heureux, la foule ne saurait espérer davantage.

» Voici, Monsieur le Président, les éléments de cette statistique que j'ai faite en recevant les communications orales de chacun de ceux qui qui s'y trouvent inscrits. C'est un tribut à la vérité qui ne saurait être mieux que dans vos mains :

MM. Gosselin.	23 opérés,	23 morts,	0 guérisons.
Brochin.	3	3	0
Follin.	15	13	2
Broca.	10	4	6
Depaul	7	6	1
Ad. Richard. . . .	12	10	2
Alph. Guérin. . .	12	11	1
Michon.	20	18	2
Deguise.	12	12	0
Laugier.	8	7	1
Velpeau.	13	9	4
Huguier.	8	8	0
Jarjavay.	12	12	0
Faure.	6	6	0
Auzias.	2	1	1
Robert	21	18	3
Nélaton.	36	33	3
Jobert de Lamballe	60	50	10
Lenoir.	20	19	1
Desormeaux. . . .	11	9	2
Monod	40	40	0

» Trois de ces chirurgiens, MM. Jarjavay, Monod et Lenoir ont même été jusqu'à me dire qu'ils ne feraient jamais plus de trachéotomie. Vous le voyez, Monsieur le Président, je n'ai rien exagéré en disant que cette opération faisait périr de 80 à 90 malades sur 100 opérés. Je n'avais pas voulu en dire davantage ni rien préciser des motifs de mon assertion; mais en face des résultats amplifiés de 64 guéris pour 100 récemment donnés au public médical, il m'est impossible de garder le silence.

» J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Président, etc.

» E. BOUCHUT. »

M. ROBIN offre en hommage, au nom de M. THOMPSON, deux ouvrages, avec planches, l'un *sur les rétrécissements de l'urètre et les fistules périnéales;* — l'autre *sur les engorgements de la prostate;* — de plus, un mémoire du même auteur, *sur l'anatomie et la pathologie de la prostate chez l'adulte.* M. Robin donne une analyse succincte de ces travaux, dont le premier est basé sur l'examen de 300 pièces anatomiques et renferme l'analyse de 220 observations de rétrécissements au point de vue de leurs causes.

— M. CIVIALE présente, au nom de M. ADAM, un travail sur la goutte.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Gensoul, de Lyon, associé national.

M. GIRARD, vétérinaire de 1re classe dans la garde de Paris, lit un mémoire intitulé : *Des frictions et du massage seuls dans le traitement des entorses de l'homme.*

Voici, dit l'auteur, de quelle manière nous procédons dans l'emploi des frictions et du massage :

Quelle que soit la gravité d'une entorse, nous ne nous occupons d'abord que du gonflement et de la douleur, sauf, plus tard, lorsque nous avons fait disparaître ces symptômes, à constater les complications et à y remédier.

Le premier temps de l'opération consiste dans de simples frictions excessivement légères, car à peine effleurons-nous la peau avec le bout des doigts. Ces frictions sont exécutées avec la face inférieure des doigts réunis, toujours de bas en haut et de façon à ne pas éveiller la moindre douleur. Après dix, quinze ou vingt minutes, il est rare que l'on ne puisse pas exercer une pression un peu plus forte que nous augmentons ou que nous diminuons selon la sensation éprouvée par le malade. Rarement a-t-on agi ainsi pendant une demi-heure, que déjà le patient accuse un soulagement notable, surtout appréciable, lorsque les douleurs sont continues.

Après ces frictions, et lorsque l'on a pu exercer sur le membre endolori une pression que l'on peut évaluer au poids de la main, alors commence le deuxième temps de l'opération que nous nommons le massage proprement dit.

Il consiste à agir, non seulement avec les doigts que l'on écarte plus ou moins pour les faire glisser dans les gouttières des régions, mais encore avec la paume de la main, de façon à embrasser toute l'articulation et toutes les parties environnantes. Dans ces deux temps, nous avons la précaution d'enduire nos doigts et nos mains d'un corps gras, tel que l'huile d'amandes douces, afin de faciliter leur glissement et de rendre leur contact plus doux à la peau.

Ce deuxième manuel se pratique en observant la même graduation que dans le premier, c'est-à-dire d'une manière douce, moelleuse et sans secousses. Il faut toujours que les mains soient promenées dans le même sens, c'est-à-dire de bas en haut, et qu'elles agissent non seulement sur les points douloureux, mais encore sur toutes les parties tuméfiées.

Ainsi, dans l'entorse du pied et du poignet, nous exerçons le massage depuis les extrémités des doigts jusqu'au tiers supérieur du tibia ou du radius, en mettant nos mains alternativement dans la pronation et dans la supination.

Pour les autres articulations, nous observons les mêmes principes, en agissant non seulement sur la région malade, mais encore sur une grande étendue de celles qui lui sont limitrophes.

Après ces manipulations plus ou moins prolongées suivant la gravité et l'ancienneté de l'entorse, nous arrivons à faire opérer à l'articulation des mouvements dans tous les sens, mais seulement lorsque les plus fortes pressions faites avec les mains n'éveillent plus aucune sensation douloureuse.

Si ces mouvements déterminent quelque douleur, nous nous en abstenons pour revenir au massage, jusqu'à ce que de nouveaux tâtonnements nous démontrent que la jointure peut être fléchie ou étendue sans que le patient accuse de sensibilité anormale.

Ces mouvements communiqués ne laissent pas que d'être dangereux, et on ne doit y recourir que comme moyen d'appréciation des effets du massage.

Dans plusieurs cas où nous considérons la cure comme certaine, nous avons vu dès le lendemain reparaître les douleurs accompagnées d'une réaction plus ou moins forte. Alors il nous a suffi de recommencer une seule fois le massage pour faire disparaître ces symptômes. Le plus souvent même, nous nous sommes contentés de prescrire un repos de vingt-quatre heures et d'appliquer un bandage contentif imbibé d'eau-de-vie camphrée. Au reste, ce bandage est bon dans tous les cas, et nous engageons à les conserver pendant deux ou trois jours, afin de maintenir l'articulation violentée.

Nous avons obtenu de bons effets de la méthode du massage dans des cas récents, anciens et compliqués, même compliqués de fracture du péroné.

La lecture du mémoire de M. Girard se termine par l'énumération de 25 observations dans lesquelles sa méthode a été pratiquée avec succès. — (Comm. MM. Nélaton, Bouley et Malgaigne.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Trousseau. — La parole est à M. BOUVIER.

« Messieurs, je prends la parole pour défendre le rapport de M. Trousseau. Contre qui? contre un orateur que nous admirons et que nous aimons tous, contre M. Trousseau lui-même. Je vais, en effet, vous montrer que les conclusions ne sont pas conformes au rapport, et j'espère avoir pour moi, durant cette argumentation, au moins l'auteur du rapport.

Ainsi, Messieurs, à propos de la laryngite aiguë, je lis dans le rapport : « mais s'il ne s'agit que d'une laryngite aiguë, sans production de fausses membranes (et la mort par asphyxie, bien que très rarement, est produite par cette phlegmasie), on *comprend* que le tubage du larynx *puisse et doive* empêcher la mort, et, par conséquent, suppléer parfaitement à la trachéotomie. »

Remarquez, Messieurs, que le rapport dit : *on comprend;* il n'en donne aucune preuve, c'est une chose toute théorique : « on comprend que le tubage puisse et doive, » c'est-à-dire que cela est possible, mais qu'il n'en sait rien, d'une manière positive. Et plus loin : « Si *l'avenir prouvait,* dit le rapporteur, que, dans les laryngites aiguës simples, etc. » Ainsi, il faudrait une preuve, on n'en a donc pas encore; mais, enfin, si cette *preuve* était donnée, *dans l'avenir*..... « M. Bouchut *aurait* rendu un service, » *aurait* rendu, c'est un conditionnel, et cela n'indique qu'une espérance. Voilà, Messieurs, tout ce que j'ai trouvé dans le rapport de relatif à la laryngite.

Que disent cependant les conclusions? Voici en quels termes, tout différents de ceux du rapport, elles ont été rédigées :

« Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, *peut*... devenir un moyen curatif. » *Peut!* mais il y a donc des faits? *peut!* cela est positif, c'est à l'indicatif présent et non plus au conditionnel! D'où vient ce désaccord? Peut-être de la hâte avec laquelle, pressé de finir, le rapporteur a écrit ses conclusions. Dans tous les cas, ces expressions auraient pu être plus sévèrement pesées, et je propose de remplacer le mot « *peut* » par le mot « *pourrait.* »

Les mêmes observations sont applicables aux laryngites chroniques : je m'associe, il est presque inutile de le dire, à tout ce que dit le rapport à ce sujet, mais je pense qu'il faut ou modifier ou retrancher la deuxième conclusion, qui les concerne.

Ces observations sont encore applicables au tubage comme traitement du croup. Le rapport dit que le tubage a été pratiqué 7 fois, et que 7 fois la mort n'a pu être conjurée par lui. Il ajoute que : « l'on doit *espérer*... que dans un *avenir* prochain, le tubage aura à enregistrer quelques succès positifs. » Il n'en a donc pas. Cependant la troisième conclusion est ainsi conçue : « Dans le traitement du croup, le tubage *retarde* quelquefois l'asphyxie et *permet*... etc. » Voilà l'indicatif qui reparaît, et le conditionnel qui s'efface; ce n'est plus l'avenir qu'on invoque, c'est le présent qu'on affirme.

La quatrième conclusion commence par ces mots : « Le tubage ne *peut que bien rarement* suppléer à la trachéotomie..... » Tandis qu'il résulte du rapport qu'il ne le peut *jamais.*

Je propose donc de dire : « Les faits de M. Bouchut, quelque espérance qu'ils donnent pour l'avenir, sont insuffisants quant à présent. » Au surplus, je dépose sur le bureau le texte des modifications que je désire dans les conclusions. On les lira et on les discutera si l'Académie le juge opportun.

Je dis que les faits de M. Bouchut sont insuffisants; je ne dis pas qu'ils ne prouvent absolument rien; mais ils ne prouvent qu'à demi; ils ne prouvent pas la même chose pour tout le monde; ils restent donc douteux; il en faut d'autres.

Ils sont, ai-je dit, susceptibles d'être interprétés de diverses façons; j'ajoute qu'ils le sont ainsi par les témoins oculaires eux-mêmes des faits de M. Bouchut. Je n'en veux pour preuve que l'observation publiée dans l'UNION MÉDICALE de ce matin. L'auteur de cette observation, M. Créquy, après avoir reconnu que le tubage a donné ce résultat inattendu, savoir : la possibilité, pour un organe aussi susceptible que le larynx, de supporter pendant plusieurs jours la présence d'un tube métallique, et cela sans une gêne très grande pour la respiration ni pour la déglutition, ajoute : « Si j'en juge par les sept ou huit faits que j'ai observés (les faits de M. Bouchut), je pense que le *tubage de la glotte a avancé le terme de l'asphyxie.* » M. Bouchut, on le sait, est d'un avis tout contraire.

Un dernier mot, Messieurs. Placé, comme je le suis, à l'hôpital des Enfants, je vois pratiquer chaque jour la trachéotomie, et si je n'y mets moi-même la main, je conseille souvent l'opération : je sais comment les choses se passent et je dois protester contre un des passages de la lettre de M. Bouchut publiée ce matin dans la *Gazette des hôpitaux.* Voici textuellement ce passage :

« Évitons toutes les exagérations, dit M. Bouchut. Déjà M. James Salomon, trop zélé disciple de Toinette, a proposé d'enlever un œil pour qu'on y voie plus clair de l'autre (UNION MÉDICALE, 26 novembre 1857). Nous avons tous ri de ce docteur improvisé qui veut couper le bras de son malade sous prétexte qu'il empêche l'autre de profiter. N'allons pas, serviles imitateurs d'excentricités de ce genre, à l'exemple de Louis et de Caron, et par la crainte d'une asphyxie prochaine chez nos malades, faire une trachéotomie prématurée qui n'aurait d'autre avantage *que d'exercer la main des opérateurs.* »

Encore une fois, je proteste, et je proteste énergiquement à cette tribune, contre de semblables expressions, au nom de tous mes collègues de l'hôpital des Enfants.

M. LE PRÉSIDENT : Cela, du moins, n'a pas été dit ici. La parole est à M. Trousseau.

M. TROUSSEAU : Je m'associe pleinement, Messieurs, aux derniers mots prononcés par M. Bouvier...

M. GIBERT : Je proteste, de mon côté, que les choses ne peuvent point se passer ainsi. Vous attaquez un médecin qui ne peut pas se défendre à cette tribune.

M. TROUSSEAU : Vous avez probablement vos raisons pour cela.

M. GIBERT : Je ne sais pas ce qu'a dit M. Bouchut; mais il est étranger à l'Académie, il ne peut pas répondre, et je proteste contre les attaques dont il est ici l'objet.

M. TROUSSEAU : Mais on vient de lire ce qu'il a dit, vous l'avez entendu! C'est à propos de mon rapport que la phrase a été publiée; l'accusation a été publique, et, à mon tour, je dis publiquement, à cette tribune, que c'est là une ignoble accusation!

M. LE PRÉSIDENT : J'engage M. Trousseau à ne pas développer cet argument. C'est désormais inutile.

M. TROUSSEAU : Je crois, Messieurs, que M. Bouvier ne m'a pas bien compris. Toutefois, une partie de ses critiques sont justes. Je me suis, en effet, rappelé, en formulant mes conclusions, que M. Bouchut avait été mon interne, alors que j'étais médecin de l'hôpital des Enfants, et je savais que tout rapporteur doit être indulgent. Mais sans vouloir faire de la logomachie, il est évident que le mot « *peut* » dans les conclusions, veut dire « pourrait. » Personne, j'imagine, ne s'y est trompé, et personne ne s'y trompera.

Quant à ce que j'ai dit de l'utilité du tubage dans les laryngites chroniques, et surtout dans les angines syphilitiques, je ne puis que répéter les termes mêmes de mon rapport, sans y rien changer.

Que si, ai-je dit, le tubage de la glotte était au contraire mis en pratique pour les maladies chroniques du larynx, comme dans ce cas il existe fort souvent des nécroses et des ulcérations, les inconvénients du moyen ne seraient plus les mêmes, et l'on pourrait, sans augmenter les désordres locaux, tenir les voies aériennes ouvertes assez longtemps, et retarder ainsi la suffocation et la trachéotomie.

Mais si, comme cela s'observe quelquefois, la suffocation était le résultat d'une affection syphilitique, l'introduction d'un tube pourrait quelques jours pourrait donner au médecin le temps d'employer des remèdes héroïques, qui, luttant contre la cause de la lésion, la modifieraient assez profondément pour faire cesser en partie le gonflement de la membrane muqueuse et permettre d'enlever le tube sans danger.

Maintenant, ma troisième conclusion, qui dit que le tubage *retarde* quelquefois l'asphyxie, paraît singulière à M. Bouvier. Mais, comme rapporteur, je ne puis ni ne dois discuter les faits du mémoire; il faut que je les accepte tels qu'ils sont soumis à la commission. Or, dans les sept observations de M. Bouchut, il est dit que le tube mis dans le larynx a rendu la respiration plus facile. Je le crois, je l'affirme même; il est certain que si les fausses membranes n'ont encore envahi que la glotte, et ne descendent pas plus bas, dans la trachée et les bronches, le tubage fera mieux respirer. Je maintiendrai donc cette conclusion, si elle est discutée.

MM. Cloquet et Piorry sont encore inscrits; mais, vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à mardi. D'ici là, les modifications proposées par M. Bouvier seront soumises à la commission.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Portal.

Souscription en faveur de deux veuves de médecins.

Un médecin de province.	5 fr.
MM. Foucault, à Nanterre. . . .	10
Baillarger.	20
Roche	10
E. B.	10
Gorlier, à Rosny	5
Gasté, médecin aide-major au 45e de ligne.	5
Renard, id. au 71e de ligne.	5
	70
Listes précédentes.	893
Total	963

L'intérêt et l'étendue des discussions académiques actuelles nous privent de l'espace nécessaire pour publier la première liste des adhésions à l'Association générale des médecins de France. Nous publierons cette première liste mardi prochain.

— Nous recevons trop tard, pour la publier dans ce numéro, une lettre de M. le docteur Bouchut, qui contient une réclamation sur l'observation de croup insérée dans notre dernier numéro, et qui nous a été communiquée par M. Créquy, interne du service. La lettre de M. Bouchut sera insérée dans notre prochain numéro.

— Les séances du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE ont été reprises vendredi dernier, et auront lieu tous les vendredis, à 8 heures du soir.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux, communication de M. E. Barthez, page 527, au milieu de la seconde colonne : Lorsque l'exsudation pseudo-membraneuse est le phénomène..... jusqu'à la fin du premier paragraphe de la colonne suivante... hôpitaux de Paris consacrés aux enfants, — tout cela doit être transporté au bas de la 1re colonne de la même page, avant ce paragraphe : — J'arrive maintenant à la question thérapeutique, etc.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 135. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 13 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La veuve de Marshall-Hall écrit à l'Académie pour demander l'ouverture d'un pli cacheté, déposé par le célèbre physiologiste anglais, très peu de temps avant sa mort. M. le Président annonce que ce pli sera ouvert dans le cours de la séance. (La séance s'est terminée sans que cette promesse ait été accomplie.)

— M. de Lalagade adresse un travail sur la vaccine et la revaccination.

— M. Heurteloup fait hommage à l'Académie d'un ouvrage sur la lithotripsie, et il joint à la lettre d'envoi quelques mots de réponse à la dernière note de M. Aug. Mercier. Il maintient que le procédé de la taille périnéale membraneuse lui appartient en propre, et qu'il diffère essentiellement et du grand appareil et de la taille latéralisée, puisque, dans aucun cas, il n'intéresse le col de la vessie.

— Lord Brougham envoie deux discours qu'il a prononcés récemment : l'un sur Isaac Nathan; l'autre sur la littérature populaire.

— M. Joly, de Toulouse, écrit à l'Académie qu'en collationnant les manuscrits de M. Delille, professeur à Toulouse, il a trouvé plusieurs lettres de M. Bonpland, dans lesquelles ce savant entretenait M. Delille de son projet bien arrêté de faire don au Muséum de ses collections.

— M. le Président annonce que le 46e volume des *Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences* est complet et à la disposition de MM. les académiciens. Il annonce encore qu'il va être procédé, par la voie de scrutin, à la nomination de la commission pour le prix Legendre. Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur la théorie des nombres.

Voici le résultat du scrutin. Sur 54 bulletins,

M. Liouville obtient. . .	43 suffrages.
M. Lamé.	»
M. Bertrand.	42
M. Hermite	36
M. Chasles.	30

En conséquence, la commission est formée des cinq noms qui précèdent.

M. le Président lit ensuite la liste des membres correspondants décédés pendant l'année qui vient de s'écouler.

— M. Becquerel donne lecture d'une note sur les températures des végétaux, et dépose sur le bureau un volume contenant 3,000 observations relatives à ce sujet.

— M. Is. Geoffroy St-Hilaire fait passer sous les yeux de ses collègues onze kilos de soie fabriquée avec les cocons du ver à soie du ricin.

Il montre ensuite un Balœniceps empaillé que M. Delaporte, consul de France en Égypte, a envoyé au Muséum. Le Balœniceps manquait aux collections; c'est un échassier à bec monstrueux. M. Is. Geoffroy St-Hilaire démontre, à l'aide de certaines particularités anatomiques évidentes, que cet oiseau avait été, à tort, rapproché du Pélican par les naturalistes anglais. L'individu le plus près de lui, dans la série ornithologique, est le Savacou, urnommé le Bec-en-Cuillère.

— M. de Paravey donne lecture d'une note relative au zodiaque chaldéen. Cette note est peut-être intéressante, mais elle nous a semblé faite dans un langage étonnant. Nous avons entendu entre autres choses que : « la planète Vénus a son domicile dans le Taureau. »

— A propos de la dernière communication de M. Junod, M. le maréchal Vaillant a reçu des documents importants qu'il dépose sur le bureau. Ces documents sont renvoyés à la commission nommée.

— M. Jobard, de Bruxelles, lit une note sur une nouvelle pompe.

— M. Péligot, au nom de M. Chancel, professeur de chimie à Montpellier, fait hommage d'un précis d'analyse quantitative. L'auteur, qui avait publié déjà un précis d'analyse chimique qualitative avec Gerhardt, et qui avait commencé, avec le même collaborateur, les recherches du traité qu'il publie aujourd'hui, a voulu que ce dernier volume portât leurs deux noms comme le premier.

A cinq heures moins un quart, l'ordre du jour étant épuisé, et personne ne demandant la parole, la séance est levée.

— Dans la séance précédente, M. Velpeau avait lu, au nom de M. Vernhes, médecin à Béziers, une note intitulée : *Simples propositions sur le croup*.

L'auteur ayant remarqué que le département de l'Hérault, qui se trouve depuis trois ans sous l'influence d'une constitution médico-croupale des plus intenses et des plus meurtrières, ne présente plus, depuis ce temps, presque aucun cas de rougeole, en a conclu que ces affections étaient jusqu'à un certain point similaires, et a été conduit à penser qu'en produisant par des moyens artificiels un exanthème général à la surface cutanée, on pourrait prévenir ou même arrêter dans son principe le développement du croup. Il a imaginé, en conséquence, une méthode de traitement qui consiste principalement à provoquer une éruption confluente sur tout le corps, au moyen du croton tiglium; le reste du traitement se rapprochant d'ailleurs de celui qu'on pratique d'ordinaire en pareil cas. Il dit avoir constaté qu'après l'apparition de l'exanthème, la formation de fausses membranes, si elle a déjà eu lieu, est complétement arrêtée.

— MM. Roger (Henri) et Sée ont adressé, dans la même séance, un travail contenant le résultat de recherches statistiques sur la mortalité par le croup et sur le nombre des guérisons par la trachéotomie.

Des chiffres relevés par les auteurs, il résulte, disent-ils, que :

« Si la mortalité par le croup a réellement augmenté dans ces derniers temps, c'est uniquement parce que cette affection redoutable, où la guérison spontanée est l'exception, est devenue plus fréquente, et parce que la forme épidémique peut lui avoir donné en même temps et plus d'extension et une gravité encore plus grande.

» Cette explication si simple, et nous pouvons ajouter si vraie, n'est point acceptée par M. Bouchut, qui croit trouver la raison de l'aggravation du croup dans l'intervention et l'application plus générale de la trachéotomie, de telle sorte que, d'après ce médecin, la mortalité progressivement plus considérable serait le fait de l'homme de l'art et non de la maladie. La statistique exacte de la trachéotomie pratiquée à l'hôpital des Enfants depuis une vingtaine d'années va répondre catégoriquement à cette accusation. »

Après avoir produit cette statistique, MM. H. Roger et Sée ajoutent :

« Les médecins regardent la trachéotomie comme une ressource dernière et précieuse contre le croup, ainsi que le prouvent l'accroissement du nombre des opérations en ville et surtout celui des admission à l'hôpital des Enfants; que les faits établis par nos recherches, par des chiffrss exacts, authentiques, affermissent leur confiance en l'opération. Que les familles, inquiétées

---

Feuilleton.

COUP D'ŒIL SUR LA MÉDECINE DES ANCIENS INDIENS;

Lecture faite à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 26 octobre 1856,

Par M. le docteur René BRIAU.

En poursuivant mes recherches habituelles sur l'histoire de la médecine et sur les médecins de l'antiquité, je fus entraîné il y a quelque temps à faire des études sur la langue sanscrite et à prendre une connaissance générale de cette vaste littérature qui contient un des plus anciens livres connus, et qui ne comporte pas moins de vingt-cinq siècles dans les phases diverses de son développement. Pendant cette excursion en dehors du domaine médical, à laquelle la curiosité philologique avait la plus grande part, je ne pouvais cependant me dépouiller de mon caractère de médecin, et je me demandai bien vite si, par hasard, il n'existait rien d'intéressant pour notre science dans cette immense agglomération de productions religieuses, épiques, grammaticales, etc., etc.

Je me souvins alors que Rhazès, dans son grand ouvrage intitulé *El Hawi*, c'est-à-dire le *continent*, rapporte assez souvent les opinions des médecins indiens; mais on n'avait pu tirer aucun parti de ces fragments épars pour se faire une idée juste du développement scientifique et de l'antiquité de la médecine dans les contrées qu'arrose le Gange. On pouvait seulement en inférer qu'il y avait eu autrefois dans ce pays une culture assez avancée de la médecine. En effet, si le peuple indien, essentiellement contemplatif et peu soucieux des besoins matériels de la vie, a pu négliger beaucoup de sciences conduisant à des résultats pratiques, il lui était impossible de se passer de la médecine, qui est, avec la religion, la plus impérieuse nécessité des peuples, à ce point qu'aucun, même parmi les plus barbares, ne peut y échapper.

Ces considérations me firent rechercher avec soin les documents qui pouvaient avoir un rapport plus ou moins direct avec notre science, et j'appris ainsi que le texte sanscrit du plus ancien des ouvrages de médecine de l'Inde avait été imprimé à Calcutta en 1835, et avait été traduit par un médecin allemand, M. Francis Hessler, dont le travail était en ce moment même en voie de publication. J'eus le bonheur de rencontrer un exemplaire de cet ouvrage à la Société asiatique, dont j'ai l'honneur d'être membre; et, avec l'aide souvent invoquée de mon excellent ami, M. Foucaux, professeur de sanscrit au Collége de France, j'ai pu prendre une connaissance assez exacte de la valeur scientifique de ce traité, qui, comme je le dirai plus loin, remonte à une époque antérieure à l'ère chrétienne.

Ce livre est intitulé : *Susrutas, Ayurvedas*, c'est-à-dire science de la médecine, par *Susruta*. L'auteur déclare tout d'abord comment la doctrine lui a été révélée par le bienheureux *D'hanvantari*, espèce d'Esculape indien, qui lui-même avait recueilli la science de la bouche de Brahma, par l'intermédiaire des deux *Asvin*, demi-urges qui correspondent assez exactement aux personnages grecs de Castor et Pollux. Il y a ici, comme en beaucoup d'autres points, similitude presque complète entre la filiation des mythes indiens et des mythes grecs. Il ne faut point s'étonner de cette ressemblance et de ce parallélisme; on les retrouve dans la plupart des faits principaux de l'histoire primitive de ces peuples, dont la parenté origiuelle est d'ailleurs aujourd'hui très bien démontrée. Le sloka, ou distique qui termine le premier chapitre, rend ainsl compte de ces faits : « Celui qui étudie ce véda éternel révélé par *Svayambhu* et commenté par *Kasiradja*, s'il est pur et honoré par les rois, ira retrouver, après la mort des cinq esprits vitaux, les habitants du monde d'*Indra*. » Or, *Svayambhu* signifie mot à mot celui qui existe par lui-même; c'est une épithète de *Brahma*, le dieu suprême. Kasiradja veut dire seigneur ou roi de Bénarès; c'est une désignation de *D'hanvantari*.

Comme il est facile de le prévoir, la médecine de *Susruta* est mêlée de légendes et de pratiques religieuses, ainsi que de principes théologiques. Aussi, pour l'exercer, fallait-il avoir obtenu la permission des brahmanes et leur être affilié, bien que, d'ailleurs, le médecin eût la liberté de choisir ses disciples indifféremment dans les quatre castes de l'Inde. Mais ces matières sont loin de former la partie principale de l'ouvrage; les préceptes vraiment scientifiques y sont en grande majorité. On y enseigne dès le commencement que le médecin doit se munir de toutes les connaissances qui ont quelque rapport avec la médecine, et l'on y trouve nettement formulée la règle suivante : « Celui qui connaît complétement la doctrine, mais qui est inhabile aux opérations, se trouble chaque fois qu'il aborde le malade, comme un soldat timide qui se présente au combat. D'une autre part, celui qui, versé dans l'art chirurgical, met cependant de côté la doctrine par présomption, ne mérite pas d'être honoré par les gens de bien. Ces deux hommes, qui ne connaissent chacun que la moitié de l'art de guérir, sont également incapables de bien s'acquitter de leurs fonctions et ressemblent à deux oiseaux qui n'auraient qu'une aile chacun. » On voit par là que, chez les Indiens, la médecine n'était pas séparée de la chirurgie, et que l'art de guérir formait un tout complet sans aucun fractionnement.

Susruta veut que celui qui se destine à la médecine soit noble, jeune, beau, vigoureux, pur, instruit dans les sciences sacrées, modeste, intelligent, discret et patient. Il doit se préparer par des sacrifices, des prières, des invocations, suivant les rites sacrés, et être choisi par un médecin d'une caste supérieure à la sienne. Il ne pourra se livrer à la pratique qu'après avoir longtemps étudié et après s'être exercé un grand nombre de fois à toutes les opérations. En public, il doit être digne et paraître supérieur aux autres hommes par sa tenue et sa décence; il faut qu'il soit doux et bienveillant; il sera vêtu de blanc, aura une canne à la main, les cheveux courts et les ongles coupés; il doit éviter avec soin de babiller et de plaisanter avec les femmes. Chacun remarquera ici combien ces recommandations se rapprochent de celles qui sont contenues dans le traité hippocratique intitulé : *Du médecin*, sauf quelques détails qui tiennent à la différence des lieux et des mœurs. *Susruta* prescrit, en outre, de ne jamais donner de soins médicaux aux scélérats et aux chasseurs. Ce précepte vient de ce que la religion brahmanique reconnaît le dogme de la métempsychose et défend en conséquence de tuer les animaux. Il enseigne qu'il y a trois moyens de reconnaître les maladies : 1° l'inspection des malades; 2° le toucher; 3° l'interrogation. Il ajoute qu'on doit employer aussi les cinq sens pour bien diagnostiquer.

par la publicité donnée à une statistique effrayante de la mortalité croupale, statistique dont le peu de valeur est à présent démontré, se rassurent pareillement; la trachéotomie, qui guérit dans la proportion de 27 pour 100, et pratiquée au moment opportun, en des conditions favorables, dans la proportion considérable de 64 pour 100, est une cause incontestable de la diminution de la mortalité par le croup, et, conséquemment, malgré des attaques mal fondées, est et demeure un grand service rendu à la science et à l'humanité. »

— Enfin, M. Domerc fait connaître dans une note les résultats qu'il a obtenus de l'*amputation d'une des amygdales* pratiquée sur un enfant de 5 ans déjà malade d'une coqueluche et chez lequel se déclara, le 23 septembre, un mal de gorge avec difficulté d'avaler les aliments.

Cette observation, dit en terminant M. Domerc, démontre que l'excision d'une amygdale exerce une action bien réelle sur l'élément essentiel de l'angine couenneuse; mais, tout en ayant constaté l'arrêt de la sécrétion des fausses membranes à partir de l'opération et la disparition assez rapide des dépôts formés à partir de ce moment, je ne suis nullement convaincu qu'il en eût été ainsi si ces derniers eussent été plus abondants...

Cette observation démontre encore qu'une plaie au fond de la gorge produite sur le lieu et dans le voisinage de fausses membranes déjà existantes ne se recouvre pas de dépôts pseudo-membraneux. Ne doit-on pas voir dans une telle immunité des tissus mis à nu une preuve de plus en faveur des cautérisations vives et énergiques tant recommandées dans l'angine pseudo-membraneuse par le promoteur de la trachéotomie en France, M. Trousseau, cautérisations qui, en définitive, ne sont ou ne laissent qu'une sorte de plaie ou une surface dénudée?

D[r] Maximin LEGRAND.

SYPHILIOGRAPHIE.

LE CHANCRE CÉPHALIQUE.

Deux thèses, à quelques jours de distance, viennent d'être soutenues devant la Faculté de Paris sur la question du *chancre céphalique*, cette intéressante question qui depuis quelques années occupe l'attention des syphiliographes.

L'une de ces thèses est due à M. Buzenet, élève de M. Ricord, et l'autre à M. Nadau des Islets, interne des hôpitaux, élève de M. le docteur Puche.

Je rappellerai d'abord en quelques mots l'état de la question, avant d'entrer dans l'examen de ces deux importants travaux. — Les différences symptomatologiques qui séparent l'une de l'autre les deux variétés du chancre, ont conduit à penser que ces variétés constituent en réalité des *espèces* indépendantes et doivent leur origine à des *virus* distincts. Un autre fait, mis en lumière dans ces dernières années, la transmission isolée de chacun des chancres dans l'espèce qui lui est propre, est venu fournir un argument puissant et décisif, à notre sens, en faveur de la doctrine dualiste. Une difficulté cependant se dressait devant cette nouvelle doctrine : c'était, comme on le sait, le *chancre céphalique*, ce chancre qui se présente avec la mystérieuse singularité d'une induration constante, d'un pouvoir infectieux irrésistible et comme fatal. Nos maîtres, en effet, qu'on veuille bien se le rappeler, sont unanimes à reconnaître que l'accident primitif développé sur les différentes régions de la tête s'est toujours offert à eux avec les caractères de l'ulcère infectieux, que toujours il s'est accompagné des symptômes constitutionnels de la vérole. Moi-même, dans un long mémoire auquel ce journal a bien voulu donner l'hospitalité, j'ai montré que les observations consignées jusqu'à ce jour dans les annales de la science relativement à cet accident spécial, paraissent se rapporter sans exception à des cas de syphilis, si bien qu'il n'existe pas encore aujourd'hui un seul exemple bien authentique, bien complet, de chancre simple développé *par le fait de la contagion* sur les différentes régions de la face.

Or, à quelle raison attribuer le caractère univoque du chancre céphalique, constamment induré, constamment infectieux? Quelle en est la signification doctrinale? L'on conçoit que chaque école ait donné à ce fait une interprétation différente. Pour les unicistes, le chancre s'indure constamment à la face pour cette seule raison qu'il y subit l'influence d'un terrain propre à la germination de la graine syphilitique; l'induration et l'infection qui la suit ne seraient, d'après eux, que le résultat d'une modification de nature imprimée au chancre par la région. — Pour les dualistes, au contraire, l'absence du chancre simple sur les mêmes points serait due à un défaut de réceptivité de la région pour le virus non infectant; il existerait une condition particulière qui s'opposerait à son développement sur les tissus de la face, tout au moins qui l'y rendrait très difficile et très rare.

L'inoculation pouvait apporter une utile lumière à la question en litige; elle pouvait seule, sinon clore le débat, du moins en avancer la solution. C'est, en effet, à la lancette que se sont adressés MM. Buzenet et Nadau pour aborder le problème.

Suivons-les donc sur cette voie d'investigation; examinons les résultats des expériences qu'ils ont relatées dans leurs thèses inaugurales.

Le travail de M. Buzenet, le premier en date, porte pour titre : *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel.* — Une première partie, purement descriptive, est consacrée à l'étude symptomatologique du chancre buccal. L'auteur y passe en revue les différentes formes que revêt cet accident suivant les sièges divers qu'il peut affecter, lèvres, langue, gencives, etc. — Suit une longue série d'observations recueillies tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare. Or, toutes ces observations — fait bien remarquable et toujours surprenant — sont relatives, sans en excepter une seule, à des chancres indurés, suivis d'infection constitutionnelle. Une étude attentive, une recherche assidue de plus de trente mois, sur le plus vaste théâtre de la syphilis, n'a pu fournir à M. Buzenet un seul exemple de chancre simple développé sur la région céphalique. — Le chancre simple est-il donc proscrit de cette région, ou bien s'y transforme-t-il en un chancre induré, sous une influence de siége ou de tissu? M. Buzenet n'accepte ni l'une ni l'autre de ces hypothèses. D'après lui, la variété molle de l'accident primitif peut être *artificiellement* transplantée sur la face, comme sur toute autre région. « Elle s'y est reproduite toutes les fois qu'on a tenté l'expérience et jamais l'on n'a eu à constater une tentative infructueuse. » A l'appui de cette proposition, M. Buzenet rappelle les deux faits déjà connus de MM. Rollet, de Lyon (*Gazette médicale de Lyon*, 31 décembre 1857) et Hucbenet (*Gazette médicale de Paris*, 30 mars 1858) (1); de plus, il apporte un document inédit, de la plus haute importance, qui lui a été fourni par M. le docteur Bassereau, et dont je vais tracer l'analyse en quelques lignes :

PREMIER FAIT : Sujet vierge d'infection antérieure, portant actuellement trois chancres simples du prépuce. — *Inoculation avec le pus de l'un de ces chancres sur la lèvre inférieure;* production d'un chancre simple à ce niveau; adénite sous-maxillaire douloureuse. — *Inoculation avec le pus du chancre labial sur le bras gauche du malade;* pustule spécifique, chancre simple du bras. — Aucun accident constitutionnel.

II et III. — X... porte un chancre simple du frein, qu'il tient d'une jeune femme affectée d'un chancre mou de la fourchette. — L'inoculation est pratiquée, avec le pus du chancre du frein, sur l'un et l'autre malade au niveau de la commissure droite des lèvres. — Production d'un chancre simple à ce niveau sur les deux malades; adénopathie sous-maxillaire douloureuse. — Aucun accident de syphilis.

IV et V. — X..., affecté d'un chancre simple du limbe du prépuce, tient la contagion d'une femme qui présente deux chancres mous à la vulve. — Inoculation avec le pus de l'un de ces derniers chancres, pratiquée sur les deux malades au niveau de la lèvre inférieure. (Le jeune homme portant depuis quelque temps une *gerçure* saignante à la lèvre, *le pus virulent est simplement déposé sur cette ulcération accidentelle.*) — Résultat positif des deux inoculations; ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux. — Les deux chancres labiaux ainsi produits restent *mous*; aucun accident de syphilis.

VI. — X... présente quatre chancres mous en arrière de la couronne du gland. — Inoculation du pus de l'un de ces chancres à la face interne de la lèvre inférieure, au niveau de l'angle gingivo-labial. — Production d'une ulcération qui ne tarde pas à s'étendre, à prendre l'étendue d'une pièce de cinquante centimes et à empiéter sur la gencive. Ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires tuméfiés et douloureux. La base du chancre reste molle. Cicatrisation sans accidents.

En présence de tels faits, il n'est plus permis de nier le chancre simple de la face. Il y a plus, c'est que les observations précédentes n'établissent pas seulement la possibilité de produire sur la tête, *artificiellement* et par le secours de l'inoculation, l'accident primitif non infectieux. Elles nous montrent de plus un *chancre mou de la lèvre se développant dans les conditions où se produit la contagion physiologique*, c'est-à-dire *sans le secours de l'inoculation* que l'on a accusée dans l'espèce d'exagérer en quelque sorte les procédés de l'acte contagieux. Pour produire ce chancre, il a suffi du simple dépôt d'une gouttelette de pus virulent sur une gerçure saignante. Qu'eût fait différemment la contagion?

Comment expliquer après cela que, cliniquement, ce chancre simple de contagion ne se rencontre jamais, ou tout au moins soit assez rare pour avoir échappé à de longues et actives recherches? M. Buzenet trouve plusieurs raisons à cette mystérieuse particularité. « La première, dit-il, semble inhérente aux symptômes mêmes avec lesquels se présente le chancre à base molle. On ne saurait nier, en effet, qu'en général cette ulcération, le plus souvent multiple, douloureuse, inflammatoire, s'accompagne d'une abondante sécrétion de pus, souvent encore de retentissement inflammatoire et même de suppuration des ganglions voisins. Or, si l'on vient à examiner quelle est la manière la plus fréquente dont se contractent les accidents qui ont la face pour siége, on comprend que ceux qui sont atteints de chancres mous s'*exposent rarement à les communiquer*, car avec un tel cortége de symptômes leur maladie ne saurait passer inaperçue. La variété infectante est, au contraire, à peu près indolente dans la grande majorité des cas; elle marche à froid, et se présente sous la forme d'une petite ulcération lisse, vernissée, inquiétant peu les malades qui ne voient là qu'une petite écorchure, ou parfois même éveillant si peu leur attention, qu'ils n'en soupçonnent pas l'existence...... » — En second lieu, si l'on consulte les observations de chancres céphaliques, un fait aussi facile qu'intéressant à constater est le suivant : c'est que les malades — retenus sans doute par une sorte de honte — ne viennent que *très tardivement* réclamer les secours de l'art, et le plus souvent même ne s'y décident qu'effrayés par l'apparition des accidents constitutionnels. S'il en est ainsi pour le chancre infectant, il n'est plus étonnant que le chancre simple échappe à notre constatation, puisqu'il n'entraîne à sa suite aucun symptôme de syphilis. — Ajoutez enfin cette dernière considération, que le chancre simple paraît parcourir très rapidement ses périodes lorsqu'il est implanté sur la face, et qu'il s'y limite en quelques jours pour arriver à une cicatrisation singulièrement hâtive. Dans ces conditions, dit M. Buzenet, ne doit-il pas le plus souvent être méconnu du malade et passer inaperçu du médecin?

D'après M. Buzenet, ces trois considérations pourraient rendre compte de l'extrême rareté des chancres simples de la face. — Eh bien, faut-il l'avouer, ces raisons me semblent encore loin d'être satisfaisantes. Les deux premières ne sont guère acceptables, car on peut leur opposer, d'une part, que le chancre simple peut bien, lui aussi, passer inaperçu à la vulve en quelques circonstances et devenir alors l'origine d'une contagion spéciale; et d'autre part, que nombre de malades, loin d'attendre pour réclamer les secours de l'art la manifestation des accidents consécutifs, accourent vers nous en toute hâte à l'apparition de la moindre rougeur suspecte sur les lèvres ou la langue. Il n'en est pas de même de la dernière proposition de M. Buzenet. Celle-ci est à coup sûr plus sérieuse, quoique bien loin encore d'être suffisante. Comment expliquer, en effet, que des malades puissent porter des ulcérations de la bouche pendant

(1) Je dois encore rappeler ici un fait publié dans l'*Iconographie* (pl. XXI). Cette observation, relative à un *chancre non induré de la gencive*, a été commentée dans un autre sens par M. Ricord lui-même, qui a élevé quelques doutes sur la précision de son diagnostic et la valeur absolue de ce fait. Après avoir relu cette observation, je crois que les scrupules de mon maître seront difficilement partagés.

L'*Ayurveda* reconnaît cinq principes ou éléments dans la nature : ce sont l'air, le feu, la terre, l'eau et l'éther. C'est à l'aide de ces cinq éléments que Brahma crée et entretient toutes choses. Il n'échappera à personne que cette théorie de la philosophie indienne, à l'aide de laquelle elle explique tous les phénomènes naturels, diffère de la théorie grecque des quatre éléments par l'introduction d'un cinquième principe, l'éther, auquel on fait jouer un rôle important. Toutefois, il est essentiel de remarquer qu'en médecine les Grecs admettent le πνεῦμα (esprit) qui, selon eux, circulait dans les artères; et *Susruta* admet également que l'éther circule dans les vaisseaux rouges, car la science indienne distingue des vaisseaux noirs qui sont les veines, des vaisseaux rouges qui sont les artères, et enfin, chose surprenante! des vaisseaux cachés que M. Hessler croit être les lymphatiques; mais j'avoue qu'avant d'adopter l'opinion étrange que les Indiens ont pu connaître ces vaisseaux, j'ai besoin d'en rechercher et d'en trouver la preuve tout à fait évidente. Ainsi le cinquième élément rejeté de la philosophie se retrouvait dans la médecine grecque. Ces cinq principes répondent aux cinq sens, savoir : l'air au tact, le feu à la vue, la terre à l'odorat, l'eau au goût et l'éther à l'ouïe. Ils sont, au reste, les causes éloignées des maladies et agissent sur l'organisme humain par le moyen des saisons, des aliments, de l'atmosphère et des lieux.

Les causes prochaines des maladies sont la mauvaise répartition et le défaut d'équilibre des humeurs. Il y a des maladies naturelles et des maladies surnaturelles ou démoniaques. Les maladies naturelles sont de quatre espèces : 1° les accidentelles, qui proviennent de lésions extérieures; 2° les corporelles, qui proviennent de lésions intérieures; 3° les morales, qui comprennent toutes les passions; 4° enfin les naturelles, qui sont le propre de notre nature, comme la faim, la vieillesse, la mort. Mais c'est là seulement le point de vue théorique, car, sous le rapport pratique, *Ayurveda* divise simplement les maladies en internes et externes. Les indications thérapeutiques pour les affections internes sont tirées principalement des saisons, de l'âge, de la force et du caractère des sujets. La matière médicale est prise, presque entièrement dans les règnes végétal et animal. A peine quelques substances métalliques sont-elles indiquées dans le livre de *Susruta*. La potasse caustique seule y est fréquemment conseillée. Du reste, les moxas, les cautères de toute espèce, les sangsues, les ventouses, les cataplasmes, les injections, les frictions, etc., etc., sont constamment recommandés. Une part très large est également faite aux moyens mystiques, aux enchantements et aux cérémonies religieuses. Il ne faut pas oublier, en effet, que notre ouvrage est un *veda*, c'est-à-dire un livre sacré. Ce mot *veda* est pris de la racine *vid*, qui a fourni le mot latin *videre*, et qui exprime l'idée de *voir* ou *savoir*; d'où *veda* signifie la science par excellence, la science sacrée.

La chirurgie de *Susruta*, sans être aussi avancée ni aussi savante que celle des Grecs, est cependant dans un état de développement dont on a droit d'être étonné; et son exposition prouve que les médecins indiens étaient versés dans la pratique des plus grandes opérations. Ainsi on y trouve décrites la cystotomie périnéale, l'embryotomie, divers genres d'autoplastie et de suture, la dissection des fistules et des tumeurs hémorrhoïdaires. L'arsenal chirurgical est déjà considérable; on y voit figurer différentes espèces de couteaux, de pinces, de scies, de spéculums, de sondes, d'aiguilles, de ventouses, de cautères actuels et potentiels, etc., etc. Toutefois, leurs connaissances anatomiques sont à peu près nulles, ou, du moins, dans une naïve enfance, car les Indiens avaient, plus qu'aucun autre peuple, le respect des morts, et leurs croyances religieuses s'opposaient aux recherches sur les animaux : d'ailleurs, ils ne sentaient probablement pas le besoin de ces études positives et précises qui sont la gloire des écoles modernes et qui révèlent une culture intellectuelle avancée. Leur anatomie consiste donc seulement à dénommer les organes les plus apparents et à énumérer le nombre des os. Ai-je besoin d'ajouter que leur physiologie, n'ayant pas de base, ne consiste que dans des explications théoriques purement intuitives? Mais un point sur lequel on revient avec insistance dans l'*Ayurveda*, c'est la nécessité indispensable pour le médecin de s'exercer longtemps à la pratique des opérations. Cet exercice, sans cesse recommandé, peut avoir lieu sur toutes les productions végétales naturelles. Il est même permis pour cela, tant on y attachait d'importance! de se servir des cadavres d'animaux. Enfin, qui le croirait! il est dit dans un endroit qu'on peut apprendre à connaître les organes sur des cadavres humains, pourvu que ce soit après plusieurs jours de purifications et une multitude de préparations religieuses. Du reste, les qualités requises pour être bon opérateur sont d'être ferme, prompt, imperturbable, sans faiblesse ni crainte, et d'avoir un instrument bien affilé. Il est impossible de ne pas rappeler ici que Celse exige du chirurgien, presque dans les mêmes termes, les mêmes qualités, auxquelles il ajoute celles d'être jeune et ambidextre.

Ces sortes de rapprochements pourraient être beaucoup plus multipliés; mais mon intention étant de ne donner ici qu'un aperçu très général du plus célèbre et du plus ancien des livres de médecine de l'Inde, je m'abstiendrai de plus amples détails sur les doctrines qu'il contient, pour dire quelques mots de l'époque où il a été rédigé.

L'ouvrage commence par une invocation à *Brahma*, à *Indra* et aux deux *Asvin*; puis il raconte que plusieurs hommes, prenant en pitié les maux qui affligent l'humanité, vinrent trouver le bienheureux *D'hanvantari* et le supplièrent de leur enseigner les moyens d'y remédier. Celui-ci daigna se rendre à leurs prières, et en choisit un parmi eux pour lui dicter un abrégé de la science que Brahma lui-même avait révélée. Le disciple privilégié fut *Susruta*, qui rédigea l'*Ayurveda* sous la dictée de son maître. Ce livre, dont la majeure partie est en prose, contient cependant de nombreux préceptes en vers disséminés çà et là et disposés par distiques, à la manière des *Védas*. Je suis très convaincu que cette partie rédigée sous la forme poétique est beaucoup plus ancienne que le reste de l'ouvrage. Ces préceptes, résultat de l'expérience et formulés en règles avant que l'écriture fût connue, durent être transmis par la voie orale de génération en génération, et pour cela il fallut se servir d'un procédé qui permît de les retenir facilement gravés dans la mémoire. Les médecins devaient les apprendre par cœur, de même que les prêtres étaient tenus d'apprendre, de la même manière et mot à mot, les formules de prières et d'invocations. Leur rédaction sentencieuse, précise, laconique, et leur couleur religieuse donne à ces règles canoniques quelque ressemblance avec les monuments de législation les plus primitifs, comme, par exemple, la loi romaine des douze tables, et leur imprime un caractère d'archaïsme qu'il est impossible de méconnaître. Ces distiques ne sont donc qu'une collection d'aphorismes médicaux, transmis par la tradition depuis les temps les plus anciens, et intercalés

plusieurs jours, plusieurs septénaires, *sans consulter un médecin?* Ajoutez que ces ulcérations, s'il faut en croire M. Bassereau, s'accompagnent le plus souvent d'adénopathies *douloureuses*. Que de fois, enfin, les médecins spécialistes ne sont-ils pas consultés pour de simples *aphthes* de la bouche, affection qui ne dure guère plus longtemps, à coup sûr, que les chancres mous de la plus courte durée !

Un dernier paragraphe du travail de M. Buzenet est consacré au diagnostic différentiel. Cette partie est fort développée, et ce n'est pas sans raison que l'auteur lui a donné cette étendue, car il existe à la bouche une foule d'affections de diverse nature qui peuvent simuler l'accident primitif, au point d'avoir conduit des praticiens des plus expérimentés à de singulières méprises, quelquefois même à de regrettables opérations. Je ne ferai néanmoins que la signaler ici, sans entrer dans l'analyse qu'elle mériterait à d'autres titres, n'y trouvant rien qui soit précisément relatif aux questions doctrinales soulevées par le chancre céphalique.

Entrepris à un point de vue plus général, le travail de M. Nadau des Islets ne traite du chancre céphalique qu'au titre d'un élément de discussion d'une question plus élevée, la dualité du virus. *(De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique, au point de vue de la distinction à établir entre les deux virus chancreux et de la thérapeutique qui leur est propre.)*

Dans une première partie, M. Nadau expose les caractères différentiels des deux ulcérations vénériennes. Ce parallèle, tracé d'une main sûre, fait habilement ressortir les différences profondes qui séparent le chancre simple du chancre infectant, différences telles — pour emprunter le langage de l'un de nos maîtres — que l'*on s'étonnera dans quelques années de l'assimilation monstrueuse où l'on a longtemps tenu rapprochées deux espèces morbides si dissemblables.*

La seconde partie de cette thèse est relative au chancre céphalique. Je dois l'analyser en détail, en raison de l'importance des documents qu'elle contient.

Ainsi que M. Buzenet, ainsi que tous les observateurs qui l'ont précédé dans ce genre de recherches, M. Nadau n'a jamais rencontré à la tête que la variété infectieuse de l'accident primitif. Il est loin, toutefois, de regarder la tête comme un siége absolument réfractaire au développement de la variété molle. Bien au contraire, les expériences qu'il a tentées et que je rapporterai plus loin lui ont appris qu'il suffit de se placer dans *certaines* conditions pour faire germer sur ce sol la graine du chancre simple. Si cette graine ne se développe pas par le seul acte de la contagion, c'est que le terrain sur lequel elle est simplement déposée ne lui *convient* pas, qu'il est mal approprié pour la recevoir ; c'est qu'elle n'y trouve pas, en un mot, les éléments nécessaires à sa nutrition et à son accroissement. Il existerait ainsi une certaine immunité, une certaine inaptitude de la région pour le chancre simple, du moins dans les conditions habituelles où se produit la contagion. « Mais ouvrez-vous à ce chancre une plus large voie *par l'inoculation*, divisez-vous un certain nombre de vaisseaux qui deviendront autant de bouches d'absorption, à l'instant le virus pourra être absorbé en plus ou moins grande quantité et donner naissance à une ulcération molle dont la marche et le développement ultérieurs, *tout en traduisant le défaut de réceptivité de ce sol*, présenteront néanmoins les caractères du chancre mou? »

C'est, en effet, ce que vont nous démontrer les faits relatés par M. Nadau.

Une première série de faits comprend quinze tentatives d'inoculation sur des *sujets en puissance de la diathèse syphilitique*, avec du pus de *chancre induré*. Les inoculations pratiquées simultanément sur la tête (région sous-mentonnière, menton, région mastoïdienne, sinciput) et sur le flanc ont toutes donné lieu invariablement à des résultats négatifs ; elles ont échoué. — Ce premier résultat n'a rien qui doive nous surprendre. L'on sait, en effet, à n'en plus douter, que le chancre infectant ne se laisse inoculer que très difficilement — si tant est même qu'il s'inocule — sur les sujets préalablement diathésés (1).

Sur une seconde série de malades également *diathésés*, l'inoculation a été pratiquée aux mêmes points *avec du pus de chancre simple*. Cinq tentatives ont réussi cinq fois à produire la pustule spécifique, c'est-à-dire à créer des chancres simples sur la tête comme sur le flanc. Ajoutez comme contre-épreuve que dans plusieurs cas le pus des ulcérations molles développées sur les régions mastoïdienne et sous-mentonnière a été reporté sur le flanc et qu'il y a reproduit la pustule chancreuse. — Nul doute, en conséquence, ne saurait être élevé sur la nature spécifique de ces ulcérations.

L'expérimentation ne s'est pas bornée à ces premiers résultats. La lancette a été portée sur des *sujets vierges de tout antécédent syphilitique*. C'est M. le docteur Puche, hâtons-nous de le dire, qui a trouvé dans sa longue expérience et dans une véritable conviction morale la hardiesse nécessaire pour accepter la responsabilité de ces expériences.

Eh bien, *ces inoculations, au nombre de quatorze, ont toutes donné lieu à des résultats positifs ; à la tête comme au flanc, elles ont reproduit le chancre simple, à base molle.* — Plusieurs fois encore, par excès de rigueur, le pus de ces chancres céphaliques a été transporté de nouveau sur le flanc et y a reproduit la pustule spécifique.

Ainsi, la démonstration est aussi complète que possible, et les observations de M. Nadau sont de nature à convaincre les plus sceptiques, à satisfaire les plus exigeants.

Ce fait a une très haute portée doctrinale, et M. Nadau s'est attaché à la mettre en lumière. « Malgré les différences symptomatologiques qui séparent l'une de l'autre les deux variétés du chancre, malgré la conformité constamment observée dans les faits de contagion entre l'accident transmis et l'accident d'origine, néanmoins l'impossibilité apparente du développement du chancre mou à la région céphalique restait encore une objection, la seule sérieuse, contre la doctrine de la dualité. Cette objection tombant aujourd'hui devant les résultats positifs de nos expériences, nous croyons être en droit de considérer ces résultats *comme une confirmation de la doctrine de la dualité des virus chancreux.* »

Des considérations de la plus haute importance en syphiliographie ressortent donc des travaux que je viens d'analyser. Résumons-les en quelques lignes :

1° Le chancre simple, non infectant, peut se développer sur les différentes régions de la tête *par voie d'inoculation.*

2° Il peut s'y produire *sans le secours de la lancette*, et dans l'une des conditions qui président souvent à l'acte contagieux, puisque dans le fait relaté par M. Bassereau, le simple *dépôt* d'une gouttelette de pus virulent sur une gerçure de la lèvre a suffi pour créer un véritable chancre simple. — Nul doute, en conséquence, que l'avenir ne nous réserve l'occasion d'observer sur la face la variété molle de l'accident primitif *développée par contagion.*

3° Si la face, ou d'une façon plus générale encore, si la tête répond à l'inoculation du chancre simple comme toute autre région du corps, elle n'en possède pas moins une certaine inaptitude à recevoir et développer cette variété du chancre. Lisez, en effet, les observations très détaillées et très rigoureuses de M. Nadau, vous y verrez le chancre simple céphalique, produit par l'inoculation, se borner rapidement, se limiter en quelques jours, *végéter* pour ainsi dire, et arriver à une prompte cicatrisation. Cette évolution hâtive est vraiment frappante. Qu'il me soit permis de citer quelques chiffres.

Dans les observations 25, 27, 28, 29 et 34, la cicatrisation du chancre est complète du *douzième* au *quinzième* jour.

Dans les observations 19, 22, 26, 32 et 33, elle se produit du *quinzième* au *vingtième* jour.

De même, dans les observations 21 et 31, du *vingt-unième* au *vingt-troisième* jour.

Je ne vois que deux cas où la cicatrisation s'est fait plus longtemps attendre ; encore est-elle complète, dans l'un, au trente-deuxième et dans l'autre au cinquante-unième jour (obs. 13 et 14).

Or, pour quiconque a étudié de près le chancre simple, il n'est pas douteux que sa période d'évolution moyenne ne soit *bien plus longue*, alors qu'il occupe toute autre région. A la verge, par exemple, le voit-on se limiter dès la fin du premier septénaire, et se cicatriser dans la quinzaine ? Évidemment, non, du moins dans l'énorme majorité des cas. Or, ce qui serait une rareté à la verge, devient le fait le plus ordinaire à la tête, comme le démontrent les chiffres qui précèdent.

A ce dernier point de vue, M. Nadau nous fournit une comparaison que l'on ne saurait récuser. Tous les malades, en effet, qu'il a inoculés à la tête, ont été de plus inoculés sur le flanc *avec le même pus*. Or, il est bien remarquable que, *dans tous les cas sans exception*, les ulcérations développées sur le flanc aient eu une durée notablement supérieure à celle des chancres céphaliques.

Donc, *si la tête peut recevoir le chancre simple, elle n'en est pas moins un terrain mal approprié à son développement.* — Et c'est là sans doute une des raisons que l'on peut invoquer jusqu'à un certain point pour expliquer l'extrême rareté de cet accident dans les conditions habituelles où se produit la contagion. Cette raison, toutefois, je le répète, est loin d'être *suffisante.*

4° En dernier lieu, les expériences relatées précédemment donnent une confirmation nouvelle à la doctrine de la dualité du virus, en ruinant l'un des arguments que l'on avait dirigés contre elle.

Alfred Fournier.

(1) V. *De l'inoculation comparative des deux espèces de chancres.* (*Leçons sur le chancre*, notes, p. 263 et suivantes.)

THÉRAPEUTIQUE.

DES TONIQUES DANS LA FIÈVRE JAUNE (1) ;

Par Fernandes Branco.

III

L'auteur divise les toniques en trois classes, conformément à leur mode d'action sur les organes ou systèmes d'organes sur lesquels ils influent particulièrement : 1° les toniques astringents, dont l'effet immédiat est d'augmenter la contractilité fibrillaire des tissus et applicables quand ceux-ci, perdant la force de tension qui leur est propre et la faculté d'assimilation, laissent exhaler, transsuder et extravaser les liquides qui circulent en eux ; 2° les toniques analeptiques ou reconstituants, formés exclusivement par les préparations ferrugineuses, dont l'action un peu plus lente que les précédentes, est de reconstituer le sang dans ses qualités nutritives et plastiques en concourant à la production du globule sanguin, qui est comme l'élément organique par excellence ; 3° et les toniques névro-sthéniques ou toniques radicaux spécifiques dont la quinine est le type, surtout au point de vue de la fièvre jaune, agissant sur le système nerveux ganglionnaire dans sa lutte contre l'influence mortelle de certaines intoxications morbides. L'appréciation spéciale de l'emploi de ces trois ordres de toniques dans la fièvre jaune devant être faite séparément dans le Congrès sanitaire, en voici simplement les indications générales.

D'après ce qui précède, on voit quelle est l'importance de chacune de ces trois classes de médicaments dans une maladie aussi désorganisatrice que la fièvre jaune. Dans cette maladie, où les tissus perdent leur force de tension et laissent échapper le sang, les toniques astringents sont hautement indiqués ; dans cette maladie, où les forces radicales de l'économie tendent à s'annihiler, il est impossible de ne pas recourir au sulfate de quinine pour exciter, soutenir ces forces compromises ; enfin, dans cette maladie, où le sang devient fluide et ne concourt plus à la nutrition, on ne peut s'empêcher d'employer les ferrugineux comme aliment plastique et un puissant adjuvant de la convalescence.

Il y eut des cas où les forces radicales étaient dans un tel état de résolution, où l'incitabilité organique était si épaisse, que l'action du tonique était impossible, si l'on n'eût d'abord, ou concurremment, excité artificiellement l'organisme. C'est ce que nous fîmes, en associant au sulfate de quinine le vin généreux, le camphre, le musc, l'éther, etc., parce qu'en accélérant la circulation, en déterminant pour ainsi dire une fièvre artificielle, nous activions toutes les fonctions en facilitant l'absorption du tonique radical.

Nous avons employé les toniques par l'estomac, le rectum, la méthode endermique et intraleptique. La première voie est préférable, quand il n'y a pas d'indication locale à remplir, parce que les éléments nécessaires à leur absorption s'y rencontrent. Ainsi, la quinine a besoin

(1) Voir les numéros 117 et 123 de l'Union Médicale, 1858.

---

par *Susruta* dans son œuvre propre. Quant au reste de l'ouvrage, il est probablement d'une date beaucoup plus récente.

Il serait sans doute très intéressant de connaître l'époque où vécut *Susruta*, et où il rédigea son livre ; mais, dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible de résoudre cette question. M. le docteur Hessler, dans le travail dont j'ai fait mention, ne craint pas d'affirmer que l'auteur de l'*Ayurveda* vivait au moins mille ans avant l'ère chrétienne. Mais il est plus facile d'affirmer que de prouver ; et la vérité m'oblige à dire qu'il ne justifie cette assertion par aucune raison bien solide. Toutefois, il est peut-être possible d'établir certaines limites extrêmes, entre lesquelles on pourra placer avec vraisemblance la rédaction du livre de *Susruta*. Ainsi d'abord on trouve dans le *Mahabharata* (1) un passage qui fait mention de l'*Atharvaveda* et de ses appendices, dont notre ouvrage de médecine fait partie, comme l'auteur le déclare dans son premier chapitre. On doit donc conclure de ce passage d'un des grands poëmes épiques de l'Inde que l'*Ayurveda* est antérieur à la rédaction du *Mahabharata*. En outre, le plus célèbre des indianistes actuels, M. Wilson (2) regarde comme probable qu'à une époque reculée il existait une école de médecine célèbre à Bénarès, et déjà nous avons vu que *D'hanvantari* était appelé *Kasiradja*, c'est-à-dire « roi ou seigneur de Bénarès, » et que *Susruta* était son disciple. A la vérité, M. Wilson ne spécifie pas ce qu'il entend par une époque reculée ; mais il est facile de conjecturer qu'un directeur de cette école mis au rang des dieux ne peut être qu'un personnage fort ancien. Enfin Strabon (3), qui, comme on sait, vivait sous les règnes d'Auguste et de Tibère, dit, d'après Mégasthène, historien du temps d'Alexandre-le-Grand, que les anciens Indiens ne s'appliquaient à aucune autre science qu'à la médecine, et ajoute, ce qui est plus concluant, qu'outre les quatre éléments admis par la science grecque, ils en reconnaissaient un cinquième. Or, nous avons vu que cette théorie des cinq éléments se trouve précisément exposée tout au long dans l'*Ayurveda.*

(1) *Mahabharata, in nala*, lib. XII, slok. 17.
(2) *Vischnu purana*, p. 407, n° 11.
(3) Strabon, *Géograph.*, liv. XV, ch. 1, § 59 et 60. Voyez aussi Mégasthène, dans *Fragm. hist. græc.*, éditions Firmin Didot.

De tous ces témoignages dont je n'ai point épuisé la liste, il me semble résulter que la rédaction du livre de *Susruta* n'a pas pu avoir lieu plus tard que deux ou trois siècles avant l'ère chrétienne, et que les peuples indiens étaient en possession d'une science médicale dogmatisée longtemps avant cette époque, comme le prouve la partie du livre rédigée en distiques. J'ajouterai, pour faire voir en quel honneur était la médecine dans ces contrées, que, dans les annales singhalaises intitulées *Mahavamsa* et *Soulouwamsa*, il est fait mention d'un roi de Ceylan, nommé *Bouddhadasa*, qui, vers le milieu du IVe siècle de notre ère, fut un grand médecin, écrivit plusieurs livres de médecine, fonda de nombreux hôpitaux et établit un médecin par section de dix villages.

Maintenant, beaucoup se demanderont si les Grecs ont appris la médecine des Indiens, ou si ces derniers la leur ont empruntée, ou bien si la science s'est développée parallèlement et simultanément chez les deux peuples, dont pourtant l'origine était commune. Cette question est fort complexe et ne peut être résolue d'une manière radicale et complète. D'une part, on peut remarquer que Hippocrate fait entrer dans sa matière médicale un certain nombre de plantes indigènes de l'Inde, tandis qu'on ne trouve dans *Susruta* aucune indication de plantes originaires de Grèce. J'ai déjà fait voir, en outre, qu'une partie de l'*Ayurveda* présente un caractère religieux et archaïque qui la recule bien loin dans l'antiquité. Mais, d'un autre côté, il est difficile d'admettre que la science grecque n'ait point pénétré dans l'Inde à la suite des conquêtes d'Alexandre-le-Grand. En effet, les guerres qui bouleversent les empires et mélangent les populations ont cet avantage que les peuples les plus avancés en civilisation et en science, vainqueurs ou vaincus, imposent aux autres quelques-unes de leurs idées et de leurs tendances. Je n'ai rencontré jusqu'à présent, dans l'*Ayurveda*, aucune trace d'emprunt fait aux Grecs ; mais si, postérieurement à l'invasion d'Alexandre, on avait intercalé dans ce livre quelques parcelles des connaissances helléniques, ce que le caractère indien rend d'ailleurs très peu vraisemblable, il n'en faudrait rien conclure contre l'originalité de la doctrine de *Susruta*. Il est facile de se rendre compte que la médecine est la plus ancienne des sciences. Elle résulte de besoins tellement impérieux et inhérents à l'humanité, qu'elle a pu être dogmatisée chez plusieurs peuples à la fois sans que les uns aient eu connaissance des découvertes des autres.

Je reste donc persuadé qu'avant l'arrivée des Macédoniens dans l'Inde, les peuples de ce pays étaient déjà en possession d'une science médicale bien ordonnée et rédigée en corps de doctrine. Une étude plus approfondie des documents que nous possédons sur la médecine de ces contrées, si anciennement civilisées, et pourtant si nouvelles encore pour nous, permettra sans doute d'éclaircir plusieurs questions que je n'ai fait que poser ici, et de résoudre divers problèmes inséparables d'un sujet aussi complètement neuf. Pour mon compte, je tâcherai d'apporter mon tribut de travail à ce point intéressant d'histoire de la médecine.

— Nous avons publié dernièrement les dispositions principales d'un décret rendu par S. M. la reine Victoria, en faveur du corps des médecins militaires de la Grande-Bretagne. Nous extrayons aujourd'hui du *Times* une partie des réflexions que ce journal consacre à l'appréciation de ce décret.

« On a constaté, pendant la guerre de Crimée, que le service du commissariat et celui du corps médical militaire en Russie étaient de beaucoup inférieurs à ceux des autres départements, et cette particularité a été considérée comme la conséquence nécessaire d'une civilisation en retard. Mais peut-être notre lecteur ne savait-il pas que, même dans l'armée anglaise, les officiers médicaux étaient encore aussi sous le poids du préjugé qui s'attache à la qualité de non combattant, et que ce dernier legs des temps de barbarie vient seulement de disparaître, en l'année 22 du règne de notre souveraine, et sous le ministère du général Peel.

» Telle est cependant l'exacte vérité. Le décret que nous avons rapporté touchant le rang et la position des médecins de l'armée, vient enfin de détruire le cachet d'infériorité imprimé de temps immémorial au personnel non combattant de l'armée. Le régime de la subordination des médecins envers le commandement est aboli ; et désormais le plus jeune cornette ne sera plus autorisé à se considérer comme le supérieur naturel d'une classe d'hommes ayant une éducation plus qu'égale à la sienne, etc. »

de la réaction des sucs gastriques, tandis qu'elle est décomposée par les carbonates alcalins de l'intestin et de la peau, quand elle est appliquée en lavement ou par la méthode endermique. Son action par ces deux voies est presque nulle et insuffisante à couper des accès intermittents, ni à la révéler dans les urines ; il est nécessaire d'aciduler les lavements pour les voir produire quelque effet, et alors on ne peut savoir si c'est le stimulus local du liquide qui provoque la contraction de l'intestin ou l'effet de la quinine elle-même.

A moins d'une complète intolérance, on doit donc administrer les toniques par l'estomac, si l'on veut en recueillir de bons résultats. M. Moreiva rejette la méthode iatraleptique comme nuisible dans la fièvre jaune, à cause du refroidissement qu'il redoute. Ce n'est pas cette crainte qui nous la fait rejeter, car les frictions, en stimulant la peau, développent du calorique; mais l'absorption périphérique, étant nécessairement altérée profondément dans cette maladie, il n'y a pas à attendre de grands résultats de cette fonction de la peau ; c'est un tourment de plus ajouté à ceux que le malade éprouve déjà.

Les toniques s'administrent en décoction, solution, poudre, pilules, sirops, etc. Sous forme liquide, ils sont souvent difficilement supportés par les malades dont le palais se révolte contre leur extrême amertume. Les astringents, par leur saveur styptique, peuvent produire souvent une sensation voisine de la douleur. La forme pilulaire est préférable sous tous ces rapports en portant directement le médicament dans l'estomac; mais il peut aussi résister à l'action dissolvante des sucs gastriques, on n'être ainsi absorbé qu'incomplétement. Cette considération a fait rejeter cette forme par plusieurs praticiens pour l'emploi du sulfate de quinine. La forme pulvérulente est la meilleure.

Les doses des toniques varient trop pour que nous puissions rien préciser à cet égard. D'après plusieurs auteurs, les astringents énergiques détermineraient souvent des cardialgies douloureuses et comme des crampes d'estomac et des intestins, et, dans certains cas même, des nausées et des vomissements. En conséquence, on ne doit pas employer ces médicaments à haute dose quand leur action n'est pas locale, topique, car l'action fibrillaire peut être assez intense pour suspendre l'absorption et rendre inutile la quantité surabondante du remède.

Relativement à l'absorption du sulfate de quinine, quelques praticiens préfèrent le donner à faible dose réfractée, parce que, dans ce cas, il existe toujours dans l'estomac une quantité suffisante de sucs acides pour sa prompte absorption, tandis qu'autrement, une partie du médicament peut passer dans l'intestin et s'accumuler en grande quantité au point de produire ensuite de sérieux accidents.

D[r] P. GARNIER.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DE L'HÉMORRHAGIE INTRA-OCULAIRE CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION; par M. RIVAUD-LANDRAU. — L'hémorrhagie intra-oculaire est une complication rare, mais grave, de l'opération de la cataracte par extraction; cependant elle est généralement passée sous silence par les auteurs. Le docteur Withe-Cooper, dans une leçon clinique publiée par les *Annales d'oculistique*, n° du 31 octobre 1857, vient d'appeler l'attention des praticiens sur ce sujet et d'assigner pour cause à cet accident la rupture des vaisseaux qui rampent à la surface de la choroïde, rupture qui serait occasionnée par un état morbide de ces vaisseaux et qui aurait pour résultat le décollement et l'expulsion du corps vitré. Le docteur Rivaud-Landrau, qui a eu l'occasion d'observer quatre fois cet accident dans l'espace de dix-huit ans, professe une opinion tout à fait contraire. D'après lui, c'est le décollement et l'évacuation du corps vitré qui ramènent la rupture des vaisseaux choroïdiens; c'est ce qui paraît résulter des quatre observations relatées dans son travail. On y voit, en effet, que, chaque fois, l'hémorrhagie fut précédée par la sortie d'une quantité plus ou moins grande du corps vitré, soit pendant l'opération, soit quelques heures après, à la suite d'un choc, d'un coup sur la région. — (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1858.)

RECHERCHES ANATOMIQUES ET CLINIQUES SUR LES HYDROPISIES CONSÉCUTIVES A LA FIÈVRE TYPHOIDE; par M. LEUDET. — M. Leudet, professeur titulaire de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, ayant eu occasion d'observer plusieurs cas de fièvre typhoïde suivie d'hydropisies, a fait des recherches sur ce sujet. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Les hydropisies surviennent quelquefois à la suite de la fièvre typhoïde, caractérisée, à Rouen comme à Paris, par des ulcérations des follicules de l'intestin. — Ces hydropisies ne sont signalées, dans les ouvrages classiques, que sous forme d'œdème de peu d'importance du tissu cellulaire des membres inférieurs; elles ont été signalées sous forme d'anasarque généralisée en Allemagne principalement. — A Rouen, l'anasarque a été ou généralisée ou localisée aux membres inférieurs. — L'hydropisie peut être générale d'emblée, ou, primitivement développée aux membres inférieurs, s'étendre à tout le reste du corps. — Dans les faits que nous avons observés, il n'y a jamais eu d'ascite, une fois une péritonite. L'œdème est indolore et incolore. Il survient le plus souvent sans prodrômes et coïncide souvent avec un peu d'exacerbation du mouvement fébrile, avec des sueurs, une éruption abondante de sudamina, et une bronchite intense. Son apparition a lieu, en général, à la deuxième ou troisième semaine de la maladie; il disparaît en deux ou trois semaines. Jamais nous n'avons, dans ces cas, constaté d'albuminurie ou de lésions des reins, phénomènes indiqués par quelques auteurs. — La cause de ces œdèmes paraît être la faiblesse de constitution des individus de notre ville, et la nature même de la fièvre typhoïde, qui s'accompagne plus fréquemment qu'ailleurs de stomatites, de pleurésies, etc. Les pyrexies et les phlegmasies ont, du reste, en général, le caractère adynamique. — L'anasarque n'offre aucune gravité; il prolonge la durée de la convalescence. — Le traitement consiste en toniques exclusivement. — (*Arch. de méd.*, octobre 1858.)

TRAITEMENT DU RHUMATISME GOUTTEUX CHRONIQUE PAR L'IODE *intùs et extrà*; **GUÉRISON**; par M. ARAN. — Le rhumatisme goutteux est une affection grave et rebelle qui réduit souvent à l'état d'infirmes des personnes jeunes encore et d'une bonne santé d'ailleurs. Cependant l'insuccès des médications employées fait qu'on ne soumet à aucun traitement actif les personnes qui sont affectées de cette cruelle maladie. Le fait suivant tend à donner, dans ces cas, une grande valeur à l'emploi de l'iode *intùs et extrà*. Déjà M. Gendrin, puis M. Lassègue avaient recommandé la teinture d'iode; M. Schützenberger avait insisté plus tard sur les badigeonnages à la teinture d'iode unis à l'emploi de l'iode à l'intérieur. C'est cette méthode qui, jointe à la compression, a si bien réussi à M. Aran.

Une femme de 35 ans est entrée le 3 mai dernier dans le service de M. Aran. Elle est atteinte d'un rhumatisme goutteux qui date de 1853, et qui la rend complètement infirme. Toutes les articulations des mains, les genoux, le cou-de-pied gauche sont tuméfiés, déformés, pleins de liquide, très douloureux; les mouvements y sont à peu près impossibles. Les autres articulations sont saines; pas de chaleur à la peau, ni de fièvre; bon appétit. Dès le premier jour, le traitement est ainsi institué : tous les jours, julep avec addition de 30 gouttes de teinture d'iode et badigeonnage de toutes les articulations malades avec la teinture d'iode pure. Les douleurs disparurent vite; mais le gonflement ne commença à diminuer que quand M. Aran eut fait faire la compression : mais alors il ne tarda pas à disparaître. Le 12 juillet, la malade, qui déjà se levait tous les jours avec des béquilles, commence à s'en passer et à pouvoir marcher seule. Enfin elle quitte l'hôpital le 12 août, dans un état de bien-être qu'elle ne croyait jamais atteindre, et ne conservant de cette affection si ancienne et qui en faisait une infirme depuis nombre d'années, qu'un peu d'empâtement des genoux et une certaine déformation des doigts. — (*Bulletin de thérap.*, 30 septembre 1858.)

DE LA RÉSOLUTION DES ADÉNITES CERVICALES CHRONIQUES PAR LE GALVANISME; par M. R. PHILIPPEAUX. — M. Philippeaux divise les adénites cervicales en deux grandes classes : celles qui contiennent, dans leur intérieur, de la matière tuberculeuse ou du pus, et celles qui ne sont constituées que par des ganglions hypertrophiés, c'est-à-dire ceux dans lesquels une phlegmasie chronique a déterminé le dépôt d'une lymphe albumino-fibrineuse. C'est de la seconde espèce de tumeurs que M. Philippeaux veut s'occuper. Or, d'un côté, l'art est ordinairement si peu efficace contre ces affections, qu'il n'y a guère que l'ablation qui puisse en triompher. Mais, d'un autre côté, l'extirpation par l'instrument tranchant, est dangereuse dans une région aussi vasculaire que le cou, et la cautérisation produit inévitablement des cicatrices souvent plus disgracieuses que la tumeur elle-même. Le galvanisme, sans avoir aucun de ces inconvénients, donne presque toujours d'excellents résultats. Déjà, en 1853, M. Boulu avait publié un travail sur ce sujet ; et même, pour remonter aux sources, le traitement des adénites du cou par l'électricité appartient à l'illustre Dehaen, qui eut l'idée de s'en servir sur deux jeunes filles atteintes de glandes lymphatiques. M. Philippeaux a repris la question avec un grand soin, et il publie trois nouvelles observations dont voici le sommaire :

OBS. I. — Jeune fille de 17 ans, de constitution lymphatique; adénite cervicale, de la grosseur d'une noix, siégeant dans la région sous-maxillaire gauche. Insuccès des médications générales et locales. Emploi de l'électricité pendant deux mois consécutifs à l'aide de l'acupuncture. Très grande amélioration. Chaque séance d'électricité fut répétée tous les deux jours, et dura cinq minutes environ. Au bout de quelques jours, une légère inflammation de la tumeur ne permit plus que deux séances par semaine.

OBS. II. — Jeune fille de 12 ans; bonne constitution. Adénites cervicales siégeant au-dessous de la mâchoire du côté droit, du volume d'une noisette, et datant de l'enfance. Emploi de l'électricité pendant quatre mois. Grande amélioration. Cette fois, M. Philippeaux se servit des instruments de M. Boulu, constitués par deux disques métalliques à surface garnie de pointes mousses fixées à des plaques d'ivoire, et recevant chacun un des fils conducteurs d'un appareil électrique.

OBS. III. — Jeune fille de 17 ans; tempérament lymphatique. — Adénite cervicale située au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, du volume d'un œuf et datant de douze années. — Insuccès continuels de tous les traitements locaux et généraux employés en pareille occurrence. — Emploi de l'électricité combinée avec la compression. — Disparition à peu près complète de la tumeur. — L'appareil employé fut encore celui de M. Boulu; chaque séance dura huit à dix minutes. Au bout de deux mois, la compression fut ajoutée à l'électricité. — Le traitement dura quinze mois.

Tous les appareils électro-médicaux peuvent servir à cet usage. — (*Gazette méd. de Lyon*, 16 août 1858.)

SUR L'EXISTENCE D'UN RONCHUS BRONCHIQUE INFANTILE, SYMPTOMATIQUE DE LA DENTITION; par M. SÉMANAS. — M. le docteur Sémanas signale le fait d'observation suivant : Parmi les enfants âgés de quelques mois à 3 ans, et chez qui le travail de la dentition est manifestement en cause, il est fréquent de rencontrer des sujets qui, loin de présenter le flux diarrhéiforme, dit sympathique du travail dentaire, sont, au contraire, constipés et offrent en même temps une hypersécrétion catarrhéiforme de la muqueuse bronchique d'apparence variable, se traduisant par un *ronchus* caractéristique. Cette hypersécrétion bronchique commence et finit avec la dentition dont elle suit, en outre, fort exactement les phases de repos et de progrès; elle coïncide toujours avec un état de constipation plus ou moins prononcé, et jamais avec la diarrhée. Bien plus, dès que, pour une cause ou pour une autre, ce dernier flux apparaît, le flux bronchique disparaît sans laisser de trace, sauf à reparaître dès que le flux intestinal a pris fin; de sorte qu'on pourrait ranger en trois catégories distinctes les enfants chez qui le travail de la dentition s'accompagne de phénomènes appréciables du côté du grand système muqueux broncho-intestinal, savoir : 1° ceux constipés; ils n'ont pas de ronchus; 2° ceux non constipés, et qui ont le ronchus; 3° ceux qui éprouvent des alternatives de constipation et de diarrhée, et, par suite, de ronchus. Quels sont les caractères de ce ronchus ? Il est *perceptible à distance*, est plus fort pendant le sommeil que pendant la veille et au repos; mais pour peu que l'enfant se livre à quelques mouvements étendus, le ronchus acquiert aussitôt une intensité qui permet de l'entendre à une distance parfois fort grande. M. Sémanas le compare au bruit de la marmite qui *bout*. Enfin, il ne s'accompagne presque jamais de *toux*. — (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1858.)

DE LA QUANTITÉ DE SANG CHEZ L'HOMME. — M. Bischoff s'est livré à plusieurs expériences, et est parvenu à s'assurer de la quantité de sang que contient ordinairement le corps humain : elles ont été faites sur trois individus décapités. La première paraît avoir échoué ou n'avoir pas donné de résultat exact : le sujet était scorbutique, dit M. Sequard, la quantité paraît avoir été estimée trop bas, c'est-à-dire à un treizième de tout le poids du corps. Le second personnage était dans un état sain : la perte du sang avait été de 3,510 grammes, et la quantité restée dans le corps de 1,348 grammes, total 4,850 grammes. Le poids de l'individu était de 68,010 grammes, il s'ensuit que le poids du sang représentait un quatorzième de celui du corps. Le même rapport s'est présenté pour le troisième sujet. Ces résultats diffèrent beaucoup de ceux obtenus par Lehmann et E. Weber, qui ont trouvé que la perte du sang était plus considérable que celle indiquée par Bischoff. M. Sequard croit que Lehmann est plus près de la vérité. — (*Medical Times* et *Revue étrangère médico-chirurgicale.*)

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de faire mes réserves au sujet de l'observation de tubage qui a été publiée dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE. Incomplète et inexacte sur plusieurs points, elle ne représente pas ce que M. Empis et moi, chefs de service, avons observé.

Le 23, à quatre heures, le visage est rouge violacé et les lèvres livides. La respiration est difficile, sèche et sifflante, la toux rauque et la voix presque éteinte. L'enfant offre une salivation habituelle. Il voit et entend bien, il sent le contact des corps étrangers, mais il est insensible à la douleur, et on peut le piquer partout sans qu'il fasse le moindre mouvement.

Je lui mets une canule de 9 millimètres, qui ressort peu après dans un effort de vomissement, en amenant un lambeau de fausse membrane trachéale de 4 à 5 centimètres. J'en place une autre de 9 millimètres 1/2, et elle reste facilement dans la glotte.

L'enfant tousse plus fort et parle plus haut; il dit que cela le gêne et il veut tirer sur le fil qui retient la canule. Cependant il n'y a aucun effort de toux et de suffocation. L'enfant vomit de nouveau, et cette fois la canule n'est pas rejetée. Il s'échappe deux autres petits morceaux de fausse membrane.

Au bout de quelques minutes, l'enfant n'essaie plus d'enlever la canule et on lui laisse les mains en liberté. *Son visage est redevenu rosé, naturel, au lieu d'être livide, et l'analgésie a disparu.* Dès qu'on le pique, l'enfant fait une grimace et retire vivement la main ou la tête, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

A huit heures, l'enfant est calme et ne fait aucun mouvement pour enlever la canule, bien que ses mains soient libres. Sa respiration est facile.

A minuit, embarras de la respiration, on retire la canule, qui est libre. . . . .

A huit heures, M. Empis et moi trouvons l'enfant dans un grand état d'agitation et de cyanose avec conservation de la sensibilité, qui, une heure après, et à la suite de la saignée, se changea en anesthésie complète. C'est alors que nous donnâmes l'ordre d'opérer.

Je n'entrerai pas dans de plus amples détails, que je tiens cependant à votre disposition, si vous le désirez, car les faits nouveaux doivent être observés avec soin, d'heure en heure, et aussi complétement que possible. Je tenais à vous montrer qu'en publiant sur des notes vagues, prises à la hâte, une observation que j'allais publier *in extenso*, avec d'autres du même genre, M. Créquy, notre élève, a commis une indiscrétion qui n'a même pas pour excuse la fidélité du récit.

Veuillez me croire, Monsieur le rédacteur, votre bien dévoué.

E. BOUCHUT.

Paris, le 9 novembre 1858.

COURRIER.

NÉCROLOGIE. — Nous avons fait connaître, dans notre dernier numéro, la mort de M. le docteur Gensoul, qui a succombé à une longue et douloureuse maladie. — Voici quelques détails biographiques sur cet habile opérateur :

Né à Lyon le 8 janvier 1797, reçu docteur en 1824 et nommé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu la même année, à la suite d'un brillant concours, Gensoul fut installé en cette qualité le 1er janvier 1826, et de ce moment date l'immense réputation qu'il s'était faite dans tout le midi de la France.

Habile opérateur, il avait, disait-on, *la main heureuse*, ce qui tenait simplement à ce qu'il était aussi savant médecin. Parmi les conquêtes qu'il a fait faire à la chirurgie, nous citerons seulement les principales : l'application du caustique sur les veines variqueuses, la cautérisation de la cornée érigée en méthode thérapeutique, une simplification extrême des procédés opératoires pour l'ablation des polypes utérins, l'amputation de la mâchoire supérieure, etc.

Rappelons qu'il a trois fois enlevé en entier la parotide dégénérée, opération dont la possibilité avait été révoquée en doute par les maîtres de l'art, et qui fut chaque fois suivie de succès; qu'il amputa la moitié du maxillaire inférieur désarticulé jusque dans sa jointure avec le crâne; enfin, qu'il a introduit d'heureuses modifications dans le traitement des fractures.

D'une infatigable activité, d'une imagination vive, d'un jugement sûr, Gensoul était digne de la renommée qui entourait son nom. Il est seulement à regretter que ses nombreuses occupations lui aient si peu permis de consigner par écrit les fruits de son observation et de son expérience. — (*Gazette des hôp.*)

Le *Gaulois* publie aujourd'hui (n° 52, deuxième année) le portrait et la biographie du docteur Ricord. Le portrait du docteur Ricord, belle épreuve sur Chine, 2 francs au bureau du journal. Le *Gaulois* commencera dans son prochain numéro, sous ce titre : *Les Marchands de santé*, les portraits à la plume des principaux médecins de Paris. — Abonnements : Un an, 12 fr.; six mois, 7 fr; trois mois, 4 fr. — Bureaux : rue de Hanovre, 17.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 136. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 16 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 NOVEMBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

En nous transmettant la première liste des adhésions qu'il a reçues, M. le Président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France nous invite à faire remarquer que la distribution des statuts et de la circulaire qui les accompagne est à peine terminée, et qu'il ne peut, par conséquent, nous communiquer que les premières réponses faites à cet envoi par le corps médical.

Ces premières réponses sont satisfaisantes et de bon augure.

Malgré la circulaire si claire adressée au corps médical par M. le Président de l'Association, nous voyons que le fonctionnement de l'Association n'est pas compris partout de la même manière, et que de là surgissent des hésitations et des embarras que nous serions heureux de pouvoir faire cesser. C'est dans ce but que nous allons donner quelques courtes explications.

L'article 5 des statuts dit : « L'Association générale se compose de toutes les *Sociétés locales* formées sous son influence et de toutes celles qui se rattachent à elle pour concourir à l'œuvre commune. »

L'article 7 dit encore : « L'Association procède à son œuvre par deux opérations :

» Premièrement :

» Elle prépare l'organisation des Sociétés locales. »

Ces deux articles ont dirigé les actes de la Commission organisatrice, et, s'ils sont bien compris, ils doivent aussi dicter la conduite de tous nos confrères sympathiques à l'Association.

Il a fallu d'abord interroger individuellement l'opinion du corps médical ; c'est ce qui a été fait par la circulaire de M. le Président.

Le corps médical commence à répondre individuellement.

Ainsi devait s'accomplir et s'accomplit, en effet, le premier acte de l'Association.

Dans la liste que nous publions aujourd'hui, nous voyons avec plaisir que l'Association a déjà trouvé des adhérents dans l'immense majorité des départements, nous remarquons avec non moins de satisfaction que, dans plusieurs départements, la liste des adhérents est déjà près d'atteindre le chiffre nécessaire à la constitution d'une *Société locale ;* dans deux départements même ce chiffre est déjà dépassé.

Nous remarquons enfin qu'à l'exception du département de la Seine, où le nombre des adhérents est déjà considérable, les départements où existent des Associations médicales antérieures à la fondation de l'Association générale, n'ont fourni jusqu'à ce jour qu'un nombre très limité d'adhésions.

De ces faits découlent quelques conséquences utiles à connaître.

Il importe, en effet, que nos confrères se pénètrent bien de cette pensée qui n'a cessé d'être présente à l'esprit des fondateurs de l'œuvre, c'est que, sans les *Sociétés locales,* l'Association générale présenterait un fonctionnement si difficile, si embarrassant et si compliqué, que le mécanisme ne tarderait pas à s'arrêter. Sans les Sociétés locales, l'Association générale ne paraît pas destinée à pouvoir prospérer, à pouvoir surtout donner tous les résultats qu'il est permis d'en espérer par le resserrement des liens confraternels, là où précisément ils ont le plus besoin d'être resserrés.

Aussi est-ce un appel des plus pressants que nous sommes invités à faire à nos confrères, afin qu'ils prennent, partout où le nombre des adhérents sera suffisant, l'initiative de l'*institution d'une Société locale*. Cette initiative peut être déjà prise par nos confrères de la Gironde, par exemple; ce serait un bon et grand exemple qu'ils donneraient aux autres départements. Il ne faut trouver par arrondissement qu'un confrère actif et dévoué pour que la France médicale soit bientôt couverte de Sociétés locales réunies à l'œuvre générale par le lien précieux de la mutualité.

Ainsi donc, que nos confrères des départements en soient bien convaincus, loin que la *Société centrale*, à Paris, cherche à concentrer et à absorber les éléments divers de l'Association générale, elle ne demande, au contraire, qu'à s'en séparer, qu'à leur donner une vie individuelle, indépendante.

Quant aux départements où existent des Associations antérieures à la fondation de l'Association générale, la rareté des adhésions s'explique naturellement. La Commission organisatrice ne s'est jamais dissimulé que l'annexion de ces Associations à l'Association générale serait une question d'étude et de temps, et nous savons que la plupart de ces Associations étudient, en effet, cette question importante avec zèle, avec sympathie, avec un désir manifeste de pouvoir mettre leurs statuts en harmonie avec les statuts de l'Association générale. Ces Associations ont absorbé et possèdent à peu près tous les éléments associables de leurs localités; rien d'étonnant alors que ces éléments s'abstiennent et attendent la décision de leur Société mère. Ces Associations ne se réunissent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et une décision aussi importante que celle de l'annexion ne peut évidemment être prise qu'en assemblée générale de ces Associations.

Nous prendrons la liberté néanmoins de recommander aux membres de leurs bureaux et de leurs Commissions générales de préparer la question avant leurs assemblées générales, afin de pouvoir leur en présenter un rapport étudié. La Commission organisatrice se mettra certainement à la discrétion de ces Associations pour répondre à leurs demandes, examiner leurs objections, s'il y en a, agir auprès des pouvoirs compétents pour obtenir les modifications statutaires nécessaires à leur agrégation à l'Association générale.

Dans cette grande et solennelle expérience qui se prépare, chacun doit faire abandon de ses idées et de ses vues particulières. Un système d'organisation a prévalu qui peut ne pas répondre à tous les systèmes, mais auquel nous devons tous notre concours. L'UNION MÉDICALE ne rougit pas de dire que toutes ses idées n'ont pas reçu satisfaction, mais elle rougirait d'apporter le plus petit obstacle, en vue de ses sentiments particuliers, au développement d'une œuvre élaborée par de si hautes intelligences et de si loyaux esprits. Elle accepte cette œuvre avec sincérité, elle lui prêtera son concours avec dévouement, elle la trouve propre à réaliser un grand progrès professionnel, et elle croit mieux servir la cause de ce progrès en s'associant sans réserve aux efforts de ses fondateurs, qu'en lui créant des impédiments par une abstention égoïste ou par une critique stérile.

Amédée LATOUR.

Première liste d'adhésions.

AIN.

Vidart, à Divonne.
Grillet, à Gex.

AISNE.

Ganault, à Laon.
Beaucamp, id.
Fauvelle, id.
Lacaze, à Château-Thierry.
Morlet, à Chauny.
Soye, à Aubenton.
Rousseau, à Hirson.
Lafitte, à La Ferté-Milon.
Trencart, à Vervins.
Soubrier, à Bruyères.
De Sansot, à Charly-sur-Marne.
Corlieu, à Charly id.

ALLIER.

Lecorbeillier, à Maulne.

Feuilleton.

FRAGMENT D'UNE EXCURSION DANS LE MIDI DE LA FRANCE ; TOULOUSE ET SON ASILE D'ALIÉNÉS.

Mon cher Am. Latour,

L'année dernière, en vous envoyant de Quimper la description de l'asile de Saint-Athanase, où l'on a récemment inauguré, dans une cérémonie touchante, le buste de son digne fondateur, le docteur Follet, je vous disais, à l'occasion de la Bretagne : On va chercher bien loin des émotions que nous donne à chaque instant notre belle patrie. L'excursion que je viens de faire dans le Midi a encore plus fortifié cette opinion. Églises de toutes les époques et de tous les styles, villes du moyen-âge avec leurs remparts et leurs forteresses, ruines majestueuses de l'antiquité, grandeurs et magnificences du temps présent, tel est le panorama que j'ai eu sans cesse sous les yeux. Parmi les cités de ce beau climat (au mois de septembre surtout), je planterai aujourd'hui ma tente dans l'une de celles qui m'a le plus vivement impressionné par sa physionomie originale, ses goûts littéraires et artistiques, son amour de l'étude et ses instincts généreux, vous aurez déjà nommé Toulouse ; d'avance je suis sûr d'avoir au moins, en vous, un lecteur attentif, car louer votre pays natal c'est remuer une fibre de votre cœur que j'ai sentie souvent vibrer. En ma qualité d'aliéniste, j'aurais dû me faire conduire immédiatement à l'établissement que dirige M. le docteur Marchant, mais, malgré trente années passées au milieu des infortunes qu'il renferme, mon âme est toujours émue des nouvelles souffrances, et je crois, en pareil cas, la diversion aussi utile au médecin qu'à ses malades. Je vais donc parcourir pendant quelques heures Toulouse, le peu qu'il me sera permis d'en entrevoir me préparera mieux à la visite que je ferai ensuite à l'asile.

Le premier coup d'œil du touriste appartient à Saint-Sernin, le joyau archéologique de la ville et probablement du Midi. Dès le commencement du christianisme dans les Gaules, cette église, plusieurs fois réédifiée, était si célèbre par la renommée de ses évêques, qu'elle n'accordait la sépulture qu'aux corps saints : aussi les comtes de Toulouse durent-ils se contenter des tombes gallo-romaines disséminées dans le Campo-Santo extérieur.

Dégagée au prix de sacrifices considérables des bâtisses qui l'obstruaient, Saint-Sernin peut être saisie d'un regard dans toute son étendue. L'abside attire de suite l'attention par l'élégance de ses cinq chapelles autour desquelles se groupent les quatre chapelles des transepts. Leurs croisées ont les formes les plus gracieuses. Toutes ces constructions semblent servir de point d'appui à la tour centrale à cinq étages qui s'élève à la jonction des bras de la croix. En entrant dans l'église par le grand portail, son aspect sombre et sévère, si différent de la couleur claire et gaie des temples d'Italie, surprend et donne un tour mélancolique aux idées ; on dirait un reflet de ces drames terribles dont furent témoins les siècles passés, et pour peu que la faculté de la représentation mentale soit énergique, il est facile d'évoquer les fantômes de Folquet, de Pierre de Castelnau, d'Arnaud Amaury et de Simon de Montfort. Cette opinion, mon cher Latour, vous fera peut-être sourire, mais elle ne vous étonnera pas de la part d'un homme qui croit à l'existence des hallucinations, compatibles avec la raison et même à la possibilité de les produire.

Les stalles du chœur, qui portent le millésime de 1566, ont gardé une empreinte de ces temps malheureux ; sur la dernière, à gauche, un porc est assis dans une chaire, et on lit à côté : Calvin-le-Porc Pt (prêchant). Dans le transept de droite, les connaisseurs admirent le fameux *Christ Byzantin*, œuvre inestimable qu'on fait remonter à l'achèvement de l'église romane ; il est doré et recouvert d'un long jupon qui descend jusqu'au-dessous des genoux. Le transept de gauche renferme la chapelle de Sainte-Thérèse, restaurée par la veuve du maréchal de Montmorency. C'est dans le pourtour de l'abside et les cryptes, bien connus du monde chrétien, que sont déposées ces nombreuses reliques qui assignaient à St-Sernin la seconde place après la basilique de St-Pierre de Rome. Quelle que soit la croyance, il est impossible de ne pas éprouver une certaine émotion lorsqu'on s'arrête devant le chef de saint Thomas-d'Aquin, dont les écrits, si bien commentés par M. Jourdain, révèlent un zélé défenseur de la raison, et ont fait dire à un philosophe : La métaphysique de la *somme*, c'est le portique devenu chrétien.

C'est aussi dans le pourtour de l'abside que sont rangées les statues en terre cuite des comtes de Toulouse. Bien leur a pris d'avoir été fabriqués d'une manière simple, car elles auraient été rejoindre dans le creuset les riches châsses des saints. Ces statues ont un intérêt pour le médecin ; leurs masques reproduisent si fidèlement les douleurs de la maladie, qu'ils ont été indubitablement moulés sur le mort.

De Saint-Sernin au musée, la transition est toute naturelle. C'est, en effet, dans le cloître de l'ancienne église des Saints-Augustins que l'on a réuni la sculpture et la peinture. Rien de plus agréable à l'œil que cet édifice, orné de colonnes jumelles en ogives treflées, lorsqu'il est éclairé par le soleil ; il ne peut être comparé qu'au beau cloître de St-Symphorien à Arles, et il a sur lui l'avantage d'avoir un musée d'antiques (fondé par M. Alexandre du Mège), qui contient des monuments de toutes espèces, entr'autres la collection, sans rivale en France, des quarante têtes d'empereurs, une portion considérable d'un char antique et des dépouilles précieuses de nos églises. Les tableaux sont généralement bien choisis; l'un d'eux rappelle un souvenir douloureux, c'est l'*Hercule et le Diomède* de Gros, qui fut la cause déterminante de sa mort tragique. L'anecdote que j'ai rapportée dans mon ouvrage *sur le suicide,* prouve combien ce grand peintre avait été profondément affligé des attaques de la critique.

Le Capitole ne saurait être oublié dans cette revue, car il a été le théâtre de grands événements historiques et il est le siége d'une institution littéraire qui a traversé les siècles. La cour d'entrée, ornée d'une porte de Bachelier et d'une statue d'Henri IV, est celle où le duc Henri de Montmorency eut la tête tranchée, le 30 octobre 1632. A grand escalier à gauche conduit à la salle des *Illustres*, destinée à perpétuer la mémoire des célébrités du Languedoc. Les noms que nous avons conservés sont les suivants : Antoine Rivalz, peintre ; Daleyrac, compositeur; Paul Riquet, créateur du canal des deux mers; Pierre de Fermat, géomètre; le président Étienne Duranti; Nicolas Bachelier, architecte et sculpteur d'un rare mérite; Auger Ferrier, médecin de Catherine de Médicis ; Jacques Cujas, jurisconsulte; nous n'avons pas vu le nom d'Esquirol, il nous aura sans doute échappé. A gauche de la salle des *Illustres,* s'ouvre la salle de *Clémence Isaure*, dont la statue en marbre était placée autrefois sur son tombeau dans l'église de la Daurade. C'est dans cette salle que l'Académie des Jeux-Floraux, qui compte cinq siècles d'existence, se réunit. Chaque année elle distribue six fleurs; l'amarante et l'églantine d'or, la violette, le souci, la primevère et le lys d'argent, aux auteurs qui ont concouru avec succès pour la poésie et la prose. Parmi les poètes couronnés, se trouvent Marmontel, La Harpe, Cham-

Maugenest, à Souvigny.
Prieur, à Grézy.
Lousteau-Marcuel, à Ferrières.
Dreck, à Moulins.
Noyer, à Vichy.
Choisy, à Chantelle.

ALPES (BASSES-).

Allemand, à Manosque.
Côte, à Saint-André.
Ollivier, à Entrevaux.

ALPES (HAUTES-).

Chabran, à Briançon.

ARDÈCHE.

Chabannes, à Aubenas.
Tourrette, à Vals-les-Bains.
Ruelle, à Aubenas.

ARDENNES.

Specbkahm, à Renwez.
Guelon, à Vouziers.
Itasse, à Sedan.

ARRIÉGE.

Ourgand, à Pamiers.
Cabanes, à Castillon.
Sicre, à Ax.
David, à Belesta.

AUBE.

Duboys, à Mussi-sur-Seine.
Hervey, à Troyes.
Wollaston, à Romilly.

AUDE.

Salles, à Narbonne.
Grzybowsky, à Caunes.
Cavayé, à Sigean.
Bernard Taroni, à Narbonne.
Benezech, à Salles.

AVEYRON.

Ségala, à Aubin.
Gibert, à Mur-de-Barrez.
Bourguet, à Rodez.
Szaktowski, à St-Beauzely.
Fournier, à Conques.

BOUCHES-DU-RHONE.

Rondard, à Salon.

CALVADOS.

Roulland, à Caen.
Liégard père, id.
Liégard fils, id.
Lepetit, à Vire.
Buot-Lalande, id.
Porquet, id.
Barbanchon, id.
Velleroy, à Balleroy.
Leguelinel de Lignerolles, à Plauquery.
Doyère, à Bonnebosq.
Poisson, à Onilly-le-Basset.
Fourneaux, à Caen.
Rollas, à Trouville-sur-Mer.
Bourienne, à Caen.

CHARENTE.

Joubert, à Villefagnan.
Cambois, à Larochefoucauld.
Durousseau, à Montbron.
Dumas, à Lesterps.
Vouvé-Guerguyne, à Chabanais.

CHARENTE-INFÉRIEURE.

Michelet, à Pons.
Coutet des Gennetières, à Tonnay-Charente.
Mondotte, à Marennes.
Croizet, à Surgères.

CHER.

Bailly, à Massay.
Burdel, à Vierzon.
Valade, id.
Bonnichon, à St-Amand.
Mourier, à Aix-d'Anguillon.
Lhomme, à Bourges.
Binet du Jassonnet, à Dun-le-Roi.
Bidron, à Jouet-St-Germain.

CORRÈZE.

Duval, à Tulle.
Borie (Eugène), id.
Guillaumeau, à Lubersac.
Delpeuch, id.

COTE-D'OR.

Dimey, à Montigny.
Vauchey, à Corberon.
Lambert, à Châtillon-sur-Seine.
Lavalle, à Dijon.
Marteron, à Beaune.

COTES-DU-NORD.

Caradec, à Merdrignac.
Bordinier, id.

CREUSE.

Delor, à Dun.

DORDOGNE.

Roby-Pavillon.

EURE.

Vallée, à Vernon.

EURE-ET-LOIR.

Bergeron, à Brou.
Demokowski, à Sancheville.
Raimbert, à Châteaudun.

FINISTÈRE.

Verdier, à Rosporden.
Lullour, à Quimper.
Bolloré, id.
Voisin, à Brest.
Daniel, id.
Geffroy, à Morlaix.
Delannegrie, id.
Halléguen, à Châteaulin.
Guéguen, à Pont-l'Abbé.
Kerloch, à Pont-Croix.

GARONNE (HAUTE-).

Jalembic, à Carbonne.
Igounet, à Sainte-Foy.
Doze, à Saint-Gaudens.
Massent, id.
Fontan, à Bagnères-de-Luchon.
Payrau, à Saint-Gaudens.

GERS.

Bruzeau, à Riscle.
Artaud, à Gondrin.
Molas, à Auch.
Carrère, à Marciac.

GIRONDE.

Gintrac père, à Bordeaux.
Gintrac fils, id.
Cazenave, id.
Girard, id.
Moussous, id.
Venot, id.
Jeannel, id.
Bitot, id.
Levieux, id.
Remonencq, id.
Sylva, à La Réole.
Busquet, à Cadillac.
Lalesque, à La Teste.
Lalanne, id.
Hameau, id.
Lac de Boisredon, à Verdelais.
Dureau, à St-André.
Grezeau, à St-Macaire.
Legendre, à Pauillac.
Seget, à Bordeaux.
Bertet, id.
Froin, à St-Ciers.
Denucé, à Bordeaux.
Verdu, id.
Chabannes, à St-Seurin.
Ferchaud, à St-Maixant.
Coste, à Bordeaux.
Oulès, à Créon.
Rouzet, à Bordeaux.
Chaumet, id.
Oré, id.
Mabit, id.

HÉRAULT.

Saurel, à Montpellier.
Kuhuholtz, id.
Viel, à Cette.
Bertrand, à St-Pons.
Ménard, à Lunel.
Ménard fils, id.

INDRE.

Blanchard, à Chaillac.
Prungé, à Ardentes.
De Lamardelle, à Chabris.
Lambron, à Levroux.
Brynck, à Vatan.

INDRE-ET-LOIRE.

Decourbe, à Richelieu.
Cornet, à La Haye-des-Cartes.
Crozat, à Tours.
Lemesle, à Bourgueil.
Berger, à Château-Renault.

ISÈRE.

Leydier, à Montalieu.
Bertrand, à Grenoble.
Gaillard, à Saint-Marcellin.

JURA.

Menouillard, à Orgelet.
Bavoux, à Lajoux.

LANDES.

Daleau, à Lit-et-Mixe.

LOIRE.

Riembaut, à Saint-Étienne.
Poyet, à Feurs.

LOIRE (HAUTE-).

Dejob, à Lavoute-Chillac.

LOIRE-INFÉRIEURE.

Gérard, à Savenay.
Cochard, à Nantes.
Chrestien Dumouchet, à Vertou.
Chaillon, à Montoir.
Calloch, à Nantes.
Ollivier des Brulais, à Pont-Rousseau.

LOIRET.

Lenormand, à Orléans.
Borsdoty, à Gien.
Halmagrand, à Orléans.

LOT-ET-GARONNE.

Maisonnier, à Lavardac.
Martin, à Tonneins.

LOZÈRE.

Monteils-Pons, à Florac.
Vigouroux, à Laugogne.

MAINE-ET-LOIRE.

Hulin, à Chalonnes.
Raboin, à Saint-Floran.
Durand, à Montjean.
Torteil, à Vernantes.
Bernard, à Lion-d'Angers.

MANCHE.

Dumont, au Mont-St-Michel.
De Romilly, à Cherbourg.
Thébaut, à Avranches.
Hounard, id.
Le Joly-Senoville, à St-Sauveur-sur-Douve.

MARNE.

Villiers Herbuizon, à Marcilly.
Laudouzy, à Reims.
Suaire, à Ste-Menehould.
Strappard, à Reims.
Seure, à Suippes.

MARNE (HAUTE-).

Collin, à Châteauvillain.
Châtelain, à Chaumont.
Reverchon, à Nogent.
Guyot, à Dammartin.
Deschonets, à Neuilly-Lévêque.
Rigolot, à Hortes.
Danvé, à Forceny.
Maigrot, à St-Dizier.
Renard, à Bourbonnes.
Poullain, à Arc.
Banzalini, à Joinville,
Parisot, à Chalindrey.

MAYENNE.

Desnos, à Évron.
Mols Dorff, à Martigné.

MEURTHE.

Dalien, à Nancy.
Virley, à Blamont.
Ancelon, à Dieuze.
Gueury, à Lunéville.
Béchet, à Nancy.
Barrey, à St-Nicolas-du-Port.
Bertin (Pierre), Nancy.
Bertin (Eugène), id.
Mayeur, à Blamont.
Médard, à Fraisne.

MEUSE.

Hayen, à Maxey.
Michel, à Bar-le-Duc.
Colson, à Commercy.
Huart, à Étain.

MORBIHAN.

Le Veux, à Sarzeau.
Ouval, à Lorient.

MOSELLE.

Didier, à Ars.
Villigens, à Bitche.
Constantin, à Moyeuvre.
Langenhagen, à Sarreguemines.
Hayser, à Bouzonville.
Boyer, à Metz.

NIÈVRE.

De Crozan, à Pougues.
Martin, à Nevers.
Vaudrey, à Châtillon.
Billard, à Corbigny.
Dluski, à Pouilly.
Gastowf, à Magny.
Dezautières, à Decize.
Blandin, à Cosne.
Lariche, à Lormes.
Deville, à Nevers.

NORD.

Dutoy, à Dunkerque.
Botson, à Pont-à-Mury.
Courtin, à Valenciennes.
Prévot, à Hazebrouck.
Prévot, id.
Hennion, à Ronq.
Dumez, à Bailleul.
Malapert, à Lille.
Delbarre, à Cambrai.
Fraisse, à Abbaye-de-Loos.
Holaind, à Valenciennes.

OISE.

Bourgeois, à Beauvais.
Cantrel, à Mouy.
Baudon, id.
Labitte, à Clermont.
Baudon, à Mouy.
Tixier, à Liancourt.
Boursier, à Creil.
Durand, Crépy.
Roustan, à Creil.
Bouret, à Ribecourt.
Voillemier, à Senlis.

ORNE.

Damoiseau, à Alençon.
Grabit, à Laigle.
Lesieur, à Vimoutier.
Triboul, à St-Denis-sur-Sarthon.

PAS-DE-CALAIS.

Livois, à Boulogne.
Ledieu, à Arras.
Cuisinier, à Guines.
Fouques, à Calais.
Mantel, à St-Omer.

PUY-DE-DOME.

Aucler, à Clermont-Ferrand.
Babot, à Clermont.
Chauve, à Ambert.
Collin, à Billom.
Suzeau, à Thiers.
Depoux, à Pionsat.
Bartin, à Chauriat.

PYRÉNÉES (BASSES-).

Saurel, aux Aldudes.
Hiriard, à Ustarits.

PYRÉNÉES (HAUTES-).

Dozous (Pierre Romain), à Lourdes.

RHIN (BAS-).

Lereboullet, à Strasbourg.
Eissen, id.
Tavernier, à Schélestadt.
Schnelbach, à Hagueneau.
Mistler, à Schlestadt.
Dagonet, à Stéphansfeld.

RHIN (HUAT-).

Mailher, à Mulhouse.
Petit-Jean, à Belfort.
Hoffstetter, à Huningue.
Wolfs, à Delle.
Benoit, à Giromagny.
Veisgerber, à Ribeauvillé.
Durrwell, à Guebwiller.
Ducloux, à Ste-Marie-aux-Mines.

RHONE.

Carin, à Tarare.
Malagrin, id.
Semonas, à Lyon.

SAONE (HAUTE-).

Poulet, à Plancher-les-Mines.
Simonin, à Vesoul.
Massin, à Betoncourt.
Spindler, à Bonchamps.

SAONE-ET-LOIRE.

Léouffre, à Bois-Sainte-Marie.
Bridot, à Sampigny.
Aumonier, à Mâcon.

SARTHE.

Carbonnier, à St-Calais.
Morisseau, à La Flèche.
Baron, à Ludé.

SEINE.

Andral.
Bernard.
Bertillon.
Bouillaud.
Conneau.
Cruveilhier.
Guérin (Jules).
Jobert (de Lamballe).
Larrey.
Latour (Amédée).
Laugier.
Lévy (Michel).
Mélier.
Michon.
Rayer.
Ricord.
Ségalas.
Serres.
Tardieu.
Vernois.
Villermé.
Bixio (Alexandre).
Chereau.
Costa.
Barthez.
Bécourt.
Brierre de Boismont.
Bisson.
Bréou.
Gros.
Desmarres.
Garchet.
Donnellan.
M'alle.
Mattei.
Gardet.
Fremineau.
Dusseris.
Lecorché.
Gallois.
Véron.
Terrier.
Roger (Henri).
Coste.
Boiret.
Moreau.
Leroy (d'Étiolles).
Bégin.
Laboulbène.
Legrand.
Duplay.
Horteloup.
Triquet.
Carcin.
Lhéritier.
Jacquart.
Skiers.
Pietra-Santa.
Cazeaux.
Beyran.
Huet.
Lecointe.
Gimelle.
Lagrave.
Testel.
Fiaux.
Arnal.
Lamouroux.
Puisaye.
Migon.
Viellard.
Mayer.
Corvisart.
Richelot.
Buchelé.
Lebret.
Bernard (Charles).
Béraud.
Lefèvre.
Mulot de Bassilan.
Duchenne (de Boulogne).
Billout.
Renouard.
Lerma.
Vidal.
Guersant.
Brun.
Chaillou.
Boivin.
Brémont.
Davaine.
Cazalis.
Oldendorff.
Broussais.
Blanche.
Laserre.
Foucault.
Durand.

---

fort, Lefranc de Pompignan, Millevoye, Soumet, Victor Hugo, etc. Voltaire lui-même, sur sa demande, a été maître des Jeux-Floraux.

Je suis forcé de laisser de côté les élégants palais de la Renaissance, la Maison de Pierre, les hôtels d'Assezat, de Felzins, de Fleyres, quoique chacun d'eux ait son musée de sculpture; le dernier, surtout, offre à gauche, en entrant, une vieille femme d'une expression admirable. C'est aussi avec un vif regret que je me borne à énumérer sèchement le canal de Riquet; l'Observatoire; le monument du 10 avril 1814; l'Académie universitaire, la plus importante de France après Paris, et qui comprend une Faculté de droit, une Faculté de lettres, une École de médecine et de pharmacie; l'École vétérinaire; l'Académie des inscriptions et belles-lettres, une foule de Sociétés savantes et d'établissements de charité; l'Hôtel-Dieu; l'hospice de La Grave, dont il est fait mention dès 1197 et enfin le Jardin public qui possède une magnifique collection de plantes des Pyrénées. Mais, en cédant à l'attrait qui m'a attiré vers les richesses artistiques de Toulouse, je me suis écarté de mon sentier habituel et j'ai hâte d'y rentrer; j'arrive donc au post-scriptum arabe, qui est toujours le sujet principal de la lettre.

Jusqu'en 1858, un quartier de l'hospice de La Grave, situé sur la rive gauche de la Garonne, à peu de distance de l'Hôtel-Dieu, avait été réservé aux aliénés. Il ressemblait à tous les anciens quartiers d'hospice, c'est-à-dire qu'il n'était aucunement approprié à sa destination par le défaut d'espace, la confusion des malades, l'absence des jardins et de terrains propres au travail. Frappés de ces graves inconvénients, MM. les docteurs Delaye et Marchant présentèrent, en 1850, à M. Besson, préfet de la Haute-Garonne, un projet d'asile et un plan exécuté par M. J. Esquié, architecte du département. Leur programme ayant été adopté, les travaux commencèrent en 1851.

J'avais beaucoup entendu parler par des magistrats, des médecins et des visiteurs, de l'asile de Toulouse; aussi, mon tribut payé aux trésors de la capitale du Languedoc, m'empressai-je de m'y rendre. La distance de la ville à l'établissement est d'environ 5 kilomètres. On sort par la porte de Muret, et après avoir suivi la route qui conduit à St-Gaudens et à Foix, on ne tarde pas à découvrir sur la droite, au milieu des champs, une vaste étendue de bâtiments d'un extérieur imposant. Il ne pouvait y avoir pour moi aucun doute sur leur emploi, car on apercevait aux environs une quarantaine d'hommes travaillant à la terre. L'asile est bien placé et dans de bonnes conditions hygiéniques. L'éclat du soleil fait encore plus vivement ressortir les couleurs blanche et rougeâtre, qui sont les deux teintes dominantes de l'édifice et lui donnent une physionomie des plus pittoresques. A l'horizon, on distingue, à travers les couches chaudes de l'atmosphère bleuâtre, le reflet gris des montagnes. La façade présente six pavillons, dont deux, plus élevés que les autres, rompent la monotonie de la ligne droite.

Lorsqu'on pénètre dans l'asile, la première impression est un sentiment de surprise qu'explique aussitôt le grandiose des deux corps-de-logis latéraux, disposés en galeries et destinés aux services généraux. Cette impression augmente encore quand on monte dans ces galeries et qu'on embrasse l'ensemble monumental de cette partie de l'édifice. C'est, sans contredit, ce que j'ai vu de plus remarquable dans les asiles que j'ai visités en France et à l'étranger. Il y a incontestablement dans cette disposition architecturale un cachet de grandeur et de sévérité en harmonie avec le but de l'institution.

A mon passage, les constructions étaient couvertes; un grand nombre d'aménagements étaient encore à faire. L'enclos provisoire fonctionnait à la place du mur, et les arbres venaient d'être plantés; mais le projet de MM. Delaye et Marchant, conçu quatorze ans auparavant, en voie d'exécution depuis 1851, avait franchi les épreuves difficiles, et, pour le mener plus rapidement à bonne fin, le directeur actuel, M. Marchant, s'était installé depuis peu sur les lieux avec ses 300 malades. L'énergie bien connue du professeur de médecine légale de l'École de Toulouse, l'assistance que n'ont cessé de lui prêter les premiers magistrats du département et le Conseil général, l'utilité de l'établissement, l'honneur qu'il fera à la ville, car il sera beaucoup visité et beaucoup décrit, garantissent l'achèvement de ce magnifique asile dans un avenir peu éloigné. M. le docteur Marchant, ancien interne de la Maison impériale de Charenton, élève distingué de notre maître Esquirol, chez lequel nous l'avons souvent rencontré, a publié de bons mémoires sur le crétinisme, la paralysie générale et la médecine légale des aliénés. Pendant seize ans, il a secondé comme adjoint l'honorable M. Delaye, auteur du premier travail estimé sur la paralysie générale des aliénés; tous ces titres le désignaient au poste important que l'autorité lui a confié, et l'on peut affirmer que par son activité, sa volonté, son amour de la profession et son dévouement à ses malades, il sera à la hauteur de sa mission.

M. Marchant me reçut comme une vieille connaissance. L'arrangement de la partie centrale consacrée aux services généraux m'avait donné à réfléchir : elle reportait mon esprit au *Projet pour l'établissement d'un hospice d'aliénés*, couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, au concours ouvert en 1834 (1). En mettant le pied dans la division des femmes, je notai aussitôt le chemin droit, base fondamentale de mon plan, situé entre la double rangée des divisions, aboutissant au bâtiment des services généraux et abrégeant de beaucoup l'espace à parcourir, M. Marchant, qui remarqua mes préoccupations, me dit : « Vous voyez que votre mémoire m'a servi et que j'en ai usé en y faisant les modifications que le temps exigeait. » Je ne pouvais qu'être très touché de la réalisation d'une idée qui datait de vingt-cinq ans, moi, simple soldat, qui n'avais que mes travaux pour auxiliaires. Mon confrère parut surpris de cette émotion, il m'avait envoyé, en 1852, le plan de l'asile et avait été contrarié du peu de lignes qu'on lui avait accordé dans les *Annales médico-psychologiques*, que je dirigeais alors. Tout s'expliqua, le seul exemplaire parvenu au journal avait été remis à un rédacteur, qui, en rendant justice au travail de M. Marchant, n'était pas entré dans les détails.

De ce singulier concours de circonstances, il résultait que je me trouvais dans la position d'un spectateur qui assisterait, sans le savoir, à la première représentation d'une de ses pièces oubliée dans les cartons depuis longtemps; il y avait seulement cette chance heureuse, qu'il s'était rencontré un chercheur probe, sans levain, initié à tous les secrets de l'art, à tous ses perfectionnements, qui s'était épris de l'idée, l'avait exhumée, rajeunie, embellie et offerte au public, mais en commettant la faute peu commune, du reste, de faire la part du premier auteur. Que pouvait dire ce dernier? Exprimer sa reconnaissance à celui qui l'avait si bien ressuscité; c'est ce qu'il a fait, et ce sentiment ne s'affaiblira pas de sitôt.

Je reviens à l'asile dont je m'étais un peu écarté.

(La suite prochainement.) A. BRIERRE DE BOISMONT.

(1) *Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés*, couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, au concours ouvert en 1834, sur cette question : Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés, avec un plan, par Poirot, architecte. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XVI, p. 39, 1836.)

Desguibes.
Foucques.
Pellarin.
Chatin.
Charcot.
Pasquier.
Lallemant.
Foissac.
Coqueret.
Delasiauve.
Deguise.
Lebel.
Niobey.
Compérat.
Duchaussoy.
Manget.
Briois.
Maheux.
Lemaire.
Piorry.
Herr.
Raulin.
Roumier.
Fauconneau-Dufresne.
Forget.
Siran.
Gallard.
Beaud.
Oliffe.
Wurtz.
Pestel, à St-Denis.
Leudet (Lucien).
Barth.
Giboin.

SEINE-ET-MARNE.

Roullin, à Beaumont.
Massiani, à Melun.
Fantin, id.
Rozé, à Guignes.
Nicoleau-Barraqué, à Châtelet.
Goupil des Pallières, à Nemours.
Demeurat, à Tournan.
Fautin (Henry), à Seine-Port.

SEINE-ET-OISE.

Dambresvillé, à Essone.
Perin, à Arpajon.
Delot, à Ablis.
Surbled, à Corbeil.
Ribard, à Pontoise.
Ozanne, à Versailles.
Graftan, à Livry.
Bouret, à Etrechy.
Demaison, à Louvres.
Vandeper, à Chaville.
Borel, à Pontoise.
Baduel, à Sèvres.
Lacaze, à Montgeron.
Boutet, à Orgerus.
Broussin, à Marly-le-Roi.
De Bertin, à Longjumeau.
Tillard, à Laroche-Guyon.

SEINE-INFÉRIEURE.

Bataille, à Déville.
Leudet, à Rouen.
Haulon, id.

DEUX-SÈVRES.

Guiotton, à Coulonges.
Michel, à Cerizay.
Tonnet, à Niort.
Drouhet, à Melle.
Cherbonneau, à Beauvoir-sur-Niort.
Audouin, à Beauvoir.
Jourdain, à Brioux.
Bordier père, à Melle.
Bordier fils, id.
Jablouski, à Prahecq.
Chaboi, à St-Roman.

TARN.

Monsarrat, à Mazamet.

TARN-ET GARONNE.

Clauzel, à Moissac.
Duhard, à Castel-Sagrat.
Teulières, à Auvillar.
Chaubard, à Moissac.

VAR.

Sigallas, au Plan-de-la-Tour.
Coudouan, à Lorgues.
Théus, à Draguignan.
Louigier, à Barjols.
Calvy, à Toulon.
Levicaire, id.
Barolier, id.
Spitalier, à Grasse.
Pinel, à Nans.

VAUCLUSE.

Mostowski, à Thor.
Michel, à Avignon.

VENDÉE.

Dagron, à Napoléon-Vendée.
Massart, id.
Nogués, à Mareuil-sur-Lay.
Rion, à Challans.
Charrier, à Challié.
Martin, à Roche-Servière.
Blaille-Lalongeay, à Langon.
Dagron (Jules), à Napoléon-Vendée.

VIENNE.

Vergier, à Saint-Savin.

VIENNE (HAUTE-).

Mazard, à Limoges.
Longeaud, à Oradou-sur-Vayre.
Merlin, à St-Viturnien.
Gaillard, à Peyrat.

VOSGES.

Claudot, à Neufchâteau.
L'hommée, à St-Dié.
Galand, à Neuchâteau.
Sauton, à Bruyères.
Petit, à Chatel.
Bedel père, à Labroque.
Bedel fils, id.

YONNE.

Royer, à Uney.
Trouvé, à Villeneuve.
Villepique, à Champignolles.
Abadie, à Cheroy.
Morin, à Treigny.
Brawacki, à St-Sauveur.

Les adhésions doivent être adressées *franco* à M. le Secrétaire général de l'Association, au siége de l'Association, rue de Londres, n° 14, à Paris.

En voici la formule qui peut être écrite sur papier libre, ou remplie sur le bulletin imprimé qui a été déjà adressé avec la circulaire et les statuts de l'Association.

L'envoi de cette adhésion est la seule formalité à remplir en ce moment, aucun envoi d'argent n'est nécessaire.

ACTE D'ADHÉSION.

Je soussigné (*) docteur en médecine
demeurant à (**)
département arrondissement
déclare adhérer aux *Statuts de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France.*
Je m'oblige à remplir les conditions fixées par les Statuts.

Signature.

(*) Écrire très lisiblement le nom et les prénoms.
(**) Indiquer avec soin la résidence.
Affranchir et jeter à la poste.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LES CHARGEMENTS DE SEL, SOIT COMME LEST, SOIT COMME CARGAISON, SONT-ILS PRÉJUDICIABLES A LA SANTÉ DES ÉQUIPAGES?

Par le docteur FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine.

Cette question, doublement intéressante au point de vue de l'hygiène et du commerce, vient d'être tout récemment agitée en Sardaigne, à l'occasion d'essais tentés par le gouvernement pour utiliser le sel marin comme lest à bord des navires de guerre en destination pour les Indes. Cet exemple ne tarda pas à être suivi par la marine du commerce, qui, voyant dans cette innovation une spéculation lucrative, accumula cette denrée à bord de ses bâtiments, non plus seulement comme lest, mais encore comme chargement. Cette pratique souleva bientôt de la part des hygiénistes des récriminations auxquelles le désastre récent de la *Liguria* donna malheureusement trop de consistance. Parti en mars dernier de Gênes à destination du Brésil avec un chargement de cette nature et 450 passagers, ce navire touchait à peine à Gibraltar, qu'une maladie infectieuse se déclarait à son bord et l'obligeait, après une quarantaine aux Baléares, de rebrousser chemin et de ramener à Gênes son équipage décimé. Les journaux et l'opinion s'émurent de ce fait, et la question de l'insalubrité ou de l'innocuité des chargements de sel marin souleva des dissidences parmi les hommes les plus compétents en matière d'hygiène. Rejetant, et non sans raison, toute récrimination d'effluves miasmatiques dirigée contre un chargement de cette nature, notre savant collègue, le docteur Freschi, professeur d'hygiène à l'Université de Gênes, émit l'opinion qu'il n'en était pas moins dangereux à cause de l'extrême humidité qu'il engendrait à bord des navires, et conclut à l'opportunité d'interdire le transport du sel marin aux navires qui prennent un grand nombre de passagers.

Cet avis, qui me paraît, ainsi que je le dirai tout à l'heure, fondé sur les meilleures données hygiéniques, n'en excita pas moins une controverse très ardente, et c'est alors que notre savant confrère voulut bien me demander mon opinion, et s'en rapporter, en ce qui le concerne, à mon arbitrage. Cette confiance, en même temps qu'elle m'honorait singulièrement, m'inspirait le devoir d'étudier la question de la manière la plus sérieuse, et voici les résultats, tout à fait confirmatifs des siens, auxquels j'ai été conduit par le raisonnement et par mes expériences :

Les chargements entassés à bord des navires peuvent préjudicier de trois manières à leur salubrité : par un encombrement qui diminue le cube d'air individuel attribué à chaque homme de l'équipage; par des émanations douées de propriétés délétères; enfin par une augmentation notable de l'humidité toujours considérable de l'atmosphère intérieure des bâtiments, humidité qui ne menace pas moins la vie des matelots que l'intégrité des approvisionnements destinés à leur usage et la conservation matérielle du navire lui-même. C'est là, sans contredit, la source la plus ordinaire des maladies qui sévissent sur les marins, et tous les efforts de l'hygiène doivent tendre à la neutraliser. L'embarquement du sel, soit comme lest, soit comme cargaison, ne peut mériter le premier reproche qu'autant qu'on exagère dans un intérêt de lucre la quantité qui peut en être mise à bord d'un navire d'un tonnage déterminé, et qu'on restreint par suite abusivement l'espace réservé à l'équipage ou aux passagers, mais ce chargement ne présente rien de spécial sous ce rapport. Quant aux émanations dont le sel pourrait être la source, elles doivent être certainement mises hors de cause, car ni l'odorat, ni l'analyse, ni l'expérience n'en démontrent la réalité; reste donc l'influence d'une masse considérable de sel marin sur l'état hygrométrique d'une atmosphère confinée, influence sur la nature de laquelle les expériences qui vont suivre ne me paraissent laisser aucun doute. Elles ont d'autant plus de valeur à mes yeux, qu'avant d'avoir étudié pratiquement et expérimentalement cette question, j'étais disposé à la décider dans un sens différent, et que je n'ai été amené à formuler les conclusions que je poserai plus bas que par l'autorité de faits constatés régulièrement.

Je dois dire, tout d'abord, en quelques mots, dans quelles conditions ont été instituées les expériences psychrométriques dont je consignerai tout à l'heure les résultats. Dans l'impossibilité où je me trouvais d'expérimenter à bord d'un navire chargé de sel, j'ai dû chercher une atmosphère confinée qui présentât une certaine analogie avec celle de l'intérieur d'un navire chargé de cette denrée. Or, le port de Cherbourg me présentait à ce point de vue des facilités toutes particulières. C'est là, en effet, que se fabriquent à peu près toutes les salaisons de lard consommées par la marine française, et des quantités immenses de sel y sont accumulées dans des magasins spéciaux pour les besoins de cette préparation. Le problème se réduisait donc à comparer l'état hygrométrique d'un magasin à moitié ou aux trois quarts rempli de sel avec celui de l'atmosphère libre, et au même moment, et d'appliquer ces résultats à l'air intérieur d'un navire ayant un chargement de sel marin; la légitimité de ce rapprochement devait être d'autant moins contestée, que personne n'ignore que des causes multiples (encombrement personnel, porosité du bois, saturation hygrométrique de l'air de la mer, présence dans les bas-fonds du navire d'une quantité assez considérable d'eau, etc.), rendent l'intérieur d'un bâtiment infiniment plus humide que ne saurait l'être n'importe quel établissement à terre. Je dois ajouter enfin, comme garantie de précision et d'exactitude, que ces essais psychrométriques ont été faits, sur ma demande, et avec le plus grand soin, par M. Besnou, pharmacien de première classe de la marine, chimiste et physicien très exercé, et qui y a apporté toute la sagacité désirable.

Le sel marin, comme on le sait, est, par lui-même, indifférent à l'humidité atmosphérique, en tant que chlorure de sodium; il n'est ni déliquescent ni efflorescent; mais, en réalité, comme il est toujours imprégné de chlorures de calcium et de magnésium, il attire l'humidité de l'air, grâce à ces sels déliquescents, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer son déchet en saumure, quand il est accumulé en grandes masses. Ce déchet est évalué, dans les magasins, à 1 ou 2 p. 100.

Un second fait qu'il importe de ne pas perdre de vue et qui jette sur cette question un jour tout particulier, c'est la propriété qu'ont les sels déliquescents d'absorber d'abord l'humidité atmosphérique jusqu'à solution, puis, arrivés à cet état, de devenir eux-mêmes une source d'évaporation qui ne peut que rendre plus humide l'atmosphère ambiante. Ainsi, du carbonate de potasse sec dessèche l'air, mais une fois tombé en déliquium, il lui cède, au contraire, une certaine quantité de vapeur d'eau. L'expérience suivante met ce fait hors de doute : le psychromètre est comparativement examiné, et presque au même moment, à l'air libre et sous une cloche contenant du carbonate de potasse en déliquium, et les résultats obtenus sont ceux-ci :

Observation psychrométrique faite le 12 octobre, à 8 heures du matin.

AIR EXTÉRIEUR.					AIR DE LA CLOCHE.				
Thermomètre sec.	Thermomètre mouillé.	Différence.	Tension.	Humidité relative	Thermomètre sec.	Thermomètre mouillé.	Différence.	Tension.	Humidité relative
15°,00	12°,00	3°,00	8mm,64	68	14°,40	13°,40	1°,00	10mm,56	89

La différence de 68 à 89 dans l'humidité relative de l'air extérieur et de l'air de la cloche, montre d'une manière irréfragable que les sels déliquescents saturés d'eau sont des réservoirs d'évaporation aqueuse, et le fait usuellement constaté de l'humidité extrême des entrepôts de sel trouve ainsi son explication.

Tous les agents préposés à la conservation ou à la mise en œuvre du sel pour les salaisons de viandes, ont été unanimes pour accuser l'humidité extrême des magasins qui le renferment; les murs sont imprégnés d'eau, les couloirs attenant aux dépôts de sel sont constamment humides, et, sous cette influence, l'oxydation des fléaux et chaînes de balances pour pesage du sel est tellement rapide, qu'on a été forcé de faire zinguer ces objets. Ce sont là des faits qui ont leur valeur, mais qui en prennent une bien plus grande encore quand ils sont corroborés par les résultats rigoureux et précis des expériences physiques. Or, dans le cas présent, cette confirmation ne leur a pas manqué.

Les essais psychrométriques ont été faits dans deux magasins de sel contenant des quantités de cette substance variant de 15 mille à 200 mille kilog., et occupant soit le dixième soit les trois quarts de leur capacité. L'air extérieur a été essayé comparativement dans les cours adjacentes à ces magasins. Dans la première série d'essais, il n'existait en magasin que 50 à 60 mille kilogrammes de sel, mais on a continué à en entasser des quantités considérables. On remarqua alors (et je n'ai pas besoin d'appeler l'attention sur l'importance extrême de ce fait) que l'humidité relative augmenta à mesure que s'accrut l'abondance du dépôt. Le 11 octobre, les deux observations psychrométriques sont prises après deux jours de fermeture du magasin qui contenait alors 200 mille kilogrammes de sel, et dont la capacité vide était réduite au quart; eh bien, on constate ce jour-là un énorme accroissement de l'humidité, et le psychromètre accuse à l'intérieur les chiffres de 89 et de 91, c'est-à-dire le point le plus élevé auquel il ait atteint dans toute cette série des expériences. Qu'en conclure, sinon que la proportion d'humidité croît avec celle du chargement et avec les difficultés du renouvellement de l'air?

La seconde série d'expériences a été faite dans un magasin dont le cubage est dix fois plus considérable que celui du sel qui y est contenu; de plus, l'air y accède plus facilement, double raison pour que l'humidité y soit moins considérable, c'est ce que l'on constate en effet, mais encore y est-elle de beaucoup supérieure à celle de l'air extérieur. Au reste, et sans plus de commentaires, voici le résultat de ces deux séries d'expériences :

Observations psychrométriques faites dans l'Entrepôt de sel de la marine, à Cherbourg, et dans les cours adjacentes, du 5 au 11 octobre 1858 inclusivement.

PREMIÈRE SÉRIE.

		ENTREPÔT.					AIR EXTÉRIEUR.				
Dates.	Heures.	Thermomèt. sec.	Thermomèt. mouillé.	Différence des 2 thermom.	Tension de la vapeur.	Humidité relative.	Thermomèt. sec.	Thermomèt. mouillé.	Différence des 2 thermom.	Tension de la vapeur.	Humidité relative.
5 octobre. . .	8 h. matin.	15°,50	13°,75	1°,75	10mm,81	81	14°,50	11°,00	3°,50	7mm,69	62
5 d°. . . .	11 d°.	17°,20	15°,60	1°,80	12 ,44	82	16°,20	12°,30	3°,90	8 ,11	60
6 d°. . . .	11 d°.	17°,10	15°,80	1°,30	12 ,74	86	16°,00	13°,00	3°,00	9 ,34	69
7 d°. . . .	11 d°.	16°,80	15°,20	1°,60	11 ,73	84	16°,80	15°,60	1°,00	12 ,09	89
7 d°. . . .	1 h. soir.	16°,50	15°,30	1°,20	11 ,89	87	17°,60	15°,60	2°,00	12 ,32	80
7 d°. . . .	4 h. soir.	18°,00	16°,80	1°,20	13 ,69	88	16°,40	14°,40	2°,00	10 ,69	79
8 d°. . . .	11 h. matin.	15°,80	14°,00	1°,80	10 ,81	81	14°,60	10°,00	4°,60	6 ,39	52
11 d°. . . .	1 h. soir.	14°,20	13°,20	1°,00	10 ,36	89	12°,20	9°,20	3°,00	6 ,77	65
11 d°. . . .	2 h. 30 soir	15°,00	14°,10	0°,90	11 ,42	91	14°,60	10°,00	4°,60	6 ,39	52

DEUXIÈME SÉRIE.

8 octobre. . .	1 h. 30 s.	16°,20	14°,20	2°,00	10mm,69	79	14°,40	10°,00	4°,40	6mm,51	53
9 d°. . . .	1 h. 20 s.	15°,20	13°,20	2°,00	9 ,95	78	15°,40	12°,00	3°,40	8 ,40	64
11 d°. . . .	midi.	14°,00	12°,60	1°,40	10 ,31	84	12°,20	9°,20	3°,00	6 ,77	65

Il ressort de ce tableau que, dans toutes les observations, sauf une seule, l'humidité intérieure des magasins a dépassé de beaucoup celle de l'air libre. La seule exception qui ait été constatée n'est qu'apparente; elle dépend de ce que la tension hygrométrique extérieure était énorme (le temps était pluvieux) et donnait momentanément celle de l'air confiné. En prenant la moyenne de toutes ces expériences, nous trouvons que l'humidité relative des magasins étant de 84.1, celle de l'air libre n'a été que de 65,8, différence de près d'un quart et dont l'importance est manifeste. A quoi l'attribuer, si ce n'est à l'action *humidifiante* du sel lui-même? On ne saurait évidemment objecter que l'expérimentation n'a pas été portée sur son véritable terrain; ces résultats, très probants déjà, le deviendraient encore davantage si l'on instituait des essais psychrométriques sur des navires chargés de sel marin, à raison des conditions particulières de l'habitation et de la vie nautiques.

Je ne m'attacherai pas à faire ressortir tous les dangers qui peuvent résulter d'un accroissement aussi inopportun de cette humidité intérieure des navires qui est la pierre d'achoppement la plus redoutable de leur salubrité, et dans laquelle le scorbut et la plupart des épidémies nautiques trouvent une cause bien puissante de production ou tout au moins d'aggravation. C'est là

un des points les mieux établis de l'hygiène maritime et il serait véritablement superflu d'y insister. Rapporter à cette circonstance unique la maladie infectieuse qui a décimé récemment l'équipage de la *Liguria*, serait méconnaître le rôle qui doit être attribué à l'extrême encombrement de ce navire; mais il serait difficile d'affirmer que cette dernière circonstance eût eu des effets aussi désastreux si le navire avait été, par la nature de sa cargaison, dans des conditions d'humidité moins défavorables.

En résumé, je crois qu'il est légitime de poser les conclusions suivantes :

1° Les chargements de sel marin, inoffensifs par leur nature même, deviennent indirectement nuisibles à la santé des équipages par l'accroissement qu'ils déterminent dans l'humidité si considérable déjà de l'intérieur des navires.

2° Cette influence est très positive, et elle a une importance hygiénique qu'on ne saurait contester; il serait à désirer que l'autorité administrative, sans entraver en rien le commerce et le transfert nautique du sel marin, défendît du moins aux armateurs de faire servir les bâtiments ainsi chargés au transport des passagers, s'il s'agit surtout de voyages dans les pays chauds.

3° Un système de ventilation bien établi neutraliserait sans doute une partie de ces inconvénients, mais serait très probablement inhabile à les faire disparaître d'une manière complète.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

SIMPLES RÉFLEXIONS

SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU PYROPHOSPHATE DE FER CITRO-AMMONIACAL;

Par M. E. ROBIQUET, pharmacien, docteur ès-sciences, professeur agrégé à l'École de pharmacie.

Je ne voudrais pas abuser de l'attention des médecins au sujet de mon *pyrophosphate de fer citro-ammoniacal*, mais il a été dit, à son sujet, tant de choses peu exactes, que j'ai besoin de ramener la question à toute sa simplicité.

Je ne rappellerai donc pas les motifs qui m'ont engagé à abandonner le pyrophosphate de fer et de soude, pas plus que je ne citerai, par cela seul qu'ils me sont favorables, les deux rapports lus à l'Académie et adoptés; enfin, j'éviterai avec soin toute personnalité. Ce que je veux aujourd'hui, c'est faire appel au corps médical tout entier en lui exposant les faits suivants qui, si on veut bien me permettre de m'exprimer ainsi, sont le résumé de mes croyances sur la thérapeutique des ferrugineux.

Quels que soient les composés ferriques introduits dans l'estomac, ils agissent toujours avec efficacité sur l'économie; les uns, rapidement (sels de fer solubles ou facilement décomposables par les acides faibles); les autres, lentement (sels ou oxydes de fer insolubles ou inattaquables par les acides).

Excepté le carbonate ferreux et le pyrophosphate de fer, tous les ferrugineux agissent comme astringents et provoquent la constipation. Tous, à l'état de dissolution, ont une saveur atramentaire plus ou moins intense rappelant celle de l'encre.

Parmi les sels ferriques, un seul n'est pas précipité par le suc gastrique, c'est le lactate de fer.

Presque tous les précipités formés par le suc gastrique et un sel de fer (tartrate, citrate, pyrophosphate) sont solubles dans un excès de suc gastrique ou dans un excès du sel de fer lui-même, et c'est pour ce motif que, parmi les chimistes, les uns voient un précipité où les autres voient une dissolution.

Au point de vue chimique, ou lorsqu'on s'amuse à faire digérer quelques grammes de fibrine dans une fiole maintenue à 30°, il est très important de savoir quel est le sel de fer qui ne met pas obstacle à cette digestion artificielle (il n'y a que le lactate qui soit dans ce cas) et de quelle façon plus ou moins énergique les autres sels ferrugineux empêchent la fibrine de se dissoudre.

Au point de vue physiologique, qu'importe qu'une parcelle de sel de fer précipite, dans l'estomac, une partie ou la totalité du suc gastrique qui s'y trouve, puisque la nature remplace, au fur et à mesure de son absorption, le ferment digestif. S'il n'en était pas ainsi, un même individu pourrait-il digérer, en totalité, les aliments qu'il introduit successivement dans son estomac? Je dis, de plus, que ce précipité est thérapeutiquement nécessaire. En effet, si la présence d'un sel de fer, précipitant le suc gastrique, nuisait réellement à la digestion, il faudrait administrer tous les ferrugineux à jeun. Resterait à trouver le médecin qui voudrait tenter l'expérience sur l'estomac le plus robuste, et, à plus forte raison, chez les chlorotiques et les anémiques.

Puisqu'une longue pratique a appris que les sels de fer agissaient d'autant mieux qu'ils étaient administrés en pleine digestion, il faut bien en conclure, en premier lieu, que le travail digestif n'est nullement entravé, et que le précipité formé entre le sel de fer et le suc gastrique est ultérieurement décomposé avec une salutaire lenteur.

Ainsi, médicalement parlant, le choix du sel de fer est indifférent, et chercher l'action du suc gastrique sur tel ou tel ferrugineux, c'est soulever une question oiseuse.

Le seul côté intéressant du problème à résoudre, c'est de chercher une combinaison parfaitement soluble, d'une saveur nulle, pouvant se prêter à toutes les formes médicamenteuses, et n'amenant aucune constipation.

Si je ne me fais pas illusion, je crois avoir atteint ce but en découvrant le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, combinaison définie dont j'ai indiqué, avec minutie, la préparation, et qui, pouvant être amenée à l'état concret, devient, entre les mains du médecin, un médicament toujours facile à doser, soit sous forme de dragées, soit sous forme de sirop, et d'une efficacité thérapeutique incontestable. Les deux commissions nommées par l'Académie en ont jugé ainsi, et cet honorable suffrage me suffit.

TÉRATOLOGIE.

NOTE SUR UN MONSTRE XYPHODIME, NÉ A AUXERRE LE 19 SEPTEMBRE 1858, ET ENVOYÉ A M. SERRES AU NOM DES MÉDECINS DE CETTE VILLE;

Par le Dr GIRARD DE CAILLEUX, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. (1).

Le 19 de ce mois (septembre 1858), à midi, une fille naturelle, dont le père et la mère sont inconnus, est accouchée à Auxerre d'un monstre appartenant au genre désigné par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son savant *Traité de tératologie*, sous le nom de xyphodime.

Ce monstre, qui présente beaucoup d'analogie avec la célèbre Ritta-Christina dont l'histoire a été si bien faite et si bien développée dans le beau travail de M. Serres inséré au tome XI de l'Académie des sciences, ce monstre, dis-je, a deux têtes attachées à deux cols bien distincts. La tête droite, bien conformée, est plus volumineuse que la gauche, dont la conformation est moins parfaite. Ces deux enfants se réunissent par leurs parties latérales au niveau des clavicules, et leur poitrine ainsi que leur ventre semblent se confondre en un seul tronc supporté par deux membres pelviens.

On peut constater l'existence de trois bras dont deux ayant une apparence normale et un troisième, rudimentaire, placé entre les deux têtes, au niveau des clavicules. La tête de l'humérus de ce bras rudimentaire, semble s'articuler avec les deux omoplates correspondantes réunies du sujet droit et du sujet gauche, et après un court trajet d'environ 6 centimètres d'arrière en avant et de haut en bas, il paraît se perdre sous les surfaces tégumentaires.

Les deux membres pelviens, dont la cuisse droite est un peu plus volumineuse, sont à très peu près de même longueur.

Le pied droit est fortement renvoyé en dedans, le gauche l'est aussi, mais à un moindre degré.

On suit distinctement sous la peau la colonne vertébrale de chaque sujet jusqu'à la région sacrée.

Ce xyphodime a tous les attributs extérieurs du sexe féminin : il n'existe qu'un ombilic et qu'un seul cordon ombilical.

Les poids et mesures pris en notre présence par M. le docteur Paradis et par M. le docteur Rousseau et Muraoux, internes de l'asile d'Auxerre sont indiqués comme il suit :

POIDS ET MESURES DU MONSTRE XYPHODIME.

	kil.
Poids total	2,278
Tête droite.	
Circonférence occipito-frontale	0,30
Diamètre occipito-frontal	0,095
— occipito-mentonnier	0,124
— bi-pariétal	0,088
— bi-temporal	0,08
Du sommet au menton	0,108
Côté droit.	
Du sommet droit à l'ombilic	0,24
De l'ombilic au talon droit	0,15
Bras droit	0,07
Avant-bras droit	0,06
Main droite	0,055
Longueur totale de ce membre	0,185
Tête gauche.	
Circonférence occipito-frontale	0,27
Diamètre occipito-frontal	0,10
— occipito-mentonnier	0,146
— bi-pariétal	0,075
— bi-temporal	0,063
Du sommet au menton	0,116
Côté gauche.	
De l'ombilic au talon gauche	0,17
Bras gauche	0,07
Avant-bras	0,06
Main	0,055
Longueur totale	0,185
Faces.	
Distance des pommettes à droite	0,069
— — à gauche	0,060
Membres inférieurs.	
Circonférence de la cuisse droite P. M.	0,12
— de la cuisse gauche	0,115
Longueur de la cuisse droite à partir du grand trochanter	0,09
Id. cuisse gauche	0,085
Diamètre des deux grands trochanters	0,075
Tronc.	
Du milieu de l'espace de séparation des deux têtes à la base du sternum	0,08
Diamètre des épaules	0,124
Circonférence du thorax sur les aisselles	0,31
Circonférence de la base de la poitrine	0,29
Tour du bassin	0,22
Diamètre bis iliaque	0,078
Diamètre transverse de la base du thorax	0,105
De l'occiput au coccyx à droite	0,27
— — à gauche	0,25
Écartement supérieur des deux colonnes vertébrales	0,06
Longueur de la colonne vertébrale droite	0,17
— — gauche	0,16

Les renseignements suivants résultent de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés directement auprès de la mère de ces enfants, afin de connaître les diverses circonstances qui ont précédé et accompagné la conception et la grossesse. Quant aux particularités relatives à l'accouchement, nous les devons à l'obligeance de notre honorable confrère le docteur Paradis, ainsi qu'à celle de Mme Drevet, accoucheuse de cette fille.

La mère, de taille moyenne, bien constituée, active, très laborieuse, jouissant d'une assez bonne santé, mais d'une intelligence bornée, est âgée de 36 ans; elle est primipare et d'un tempérament nervoso-sanguin; sa figure est amaigrie; le front sillonné de rides précoces; le peu d'abondance des cheveux châtain-rouge indiquerait un âge plus avancé. Cette fille n'a jamais recherché les personnes d'un sexe différent pour lesquelles elle manifestait plutôt de la répugnance; elle avait même refusé plusieurs partis avantageux par répulsion pour le mariage; on ignore les précédents héréditaires.

Le père est âgé de 26 ans; il est également bien constitué, mais d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence bornée, sans précédents héréditaires fâcheux connus; il s'enivre rarement.

Cette fille a été réglée pour la première fois à 16 ans; la menstruation, quoique régulière, donne lieu à une hémorrhagie très peu abondante; elle dure deux jours; elle s'accompagne ordinairement de céphalalgie; les seins sont peu développés.

La conception, au dire de la mère, s'est effectuée dans les conditions ordinaires; elle en fait remonter l'époque à neuf mois avant l'accouchement. Ce xyphodime, en effet, a toutes les apparences d'un enfant venu à terme.

Les quatre premiers mois de la grossesse se sont écoulés sans qu'on eût autre chose à noter que les préoccupations et les peines inhérentes à une semblable situation; mais la fin de cette période s'est fait remarquer par une scène de violence entre le père et la mère, pendant l'intervalle d'un quart d'heure, durée de cette scène, le cœur de cette fille battait tumultueusement; la tête était brûlante, et tous les membres étaient agités d'un tremblement convulsif. Une scène semblable s'est renouvelée au cinquième mois de la grossesse entre cette fille et sa maîtresse; c'est à la suite de cette dernière scène qu'elle a quitté la maison où elle servait depuis plusieurs années. — Durant tout le cours de la gestation, cette fille n'a ressenti aucune colique, n'a manifesté aucune souffrance particulière, si ce n'est une douleur sourde dans le côté droit (où s'inclinait l'utérus), avec engourdissement du membre pelvien droit, et particulièrement du talon; les veines de ce membre étaient tuméfiées. Elle affirme, avec le ton de la sincérité et de la vérité, qu'elle n'a jamais eu même la pensée de faire une tentative d'avortement; elle avait averti une sage-femme et pris des mesures pour soigner son enfant. Elle a continué, pendant sa grossesse, de se livrer à ses rudes labeurs comme d'habitude, sans commettre aucun écart de régime; toutefois, elle ne se plaint pas que cet exercice, violent pour sa situation, lui ait fait éprouver des fatigues excessives.

Elle a senti les enfants remuer doucement pendant les derniers mois de la grossesse. Huit jours avant les premières douleurs, c'est-à-dire le 11 septembre, la rupture des membranes s'est opérée spontanément; elle perdait, dit-elle, beaucoup d'eau en même temps que le ventre s'affaissait, ce qui ne l'empêchait pas de travailler.

Le samedi, veille de ses couches, à sept heures du soir, cette fille rentrait chez elle, portant encore du linge qu'elle venait de laver. Elle éprouva quelque temps après des nausées, puis vinrent, ajouta-t-elle, le lendemain dimanche, à deux heures du matin, de fortes douleurs qui ont amené le monstre, le même jour, à midi, sans qu'on ait eu besoin d'employer le forceps.

L'accouchement s'est terminé de la manière suivante :

La tête droite, la plus volumineuse, a passé la première, puis le bras droit a été retiré par Mme Drevet, qui a amené, à l'aide de tractions, le col de la seconde tête, puis celle-ci défléchie par un mouvement complet de torsion sur les parties latérales de la poitrine et de l'abdomen, et enfin le reste du corps.

Le placenta était volumineux et adhérent à l'utérus, puisqu'il a fallu que l'accoucheuse introduisît la main dans la cavité de cet organe pour le détacher; il était chatonné, simple, mais rien dans sa conformation ne paraissait extraordinaire. Du reste, aucune hémorrhagie grave n'a suivi son extraction; le cordon ombilical était unique et très court, il a fallu en faire la section très près de la vulve; les suites de couches ne présentent rien d'anormal.

Deux ecchymoses, situées à la partie supérieure du cuir chevelu de la tête la plus volumineuse, l'autre sous la peau du côté gauche de la mâchoire inférieure de la plus petite tête, prouvent que les deux enfants vivaient encore pendant les fortes douleurs de l'accouchement.

Un cas de ce genre était de nature à fixer l'attention du premier magistrat de la ville d'Auxerre, qui, effectivement, en administrateur aussi habile qu'ami de la science, a autorisé la conservation du monstre et réuni tous les médecins d'Auxerre, sous la présidence de M. le docteur Paradis, doyen d'âge et médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville, afin d'aviser au meilleur parti à prendre dans l'intérêt de la science.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les docteurs Comote, Marie, Remy, Andrieux, Tonnellier, Fastré, Rousseau, Muraoux et Girard, il a été décidé, conformément à l'avis écrit de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, aussi savant que modeste, que ce xyphodime, qui devait lui être adressé, serait envoyé à M. Serres, afin que cet illustre académicien fût à même de vérifier divers résultats de son travail sur Ritta-Christina, et pût enrichir la science d'un nouveau rapport et de nouvelles planches sur ce genre de monstruosités.

(1) Cette note a été communiquée par M. Is. Geoffroy St-Hilaire à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 octobre 1858.

COURRIER.

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

Les offrandes sont reçues dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE :

MM. Sichel	20 fr.
Piogey	10
	30
Listes précédentes	963
Total	993

— MM. les docteurs en médecine, officiers de santé et pharmaciens du département de la Seine qui ont des rectifications, additions ou changements à demander pour l'année 1859, dans l'*Almanach général de médecine*, édité par l'UNION MÉDICALE, sont instamment priés de les faire connaître au bureau du journal avant la fin de la présente semaine, l'impression des listes devant commencer lundi prochain. Passé cette époque, les réclamations resteront forcément sans résultat.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Au nombre des immeubles atteints par le percement du boulevard du Nord, dans la traversée du faubourg Saint-Denis, figure la Maison municipale de santé, longtemps et improprement appelée hospice Dubois, du nom de l'illustre chirurgien qui a fondé sa réputation. Cette maison, aujourd'hui en pleine démolition, est remplacée par un autre établissement qui vient d'être édifié au n° 200 du même faubourg, par les soins de l'Administration de l'assistance publique, et qui réunit aux avantages d'une situation parfaitement salubre, tout le confortable que sont en droit d'exiger les malades qui viennent s'y faire traiter à prix d'argent.

On sait que la Maison municipale de santé, qui n'a rien de commun avec l'hôpital et l'hospice, est particulièrement destinée aux célibataires, aux personnes sans famille, aux étrangers si nombreux qui viennent visiter Paris et y tombent accidentellement malades, enfin aux habitants de la province atteints d'affections rebelles ou qui ont à subir quelques opérations chirurgicales d'une certaine gravité, pour lesquelles ils sentent la nécessité de recourir aux lumières et à l'habileté des savants praticiens de la capitale.

L'ancienne maison ne contenait que 150 lits, ce qui était loin de suffire aux besoins, la nouvelle en renferme 300, dont quelques-uns en dortoirs de 6, 4, 3 et 2 lits, tarifés depuis 4 jusqu'à 7 francs, prix de journée.

Les personnes aisées y trouveront des chambres particulières de 8 à 12 francs, celles qui peuvent s'imposer de plus grands sacrifices, des appartements à 15 francs, le tout meublé, non avec un luxe qui serait déplacé, mais avec une élégance, et, ce qui vaut mieux, avec une recherche de bien-être qu'on rencontrerait difficilement ailleurs.

Ajoutons que la cuisine y est très soignée et que tous les services, tels que bains de toute espèce, simples, composés, sulfureux, de vapeur, etc., la pharmacie, la lingerie ne laissent rien à désirer.

Il est impossible de n'être pas frappé, à l'aspect gracieux et riant de ces cours embellies de verdure et de fleurs, de ces jardins si heureusement dessinés et si favorables à la promenade des convalescents, des soins minutieux apportés par une administration intelligente à prévoir, non seulement tout ce qui est nécessaire au traitement de ses malades, mais ce qui peut leur procurer les agréments d'un séjour qu'on serait heureux d'habiter même en bonne santé.

N'omettons pas de rappeler en terminant que le service médical est confié à M. le docteur Vigla et le service chirurgical à MM. les docteurs Monod et Demarquay, et que les médecins et chirurgiens consultants sont MM. Rayer et Andral, Nélaton et Denonvilliers, c'est-à-dire des hommes choisis parmi les plus hautes notabilités de la science.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 137. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 18 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris :*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Comment caractériser le discours de M. Malgaigne? En abordant la tribune, cet habile orateur, par un exorde adroit, a exprimé ses regrets, ses appréhensions d'être obligé de combattre le rapport, si généralement loué, de M. Trousseau. En présence du discours de M. Malgaigne, nous éprouvons les mêmes regrets, les mêmes appréhensions. M. Malgaigne se fait volontiers l'avocat des causes compromises. Ce rôle semble plaire à sa nature chevaleresque. Comment avoir le courage de blâmer d'aussi généreuses tendances? Il se plaît aussi à troubler le concert d'éloges qui accueille un rapport académique, et lui-même s'est modestement comparé à l'esclave antique, suivant le char du triomphateur, pour lui rappeler qu'il était homme et qu'il en avait les faiblesses. Quel cœur d'airain pourrait ne pas être touché de tant de sollicitude? Et puis, comment se soustraire au charme de cette parole incisive et brillante, à l'entraînement de cette argumentation toujours spirituelle, à l'effet de cette discussion éblouissante?

Cependant il le faut. Nous ne ferons pas à M. Malgaigne l'injure de croire qu'il ne s'est mêlé à cette discussion que pour faire un beau discours de plus. Il a donné de si nombreuses preuves de son aptitude oratoire, que cette preuve nouvelle était bien superflue. Qu'a donc voulu faire M. Malgaigne?

Au nom respectable du progrès, il a voulu empêcher qu'une méthode nouvelle, proposée pour combattre ou pour prévenir l'asphyxie produite par le croup, ne succombât sous la critique puissante, mais prématurée, selon lui, dont elle a été l'objet. Il aperçoit dans cette méthode qui, depuis sa récente apparition, s'est d'ailleurs perfectionnée, qui peut se perfectionner encore, un avenir, un progrès qu'il ne faut ni décourager ni étouffer. Les faits pour juger cette méthode ne sont pas suffisants; on s'est trop hâté de la condamner, et aux conclusions anciennes ou nouvelles proposées par la commission, M. Malgaigne demande qu'on substitue celle-ci : Remercier l'auteur de la méthode de sa communication, et l'inviter à produire de nouveaux faits devant l'Académie.

Tel a été le fond, telle a été la signification de ce discours.

Ce thème est très acceptable, et si M. Malgaigne se fût borné à le développer logiquement, il eût pu ramener l'Académie à une formule de jugement moins explicitement sévère. Mais comme toujours, comme dans l'affaire de la syphilisation, où M. Malgaigne croyait ne soutenir aussi qu'une question de progrès; comme dans la question du perchlorure de fer, où, pour la première fois, M. Malgaigne plaida éloquemment contre le progrès; dans la question actuelle, M. Malgaigne a un peu oublié son thème, a dépassé le but, et voulant trop prouver, n'a prouvé que ceci, qu'il est le plus ingénieux et le plus séduisant discoureur qui se puisse entendre.

M. Malgaigne a été jusqu'à contester à la commission le droit de faire un rapport sur la méthode nouvelle. Cette méthode ne demandait pas de rapport, a-t-il dit; son auteur, avec sagesse, n'avait tiré aucune conclusion des faits qu'il était venu simplement exposer devant l'Académie. Pourquoi cette précipitation dans le jugement? Et ici, M. Malgaigne a laissé entendre clairement, trop clairement, que s'il y a eu hâte dans le rapport, c'est que le rapporteur, qui peut, à bon droit, passer sinon pour le père, au moins pour le parrain de la trachéotomie, a vu dans la méthode nouvelle un danger pour la trachéotomie qu'il a voulu protéger et défendre.

Tout cela n'est pas très scientifique, et M. Malgaigne, qui a vivement critiqué dans le rapport quelques arguments qu'on peut appeler de sentiment, aurait eu besoin d'être, sur ce point, un peu plus sévère pour lui-même.

La méthode ne demandait pas de rapport; qu'est-ce à dire? Et pourquoi cette réclamation tardive? L'auteur de la méthode a-t-il chargé M. Malgaigne de la faire? Il est très certain que dans sa communication à l'Académie, l'auteur de la méthode a dû employer cette formule ou toute autre équivalente : « Je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie, etc. » Il est certain que, séance tenante, M. le Président désigna une commission. Il est très certain que l'auteur de la méthode, qui était encore à la tribune, n'avait qu'à se tourner vers M. le Président pour lui dire qu'il ne demandait pas de rapport. Il est certain qu'il pouvait faire connaître son désir dans la séance suivante par une lettre écrite à l'Académie. Il est certain qu'il savait qu'un rapport était en préparation, et c'est dans ces circonstances que M. Malgaigne a assumé la responsabilité d'une réclamation si tardive, si inopportune et si peu légitime?.... Passons.

On s'est trop pressé de faire un rapport.

Si, comme le croit la commission, la méthode nouvelle ne prévient rien, ne garantit rien, ne guérit rien, la commission a rempli un grand devoir en disant son sentiment sur cette méthode qui s'est produite avec éclat, par un médecin distingué, par un médecin attaché à un hôpital d'enfants, par un médecin auteur d'un traité sur les maladies des enfants, par un médecin, enfin, qui a porté contre la trachéotomie les accusations les plus graves. C'était le devoir de la commission d'éclairer au plus vite, et dans les limites de ce qu'elle pouvait savoir, les praticiens toujours si anxieux en présence du croup et dans un moment où cette terrible maladie exerce à Paris et ailleurs de grands ravages. C'était l'impérieux devoir de la commission de se hâter en prévenant les fausses déductions que les praticiens et les familles pouvaient tirer d'une statistique inexacte invoquée contre la trachéotomie.

Cette statistique, M. Malgaigne l'a abandonnée lui-même; mais il a contesté aussi l'exactitude de celle produite par deux médecins de l'hôpital des Enfants, par MM. H. Roger et Sée. Sur ce point et sur tous les commentaires dont il a entouré son argumentation, nous craignons que l'orateur ne se soit exposé à des réclamations embarrassantes. M. Malgaigne ignore certainement comment les choses se passent à l'hôpital des Enfants. Il ne sait pas qu'un registre spécial y est ouvert, sur lequel tous les cas de croup sont portés, avec l'indication du traitement suivi et celle de ses résultats. Il ne sait pas qu'aucune opération de trachéotomie n'y est faite que soit sur la prescription du chef de service, que soit avec la permission du directeur de l'hôpital, qu'après communication faite à la famille de l'enfant, toutes les fois que cela est possible, du cas extrême qui se présente. M. Malgaigne a oublié enfin, et surtout, que cette statistique, contre laquelle, d'ailleurs, il n'a produit que des présomptions et des épigrammes, émane de deux médecins de l'hôpital même des Enfants, de deux médecins très sérieusement pénétrés de la responsabilité qui s'attache à des publications de ce genre, et qui, pour un futile intérêt de controverse, ne voudraient pas compromettre les intérêts de la science, de la vérité et de l'humanité.

Toute cette partie du discours de M. Malgaigne a été regrettable; elle pourra susciter de vives protestations, et nous croyons que l'éloquent orateur pouvait les éviter.

Quant à la trachéotomie, M. Malgaigne n'en a dit au fond que ce que tout le monde en pense. Qui doute que ce ne soit une opération grave? Qui doute que ce ne soit une ressource ultime? Qui ne voudrait être en possession d'un moyen moins dangereux? Certes, la pathétique péroraison de ce discours a touché tous les cœurs, mais elle ne prouvait pas malheureusement que le tubage de la glotte soit une opération facile, innocente et efficace, elle ne prouvait pas qu'on dût couvrir cette méthode d'un silence protecteur ou faire luire pour elle de consolantes espérances (1).

Le temps et l'espace nous pressent; nous aurons probablement à revenir sur ce discours, qui a été l'événement de la séance et qui ne nous permet pas d'indiquer une courte allocution de M. Cloquet, et un discours écrit dans lequel M. Piorry, fidèle à ses doctrines des états organopathiques, ne peut voir dans la maladie désignée sous le nom de croup au lieu d'une maladie *unitaire*, qu'une collection d'états morbides exigeant une grande variété de moyens thérapeutiques.

Amédée LATOUR.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

DISCOURS DE M. GRISOLLE.

Cette année, les portes de l'École avaient été largement ouvertes aux élèves, et les lettres d'invitation libéralement distribuées au public médical. Aussi, malgré l'inclémence de la journée, bien avant l'heure indiquée pour la cérémonie, le grand amphithéâtre était-il rempli d'une foule compacte, quelque peu bruyante et avide *de bien faire,* — comme le dit M. le professeur Grisolle.

Le discours de M. Grisolle a été très applaudi; il méritait de l'être, et pour lui emprunter encore une expression, nous joignons *de tout cœur* nos applaudissements à ceux qu'on lui a prodigués.

Il avait à faire l'éloge de M. Chomel, son maître et son ami. Il s'est acquitté de cette tâche — délicate en raison des nombreux points de contact entre son modèle et lui — avec une mesure parfaite et un grand bonheur de pensées.

Faisant avec impartialité et beaucoup de tact la part du temps et de chacun, il a évité cet écueil où tombent presque tous les panégyristes, et qui consiste à ne plus voir, dans une époque, que la figure dont ils chantent les louanges. Peut-être même l'a-t-il trop évité et s'est-il laissé un peu longuement distraire par des figures, très importantes en elles-mêmes, mais dont il n'avait à parler qu'accessoirement. Le discours de M. Grisolle est, à proprement dire, une galerie de portraits : hommes et choses de la première moitié du XIXe siècle y ont passé. Nous avons vu successivement défiler Bayle, Laënnec, Broussais et la médecine physiologique, M. Louis et la méthode analytique-numérique, M. Récamier, Dupuytren, etc. Nous sommes loin de nous en plaindre, car M. Grisolle, à l'aide d'un langage imagé et plein de mouvement, a su faire revivre, pour un moment, ceux de ces grands hommes et celles de ces choses qui déjà appartiennent à la tradition ou s'évanouissent dans l'oubli. Or, comme l'a dit M. Grisolle, en commençant son discours, c'est un noble usage que d'honorer par des éloges publics les morts illustres, et — comme le font les Orientaux qui célèbrent leurs fêtes sur les tombes — c'est un pieux usage que d'évoquer, aux jours solennels, les ombres sacrées de nos pères.

M. Grisolle a reconstitué, autour de M. Chomel, le milieu dans lequel il a vécu, et qui éclaire et son œuvre et sa vie. M. Grisolle a fait mieux, car, ici, les entraînements de l'admiration et des sentiments personnels étaient presque irrésistibles, il a réussi à mettre séparément en lumière, tout en montrant leur influence réciproque, le caractère et le talent de M. Chomel, et à faire, d'une main équitable, la part de chacun d'eux.

Il a eu le bon goût, il a eu le courage, puisé dans l'exquise appréciation des choses, de présenter son maître, non comme un homme de génie et d'initiative, mais comme un critique et comme un modérateur. A cette occasion, il a fait ressortir — c'était son droit et son devoir — l'utilité et la hauteur de ce rôle, moins apprécié d'habitude que le rôle contraire, plus brillant, mais aussi plus éphémère et plus dangereux. Quant au caractère de M. Chomel, il l'a loué sans réserve, et les applaudissements énergiques qui l'ont interrompu chaque fois qu'il a rappelé la fermeté et l'inflexible probité de l'ancien professeur de l'Hôtel-Dieu, ont dû lui prouver que la pensée de l'auditoire allait au delà de ces « délicatesses de sentiments » et d'expressions qui lui étaient imposées par sa situation.

Nous nous joignons, encore une fois, à ces marques enthousiastes d'approbation, et c'est notre second salut.

M. Grisolle, à bon droit convaincu qu'un discours de rentrée est une occasion qu'on ne doit pas laisser perdre, d'entrer en communication avec les jeunes gens et de les interroger sur les événements contemporains, M. Grisolle a eu la très heureuse pensée d'exposer ses principes à propos de la noblesse et de faire l'histoire du rétablissement du baccalauréat. Les réponses ont été telles, j'imagine, qu'il espérait les provoquer, si même elles n'ont dépassé ses espérances.

En résumé, le discours de M. Grisolle, très habilement fait, très littéraire, rempli d'appréciations tantôt fines, tantôt pittoresques, et d'opinions personnelles — chose rare — exprimées avec chaleur et franchise, est un des discours les plus vifs et les plus remarquables que nous ayons entendus à pareille fête. Il servira

---

(1) Nous recevons à l'occasion de la répugnance que la trachéotomie inspirerait ailleurs qu'à Paris, la note suivante de notre honorable collaborateur, M. le docteur Strohl, de Strasbourg :

« M. le professeur Trousseau a commis deux erreurs dans son rapport sur le » tubage.

» 1° La trachéotomie n'est pas rejetée à Strasbourg; on en pratique quelques-unes tous les ans, et s'il y a de l'opposition, ce ne peut être, à ma connaissance, que de la part de quelques praticiens déjà blanchis sous le harnais. » En général, le véritable croup n'est pas bien fréquent chez nous.

» 2° L'opération a pris racine et bonne racine, en Allemagne. Témoin l'intéressante discussion soulevée au congrès de Carlsruhe, il y a deux mois. Un » médecin l'a mise à l'ordre du jour, en produisant un instrument, incisant » d'un coup la peau et la trachée, fixant la trachée et introduisant la canule. De » tous les membres présents, un seul, je crois, a parlé contre la trachéotomie, » sans la rejeter tout à fait; quelques-uns l'ont chaudement recommandée, » d'autres en ont voulu seulement borner l'emploi.

» Les journaux allemands renferment beaucoup d'articles sur cette opération, » ainsi que des observations particulières. »

de modèle à ceux qui porteront, après lui, la parole. C'est notre troisième salut.

Dr Maximin LEGRAND.

Nous commencerons dans notre prochain numéro la publication de l'*Éloge* de M. le professeur Chomel.

PROGRAMME DES PRIX.

La Faculté a décerné les prix dans l'ordre suivant :

Grand prix (médaille d'or). — M. Regnault (Gustave), né à Bain (Ille-et-Vilaine).

1er *prix* (médaille d'argent). — M. Blondet (Edme-Pierre), né à Douzy (Nièvre).

1er *second prix.* — M. Wiéland-Alexandre Taylor, né à la Havane.

2e *second prix.* — M. Lancereaux (Étienne), né à Brécy (Ardennes).

Prix Montyon. — M. le docteur Moynier.

Prix Corvisart. — Aucun mémoire n'ayant été envoyé pour le prix Corvisart, la même question est remise au concours pour l'année 1859.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Robert, à l'occasion du procès-verbal, rappelle à la Société, que dans une des séances précédentes (v. UNION MÉDICALE du 4 novembre), il a présenté une jeune fille chez laquelle il avait cru reconnaître un raccourcissement du membre inférieur. On se souvient que M. Bouvier contesta l'existence de ce raccourcissement. M. Robert ne crut pas devoir insister; mais après un nouvel examen, pour lequel il s'est mis en garde contre toutes causes d'erreur, il n'hésite pas à soutenir qu'il y a eu raccourcissement de 2 centimètres 1/2, qui porte moitié sur la cuisse, moitié sur la jambe.

M. Maisonneuve a eu l'occasion d'observer un fait analogue chez une jeune fille qui, étant restée deux ans allongée dans son lit pour une maladie du genou, vit son membre s'atrophier, et le chirurgien put constater un raccourcissement très appréciable.

— M. Gosselin lit un rapport sur plusieurs pièces de fractures adressées à la Société par M. Lizé (du Mans), qui se porte candidat au titre de membre correspondant.

— M. Robert : En 1847, un médecin de Dammartin m'adressa une petite fille de 7 ans, qui était affectée d'une luxation congénitale de la hanche gauche, pour laquelle je réclamai l'assistance de M. Ferd. Martin, l'habile bandagiste, qui, au moyen d'un appareil à extension, amena la tête du fémur de la petite malade au niveau de la cavité cotyloïde.

Le traitement dura neuf ou dix mois, et je n'avais plus entendu parler de cette jeune fille, lorsque, il y a quelques jours, elle vint me consulter pour un kyste qui n'a aucun rapport avec la maladie pour laquelle elle m'avait été adressée la première fois. J'ai pu constater qu'elle marche sans fatigue et sans claudication. Personne ne se douterait aujourd'hui, en la voyant, qu'elle a eu une luxation de la hanche. Je l'ai examinée pardessus sa chemise, et je n'ai rien constaté d'anormal dans les rapports du fémur avec l'os iliaque. Mais le membre paraît plus court de 3 centimètres que celui de l'autre côté; le pied est aussi un peu plus petit. Par une mensuration que j'ai faite avec soin, j'ai reconnu que le raccourcissement ne porte point sur la jambe, mais bien sur la cuisse, ou sur la hanche.

La jeune fille plie les deux cuisses d'une manière régulière; cependant un développement plus considérable du sourcil cotyloïdien du côté qui a été malade semble indiquer qu'il y a quelque chose d'anormal du côté de l'articulation.

Je sais que Pravaz a soutenu qu'on transforme la luxation et qu'on ne la guérit pas. Aussi faudrait-il une pièce d'anatomie pathologique pour apporter la preuve de la guérison d'une luxation spontanée. Jusque-là, on n'aura pas une démonstration scientifique; mais la thérapeutique ne peut pas demander plus que ce qui a été obtenu dans le cas qui vient d'être rapporté.

— M. Lenoir a observé un fait qu'il croit devoir rapprocher du précédent. Une petite fille fut traitée pendant trois ans par M. Gilbert d'Hercourt pour une luxation de la hanche. Après ce traitement, M. Lenoir eut l'occasion de la voir à Vichy, et il la crut guérie; mais peu à peu la claudication s'est reproduite, et aujourd'hui la petite malade est à peu près dans l'état où elle était avant le traitement.

La guérison des luxations congénitales, dit M. Lenoir, est de celles sur lesquelles on ne peut pas compter, quand on se rappelle les déformations de la cavité cotyloïde qui accompagnent ces déplacements.

— M. Chassaignac : Au point où en est la science, on ne doit s'appuyer que sur des faits irréfutables. Une luxation acquise peut en imposer pour une luxation congénitale; il faut donc des observations absolument complètes pour permettre de conclure comme on l'a fait. J'ai vu une jeune fille de la rue Saint-Martin qui a été soumise pendant trois ans au traitement par l'extension, et elle est restée dans un état des plus fâcheux. Pour remédier à la claudication dont elle est affectée, j'aurais voulu trouver un appareil prothétique, mais je n'ai rien trouvé de satisfaisant.

— M. Robert répond qu'une luxation traumatique eût donné lieu à du gonflement, à de l'inflammation dont il n'a pas vu la moindre trace, et il ne doute point de la nature de la luxation qui a été soumise à son observation. Depuis sept ou huit ans, la jeune fille ne porte plus d'appareil, et elle marche à peu près comme si elle n'avait jamais eu de lésion du côté de la hanche. C'est une luxation congénitale que l'on peut considérer comme guérie, bien qu'il soit difficile de se rendre compte de l'état anatomique de l'articulation coxo-fémorale.

— M. Broca présente deux pièces d'anatomie pathologique, dont l'une consiste dans un tube gélatiniforme, long de 30 centimètres, qui a été rendu dans une garde-robe par une femme habituellement constipée.

La seconde pièce offre le plus grand intérêt. Elle a été prise sur le cadavre d'une femme dont voici l'histoire succincte :

Une malade, âgée de 28 ans, était affectée d'un polype du col de l'utérus, dont le volume égalait à peu près celui d'un œuf; elle fut adressée par M. Piedagnel à M. Broca, qui se décida à faire l'excision du polype au moyen de l'écraseur linéaire. Cette opération ayant été pratiquée, ne donna lieu qu'à un suintement de sang peu considérable, et qui ne dura qu'un jour. Bientôt la malade, se trouvant rétablie, demanda son *exeat.*

Avant de le lui accorder, M. Broca ayant porté le doigt indicateur dans le col de l'utérus, reconnut qu'il y restait une petite tumeur du volume d'une noisette, formée par une partie du pédicule du polype, et pour la destruction de laquelle il se décida à pratiquer la cautérisation au fer rouge.

Par précaution, le chirurgien fit cette opération en deux temps, dans l'intervalle desquels une assez grande quantité d'eau froide fut injectée dans le spéculum. La malade ne ressentit aucune douleur; mais, dans la soirée, son ventre devint douloureux, et, le lendemain, une péritonite des plus diffuses était évidente pour tout le monde.

La mort étant survenue trois jours plus tard, l'autopsie permit de constater que les trompes utérines étaient parfaitement saines, que la membrane muqueuse utérine était rouge, et que le point du col sur lequel avait porté la cautérisation était loin de la cavité péritonéale; mais du pus séreux en grande abondance recouvrait la masse des intestins.

M. Broca ayant pris toutes les précautions possibles pour cette opération, se demande s'il est un moyen sûr de ne pas exposer à la mort les femmes que l'on soumet à la cautérisation par le fer rouge.

— M. Maisonneuve présente deux tumeurs qu'il a enlevées par le procédé de la cautérisation en flèches.

La première de ces tumeurs présente un volumineux cancer ulcéré du sein gauche, pour lequel M. Maisonneuve a été obligé d'employer quarante-cinq flèches : vingt-neuf à la circonférence et seize dans le corps même de cette tumeur.

La malade soumise à cette opération n'a pas eu un instant de fièvre, et le neuvième jour, le matin même, la tumeur s'est détachée en bloc. Elle a 60 centimètres de circonférence; sa face superficielle est creusée d'une profonde excavation, due à l'ulcère cancéreux. Sa face profonde est régulière, sauf quelques tractus intermusculaires que certains praticiens considèrent comme des prolongements du cancer.

La deuxième pièce consiste en une tumeur sous-maxillaire consécutive à une opération de cancer de la lèvre inférieure.

Cette tumeur, du volume du poing, a été cernée, il y a huit jours, par quinze flèches caustiques disposées de manière à représenter un cône dans la profondeur des tissus.

La réaction inflammatoire fut à peu près nulle, les douleurs très modérées, et le huitième jour, le matin, la tumeur se détacha d'un seul bloc. L'artère faciale se trouvait comprise dans l'épaisseur de la tumeur sans qu'il se soit produit aucune hémorrhagie. L'os maxillaire inférieur est mis à nu. Du reste, le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE CHIMIE TECHNIQUE

Appliquée aux arts et à l'industrie, à la pharmacie et à l'agriculture, par M. G. BARRUEL, ex-préparateur à la Faculté des sciences de Paris, ancien essayeur de la fabrication des monnaies. Tome Ier, in-8° de 488 pages, Paris, 1856, F. Didot.

Ce volume ne s'adresse qu'accessoirement aux médecins; c'est surtout en vue d'être utile aux industriels, aux fabricants qui emploient les produits chimiques — et tous les emploient, peu ou beaucoup — que l'auteur l'a écrit et publié. Il offre cependant aux médecins un intérêt assez grand. Les détails qu'il donne sur les procédés employés pour obtenir les substances, soit simples, soit composées, et sur l'usage auquel ces substances sont propres dans les arts industriels, doivent être connus des hygiénistes et des pathologistes. Les uns et les autres y trouveront des lumières précieuses pour éclairer bien des points d'étiologie, et ils y puiseront d'importantes indications thérapeutiques. Pour les étudiants en médecine, le volume de M. Barruel sera un guide et comme un manuel de manipulations. Il contient, en effet, les détails les plus explicites sur la pratique des opérations chimiques; détails que les professeurs des Facultés sont, ainsi que le rappelle l'auteur dans sa préface, obligés d'omettre en grande partie dans les cours publics. Le peu de temps consacré à ces cours les oblige à ne traiter presque exclusivement que la partie théorique de leur programme.

L'auteur a adopté les théories professées à la Faculté des sciences par MM. Dumas et Balard, et il les expose dans le même ordre que suivent ces savants.

Il ne faut pas chercher dans le livre de M. Barruel l'exposition des théories nouvelles. Il prévient lui-même le lecteur qu'il s'est abstenu d'en parler, et il en donne la raison. Il a craint qu'elles ne fissent confusion dans l'esprit de ceux auxquels il s'adresse de préférence; et d'ailleurs, dit-il, « bien que fondées sur des raisonnements plausibles, elles tiennent plutôt à la philosophie des sciences qu'aux applications que l'on peut en faire dans l'industrie. » C'est toujours là qu'en revient M. Barruel.

Au surplus, il a pris soin d'exposer, d'une façon plus explicite, le but qu'il s'est proposé.

« Cet ouvrage, écrit-il, est destiné principalement aux personnes qui ont besoin d'apprendre plutôt qu'à celles qui savent. Or, pour comprendre facilement les réactions chimiques que l'on est forcé de citer à chaque instant, il est nécessaire de se rendre parfaitement compte des équivalents... de la valeur de ces équivalents et de leurs symboles, dont on se sert pour construire les formules, et, par suite, les équations qui représentent ces réactions et en résument la théorie.

» Nous avons cru devoir à ce sujet, continue-t-il, recourir aux explications de la plus grande simplicité, et y revenir à plusieurs reprises, au commencement de l'ouvrage, dans les exemples qui se présentaient naturellement, soit pour en faciliter la compréhension, soit pour en faire sentir l'utilité pratique.

» C'est aussi dans ce but que nous avons, autant que possible, démontré toutes les opérations par les équations qui les représentent; ces réactions se graveront mieux dans la mémoire des industriels et des jeunes gens qui ont à répondre aux examens de Facultés et des Écoles. Ce n'est donc pas une élégante description des curieux et importants phénomènes produits par les réactions des corps les uns sur les autres que nous présentons, mais un traité rendant cette étude moins pénible aux élèves et aux industriels, et leur facilitant les moyens de tirer de cette science le meilleur parti possible dans les applications. »

Ajoutons seulement que le livre de M. Barruel est enrichi de très nombreuses gravures sur bois fort bien faites, et qui, intercalées dans le texte, en facilitent l'intelligence en rendant sensibles aux yeux la description des appareils et des procédés auxquels ils ont été employés.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER regrette qu'on ait mal interprété ce qu'il a dit de M. Bouchut. Il a lu un passage textuel de la lettre publiée par M. Bouchut dans la *Gazette des hôpitaux* mardi dernier. On en a tiré les conséquences qui paraissaient en résulter. Quant à lui, il n'a entendu protester que contre le blâme qu'adressait à la pratique de l'hôpital des Enfants M. Bouchut, en disant qu'on opérait trop tôt dans les cas de croup.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret, en date du 7 novembre courant, par lequel l'Académie est autorisée à ne pas accepter le legs à elle fait par feu le docteur Fourcauld.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies adresse une lettre par laquelle il consulte l'Académie sur l'opportunité de la mise en exploitation des eaux thermales de Hammam-Melouan (Algérie). — (Com. des eaux minérales.)

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Arquian (Nièvre), au mois d'août 1858.

2° Un rapport de M. le docteur MADIN, sur une épidémie d'angine qui a régné dans la commune de Manheulles (Meuse), en avril 1858.

3° Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, de Dunkerque, sur les résultats d'une tournée médicale dans le canton d'Houdschote.

4° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher en 1857. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur DUBEST, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), réclame la priorité de l'invention du porte-caustique présenté par M. Mathieu dans la séance du 29 octobre dernier.

2° Un dépôt cacheté renfermant la formule d'une nouvelle préparation d'extrait d'olivier, par M. FAUCHER, pharmacien à Batignolles. (Accepté.)

3° Une note de M. PÉBAQUÉ, dentiste à Rouen, sur un nouveau système de crochets s'adaptant à la clé de Garengeot ordinaire. (Comm. M. Oudet.)

4° La lettre suivante adressée par M. BOUCHUT :

« L'enceinte académique a été mardi dernier le théâtre d'une scène fâcheuse et non motivée dont j'ai été l'occasion sans en être l'auteur. Une accusation grave contre ma personne, heureusement inexacte, est tombée de la tribune pour passionner les débats. En me permettant de rétablir les faits, l'Académie comprendra, je pense, qu'il n'y a là qu'un véritable malentendu facile à expliquer.

» L'Académie n'ignore pas que Louis, qui considérait comme inutiles dans l'esquinancie du larynx, c'est-à-dire dans le croup, les saignées et les purgatifs, voulait *que la bronchotomie fût le premier secours à donner aux malades.* C'était la trachéotomie à la première période du croup. Elle sait aussi que Caron avait demandé au gouvernement *de rendre responsable le médecin qui laisserait mourir un croupalisé sans opération.* C'est à ce sujet que j'ai pu dire, sans crainte d'être désavoué par qui que ce soit : *N'allons pas, servilès imitateurs d'excentricités de ce genre, et à l'exemple de Louis et de Caron, faire une trachéotomie prématurée qui n'aurait d'autre usage que d'exercer la main des opérateurs.*

» En ajoutant à ce paragraphe une phrase qui ne s'y trouve pas, et qui est un peu plus haut, M. Bouvier a donné à ma pensée un sens qu'elle n'a pour personne. Cette transposition a été cause d'une émotion à laquelle je tiens à honneur d'être étranger.

» La phrase *« c'est là pratique de l'hôpital des Enfants »* ne se rapporte pas au passage incriminé par M. Bouvier, elle exprime une opinion que cependant ni M. Bouvier, ni M. Trousseau ne devaient combattre. Elle est relative au précepte d'opérer le croup à la deuxième période. c'est-à-dire avant l'asphyxie, pour avoir 64 pour 100 guérisons. En effet, ai-je dit *dans une thèse récente, « sur 55 opérations de » croup faites à l'hôpital des Enfants, il y en a eu 24 faites à la » deuxième période.* »

5° Une lettre de M. MONOD, qui se plaint d'avoir été à tort rangé par M. Bouchut, parmi les adversaires de la trachéotomie. S'il n'opère plus lui-même que rarement dans le croup, il continue à faire pratiquer la trachéotomie par ses collègues et il a compté plusieurs succès.

6° Une note que M. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a lue dernièrement à la Société médicale des hôpitaux, et qu'il transmet à l'Académie. M. le Secrétaire perpétuel donne lecture des conclusions de cette note, relative aux statistiques de la mortalité du croup à Paris présentées à l'Académie des sciences.

Voici ces conclusions :

La trachéotomie est une magnifique opération dans le traitement du croup ;

Elle ne doit être pratiquée qu'après l'emploi des moyens médicaux et lorsqu'il paraît établi qu'ils n'ont pas de prise sur la maladie;

Elle ne peut être dirigée que contre l'asphyxie produite par la présence de la fausse membrane;

Le moment opportun pour la pratiquer est celui de la seconde période

du croup, où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière continue;

Plus tard, elle est encore indiquée, mais elle a moins de chances de succès.

M. Bussy dépose sur le bureau un travail de M. Gobley, intitulé: *Recherches sur le principe odorant de la vanille.* (Comm. MM. Bussy, Gaulthier de Claubry et Chevallier.)

M. Duméril, dans un rapport verbal, déclare que la brochure de M. Pablo Estorch y Sigués, sur les propriétés merveilleuses de l'*Escorzonera* ou *Serpentine*, contre les morsures des animaux venimeux, est une œuvre de charlatanisme. Cette pierre factice est un mélange analogue au bol d'Arménie ou argile colorée et absorbante, et semblable à celle que Redi a décrite et analysée en 1671.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Trousseau.— M. Trousseau donne lecture des nouvelles conclusions proposées par la commission:

1° Le tubage du larynx, assez difficile dans son exécution, est un moyen dangereux si la canule reste pendant plus de quarante-huit heures en contact avec les cordes vocales.

2° Il n'est pas impossible que, dans certaines maladies aiguës ou chroniques du larynx, ce procédé soit appelé à rendre quelques services. Toutefois, les faits publiés jusqu'à ce jour, par M. le docteur Bouchut, sont insuffisants pour démontrer que le tubage du larynx soit utile dans le cas de croup.

3° La trachéotomie reste, quant à présent, le seul moyen à opposer au croup dès que les ressources médicales sont épuisées.

M. Piorry: La thérapeutique repose d'une manière absolue sur des indications fixes et précises que la pathologie, éclairée par l'anatomie, la physiologie et la clinique, permettent seules d'établir. Toutes les fois que ces indications ne sont pas nettes et clairement déterminées, le traitement ne peut être qu'incertain et il n'a aucune base solide sur laquelle puisse s'appuyer la pratique du médecin instruit et consciencieux. Cette réflexion s'applique tout naturellement au croup, à l'angine couenneuse, à la diphtérite de M. Bretonneau (que M. Trousseau appelle actuellement diphtérie) à l'œdème de la glotte; à la cautérisation ou à la dissolution des couches couenneuses au cathétérisme du larynx et de la trachéotomie, etc. — On parle de ces circonstances anatomo-pathologiques et de ces moyens thérapeutiques d'une façon générale, on ne précise pas les cas particuliers, on fait de la statistique d'affections supposées unitaires, alors qu'il s'agit souvent d'états pathologiques divers et de complications dissemblables, et alors on arrive à ce triste résultat que l'on établit dans un discours, d'ailleurs fort bien présenté et admirablement dit, des considérations qui ne sont point en harmonie avec les conclusions qui terminent ce remarquable travail.

La présence d'une couche plastique ou croupale sur la membrane muqueuse du pharynx et des amygdales, sur l'ouverture pharyngienne du larynx, sur la glotte, la trachée, les très grosses bronches, telle est la lésion principale qui a été rapportée par les auteurs à ce que l'on a appelé croup. Voilà d'abord des différences dans le siége précis du mal qui doivent en impliquer de très notables dans le traitement.

D'un autre côté, tantôt cette membrane accidentelle est molle, diffluente, épaisse, peu adhérente, et ailleurs elle est mince, ferme et on ne peut pas plus fixée aux parties sous-jacentes. Dans les premiers temps le mal est borné à la partie évasée de l'arbre bronchique, mais plus tard, et malheureusement dès le principe dans trop de cas, des mucosités plus ou moins épaisses se forment dans les secondes, troisièmes et quatrièmes divisions bronchiques, agitées qu'elles sont avec l'air qui entre et sort lors de la respiration, elles oblitèrent quelques conduits d'abord, puis un grand nombre d'autres ensuite et deviennent une des causes anatomiques les plus terribles et les plus fréquentes de la mort.

Ailleurs encore se développent dans les poumons des hypérémies stasiques, ou qui sont les suites de la phlegmasie des bronches, phlegmasie qui précède, accompagne ou suit la présence de la fausse membrane laryngo-trachéale. Tantôt encore l'expectoration est facile ou possible, et ailleurs non seulement les malades ne peuvent faire sortir des voies aériennes les liquides qui s'y accumulent, mais encore ils ne peuvent se débarrasser des mucosités épaisses et de la salive qui viennent s'accumuler à l'entrée de l'orifice pharyngien du larynx, si improprement appelé glotte par Bayle et par ceux qui l'ont suivi.

Dans certains cas, le sang est encore suffisamment oxygéné, et dans d'autres, la pâleur violacée des lèvres, la teinte brune des capillaires, l'extrême faiblesse du malade simulant l'anesthésie, prouve que la respiration se fait à peine et que la mort est imminente.

Ici un état fébrile, général et intense, conduit à admettre l'existence de l'hémite ou plasthydrémie, et ailleurs l'enfant ne présente d'abord aucune altération du pouls.

Une infinité d'autres états pathologiques peuvent encore se réunir aux précédents et modifier aussi les indications principales qui se présentent. Il serait trop long même de les énumérer.

La conséquence logique de ce qui précède est que les moyens thérapeutiques qui conviennent dans un cas donné ou quelques-uns des états morbides précédents viennent à se présenter, ne seraient point applicables à tel autre fait également rapporté au croup et dans lequel existeraient d'autres circonstances pathologiques.

Ces réflexions générales étant posées, disons que pour établir la valeur des divers moyens employés, proposés ou que l'on peut ultérieurement mettre en usage, il ne s'agit pas de faire une statistique sur les résultats d'une opération ou de l'emploi d'un moyen quel qu'il soit, mais de dire jusqu'à quel point une médication a réussi dans tel cas où l'on a nettement établi les circonstances dans lesquelles le malade se trouvait placé, et les états pathologiques qu'il présentait.

Ceci posé, il est évident qu'on n'est pas encore en mesure de démontrer par des faits cliniques quel est le traitement que l'on doit opposer à tel cas particulier de croup, car on n'a pas étudié celui-ci par une pathologie analytique, mais bien par une synthèse empirique propre à tout embrouiller.

Il est quelques questions dont la solution peut principalement fixer le praticien au lit du malade de l'enfant atteint d'une affection couenneuse des voies de l'air. Tant qu'elles ne seront pas élucidées il restera des doutes sur l'opportunité ou le choix des moyens qu'il voudra employer. Ces questions sont les suivantes; celui qui pourrait y répondre, pourrait poser nettement les règles qui devraient guider dans l'emploi des divers traitemens ou des opérations variées proposées contre le croup.

1° La couche plastique, dite membrane croupale, est-elle due à l'état couenneux du sang ainsi qu'il en arrive pour la pleurite, la péricardite, l'endocardite, l'hémitartrite, etc? On n'a pas fait, à ma connaissance, assez d'expériences sur le sang des enfans atteints de diphtérie pour répondre convenablement à cette question. Si elle était affirmativement résolue, c'est surtout sur la sérosité couenneuse qu'il faudrait agir et non pas sur le conduit de l'air. M. Guersant fils a sans doute pensé de cette façon, lorsque sur quinze enfans atteints de membrane dite croupale il a donné à haute dose le chlorate de potasse et a eu le bonheur de réussir dans treize ou quatorze de ces cas (communication orale). Ce résultat si remarquable de l'emploi d'un alcali me rappelle des recherches faites par moi, avec une apparence de succès, sur des gens atteints d'hémite et auxquels je faisais respirer de l'ammoniaque.

2° Une cause spécifique, un virus, une iose, est-il l'agent qui imprime au sang un caractère spécial, d'où résulterait l'aptitude de tel ou tel individu à la sécrétion couenneuse déposée dans le tube aérien? Les recherches qui sont faites dans ce sens ne sont pas assez positives pour que l'on puisse répondre affirmativement, et si cette affirmation était établie, il serait bien inutile d'avoir recours à la trachéotomie ou au tubage, avant d'avoir remédié à la toxémie ou à l'iosémie dont on parle et qui ne peut être supposée que parce qu'on voit le croup des auteurs ou la diphtérie régner épidémiquement et la couche couenneuse se former sur beaucoup d'autres organes que les voies de l'air.

3° S'agit-il dans le croup d'une inflammation locale très vive et dont l'intensité serait la cause du dépôt de la couche plastique? Évidemment alors, la présence de la canule serait une circonstance propre à augmenter la phlegmasie et par conséquent à favoriser la formation et l'extension de la couche couenneuse?

4° S'agit-il encore d'une phlegmasie spécifique iosique, ainsi que porteraient à le croire sa marche spéciale, son extension graduée, et surtout la contagion constatée par des cas malheureux dont trop souvent des médecins ont été les victimes. Dans ce cas, à coup sûr, l'azotate d'argent, le chlorate de potasse, l'alun sont indiqués, tandis que le tubage, par l'excitation qu'il causerait, la trachéotomie par la plaie qu'elle nécessite détermineraient la formation de nouvelles couches fibrineuses qui s'étendraient au loin. Si la maladie est toute locale et spécifique, on conçoit que dans le cas où le mal serait borné aux amygdales, M. Bouchut ait pu proposer l'excision de celles-ci; mais cette localisation absolue de la pharyngite plastique n'est guère supposable, et d'ailleurs c'est sur le pharynx, le voile du dalais, la luette et non pas sur les amygdales que le plus souvent paraissent les plaques fibrineuses; on voit donc que l'idée de notre confrère est plutôt ingénieuse que pratique.

5° Est-ce par une oblitération complète de la cavité laryngo-trachéale que meurent les malades? Les faits répondent en général par la négative; il y a toujours un passage pour l'air, mais ce passage est trop petit et l'inspiration peut presque toujours s'accomplir; mais elle a lieu très difficilement, très incomplétement, très lentement, aussi y a-t-il diminution dans l'oxygénation du sang (hypoxémie) qui conduit bientôt à la mort. Si le conduit oblitéré eût fait périr, le tubage et la trachéotomie surtout devraient être employés dans tous les cas.

6° Est-ce par défaut d'expectoration que périssent les malades?

7° Les petites bronches s'oblitèrent-elles par l'écume que forment dans leur cavité, les liquides et l'air qui s'y accumulent. Y a-t-il enfin anoxémie par suite de cette écume bronchique?

8° Une congestion se forme-t-elle consécutivement dans les poumons et contribue-t-elle à la mort? Ces trois questions peuvent être affirmativement résolues, car les expériences sur les chiens que l'on fait périr par strangulation le prouvent; il y a chez eux passage encore possible de l'air; mais l'expectoration de la salive qui s'accumule dans l'arrière-gorge est impossible, ce liquide pénètre dans le larynx. Ils ne peuvent la rejeter au dehors et ils meurent comme les noyés.

Un fait exactement semblable a lieu dans la vario-pharyngite intense (quelquefois un passage à l'air comme je l'ai fait dans un cas), de là, la nécessité d'ouvrir. L'auscultation fait même trouver des liquides abondants dans les bronches et même dans les vésicules pulmonaires, quelques heures plus tard les poumons à leur partie déclive, donnent lieu par le plessimétrisme à de la matité pneumonémique, ainsi c'est par le défaut d'expectoration par la bronchamphraxie par la pneumonémie consécutive que périssent la plupart des enfants atteints de couches plastiques laryngo-trachéales; or l'indication semblerait être ici d'avoir recours au tubage, mais celui-ci ne favorise guère l'expectoration qui au larynx a besoin pour s'accomplir de l'action des muscles laryngiens et de ceux des parties voisines pour la trachéotomie, une très large canule serait bien mieux indiquée, car elle permettrait d'éviter toute la longueur du tuyau laryngien et pharyngien, l'une et l'autre seraient utiles, s'il était possible de faire par la canule laryngienne ou traumatique, un vide au moyen d'une ventouse qui aspirerait les mucosités bronchiques. Il y a des recherches à tenter sur ce sujet. Une tentative que nous avons faite en ville avec M. le docteur Loiseau n'a pas eu de résultats avantageux.

S'il restait après le croup guéri, des lésions anatomiques qui gênassent l'entrée de l'air, et si une expérience ultérieure prouvait que le larynx peut supporter la présence d'une canule, peut-être pourrait-on tenter le tubage; mais en somme, la trachéotomie et la canule qu'elle permet d'introduire, me paraît encore lui être préférable.

Les conclusions de ce qui précède, sont:

1° Que pour bien étudier les indications dans la série des symptômes dits croup, il faut analyser et apprécier nettement les états anatomiques que présentent ceux qui en sont atteints et que les généralités de traitement que l'on a établies sur cette affection complexe unitairement considérée, sont insuffisantes.

2° Que très rarement le tubage laryngien est applicable, et que le plus ordinairement la trachéotomie, qui du reste est sans danger par elle-même, lui est préférable.

3° Que l'état des bronches et des poumons méritait dans l'étude du croup la plus sérieuse considération, et que l'aspiration des mucosités laryngiennes et bronchiques par un tube ou même par les fosses nasales (la bouche étant fermée) pourrait, si l'on parvenait à faire confectionner un instrument convenable, avoir peut-être de l'avantage.

4° D'après ces conclusions, celles du rapporteur de votre commission me paraissent devoir recevoir d'utiles modifications. »

M. Cloquet: Messieurs, je n'ai pas l'intention de faire un long discours et je ne prends la parole que pour dire un mot sur la question de priorité soulevée à propos de l'anesthésie dans la période ultime du croup. M. Demarquay, à la vérité, avait présenté une note sur ce sujet, le 28 juillet dernier, à la Société de chirurgie, mais j'avais moi-même, le 26 du même mois, au nom de M. Bouchut, présenté une note sur le même sujet à l'Académie des sciences. D'ailleurs, comme M. Trousseau l'a rappelé, Faure avait indiqué le fait sur lequel roule le débat, dans son travail relatif à l'asphyxie, et, enfin, il y a deux ans, un jeune docteur, ayant annoncé que l'éther était l'antidote du chloroforme, fut appelé devant une commission nommée par l'Académie et répéta ses expériences en présence des commissaires, au nombre desquels je me trouvais. Il en résulta la preuve que notre confrère, très inexpérimenté en matière d'expérimentation sur les animaux, asphyxiait simplement ceux-ci en leur fermant les voies respiratoires avec une éponge sur laquelle il versait du chloroforme, et qu'en éloignant l'éponge et la remplaçant par une autre imprégnée d'éther, moins hermétiquement appliquée, la sensibilité reparaissait, c'est-à-dire que l'asphyxie cessait. Le même effet était obtenu avec une éponge imprégnée de chloroforme même, et à plus forte raison lorsque l'éponge n'était imprégnée de rien. Ce débat de priorité me semble donc inopportun; il y a longtemps que tout le monde sait qu'on peut brûler et tenailler impunément les noyés et, en général, les asphyxiés, de quelque manière que l'asphyxie ait été produite.

M. Malgaigne: Messieurs, j'apprends avec regret que je suis le dernier orateur inscrit. La question soumise à l'Académie me paraît cependant d'une haute gravité et telle qu'elle eût dû appeler beaucoup de médecins et de chirurgiens à cette tribune.

MM. Bouvier et Piorry, qui ont parlé avant moi, tout en proposant certaines modifications aux conclusions, n'attaquent pas le rapport en lui-même. Ce n'est donc pas sans quelque incertitude que je me décide à m'élever contre ce rapport qui semble avoir conquis l'assentiment universel, et je me présente ici comme cet esclave qu'on faisait marcher derrière le triomphateur et qui lui criait: Souviens-toi que tu es homme.

Ce sont, Messieurs, quelques incidents de la dernière séance qui m'engagent à prendre la parole. M. Trousseau, répondant à M. Bouvier, a dit qu'il s'était souvenu que M. Bouchut avait été interne à l'hôpital des Enfants, qu'il avait été son élève, et qu'en conséquence, lui, rapporteur, avait voulu être indulgent. Indulgent, Messieurs, — nous verrons tout à l'heure ce qu'est l'indulgence de M. Trousseau. Mais s'agissait-il, pour le rapporteur d'une commission de l'Académie, d'être indulgent; il s'agissait avant tout, Messieurs, d'être juste, et nous examinerons comment il l'a été.

Il y a autre chose. M. Bouvier a proposé de nouvelles conclusions. M. Trousseau a répondu immédiatement qu'il les acceptait, et si M. Bouvier, meilleur observateur des formes académiques, n'avait ajouté qu'il était convenable de les renvoyer à l'examen de la commission, la commission eût été passée sous silence. Ces conclusions ne sont-elles donc que l'œuvre personnelle de M. Trousseau?

En outre, M. Nélaton, membre de la commission, eût-il laissé dire, s'il eût été consulté, que la pratique de la trachéotomie donnait 31 succès sur 100, quand il n'accuse, lui, que 3 guérisons sur 36 opérations? J'avoue que j'aurais voulu savoir de mon collègue, en qui j'ai toute confiance, les motifs de sa conviction récente, ou bien les motifs qui le font persévérer dans ses doutes, si, comme je le crois, il lui en reste.

Maintenant, Messieurs, reprenons la question à ses débuts. Le 14 septembre dernier, M. Bouchut adresse à l'Académie deux observations de tubage du larynx et les présente en ces termes: « Je ne me permettrai pas de juger cette méthode ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique: au début des innovations thérapeutiques, il faut laisser la parole aux faits observés et racontés heure par heure, puis attendre qu'on en ait un grand nombre avant de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable, etc. »

Cela, Messieurs, me paraît très sage. M. Bouchut ne demandait pas de rapport et se défendait de tirer des conclusions; il voulait qu'on attendît de nouveaux faits. Il n'y avait, en effet, que cela à faire. La commission, chose rare, a présenté son rapport dans l'espace de six semaines. Nous ne sommes pas habitués à pareil zèle, et je prie M. le rapporteur d'en recevoir mes compliments; mais le rapport a-t-il bien été fait pour juger le tubage? J'en doute. La commission n'a rien fait par elle-même; elle n'a rien vu par elle-même; elle le dit dans son rapport, et elle propose des conclusions! Elle va, je me permettrai de le lui dire, un peu vite en besogne. Pourquoi tant de précipitation? Ne le savez-vous pas? C'est que M. Bouchut proposait le tubage du larynx pour éviter la trachéotomie, qui tue, disait-il, 80 ou 90 fois sur 100. Je me figure aisément la surprise, le sursaut qui dut réveiller, à ce coup, M. Trousseau, le père de la trachéotomie.

M. Trousseau: Je n'en suis pas le père.

M. Malgaigne: C'est une opinion. D'ailleurs, si M. Trousseau n'est pas le père de la trachéotomie, il en est le parrain, et, du moins, il acceptera la paternité de la trachéotomie à la seconde période du croup. Avant lui, on ne la faisait qu'à la troisième.

M. Bouchut a produit une statistique de la mortalité du croup: elle a été vivement attaquée. Je ne suis pas ici pour la défendre, je m'empresse de le dire; je ne crois pas à ses conclusions; les chiffres sur lesquels il s'appuie, prouvent que les cas de croup ont augmenté dans ces dernières années, voilà tout. Mais si M. Bouchut ne demandait pas de rapport sur le tubage, à plus forte raison n'en demandait-il pas sur une statistique qui n'a pas été soumise à l'Académie. Les trois quarts du rapport, cependant, ont trait à cette statistique. Eh bien! Messieurs, c'est que l'œuvre de M. Trousseau est bien moins un rapport sur le tubage, — rapport qu'on nous dit avoir été fait avec indulgence (nous l'eussions préféré impartial: nous préserve le ciel d'une telle indulgence!) c'est moins, disons-nous, un rapport sur le tubage qu'un manifeste en faveur de la trachéotomie. Je me hâte d'ajouter que ce

manifeste est des plus remarquables et que de semblables manifestes seront toujours les bien venus.

Comme chirurgien, Messieurs, comme professeur de médecine opératoire, je dois examiner à fond le tubage et la trachéotomie.

M. H. Roger et M. Sée ont publié, il y a trois semaines, une statistique de la mortalité du croup, toute différente de celle qu'avait publiée M. Bouchut. M. Trousseau a adopté cette statistique de MM. Roger et Sée, et l'a reproduite textuellement dans son rapport : il n'a oublié que les guillemets. Je préviens l'Académie que je vais rétablir ces guillemets.

M. Trousseau : Permettez-moi de répondre un mot seulement à ce propos. J'ai dit que cette statistique appartenait en propre à ces Messieurs et n'ai point entendu me l'approprier.

M. Malgaigne : Une telle accusation était loin de ma pensée, et je suis d'autant plus heureux que M. Trousseau décline toute responsabilité à cet égard, que je vais, tout à l'heure, attaquer à outrance cette statistique. Je serai plus à l'aise.

Mais revenons. Il s'agissait de savoir d'abord si le tubage était possible. Eh bien! M. Trousseau, je lui rends cette justice, n'hésite pas à reconnaître que les faits de M. Bouchut sont probants. Ensuite, le rapport, à la division duquel je me conforme, se demande si le tubage est facile? Non, il est difficile; il faut l'étudier, mais nous sommes habitués à cela, nous, chirurgiens, et, d'ailleurs, il est moins difficile que la trachéotomie. Dans ce paragraphe du rapport se trouvent quelques reproches adressés par M. Trousseau à son ancien élève. Je les relèverai. Pour M. Trousseau, il est étrange que l'émission des sons ait pu se faire, même à voix basse, comme le dit M. Bouchut, après l'introduction d'un tube entre les cordes vocales. Mais c'est précisément quand on ne se sert pas des cordes vocales que le phénomène de la voix basse a lieu. J'en sais quelque chose, moi qui, dans le temps, ai *commis* un mémoire sur la physiologie de la voix. J'avoue, du reste, que M. Bouchut est allé un peu loin, en parlant de la voix *claire* et de la *toux éclatante*, et que ces expressions ont pu étonner M. Trousseau. Mais, enfin, il y a des degrés dans la voix basse. Au surplus, si la Commission eût voulu étudier les procédés de M. Bouchut, elle aurait appris que, dans l'une des deux manières de les appliquer, on place le tube au-dessous de ce qu'on appelle improprement les cordes vocales supérieures, et que ces replis, laissés libres, peuvent servir au frôlement de la toux; ensuite, elle eût pris en considération la nature métallique du tube introduit dans le larynx, et elle eût admis que le passage brusque de l'air chassé par les poumons, pouvait éclater là comme dans une trompette.

Le rapport, examinant, en second lieu, si le tubage est utile, dit : « Nous sommes convaincus que le séjour du tube laissé à demeure dix ou quinze jours, amènerait de grands désordres, etc. » Et de quel droit êtes-vous convaincus de cela? Je ne le suis pas, moi. Avez-vous fait des expériences? Ce que vous savez, et ce que je sais, c'est que le tube laissé 48 heures dans le larynx n'amène aucun des accidents que je redoutais et que l'on devait légitimement craindre. Nous ne savons rien de plus. Peut-être en est-il ici comme de l'urètre. Quand les sondes ne déterminent pas d'accidents immédiats elles peuvent être laissées à demeure.

Je dois signaler deux points particuliers : la difficulté de la déglutition résultant du tubage; et l'asphyxie qui provient peut-être de ce que les cordes vocales supérieures peuvent retomber sur l'ouverture du tube. Du moins l'asphyxie qui s'explique, dans le cas de trachéotomie, par l'extension des fausses membranes dans les bronches, ne s'explique pas dans le tubage, puisque la trachéotomie la fait cesser lorsqu'elle est arrivée avec le tubage.

Je loue sans réserve la première partie du troisième point du rapport, relatif à l'utilité du tubage : « Il me paraît, dit le rapporteur, qu'un tube, placé entre les cordes vocales, doit retarder et peut-être empêcher complétement l'asphyxie croupale, toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte, etc. » Mais le rapport, plus bas, en parlant de l'œdème de la glotte, symptomatique ordinairement de la nécrose du squelette du larynx, a commis un lapsus ou l'anatomie pathologique a fait des progrès que je ne connais pas.

D'ailleurs les objections qui seraient valables ici contre le tubage, conserveraient leur valeur contre la canule de la trachéotomie. Dans les deux procédés on peut balayer la trachée.

Le rapport nous dit ensuite que sur sept opérés par le tubage, sept seraient morts si la trachéotomie, pratiquée *in extremis*, n'eu eût sauvé deux.

Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit, à savoir qu'il fallait attendre de nouveaux faits, ainsi que vous le conseillait M. Bouchut.

Le rapport dit encore que, dans la presque universalité des cas de croup, on meurt par occlusion du larynx. Mais que fait le tubage? Il ouvre précisément le larynx. M. Green et M. Loiseau ajoutent, selon le rapport, le bienfait du traitement curatif médicamenteux, à l'action mécanique qui ouvre le larynx. Je ne m'arrêterai pas sur cette considération; le rapport n'y insiste pas.

Voyons, maintenant, ce que vaut la trachéotomie dans le croup.

« Si la trachéotomie, dit M. Trousseau, devait être attaquée, il semblait que ce ne dût pas être à Paris, etc. M. Bouchut a pris la triste tâche de combattre une médication toute française, etc. »

Voilà des arguments qui n'en sont pas! M. Bouchut n'a pas pris une triste tâche et la trachéotomie n'est pas une opération française. C'est le tubage qui est français, ce qui ne m'empêchera pas de l'attaquer le jour où il me sera démontré qu'il ne vaut rien.

M. Trousseau dit que la trachéotomie n'est pas dangereuse par elle-même. Ceci me touche. Je ne connais, Messieurs, aucune opération qui n'ait ses dangers, et je pense que la trachéotomie en a plus que beaucoup d'autres. (M. Malgaigne lit un passage d'un écrit ancien de M. Trousseau, dans lequel l'honorable professeur établit les dangers de cette opération sur l'homme et sur les animaux), il continue : « Je pense que l'auteur a oublié ce qu'il écrivit alors.

M. Trousseau : Pas le moins du monde!

M. Malgaigne : Je ne comprends pas, si vous ne l'avez pas oublié, que vous teniez votre langage d'aujourd'hui, et je ne comprends pas, si vous croyez le traitement exempt de périls, pourquoi vous dites qu'on a d'autant plus de chances de réussite que les enfants sont moins faibles, qu'ils sont mieux nourris, qu'ils n'ont pas été débilités par les médications antérieures, qu'ils sont âgés de plus de deux ans, etc. Je ne comprends pas pas que vous ayez dit que la trachéotomie était dangereuse pour les adultes, alors même qu'elle est pratiquée pour d'autres opérations que le croup.

M. Trousseau : Pardon! j'ai parlé des adultes atteints du croup.

M. Malgaigne : Je remercie M. Trousseau de son interruption. Je tiens à ne rien dire que d'exact. Mais, tenez, voici M. Thierry qui m'avouait ces jours derniers avoir perdu trois adultes opérés par lui de la trachéotomie pour des affections chroniques du larynx, étrangères à la diphtérie.

Dans un cas malheureux, dit M. le rapporteur, la mort doit être imputée à la maladie et non à l'opérateur. Messieurs, je n'ai sauvé qu'un malade de ceux que j'ai opérés et, pour les autres, je n'ai pas eu la satisfaction de pouvoir me dire que je n'étais pour rien dans leur mort; quand je me trouverai en présence d'un enfant à la dernière période du croup, je ne me soustrairai pas au sévère devoir de l'opérer, mais ce sera toujours un crève-cœur pour moi. Sans doute, la trachéotomie reste comme une dernière ressource, terrible, mais précieuse, et M. Bouchut, pas plus que moi, n'a voulu l'attaquer, mais M. Trousseau conseille de la faire à la deuxième période du croup et « avant que la mort soit imminente. » Quels termes élastiques! Messieurs. En effet, si la mort n'est pas imminente, comment savez-vous qu'elle arrivera? Et si elle ne doit pas arriver, vous allez faire, sans nécessité, une opération grave, plus grave qu'une amputation de cuisse! Il faudrait quelque chose de plus net, comme indication. M. Trousseau, en 1835, disait : « il faut opérer aussitôt qu'il y a des fausses membranes dans le larynx. » Mais, Messieurs, bien que je ne sois pas médecin, je crois que le croup est constitué justement par la présence des fausses membranes dans le larynx; quand il n'y a pas de fausse membrane dans le larynx, alors il n'y a pas de croup, c'est une angine couenneuse; cela revient donc à dire qu'il faut opérer aussitôt que le croup existe. Si je me trompe, j'aurai plaisir à être rectifié, car, je le déclare, je n'ai pas vu jusqu'ici très clair dans tous les écrits des médecins sur le croup.

J'arrive à la statistique de MM. Roger et Sée. Sur 39 opérés avant l'asphyxie, ils comptent 25 guérisons. Il importe, Messieurs, d'être complétement édifiés à cet égard, cela importe aux chirurgiens et aux pères de famille. Eh bien, je le proclame dès à présent, cette statistique n'est pas exacte. Ces Messieurs sont chirurgiens de l'hôpital des Enfants. Mais, voici une thèse excessivement remarquable, due à M. Millard, interne du même hôpital, qui, dressant la statistique de l'année 1857, dit que sur 101 opérés, on obtint 16 guérisons, soit 85 morts pour 100, et notez que le plus grand nombre ne subit pas l'opération à la période ultime.

Il est bon de remarquer aussi que le nombre des décès est de beaucoup plus considérable chez les garçons que chez les filles; sur 62 garçons opérés dans les salles de M. Guersant, 54 succombent. D'où vient cette discordance entre les résultats? de ce que la statistique de MM. Roger et Sée porte sur les années antérieures? Cela est possible; mais il est fâcheux qu'ils se soient arrêtés à l'année qui ruinait leurs calculs, et qu'ils se soient bornés à faire le relevé des séries d'années heureuses. Encore une remarque : M. Millard, dont la thèse, je le répète, est excellente, cite deux cas d'enfants morts après avoir été considérés comme guéris du croup et avant, toutefois, la fermeture de la plaie de la trachée.

Rappelons-nous, Messieurs, que lorsque la question de la trachéotomie fut portée dans cette enceinte,

M. Roux comptait	4 morts	sur	4	opérés.
M. Blandin	5	»	5	»
M. Amussat	6	»	6	»
M. Trousseau	48	»	49	»
M. Gerdy seul, sur	6 opérés, avait		4	guérisons.

Qu'y a-t-il de changé depuis les aveux de ces chirurgiens? Rien, en ville, d'après la statistique produite par M. Bouchut, puisque le nombre des guérisons n'est que de 39 sur 388 opérés; puisque M. Thierry, depuis la publication de la statistique de M. Bouchut, m'a dit avoir perdu 34 malades sur 37 opérations et puisque moi-même je n'en ai guéri que 1 sur 8 ou 10 que j'ai opérés. (Je n'ai pas eu le courage de les compter exactement.)

La pratique en ville est donc toujours aussi désastreuse qu'elle l'était pour le passé, tandis qu'elle serait infiniment plus heureuse à l'hôpital. Or, Messieurs, jamais cela ne s'est vu pour aucune opération, et cela serait vrai pour la trachéotomie, et cela se produirait dans un hôpital d'enfants, le pire de tous sous le rapport de la salubrité! Cela tiendrait-il aux opérateurs? Mais il résulte de la thèse de M. Millard que M. Guersant, qui opère le mieux, a perdu le plus grand nombre de malades, puisque la proportion des succès est grande surtout chez les filles et que M. Guersant n'en a pas opéré une seule.

Ainsi, professeur de médecine opératoire, je serai obligé de dire à mon cours : Si vous voulez voir les enfants guérir du croup, ne les soignez pas chez vous; envoyez-les à l'hôpital, l'hôpital le plus malsain; ne les faites par opérer par les chirurgiens les plus habiles, mais par les internes et, au besoin, par les externes — cela s'est fait.

Non, Messieurs, cela est impossible. Mais il faut savoir à quoi tiennent les succès obtenus à l'hôpital des Enfants. Ce n'est ni au manuel opératoire, ni à l'observation des précautions consécutives, car M. Guersant suit exactement les conseils de M. Trousseau à cet égard, et il n'en est pas plus heureux pour cela.

Il faut le savoir pourtant, et quoique ce ne soit pas à moi de le dire, je le dirai; car si on ne le sait pas, les chirurgiens doivent donner leur démission en masse et envoyer leurs malades à l'hôpital.

La raison, la voici : la plupart des internes de l'hôpital des Enfants sont très capables, mais ils sont jeunes, ils s'effraient facilement devant une menace d'asphyxie et ils se pressent d'opérer. M. Millard nous apprend que sur 55 opérations 3 seulement furent conseillées par les chefs de service et que sur l'un des enfants morts on ne trouva pas l'ombre d'une fausse membrane à l'autopsie. Les succès ne m'étonnent plus et je ne crois pas un mot des statistique où l'on nous présente tant de croups guéris.

Que dit, à cet égard, le maître, en fait de trachéotomie, M. Bretonneau? Que lorsqu'un obstacle mécanique seul produit l'asphyxie, l'opération réussit aussi bien plus tard que quelques heures plus tôt, et qu'il ne faut pas opérer quand il y a empoisonnement par la diphtérie.

Je me rallie à M. Bretonneau contre M. Trousseau. Ceci me ramène à la comparaison de la trachéotomie et du tubage. En général, dans la famille on ne se résigne à la trachéotomie qu'avec douleur et quand l'enfant est perdu sans ressource. Mais voici le tubage qui, de l'aveu de la commission, est sans danger et peut faire attendre 48 heures. Moi, père de famille, qui vous défendrais de toucher à mon enfant avec le bistouri, je vous laisse mettre un tube dans le larynx aux premières menaces de suffocation.

Je me résume, Messieurs, et je dis que l'Académie ne doit pas entraver le progrès et voter des conclusions qu'elle regretterait peut-être un jour.

Que l'Académie se rappelle la lithotritie et l'opposition qu'elle rencontra à ses débuts. Maintenant la lithotritie est acceptée, et cependant elle offre bien plus de danger que le tubage : elle peut tuer dès le premier jour. Le tubage peut devenir à la trachéotomie ce que la lithotritie est à l'opération de la taille.

Je rejette donc complétement toutes les conclusions de la commission. Elle ne sait rien — rien que le non danger du tubage; tout le reste est basé sur des hypothèses et ne pouvait donner lieu à aucun rapport.

Dans tous les cas, le rapport devait être fait sur le tubage, et non, comme il l'a été, sur la trachéotomie.

Voici la proposition que je dépose sur le bureau :

1° Adresser des remercîments à M. Bouchut;

2° Inviter M. Bouchut à recueillir de nouveaux faits propres à éclairer l'Académie. »

— M. le Président annonce une séance supplémentaire, en comité secret, samedi prochain.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur le Rédacteur,

Je regrette que M. Bouchut ait pris en aussi mauvaise part l'observation que j'ai publiée dans le numéro 133, de l'Union Médicale. En rapportant les détails de cette observation, j'ai dû parler des tentatives infructueuses de M. Bouchut. J'aurais voulu pouvoir les passer sous silence, la reconnaissance que j'ai pour l'intérêt qu'il m'a témoigné jusqu'alors m'engageait à le faire; mais j'ai dû céder à la vérité devant des considérations personnelles. Aussi, je maintiens exactement tout ce que j'ai dit, et, sans vouloir entrer dans une controverse avec M. Bouchut, ce que ma position ne me permet pas, je préfère m'en rapporter au témoignage de mes collègues, qui ont observé le malade aussi bien que moi. Cependant, je ne puis me dispenser de répondre à quelques expressions que M. Bouchut a probablement laissé échapper par inadvertance.

C'est ainsi que ces mots : *nous donnâmes l'ordre d'opérer*, se trouvent expliqués par les faits suivants :

L'enfant étant sur le point de mourir, M. Bouchut quitte la salle, je cours après lui, je le joins dans l'escalier, et lui demande si, malgré la situation extrêmement grave du malade, on ne doit pas tenter la trachéotomie? *Faites*, m'a-t-il dit, *ce que vous voulez, je vous l'abandonne*, et il part sans vouloir assister à l'opération. Lorsqu'il revint dans l'après-midi, il ne put s'empêcher de manifester son étonnement en trouvant le malade en vie. M. Bouchut dit aussi, M. Créquy, notre élève, a commis *une indiscrétion*. Est-ce une indiscrétion de publier une observation après en avoir obtenu l'autorisation de M. Bouchut, par l'intermédiaire de mon chef de service, M. Barthez?

Ces détails, il est vrai, ont été omis dans notre observation, j'ai pensé que je pouvais les omettre sans altérer la fidélité du récit, je m'en rapporte à M. Bouchut lui-même.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, etc.

Créquy,
Interne des hôpitaux de Paris.

COURRIER.

Par un décret impérial du 14 novembre 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, M. Reynaud (Auguste-Adolphe-Marc), dtrecteur du service de la marine, a été élevé au grade d'inspecteur général du service de santé de la marine, en remplacement de M. Quoy, admis à faire valoir ses droits à la retraite, par application de la mesure de la limite d'âge.

— Par décret impérial du 14 novembre 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État au département de la marine, ont été nommés ou promus dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite du concours ouvert le 1er octobre dans les ports,

Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe, MM. Godineau, Dugé de Bernonville, Langellier-Bellevue.

Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe, MM. Huguet, Durand, Allanic, Delorisse, Debout, Chadefaux, Coste, Jean, Guerguil.

Au grade de chirurgien de 3e classe, les étudiants ou chirurgiens auxiliaires, MM. Moreau, Trouvé, Tranchant, Sarzaud, Catel, Weissenthaner, Layet, Granger, Mondot, Dubrandy, Bernard, Antoine, Reibaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe, le pharmacien de 2e classe, M. Girardias.

Au grade de pharmacien de 2e classe, le pharmacien de 3e classe, M. Sigaloux.

Au grade de pharmacien de 3e classe, les étudiants, MM. Dauvia, Dupont, Henry.

— M. le docteur Ph. Blanchard, rédacteur du *Siècle* (pour la partie scientifique), vient de mourir à la suite d'une courte mais douloureuse maladie.

— M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le jeudi 18 novembre, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Visite à 8 heures. Leçon à 9 heures.

Cours public de thérapeutique générale et appliquée. — M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ouvrira ce cours le jeudi, 18 novembre, à 5 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les *mardi, jeudi* et *samedi*, à la même heure.

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

MM. Berlhé, à Cercoux.	10 fr.
Willemin, à Strasbourg. . .	20
	30
Listes précédentes.	993
Total	1023

Le Gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 138. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 20 Novembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le procès-verbal nous a appris que le pli cacheté dont l'ouverture a été réclamée par Mme veuve Marshall-Hall, contenait une communication relative à une méthode nouvelle de traitement des calculs vésicaux. Le procès-verbal nous a appris aussi que ce pli avait été ouvert séance tenante. Ouvert, c'est possible; mais mentionné à haute voix, nous ne le pensons pas.

M. Élie de Beaumont, dépouillant la correspondance, accuse deux notes de M. Jobard, de Bruxelles : l'une relative à la cause physique des rhumatismes, l'autre concernant un charbon incombustible.

— M. Bouchut adresse à l'Académie la lettre suivante :

« La statistique que j'ai eu l'honneur de publier pour établir l'accroissement absolu et proportionnel de la mortalité du croup à Paris, dans les trente-deux années qui viennent de finir, a été l'objet d'une contestation mal fondée de la part de MM. Roger et Sée.

» En effet, de 1826 à 1840, la mortalité du croup est de 2,884; tandis que de 1840 à 1856, elle a été de 5,927, augmentation absolue incontestable. Rapportée à la population, elle est de 1 décès sur 6,480 en 1838, et de 1 sur 6,298 6/10es en 1830; tandis qu'en 1847, elle n'est pas moindre de 1 décès sur 1,461, c'est-à-dire proportionnellement quatre fois plus forte.

» D'une autre part, en reproduisant les résultats incomplets de M. Marc d'Espine, ne comprenant que treize années de décès, de 1839 à 1851, MM. Roger et Sée commettent une erreur qu'ils n'eussent point faite en prenant les trente-deux années entières de ma statistique, c'est-à-dire de 1826 à 1858.

» Quant aux résultats de l'opération du croup, l'Académie pourra les juger en sachant qu'après une enquête officieuse auprès des premiers et des plus habiles chirurgiens de Paris, sur 388 trachéotomies faites pour des cas de croup, il y a eu 346 décès et 42 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 90 p. 100. »

— M. le docteur Delfrayssé adresse aussi une observation qu'il croit propre à démontrer l'utilité du tubage du larynx dans l'asphyxie des nouveau-né.

« Appelé, dit-il, vers la fin de septembre par le sieur Miquel pour donner des soins à sa femme en travail, je trouvai, venu sans moi, un enfant à terme qui offrait toutes les apparences de la mort, bien qu'il fût parfaitement constitué, que la sage-femme lui eût donné pendant plus d'un quart d'heure tous les secours usités en pareil cas. L'enfant était froid, décoloré et présentait les signes de l'asphyxie la plus complète, tels que relâchement des mâchoires, flaccidité des membres, absence de respiration, etc., etc. J'introduisis alors avec une grande facilité une sonde dans le larynx, et, lorsqu'elle fut en place, j'exerçai un mouvement de compression sur les côtés du thorax et une large inspiration suivit immédiatement cette manœuvre. En peu d'instants, la respiration s'établit avec une grande régularité et l'enfant revint à la vie.

Le tube fut alors retiré sans aucune difficulté au moyen d'une traction légère sur le fil qui le retenait et dont un bout sortait de la bouche. En moins d'une minute, cette résurrection avait eu lieu. »

— M. Lamarre-Picquot rappelle qu'il a adressé à l'Académie plusieurs mémoires sur l'*incubation des ophidiens* et sur quelques autres phénomènes observés chez les mêmes animaux. De ces mémoires, le dernier n'a pas été l'objet d'un rapport. C'est ce rapport que l'auteur sollicite, aujourd'hui que de nouvelles observations sont venues s'ajouter à celles qu'il avait le premier présentées, et confirment, d'une manière qui ne laisse plus de place au doute, celles de ses affirmations qui avaient pu paraître les plus hasardées.

M. Lamarre-Picquot a, dans la séance du 13 septembre dernier, adressé une réclamation de rapport dans les mêmes termes. La commission chargée d'examiner ses travaux, est composée de MM. Dumas, Milne-Edwards et Valenciennes.

— M. Biot dépose sur le bureau des notes relatives au procès de Galilée.

A quatre heures moins un quart, personne ne demandant la parole M. le Président se l'accorde, à lui-même; il descend de son fauteuil, va s'asseoir à la table de l'hémicycle, en face de sa place vide, et donne lecture d'un long et très substantiel mémoire sur des recherches relatives à la nature des métaux.

Durant tout le temps qu'a duré sa lecture, M. le Président ne s'est pas adressé une seule fois cette prière qu'il ne manque jamais d'adresser aux autres lecteurs : « Veuillez passer aux conclusions. » Mais cette apparente anomalie tient sans doute à ce que M. le Président n'avait pris la parole que par dévouement et à défaut de tout autre lecteur.

Toutefois, après lui, M. de Quatrefages est venu présenter à l'Académie le rapport de la Commission nommée pour examiner le nouvel écorché de M. Lami. M. Horace Vernet, de l'Académie des Beaux-arts, avait été adjoint à la commission.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° Que l'œuvre de M. Lami est supérieure à tous les écorchés connus, y compris ceux de Bouchardon et de Houdon, parce que, non seulement la partie anatomique y est traitée avec un grand soin et une scrupuleuse fidélité, mais parce que l'auteur a résolu le problème d'y rendre sensible la physiologie des mouvements;

2° Que cet écorché sera très utile aux artistes;

3° Que l'Académie approuve l'œuvre de M. Lami et l'engage à publier l'album qui doit expliquer et compléter son travail.

Après quelques observations présentées par M. J. Cloquet, et relatives aux veines sous-cutanées qui ont été omises par le sculpteur; observations auxquelles répondent M. Serres, M. Rayer et le rapporteur, qui maintient ses conclusions; M. le Président me aux voix les conclusions, qui sont adoptées.

— M. J. Cloquet, au nom de M. le docteur Baud, inspecteur des eaux de Contrexéville, présente un second mémoire sur les matières grasses, phosphorées, qu'il a retirées de la moelle des mammifères.

— Dans la séance précédente, M. Tulasne, au nom de M. le docteur Jules Kuhn, de Schwusen (Basse-Silésie), avait fait hommage du livre qu'il vient de publier à Berlin, sur les *maladies des végétaux cultivés*, leurs causes et les moyens curatifs ou prophylactiques qu'on peut leur opposer;

M. Gaugain avait présenté une note sur la propagation de l'électricité à la surface des corps isolants :

Et M. E. Abate avait adressé de Naples une nouvelle note relative à la réclamation de priorité qu'il a élevée à l'égard de M. Burdel pour la pathogénésie des fièvres paludéennes.

Dr Maximin LEGRAND.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ET LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES CAUSTIQUES;

Par M. le docteur ROUAULT, médecin à Rennes.

Le traitement de la phthisie par les caustiques n'est point empirique et irrationnel, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu; mais il s'appuie sur l'observation rigoureuse des faits et satisfait aux indications les plus pressantes et les plus positives de cette maladie.

Pour le démontrer, il me suffira d'entrer dans quelques considérations.

Feuilleton.

CAUSERIES.

A la bonne heure! voilà donc enfin un peu de mouvement et d'animation. De tous les côtés les échos retentissent de beaux discours; et des Cordeliers aux Saints-Pères coulent de véritables fleuves d'éloquence. Au Palais-de-Justice, c'est par torrents qu'elle se précipite, et toujours à l'occasion de la médecine. Mais sur ce dernier point je dois être discret. A peine veux-je dire que le procès intenté par douze médecins se disant homœopathes à la gérance, à la rédaction et à la collaboration de l'UNION MÉDICALE, s'est enfin engagé mercredi dernier devant la première chambre du tribunal civil. Les plaidoiries ont commencé; Me Ollivier, avocat des homœopathes, et Me Andral, avocat de M. le docteur Gallard, ont été entendus. A quinzaine, Me Bethmont, avocat de M. Richelot, et Me Victor Lefranc, avocat du rédacteur en chef, présenteront la défense des deux autres inculpés. Nous sommes devant les juges, et toutes sortes de convenances nous imposent le silence. Si la loi nous permet, ce que nous ignorons encore, de reproduire ces curieux débats, nous ne manquerons pas de les présenter à nos lecteurs, si ce n'est en totalité, ce qui pourrait être bien copieux, du moins par une analyse exacte.

En attendant, revenons aux Saints-Pères, c'est-à-dire à l'Académie de médecine. Certes, M. le docteur Bouchut doit être content : son tubage fait du bruit. Ce n'est pas étonnant. Tube vient évidemment de *tuba*, et *tuba* veut dire trompette.

Tuba mirum, spargens sonum.

Cependant, qui jamais eût pu croire qu'un petit tube métallique agiterait si vivement les esprits à l'intérieur comme en dehors de l'Académie? C'est que ce petit tube a de grandes prétentions; que ne peut-il les justifier! Mais le feuilleton ne veut pas se mêler de cette affaire; il la trouve trop grosse d'éventualités de tout genre. Le débat s'élève à une température à laquelle le feuilleton ne peut pas vivre. Que la fraîche brise de la bienveillance vienne tempérer ces ardeurs! Le curieux serait que le discours de M. Malgaigne eût pour résultat de constituer un parti des *tubistes* ou *tubagistes* en opposition avec le parti des trachéotomistes. Le disert et spirituel orateur est bien capable de produire ces prodiges, et de tourner quelques têtes vers le petit tube de M. Bouchut. Mardi dernier, à trois heures de relevée, comme disent ces messieurs de la verge, ce petit tube ne comptait d'autre partisan que M. Bouchut lui-même. Deux heures après, M. Malgaigne entendu, j'ai vu, de mes oreilles entendu des oppositions jusque-là féroces, s'amollir un peu, troublées qu'elles étaient par cette brillante attaque du professeur de médecine opératoire. Nous verrons, mardi prochain, comment s'y prendra M. Trousseau pour répondre à ce dangereux adversaire.

A la Faculté, la séance de rentrée a tiré tout son éclat du discours de M. Grisolle. Je joins avec plaisir mes humbles félicitations à toutes celles qu'a reçues l'orateur, et au jugement qu'a porté de cette œuvre, dans ce journal, notre honoré collaborateur. M. Grisolle a très agréablement surpris tous ceux qui ne lui connaissaient pas le talent littéraire dont il vient de faire preuve. Ce discours nous donne le droit d'être plus exigeant qu'on ne l'a été jusqu'ici envers M. Grisolle, dont le *Traité de pathologie* ne doit certainement pas son succès au mérite du style. Je le préviens courtoisement qu'aujourd'hui que je vois qu'il sait écrire, je surveillerai de près sa huitième ou neuvième édition.

Lorsque le discours de rentrée fait *fiasco* à la Faculté, tout fait *fiasco*, car c'est en ce discours que consiste toute la solennité. Quel bon et utile programme on pourrait remplir cependant, dans ces séances annuelles! Mais ce n'est pas de la Faculté actuelle qu'on peut attendre aucune espèce d'initiative. Elle semble s'endormir de plus en plus dans l'immobilité. Ne troublons pas ce repos par des réflexions impuissantes assurément à guérir un mal profond signalé de toutes parts. La Faculté s'occupe en ce moment de deux nominations de professeurs pour la chaire d'anatomie et pour une chaire de pathologie externe. Prions l'Esprit Saint qu'il inspire de bons choix aux membres du conclave.

Une triste nouvelle nous arrive de la Faculté. Un homme excellent, professeur distingué, savant auteur d'ouvrages devenus classiques, M. Soubeiran, titulaire de la chaire de pharmacie, a succombé, hier, à la longue et cruelle maladie qui depuis plusieurs mois privait la Faculté et l'Académie de son concours. Mort très regrettable! Honnêteté, talent, science, esprit, M. Soubeiran, jeune encore, possédait les plus rares et les plus nobles qualités. C'est une grande perte pour la Faculté, pour l'Académie de médecine, pour l'École et pour la Société de pharmacie. Les regrets que laisse M. Soubeiran sont universels et des plus sincères.

De l'éloge des morts qu'il est doux de passer à l'éloge d'un vivant! J'ai sous les yeux une brochure intitulée : *Notice biographique* sur M. le professeur Forget, de Strasbourg, publiée par M. le docteur Fleury, ancien préfet, etc., compatriote de M. Forget, et qui s'est donné la pieuse mission d'écrire la vie de toutes les célébrités de son département. J'extrais avec bonheur de cette brochure le passage suivant, qui me permet de m'associer de tout cœur à l'éloge mérité d'un loyal caractère et d'un cœur ami :

« Doué d'une grande énergie morale, qui l'aide puissamment à supporter les souffrances physiques, parfois bien poignantes, dont il est trop souvent assailli, rien n'arrête M. Forget dans l'accomplissement de sa laborieuse tâche. Il faudrait voir l'illustre professeur, bravant les intempéries, qui exaspèrent toujours ses douleurs, imposant, avec une force stoïque, silence à celles-ci, pour aborder la chaire de l'enseignement, où il se montre constamment avec une physionomie sereine, où il déploie, avec les charmes de sa parole, les inépuisables ressources de la dialectique. Jamais une leçon n'est préparée, et toutes portent néanmoins un cachet particulier d'exactitude et de précision dans les détails, de vues larges dans l'ensemble, de lucidité parfaite dans l'exposé des faits, de justesse et de sagacité dans les appréciations, dont de saines inductions pratiques forment le couronnement obligé et éminemment instructif. Le maître, dont les cours sont très suivis, est toujours écouté avec faveur. Son attitude est digne, son débit annonce un homme sûr de lui-même : il est simple, dégagé de cette phraséologie, d'apparat, qui impose au vulgaire, qui la prend pour de l'éloquence — alors que la véritable éloquence consiste dans la sobriété du langage, dans la propriété des termes, qui viennent à l'esprit sans qu'on les

Suivant nous, la phthisie est toujours la réunion de deux éléments : un élément tuberculeux et un élément phlegmasique. Nous ne voulons pas dire par là qu'il y a un lien nécessaire entre la production de la matière tuberculeuse et l'existence d'une irritation antécédente qui amènerait à sa suite une congestion, puis un tubercule. Mais nous croyons que celui-ci ne peut parcourir toutes les phases de son développement que sous l'influence d'un certain degré de phlogose ou d'hyperémie locale, et que c'est sur l'apparition de ce nouvel élément qu'il devient réellement un produit morbide ou pathologique.

Il est prouvé, en effet, que l'élément tuberculeux simple et *solitaire*, c'est-à-dire dégagé de toute espèce de complication phlegmasique peut rester pendant des années au sein des poumons sans déceler sa présence par aucun signe de maladie de poitrine. Il se comporte de la même manière dans les autres organes, tels que le foie, la rate, les reins, le système osseux, la plupart des ganglions lymphatiques, et cependant, avant l'examen nécroscopique, rien n'eût pu faire soupçonner que ces parties fussent le moins du monde altérées. En l'absence de tout élément phlogistique, les tubercules jouissent donc d'une innocuité presque parfaite, et ils ne se manifestent par aucun accident, si ce n'est dans un certain nombre de cas, par le trouble tout mécanique de la fonction de l'organe qu'ils ont envahi.

« Combien de fois, dit M. Andral, n'a-t-on pas trouvé des tubercules dans l'intérieur du cerveau sans qu'il y ait eu jamais pendant la vie le moindre signe d'irritation encéphalique ? Interrogez aussi avec quelque soin, dit il, ailleurs, les phthisiques qui se présentent à votre observation ; chez la moitié au moins vous trouverez qu'à une époque où aucune toux n'avait encore eu lieu, il existait déjà une légère dyspnée qui remontant très souvent à leur première enfance, les empêchait de monter, de courir, de jouer comme les autres ; de nombreuses années s'écoulent ainsi, puis un rhume survient, la toux ne finit plus, et tous les symptômes de la phthisie se déclarent. Quelle pourrait être la cause de cette dyspnée si ancienne si cè n'est la présence de tubercules au sein des poumons, dont ils gênaient les fonctions d'une manière toute mécanique ? »

D'après cela, on voit donc qu'il y a le plus souvent une période pendant laquelle les tubercules pulmonaires ne révèlent leur existence par aucun phénomène pathologique. Mais qu'un certain degré de phlogose ou d'irritation vienne se joindre à l'élément tuberculeux et celui-ci sort aussitôt de son *état latent*. La phthisie fait alors explosion et apparaît avec ce cortége de symptômes tristement pittoresque dont Arétée nous a tracé l'effrayant tableau.

La connaissance de ce fait a pour nous la plus haute importance et la plus grande signification thérapeutique. Car supprimez cet état d'hyperémie ou d'inflammation, qui n'est pas moins indispensable au développement du tubercule que la chaleur à l'évolution de la graine, et tous les accidents que vous observiez du côté de la poitrine s'amoindrissent ou disparaissent même tout à fait. Le tubercule est toujours là, il est vrai, mais il a cessé d'être une cause de trouble pour l'organisme, et le malade se retrouve sensiblement dans les mêmes conditions où il était avant l'apparition de l'élément phlegmasique. Celui-ci, je le sais, est souvent la conséquence du tubercule lui-même, qui agit alors à la façon d'un corps étranger. Mais ici l'effet ne tarde pas à devenir cause à son tour et à réagir puissamment sur le produit accidentel, dont il précipite la marche et hâte le ramollissement. Que l'irritation agisse donc ou comme cause ou comme effet, il importe toujours de s'en défaire et nous regardons cette indication comme capitale dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Il serait préférable, sans doute, d'agir sur la cause prochaine du tubercule ; mais dans l'état actuel de la science, tous les moyens qui ont été vantés contre elle et comme très propres à la détruire n'ont pas répondu aux espérances que l'on avaient fondées sur eux.

Pour combattre l'élément phlegmasique concomitant, plusieurs méthodes ont été conseillées, mais toutes ne sont pas applicables, ni également efficaces. La médication révulsive et spoliative par les caustiques est, suivant nous, la meilleure et la plus puissante.

L'école physiologique employait les évacuations sanguines abondantes. Stoll, d'accord en cela avec les praticiens qui ont le plus recours à ce moyen, prescrit de faire de petites saignées et de les réitérer fréquemment. Il recommande même de tirer à chaque fois qu'on la répète une moindre quantité de sang. Malgré cette précaution, la méthode antiphlogistique n'est pas toujours à l'abri d'inconvénients, et nous croyons que dans l'espèce, à moins de se trouver en présence d'une indication bien positive, on doit se montrer extrêmement sobre des émissions sanguines.

« La thérapeutique de la phthisie pulmonaire, dit M. Andral, offre surtout cette grave difficulté, que sans cesse on y trouve en présence deux éléments morbides dont l'un réclame un traitement qui ne saurait convenir à l'autre. Car la cause prochaine du développement des tubercules n'agit certainement pas à la manière des agents stimulateurs, et c'est plus ordinairement dans des conditions générales d'hyposthénie que dans toute autre, que les tubercules prennent naissance, soit au sein des poumons, soit ailleurs. Il faut donc dans le traitement, en même temps que l'on s'occupe de combattre l'élément phlegmasique concomitant, ne pas accroître ou ne pas créer dans l'organisme un état d'asthénie singulièrement propre à favoriser l'éruption de nouveaux produits accidentels. »

Il résulte donc de là que la saignée dans l'affection dont il s'agit doit être une arme à deux tranchants. Aussi l'expérience clinique a-t-elle démontré qu'elle est rarement utile et presque toujours nuisible. Mais il n'en est pas de même des exutoires ou des caustiques qui ont le double avantage de faire cesser l'irritation bronchique ou pulmonaire, sans affaiblir l'organisme.

Suivant nous, les caustiques n'exercent aucune action directe sur l'élément tuberculeux ; ils n'ont de prise que sur l'irritation qui l'accompagne. Ils n'en sont pas moins d'une utilité incontestable. Car en détruisant la phlogose locale et en ramenant à son type physiologique et à sa mesure normale la sensibilité et la vitalité du poumon, augmentée et exagérée, ils arrêtent ou modèrent la marche de la tuberculisation, ainsi que nous avons pu le constater nous-même un très grand nombre de fois.

Le traitement de la phthisie pulmonaire par les caustiques est fort ancien. Il remonte aux temps les plus reculés de la médecine. Hippocrate conseillait d'appliquer quatre escarres au-dessous de l'aisselle, sur la poitrine ou dans le dos avec le fer rouge. Celse recommande même d'en faire six à la fois, une sous le menton, une sous chaque mamelle et une vers l'angle inférieur de l'omoplate.

Une semblable médication devait être horriblement douloureuse, et je crois qu'elle trouverait peu de partisans à notre époque, où l'on s'attache moins à guérir ses malades qu'à leur plaire.

Laënnec regardait les cautères et les exutoires comme les moyens les plus propres et les plus rationnels de prévenir le développement des tubercules, et d'empêcher une éruption secondaire lorsqu'on a constaté l'existence de tubercules crus ou d'une excavation ulcéreuse.

« J'ai fait, dit Portal, dans le traitement des maladies de poitrine, un grand usage des cautères, du moxa, et j'en ai retiré un avantage d'autant plus grand, que j'ai eu soin d'y recourir promptement. »

Les médecins vétérinaires ont toujours regardé les exutoires comme un des moyens les plus puissants de la thérapeutique dans les maladies des animaux.

Le docteur Debreyne les emploie aussi depuis plus de quarante ans dans presque toutes les affections chroniques des bronches et des poumons.

C'est sa méthode que nous allons décrire qui est devenue aussi la nôtre depuis que nous en avons constaté les heureux effets. En établissant le principe sur lequel elle s'appuie, nous avons voulu l'arracher au domaine de l'empirisme et le soustraire au reproche qui lui a été fait d'être contraire à la raison et à la saine thérapeutique.

Puisse-t-elle sous cette forme nouvelle trouver grâce devant son plus redoutable antagoniste, M. Malgaigne !

Elle consiste à établir deux caustiques de Vienne sur les parties antérieures et latérales de la poitrine, trois pouces environ au-dessous de chaque clavicule, et deux pouces en dehors du sternum. Autant que possible nous les appliquons dans l'espace compris entre la 2me et la 3me côte, ou entre celle-ci et la 4me.

Nous appliquons les caustiques de Vienne de la manière suivante :

Après avoir délayé quantité suffisante de poudre de Vienne dans un peu d'alcool de manière à former une pâte molle et assez consistante, nous en façonnons à l'aide d'une spatule deux disques ou deux rondelles de la grandeur environ d'une pièce de cinq centimètres chaque et d'une épaisseur double, et nous la déposons sur les points de la poitrine que nous venons d'indiquer comme étant les plus favorables à l'application des caustiques

Pendant la durée de cette petite opération, il est utile que le malade soit placé dans le décubitus dorsal.

L'action du caustique de Vienne est très rapide, et lorsque la poudre avec laquelle il a été préparé est récente et de bonne qualité, huit à dix minutes suffisent généralement pour la formation de l'escarre. On est du reste averti que la peau est détruite dans toute son épaisseur lorsqu'on voit apparaître un cercle noirâtre autour de la pâte et lorsque le malade vous annonce que la douleur occasionnée par la présence du caustique est devenue notablement moindre : il est temps alors d'enlever celui qui se trouve remplacé par une escarre grisâtre, circulaire et parfaitement circonscrite. Nous faisons recouvrir cette escarre d'un emplâtre de diachylon gommé, qui a pour effet de la ramollir et de hâter sa chute.

L'application du caustique de Vienne est toujours peu douloureuse, et la cuisson plus ou moins vive qu'il détermine, suivant la susceptibilité nerveuse des individus, cesse presque aussitôt qu'il n'est plus en contact avec les tissus.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 octobre 1858. — Présidence de M. BARTH.

Sommaire. — Correspondance. — M. Sée : Observations sur le tubage du larynx et la trachéotomie. — M. Moissenet : *Du traitement des kystes hydatiques du foie.*

La correspondance comprend une brochure imprimée qui a pour titre : *Compte-rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat* (Allier) pour 1857-1858. (Remercîments.)

M. SÉE présente quelques remarques sur le travail de M. Bouchut relatif au *tubage du larynx*, et demande la mise à l'ordre du jour, pour

---

cherche, dans une grande pureté de diction, le tout rehaussé par ces généreux mouvements qui subjuguent l'auditoire et font pénétrer la conviction dans l'âme de chacun. »

Qu'il me soit permis aussi de jeter une expression de regrets sur la tombe toute fraîche encore de M. le docteur Ph. Blanchard, rédacteur de la partie scientifique du *Siècle* depuis la fondation de ce journal. M. Blanchard a été dignement loué dans le journal auquel il collaborait :

« L'amour du vrai, dit M. Regray-Balmy, et le désintéressement le plus absolu, présidaient aux jugements que M. Blanchard portait dans la presse. Malgré des formes un peu rudes, il accueillait avec bienveillance, souvent même avec enthousiasme, les idées nouvelles ou les découvertes utiles, quand elles étaient appuyées par le talent ; mais il repoussait avec indignation toute exhibition charlatanesque, toute tentative qui pouvait froisser ses sentiments de droiture et d'honorabilité. Aussi n'a-t-il jamais recherché les honneurs, et s'est-il toujours montré très peu soucieux, trop peu soucieux peut-être, des richesses de ce monde. »

Bel éloge, trop rarement mérité !

Vous seriez-vous douté que l'âge de la retraite eût déjà sonné pour ce travailleur plein de force et d'activité, pour M. Trébuchet, que l'Académie de médecine a eu le bon esprit de s'adjoindre comme membre associé libre ? Elle est donc bien inexorable cette loi sur la retraite, que l'administration ait été obligée de se priver du précieux concours de cet esprit éclairé ? Mais nous apprenons avec plaisir que si la retraite a atteint l'administrateur, le chef de bureau de la santé publique à la préfecture de police, elle a épargné le savant, le secrétaire du Conseil de salubrité, ce qui ne privera pas l'hygiène et la statistique des remarquables travaux de M. Trébuchet. Nous devons des remercîments à l'administration d'avoir conservé à M. Trébuchet des fonctions qu'il a jusqu'ici remplies avec tant de distinction.

Un mot aussi de regrets et d'adieux à notre si respectable et si excellent confrère, M. le docteur Quoy, qui vient aussi d'entendre sonner l'heure de la retraite et qui résigne ses fonctions de médecin-inspecteur en chef du service de santé de la marine. Le souvenir de sa bienveillance sera toujours pour nous un précieux souvenir.

Maintenant je veux faire plaisir à M. Piorry. Il est assez en butte à des oppositions, à des attaques, à des épigrammes pour que je ne cherche pas, l'occasion s'en présentant, à répandre un peu de baume sur les blessures qu'on lui fait. Qu'il lise donc les vers charmants que la *Gazette médicale de Lyon* a courtoisement extraits d'une revue littéraire publiée dans cette ville (la *France littéraire, artistique et scientifique*), et que nous reproduisons à notre tour :

ÉPITRE A M. LE PROFESSEUR PIORRY.

Que sur votre bon goût un Fréron vous chicane ;
Pour moi, je me souviens qu'en votre tilbury
J'ai rencontré Sophocle auprès d'Aristophane.
Le miel du mont Hymète affriande Piorry !

Dans un moule nouveau jeter la Médecine,
Refondre le métal que Broussais nous coula,
Et semer sur Platon les perles de Racine,
Où prenez-vous le temps de faire tout cela ?

Lorsque sous votre index le coffre humain résonne,
Nul ne sait mieux que vous en chiffrer tous les sons,
Et quand vous professez, je ne connais personne
Qui sache comme vous habiller ses leçons.

. . . .

Pourquoi nous étonner que Minerve s'échappe
Dans toute sa beauté d'un cerveau de penseur ?
Apollon n'est-il pas le père d'Esculape ?
La Muse du génie est souvent la douleur !

Que la raison toujours soit la sœur de la rime ;
De l'esprit des sommets pourquoi nous effrayer ?
Haller a su mêler dans une ode sublime
La folle du logis au flambeau du foyer.

Faut-il qu'un médecin, pour plaire à son époque,
Soit pesant quand il parle et lourd quand il écrit ?
Ne saurait-on porter le rabat ou la toque
Si l'on a le malheur d'avoir un peu d'esprit ?

Faut-il qu'un médecin, en prenant son diplôme,
S'enferme comme une huître au fond de son étui,
Et se fasse un mérite, en parfait gentilhomme,
D'avouer qu'une plume est indigne de lui ?

. . . .

Chantez en Orfila des vers de Lamartine,
Égayez en poète un instant de repos,
Un collègue impuissant vous fera triste mine
Et vous serez sifflé par tous les idiots.

Écoutez Nucingen du haut de sa cravate,
Traitant Victor Hugo comme un petit garçon :
Au nom de Sainte-Beuve il lève l'omoplate
Et devant un Laprade il tourne le talon !

Quoi ! l'on trouve excellent qu'un Purgon se délasse
A brûler tous les jours sa poudre à l'étourneau,
Et l'on trouve mauvais que Piorry se prélasse
Une heure par semaine au métier de Boileau !

Un Malgaigne aura pu, de la gauche ou du centre,
Tonner sur l'étranger après Thiers ou Guizot ;
On permet à Jobard de ramasser du ventre,
Et l'on ne voudrait pas que Piorry soufflât mot !

Un médecin poète est-il, au bout du compte,
Malheureux de sentir, coupable de rimer ?
Et doit-il, à vos yeux, mourir de pure honte
De trouver une idée et d'oser l'imprimer ?

Zoïles empesés ! quoi ! pour calmer sa rate,
Faut-il qu'un médecin n'écrive jamais rien ?
Faut-il qu'il se contente, en vous prenant la patte,
De vous faire tirer la langue comme un chien ?

J.-B. POURRAT.

la prochaine séance, de la question relative à la *mortalité du croup* et à la *valeur de la trachéotomie*. (Adopté.)

— M. MOISSENET commence la lecture d'un travail sur les *kystes hydatiques du foie*, à propos d'une observation de kyste de cet organe traité par une ponction capillaire, suivie de mort.

(La fin de cette communication est renvoyée à la séance prochaine.)

Séance du 27 octobre 1858. — Présidence de M. BARTH.

Sommaire. — *Discussion sur la mortalité du croup et sur la valeur de la trachéotomie.* — M. Sée: — M. Bouchut. — Lettre de M. Marc d'Espine, de Genève. — M. Roger (Henri). — M. Bergeron.

M. SÉE : Notre honorable collègue, M. Bouchut, a cherché à démontrer que la mortalité par le croup a augmenté dans des proportions effrayantes, dans les 32 dernières années.

En second lieu, que c'est la trachéotomie pratiquée trop tôt, qui est la cause de cet accroissement des décès.

En troisième lieu, et comme conséquence, que l'opération ne doit être pratiquée que quand l'asphyxie est complète, et caractérisée par l'anesthésie.

L'histoire de l'hôpital des Enfants va nous fournir des documents précieux pour la solution de ces différentes questions.

Dans une première série d'années comprises entre 1820 et 1840, les travaux publiés par M. Guersant et M. Blache nous apprennent qu'on n'a admis à l'hôpital que 106 cas, ou environ 5 à 6 par année.

En 1820, on avait prononcé 15 admissions, tandis qu'en l'année 1826, qui fut marquée en ville par 282 morts, l'inscription ne porte que sur un seul enfant.

Or, qu'on consulte la mortalité dans ces 20 années, et c'est à peine si on constate çà et là quelques rares succès par ou pendant les diverses médications usitées à cette époque. Ainsi, de 1834 à 1840, on ne compte que 4 guérisons sur 27 croups, ou 14 sur 100.

Voici maintenant une deuxième période qui marque une phase nouvelle.

A partir de 1840, et jusqu'en 1849, le nombre des admissions subit, en effet, une augmentation sensible ; on commence à admettre 25 croups par année, et ce chiffre va désormais osciller de 15 à 25, jusqu'en 1849. L'année 1848 fait exception. Mais l'épidémie de 1847, si funeste dans la ville, ne se trahit elle-même à l'hôpital que par 21 admissions (1).

C'est de 1840 que datent les premières trachéotomies; alors on les réservait exclusivement pour les cas voués à une mort certaine ; on n'en usait qu'avec une visible répugnance ; les premières opérations furent toutes suivies d'une terminaison fatale, et ce résultat fâcheux concordait avec la mortalité générale, qui continuait alors dans des proportions énormes; j'en prends pour garants M. Boudet, de si regrettable mémoire, et M. Vauthier, ancien interne de l'hôpital, qui a recueilli ses matériaux, sous l'habile direction de M. Blache.

En 1840, sur 25 croups, il y eut 21 morts.
En 1841, sur 12 cas, 12 morts. — Total, 4 guérisons.
sur 37 cas, dont 9 furent trachéotomisés.

De 1846 à 1848, rien n'était changé encore à cette situation si pénible. Pendant ces trois années, il y eut 62 admissions, dont 58 morts ; pour qu'on n'impute pas un pareil résultat à l'opération, je me hâte d'ajouter qu'elle ne fut tentée que dans 15 cas durant ces trois années; quant aux 43 autres, ils étaient bien morts des suites du croup.

Ainsi, jusqu'en 1849, on meurt 90 fois sur 100, sans ou malgré la trachéotomie ; on guérit à peine 9 à 10 malades sur 100.

Nous voici arrivés à une période moins néfaste ; c'est la troisième période de l'histoire du croup à l'hôpital des Enfants.

Déjà en 1849, on constate 7 guérisons sur 32; on venait d'obtenir par l'opération 2 guérisons qui devinrent un heureux encouragement. C'est M. Trousseau qui avait obtenu ces résultats, qui ne furent que la consécration des succès déjà obtenus en ville; c'est lui aussi qui propagea avec toute l'ardeur de la conviction, basée sur l'expérience, cette méthode que M. Guersant adopta en la vulgarisant.

Dans cette troisième période, qui comprend les neuf dernières années, on traite 562 malades atteints du croup, dont 466 furent soumis à l'opération. Or, sur ces 466 opérations, on ne compte pas moins de 127 guérisons, c'est-à-dire 27 p. 100.

Dès la première année, il y a 30 guérisons sur 100, puis la proportion varie, selon les années, de 23 à 35 p. 100; l'année 1853 fait seule exception ; on n'y rencontre que 14 guérisons sur 100 opérations; toutes les autres donnent d'un quart à un tiers de guérisons.

Est-ce donc là l'opération qui tue les enfants que les médecins et les pauvres de la ville nous confient? Les chiffres qui précèdent ne sont-ils pas plutôt le plus éloquent plaidoyer en faveur du traitement chirurgical; le nombre des guérisons répond largement ici à l'attente et à l'opinion générale; le chiffre des admissions prouve surabondamment que nos confrères n'ont pas cessé de compter sur cette ressource.

En effet, au lieu de 16 à 25 malades qu'on recevait annuellement jusqu'en 1850, voici les neuf dernières années qui nous donnent de 75 à 100 malades par an, auxquels il faut ajouter depuis quatre ans de 20 à 50 croups admis à l'hôpital Sainte-Eugénie, ce qui fait un total de 125 à 150 cas par an. Cette année, et jusqu'au 15 octobre, on compte déjà 156 cas dans les deux hôpitaux, dont 102 à l'hôpital des Enfants.

Or, ce qui doit nous rassurer, malgré l'énormité de ce chiffre, c'est que sur 80 opérations, 23 ont réussi.

La trachéotomie a donc rendu un immense service en sauvant 27 malades sur 100 dans les neuf dernières années, tandis que dans les dix années précédentes, on en sauvait à peine 10 sur 100.

Voici maintenant un résultat et une comparaison plus péremptoires. L'observation de la nature nous a appris que le croup pouvait guérir par de simples vomitifs, qui n'agissent cependant, pour ainsi dire, que comme moyen mécanique, en facilitant le détachement des fausses membranes.

Or, les vomitifs, aidés ou non par d'autres moyens, ont procuré à MM. Blache, Gillette et à M. Bouvier, qui ne prescrit que l'ipéca, des guérisons incontestables. Des 562 malades qui sont entrés à l'hôpital depuis 1850, il en est environ 96 qui ont été soumis exclusivement aux médications de ce genre; quelques-uns, parce qu'ils étaient mourants, et la plupart parce qu'ils n'étaient pasassezcompromis pour subir l'opération.

Or, ces 96 observations, comprenant les formes les plus bénignes, ajoutées aux 466 croups opérés, donnent un total de 562 cas, dont 175 ont guéri, ce qui donne 31 guérisons sur 100.

En décomposant ce résultat général dans ses éléments, on voit les croups les plus graves, qui ont nécessité l'intervention de la chirurgie, offrir encore une proportion de guérisons, qui se traduit par 27 p. 100.

La trachéotomie peut donc affronter la comparaison avec les divers traitements appliqués aux croups les plus bénins, bien que son domaine de prédilection ait toujours été celui des cas désespérés, ou, au moins, des cas graves.

DEUXIÈME QUESTION. — *Opportunité de l'opération.*

La question d'utilité de l'opération se trouve jugée ainsi en dernier ressort, mais la question d'opportunité nécessite de nouveaux éclaircissements.

Tout le monde est d'accord pour l'approuver en tant que ressource ultime; M. Bouchut, lui-même, l'accepte comme telle; il ne l'accuse que si elle est pratiquée prématurément, et c'est cet abus qu'il signale à la vindicte de l'opinion comme étant l'unique cause de la mortalité croissante du croup.

Or, l'enquête sur cette grave accusation est nettement établie dans les thèses publiées depuis 1851 par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, MM. Letixerand, André, Millard.

Les deux autres observateurs se sont bien gardés de confondre les trachéotomies pratiquées *in extremis*, avec celles qu'on appliquait aux cas graves. Or, sur 62 opérations ultimes, c'est à MM. Letixerand et Millard que nous empruntons nos chiffres, la thèse de M. André ne faisant pas la distinction des diverses périodes, il n'y en eut que 13 qui réussirent, ou 21 p. 100; tandis que sur 39 croups opérés avant l'asphyxie, on constate 25 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100 (1).

Ainsi, cette opération dite prématurée par M. Bouchut, à laquelle on impute tous les torts, ne guérit pas moins de 3 malades sur 5 ; on serait tenté, en vérité, après un pareil résultat, de faire table rase de tous les atermoiements et même de toutes les autres médications, s'il n'était pas démontré que le croup peut guérir parfois par les moyens les plus simples.

La proportion des guérisons présente, du reste, des variations extrêmes, selon l'âge des enfants : ainsi, en divisant les enfants en trois groupes, on trouve, au premier groupe, comprenant les enfants âgés de moins de 3 ans, et ne comptant que 1 guérison sur 10; et encore ces succès sont presque tous relatifs à ceux qui ont dépassé 18 à 20 mois.

Dans un deuxième groupe, qui se rapporte aux enfants de 3 à 6 ans, on constate 30 guérisons sur 100; c'est à cet âge aussi qu'on constate la plus grande fréquence du croup ; l'âge de 2 à 6 ans, en effet, comprend, à lui seul, près des 4/5es de la totalité du nombre des croups.

Dans une troisième et dernière série, le croup devient beaucoup plus facile à guérir; à partir de 6 ans, jusqu'à 11 ou 12, on guérit effectivement 44 malades sur 100, au lieu de 30 p. 100, qui est la donnée moyenne de la catégorie précédente.

Il semble, pour ainsi dire, que le croup se trouve désorienté en présence de cet âge, et incompatible avec lui; car il guérit plus facilement quand on opère ; il paraît aussi mieux céder aux médications internes; enfin, il n'attaque que rarement les enfants placés dans ces conditions. Son terrain de prédilection est l'âge de 2 à 6 ans ; c'est là qu'il faut étudier sa curabilité, qui se traduit par 27 à 30 guérisons sur 100, et par 64 guérisons sur 100, si on opère avant l'asphyxie qu'il faut désormais dire complète.

TROISIÈME QUESTION. — *Anesthésie.*

Après de pareils résultats, on peut sans crainte enfreindre le précepte qui consiste à attendre toujours l'asphyxie pour opérer, et, à plus forte raison, d'attendre l'anesthésie, que M. Bouchut a considérée comme l'indication capitale de l'opération.

L'observation ingénieuse de ce phénomène l'a conduit à en exalter la valeur, et surtout à lui attribuer une importance exagérée au point de vue thérapeutique; ce phénomène est bien loin d'être constant; je l'ai vu manquer chez un enfant, trois minutes avant qu'il succombât à l'asphyxie la plus complète. Un autre enfant, complétement cyanosé, a manifesté pendant l'opération les signes les moins équivoques de la douleur. M. Barthez a observé des faits entièrement analogues, qui sont consignées dans la thèse de M. Créquy.

Je reproche à l'anesthésie, outre l'incertitude de sa manifestation, les variations de rapports avec l'asphyxie, dont elle n'exprime, en effet, ni le degré, ni la durée préalable.

Enfin, non seulement l'anesthésie manque souvent dans l'asphyxie la plus avancée, mais, quand elle existe, elle est répartie de la manière la plus inégale sur les diverses parties de la peau; les membres inférieurs sont encore sensibles, quand déjà le tronc peut être impunément piqué ou pincé, du moins dans certaines plaques indéterminées de la peau.

Que conclure d'après un phénomène aussi vague?

En forçant sa signification jusqu'à le transformer en un critérium de l'opération, n'est-ce pas s'exposer aux plus graves mécomptes et diminuer d'ailleurs le mérite de sa description, qui appartient à M. Bouchut.

L'intervention de l'art est indiquée par des signes nombreux, et, une

(1) Ce chiffre est pris dans la thèse de M. Vautier; il n'y en a pas d'autre exact ni officiel.

(1) Chaque fois que nous disons « avant l'asphyxie, » nous entendons par là, comme M. Millard, cette période du croup, qui est caractérisée par les accès violents de suffocation, par la dyspnée excessive et continue, par la cyanose commençante du visage, la turgescence des veines du cou, le sifflement laryngo-trachéal, la fréquence extrême du pouls et de la respiration.

Tous ces détails ressortent clairement d'une analyse minutieuse et consciencieuse de la plupart des observations de M. Millard, sa seconde période est donc l'asphyxie commençante, et la suffocation établie. Or c'est précisément chez des enfants arrivés à cette période que nous avons obtenu 64 guérisons sur 100 o 3/5es. Ainsi, pour être vrai, il faudra ajouter au mot asphyxie le mot complète, qui se trouve nettement indiqué dans notre manuscrit de l'Académie de mede cine et imprimé dans la *Gazette médicale*, ainsi que dans la *Revue médicale* le *Bulletin de thérapeutique*, etc.

Les faits restent donc tont entiers ; ils en disent plus que les mots.

Et maintenant à qui encore ferai-je plaisir? Parbleu! à moi-même. Je suis aussi comme M. Piorry,

Si parva licet componere magnis,

en butte comme lui à des attaques et à des épigrammes. Mais, moins que M. Piorry, je m'y montre sensible ; et en ce qui touche l'Association générale, ma ferme intention est de ne pas y répondre, dût-on m'appeler Marat, après m'avoir qualifié du doux nom de Robespierre. Mais il ne m'est pas défendu d'être sensible aux témoignages de bienveillant intérêt que je peux recevoir, et, à ce titre, je demande la permission de reproduire ici la lettre suivante qui m'a été adressée par un de nos plus honorables confrères de Paris :

« Monsieur et honoré confrère,

» J'ai l'honneur de vous adresser mon adhésion à l'Association générale des médecins de France.

» Membre de l'Association de la Seine, je continuerai à en faire partie. Mais, tout en lui restant fidèle comme à un vieil ami, j'apporterai mon faible concours à une institution qui pourra venir en aide à toutes les infortunes imméritées qui frappent un grand nombre de nos confrères; infortunes qui sont souvent la conséquence d'une vie d'abnégation et de dévouement.

» Je ne comprends point les critiques qui grossissent les difficultés, qui veulent ou la perfection ou le néant. Il n'y a nul péril à tenter la mise en pratique de la fédération médicale.

L'Association générale rencontrera de nombreux écueils ; ses débuts seront difficiles comme ceux de toutes les institutions utiles. Mais tous les obstacles s'aplaniront, et le triomphe sera une preuve de la prospérité future.

» Le jour de la moisson n'est jamais le jour où l'on commence à défricher. Il arrive même souvent que celui qui a conçu l'idée, qui a commencé le travail, ne recueille pas le fruit de son labeur. Mais c'est un champ acquis à la culture qui, dans une année de disette, sauvera de la famine les travailleurs persévérants qui auront continué de l'ensemencer : il en sera ainsi de l'Association générale.

» Le corps médical est trop éclairé pour se laisser gagner par l'indifférence ou le découragement. L'honorabilité, qui est le seul titre que l'on réclame, favorisera le nombre des adhérents, et la majorité imposante du corps médical, en souscrivant, assurera le succès de l'œuvre.

» Tels sont les vœux les plus sincères que je vous adresse, Monsieur le secrétaire général, en même temps que mes sentiments les plus sympathiques et les plus dévoués.

» Dr PIOGEY.

» Paris, le 12 novembre 1858. »

Merci, bon et cher confrère ; si j'étais blessé, vous seriez pour moi un bienfaisant Samaritain.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

TRIBUNAUX. — Le Tribunal correctionnel de la Seine (7e Chambre), vient de rendre le jugement suivant dans une affaire de contravention aux lois sur la pharmacie :

« Attendu qu'il est établi par l'instruction et le débat que Gros est le véritable propriétaire de la pharmacie homœopathique ouverte rue Richelieu, 112, et que Jaurand, pharmacien, qui lui a prêté son nom, n'est que son mandataire salarié ;

» Attendu que, aux termes de l'art. 25 de la loi du 21 germinal an XI, nul ne peut ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament s'il n'a été reçu suivant les formes voulues par les réglements ;

» Attendu que Gros n'est point fondé à se prévaloir de ce que l'officine dont s'agit a été ouverte sous le nom de Jaurand, qui en est titulaire, et de ce que ce dernier réunit toutes les conditions d'aptitude exigées en pareille matière ;

» Qu'admettre qu'il fût licite d'éluder ainsi les prescriptions impératives de la loi serait compromettre gravement la santé publique ; qu'en effet, il est facile de concevoir qu'un pharmacien qui gère l'officine d'autrui n'a pas le même intérêt à la tenir toujours garnie de médicaments dont la qualité et la quantité soient irréprochables que s'il gérait sa propre chose et avait un intérêt direct à satisfaire et à accroître sa clientèle ;

» Que cet inconvénient se rencontre notamment dans l'espèce, où le gérant déclare que Gros ne voulant point approvisionner la pharmacie et se bornant à répondre à ses réclamations que *le principal est de gagner de l'argent*, il a été condamné à conserver sa gérance par jugement du Tribunal de commerce du 17 juin dernier, quoi qu'il eût demandé la résiliation de son traité, fondée sur la répugnance qu'il éprouve à *continuer de tromper le public ;*

» Attendu qu'il résulte de ces faits que Gros est véritablement, et en réalité le directeur de l'officine ouverte sous le nom de Jaurand ;

» Qu'en conséquence, il y a lieu de lui faire application de l'article 31 de la loi du 21 germinal an XI, et de l'article unique de la loi du 29 pluviose an XIII, comme ayant exercé illégalement la pharmacie ;

» Condamne Gros à 100 fr. d'amende et aux dépens. »

— Les obsèques de M. Gensoul, mort le 4 novembre, ont eu lieu le samedi 6, au milieu d'un concours immense de citoyens de toutes les classes de la société.

Le deuil était conduit par ses deux fils et par les docteurs Pillet et Pérouse. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Bonnet, Pétrequin, Desgranges, ses collègues de l'Hôtel-Dieu, et par M. Thevenin, administrateur de l'hospice de la Guillotière, dont M. Gensoul était président.

— Un meeting médical a été tenu à Londres le 22 octobre dernier. La question à l'ordre du jour était de discuter l'opportunité de prendre des mesure pour faire en sorte que le président du conseil général de l'Acte médical, à nommer en vertu du bill récent, fût un médecin.

La motion, toute naturelle, ce semble, d'avoir un médecin pour directeur de la corporation et pour représentant des intérêts médicaux auprès du pouvoir, n'a pourtant pas prévalu. Divers motifs ont, du moins, empêché l'assemblée de prendre à cet égard, dans la première séance, un parti définitif,

— Il vient de s'établir en Angleterre une *Association nationale pour la promotion de la science sociale.* Deux mille membres ont déjà souscrit ; et nous voyons le nom de M. Brodie figurer parmi ceux des présidents de cette vaste Association.

NOUVELLE TRIBU D'ABORIGÈNES SANS POILS. — Un voyageur qui se trouvait, en mai dernier, à la station de Gooce, à près de 30 lieues de Surate, vit quatre nègres qui offraient la particularité de n'avoir pas un seul poil sur tout le corps, ce qui leur donnait une apparence bizarre et maladive, dont les naturels du pays avaient été effrayés. Ils appartenaient, disaient-ils, à une tribu où, ni hommes, ni femmes n'ont de poils à aucune période de leur vie.

— La *Société d'hydrologie médicale de Paris* reprendra le cours de ses séances lundi prochain, 22 novembre, à trois heures, quai Malaquais, no 3, et les continuera les premier et troisième lundis de chaque mois.

Les séances seront publiques.

fois indiquée, ce n'est pas elle qu'il faut redouter. En effet, la trachéotomie, appliquée aux maladies locales ou chirurgicales du larynx, loin d'être considérée comme une opération grave par elle-même, constitue une ressource des plus précieuses; les témoignages de la science sont unanimes à cet égard.

Dans un travail qui vient d'être publié en Allemagne, et qui comprend 96 cas de trachéotomie, appliquée à l'extraction des corps étrangers des voies aériennes, on trouve 77 guérisons, ou les 4/5[es].

Notre regrettable confrère, M. Sestier, avait fait le même relevé, pour l'opération, dans l'œdème de la glotte et dans la laryngite simple; dans cette dernière catégorie, on trouve 6 guérisons sur 7, et dans l'œdème glottique, 2 guérisons sur 5; et dans tous les autres cas, une prolongation de la vie, variant de quelques jours à quelques mois.

Ce n'est donc point l'opération qui compromet la vie dans le croup, c'est la maladie elle-même qui entraîne un double danger; d'une part, en produisant l'asphyxie, et d'une autre part, en provoquant une véritable intoxication, ainsi que de nombreux et tristes exemples de diphthérite l'ont prouvé récemment.

Contre ce genre de mort, la médecine est impuissante; contre l'obstacle local, on a tenté des moyens mécaniques, destinés à être substitués à la trachéotomie; mais, jusqu'ici, l'expérience n'a point prononcé en leur faveur; le tubage a eu 7 insuccès sur 7 tentatives, et 5 fois ou fut obligé de recourir à l'opération traditionnelle, qui sauva temporairement un de ces malades.

Après cette critique, je dois ajouter que M. Bouchut a fait ressortir un fait important, c'est la possibilité de laisser un corps étranger en contact avec la muqueuse du larynx; de nombreuses observations, publiées tant en France que dans les autres pays, avaient indiqué, à titre de curiosités, le séjour prolongé et souvent entièrement inoffensif de corps étrangers dans les diverses parties des voies aériennes; c'est à M. Bouchut qu'on doit d'avoir fait l'application pratique de cette donnée, qui avait passé inaperçue; le tubage a donc démontré un phénomène physiologique; peut-être aussi trouvera-t-il son emploi dans les maladies locales du larynx; mais dans le croup, jusqu'à nouvel ordre, on ne saurait compter sur ce moyen.

En résumé :

1° Le chiffre croissant des morts dues au croup tient uniquement à la fréquence de la maladie, qui augmente progressivement, quoique d'une manière très inégale, selon les diverses années.

2° Ce n'est pas la mortalité qui augmente, mais c'est le nombre proportionnel des décès. La maladie n'est pas plus grave, mais plus fréquente qu'autrefois.

3° La cause de l'accroissement du nombre des morts ne saurait être la trachéotomie, car, bien qu'appliquée aux plus mauvais cas, elle guérit 27 malades sur 100, tandis que les croups, en général, comprenant tous les cas opérés ou non, graves ou bénins, ne donnent que 30 guérisons sur 100.

4° Si la trachéotomie guérit, en général, plus d'un quart des malades, elle les guérit dans la proportion de 64 p. 100 si on la pratique avant l'asphyxie (1); ce n'est donc pas la trachéotomie, à quelque période qu'elle soit pratiquée, qui peut être mise en accusation.

5° L'anesthésie manque fréquemment dans l'asphyxie la plus avancée; attendre l'apparition de ce signe c'est s'exposer à voir succomber le malade, sans secours efficace.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Qu'il faut dire complète.

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DE M. CHOMEL,

Prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris,

Par M. le professeur GRISOLLE.

Messieurs,

C'est un noble usage que d'honorer par des éloges publics les morts illustres. Il est juste, il est moral aussi de payer un dernier tribut de gratitude et de respect à ces maîtres qui, par leur enseignement, par leurs écrits, nous ont aplani les difficultés de la route, et qui ont bien mérité de la médecine par leurs services, par la noblesse de leur caractère comme par leurs vertus privées. N'est-ce pas d'ailleurs inaugurer dignement nos travaux que de présenter le récit d'une vie laborieuse, utile, toujours honorée, à l'émulation d'une jeunesse qui s'enthousiasme si aisément pour le beau, dont le cœur vibre à tous les sentiments honnêtes, et qui, digne d'exercer un jour la première des professions, s'est toujours montrée avide de bien faire.

Quel plus parfait modèle pourrais-je vous offrir, Messieurs, que le médecin illustre dont je dois aujourd'hui vous rappeler la vie? Professeur de clinique médicale, auteur d'ouvrages classiques, médecin praticien, M. Chomel s'est placé au premier rang et l'a conservé pendant plus de trente années. Esprit droit et pratique, observateur sagace et persévérant, d'une science profonde, d'une aptitude merveilleuse pour résoudre ces problèmes difficiles que la maladie nous présente à chaque pas; thérapeutiste honnête, jamais téméraire, dans ses leçons comme dans ses ouvrages, il brille par les deux qualités essentielles du professeur comme de l'écrivain, la clarté et le bon sens. Caractère loyal et ferme, d'une austère probité, possédant au plus haut degré la religion du devoir, dévoué, courageux, fidèle à l'amitié comme au malheur; désintéressé, bienfaisant, sympathique pour tout ce qui est bien comme pour tous ceux qui souffrent; résigné, stoïque pour ses propres douleurs, et, au moment suprême, acceptant la mort en sage, sans vaine ostentation comme sans faiblesse : tel a été M. Chomel.

La plupart de vous, Messieurs, n'avez pu l'entendre; vous ne le connaissez que par ses ouvrages, par ses titres, tous mérités, et par cette renommée sans tache qui l'a rendu l'un des médecins les plus populaires de ce siècle. Après vingt-cinq ans d'un professorat glorieux, il s'est éloigné de nous, non sans un vif chagrin, poussé par une de ces délicatesses de sentiment que la gratitude inspire aux âmes bien nées.

Mais la Faculté de médecine de Paris, qui n'a jamais renié ses gloires, est restée fidèle au souvenir de M. le professeur Chomel. Elle ne pouvait oublier dans sa retraite honorable celui qui avait jeté sur notre enseignement un si vif éclat, celui dont les élèves occupent toutes les avenues de la science, et qui, répandus dans le monde entier, y propagent ses doctrines et ne parlent de sa personne qu'avec vénération et tendresse. Elle ne pouvait oublier le professeur qui, par la rectitude de son esprit, la sévérité de la méthode, le respect éclairé de la tradition, celui qui, par ses préceptes comme par son exemple, avait su contenir, à des époques souvent difficiles, plusieurs générations médicales dans les limites de la sagesse, de la raison et du devoir. Elle s'est toujours souvenue que M. Chomel était un des représentants les plus fermes, les plus autorisés de cette École de Paris qui vise toujours vers ce qui est utile et grand, dont la suprématie ne saurait plus être contestée, surtout depuis Bichat et Laënnec, et que M. Chomel a si simplement, mais si dignement caractérisée en disant qu'elle était l'*école du progrès et du bon sens*.

Pour honorer une si belle existence, la Faculté a voulu qu'on rendît à la mémoire de M. Chomel tous les hommages qu'elle pouvait décerner. Au jour des funérailles, elle s'est unie à cette foule immense qui est venue saluer une dernière fois le savant et l'honnête homme; aujourd'hui, elle veut plus solennellement encore rappeler à tous les titres de M. Chomel à l'estime et à l'admiration publiques.

Ce devoir eût été sans doute beaucoup mieux rempli par ceux de mes collègues qui furent les contemporains, les émules de gloire de M. Chomel, et surtout par celui d'entre nous qui, lié avec lui, dès l'enfance, de la plus étroite amitié, aurait pu vous parler de l'enseignement clinique avec cette autorité que donne un succès continué pendant quarante années, et qui, pour vous dépeindre les qualités du cœur de son ami, aurait eu bien moins à se rappeler qu'à regarder en lui-même (1).

En m'honorant de son choix, la Faculté m'a imposé une tâche bien difficile. Il est toujours malaisé de louer dignement un médecin; Cuvier lui-même avait eu cette préoccupation. Ma crainte s'augmente encore de la comparaison que vous ferez nécessairement avec ceux qui, à cette place et dans des solennités pareilles, ont eu le talent de vous instruire, de vous charmer ou de vous émouvoir. Enfin, vous le savez tous, Messieurs, je viens en ce moment vous parler de mon maître, d'un maître bien-aimé, de celui qui m'a dirigé et protégé dans ma carrière; aussi comprendrez-vous la frayeur que j'éprouve de rester beaucoup trop au-dessous de mon sujet. J'ai pensé pourtant que, devant une assemblée qui, comme celle-ci, compte tant d'élèves, tant d'admirateurs, tant d'amis de M. Chomel, je pouvais espérer un peu de bienveillance; et qu'en vous parlant d'un maître, d'un ami commun, d'une manière même imparfaite, je pourrais, en exprimant quelques-uns de vos propres sentiments, obtenir peut-être des marques de votre faveur.

Auguste-François Chomel naquit à Paris le 13 avril 1788. Élève de l'institution Savouré et du lycée impérial Napoléon, il fit d'excellentes études littéraires, et fut en 1806 un des lauréats du concours général. Au collége, comme plus tard à la Faculté, il ne fut pas seulement un élève intelligent et appliqué, mais on le remarqua plus encore peut-être par une réserve, une dignité de manières, de conduite, en un mot, par une partie de ces qualités morales qui le distinguaient à son âge mûr.

Il ne fut pas porté vers la médecine par une de ces déterminations instinctives qui nous poussent vers une carrière, malgré tous les obstacles qu'on oppose; M. Chomel se fit, dit-on, médecin par obéissance filiale. Son père, atteint de surdité, n'avait pu étudier une science vers laquelle l'appelaient et ses goûts et les traditions de sa famille; il se consola par la culture des lettres (1). Nous lui devions un souvenir pour avoir provoqué la vocation de son fils et deviné que nulle autre profession ne pouvait, au même degré que la médecine, fournir un aliment à l'activité de cet esprit positif, comme à cette bienveillance qu'il avait dans le cœur.

En embrassant la médecine, M. Chomel trouvait dans sa famille de beaux exemples à suivre. Il était arrière-petit-neveu de Jean et de Charles Delorme, qui, depuis Henri III jusqu'à Louis XIV, avaient été médecins de la cour pendant quatre règnes successifs. Charles Delorme, le plus célèbre des deux, anobli par le sénat de Venise, a montré un dévouement dont l'histoire a conservé le souvenir : à Paris, en 1619, et au siége fameux de La Rochelle, lorsque l'armée de Richelieu était décimée par la dysenterie. Médecin savant, spirituel, praticien sage, habile et désintéressé (2), il eut de nombreux amis, et le bonheur peut-être plus rare encore d'être loué sans réserve par notre satyrique Guy-Patin. Dès ses débuts, absorbé par la pratique, vivant peut-être aussi dans un milieu peu favorable aux recherches et au recueillement, il n'a élevé, quoique mort presque centenaire, aucun monument à la science. Faut-il le regretter?.... Il aimait peut-être un peu le paradoxe et les rapprochements forcés. C'est ainsi que dans un des trois opuscules qu'il a publiés (3), il a recherché si on ne devait pas ranger dans la même catégorie de malades les fous et les amoureux. C'est là, Messieurs, une de ces questions que je me garderai bien de discuter ici, mais Delorme l'a résolue affirmativement, et, conséquent avec sa doctrine, il a proposé d'appliquer la même médication à ceux qui aiment comme à ceux qui déraisonnent.

La famille Chomel, issue de bonne bourgeoisie, était originaire de Gannat, en Bourbonnais. Elle a, dans le courant du XVIII[e] siècle, donné à notre profession au moins cinq médecins, renommés à divers titres.

Nous trouvons Jean-Baptiste Chomel, conseiller et médecin ordinaire de Louis XIV; Jacques-François, médecin de Louis XV, intendant des eaux de Vichy, qui a publié un petit traité sur ces thermes célèbres, et donné son nom à l'une des sources.

Amable Chomel, le moins célèbre de tous, mérite pourtant un souvenir. Médecin du roi au Canada, il fut victime d'un de ces dévouements si ordinaires dans notre profession; emporté par son zèle, il courut à Brest pour combattre une épidémie meurtrière qui régnait dans cette ville en 1758, et il y trouva une mort glorieuse.

Jean-Baptiste-Louis, frère du précédent, fut médecin ordinaire de Louis XV, professeur de botanique et doyen de l'ancienne Faculté. Il a publié sur la pathologie, les épizooties, ainsi que sur l'histoire médicale, des travaux qui indiquent la solidité comme la variété de ses connaissances.

Enfin l'aïeul de M. Chomel, père des deux médecins dont j'ai parlé en dernier lieu, fut Pierre-Jean-Baptiste, qui, après avoir été l'ami, le collaborateur de Tournefort, devint médecin ordinaire de Louis XIV et de Louis XV, membre de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté, et publia un livre qui obtint une certaine célébrité, le *Traité des plantes usuelles*.

Peu de familles ont donc compté dans la même carrière une série non interrompue d'hommes aussi distingués. C'est là, Messieurs, une vraie noblesse, la plus glorieuse de toutes, car elle ne se transmet aux enfants qu'autant qu'ils la méritent par les mêmes travaux, par les mêmes services, qui ont déjà signalé leurs pères. Si les ancêtres sont un péril pour les âmes faibles, pour les esprits paresseux, si, comme le dit La Rochefoucauld, *les grands noms abaissent au lieu d'élever ceux qui ne les savent pas soutenir* (1), ils sont, pour les natures énergiques, un stimulant qui excite à mieux faire encore.

M. Chomel était admirablement doué pour ressentir cette émulation; il a marché résolument sur les traces de ses aïeux, et l'on peut dire que par ses travaux, par l'éclat de ses services, par sa renommée, il a agrandi l'héritage de gloire qu'on lui avait transmis. Puissions-nous voir un jour un de ses petits-fils, désormais héritier de son nom, continuer dans la médecine et dans notre Faculté cette illustration de famille qui date de deux siècles et demi, et qui s'est fondée sur les services, sur les talents et sur la vertu (2).

Nous avons vu que M. Chomel avait étudié la médecine un peu par obéissance; il répugnait surtout à l'anatomie. Mais ce dégoût fut bientôt surmonté; dès lors on le vit se passionner pour cette étude si belle et si indispensable au médecin. Il embrassa avec une ardeur égale les autres sciences médicales; il ne tarda pas à se placer au premier rang et même à se signaler parmi ses émules. C'est ainsi qu'il obtint toutes ces distinctions auxquelles vous pouvez et devez tous prétendre. Il fut pendant quatre ans élève interne, et durant son service, il devint lauréat au concours des hôpitaux, où il obtint la médaille d'or. Deux fois aussi, il y a près d'un demi-siècle, son nom retentit dans cette même enceinte et provoqua ces applaudissements que bientôt nous donnerons ensemble et de tout cœur aux élèves de l'École pratique qui, cette année, ont mérité les mêmes récompenses.

(1) M. le professeur Rostan.

(1) *Aménités littéraires et recueil d'anecdotes;* Amsterdam, 1773 (sans nom d'auteur).

(2) Henri IV, faisant allusion à son désintéressement, disait un jour que le jeune Delorme *gentilhommait* la médecine.

(3) *Caroli Delorme, Laurea apollinaris*; Parisiis, 1608.

(1) Maxime 91.

(3) D'après la volonté exprimée par M. Chomel, son gendre, M. de Lalain, juge au tribunal de la Seine, et ses enfants, doivent ajouter le nom de Chomel à leur nom de famille.

M. Chomel s'est donc préparé à l'exercice de son art par un grand labeur, et il a vaincu par sa volonté ses répugnances premières. Il fut sans doute porté vers le travail par l'attrait qu'il y trouva. Y a-t-il, en effet, une science plus curieuse que la nôtre? Y a-t-il rien de plus élevé que l'étude de l'homme? Rien qui exerce au même degré l'intelligence, et qui en même temps excite aussi vivement les nobles impulsions du cœur? Mais ceux qui ont connu le caractère de M. Chomel avoueront aisément que le principal mobile de ses efforts fut le sentiment du devoir. Il comprit, dès son entrée dans la carrière, toutes ses obligations. Il savait que le pire des hommes serait celui qui, sans préparation suffisante, voudrait résoudre ces problèmes d'où dépendent la vie et l'honneur des familles. Il voulait pouvoir se dire un jour, en face de ces cas obscurs qui déjouent la perspicacité des plus habiles : *J'ai fait ce que j'ai pu.* Mais, pour se l'avouer sans remords, il faut en même temps que notre conscience nous donne le témoignage que nous savions tout ce que nous pouvions savoir, tout ce que nous devions apprendre. Messieurs, ne vous exposez pas à des regrets pour l'avenir; car l'exercice de la médecine serait pour vous une source de chagrins cuisants, ce serait une vraie calamité.

Le 10 juin 1813, M. Chomel obtint le titre de docteur. Il avait pris pour titre de sa thèse inaugurale le *rhumatisme*, c'est-à-dire une maladie vulgaire, la plus commune de toutes sans contredit, qui, décrite par tous les auteurs des traités généraux et par quelques monographes, semblait peu propre à inspirer un travail de quelque valeur. Il n'en fut rien pourtant; par la manière dont M. Chomel envisagea son sujet, par la netteté de ses descriptions, par le choix et l'arrangement des matériaux, comme par sa critique éclairée, il sut donner à son œuvre un cachet vraiment remarquable.

Vingt ans plus tard, riche des faits nombreux que la plus vaste pratique lui avait fournis, il fit, sur l'affection qui avait été l'objet de ses premières études, des leçons qui eurent le plus grand retentissement. Elles furent recueillies et publiées par un de nos anciens collègues, par Requin, dont le souvenir est resté vivace parmi nous.

Hâtons-nous de dire que si, sous le rapport des doctrines, le volume publié par Requin peut être revendiqué par M. Chomel, le rédacteur pourtant a su en quelque sorte s'approprier le travail par les additions nombreuses qu'il y a faites et qu'il a puisées dans son propre fonds, par une érudition choisie, par une critique vive, spirituelle, et par cette forme, par cette originalité que notre si regrettable collègue savait imprimer à ses moindres productions. Cet ouvrage, toutefois, ne saurait, malgré ses mérites, faire oublier l'œuvre première de M. Chomel, qui, depuis bientôt un demi-siècle, a toujours été honorablement citée.

Peu de thèses, vous le savez, ont pu subir avec succès une pareille épreuve; ce malheur a été de tous les temps. A la fin du siècle dernier, Vicq-d'Azyr paraissait déjà s'en plaindre; mais je crains bien que le mal ne se soit aggravé depuis. Combien pourtant il serait aisé de mieux faire! Les hôpitaux, libéralement ouverts partout, vous offrent à profusion des faits de toutes sortes : recueillez-les, car la pathologie ne peut bien être apprise qu'à ce prix, tous vos maîtres vous le diront; le grand Boerhaave nous apprend lui-même qu'il se livrait encore à cet exercice au commencement de sa pratique. Ces observations, auxquelles vous devrez en partie votre instruction, analysées et rapprochées, vous permettront plus tard de composer, pour le dernier acte probatoire de votre scolarité, une thèse qui sera pour vous un honneur et pour la science un profit. Ne visez pas aux choses extraordinaires ou insolites : ici, comme toujours, M. Chomel vous a prouvé, par son exemple, qu'on peut, avec le sujet le plus rebattu, produire une œuvre qui ne sera point éphémère, et qui servira pour l'instruction de tous. Quant à ceux qui, aspirant à l'originalité, s'excusent de mal faire en disant qu'ils n'ont rien trouvé de neuf, je leur répondrai avec un médecin philosophe, avec Zimmermann, un des esprits les plus distingués et les plus pratiques du dernier siècle : qu'une observation confirmée vaut souvent une observation neuve, parce qu'elle nous rapproche davantage de la vérité, et que la médecine a autant gagné par la répétition exacte des observations déjà faites que par les découvertes mêmes (1).

Les succès obtenus pendant votre vie scolaire sont importants, Messieurs, car ils vous distinguent honorablement de vos égaux, ils vous donnent de la confiance, et, au début de votre pratique, eux seuls peuvent fixer l'attention et appeler sur vous la faveur. M. Chomel obtint cette récompense. Ce furent, en effet, ses succès d'étudiant qui, peu après sa réception au doctorat, le firent attacher à l'hôpital de la Charité sous le titre de *chef des internes*. Ce fonctionnaire était plutôt un médecin résidant, suppléant en cas de besoin les médecins titulaires, et finissant tôt ou tard par se créer un service indépendant.

M. Chomel retrouva dans ce grand hôpital un de ses anciens maîtres, pour lequel il a toujours conservé un pieux souvenir et avec qui d'ailleurs il eut plus d'un point de ressemblance; je veux parler de Bayle, auteur de travaux connus de vous tous, praticien hors ligne par son tact, par la rapidité, par la sûreté de son diagnostic, qualités qu'il possédait à l'égal de Corvisart, son maître. D'une instruction prodigieuse en toute chose, d'une austère probité, inflexible dans sa manière de penser et d'agir, mais tolérant pour tous, il fût sans contredit arrivé à toutes les positions, s'il n'eût succombé, à l'âge de 42 ans, à cette maladie cruelle, qui avait été l'un des principaux objets de ses recherches.

Sous l'impulsion d'un tel guide, M. Chomel s'enflamma d'une ardeur encore plus vive pour l'étude, travaillant jusqu'à 16 et 18 heures par jour, ainsi que me l'affirmait tout récemment un de ses anciens disciples (2). C'est alors qu'il acquit cette connaissance approfondie des auteurs anciens les plus estimés, qui l'a rendu l'un des médecins les plus érudits que j'ai connus. Non qu'il eût cette vaine érudition que donne une mémoire heureuse, et qui rend tant de personnes riches en choses inutiles; mais, doué d'un sens exquis, d'un discernement critique de premier ordre, et préparé d'ailleurs par cette admirable instruction pratique qu'on puise dans nos hôpitaux, il sut discerner le vrai du faux et ne retenir que ce qui était réellement utile.

Aussi vaillamment armé, M. Chomel se lança dans la vie active, dans la vie militante. Il ouvrit d'abord des cours de pathologie interne qui eurent le plus grand et le plus légitime succès. Il possédait, en effet, les trois qualités essentielles que notre bon Rollin exige de ceux qui enseignent : la connaissance parfaite de la science, la clarté dans les expressions et l'affection pour ses élèves.

J'ai su, par plusieurs de ceux qui ont suivi et rédigé ses cours, que ses leçons brillaient par un choix intelligent des nombreux matériaux légués par nos devanciers, par une méthode parfaite d'exposition, par une critique judicieuse, par la rigueur des déductions, c'est-à-dire par toutes ces qualités qui sont l'expression même du génie français, qualités (et disons-le avec orgueil) qui ont toujours élevé si haut l'enseignement de notre pays. C'est ce témoignage que lui rendait même dans le siècle dernier, Gaubius, un des plus célèbres disciples de Boerhaave, après avoir parcouru les principales Universités de l'Europe.

(La suite prochainement.)

(1) *Traité de l'expérience*, t. I[er], p. 246, Paris, 1774.

(2) M. Raige-Delorme, bibliothécaire de la Faculté.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 2?.

Tome XII. — N° 139. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 23 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION (¹) ;

CLASSES NOUVELLES ;

APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES ;

COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

Abordons maintenant l'étude de l'appareil à chevilles mobiles et indiquons successivement :

1° Sa description,

2° Son application et son mode d'action,

3° La manière dont il se comporte dans tous les cas de fractures et principalement dans celles dites *compliquées, comminutives, graves.* Nous parlerons de l'appareil de compression quand naîtra l'indication de l'appliquer aux fractures elles-mêmes.

1° *Description de l'appareil.* — Voici les pièces qui le composent :

Figure 1. — Représente un plateau en bois, long de 1 mètre, large de 0,30 à ses extrémités et de 0,38 dans sa partie moyenne élargie en vue d'une plus grande stabilité. Son épaisseur, de 0,02 vers l'extrémité A, n'est plus que de 0,01 à son extrémité B. Ce plateau, vide dans sa partie C pour lui donner plus de légèreté et plus de fixité sur le matelas, est garni sur ses bords, en avant seulement, de petites pointes à tête ronde. Les *trous* dont il est percé sont, sur les trois lignes du milieu, parallèles, séparés les uns des autres de 0,01 et servent à recevoir un treuil, des chevilles à turion uniforme, et au besoin des cordes pour suspendre tout l'appareil. DD, charnières latérales en fer, à tête de compas, destinées à réunir le plateau à l'extrémité I de la pièce fig. 2. Les trous qui, sur d'autres modèles, entourent le plateau servent, au besoin, à recevoir l'appareil de compression (v. pl. 7).

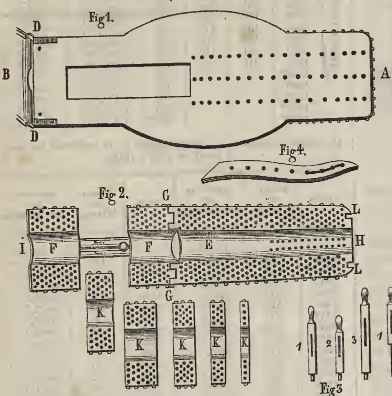
Figure 2. — Offre une planche en bois brisée en deux planchettes inégales, l'une *jambière*, E, l'autre *crurale*, FF, articulées en GG par une charnière en bois fixée par une double broche à écrou mobile.

Cette planche se superpose au plateau, s'articule avec lui, en le dépassant de 0,01 vers son extrémité B.

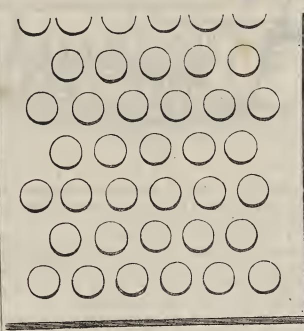
La planchette jambière est longue de 0,52, large de 0,20 à son extrémité H, épaisse de 0,02.

La planchette crurale de 0,23 de longueur, de 0,25 de largeur à son extrémité I, a 0,02 d'épaisseur, excepté à cette même extrémité I, où elle est fortement creusée en gouttière dans sa portion moyenne seulement. Pour s'accommoder aux dimensions variables de la cuisse chez les divers malades, la planchette crurale s'agrandit par l'écartement de ses deux pièces FF et par le glissement de deux plaques de fer formant coulisse double avec rivure au centre et accompagnement sur les bords JJ. L'espace qui en résulte est rempli par une ou plusieurs allonges en bois KK, supportées dans leur partie moyenne par les deux plaques de fer et assemblées sur les côtés à la manière des allonges d'une table. Afin que cet agrandissement se prête aisément à toutes les exigences, j'ai fait construire cinq allonges de 1, 2, 4, 7, 7 centimètres de large, ce qui permet de donner à la planchette crurale une longueur totale de 0,44. Dans le mécanisme du double plan incliné, la planchette jambière, établie sur de fortes dimensions, n'a pas besoin de subir de variation. On pourrait, au besoin, y établir aussi des allonges, dans le but de créer des vides favorables au pansement des plaies postérieures du membre. (Pour certaines fractures, on peut se servir seulement de la planchette jambière qu'on peut aisément séparer de la planchette crurale.)

(Planche I.)



(Dessin.)



Les côtés de la planchette et des allonges, excepté en arrière, sont garnis, en ceinture, de petites pointes à tête ronde, distantes de 0,018.

Les trous dont elles sont criblées affectent une disposition qu'il est important de bien apprécier : ces trous, de 0,01 de diamètre, sont disposés sur les deux côtés en lignes droites et parallèles transversalement, obliques et non parallèles dans le sens longitudinal. Ils sont à 0,003 les uns des autres dans le premier sens, à 0,004 dans le second ; ils sont rangés en séries percées à des hauteurs différentes des bords de ces mêmes planchettes et allonges ; et leur arrangement est tel, que les chevilles qui s'y implanteront pourront suivre les contours du membre vers lequel elles procéderont de 3 en 3 millimètres. Un dessin de grandeur naturelle, reproduisant une portion d'un seul côté d'une planchette, fera, mieux que la description la plus complète, comprendre ces détails.

Les deux rangées de trous qu'on voit sur la portion moyenne de la planchette jambière, figure 2, recevront des chevilles qui pourront tenir lieu de *semelle*.

A l'extrémité de cette planchette sont deux entailles LL de la largeur des chevilles pour maintenir la flexion de l'appareil, et empêcher les mouvements de latéralité.

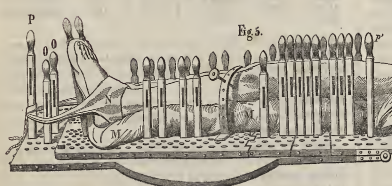
Figure 3. — *Chevilles.* Il y en a de trois sortes : différentes par le nom, le nombre, les dimensions, les usages,

Crurales 1.4,	au nombre de	36,	hauteur	0,25,
Jambières 2,	*id.*	42,	*id.*	0,22,
Supports 3,	*id.*	3,	*id.*	0,38,

elles se ressemblent : 1° par la *forme*, qui est la même pour toutes ; 2° par le *turion*, qui est toujours de 0,01 de diamètre sur 0,02 de hauteur, afin de s'adapter indistinctement à tous les trous de l'appareil ; 3° par les *mortaises*, plus ou moins étendues, mais à égale hauteur du turion ; 4° par les *faces*, qui sont de 0,02 de large pour celles qui portent les mortaises et de 0,018 pour celles des côtés.

Figure 4. — *Béquillon* accessoire avec trous et mortaise, de 0,35 de long, de 0,04 de large, de 0,01 d'épaisseur, pouvant se fixer à l'un des côtés de l'extrémité I de la planchette crurale à l'aide de deux chevilles crurales à turion suffisamment allongé, 4. Il permet, dans quelques cas, de prolonger l'appareil jusqu'au-dessus de la hanche, rappelant ainsi la disposition de l'extrémité supérieure de l'attelle de Roché, règlementaire à bord des bâtiments de l'État. (Voyez pl. IV, fig. 9.)

(Planche II.)



(Planche III.)

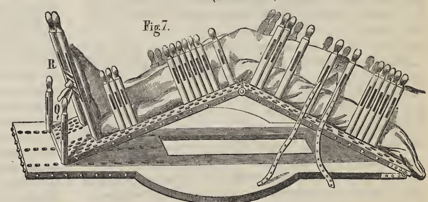


Figure 5. — Montre le membre gauche fracturé étendu dans l'appareil, en extension continue, le tibia comprimé par la pointe métallique. — MM Coussin très épais, en coton, avec ou sans découpures profondes et multiples sur les bords, entourant les trois quarts du membre et le dépassant aux extrémités. — N Étrier (modèle Gariel). — OO Chevilles de réflexion des lacs. — P *Cheville-support* opérant l'extension continue par l'enroulement des lacs qu'on arrête aux pitons du plateau. La contre-extension s'exerce à l'arcade du pubis, par la première cheville crurale *p*, qui est, à cet effet, cylindrique et entourée d'un étui matelassé.

Fig 6

Figure 6. — *Treuil mobile* que fixent solidement au plateau, dans les trous de sa ligne moyenne, les deux turions retenus par une seule clavette ; dans les grands efforts de traction, ce treuil doit remplacer la cheville-support. Il a l'avantage, en se mobilisant, de rendre toujours directe ou parallèle à l'axe du membre la traction qui s'exerce dans la demi-flexion. Son axe vertical, de 0,14 de hauteur, présente, à l'extrémité inférieure, un rocher ; à la supérieure, un anneau qui permet de le faire tourner avec la main seule ou aidée d'une tige de fer.

Figure 7. — Retrace le membre dans la demi-flexion. Des chevilles Q plantées dans les trous du plateau et enchâssées dans les entailles terminales de la planchette jambière, retiennent celle-ci au degré d'inclinaison qu'on désire. Des chevilles-supports R, placées derrière le pied, sur cette même planchette, et garnies d'un coussin, tiennent lieu de semelle : si, d'ailleurs, ce qui est plus simple, on ne préfère, comme ici, soutenir le pied avec une pièce de linge tendue entre ces mêmes chevilles, placées alors sur les côtés et servant en même temps à garantir le pied contre le poids des couvertures dont les autres chevilles préserveront le reste du membre qu'elles dépassent. Cette disposition remplace les cerceaux inséparables des autres appareils, évite le refroidissement, maintient mieux autour des parties blessées une température uniforme. *r* Lien coaptateur.

L'appareil à chevilles mobiles, que la description précédente peut faire croire compliqué, et qui l'est, en effet, quand il doit servir à la fois, dans les hôpitaux, à l'extension et à la demi-flexion, à des malades nombeux susceptibles de présenter toute l'échelle des dimensions possibles des membres en longueur et en épaisseur, est, au contraire, d'une incontestable simplicité lorsque, dans les campagnes et dans les villes, il est destiné à un seul blessé et pour l'extension seulement que bien des chirurgiens, M. Nélaton entre autres, préfèrent à toute autre position. Alors il se résume en un plateau en bois percé de deux ou trois rangées de trous et de quelques chevilles; c'est à ce degré de simplicité que j'avais fait connaître mon appareil en 1849, dans le journal déjà cité. Je le reproduis plus bas (pl. IV, fig. 8), en modifiant la disposition des trous, et supprimant le treuil.

(Planche IV.)

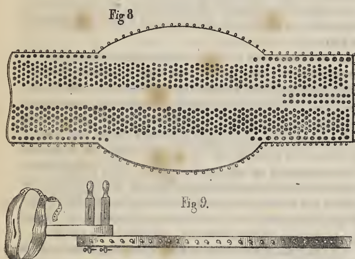


Figure 9. — Montre le côté du plateau avec le béquillon en place, retenu par deux chevilles crurales et une ceinture.

Ainsi établi avec un seul plateau criblé de trous, fig. 8, et au besoin avec un treuil terminal, pl. II, fig. 6, l'appareil à chevilles mobiles sert dans l'extension du membre et constitue une machine si puissante de *traction* qu'il mérite de trouver place dans le deuxième genre de la quatrième classe de notre tableau.

J'ai fait construire aussi un modèle d'appareil à chevilles mobiles, ne servant que dans la demi-flexion. Il ne diffère du double plan incliné que j'ai déjà figuré dans la planche III, que par la double charnière qui unit le plateau à la planchette crurale, et permet à cette dernière de se rabattre sur le lit. Dans ces conditions, mon appareil, avec sa charnière propre, les allonges crurales, se range naturellement dans ceux dits *hyponarthéciques* et dans ceux à *extension continue* agissant par *bascule*.

Cependant, j'ai trouvé préférable de réunir en un seul ces deux appareils, de telle sorte que, dans un même traitement, l'*extension* pût succéder aisément à la demi-flexion, *et vice versâ*. Et comme j'établis en principe fondamental que, dans les fractures de cuisse, tout appareil supportant le membre tout entier, doit avoir le moins d'épaisseur possible vers l'extrémité ischiatique, *afin de ne pas relever le fragment supérieur*, il m'a fallu réduire, en ce point, à de faibles dimensions, le plateau, la planchette crurale, et porter sur les côtés les charnières d'union.

C'est ce dernier appareil, planches II et III, que j'emploie de préférence comme appareil à *extension simple*, comme double plan incliné *hyponarthécique*, comme appareil à *extension continue* agissant par *traction*, par *bascule*, enfin, comme appareil *polydactile* à *chevilles mobiles*, auquel j'ai associé quelquefois l'*instrument à pointe métallique* de M. Malgaigne, planche VI, tel que je l'ai modifié. (V. pl. 11, fig. 5.)

Certainement tout n'est pas nouveau dans cet appareil; la plupart de ses pièces constituantes se retrouvent dans des appareils classiques; j'ai n'ai fait en quelque sorte que les remanier, en les disposant d'une manière un peu différente; mais, à ces éléments anciens j'ai ajouté un élément nouveau, la *cheville-doigt*.

Afin de ne rien laisser dans l'ombre sur ce dernier point, signalons, en les faisant remonter à leur origine, quelques particularités de notre appareil, qu'après bien des recherches, nous avons rencontrées dans les livres. Du temps d'Hippocrate, une *cheville* sous chaque aisselle, ou une *cheville* unique contre le périnée servait à la contre-extension (1). Dans les temps modernes, Arnauld a rajeuni cette pratique, en plantant au centre du lit un *picu* garni de linge. Dans la machine de Bellocq il y avait un point d'appui analogue (2). Mayor a proposé de soutenir les couvertures avec le montant terminal de sa planchette, un fragment de cercle, une *cheville* (1). On lit dans une note du livre de M. Malgaigne, p. 234, *Œuvres chirurgicales* d'Ast. Cooper et B. Travers : « Le châssis » inférieur est remplacé par une planche et la crémaillère par des » trous dans lesquels une *cheville* sert à arrêter la planchette de » la jambe. » Mais, je le demande, que sont ces détails par trop secondaires, traces éphémères d'idées souvent presque aussitôt abandonnées que conçues, en regard du principe qui substitue l'action des éléments isolés à l'action des éléments en masse ? Enfin Mayor a parlé aussi d'*allonges* (2), mais, tandis que le chirurgien de Lausanne agrandit son appareil *pour toutes les fractures* (appareil d'ailleurs qu'il s'est empressé d'abandonner) à l'aide de deux planchettes à tiroir glissant l'une sur l'autre dans une coulisse, comme les deux planches fémorales du lit d'Amesbury, ce qui produit nécessairement un plan inégal, j'emploie des allonges en tout semblables à celles de nos tables, qui laissent un plan entièrement uni.

Appliqué aux solutions de continuité des os des membres supérieurs, aux fractures compliquées, avec écrasement (car l'art abonde en appareils très efficaces, dans les cas de fractures simples), l'appareil à chevilles mobiles présente des modifications faciles à pressentir en raison du volume, de la configuration, de la direction des articulations de ces membres, etc. De longs détails sur ces modifications sont rendus inutiles par tout ce que nous venons de dire sur la construction du genre d'appareil polydactile qui nous occupe : vous le saisirez d'ailleurs aisément en examinant le modèle que vous avez sous les yeux.

(Planche V.)

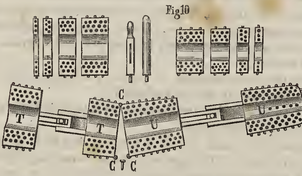


Figure 10. — Les planchettes brachiale TT, anti-brachiale UU, agrandies par des allonges, sont unies en CCC par deux charnières latérales. Quand on enlève la broche de l'une d'elles, l'appareil unique pour les deux membres se fléchit du côté opposé.

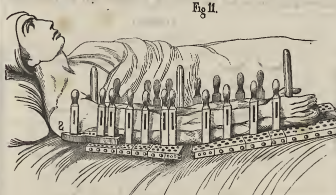


Figure 11. — Membre supérieur dans l'appareil avec son béquillon terminal S. Ici encore, comme au membre inférieur, une simple planche trouée peut suffire.

J'ai trouvé superflu de représenter un modèle d'appareil polydactile pour certaines fractures de la tête et du tronc; simple châssis en bois troué de 1 mètre de long, de 0.75 de large, de 0.02 d'épaisseur, qu'on peut agrandir ou diminuer par des allonges glissant dans deux coulisses latérales.

L'esprit d'invention peut apporter bien des changements aux appareils que nous venons d'étudier; indiquons-en quelques-uns qui semblent se présenter d'eux-mêmes. Au lieu de planter les chevilles dans des trous, on peut les faire glisser dans des coulisses, des échancrures, des fentes parallèles, obliques ou perpendiculaires aux membres ; on peut découper en lanières courbes une gouttière en bois, en fer-blanc ou en tôle, faire mouvoir chacune d'elles avec une vis, qui traverserait chaque cheville, les fixer isolément, et, dans tous ces cas, arriver à suivre les contours du membre en l'embrassant aussi mollement et aussi exactement qu'on pourrait le faire, avec le *podomètre* des cordonniers. Et les chevilles à turion métallique de faibles dimensions, ne permettraient-elles pas une disposition plus facile et plus favorable des trous ? Que penser des chevilles *palmées*, composées d'une feuille d'un métal doux, flexible, résistant, imitant la main, dont les digitations promptes à s'abaisser vers le membre ou à s'en écarter, en maintiendraient exactement la forme, en dessineraient fidèlement tous les contours ? Poursuivant une idée qui me paraît féconde en applications nombreuses, j'ai dû m'arrêter à la réalisation la plus simple, la plus pratique, la plus facile à obtenir partout; car, je ne saurais trop le redire, une planche percée de quelques rangées de trous, quelques chevilles grossières aplaties et un coussin, constituent tout l'appareil polydactile *extemporané*, qu'on peut aisément se procurer partout.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Thivet, *Traité des bandages*, p. 518.
(2) Malgaigne, *Traité des fractures*, p. 241.

(1) Mayor, *Nouveau système de déligation chirurg.* Paris, 1830, 3e édition, p. 306, planche 71.
(2) *Idem*, Paris, 1832, p. 140.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 octobre 1858. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — *Discussion sur la mortalité du croup et sur la valeur de la trachéotomie.* — M. Sée. — M. Bouchut. — Lettre de M. Marc d'Espine, de Genève. — M. Roger (Henri). — M. Bergeron.

(Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.)

M. Bouchut : Je suis très heureux que M. Sée me fournisse l'occasion d'exposer de nouveau mes idées sur les funestes résultats de la thérapeutique moderne du croup, résultats établis par une mortalité annuelle croissante contraire à la diminution générale de la mortalité des autres maladies. Cet empressement a quelque chose de louable qui me pénètre, et je veux, dans l'intérêt de la science, y répondre aussi bien que je le pourrai. Seulement, dans la crainte qu'on ne m'attribue des opinions contraires aux miennes, la Société me permettra de rétablir les faits en indiquant les chiffres qu ervent de base à la grande statistique que j'ai faite, et les conclusions que j'en ai tirées. Si on n'a pas ces tableaux sous les yeux, il est impossible de discuter sérieusement et à fond un sujet de cette importance.

Le premier (tableau A) montre l'accroissement absolu de la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris, et l'autre (tableau B) l'accroissement par rapport à 1,000 habitants.

A. *Tableau chronologique de la mortalité du croup à Paris, tant à domicile que dans les hôpitaux, de 1826 au 15 septembre 1858.*

	ANNÉES.	DÉCÈS DE CROUP.			POPULATION.	PROPORTION des décès sur 1,000 habitants.
		Masculin.	Féminin.	Total.		
						1 décès sur
Avant la trachéotomie.	1826	154	128	282	761,892	3056,3
	1827	83	86	169	766,685	4536,5
	1828	77	75	152	741,478	5075,5
	1829	85	105	190	776,271	4085,5
	1830	72	52	124	781,064	6298,8
	1831	86	90	176	785,857	4465,0
	1832	73	67	140	808,547	5775,3
	1833	102	60	162	831,238	5141,0
	1834	92	69	161	853,929	3440,5
	1835	117	86	203	876,620	4022,7
	1836	101	66	167	899,313	5837,6
	1837	60	81	141	906,502	4954,7
	1838	98	85	183	913,691	6480,0
	1839	155	132	287	920,880	3208,6
	1840	199	148	347	928,069	2674,5
Après la trachéotomie.	1841	180	169	349	935,261	2737,1
	1842	171	104	275	958,988	3487,2
	1843	115	96	211	982,710	4657,3
	1844	151	146	297	1,006,442	3329,7
	1845	166	131	297	1,030,169	3468,5
	1846	163	144	307	1,053,897	3332,8
	1847	196	544	740	1,081,623	1461,6
	1348	194	180	374	1,081,623	2918,8
	1849	179	126	305	1,053,897	3462,2
	1850	181	178	359	1,053,897	2938,4
	1851	169	162	331	1,053,862	3182,0
	1852	211	180	391	1,053,862	2808,8
	1853	215	208	423	1,088,324	2577,5
	1854*			453	1,123,232	2466,2
	1855*			421	1,158,362	2940,0
	1856*			394	1,174,346	2980,5
	1857*			543	1,174,346	2162,1
	1858*			632**	1,174,346	1858,1

B. *Tableau progressif de l'accroissement de la mortalité du croup à Paris, de 1826 à 1858.*

ANNÉES.	DÉCÈS par le croup.	PROPORTION sur 1000 habitants.	ANNÉES.	DÉCÈS par le croup.	PROPORTION sur 1000 habitants.
		1 décès sur			1 décès sur
1847	740	1461,6/10es	1834	161	3440,5/10es
1858**	632	1858,1	1849	305	3462,2
1857	543	2162,1	1845	297	3468,5
1854	453	2466,2	1842	275	3487,2
1853	423	2577,5	1835	203	4022,7
1840	347	2674,5	1829	190	4085,5
1841	349	2737,1	1831	176	4465,0
1852	391	2808,8	1827	169	4536,5
1848	374	2918,8	1843	211	4657,3
1850	359	2938,4	1837	141	4954,7
1855	421	2940,0	1828	152	5075,5
1856	394	2980,5	1833	162	5131,0
1826	282	3056,3	1832	140	5775,3
1851	331	3182,0	1836	167	5837,6
1839	287	3208,6	1830	124	6298,8
1844	297	3329,7	1838	183	6480,0
1846	307	3432,8			

Le premier de ces tableaux (A) est divisé en deux parties, représentant la mortalité avant et après la renaissance de la trachéotomie. Dans la première période, la mortalité varie de 124 à 300 décès par an, mais restant presque toujours au-dessous de 200, ce qui donne en moyenne 206 décès par an. — Dans la seconde période, les décès ne sont plus jamais au-dessous de 200, et ils oscillent entre 211 et 740, ou de 450 en moyenne pour chaque année.

Dans le tableau B, la mortalité rapportée à 1,000 habitants établit que dans les dix dernières années que nous venons de finir les décès sont doubles, triples et quadruples de ce qu'ils étaient dans une même période antérieure de dix ans, soit 1827 à 1837, par exemple. Dans la première série des dix années, 1847 à 1858, cette mortalité varie de 1 sur 1,461 à 1 sur 2,900 habitants, tandis que dans l'autre série elle est de 1 sur 4,000 à 1 sur 6,480, mortalité pour une série trois et quatre fois plus forte que dans l'autre.

Comme on le voit, cette statistique comprend la mortalité des trente-deux années qui viennent de finir, et elle renferme 10,044 cas de croup mortel. Ce n'est pas là une statistique à courte période, une de ces petites statistiques faites dans un quartier ou sur une petite agglomération

* Le détail des décès par sexe n'a pu être fait.
** Ce chiffre indique les décès jusqu'au 15 septembre 1858.

d'individus, comme il y a tant d'inutiles dans la science. Trente-deux années de mortalité croissante, comprenant les décès de la ville et des hôpitaux dans une maladie que la chirurgie tourmente chaque jour davantage sans en connaître suffisamment la marche naturelle, sont quelque chose d'assez considérable pour exiger de la discussion contradictoire des preuves formelles et incontestables.

Quoi qu'il en soit, et pour éviter les méprises sur des opinions qu'on me prête, et que je n'ai point émises, voici les conclusions de ma statistique :

1° Le croup est plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

2° Il est plus commun de 3 à 5 ans qu'à tout autre âge.

3° Sa mortalité absolue augmente d'année en année.

4° Sa mortalité proportionnelle à 1,000 habitants est plus forte aujourd'hui qu'elle ne l'était jadis, et il y a trois, quatre et cinq fois plus de décès par 1,000 habitants, de 1842 à 1858, c'est-à-dire dans les quinze années qui viennent de finir, que dans les quinze années de la première période de 1826 à 1839.

5° Que ce soit une coïncidence ou que ce soit un effet de la trachéotomie, pratiquée sans indication suffisante et avant l'apparition de l'asphyxie, c'est depuis la vulgarisation de cette méthode que la mortalité du croup par 1,000 habitants a augmenté dans une proportion si néfaste.

Voilà les faits dans leur plus scrupuleuse exactitude, avec la rigueur mathématique qui ressort d'une statistique bien faite, et d'une observation attentive. Ils sont incontestables, et personne ne pourra, je pense, nier l'exactitude de mes chiffres, pas plus que des cinq conclusions que vous venez d'entendre. C'est donc là une base scientifique acquise à la pathologie du croup, et je me réjouis de l'avoir édifiée. Toutefois, à côté de ces conclusions rigoureuses, il y a l'interprétation des faits, chose personnelle et pour laquelle je regrette vivement d'être en désaccord avec mes collègues. — J'ai dit, en effet :

1° Ou bien le nombre des croups augmente d'année en année et avec lui la mortalité proportionnelle ; mais alors il faudrait démontrer que le nombre des croups est aujourd'hui trois, quatre et cinq fois plus nombreux qu'il y a 20 ans, ce que mes recherches ne me permettent pas d'accepter.

2° Ou bien le croup est devenu plus grave, ce qui voudrait dire que la maladie a changé de nature et que son pronostic n'est plus le même que par le passé, ce que je n'accepte pas.

3° Ou enfin le traitement chirurgical suivi dans les quinze dernières années, n'a pas le mérite qu'on lui attribue, et ne vaut pas le traitement médical autrefois employé. C'est à cette dernière opinion que je me suis rallié, en disant que la trachéotomie était peut-être pour quelque chose dans cet accroissement du nombre des décès. Je n'ai pas dit que la chose fût certaine, ni que cette opération fût la cause absolue de cette augmentation de mortalité, car je me suis borné à cette déclaration : « Il y a tout lieu de croire que la trachéotomie n'est pas, sous ce rapport, à l'abri de tout reproche. » Je pensais et je le maintiens, non sans raison, que si l'on opère les enfants atteints de croup à la seconde période, sans qu'il y ait asphyxie, comme le conseillent MM. Sée et Trousseau, on interrompt violemment la marche naturelle de la maladie, et on fait ainsi périr des enfants qui eussent guéri par des moyens différents et plus doux. J'ai, en conséquence, condamné de la manière la plus formelle et la plus explicite la trachéotomie dans la seconde période du croup, pour la réserver exclusivement aux cas dans lesquels l'asphyxie et l'anesthésie évidentes annoncent une fin prochaine.

Telles sont, Messieurs, les opinions que j'ai émises après un mûr examen de calculs faits avec soin et d'observations recueillies avec la plus scrupuleuse exactitude. Il m'a paru nécessaire de vous les rappeler pour empêcher la discussion de s'égarer au milieu d'assertions inexactes et contradictoires.

— M. H. Roger donne communication de la lettre suivante de M. Marc d'Espine, de Genève, qu'il a reçue comme secrétaire général de la Société :

. . . .

« En lisant dans la *Gazette médicale* l'analyse du travail de l'honorable M. Bouchut, je vois qu'il a pris pour base de son étude, les chiffres annuels de décès, attribués au croup, dans les documents qui ont servi à M. Trébuchet, pour ses recherches sur la mortalité de la ville de Paris. Faisant pour le moment la réserve d'un examen ultérieur pour statuer sur la valeur de ces documents, supposons-les exacts, et voyons ce qu'en tire M. Bouchut.

» Cet auteur affirme que le chiffre annuel des décès par croup, a suivi, depuis 1838 jusqu'à l'an dernier, une progression croissante considérablement plus marquée que l'accroissement correspondant de la population.

» J'ai sous les yeux (*Annales d'hygiène publique*) la série des chiffres annuels publiés par M. Trébuchet, pour la série d'années 1839 à 1851, soit 13 des 19 ou 20 années auxquelles M. Bouchut fait allusion ; voici ces chiffres par ordre de date : 282—347—349—275—211—297—297—307—740—374—305—359—331. Il faut franchement un puissant effort d'imagination pour tirer de cette série une loi progressive d'accroissement. Sauf le chiffre de 1847—740, qui est beaucoup plus fort que les précédents et les suivants, on peut dire que la loi de cette série est plus près d'être stationnaire que progressive. Remarquons même que la somme des chiffres de 1840 et 1841 forment un total plus fort que ceux de 1850 et 1851, différence dont la loi d'accroissement de population charge encore plus les 2 années anciennes vis-à-vis des nouvelles. Il est possible que les décès croupaux de 1852 à 1857 figurent pour des chiffres beaucoup plus élevés, je ne les connais pas ; mais alors il faudrait parler d'un accroissement pour ces 5 dernières années, après avoir constaté la presque uniformité pour les années 1839 et 1851, et je ne sais si cette plus exacte appréciation des matériaux serait favorable aux conclusions finales du travail que j'examine.

» Maintenant, que signifient ces chiffres de décès ? Si on les compare à la population, ils exprimeront dans quelle proportion les habitants de Paris paient leur tribut mortuaire au croup ; mais on n'en peut *absolument rien* inférer quant à la mortalité du croup, c'est-à-dire à la proportion de décès fournie par un nombre donné de croups. Pour résoudre péremptoirement la question : *Est-ce que le croup est devenu progressivement plus mortel* depuis 15 ou 20 ans à Paris, M. Bouchut aurait dû considérer les chiffres de décès précédents comme les numérateurs dont les dénominateurs auraient été les chiffres annuels correspondants, indiquant la somme des cas de croup observés dans Paris. — Mais ces dénominateurs si désirables, on ne les recueille ni à Paris, ni ailleurs, pas même à Genève ; aussi, ne suis-je pas plus en mesure de résoudre cette question statistiquement pour Genève, que M. Bouchut ne me paraît l'être pour Paris. — Tout ce que je puis dire, comme impression de mes vingt-quatre ans de pratique, c'est que j'ai eu tout au plus 2 guérisons de vrais croups sur 10 ; le plus grand nombre traités médicalement, car je ne me souviens que de 4 trachéotomies, dont 1 guérie. Le traitement médical est beaucoup plus suivi à Genève que le chirurgical, et quelques-uns de mes confrères accusent une part de guérison légèrement supérieure à la mienne. Ceci dit, je reviens à la statistique de M. Bouchut.

» M. Bouchut n'avance pas d'emblée que sa soi-disant progression mortuaire signifie : qu'on perd plus de croups de nos jours qu'autrefois. Il dit que cet accroissement ne peut s'expliquer que de trois manières : ou bien par un accroissement proportionnel dans le nombre des croups ; ou bien par un accroissement dans la gravité de la maladie ; ou par la thérapeutique qui, loin de progresser, aurait faibli ; et si cette troisième alternative est la vraie, arrive le procès intenté à la trachéotomie.

» Pour écarter la première interprétation, la seule des trois qui paraisse raisonnable, l'auteur se borne à dire qu'un accroissement progressif du croup jusqu'à quintupler est inadmissible. C'est, au lieu d'une démonstration statistique, une simple négation ; et une négation qui n'a un sens qu'à condition qu'il soit bien démontré que les décès par croup ont quintuplé, ce qui fait encore question selon ce que j'ai dit plus haut.

» La maladie serait-elle devenue plus grave ? Seconde alternative. S'il s'agissait de rougeole, scarlatine ou coqueluche, maladies où la guérison est la règle et la mort l'exception, on comprendrait que la maladie pût s'aggraver au point de fournir sur un même nombre de cas, 2, 3, même 5 fois plus de décès. Mais, dans le croup où la meilleure thérapeutique n'a évidemment pas empêché la guérison d'être plus rare que la mort, je demande quelle chance d'accroissement dans les décès laisserait la terminaison funeste de tous les cas sans exception ? Il suffit d'un peu de réflexions pour se dispenser d'avancer cette interprétation.

» Mais voici l'alternative favorite de l'auteur ; il y arrive par élimination, puis il cherche à la démontrer vraie. Voilà donc le croup qui, dans le temps de la pratique exclusivement médicale, comptait peut-être 9 décès sur 10 cas à Paris (mettons seulement 8 et même 7, si l'auteur le préfère), le voilà qui, sous le règne barbare de la chirurgie, voit ses décès quintupler ! Je dis bien 5 fois avec l'auteur, et avec un auteur qui s'est dûment décidé à ne pas admettre un accroissement dans le nombre des cas. Ainsi, sur 10 cas, la médecine en perdait une fois 7, et aujourd'hui on en perd au moins 7 fois 5. 35 décès pour 10 croups !... Il faut avouer que voilà une solution colossale.

» Mais je suppose que, pour parer cette conséquence absurde, M. Bouchut consente à se départir de sa négation absolue à l'endroit de la première alternative, et consente à déverser sur un accroissement proportionnel des cas, les foudres surnuméraires dont il charge la chirurgie, la bonne statistique ne dira plus : c'est absurde ; mais elle dira encore : est-il vrai que le traitement chirurgical soit ici en cause ? La statistique propre à juger les questions de thérapeutique demande d'autant plus de précision et de bonne critique qu'il s'agit d'apprécier des différences peu frappantes et souvent délicates à expliquer ; et la statistique indirecte et légère de notre auteur y est particulièrement impropre. Si 100 cas sont traités médicalement et donnent 15 guérisons, il suffirait que la chirurgie, sur un même nombre, n'en donnât que 5 ou 10 pour que sans statistique l'observation générale des faits en fît revenir ; or, d'aussi petites différences sont seulement ici en question, et la statistique de M. Bouchut n'est pas faite pour les apprécier.

» Mais, j'ai supposé jusqu'ici que les documents dont s'est servi M. Trébuchet étaient assez exacts pour être utilisés dans le travail de M. Bouchut. Je dois maintenant en examiner la valeur. Ces documents, dont mon savant collègue, M. Trébuchet, a tiré des résultats très importants sur le mouvement de la population de Paris, qu'il a même analysés, au point de vue médical, avec une irréprochable précision, sont malheureusement si défectueux, quant aux qualifications morbides des décès, que je n'en ai rien pu tirer, même comme terme de comparaison, dans mon *Essai de statistique mortuaire*. J'en développe les raisons, pag. 374 et suiv. ; et il me suffit de citer deux ou trois résultats pour être compris. En faisant la répartition par âges des décès appartenant à diverses espèces morbides on arrive à des contre-vérités comme celles-ci : L'homme meurt plus de fièvre typhoïde entre 75 et 80 ans, qu'entre 35 et 40 ans ! L'âge où il meurt le plus de phthisiques est 80 à 85 ans ; entre 25 et 30 ans il en meurt trois fois moins ! Le maximum des décès phthisiques pour la femme est entre 85 et 90 ans. Et beaucoup d'autres énormités analogues qui toutes se reproduisent assez régulièrement d'une année à l'autre. On y trouve pour le croup plus de décès dans les deux sexes, entre 0 et 1 an qu'entre 1 et 2 ans et 4 et 6 ans ; quoi que toutes les statistiques d'auteurs, ainsi que celle de mes 13 ans de décès du canton de Genève constatent la rareté du croup avant 1 an. Voyez mon *Essai*, page 205 et suivantes.

» Voilà où aboutit une enquête médicale de médecins-vérificateurs des décès, non contrôlée par les bulletins des médecins praticiens, faite d'après une nomenclature incomplète, réduite à l'indication de ce qu'on appelle les maladies saillantes, au nombre d'une quinzaine de désignations, parmi lesquelles le vérificateur doit forcément opter pour chaque décès ; voilà surtout où aboutit cette enquête lorsque le dépouillement de pareils documents est confié aux employés d'un bureau de Police, sans intervention de médecins qualifiés pour ce genre de dépouillement.

» J'aurais pu mettre d'emblée hors de cause la question soulevée par M. Bouchut, au moyen de documents qui n'offrent aucune sécurité ; mais j'ai cru utile, pour la question qui va se débattre dans votre Société, de montrer que même avec des documents exacts, M. Bouchut n'aurait pas convaincu, à cause de la méthode statistique qu'il a adoptée.

» Je pourrais ajouter encore plusieurs développements à ce qui précède ; je pourrais faire remarquer, par exemple, que l'angine couenneuse n'est pas indiquée dans la nomenclature de la ville de Paris, que par conséquent les croups ont bénéficié des décès par angine couenneuse qui ont surtout sévi ces dernières années à Paris. C'est encore une remarque à côté de laquelle M. Bouchut a passé sans y prendre garde. . . . . . »

M. Henri Roger : Dans la séance du 22 septembre dernier, à la suite de communications intéressantes de plusieurs des membres de la Société, sur la nature et les formes de la diphthérie, la question de la thérapeutique de l'angine couenneuse et du croup fut traitée incidemment : à propos des essais de cathétérisme du larynx suivant la méthode de M. Loiseau, à propos du tubage et d'une note où M. Bouchut disait que, par la trachéotomie pratiquée pour le croup, on perdait 90 malades pour 100, je crus devoir réclamer, par quelques mots, en faveur de la bronchotomie (comme si cette opération avait besoin d'être défendue dans une réunion de médecins des hôpitaux !)

Depuis, des faits nouveaux se sont produits : le cathétérisme du larynx a été pratiqué plusieurs fois à l'hôpital des Enfants ; mais comme il n'a pas répondu aux espérances qu'il avait fait concevoir, on paraît y avoir renoncé pour s'en tenir à la trachéotomie. D'un autre côté, M. Bouchut a continué à combattre la bronchotomie par la statistique ; il a insinué qu'elle était impuissante et même dangereuse ; et ces accusations il les a renouvelées dans plusieurs journaux et devant diverses assemblées, proposant, pour la guérison plus sûre du croup, l'introduction d'un tube à demeure dans le larynx ; il espérait de ce tubage un plus grand nombre de guérisons : je dis qu'il espérait, car en même temps qu'il exposait les avantages de sa méthode, il déclarait, avec une franchise dont il faut le louer, que sur *deux* malades opérés, *deux* étaient morts, ou, pour exprimer le fait numériquement, que la mortalité avait été de cent pour cent.

Les médecins et le chirurgien de l'hôpital des Enfants, ne se trouvant guère encouragés par ces premiers essais, n'ont point tenté, autrement que sur le cadavre, le tubage du larynx : pour donner suite à l'idée de notre confrère (qui a de même proposé, pour le coryza des nouveau-nés, l'introduction de canules à demenre dans les narines), ils attendent d'autres expériences : c'est à M. Bouchut à les instruire lui-même de l'issue de ses tentatives ultérieures ; qu'il ait réussi ou qu'il ait échoué dans toutes ses opérations comme on l'a dit, il viendra certainement nous faire part avec le même empressement et la même loyauté de ses revers comme de ses succès.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, qui peut rendre et qui rend de si grands services à la pratique, a jugé utile de mettre à l'ordre du jour la question *de la valeur de la trachéotomie dans le croup*. Laissant donc de côté le cathétérisme et le tubage, je vais seulement parler de la trachéotomie et des recherches statistiques publiées à cette occasion.

Depuis environ vingt ans, les praticiens, éclairés et convaincus par les écrits de M. Bretonneau, par les faits nombreux et les prédications de M. Trousseau, par les observations et opérations confirmatives de MM. Blache et Guersant, et gagnés désormais à la cause de la trachéotomie par des succès incontestables, voyaient dans cette opération une dernière ressource, après l'épuisement de toutes les ressources du traitement médical ; ils y trouvaient, pour leurs malades, un dernier moyen de salut qui, en effet, a arraché bien des enfants atteints de diphthérie laryngée à une mort certaine ; aussi, bien vive a été la surprise de ces praticiens ; grande a été leur émotion, quand un médecin des hôpitaux, est venu leur dire : la trachéotomie que vous regardez comme une ressource précieuse, est peut-être une opération funeste ; la mortalité des affections croupales a doublé, a triplé, à partir du moment où cette opération a été restaurée ; depuis ce progrès menteur, « les enfants meurent quatre à cinq fois plus qu'autrefois. »

L'accusation est étrange, inattendue ! Examinons en quels termes elle est portée et comment elle est justifiée.

Prenant la statistique officielle de la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de la ville de Paris, M. Bouchut y voit qu'alors que la mortalité générale diminuait pendant les 32 dernières années, la mortalité spéciale du croup augmentait et devenait proportionnellement plus forte, eu égard au chiffre de la population ; « faut-il attribuer cette mortalité croissante à une augmentation constante du nombre des croups, ou serait-ce, au contraire, la conséquence des récents efforts de la thérapeutique ?... Il y a lieu de croire que la trachéotomie, n'est pas, sous ce rapport, à l'abri de tout reproche. » Après avoir mis en relief les chiffres qui semblent prouver cette augmentation de la proportion des décès, il conclut que « la mortalité par le croup (32 années auraient fourni un total de 10,044 décès) a été, pour 1,000 habitants, de 1847 à 1858, à peu près cinq fois plus forte qu'en 1838. »

L'an dernier, une discussion approfondie à l'Académie de médecine a fait voir les difficultés, sinon l'impossibilité, d'une statistique *vraie* des causes de décès : ce qu'elle peut valoir *avec l'organisation actuelle* (et malgré le zèle, malgré la science éprouvés de M. Trébuchet, zèle et science récompensés par les honneurs académiques), ce qu'elle vaut, nous le savons tous, et M. Marc d'Espine vient de vous le montrer par des exemples frappants, avec l'autorité qui s'attache à sa bonne renommée de médecin et de statisticien. S'il est vrai, comme l'écrit l'éminent praticien de Genève, que l'angine couenneuse ne soit pas indiquée dans la nomenclature nosologique de la ville de Paris, et que, par suite, les croups aient bénéficié (au moins en partie) des décès par cette grave maladie, épidémique dans ces dernières années, la statistique invoquée par M. Bouchut nous semble pécher par la base, et la solidité de ses déductions en est quelque peu ébranlée.

Mais nous ne voulons pas discuter les chiffres en eux-mêmes : ils ont été donnés sincèrement, et nous les tenons, en conséquence, pour vrais. Nous ne pouvons pourtant pas ne pas faire observer tout d'abord (et cette remarque a dû frapper tout lecteur attentif) que, dans cette statistique, on a spéculé sur des éléments incomplets : on a seulement le chiffre de la mortalité par le croup sans le nombre total des croups, sans les cas de guérison comme ceux de mort. C'est là un vice irrémédiable qui entache par avance l'interprétation qu'a préférée M. Bouchut : le nombre des guérisons par rapport aux décès étant inconnu, on ne saurait légitimement prétendre que, par les nouveaux efforts de la thérapeutique, on obtienne moins de succès que par la médication ancienne. Comme la diphthérie procède souvent par épidémies, ainsi que le prouvent les disparates si remarquables dans la mortalité d'une année à l'autre ; et comme le croup est une affection fatale dans l'immense majorité des cas, l'accroissement de mortalité, si tant est qu'il soit réel, s'expliquerait beaucoup plus simplement par l'accroissement même du nombre des croups, que par toute autre influence. La gravité de la maladie et sa forme épidémique sont ici les éléments dominateurs dont l'action est toute puissante sur le chiffre des décès.

Première question : *La mortatité a-t-elle réellement et considérablement augmenté depuis l'intervention de la trachéotomie dans le traitement du croup ?*

En se servant des tableaux statistiques dressés par M. Bouchut, si l'on oppose les 15 années qu'il groupe en une seule série sous ce titre : *Avant la trachéotomie*, à une seconde série égale de 15 années, *après la trachéotomie*, on trouve que la proportion des décès par le croup a réellement augmenté. Dans la première série, de 1826 à 1840 inclusivement, on compte un total de 2,884 morts, c'est-à-dire en moyenne 192 par an ; la deuxième série, de 1840 à 1855, est chargée de 5,533 décès, ou 366 par an : la mortalité paraît avoir doublé ; mais si l'on tient compte de l'accroissement de la population, qui de 836,402 habitants (terme moyen des 15 premières années) a monté à 1,047,743 (terme moyen des 15 années suivantes) l'augmentation des décès ne se trouve plus être que d'environ *un tiers* (rapport que modifierout à peine les épidémies de 1857 et 1858).

Comment donc M. Bouchut a-t-il pu tirer de l'opposition de ses deux tableaux *avant* et *après*, cette phrase : « C'est à partir de cette époque (la restauration de la bronchotomie), qu'on voit la mortalité devenir le double, le triple, le quadruple de ce qu'elle était antérieurement ? » C'est sans doute qu'il aura, dans ses deux séries, mis en regard certains chiffres isolés, au lieu de considérer l'ensemble. Si, par exemple, on comparait l'année 1830, la moins chargée de toutes, où il y a eu seulement 124 morts par le croup, à la fatale année 1847 qui en a fourni 740, le contraste serait plus frappant encore. Mais considérez quelques autres années, de l'une ou de l'autre série, et vous n'y verrez plus de différence, et le chiffre des décès sera presque identiquement le même eu égard à la population. Ainsi (et ce n'est pas la seule année), en 1839, on compte 287 décès pour 920,880 habitants, et en 1845, 397 morts pour une population de 1,030,169. Bien plus, la comparaison des tableaux

montre que la mortalité croupale a été plus considérable, relativement et même absolument, dans certaines années où la trachéotomie n'était pas encore pratiquée, que dans d'autres où l'opération était en vigueur. Ainsi, en 1826, *avant* la trachéotomie, on mourait plus (282 décès) que pendant le règne de la bronchotomie, en 1842 et 1843, où le chiffre des décès est seulement de 275 et de 211 avec une population plus forte d'un tiers.

Conséquemment, le fait démontré par les recherches statistiques de M. Trébuchet, examinées attentivement, ce n'est point l'accroissement constant et régulier de la mortalité croupale : c'est, au contraire, l'inconstance et l'irrégularité de ces chiffres mortuaires; et l'explication la plus rationnelle, selon nous, de ces dissemblances, aussi fortes pour les années de la première série que pour celles de la seconde, c'est l'influence épidémique : ces épidémies, personne ne songe à les contester; et ce sont elles qui, sévissant sur un nombre excessivement variable d'enfants, qui, toujours très graves et mortelles dans presque tous les cas particuliers, donnent la raison de ces énormes différences observées d'une année à l'autre dans la proportion des décès : ces épidémies, elles sont écrites en caractères irrécusables dans les registres de la mortalité parisienne.

DEUXIÈME QUESTION : *La trachéotomie est-elle la cause de l'augmentation signalée dans les décès par le croup pour les dix-huit dernières années ?*

En donnant l'interprétation la plus plausible de l'accroissement de la mortalité, en indiquant l'influence qui nous a paru et qui, nous le croyons, paraîtra à tous la plus puissante, nous avons déjà répondu par la négative à cette deuxième question. Après avoir, statistique en main, accusé la trachéotomie, M. Bouchut hésite pourtant au moment de juger. Après avoir récapitulé 10,044 décès et en avoir imputé quelques milliers sans doute à cette opération, il se demande si, « *pour cela*, l'opération est inutile ou nuisible; je ne le crois pas (ajoute-t-il), et en la tirant de l'oubli, M. Trousseau a rendu un grand service à la science. » Tout à l'heure je reprochais à notre honorable confrère son trop de sévérité à l'égard de la trachéotomie; à présent, je trouve qu'il est indulgent à l'excès; et, contrairement à son opinion, je juge parfaitement *inutile* une opération qui n'empêche pas la mortalité par le croup de tripler, de quintupler en vingt ans, et je crois essentiellement *nuisible* une intervention chirurgicale qui entre, pour si peu qu'il voudra, dans un accroissement aussi effroyable de décès.

La bronchotomie va se défendre elle-même : laissons parler les chiffres (1).

Si les commencements de la trachéotomie furent assez malheureux; si les cas de guérison étaient exceptionnels (le premier qui ait été constaté dans les hôpitaux a été observé par nous en 1839, alors que nous étions interne dans le service d'un maître illustre et vénéré, Guersant père); si, de 1846 à 1848, 15 opérations, sur 62 admissions, furent toutes les 15 suivies de mort, il en est bien autrement dès 1850, et, cette année-là, sur 20 opérations pratiquées par MM. Trousseau et Guersant fils, 6 réussissent complétement.

Depuis, la proportion des succès continue à progresser; si, négligeant le détail des séries annuelles, l'on réunit les chiffres des 9 dernières années, de 1850 à 1858, on trouve 562 enfants atteints de croup : le nombre des opérations est de 466, et celui des guérisons 126, c'est-à-dire plus du quart (27 pour 100).

La proportion des guérisons est plus forte encore si, dans ce total de 466 cas, l'on considère seulement les résultats de l'opération chez les enfants un peu âgés : en effet, des diverses conditions qui peuvent faire varier le pronostic de la bronchotomie dans le croup, l'âge est, sans contredit, la plus active : tandis que, chez les opérés qui n'ont pas dépassé 3 ans, on n'obtient que de rares succès, dans la proportion de quelques centièmes, le chiffre des guérisons, chez les sujets de 6 à 12 ans, s'élève jusqu'à 44 pour 100.

Voilà le nombre des enfants sauvés d'une mort, on peut dire certaine, par cette opération qui est accusée d'accroître le chiffre de la mortalité croupale !

Afin d'augmenter les chances de guérison dans la diphthérie laryngée, M. Bouchut conseille d'attendre, pour la trachéotomie, la période ultime de la maladie, celle d'asphyxie complète et non pas d'asphyxie commençante. Cette fois encore, la statistique n'est point favorable à son opinion. Dans les thèses de M. Letixerant et de M. Millard, où les opérations faites à une période très grave, asphyxique du croup (on n'opère jamais, à l'hôpital des Enfants, avant cette période), où ces opérations sont distinguées de celles qui furent pratiquées dans l'imminence de la mort, on trouve pour ces cas *in extremis* une proportion de guérisons de 21 p. 100 seulement (13 succès sur 62 opérations), et, pour l'autre série, de 39 enfants opérés avant l'asphyxie très marquée, 25 guérisons, c'est-à-dire la proportion de 64 p. cent; cette proportion est considérable; elle est assurément de nature à décider le médecin qui se trouvera en présence d'un enfant atteint de croup, à ne pas trop retarder la trachéotomie, à ne pas attendre, pour la pratiquer, l'*anesthésie*, cette anesthésie promise par M. Bouchut, et qui pourrait bien ne pas venir.

En résumé, des considérations et des chiffres que je viens de vous soumettre, je crois devoir conclure :

1° Que la statistique des décès par le croup dans la ville de Paris dont M. Bouchut s'est servi est tout au moins incomplète et conséquemment fautive;

2° Que notre honorable confrère s'est mépris sur la réalité, le degré et la proportion de l'accroissement de la mortalité croupale;

3° Qu'il en a donné une interprétation injuste en l'imputant, même pour une part minime, à la trachéotomie;

4° Que cet accroissement, d'ailleurs contestable, et qui est fort irrégulier et capricieux dans sa marche, s'explique plus naturellement par l'augmentation du nombre des croups dans certaines épidémies, irrégulières dans leur apparition et variables en étendue et en gravité;

5° Que la trachéotomie, loin d'être une cause probable d'augmentation de la mortalité du croup, est une cause positive de l'abaissement de cette mortalité;

6° Que la restauration de cette opération (et pour cette conclusion dernière je serai, comme tous les praticiens, en accord parfait avec M. Bouchut) est et demeure « un grand service rendu à la science » et à l'humanité.

(1) Je dois ces résultats numériques à mon excellent collègue M. Sée, ainsi qu'aux élèves zélés de l'hôpital des Enfants; les chiffres ont été relevés sur les registres de l'hôpital, qui, pour les cas de croup opérés ou non, sont tenus depuis une douzaine d'années avec beaucoup d'exactitude, et de plus, ils ont été contrôlés au moyen des mémoires et thèses des médecins ou des anciens internes de l'établissement.

M. Ernest BARTHEZ propose que la discussion soit continuée et demande personnellement la parole pour la prochaine séance. En attendant, il communique à la Société le relevé statistique des décès causés par le croup dans le 3me arrondissement pendant les cinq dernières années et les six premiers mois de celle-ci. Ce tableau lui a été remis par M. Bergeron pour être communiqué à la Société.

Relevé statistique des décès causés par le croup dans le 3me arrondissement, pendant la période comprise entre le 1er janvier 1853 et le 1er juillet 1858, avec indication des cas où la trachéotomie a été pratiquée.

Années.	Au-dessous de 3 ans.	De 3 ans à 4 ans.	De 4 ans à 5 ans.	De 5 ans à 6 ans.	De 6 ans à 7 ans.	De 7 ans à 8 ans.	De 8 ans à 10 ans.	TOTAUX par sexe. Masc.	TOTAUX par sexe. Fémin.	Totaux généraux.	Opérations pratiquées.
1853	12	5	4	1	2	0	0	13	11	24	3
1854	8	4	0	0	0	1	0	5	8	13	3
1855	5	3	1	2	3	1	0	7	8	15	2
1856	3	3	1	0	2	0	0	5	4	9	4
1857	6	4	5	4	0	1	0	10	10	20	2
1858 (*)	9	3	5	1	0	0	0	5	13	18	3
	43	22	16	8	7	3	0	45	54		
	99							99		99	17

(*) Premier semestre.

Le relevé statistique précédent (ajoute M. Bergeron) montre que sur *quatre-vingt-dix-neuf* eufants qui, dans le 3me arrondissement de Paris (69,000 habitants) et pendant une période de 5 ans 1/2, ont succombé au croup, *dix-sept* seulement ont subi l'opération de la trachéotomie; il montre en outre, sans préjudice d'autres faits qui n'ont pas de rapport avec la question pendante, que la trachéotomie n'est pas encore devenue une opération vulgaire dans la pratique de la ville, et conséquemment qu'elle ne peut avoir été la cause de l'augmentation de la mortalité croupale dans ces dernières années.

Cette statistique est bien courte; elle me paraît assez significative cependant pour qu'on en tienne compte. Ce qui me paraît hors de doute en tout cas, c'est qu'elle parle très haut en faveur de la thèse que je soutiens avec MM. Roger, Sée, Barthez, etc., tandis que la longue statistique qu'a dressée M. Bouchut est complétement muette sur la question qu'il a soulevée, et dont il a donné une solution si inattendue.

Le secrétaire, Dr WOILLEZ.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

ROTATION COMPLÈTE OU FŒTUS SUR LUI-MÊME PENDANT L'EXTRACTION; ENFANT VIVANT; par M. G. LAUTH. — Appelé pour délivrer une femme en travail de son quatrième enfant, M. le docteur Gustave Lauth apprend tout d'abord de la sage-femme qu'un pied est hors de la vulve. Après s'être assuré par l'auscultation que l'enfant était bien vivant, et avoir reconnu le pied droit sorti de la vulve jusqu'à mi-jambe, le talon regardant directement en avant et dirigé en haut, il pensa qu'il n'était pas nécessaire de rechercher la position; le dos devait être en avant. En conséquence, M. Lauth tira sur la jambe dans la direction de l'axe du bassin, mais doucement d'abord. N'obtenant aucun résultat, il tenta d'accrocher l'aine gauche avec le doigt, mais ne put y parvenir. Il se mit alors à tirer de nouveau et avec plus de force sur la jambe, qui, après être descendue jusqu'au genou, ne remonta plus. M. Lauth, sentant que l'enfant allait avancer, continua de tirer doucement, cherchant plutôt à aider la nature qu'à la remplacer. Il s'apprêtait à dégager la fesse gauche sous les pubis à sa place normale, lorsque, à sa grande surprise, un mouvement tout opposé se produisit; la jambe qu'il tenait tourna peu à peu sur elle-même; le talon se dirigea en arrière et les orteils en avant. Puis, par la continuation du mouvement de rotation, le talon revint de nouveau se placer en avant. A ce moment, la fesse gauche était descendue. L'aine fut accrochée et l'accouchement heureusement terminé. Le fœtus avait donc exécuté une rotation complète sur lui-même. Il n'y eut pas d'accident. L'enfant était énorme; la tête était restée assez lontemps au passage; de sorte que la respiration s'établit d'abord difficilement. Mais au bout de peu de temps, tout fut dans l'ordre. — (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 8, 1858.)

SUR LES OSTÉITES ÉPIPHYSAIRES DES ADOLESCENTS; par M. GOSSELIN. — M. Klose, de Breslau, a publié, sur le décollement des épiphyses, un travail intéressant dont une courte analyse a été donnée dans ce journal.

M. Gosselin a eu, depuis quelques années, l'occasion d'observer plusieurs cas analogues à ceux de M. Klose, et d'autres qui n'avaient pas la même gravité, quoique le siége des lésions fût identique, et il rappelle que M. Chassaignac, dans un excellent mémoire sur l'ostéo-myélite, en a décrit de tout à fait semblables. M. Gosselin craint que la dénomination de décollement épiphysaire imposée par M. Klose n'induise en erreur ou ne frappe pas assez l'attention. Il pense que l'affection en question est une ostéite, particulière à l'adolescence, qui, au lieu de revêtir les formes vulgaires généralement connues sous les noms de carie, nécrose, affection tuberculeuse, se présente sous deux aspects moins connus qu'il caractérise par ces mots : *Ostéite épiphysaire aiguë suppurée, ostéite épiphysaire lente et non suppurée.* A la première variété se rapportent la plupart des observations de M. Chassaignac sur l'ostéo-myélite, et toutes celles de M. Klose sur le décollement spontané des épiphyses. M. Gosselin en rapporte trois observations qui lui sont propres. Quant à la seconde variété, M. Gosselin dit qu'aucun de ses malades n'a succombé et que, par conséquent, il n'a pu avoir la démonstration positive du fait. Il a rencontré plusieurs fois des sujets de 14 à 18 ans qui souffraient au genou ou au cou-de-pied pendant la marche, chez lesquels la douleur, toujours assez modérée, ne se prononçait un peu plus qu'à la fin de la journée, et quand les malades avaient marché ou s'étaient tenus debout un peu longtemps. Chez quelques-uns, la douleur est devenue assez forte pour les obliger à garder le lit et à entrer à l'hôpital; elle a disparu et la marche est redevenue possible après vingt-quatre ou quarante-huit heures de séjour au lit. Plusieurs d'entre eux ont été repris deux ou trois fois par an pendant quelques années, des mêmes accidents, qui ensuite ne sont plus revenus. Chez d'autres, l'articulation voisine a offert un peu de tuméfaction, qui a disparu promptement; chez un autre, qui avait continué la marche et les fatigues, malgré les douleurs, l'arthrite, sans prendre le caractère fongueux, est passée à l'état chronique et a laissé une certaine raideur de l'articulation. — (Extrait des *Archives de médecine*, novembre 1858.)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE PROTOIODURE DE MERCURE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES; par M. E. BERTIN. — Le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes est encore aujourd'hui un sujet de discussion pour les médecins.

Faut-il administrer le mercure ou doit-on le proscrire? D'un côté, on attribue à ce médicament les plus fâcheux accidents, et, entr'autres, l'avortement. C'est ce qu'a cherché à démontrer M. Colson, auteur d'un travail sur ce sujet. D'un autre côté, on regarde comme une règle de traiter efficacement la syphilis des femmes enceintes, et c'est l'opinion de MM. Ricord, Gibert, etc., et de M. Bertin. Ce dernier montre que, dans les six observations de M. Colson, il n'y en pas une seule qui mette en évidence d'une manière inattaquable cette prétendue action si funeste du mercure sur l'embryon humain; puis il donne le sommaire de onze cas qu'il a observés, et dans lesquels la syphilis fut traitée par le protoiodure de mercure. Sur ces onze femmes enceintes, huit sont accouchées à terme d'enfants vivants, ou ont vu, pendant leur séjour à l'hôpital, leur grossesse suivre son cours naturel. Des trois autres, l'une accoucha avant terme d'un enfant mort depuis longtemps, en putréfaction, dont les mouvements avaient cessé de se faire sentir avant l'entrée de la mère à l'hôpital : on ne peut donc accuser le mercure de ce fait. Une autre avait déjà eu deux fausses couches avant d'avoir contracté la maladie vénérienne, et on peut penser que la troisième a eu lieu sous la même influence que les deux autres. Quant à la troisième, elle mit au monde un enfant de 7 mois, vivant, sur lequel, par conséquent, le mercure n'avait pu agir d'une manière fatale. M. Bertin conclut que les préparations mercurielles n'exercent pas d'action funeste sur le fœtus humain, et que le temps de la grossesse, loin de s'opposer à ce que des soins énergiques soient donnés, exige encore plus d'attention et de sage promptitude. — (*Gazette médicale*, 16 octobre 1858.)

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

MM. Monod	20 fr.
Kayser, à Bouzonville	10
	30
Listes précédentes	1023
Total	1053

COURRIER.

Le concours pour trois places de chirurgien au Bureau central s'est terminé mardi dernier par la nomination de MM. Béraud, Jamain et Dolbeau.

— On écrit de Londres, 20 novembre : Le célèbre voyageur qui a fait naguère tant de belles découvertes pendant ses excursions dans l'intérieur de l'Afrique, M. le docteur Barth, vient de recevoir les insignes de chevalier de l'ordre du Bain.

NÉCROLOGIE. — La ville de Beauvais vient de perdre un de ses médecins les plus éminents, M. le docteur J. B. Bordes, à l'âge de 74 ans. Né à Alan, canton de Saint-Gaudens (Haute-Garonne), après avoir fait de bonnes études à Toulouse, il entra dans la médecine militaire, fit, en 1812, la campagne de Russie; pendant la mémorable retraite, avec Fr. Ribes, Jourdan, L.-J. Sanson, Boisseau, Ducamp, Zinck, Blaquière, Émery, Desruelles et Bégin, il comptait parmi ces chirurgiens d'élite qui, sous la direction du baron Larrey, composaient les ambulances de la garde impériale.

Rentré en France, il fut nommé chirurgien des lanciers de la garde royale. Reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris en 1815, il donna sa démission pour se fixer à Beauvais, où il pratiquait la médecine de la manière la plus honorable depuis 42 ans.

Doué d'une grande instruction, connaissant bien tous les travaux des maîtres, M. Bordes possédait à un haut degré le tact médical qui constitue le bon praticien; son désintéressement était au niveau de sa science, et, à l'âge où le repos est permis, ne calculant que son dévouement, on le trouvait à toute heure du jour comme de la nuit dans le logement des pauvres.

Il laisse un fils, médecin de l'hospice de Beauvais et des épidémies du département de l'Oise, qu'il a formé de bonne heure à la science qu'il aimait et aux éminentes qualités qui le distinguaient.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — *Ordre du jour de la séance du mercredi 24 novembre :* Suite de la discussion sur la *valeur de la trachéotomie dans le croup.* — Lecture de M. Moissenet (suite) *sur le traitement des kystes hydatiques du foie.* — Communication de M. Becquerel sur l'*électricité.*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 140. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 NOVEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il ne fallait pas être un grand prophète pour prédire l'avalanche de réclamations, de protestations et de récriminations qui menaçait la tête de M. Malgaigne. Si ce brillant et téméraire orateur se plaît à semer les tempêtes, il doit être satisfait. L'agitation produite par son discours a profondément remué les deux rives de la Seine; elle est venue se traduire, hier, à la tribune académique, en accents plus ou moins irrités.

Cependant, l'assistance extrêmement nombreuse qui encombrait la salle et tous les couloirs de l'Académie, n'a pas eu satisfaction complète. On s'attendait généralement à une réponse de M. Trousseau au discours de M. Malgaigne, mais M. Trousseau, réservant sa réponse pour mardi prochain, a laissé la tribune à M. Blache et à M. Bouvier.

Un souvenir douloureux, toujours présent au cœur d'un père, empêche M. Blache de se mêler directement à la discussion actuelle. L'honorable membre s'est borné, hier, à servir d'intermédiaire à M. le docteur Millard, dont la thèse avait fourni plusieurs arguments à M. Malgaigne, et à MM. les docteurs Henri Roger et Sée, dont M. Malgaigne avait attaqué à outrance la statistique. La lecture des lettres de ces honorables confrères a produit une vive impression. Documents importants dans la question, ces lettres méritent mieux qu'une analyse, nous les reproduisons dans notre compte-rendu. Et comme rien ne nous est plus pénible que d'argumenter contre M. Malgaigne, nous laissons la parole à ceux dont il s'est fait le contradicteur et qui le lui ont bien rendu.

M. Bouvier a fait un solide et très vif discours, dans lequel un intéressant historique de la trachéotomie a tenu une large place. L'orateur a cherché à prouver que, depuis sa réintroduction dans la pratique par M. Bretonneau, la trachéotomie va toujours en se perfectionnant, et que, contrairement aux assertions qui ont été la cause de ce débat, cette opération donne aujourd'hui une proportion beaucoup plus élevée de succès que dans ses débuts. Par des chiffres certains et un relevé des faits puisés à des sources authentiques, M. Bouvier a cherché à prouver que cet heureux résultat était dû à trois conditions : le perfectionnement dans l'opération, l'indication de l'opération, les soins consécutifs à l'opération. Ces trois conditions se présentent à l'hôpital des Enfants, rien d'étonnant qu'il y ait là plus de succès qu'en ville. On y pratique l'opération selon les règles les plus récemment adoptées; on l'y pratique plus tôt; les soins consécutifs y sont mieux entendus. Il n'est pas exact, d'ailleurs, d'avancer que les succès en ville ne soient plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois; l'opinion des chirurgiens cités par M. Bouvier dément cette assertion.

M. Bouvier s'est exclusivement occupé de la trachéotomie; il a voulu venger cette opération des accusations injustes, selon lui, auxquelles elle vient d'être en butte. Du tubage de la glotte, l'orateur n'a pas dit un seul mot. En médecin soucieux de satisfaire les préoccupations de ses confrères et même celle des familles que cette discussion agite et inquiète, M. Bouvier, et c'est là le point important de son discours, a cherché à préciser les indications de la trachéotomie. Dans un rapide tableau des symptômes du croup, il s'est arrêté aux phénomènes précis qui indiquent l'asphyxie commençante, à cette époque qui fait prévoir presque à coup sûr que la trachéotomie sera plus tard indispensable, mais qu'elle sera faite alors avec des chances infiniment moindres de succès. Ce moment opportun, cette *occasio præceps*, M. Bouvier l'a indiquée avec grand soin, vengeant ainsi et les chefs de service et les internes de l'hôpital des Enfants d'une accusation de précipitation portée par M. Malgaigne. M. Bouvier a fait voir, par des citations de Valleix, de M. Grisolle et d'un auteur que l'on ne s'attendait guère à trouver de cette opinion, de M. Bouchut lui-même, que l'on n'opère à l'hôpital des Enfants, que lorsque la nécessité le commande et à l'époque de la maladie où les plus grandes autorités médicales, où l'expérience prescrivent de le faire.

Dans une péroraison très accentuée, M. Bouvier a fait un bel et légitime éloge des internes de l'hôpital des Enfants, éloge auquel l'assistance tout entière s'est associée par ses applaudissements.

M. Malgaigne a déclaré ne pas donner son acquiescement à ce discours, et s'est réservé le droit d'y répondre. Il expliquera certainement à la satisfaction générale ses véritables sentiments à l'égard de la jeunesse qu'il aime et de l'internat qu'il honore. Il ne faut pas donner à un incident de discussion, à quelques paroles échappées à une improvisation émue, plus de portée que l'orateur n'a voulu lui en donner lui-même.

Amédée LATOUR.

RÉCLAMATION A L'OCCASION DE LA STATISTIQUE SUR LE CROUP PUBLIÉE PAR M. BOUCHUT.

Monsieur le rédacteur,

Une assez sérieuse indisposition m'a empêché, depuis quinze jours, de me tenir au courant des débats de la presse médicale parisienne, et ce n'est qu'aujourd'hui que j'ai pu lire la lettre que l'Académie a reçue de M. Bouchut pour sa séance du 9 novembre, lettre dans laquelle se trouve le passage suivant qui me concerne :

« La statistique que j'ai publiée d'après les chiffres officiels des trente-» deux années qui viennent de finir, pour établir la loi d'accroissement » absolu et proportionnel de la mortalité du croup à domicile, ne pa-» raît pas avoir été bien comprise. M. Marc d'Espine et quelques méde-» cins se sont imaginés qu'il y avait cinq fois plus de croups mortels » aujourd'hui que par le passé, sur un nombre déterminé de malades, » et l'on a dit plaisamment que 7 décès sur 10 cas de croup, multipliés » par 5, donneraient 35 morts sur 10 malades. En abusant ainsi le » monde médical, M. d'Espine a commis une faute grave que je vous » prie d'atténuer. Il s'agit, en effet, d'une mortalité proportionnelle à » 1,000 habitants, et non proportionnelle à un certain nombre de » croups; soit donc 7 décès pour 1,000 habitants multipliés par 4, par » 5 et plus, vous aurez 28, 35 décès sur 1,000; je n'ai pas dit autre » chose. »

Il m'est impossible de laisser passer ce paragraphe sans mot dire, et j'espère que vous voudrez bien admettre, quoique attardées par la maladie, ces quelques lignes dans les colonnes de votre estimable journal.

M. Bouchut cherche à éviter une conséquence absurde qui ressort de sa dissertation statistique sur les documents mortuaires de la ville de Paris, en prétendant que je n'ai pas tenu compte du rapport des décès à la population. Il fait erreur. J'ai toujours tenu compte de ce rapport dans ma critique de son œuvre; mais ce rapport (et c'est ici le point important) n'a rien à faire avec l'objection que M. Bouchut cherche à éluder. Pour le montrer, il me suffira de faire sortir la conséquence absurde, en me servant des chiffres proportionnels que M. Bouchut prend pour exemple dans sa lettre.

Ne jugeant pas devoir expliquer l'accroissement quintuple des décès croupaux depuis trente-deux ans, par un accroissement proportionnel dans le nombre des cas de croup (ce que je signale dans ma critique comme la seule explication raisonnable), et passant après avoir dit que les croups ne sont pas plus nombreux qu'autrefois, à l'explication par l'accroissement de gravité et par les insuccès de la thérapeutique moderne, M. Bouchut me laissera bien introduire son hypothèse dans *ses chiffres* proportionnels. Si donc 10 croups ont donné il y a trente-deux ans 7 décès pour 1,000 habitants, ce sera bien encore sur 10 croups (puisqu'ils n'ont pas augmenté, selon M. Bouchut), qu'il faudrait faire peser les 35 décès pour 1,000 habitants d'aujourd'hui! Je n'ai pas voulu dire autre chose.

L'absurde, comme on le comprend, ne ressort que du refus qu'a fait M. Bouchut, dans son mémoire, d'admettre qu'une maladie aussi constamment grave que l'est le croup, peut quintupler, quant à ses décès, sans augmenter de fréquence, et cela par le seul fait du traitement (car il écarte également la supposition de l'aggravation de la maladie, laquelle, il est vrai, n'explique pas mieux que le traitement les décès quintuples). Il est évident que si, aujourd'hui, tous les croups étaient mortels, à fréquence égale, ils ne pourraient pas même fournir deux fois plus de décès qu'autrefois.

Autre point. Comme M. Bouchut maintient qu'un accroissement absolu et *progressif* de la mortalité par croup, de 1826 à aujourd'hui, ressort des documents mortuaires de la ville de Paris, je dois rappeler, ce que j'ai dit dans ma critique, c'est que j'ai prouvé par ces mêmes documents qu'il n'y a eu aucune progression dans la période de progrès de la trachéotomie : 1838 à 1851.

Les explications précédentes sont superflues pour ceux qui ont entendu lire à la Société médicale des hôpitaux ma critique sur la statistique de M. Bouchut (1); je ne la donne ici que pour mettre au clair les membres de l'Académie et le public médical qui ne connaissent de mon travail que les citations qu'en a bien voulu faire le savant professeur Trousseau, dans son remarquable rapport. Je le prie, à cette occasion, d'agréer mes remerciments pour l'honneur qu'il m'a fait.

Pour en finir avec M. Bouchut, j'ajouterai que je me dispense de répondre à sa longue lettre insérée dans la *Gazette des hôpitaux*, lettre où se trouve la reproduction des erreurs que je viens de réfuter, et des erreurs tout aussi manifestes sur l'appréciation que j'ai faite au point de vue médical des documents de la ville de Paris par les résultats statistiques de la fréquence des maladies par âge. Qu'on veuille ouvrir mon *Essai de statistique mortuaire* à ce sujet, et on verra si j'ai raison ou tort.

Le public médical en a, ce me semble, assez maintenant sur la statistique du croup; il est pleinement à même de juger, si c'est M. Bouchut ou moi qui l'*ai abusé* en matière de statistique.

Dr MARC D'ESPINE.

Genève, ce 20 novembre 1858.

(1) Voir le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE, compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Larrey présente, de la part de l'auteur, M. Daniel Brainard, membre correspondant, à Chicago-d'Illinois, la *Relation de treize cas de fractures non réunies traitées par la perforation sous-cutanée de l'os*. M. Brainard a décrit cette méthode dans un travail à part, et il a adressé tout récemment à la Société une observation inédite du même genre.

Les treize cas dont il s'agit fournissent quatre fractures de l'humérus, quatre fractures du fémur, trois fractures du tibia et deux fractures du cubitus.

L'auteur, à la suite de ces faits, rapporte une observation de résection de l'humérus à son extrémité inférieure, et du radius à son extrémité supérieure, près du coude, avec rétablissement des usages du membre.

M. Brainard ajoute enfin à ces différents cas celui d'une résection heureuse du genou, pratiquée avec succès sur un enfant de trois ans.

A l'âge de trois mois, cet enfant, en tombant des bras de sa mère sur le sol, s'était fracturé les deux os de la jambe. La fracture avait été méconnue, aucun traitement n'avait été employé, et ce n'est qu'à l'époque où l'enfant essaya de marcher qu'on s'inquiéta de la difformité du membre inférieur, qui était plus court que celui du côté opposé et présentait une saillie anguleuse due à la projection en avant des fragments.

Le 5 mai dernier, M. Brainard se décida à redresser ce cal vicieux par son procédé, qui consite, le malade étant chloroformisé, à introduire dans l'épaisseur de ce cal, dans des directions diverses, mais par une seule ouverture de la peau, un perforateur ayant environ un demi-centimètre de diamètre. La petite plaie cutanée fut fermée avec du sparadrap, et un bandage fut appliqué autour du membre.

Immédiatement après les perforations multiples, des tentatives avaient été faites pour rompre le cal avec la main; elles avaient échoué.

L'opération ne fut pas exempte d'accidents. L'inflammation consécutive fut assez vive, et la jambe fut envahie presque en totalité par un érysipèle. Cependant cet orage se calma, et, le 25 mai, M. Brainard fit un nouvel essai de redressement. Cette fois, une force très modérée suffit pour faire céder le cal, qui fut redressé sans que la douleur occasionnée par cette manœuvre ait été considérable. Il restait encore une très légère saillie des fragments, qui s'affaissa graduellement sous la pression d'un appareil approprié, et, le 28 août, la cure était complète.

— A l'occasion de la communication faite au nom de M. Brainard, M. Robert demande que la Société ne juge pas la question des résections du genou sans connaître les résultats définitifs de ces opérations. Après la résection du coude, que les chirurgiens pratiquent assez souvent, il y a presque toujours une assez grande mobilité des os réséqués. Quelquefois même il y a un certain écartement entre eux.

Dans ce cas, les mouvements du membre supérieur sont mal coordonnés, et la flexion se fait en deux temps : d'abord le triceps se contracte, l'avant-bras remonte, puis le biceps amène la flexion. On observe encore ces mouvements chez un malade que M. Robert a opéré il a quinze ans; ils se prononcent déjà chez un autre qui n'est qu'en voie de guérison.

M. Robert voudrait savoir si, dans les cas de résection du genou que l'on connaît, il y a eu ankylose de la jambe avec la cuisse; car, dans le cas contraire, ce serait, une fort mauvaise opération. Il ne se sent, d'ailleurs, aucune propension à la pratiquer.

— M. Follin : Les faits ont répondu à M. Robert, et on peut affirmer que les résultats immédiats sont aussi satisfaisants que pour les amputations de la cuisse qui sont faites dans la continuité. Il résulte aussi d'une statistique que j'ai publiée qu'il y a

soudure osseuse ou fortement fibreuse dans la plupart des cas. Les procédés opératoires ne sont pas sans influence sur les résultats des résections, et celui de M. Fergusson me semble mériter la préférence.

Pour résumer mon opinion sur cette opération, je dirai qu'elle doit rester dans la science, parce qu'elle a souvent été suivie de guérison chez les malades âgés de moins de 25 ans; mais beaucoup d'observations publiées en Angleterre étant incomplètes, il serait difficile de comparer les avantages et les inconvénients des résections du genou avec ceux de l'amputation de la cuisse. L'objection que l'on pourrait tirer contre les résections, du défaut d'accroissement du membre après l'opération, ne paraît pas fondée. Un soulier à talon peut suppléer à la différence de longueur des deux membres.

— M. Broca : L'une des objections les plus graves que l'on puisse faire aux résections du membre inférieur vient d'être signalée par M. Follin. Chez les enfants, l'accroissement du membre se faisant surtout par l'extrémité inférieure du fémur, lorsque l'épiphyse inférieure de cet os est enlevée, la source principale de l'accroissement du membre est tarie, et l'inégalité des deux membres va en s'exagérant de plus en plus. Dans un cas où M. Syme avait pratiqué la résection du genou chez un enfant, le raccourcissement, qui, primitivement, n'était que de deux pouces, avait triplé lorsque l'enfant eut atteint l'âge de 16 ans. J'attache moins d'importance au défaut de solidité du membre, car la soudure, qui, pour le membre thoracique, est une exception, devient la règle pour le membre abdominal. L'enfant qui fait le sujet de l'observation de M. Brainard n'est pas encore complétement guéri, mais il est en voie de guérison.

— M. Larrey, en parlant d'un résultat heureux, n'a pas voulu se prononcer d'une manière définitive. Il a quelques raisons pour croire que beaucoup d'observations ne sont pas publiées à cause des insuccès, ce qui rend nécessairement les statistiques fort incomplètes. Comme M. Robert, il croit que la résection ne peut être utile que si le membre, en s'ankylosant, acquiert des conditions de solidité.

— M. Marjolin : La statistique de M. Follin est nécessairement incomplète, car le nombre relatif des guérisons qu'il indique est en contradiction avec ce que j'ai observé à Londres. La moitié des malades que j'ai vu opérer ont succombé. Les Anglais se sont passionnés pour les résections; ils nous reprochent de ne point partager leur engouement. Mais, d'après le nombre de ces opérations qui se sont faites en Angleterre, on est en droit de se demander si on ne résèque pas des membres qui pourraient guérir sans opération. Le plus souvent, lorsque la maladie de l'articulation exige une amputation, l'ostéo-myélite remonte trop haut pour qu'on puisse pratiquer la résection.

On dit que cette opération convient surtout aux jeunes sujets; eh bien, dans le service d'enfants malades que j'ai dirigé depuis plusieurs années, je n'ai jamais trouvé de cas où la résection du genou fût applicable : une seule fois, j'aurais pu pratiquer la résection de la tête du fémur pour une coxalgie, et l'os coxal était malade.

— M. Giraldès n'est point de l'avis de M. Marjolin : il a vu à Londres plusieurs résections qui ont parfaitement réussi. Les chirurgiens anglais ont résolu la question de la consolidation après cette opération; il ne nous reste plus qu'une question d'indication.

M. Giraldès attribue, en finissant, une partie des résultats obtenus en Angleterre aux infirmeries des bords de la mer, où l'on envoie les convalescents, et aux soins hygiéniques dont on entoure les opérés.

— M. Follin connaît le fait qui a été rappelé par M. Broca; il le regarde comme exceptionnel. Il ne s'en est pas produit un autre semblable depuis plus de huit ans que M. Fergusson a fait adopter par ses confrères d'Angleterre la résection des articulations du membre inférieur.

Répondant à M. Marjolin, M. Follin dit qu'il ne faut pas s'effrayer de l'ostéo-myélite, qui remonte toujours plus ou moins au-dessus des surfaces articulaires. Suivant lui, on peut faire les résections dans tous les cas où l'on pratique les amputations.

— M. Larrey : Les chirurgiens anglais ne sont pas les seuls qui aient fait cette opération, MM. Textor et Heyfelder l'ont pratiquée avec succès.

— M. Larrey présente encore un appareil de fracture de jambe qu'il a rapporté d'une inspection en Algérie, et qui avait été trouvé, en 1857, par le docteur Waterloot, médecin aide-major de l'armée, sur un Arabe de la division de Constantine.

Cet appareil, assez grossier du reste, se compose d'un morceau de cuir de mouton, à la surface extérieure duquel sont fixées parallèlement cinq petites attelles plates. L'un de ses côtés est découpé en lanières qui s'engagent dans des ouvertures correspondantes sur le côté opposé, où elles étaient maintenues par de petites chevilles de bois traversant les lanières elles-mêmes.

L'appareil avait été appliqué à la jambe droite, par dessus un mouchoir très fin de mousseline arabe, ployé en triangle et maintenu par un nœud simple assez aplati pour n'opposer aucun obstacle à la compression régulière et uniforme de cet appareil, dont le point de jonction était à la face interne du membre.

Quant à la fracture, elle siégeait au tiers moyen, intéressant les deux os en travers, sans déplacement ni complication directe. Mais un gonflement œdémateux du pied resté libre nécessita très à propos la substitution méthodique d'un appareil plâtré.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Novembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 14 novembre, et par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation que lui a faite Mme veuve Orfila, d'une rente annuelle de 1000 francs, à l'effet d'instituer un prix de 2000 francs qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, et qui portera tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question puisée dans les autres branches de la médecine légale, suivant les conditions énoncées dans l'acte de donation.

M. le Président annonce qu'une commission, composée de MM. Adelon, Devergie, Moquin-Tandon, Caventou et Würtz, sera chargée de rédiger et de faire connaître prochainement la question qui devra être mise au concours.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Vichy, pour le service de cet établissement pendant l'année 1857.

2° Un rapport de M. le docteur Cornil-Boirot, sur le service médical des eaux minérales de Ste-Marie-de-Cusset, pendant l'année 1858. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Louis Sandras, qui adresse à l'Académie différentes questions sur le traitement du croup.

2° La description d'un appareil électro-médical qui pourra être vendu au prix de 45 fr., et dont l'inventeur est M. Lentz. (Com. M. Gavarret.)

3° M. Jules Charrière présente à l'Académie de médecine un nouveau pessaire de l'invention de M. le docteur Scipion Giordano, professeur d'accouchement à l'Université de Turin.

Cet instrument est composé de deux ellipses métalliques recouvertes d'un tube de caoutchouc, et maintenues écartées par un ressort spirale. Il présente une grande analogie avec l'hystérophore de Schilling, mais il en diffère en ce que les deux valves qui constituent le pessaire de Schilling sont écartées à l'aide d'une vis; il est beaucoup moins coûteux, il est moins susceptible de s'avarier; enfin la pression étant continue, il ne saurait se déplacer ni sortir spontanément du vagin. (Com. M. Danyau.)

4° Une note de M. le docteur Jacquez, de Lure, sur l'emploi des médicaments et surtout de l'acétate de morphine par les fosses nasales. (Comm. MM. Chatin et Piorry.)

5° Un mémoire intitulé : *Simples propositions sur le croup*, par M. le docteur Vernhes, de Béziers.

6° Un mémoire de M. Loiseau, de Montmartre, sur un nouveau moyen de faciliter l'expulsion de corps étrangers introduits ou développés dans les voies aériennes; moyen également applicable au traitement des premiers symptômes du croup. (Comm. MM. Bouillaud et Beau.)

7° Un travail de M. Fauconnet, médecin à Lyon, sur un nouveau traitement par la teinture de pyrèthre. (Comm. MM. Louis, Blache et Grisolle.)

8° Un travail sur la revaccination, par M. le docteur Panis. (Com. de vaccine.)

9° Une lettre de M. Gally, pharmacien, à propos du mémoire lu par M. Boinet, le 28 septembre dernier, rappelle que lui-même a présenté un travail sur cette question le 28 juin 1854. (Comm. MM. Chatin et Trousseau.)

10° Une note de M. Morel-Lavallée, ainsi conçue :

M. Morel-Lavallée, assisté du docteur Bygraves, un de nos dentistes les plus distingués, a, dans 16 cas consécutifs, entièrement supprimé la douleur de l'*extraction des dents* à l'aide de l'électricité, et en se servant exclusivement du davier anglais.

Le passage du courant a été seul ressenti par les opérés. M. Morel-Lavallée s'en assurait en faisant, après l'extraction de la dent malade, passer le courant par une dent saine, et ç'a été, dans tous les cas, la répétition de la même sensation. Plusieurs malades n'ont même rien éprouvé que dans le poignet. Le succès a été si net, que des employés de l'hôpital et deux externes ont voulu en avoir le bénéfice.

Un dix-septième fait est venu donner la contre-épreuve de l'efficacité du nouvel agent anesthésique : une extraction difficile commencée sans douleur s'est terminée avec une souffrance assez vive; on a eu à l'instant l'explication de cette apparente exception par l'interruption du courant : un des rhéophores s'était détaché de l'appareil. En réalité, le succès a donc été aussi constant que complet.

Dans les *opérations par l'instrument tranchant,* les résultats ont été tout aussi satisfaisants. Le chirurgien de Saint-Antoine a fait cinq incisions assez étendues, et dans des cas où, d'ordinaire, l'action du bistouri est le plus douloureuse : dans un abcès axillaire, dans des panaris et dans le foyer irrité par la présence d'un séquestre.

L'électrisation a donc le même succès avec le bistouri qu'avec le davier.

Dans les deux cas on a procédé d'une manière très simple. On s'est servi du petit appareil de Morin. On a réuni les courants de premier et de deuxième ordres; un des rhéophores était en communication avec le davier ou avec le bistouri, et l'autre aboutissait à la main du malade; au moment où l'instrument opératoire allait agir, le courant traversait la dent ou la partie à inciser. Pour doser l'électricité, M. Morel-Lavallée a d'abord essayé le courant sur lui-même; il a arrêté l'élévation du graduateur avant que l'effet galvanique fût réellement pénible. Il a eu la précaution importante d'isoler le courant, afin d'en éviter la dispersion. Il recommande dans ce but des gants de soie pour le dentiste, et l'application d'un vernis de gomme laque sur la face extérieure du davier. Le chirurgien a soin de ne pas toucher les parties métalliques du manche du bistouri, et il entoure d'une bande de diachylon le pavillon de la sonde cannelée. M. Morel-Lavallée espère que ce merveilleux fluide pourra intervenir dans des opérations plus élevées.

M. Bussy dépose sur le bureau, au nom de MM. Glénard et Guillermond, de Lyon, un mémoire sur une nouvelle méthode de dosage de la quinine dans les quinquinas, les extraits, etc., au moyen de liqueurs titrées. (Com. MM. Chatin, Caventou et Bussy.)

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Soubeiran, membre titulaire. Il ajoute que, conformément aux vœux du défunt, aucune députation officielle n'a accompagné ses funérailles.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la trachéotomie.

La parole est à M. Blache, qui donne successivement lecture des deux lettres suivantes, après avoir déclaré qu'il ne pouvait ni ne voulait prendre une part directe à la discussion.

Voici la lettre de M. Millard :

A Monsieur le Président de l'Académie de médecine.

Monsieur le Président,

Dans la dernière séance, M. le professeur Malgaigne m'a fait l'honneur d'emprunter à ma thèse plusieurs arguments sur lesquels je demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques explications.

L'accusation grave, portée contre les internes de l'hôpital des Enfants en général, sera combattue comme il convient, par les médecins de cet établissement, nos chefs de service, dont nous n'avons fait que suivre les instructions et les exemples.

Je dirai seulement, en ce qui concerne mon travail, que :

1° Le défaut de concordance, signalé entre la statistique de MM. H. Roger et Sée, et la mienne, s'explique très aisément, en ce que la première repose sur l'ensemble des trachéotomies faites à l'hôpital depuis huit ans, tandis que je me suis borné à consigner les résultats de l'année 1857 et du premier semestre de 1858, c'est-à-dire une période de dix-huit mois.

2° Si dans mes observations (qui ont trait exclusivement à des filles), il n'y en a qu'un petit nombre où l'opération ait été faite en présence des chefs de service, c'est que ces derniers passent une ou deux heures seulement le matin à l'hôpital, tandis que l'interne de garde observe, reçoit, et opère les enfants atteints de croup à toute heure du jour et de la nuit. J'ai cru superflu d'indiquer qu'un grand nombre d'opérations avaient été prescrites conditionnellement le matin à la visite et pratiquées dans la journée ou la nuit suivante.

3° Tant que le chirurgien est dans l'hôpital, c'est toujours lui qui est appelé de droit à faire la trachéotomie. C'est donc un pur effet du hasard si M. P. Guersant n'a opéré qu'une seule fille; dans le service des garçons, il a opéré cinq fois.

4° C'est bien à tort que M. Malgaigne m'a reproché d'avoir fait une trachéotomie que M. Paul Guersant avait été d'avis de différer. Il était dix heures du soir quand l'honorable chirurgien fut appelé, et c'est uniquement à cause des difficultés et des dangers bien connus des opérations pratiquées la nuit qu'il conseilla d'attendre le jour. Je n'opérai, en effet, que le lendemain matin, neuf heures plus tard, alors que la malade était à la dernière extrémité.

5° M. Malgaigne a signalé l'observation, unique dans ma thèse, dans laquelle il n'y avait pas de fausses membranes ni dans la gorge, ni dans les voies aériennes; or il se trouve précisément, que dans ce cas, le diagnostic fut porté par le chef de service lui-même, que l'opération fut pratiquée par son ordre et sous ses yeux, que jamais elle ne fut légitimée par une asphyxie plus complète, et qu'elle prolongea pendant trois jours la vie de l'enfant. Il s'agissait d'une de ces variétés de laryngite, consécutives à la rougeole, qui peuvent, quoique rarement, en imposer pour des croups vrais aux praticiens les plus consommés, donner lieu aux mêmes accidents de suffocation, et réclamer aussi impérieusement les secours de la chirurgie.

6° Jamais l'interne de garde ne pratique la trachéotomie sans avoir convoqué en consultation tous ses collègues présents à l'hôpital, et il est tenu d'avertir auparavant le directeur qui, très souvent, assiste à l'opération.

7° Jamais les élèves externes ne sont appelés, comme on l'a donné à entendre, à faire, encore moins à décider la trachéotomie. Celui qui figure exceptionnellement dans une de nos observations, et qu'a cité M. Malgaigne, était parfaitement au courant de l'opération, qui, dans ce cas, était facile; c'est moi qui lui fis tenir le bistouri sous ma responsabilité personnelle, et en présence de tous mes collègues. J'ai omis de mentionner ces deux circonstances importantes sans prévoir le parti qu'on pourrait un jour tirer de cet oubli. Si j'avais besoin de me justifier, j'ajouterais que, depuis, j'ai fait opérer une seconde fois le même externe dans les mêmes conditions, et qu'il a obtenu une guérison.

C'est encore là une nouvelle preuve de ce qui a été dit depuis longtemps, à savoir que les succès de la trachéotomie dans le cas de croup tiennent moins peut-être à l'habileté des opérateurs qu'aux conditions présentées par les malades, et surtout aux soins consécutifs.

Ce sont ces deux points, négligés par M. Malgaigne, que j'ai particulièrement cherché à développer dans ma thèse, et qui donnent la meilleure explication de la différence si remarquable des résultats obtenus jusqu'ici en ville par les plus habiles chirurgiens, et à l'hôpital par de simples élèves.

Veuillez, Monsieur le Président, être l'interprète vis-à-vis de l'Académie de mes sentiments de profond respect.

Dr Aug. Millard,
Interne des hôpitaux.

M. Blache donne ensuite lecture de la lettre suivante de MM. Henri Roger et Sée :

Dans son éloquent réquisitoire contre la trachéotomie, M. Malgaigne nous a fait l'honneur d'*attaquer à outrance* (ce sont ses propres expressions) la statistique du croup à l'hôpital des Enfants que nous avions adressée à l'Académie de médecine.

Forts de l'assentiment unanime de nos collègues de l'hôpital, MM. Blache, Bouvier, Gillette et Guersant, et couverts de leur autorité, nous venons nous défendre par le simple exposé des faits, et, pièces justificatives en main, nous appelons à une juridiction supérieure, et même à M. Malgaigne mieux informé, d'un sévère, d'un injuste arrêt.

Sans examen préalable, on « proclame » que notre statistique « n'est pas exacte. » — Nous protestons contre cette allégation, dont aucune preuve n'est donnée, et nous proclamons hardiment l'exactitude de nos chiffres.

En effet, cette statistique repose sur trois espèces de documents qui en garantissent l'authenticité :

1° Les mémoires et les thèses publiées par les médecins et les internes de l'hôpital;

2° Les registres de l'établissement;

3° Pour les neuf dernières années, de 1850 à 1858, une liste générale dressée par M. Guersant, et un registre spécial pour le croup tenu par l'administration avec indication exacte du nombre des admissions, du nom, de l'âge et du sexe des enfants, de la terminaison de la ma-

ladie, du chiffre des opérations et de leur résultat. Aucun des cas particuliers n'a été admis dans nos catégories avant d'avoir subi ce triple contrôle. C'est là une statistique véritablement scientifique, et nous avons le droit de nous étonner et de nous plaindre qu'elle ait encouru toutes les sévérités de M. Malgaigne, alors qu'il se montrait plus facile à l'égard de la statistique forcément inexacte de la ville de Paris, évoquée par la sombre fantaisie de M. Bouchut, et dans le moment même où l'éminent professeur, statisticien d'ordinaire impitoyable, se montrait si indulgent à l'endroit d'une certaine *enquête* sur la trachéotomie faite d'après un mode particulier à notre confrère de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Nos résultats numériques sont favorables à la trachéotomie : en relevant avec soin tous les cas de croup observés à l'hôpital des Enfants pendant les neuf dernières années, nous avons trouvé un chiffre de 466 opérations dont 126 suivies de succès, c'est-à-dire que le nombre des guérisons a été de 27 pour 100. Par l'opération faite en temps opportun, *avant l'asphyxie complète*, la proportion des succès a été plus forte encore, 25 sur 39, ou, en d'autres termes, 3 sur 5, ou 64 pour 100.

Ce sont ces deux chiffres de guérison (27 p. 100 pour la liste générale de 466 opérés et 64 p. 100 pour une liste partielle) qui ont semblé trop beaux pour être acceptés. Si nous les avons obtenus, c'est sans doute, suivant M. Malgaigne, que nous avons « *choisi des séries heureuses*. »

Mais, en disant à la Société médicale des hôpitaux que notre statistique de la trachéotomie, tirée de trois sortes de documents positifs, comprenait *tous* les cas de croup ; en le disant encore dans une note à l'Académie de médecine, et de la façon la plus expresse, pour les chiffres des neuf dernières années, incriminés par cela seul qu'ils gênent M. Bouchut, nous répondions par avance à l'objection de M. Malgaigne. Faut-il répéter, pour la troisième fois, que ce relevé statistique, auquel on ne croit point parce qu'il présente un assez grand nombre de succès (au moins un quart), comprend indistinctement, et sans exception aucune, tous les faits de croup observés à l'hôpital des Enfants, de 1850 à 1858? Nous avons pris tous les cas, dans toutes les salles, dans tous les services : filles et garçons, malades de tout âge, croups mortels ou bénins, guérisons spontanées ou par l'opération, morts sans trachéotomie ou malgré la trachéotomie ; nous avons recueilli tous les faits sans les choisir, ceux des bonnes années, ceux des mauvaises, et ceux de la déplorable année 1853, où la proportion des décès fut de 86 p. 100 ; nous les avons admis, chiffrés et catégorisés sans parti pris, sans opinion préconçue ; et cette statistique, dont les éléments étaient complets et positifs, nous l'avons donnée sans crainte comme l'expression fidèle de la vérité.

Que si nous avions voulu, pour grossir les succès de la trachéotomie, choisir les *séries heureuses*, rien n'eût été plus facile que de prendre le relevé de M. André pour 1856, qui donne (dans le service des garçons) une proportion de 29 à 30 guérisons sur 100 malades (16 sur 54) ; ou bien celui de M. Millard, pour les années 1857 et 1858 (service des filles), relevé qui donne un total de succès encore plus considérable, près de 35 pour 100 (21 guérisons pour 62 opérations). Ce sont là des calculs vrais ; ce sont des calculs acceptés par M. Malgaigne, puisqu'ils sont dans l'excellente thèse de M. Millard qu'il nous oppose ; et pourtant, le chiffre des guérisons par la trachéotomie, dans ces deux séries partielles, est supérieur à celui de 27 p. 100 que nous a fourni l'ensemble des séries, et qui nous a valu cette dure apostrophe : « Je ne » crois pas un mot des statistiques où l'on nous présente tant de croups » guéris. »

Répondrons-nous maintenant aux arguments tirés des différences qu'offriraient nos résultats numériques et ceux de M. Millard ? Mais on s'est mépris sur la réalité de ces discordances, ainsi que nous venons de le montrer ; quelques-unes, d'ailleurs, ne sont qu'apparentes et M. Millard s'est chargé de les expliquer.

Quant aux 54 morts que M. Malgaigne met au compte de M. Guersant, c'est un don à titre purement gratuit, et l'on doit se demander, en lisant la thèse de M. Millard avec plus d'attention, comment il pourrait se faire que, en 1857, l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfants eût perdu 54 garçons trachéotomisés, alors qu'il n'en a opéré que 5 !

Le fait le plus important pour la pratique, qui ressorte de nos recherches, c'est la proportion de 25 guérisons sur 39, ou de 3 sur 5, obtenue quand on opère avant *l'asphyxie complète* : aussi, pour n'avoir point à le discuter, M. Malgaigne a mieux aimé en suspecter l'origine. Or, cette proportion si favorable, nous l'avons trouvée dans les thèses de MM. Letixerant et Millard, les deux seules où la distinction soit faite entre les croups opérés dans la période d'asphyxie commencée, et les croups opérés *in extremis*.

Si vous comptez des succès si nombreux à l'hôpital des Enfants (reprend M. Malgaigne), c'est que la trachéotomie est faite prématurément, avant qu'il y ait nécessité ; c'est qu'on se presse d'opérer pour des cas peu graves et qui auraient guéri tout seuls !

Voyons, par l'analyse des observations de MM. Letixerant et Millard, si l'opération est trop tôt prescrite et trop vite exécutée ; si l'abus chirurgical de la trachéotomie signalé par M. Bouchut à la vindicte publique existe réellement ; si les faits témoignent de la précipitation juvénile de nos internes ?

Dans 21 cas, M. Millard a précisé l'heure de l'opération ; bien que le début du croup remontât à plusieurs jours, on attendit, chez la plupart des malades, 12 à 24 heures avant de trachéotomiser ; six fois on différa d'un à six jours.

En 1850 et 1851, l'impatience des opérateurs n'était guère plus marquée, si l'on en juge d'après les observations de M. Letixerant ; toujours il y eut accord parfait dans la conduite des chefs de service et des internes ; toujours on commença (comme tous les médecins de l'hôpital le font encore à présent) par épuiser les ressources du traitement médical ; toujours on attendit pour opérer, la manifestation de phénomènes graves, l'apparition d'un danger évident.

Dans les 39 observations que nous avons résumées pour épargner à d'autres un labeur ingrat, et qui comprennent précisément les trachéotomies dites prématurées, il n'en est pas une seule où manque l'énoncé des motifs déterminants de l'opération. Que M. Malgaigne veuille bien consulter notre analyse minutieuse, que nous livrons à ses méditations, et il acquerra la conviction que, dans tous les cas, l'indication de la trachéotomie était formelle, et que chez tous les malades il y avait non pas imminence seulement, mais commencement d'asphyxie.

Les succès incontestables obtenus à l'hôpital des Enfants dans ces dernières années, s'expliquent par le perfectionnement et la simplification du mode opératoire, par la meilleure entente des soins consécutifs, soins prodigués avec tant d'intelligence et de dévouement par nos religieuses ; ils s'expliquent surtout par le choix plus rationnel et plus propice du moment d'opérer.

L'opportunité de la trachéotomie, c'est la question qui domine tout, dans l'histoire du croup et de son traitement. A l'hôpital des Enfants, cette opportunité étant signalée par le chef de service et saisie par un élève instruit et vigilant qui peut suivre les phases souvent si rapides du mal, l'opération est faite à temps, sans crainte comme sans précipitation, tandis que, en ville, dans le tumulte de la maladie et du traitement, le chirurgien intervient le plus souvent trop tard, alors que l'asphyxie est complète et l'agonie déjà commencée. C'est à cette période *in extremis* que M. Bouchut recommande aujourd'hui d'opérer, et les chiffres précités de MM. Letixerant et Millard démontrent que, dans de telles conditions, on perd deux fois plus de malades, 82 pour 100 au lieu de 36 (1).

Faut-il donc conclure de la statistique des revers de la trachéotomie, et de cette longue liste d'insuccès et de morts mis à la charge des chirurgiens les plus habiles et les plus illustres des hôpitaux, insuccès et morts dans lesquels M. Malgaigne revendique sa part ; faut-il conclure de nos chiffres, plus consolants et plus vrais, qu'il vaudrait mieux, pour un malade atteint de croup, être trachéotomisé à l'hôpital des Enfants que par un chirurgien des hôpitaux, et même par le professeur de médecine opératoire ? Cette conclusion, irrévérencieuse à l'égard de confrères et maîtres que nous aimons et admirons, nous ne nous serions certainement pas permis de l'énoncer ; mais puisque M. Malgaigne l'a tirée lui-même, nous l'acceptons, faisant ainsi acte de soumission à sa magistrale autorité !

Il nous reste à nous justifier d'une dernière accusation plus étrange : c'est d'opérer des enfants qui n'ont pas le croup.

Sur les 109 observations que rapportent MM. Letixerant et Millard avec des détails suffisants, combien y a-t-il de cas où l'on n'ait point trouvé de fausse membrane ? *Un seul* ; et, dans ce cas unique, il s'agissait d'une de ces graves laryngites consécutives à la rougeole, qui par leurs symptômes, leurs phénomènes asphyxiques, simulent si parfaitement le croup que le praticien le plus expérimenté peut s'y tromper. Chez ce malade, en effet, l'asphyxie était complète, la mort imminente, et ce fut le chef de service qui prescrivit une opération devenue indispensable. M. le professeur de médecine opératoire peut nous dire, mieux que tout autre, s'il n'est pas arrivé à de grands chirurgiens de pratiquer la taille pour un calcul qui ne se trouvait plus.

En résumé, après avoir montré l'exactitude de nos relevés statistiques, nous maintenons dans leur intégrité les conclusions pratiques que nous avons formulées,

A savoir :

1° Que la trachéotomie est suivie de guérison dans une proportion de 26 à 27 pour 100.

2° Que l'opération faite au début de l'asphyxie, sauve 3 enfants sur 5 (ou 64 pour 100), tandis que pratiquée *in extremis*, elle ne peut en sauver que 18 à 19 pour 100.

D[rs] Henri ROGER et SÉE,
Médecins de l'hôpital des Enfants.

M. BOUVIER : Messieurs, Fabrice d'Aquapendente dit que le médecin est l'égal du dieu Esculape, quand, par la bronchotomie, il rend soudainement à la vie des malades qui avaient déjà un pied dans la tombe. C'est une des gloires de la médecine française contemporaine que d'avoir ajouté aux merveilles qu'admirait déjà Fabrice, les succès modernes de la trachéotomie dans le croup.

Nous ne pouvons, ni mes collègues de l'hôpital des Enfants ni moi, accepter la distinction faite par M. Malgaigne entre les chefs de service et les élèves placés sous leurs ordres. Nos internes n'ont agi en tout que d'après nos instructions, notre exemple ou nos préceptes. Ils sont la main, nous sommes la tête.

Sans remonter plus haut que M. Bretonneau, je trouve trois phases dans l'histoire de la trachéotomie appliquée au croup. La première commence en 1820 et finit en 1825 ; la deuxième commence en 1825 et finit en 1848 ou 1849 ; enfin la troisième est celle dans laquelle nous nous trouvons ; commencée vers 1849, elle compte donc déjà neuf ou dix années. La première phase appartient à M. Bretonneau seul ; elle ne se compose que de revers, parce que le procédé était vicieux. C'était le procédé d'Asclépiade, quelque peu amélioré en traversant les siècles. Oui, Messieurs, cette trachéotomie était grecque, comme l'a rappelé malignement M. Malgaigne. Mais, si nous n'en avions pas eu d'autre, l'opération serait aujourd'hui morte, du moins pour les cas de croup. Que lui manquait-il pour réussir ? Il lui manquait tout simplement de faire respirer les malades. L'ouverture de la trachée était trop petite ; les malades continuaient d'étouffer. M. Bretonneau changea bientôt ce procédé défectueux. Il ouvrit la deuxième phase en 1825, par un succès éclatant. Cette deuxième phase montre des résultats très divers ; mais, il faut le dire, les revers y dominent.

En 1839, une discussion sur le croup s'engage dans cette enceinte, M. Trousseau fait connaître que sur 80 cas, il avait sauvé le quart de ses malades par la trachéotomie. J'ignore ce qui a fait dire à M. Malgaigne que M. Trousseau avait eu, à cette époque, 48 morts sur 49 opérés.

M. MALGAIGNE : C'est une erreur qui ne m'appartient pas. Que M. Bouvier s'adresse aux journaux du temps qui m'ont trompé.

M. BOUVIER : L'hôpital des Enfants, de même que la plupart des chirurgiens d'alors, n'ont encore que des revers à enregistrer les années suivantes. M. Trousseau continuait néanmoins à guérir 1 malade sur 4 ; d'où venait cette disparate ? C'est que la méthode était encore imparfaite. M. Trousseau fait disparaître ces imperfections, et nous arrivons à la troisième phase. »

Après avoir signalé les modifications introduites dans le manuel opératoire et dans les soins consécutifs, M. Bouvier continue :

« A partir de cette époque, tout changea de face à l'hôpital des Enfants, qui avait l'honneur de posséder alors M. Trousseau. En 1849, on y obtint un premier succès, puis un second. Les succès se multiplièrent les années suivantes.

(1) 57 morts sur 70 malades.

Vous connaissez les résultats statistiques de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants dans ces dernières années. Le relevé placé sous vos yeux par MM. Roger et Sée est, pour ainsi dire, l'œuvre collective des six chefs de service et de l'administration elle-même.

Il n'y a pas dans cette statistique, comme vous l'a dit M. Malgaigne, un choix d'années heureuses, puisqu'elles y sont toutes ; pas plus qu'il ne peut y avoir de contradictions, comme il l'a prétendu, avec la thèse de M. Millard, qui ne comprend que les deux dernières années. Il a été répondu tout à l'heure sur ces deux points.

C'est encore une erreur de M. Malgaigne d'avoir attribué à M. Guersant la forte proportion des morts parmi les garçons, en 1857. C'est moi qui suis chargé du service des garçons, c'est donc moi qui suis le coupable ; mais j'ai pris ma revanche cette année, ainsi que l'établit le relevé des résultats de la trachéotomie dans le service des filles et des garçons.

Sur 90 trachéotomies, 40 chez les garçons, 13 guérisons, 27 morts ; — 50 chez les filles, 17 guérisons, 33 morts. L'hôpital Sainte-Eugénie a recueilli comme le nôtre le fruit des derniers perfectionnements du traitement chirurgical du croup. En même temps, la pratique particulière de M. Guersant ressentait une influence toute semblable. Si la proportion des succès de M. Guersant en ville est un peu moindre qu'à l'hôpital, cela tient sans doute à plusieurs causes, mais particulièrement à ce qu'il a opéré un grand nombre d'enfants appartenant à des familles peu aisées, et que, dans ces conditions, il lui a été impossible de leur faire administrer les mêmes soins qu'à l'hôpital. Cet ironique conseil que vous donnait M. Malgaigne, d'envoyer vos enfants à l'hôpital pour les guérir du croup, pourrait donc ici être pris au sérieux.

M. Trousseau, dans cette troisième phase, a obtenu en ville de très brillants succès, de 1851 à 1855 il avait eu 14 guérisons sur 24 opérés. MM. Archambault, Millard, et d'autres anciens internes de l'hôpital des Enfants, ont heureusement reproduit en ville les cures qu'ils avaient vues s'accomplir à l'hôpital. Que disait donc M. Malgaigne : « que la pratique en ville était aussi désastreuse que par le passé ? » Sur quoi se fonde cette assertion ? Sur la statistique de M. Bouchut, qui ne donne que 39 guérisons sur 351 opérés. Qu'est-ce, Messieurs, que cette statistique de M. Bouchut ? Il résulte des déclarations de plusieurs membres de la Société de chirurgie, que M. Bouchut a traduit quelques paroles échangées en courant, quelques renseignements approximatifs, en une appréciation scientifique de la trachéotomie.

Mais il y a de tout dans ces chiffres. Il y a des trachéotomies faites à l'hôpital, faites en ville, faites à toutes les périodes du croup, faites pour des corps étrangers ou d'autres affections du larynx. Enfin, quel est le nombre de ces opérations, dans quelles circonstances ont-elles été faites, quelle en a été l'issue ? On n'en sait rien. On ne sait pas davantage à quelles années se rapportent ces faits. Ne voyez-vous pas, dès lors, qu'on n'en peut rien conclure pour ou contre la trachéotomie dans sa troisième phase ?

Ai-je rien à ajouter, Messieurs, sur ce document, composé informe de je ne sais quels éléments incohérents et confus, ramassés au hasard ?

M. Malgaigne a insisté en particulier sur une statistique de M. Nélaton, qui n'a eu que 3 succès sur 35 opérations. Mais je tiens de M. Nélaton lui-même que les 23 premières trachéotomies sont antérieures à 1848 ; toutes ont échoué. Depuis, il a opéré 11 malades ; il en a guéri 3. Ces résultats sont donc parfaitement d'accord avec les nôtres. M. Malgaigne trouvant notre statistique de l'hôpital des Enfants trop chargée de succès, en a voulu trouver l'explication dans cette circonstance, qu'on opérait de trop bonne heure, avant l'asphyxie, dans la deuxième période, et même quand il n'y a pas de fausses membranes.

J'avais affirmé pourtant qu'il ne se faisait pas une trachéotomie sans une nécessité bien reconnue, M. Malgaigne, ne tenant pas compte de mon affirmation, a mieux aimé répéter l'accusation déjà énoncée par M. Bouchut. De quel côté est la vérité, de quel côté l'erreur ? C'est ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Avant tout, il faut s'entendre sur ces mots : deuxième période. Depuis longtemps, à l'hôpital des Enfants, on n'appelle plus première période du croup, ce qui n'est pas le croup. La première période est le commencement du croup confirmé avec fausses membranes ; la deuxième période est l'asphyxie commençante ; la troisième, l'asphyxie avancée, la mort imminente. Opérer dans la seconde période, ce n'est donc pas opérer avant le début de l'asphyxie. M. Millard le dit en termes bien formels dans sa thèse qu'on invoque et qui a été mal lue ou mal comprise. Mais, dira M. Malgaigne, c'est encore trop tôt, attendez, pour opérer, la dernière période du croup ; attendez, dit M. Bouchut, l'anesthésie.

Est-ce ainsi, Messieurs, que la question a été jugée par la plupart des médecins qui, je dois le dire, ont mieux étudié le croup que les chirurgiens.

(M. Bouvier cite ici des passages de MM. Valleix, Grisolle et Bouchut lui-même, desquels il résulte que c'est avant la troisième période qu'il faut opérer.)

M. Malgaigne nous adresse cette question : Si la mort n'est pas imminente, comment pouvez-vous dire qu'elle arrivera ? Nous jugeons comme vous, chirurgien, par les signes, quand vous vous décidez à une amputation. Mais les internes, jugent-ils bien, eux, par les signes ? Ne se pressent-ils pas trop d'opérer ? Permettez, Messieurs, que les internes s'expliquent eux-mêmes par ma bouche. Leur modestie vous fera mal voir le bien dont on leur est redevable, mais les faits suppléeront à leur silence. Voici la lettre qu'ils ont bien voulu m'adresser :

« Monsieur et très honoré maître,

Vous avez fait aux internes de l'hôpital des Enfants l'honneur de leur poser les trois questions suivantes :

» 1° Sur quels signes, *aux différentes époques du croup*, les internes de l'hôpital des Enfants font-ils la trachéotomie ?

» 2° Sur quels signes s'abstiennent-ils ?

» 3° Sur quels signes temporisent-ils ? »

Voici les réponses que les internes de l'hôpital ont l'honneur de vous faire relativement à ces questions :

I. — Il importe de diviser le croup en trois périodes.

1° Une première période, ou *de croup confirmé* ; 2° une deuxième période ou *de dyspnée progressive avec accès de suffocation et asphyxie commençante* ; 3° une troisième période ou *d'asphyxie confirmée*.

1° Dans cette première période, le larynx étant envahi par la fausse membrane, la voix et la toux se voilent, puis s'éteignent, la dyspnée est peu marquée encore, et l'état général assez satisfaisant.

Dans cette première période il n'est jamais question et *il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie.*

2° La deuxième période a pour signes une respiration plus laborieuse encore que fréquente, avec sifflement laryngo-trachéal, dépression considérable du creux épigastrique, toux et voix éteintes, pouls fréquent, abattement avec somnolence ou au contraire agitation continuelle.

Lorsqu'un enfant est apporté à l'hôpital dans ces conditions, l'interne de garde s'enquiert avec soin de la marche des accidents, et, quelle que soit la pression exercée sur lui par les parents ou le médecin du dehors, il *n'opère pas immédiatement;* mais il fait administrer aussitôt à l'enfant un vomitif *exclusivement constitué par l'*IPÉCACUANHA et *non par l'*ÉMÉTIQUE, dont l'effet est désastreux. Puis il surveille attentivement l'action du vomitif, qui a le plus souvent pour résultat de déterminer le rejet de mucus ou de fausses membranes et de diminuer ainsi d'autant la dyspnée. On gagne de la sorte quelques heures, pendant lesquelles l'interne observe l'enfant. Si l'état reste le même, l'interne temporise jusqu'à l'arrivée du chef de service; mais si l'interne voit, au contraire, la dyspnée s'accroître rapidement, les accidents généraux s'aggraver et des accès de suffocation fréquents et rapprochés se joindre à la dyspnée, *c'est alors qu'il opère.*

3° Dans la troisième période, il faut distinguer deux variétés : l'asphyxie *avec cyanose* et l'asphyxie *avec pâleur.*

Dans l'une comme dans l'autre, les phénomènes de la deuxième période sont arrivés à leur maximum d'intensité.

Seulement, dans le cas d'*asphyxie avec cyanose,* il y a turgescence de la face avec coloration violacée; les lèvres sont bleuâtres, les yeux humides et saillants, les veines du cou considérablement gonflées; le pouls est innombrable, la peau chaude et couverte de sueur, l'anxiété extrême, l'agitation considérable; et parfois alors l'enfant se raidit comme dans un effort suprême.

Tandis que, dans le cas d'*asphyxie avec pâleur,* la face est remarquablement livide, les lèvres pâles sont marbrées de violet, les yeux sont éteints et les pupilles dilatées; le corps, froid et couvert d'une sueur visqueuse, est dans une résolution complète; et le malade, presque cadavérisé déjà, indifférent à ce qui l'entoure, va s'éteindre bientôt. Même dans ce cas, l'anesthésie peut manquer, et ce signe perd ainsi toute valeur.

Or, dans l'asphyxie avec cyanose, comme dans celle avec pâleur, l'interne de garde *opère immédiatement.*

II. — Les internes de l'hôpital des Enfants s'abstiennent en raison de l'*âge trop peu avancé du malade,* de *l'état d'intoxication manifeste* ou de *diphthérie généralisée.*

1° *Age.* — Les internes n'opèrent pas les enfants âgés de moins de 2 ans, et n'opèrent qu'avec répugnance ceux qui ont de 2 ans à 2 ans 1/2.

2° *Intoxication manifeste.* — Cet état se reconnaît à l'existence simultanée d'une pâleur livide, d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires, cervicaux et quelquefois parotidiens, avec tuméfaction générale du cou, par une infiltration séreuse indépendante de l'engorgement ganglionnaire. En même temps, l'haleine est infecte, le pouls remarquablement petit et misérable, et cependant les fausses membranes sont limitées au larynx et à l'arrière-gorge.

3° *Diphthérie généralisée.* — Dans ce cas on observe, indépendamment des phénomènes précédents, un coryza séreux avec fausses membranes derrière les oreilles, à la vulve ou à la surface des vésicatoires.

Quand il y a intoxication manifeste ou diphthérie généralisée, la mort arrivant plutôt par le fait de l'infection de l'organisme que par celui de l'obstruction du larynx, les internes de l'hôpital N'OPÈRENT POINT. Il est, en effet, d'observation que la trachéotomie accélère alors la terminaison fatale plutôt qu'elle ne la retarde.

III. — Les internes de l'hôpital des Enfants hésitent en raison des complications thoraciques, qui sont la *pneumonie* et la *bronchite pseudo-membraneuse.*

1° Quand l'opération est reconnue urgente, l'interne de garde recherche avec soin s'il y a *pneumonie,* et il opère si la pneumonie est simple et l'état général bon, il s'abstient si la pneumonie est double.

2° La bronchite *pseudo-membraneuse* est très difficile à reconnaître, car elle n'a rien qui la différentie nettement de la bronchite simple. On a lieu de croire à son existence quand des fausses membranes tubulées et évidemment bronchiques ont été rejetées. Dans ce cas, l'interne de garde se guide pour opérer sur l'état général et l'âge du malade. La bronchite pseudo-membraneuse ne constitue pas une contre-indication formelle à la trachéotomie; on a vu, en effet, des malades trachéotomisés guérir après avoir expulsé des fausses membranes représentant les divisions bronchiques.

Recevez, Monsieur et très honoré maître, l'expression de nos sentiments respectueux.

DE ALMAGRO, COLLIN, COULON, DUPUY, GAUTHIEZ, GROS, PETER.

Fait à l'hôpital des Enfants, le 19 novembre 1858. »

M'arrêterai-je, Messieurs, à ces 2 ou 3 croups sans fausses membranes, où la trachéotomie, pratiquée soit par un interne soit par un chef de service, est incriminée par M. Malgaigne? Je n'ai qu'un mot à en dire. C'est qu'il existait alors, même aux yeux des chefs de service, tous les signes de l'asphyxie à la troisième période, et que, sous ce rapport, l'opération était parfaitement indiquée. Qui ne sait que M. Scoutetten a opéré sa fille, âgée de 6 semaines, dans un cas tout semblable, et qu'il l'a sauvée.

Je n'ai plus, Messieurs, qu'une tâche à remplir, c'est de témoigner publiquement en mon nom et au nom des autres chefs de service de l'hôpital des Enfants toute notre gratitude à ces jeunes hommes qu'on a failli calomnier, à ces jeunes hommes qui depuis dix ans passent à tour de rôle dans nos salles pour y recueillir les bénédictions des familles. Ils sont plus de cent qui tous ont concouru à cette statistique de nos guérisons, désormais inattaquable. Je voudrais leur dire à tous et à chacun que nous garderons éternellement le souvenir de leur zèle et de leur labeur.

M. MALGAIGNE attend pour répondre à ce discours que M. Trousseau, rapporteur, ait pris la parole. Mais il tient à se faire inscrire dès aujourd'hui; il craindrait que son silence ne passât pour un acquiescement.

M. VERNEUIL lit un mémoire ayant pour titre : *Études de physiologie pathologique. Examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes.*

Contrairement aux idées généralement reçues, M. Verneuil établit dans ces études :

1° Que les *excreta* sont impuissants à empêcher la réunion immédiate des plaies récentes avec lesquelles elles sont en contact;

2° Que les liquides excrétés ou les matières excrémentitielles ne peuvent empêcher la cicatrisation secondaire des plaies et qu'ils sont, par conséquent, incapables à eux seuls d'amener la formation des fistules permanentes;

3° Que dans cette proposition : les ouvertures ne se cicatrisent pas parce que l'écoulement du liquide est continu, on doit changer les termes et dire : l'écoulement est continu parce que les ouvertures ne se cicatrisent pas. (Com. MM. Cruveilher, Hervez de Chégoin et Barth.)

M. BAILLARGER présente un cerveau qui offre sur le lobe moyen de l'hémisphère droit une partie gangrenée. Cette partie, d'un pouce environ d'étendue, est brune, ramollie, et offrait avant la macération dans l'alcool une odeur fétide assez prononcée. Autour de ce point, les circonvolutions avaient une teinte ardoisée qui tranchait avec la couleur blanche du reste de la surface cérébrale. On trouve donc réunis ici tous les caractères de la gangrène. M. Baillarger rappelle que presque tous les anatomopathologistes mettent en doute cette altération, à part les de maladie des os du crâne. Dans le fait dont il s'agit, la gangrène était véritablement spontanée et indépendante de toute autre altération au moins appréciable. Les gros vaisseaux du cerveau ne présentaient pas de traces d'ossification. La malade était une femme de 46 ans, atteinte d'une manie congestive avec délire ambitieux.

M. Baillarger a déjà publié une observation de gangrène du cerveau, et un second fait recueilli dans son service a été présenté à la Société anatomique par M. Marcé. M. Delasiauve avait aussi rencontré cette gangrène à Bicêtre, et l'observation a été insérée dans les archives. Une remarque singulière, c'est que ces gangrènes du cerveau semblent se rencontrer presque exclusivement chez les malades atteints de démence paralytique et elles n'affectent que la substance grise, et s'observent surtout à la base du cerveau. Quand l'altération commence, il n'y a ni ramollissement ni odeur fétide, mais seulement une teinte ardoisée. Aussi a-t-on plus d'une fois, dans ce cas, méconnu la nature de cette lésion dont l'explication est encore à trouver, et qui appelle de nouvelles recherches; plusieurs fois, dans ces cas, M. Baillarger a vu quelques bulles de gaz au-dessous des membranes.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DE M. CHOMEL,

Prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris (1),

Par M. le professeur GRISOLLE.

Combien il est à déplorer que les exigences de la pratique et de l'enseignement public n'aient pas permis à M. Chomel de réaliser le projet qu'il avait eu de composer un traité de pathologie interne! Les nombreux articles de médecine pratique qu'il a insérés dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine,* son *Traité des dyspepsies,* travaux que vous consultez tous les jours, vous feront partager mes regrets.

Ces écrits se distinguent, en effet, par des descriptions claires, méthodiques, exactes, où les faits et les doctrines sont jugées avec une raison sûre d'elle-même, où les indications thérapeutiques sont posées avec cette réserve, avec cette sagacité qui décèlent le praticien consommé. En un mot, toujours et partout, on reconnaît ce même esprit si lucide et si droit, qui, instinctivement, était poussé vers ce qu'il y a de positif en médecine, c'est-à-dire vers les faits bien observés, vers les conséquences rigoureuses qui en découlent, et qui jamais n'a pu être ébloui ou fasciné par ces théories brillantes qui ont égaré un si grand nombre de ses contemporains.

Ce fut à cette époque (2) que M. Chomel publia son volume sur la pathologie générale. Cette science a des limites assez mal définies, et ce n'est pas ici le lieu de rechercher jusqu'où elles peuvent légitimement s'étendre. Vous connaissez tous le vaste et beau programme suivi par l'éminent collègue qui est chargé de cet enseignement. Plusieurs médecins que des liens attachent à cette Faculté ont, dans des ouvrages estimés, marché plus ou moins loin sur ses traces. Mais M. Chomel s'est imposé des bornes plus restreintes.

Définir exactement les termes usités en pathologie, étudier les causes générales des maladies, décrire tout ce qui leur est commun, établir la valeur des principaux symptômes, rechercher dans l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique, les principes généraux qui doivent diriger pour l'étude et l'exercice de l'art, tel est le plan adopté par M. Chomel.

Son livre a réalisé un progrès véritable. Dès son apparition, il a éclipsé les institutions de Boerhaave, celles si estimées de Gaubius, la pathologie générale de Sprengel, les séméiotiques de Landré-Beauvais et de Double. Quatres éditions successives, des traductions dans toutes les langues de l'Europe, prouvent avec quelle estime l'ouvrage de M. Chomel a été partout accueilli.

Ce long succès n'a pas été dû à ce que l'auteur aurait mis en avant ou défendu l'une de ces nouveautés qui captivent, qu'on accepte par une sorte d'entraînement, mais qu'on abandonne aussitôt que la raison a repris son empire. M. Chomel nous avoue avec sincérité (3) qu'il n'a pas le genre d'esprit, l'espèce de capacité nécessaire pour créer des systèmes; mais, grâce à Dieu, il n'a pas eu non plus, et il s'en glorifie à juste titre, ce triste facilité de conviction qui conduit à les accepter, à les subir. Dans son ouvrage, il a su rester dans la limite des faits constatés et ramenés presque toujours à leur signification clinique. Des livres ainsi conçus sont moins brillants, mais ils sont plus utiles, et le temps, ce juge impartial, finit tôt ou tard par leur donner cette consécration qui manque au premier. M. Chomel, publiant après quarante ans la quatrième édition de sa pathologie, a pu déclarer, non sans un légitime orgueil, que si les progrès de la science l'ont forcé de faire de nombreuses additions, il n'avait eu pourtant à retrancher rien d'essentiel. C'est là le meilleur éloge; c'est à ce résultat qu'on arrive lorsqu'on suit ces méthodes d'observation si généralement pratiquées ici, et qui seront une des gloires de notre époque et de notre pays.

Disons enfin que cet ouvrage, dans toutes ses parties, est si clair, si lucide, si compréhensible pour tous, que chaque lecteur peut aisément se laisser aller à l'illusion qu'il aurait pu le faire. Ne croyez pas que cette apparente simplicité soit un défaut; car c'est à ce caractère même qu'un des plus grands maîtres dans l'art d'écrire, Pascal (4), reconnaissait les meilleurs livres.

Fuyez, Messieurs, fuyez ces esprits nébuleux, ces génies obscurs, ces espèces de métaphysiciens de notre science, qui voudraient vous persuader qu'une idée élevée ne saurait être exprimée clairement. Dites-leur que les grands écrivains ont suffisamment prouvé, par leur exemple, que la clarté des expressions peut et doit s'allier à l'élévation de la pensée. Pour ne citer que des modèles qui nous touchent de plus près, voyez Bichat, Cuvier, Laënnec; ils ont enrichi la science de variétés neuves, sublimes, qu'ils ont su exprimer dans ce langage clair, correct, qui saisit et illumine.

A l'époque où M. Chomel publiait la première édition de sa *Pathologie générale,* commençait déjà dans notre science cette agitation qui, continuée pendant vingt années, a profondément remué tous les esprits. Broussais avait depuis un an lancé son manifeste de guerre, l'*Examen des doctrines.* Brisant avec tout le passé, sans merci pour la tradition, il terminait par une secousse violente le règne de Pinel, jusqu'alors si pacifique, mais déjà quelque temps déjà sur son déclin.

Appeler les médecins à l'étude des lésions locales, à l'interprétation exacte des symptômes, ce n'était point faire de la nouveauté, c'était marcher simplement dans la voie glorieusement ouverte par Morgagni, suivie par presque tous les élèves de Pinel et de Corvisart, que Broussais allait trouver pour adversaires, et à la tête desquels marchait Laënnec. Mais Broussais voulut plus encore, il tenta de systématiser la médecine tout entière. Se fondant en partie sur des conditions organiques non démontrables, il dichotomise à son point de vue la pathologie, comme d'autres réformateurs, depuis Thémison jusqu'à Brown, l'avaient vainement tenté.

Ce n'est point ici le moment de vous rappeler les bases d'un système presque séduisant, mais aujourd'hui à peu près oublié, et qui fut enfanté néanmoins par une des intelligences les plus belles, les plus riches de ce siècle. Impatiente de toute entrave, elle a voulu devancer l'observation au lieu de marcher avec elle, comme si, dans les sciences exactes, ce n'était pas, ainsi que l'a dit Cuvier, la patience d'un bon esprit, quand elle est invincible, qui constitue véritablement le génie (1).

Disons cependant ici, pour la gloire de ceux qui luttèrent et vainquirent, combien fut grande la puissance de celui qui put agiter si longtemps et si violemment le sol médical.

Caractère énergique, ami de la controverse, généralisateur hardi, dialecticien pressant, critique passionné et redoutable, écrivain pittoresque et entraînant, plein d'esprit et de verve, maniant bien l'ironie, mais descendant souvent jusqu'au sarcasme, jusqu'à l'injure, réchauffant même, au besoin, l'enthousiasme en y mêlant parfois la passion politique, ayant dans sa chaire quelque chose du tribun, Broussais fascina, fanatisa plutôt encore qu'il ne convainquit la jeune génération médicale.

M. Chomel, qui de sa nature était fort peu enthousiaste, ne partagea pas cet entraînement. Son expérience, quoique jeune encore, mais mûrie déjà par la pratique des hôpitaux, et surtout son sens droit, ne pouvaient lui faire accepter un système trop simple pour être vrai, qui méconnaissait la spécificité, les maladies générales, et qui rayait arbitrairement du cadre nosologique les fièvres, pour en faire une des expressions de la gastro-entérite.

M. Chomel ne fit pas une opposition silencieuse, mais active, et dans un journal qu'il rédigeait en compagnie d'hommes qui, depuis, sont arrivés au premier rang, et dont deux siégent encore dans cette enceinte (2), il fit une critique de l'ouvrage de Broussais, avec cette logique, cette raison, ce sens pratique qui, de tout temps, ont été un des caractères dominants de son esprit. Bientôt il publia son *Traité des fièvres* (3).

Cet ouvrage, entrepris à une époque de transition, a rapidement vieilli; mais, lorsqu'il parut, il réalisa un progrès véritable. L'auteur reconnaissait, en effet, la fréquence très grande des ulcérations intestinales dans certaines formes de fièvres continues; il réduisait le nombre des pyrexies, si arbitrairement admis par Pinel, et rétablissait comme espèces distinctes les fièvres intermittentes et rémittentes.

La lutte se fût peut-être prolongée longtemps encore, sans l'intervention d'un auxiliaire jusqu'alors inconnu. Un médecin, docteur de cette Faculté, avait, en 1814, quitté notre pays pour aller exercer la médecine à l'étranger. Revenu en France après sept années, il trouve dans la science cette agitation dont je vous parlais tantôt. Il lit les livres, il suit les cours du réformateur dont tous les échos lui répétaient le nom, mais il ne peut être convaincu. Pour dissiper ses doutes, il résolut de se livrer à l'observation, et, pour obtenir plus sûrement le but qu'il se proposait d'atteindre, il voulut s'y consacrer sans partage. A l'âge de 33 ans, c'est-à-dire à l'âge de la vigueur et de l'ambition, il s'enferme pendant sept années consécutives dans les salles de la Charité, dirigées par M. Chomel, et il y recueille lui-même avec un soin, une sévérité jusqu'alors presqu'inconnus, près de cinq mille histoires particulières de maladies diverses. Ce médecin, vous l'avez tous nommé, Messieurs : c'était M. Louis; car nul, dans ce siècle, n'a donné un pareil exemple de probité, d'abnégation et d'amour pour la science.

Ces observations, méthodiquement analysées, furent la base de divers mémoires anatomo-pathologiques et de deux livres qui ne périront point, les traités sur la *Phthisie* et sur la *Fièvre typhoïde.*

Ces travaux opérèrent une véritable révolution et mirent à nu l'inanité du système. Le hardi réformateur, vaincu pour toujours, déserta bientôt le champ de bataille; mais, poussé encore par cette humeur belliqueuse qui résistera à toutes les défaites, il courut dans une autre arène se mesurer avec de redoutables rivaux sur ce terrain glissant de la métaphysique, où il est plus difficile de juger des coups, et qui est bien autrement favorable aux aventures de la pensée que ne le sont les sciences pathologiques.

En consommant la ruine des doctrines de Broussais, les recherches de M. Louis eurent un mérite plus grand encore : elles inaugurèrent un procédé nouveau pour s'élever avec sûreté des faits particuliers aux faits généraux; elles firent connaître cette méthode puissante, dite *analytique et numérique,* dont M. Louis est le glorieux créateur, et dont son livre sur la fièvre typhoïde est la plus belle application.

Je j'ai dit déjà, Messieurs, c'est dans les salles mêmes de M. Chomel que tous ces faits étaient recueillis, que ces résultats, qui contrariaient quelques-unes de ses opinions, étaient obtenus. Mais, tant est grande la puissance de la vérité sur les âmes honnêtes d'une part, M. Louis n'hésita pas un seul instant à publier des observations opposées aux idées d'un ami qui lui facilitait les moyens de se livrer à l'étude, et à côté de cette indépendance de caractère, nous voyons un esprit ferme, cédant d'habitude très difficilement, accepter aussitôt des faits contraires à ces convictions premières auxquelles le plus souvent nous tenons opiniâtrement, et qui avaient été trouvés à côté de lui, sur son propre terrain, et sans qu'il y ait eu une part directe.

Si M. Louis seul a opéré la fusion des fièvres continues graves de notre climat, ce fut M. Chomel qui, par des leçons demeurées célèbres (1), vulgarisa et fit accepter cette grande idée, l'une des plus fécondes du siècle, qui établit mieux encore qu'on ne l'avait fait le rôle et la valeur des lésions intestinales, le caractère général de la maladie qui en fait une pyrexie et non une phlegmasie vulgaire, doctrine que les beaux travaux d'hématologie de MM. les professeurs Andral et Gavarret ont appuyée d'une démonstration nouvelle.

M. Chomel avait l'esprit trop droit; l'amour, la passion de la vérité, étaient trop dans son âme pour ne pas accepter comme un bienfait l'application franche de la méthode numérique aux études pathologiques : il l'a défendue à l'Académie de médecine en 1837, et les pages qu'il lui a consacrées dans sa *Pathologie générale* resteront toujours comme des modèles de discussion.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.

(2) Année 1817.

(3) *Des Dyspepsies,* p. 5.

(4) *Pensées,* p. 43, Paris, 1848.

(1) *Éloge de Haüy.*

(2) *Nouveau Journal de médecine,* t. XIII, rédigé par MM. Béclard, Chomel, J. et Hip. Cloquet, Orfila, Rostan, et un moment par Magendie.

(3) Année 1821.

(1) Leçons rédigées par le docteur Genest; Paris, 1834.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. -Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 141. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 27 Novembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris* ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Nous publions aujourd'hui la deuxième liste des adhésions à l'Association générale, qui nous a été communiquée par M. le Président. Nous y ajoutons le chiffre de ces adhésions obtenues dans chaque département jusqu'au 25 novembre dernier; chacun pourra apprécier ainsi les résultats de la provocation faite au corps médical et les progrès successifs de l'œuvre entreprise.

Un très grand nombre de communications relatives à l'Association ont été adressées au Secrétaire général du Conseil; soigneusement colligés, ces documents seront présentés à la plus prochaine réunion du Conseil général, qui aura lieu le 5 décembre prochain.

Nous ne croyons pas pouvoir donner un meilleur préambule à la deuxième liste d'adhésions qu'en reproduisant l'allocution prononcée à la dernière réunion de la Société médicale de la Haute-Vienne, par son honorable Président, M. le docteur Bardinet, de Limoges.

Nos lecteurs penseront comme nous que c'est là un langage digne, sage et judicieux, et que c'est bien ainsi qu'il faut envisager la grande institution commençante, et certainement perfectible, à laquelle tous les hommes d'intelligence et de cœur finiront par se rallier.

Amédée LATOUR.

Messieurs,

Les questions relatives à ce que l'on est convenu de nommer *les intérêts professionnels* agitent profondément, depuis quelques années, tout le corps médical.

Les médecins qui exercent depuis longtemps se sont habitués — et au besoin résignés — à l'ancien état de choses. Si quelques-uns d'entre eux ont le bonheur d'arriver à une position satisfaisante, le plus grand nombre, après une vie de labeurs et de soucis de tout genre, s'aperçoit que les années s'accumulent plus vite que les épargnes. Il lui faut subir, jusqu'à la fin, la loi — si dure pour un vieillard — du travail quotidien. Et quand arrive la fin de cette courte journée qu'on appelle la vie, la famille reçoit en héritage quelque estime peut-être, mais de fortune, point.

Les anciens médecins en ont souvent gémi; mais ils se plaignaient tout bas, et continuaient dignement à faire leur devoir.

La nouvelle génération veut aussi remplir ses devoirs de tout genre. Elle s'y prépare par des études qui deviennent plus fortes chaque jour, par un noviciat qui devient chaque jour aussi plus sérieux et plus long.

Mais quand la période d'initiative est terminée, et que le médecin rend de journaliers, d'incontestables services, il voudrait (est-ce trop exiger?) que son travail reçût une juste récompense; il trouve que trop souvent, et sans motifs légitimes, cette récompense lui échappe; il se persuade enfin que, mieux protégé par les lois, par les mœurs, il pourrait arriver à des résultats plus en rapport avec les sacrifices qu'il s'est imposés et les services qu'il rend.

On serait profondément injuste envers le corps médical, si l'on attribuait ces aspirations à un sentiment d'égoïsme ou de cupidité. Les médecins sont aussi humains, aussi désintéressés qu'autrefois; seulement, ils ne peuvent pas faire profession de charité et de désintéressement; ils tiennent à honneur de pratiquer ces vertus; mais ils veulent le faire librement, spontanément, sans qu'on s'arroge le droit de le leur imposer.

Et puis — il faut bien le dire — pour eux, comme pour tout le monde, les besoins de la vie matérielle ont grandi dans d'effrayantes proportions. N'ayant, en général, qu'un mince patrimoine, il faut bien qu'ils demandent à leur travail professionnel de quoi subvenir à d'inévitables dépenses, *nam premit res angusta domi!*

Le mouvement qui s'est produit sur tous les points du monde médical, au sujet des intérêts professionnels, ne pouvait manquer d'avoir son retentissement dans le sein de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne. Là, comme au dehors, deux camps se sont formés : dans l'un sont restés tous ceux qui se résignent aux imperfections du passé et mettent peu de confiance dans les nouveaux systèmes de prospérité générale; dans l'autre se sont groupés tous ceux qui sont décidés à poursuivre certaines améliorations et prennent pour devise : aide-toi, le ciel t'aidera!

Ne trouvant pas que la Société de médecine embrassât avec assez d'ardeur leurs idées, ils s'étaient séparés d'elle; mais cette scission regrettable ne pouvait durer longtemps entre confrères qui s'estiment et qui s'aiment. Elle vient heureusement de cesser, et c'est d'un mutuel accord que tous les membres de la Société étudieront à l'avenir les questions d'intérêt général. C'est assez dire qu'en poursuivant de légitimes réformes, ils n'oublieront jamais ce qu'ils doivent à l'humanité, ce qu'ils doivent à la dignité de leur profession, ce qu'ils se doivent à eux-mêmes. La médecine restera pour eux, sinon un sacerdoce — ce qui entraîne une idée d'abnégation permanente et de sacrifices sans fin — du moins une noble profession qui doit grandir encore dans l'estime des hommes.

C'est sous l'influence de ces idées, Messieurs, que vous aborderez les différentes questions d'intérêts professionnels qui pourront successivement se présenter à vous; c'est sous leur influence, en particulier, que vous étudierez les *Statuts de l'Association de prévoyance et de secours mutuels pour tous les médecins de France* qui viennent d'être approuvés par le gouvernement.

Cette Association, Messieurs, est évidemment le résultat des doléances de tout genre et des aspirations à un sort meilleur, que le corps médical fait entendre à toute occasion depuis quelques années. L'autorisation que vient de lui donner le gouvernement est la preuve qu'à ses yeux — dans une certaine mesure du moins — ces doléances sont fondées, et ces aspirations légitimes.

C'est donc un devoir pour nous, Messieurs, d'étudier, avec une religieuse attention, les statuts de la nouvelle Société. Vous l'avez compris, et, dans votre dernière séance, vous avez chargé une commission de cinq membres d'en faire un examen spécial. Dans un instant, vous allez entendre son rapport, aussi remarquable, je le sais, par la sagesse des appréciations que par l'élégance de la forme.

Je ne veux pas empiéter sur ses attributions : mais, laissant de côté tout ce qui est applications et détails, j'ai besoin de vous soumettre encore quelques observations générales.

Les statuts de la nouvelle Association, il faut bien le dire, n'ont pas été accueillis partout avec un sentiment très prononcé de gratitude.

Certains médecins ont été blessés dans leur orgueil professionnel, en voyant que, pour protéger le corps médical, on ne trouvait rien de mieux qu'une Société de secours mutuels, comme on en octroie, chaque jour, aux professions inférieures; la cotisation annuelle, ont-ils dit, n'est pour nous qu'une charge de plus; ne vous préoccupez pas tant de nous assurer des secours; améliorez notre position de manière à ce que, par notre travail, nous mettions nos femmes et nos enfants, nous nous mettions nous-mêmes, dans notre vieillesse et nos infirmités, à l'abri du besoin.

Je ne veux pas dire que, dans ces paroles amères, il n'y ait rien de fondé; mais, ce que je sais bien, c'est que, avec du dépit et de l'irritation, avec des illusions et d'inopportunes exigences, on n'améliorera rien, et l'on finira d'aggraver une position déjà pleine de souffrances.

Acceptons donc ce qu'on nous propose, et acceptons-le avec recon-

Feuilleton.

CARAVANE DE LA MECQUE.

On nous écrit de Beyrouth, à la date du 20 octobre dernier :

La caravane de la Mecque a été encore cette année décimée par la dysenterie. Ce fait déplorable se renouvellera, je le crains, tant que le pèlerinage musulman tombera dans les mois les plus chauds de l'année. Pour justifier cette opinion, je vous demande la permission de donner sur le départ, le séjour à la Mecque et le retour de la caravane de Syrie, quelques renseignements qui m'ont été fournis par un jeune Musulman très intelligent qui a fait cette année son premier pèlerinage à la Mecque.

La caravane de Syrie, qui se compose de tous les pèlerins de la Turquie d'Europe et de l'Asie-Mineure, venus par terre et par mer dans cette province, se réunit à Damas un mois et demi environ avant l'époque fixée pour le départ, qui varie chaque année, suivant l'année lunaire conservée par les Musulmans.

Durant le voyage de Damas à la Mecque, la caravane n'a pas trop à souffrir. Un pacha, ayant sous ses ordres 300 fantassins et 200 cavaliers, la protége. Les pèlerins ont de l'eau et des vivres en suffisante quantité; presque tous, du reste, font arrangement avec un guide, qui s'engage à leur fournir les moyens de transport et la nourriture. Durant la première partie du voyage, ces conventions sont loyalement exécutées. Les marches ne sont pas longues et les étapes convenablement disposées, en sorte que la caravane arrive presque toujours à la Mecque sans être trop fatiguée et dans un état parfait de santé. Mais alors commence pour les pèlerins une vie des plus pénibles. Il faut qu'ils subissent toutes les cérémonies fatigantes que leur religion leur impose.

Six heures avant d'arriver à la Mecque, à la dernière étape, au moment où ils entrent dans le territoire sacré, ils se dépouillent de leurs vêtements pour revêtir l'Ihram, qu'ils ne doivent plus quitter. L'Ihram est le costume imposé par la loi religieuse à tous les pèlerins. Il consiste en deux morceaux d'étoffe sans couture, de lin, de coton ou de laine, dont l'un enveloppe les reins et l'autre le cou et les épaules, en laissant le bras droit découvert. Le pèlerin doit avoir aussi la tête nue et le cou-de-pied découvert; il doit garder ce costume la nuit et le jour, durant tout le temps qu'il visite les divers sanctuaires de la Mecque. Il ne peut rien y ajouter pour se préserver de la chaleur le jour et du froid la nuit. Les pèlerins riches qui peuvent se couvrir d'Ihram en drap ou même en cachemire, ne souffrent pas trop sous ce costume; mais le plus grand nombre ne se sert que d'Ihram en toile de lin ou de coton.

Durant le mois d'août, à la Mecque, si les journées sont très chaudes, les nuits sont fraîches et humides, une rosée abondante couvre souvent le sol, et les pèlerins pauvres n'ont, pour s'en préserver, qu'une tente légère et souvent que leur Ihram.

Pendant les dix jours que durent les cérémonies religieuses, le pèlerin est toujours en mouvement. Il doit faire au moins cinq prières par jour, ce qui exige de nombreuses génuflexions; il doit aussi exécuter sept promenades par jour autour de la Ka-Aba, c'est ce qu'on nomme le Touaf; couvert de sueur, accablé de fatigue, il se rend au Zemzem ou Puits-Sacré, dont l'eau prise à l'intérieur doit le guérir ou le préserver de toutes les maladies, et, répandue en ablutions sur son corps, effacer tous ses péchés.

Enfin, le 9 du mois sacré, le Zould-Haji, tous les pèlerins vont, à six lieues de la Mecque, visiter le mont Arafat et assister à la prédication qui se fait à l'endroit même où Mahomet, monté sur un chameau, instruisit ses premiers disciples. Cette cérémonie dure trois jours; on se rend ensuite dans la vallée de Muna, où, suivant la légende musulmane, Abraham voulut sacrifier non Isaac, mais Ismaïl, le père des Arabes, et rencontra ensuite trois fois le Diable et le mit en fuite en lui jetant sept pierres. En souvenir de ces événements, les pèlerins doivent sacrifier un mouton et jeter sept pierres contre les trois endroits où le Diable parut à Abraham. Le pèlerinage est alors accompli, et le pèlerin retourne à la Mecque préparer son départ.

Les Musulmans qui se rendent à la Mecque à l'époque du pèlerinage, n'y viennent pas tous dans un but religieux. Un grand nombre de marchands accompagnent les caravanes ou même les précèdent à la Mecque.

La ville sainte est alors un immense bazar où viennent s'étaler les produits les plus riches de l'Yemen, de l'Inde et d'Afrique, et même les étoffes anglaises et françaises. On y voyait même autrefois des porcelaines de la Chine, et j'ai vu dans des maisons musulmanes de Beyrouth de beaux vases de Chine qui provenaient de la Mecque. On en voit aussi dans les maisons de Damas et d'Alep.

On évalue au nombre de cinquante à soixante mille les pèlerins qui arrivent chaque année à la Mecque au temps du pèlerinage. Les ressources alimentaires qui se trouvent ordinairement dans la ville et les environs ne suffiraient pas pour nourrir cette multitude qui s'abat tous les ans sur la cité sainte. Aussi les denrées alimentaires même des plus mauvaises qualités trouvent alors un débit assuré et sont vendues à des prix exorbitants. Les Bédouins du désert amènent des troupeaux de moutons et la province du Taïf, située à trois journées de la Mecque, fournit quelques bons fruits. Mais ces denrées, très chères, sont accaparées par les pèlerins riches, les pauvres doivent se contenter de légumes secs et de viandes salées ou desséchées. Quelquefois ces dernières ressources leur manquent : ils se soutiennent alors avec des liqueurs fermentées, l'arac et le bouza, qui se vendent non seulement dans la ville, mais même sous les murs de la Bout-Alla ou Maison de Dieu.

Ainsi, à part quelques pèlerins riches qui peuvent se loger en ville en payant jusqu'à 500 francs une chambre pour dix ou quinze jours, la masse des dévots musulmans, à peine vêtue, mal nourrie, reste exposée durant près d'un mois aux variations atmosphériques. A ces causes déjà bien suffisantes de maladies, il faut ajouter plusieurs centaines de cadavres de chameaux, de mulets, de moutons qui pourrissent autour du campement et jusque dans l'intérieur de la ville, sans que personne songe à les enlever. L'air est tellement infecté, que les Arabes du désert, qui viennent à la Mecque au temps du pèlerinage, ont l'habitude de se boucher les narines avec deux morceaux de coton qu'ils portent suspendus à leur cou par un fil.

Telles sont, je crois, les causes des épidémies de dysenteries et de fièvres pernicieuses qui déciment chaque année les pèlerins. Ceux qui échappent à la mortalité ont souvent le ventre ballonné, sont affaiblis et se soutiennent à peine. Ceux qui retournent par mer peuvent encore se rétablir dans les villes d'Égypte, qu'ils atteignent très promptement, et dans lesquelles ils trouvent une nourriture et des logements convenables. Mais les malheureux qui sont obligés de prendre la voie de terre, restent encore exposés pendant un mois aux fatigues d'une longue route à travers le désert.

Quoique les conducteurs de la caravane aient eu le soin, en se rendant à la Mecque, de laisser à chaque étape, dans des tours construites pour cet usage, une partie de leurs provisions et souvent de leur eau, au retour ils retrouvent ces provisions et cette eau le plus souvent gâtées, lorsqu'elles n'ont pas été enlevées par les Bédouins. La caravane est alors obligée de doubler et quelquefois de tripler ses étapes, en laissant derrière elle les morts et les mourants. Elle arrive ainsi à Damas en se faisant précéder par les bruits les plus sinistres. On attribue toujours l'affreuse mortalité au choléra, et toujours les médecins sanitaires de Damas n'ont à constater qu'une dysenterie épidémique produite par les fatigues, les privations et une nourriture déplorable.

naissance, car c'est encore le moyen le plus puissant qui nous ait été offert d'améliorer notre position professionnelle.

L'Association ne dût-elle avoir pour résultat que de venir en aide à quelques confrères malheureux, à leurs veuves, à leurs enfants..... que nous devrions lui donner avec empressement notre modeste et sympathique offrande.

Mais il est impossible que là se bornent ses bienfaits!

Une Association qui se présente avec un caractère de généralité, et une puissance d'expansion jusqu'ici sans exemple, puisqu'elle peut attirer dans son sein tous les médecins de France ;

Une Association qui est née du vœu général ; — que patrone le gouvernement ; et que dirigent les hommes les plus éminents et les plus dévoués de notre profession ;

Cette Association ne peut se borner à distribuer, dans l'ombre quelques modiques secours !

L'article 1er des statuts dit qu'elle doit être aussi pour le corps médical une Société de *protection*. Ce mot est gros d'avenir. Prenons-le dans son acception la plus large, et attendons avec confiance les améliorations progressives dont il est le germe et la promesse.

Telles sont, Messieurs, les idées que je m'étais faites sur l'Association générale des médecins de France, et que je désirais vous soumettre, quand j'ai reçu de notre savant et honoré compatriote, M. Cruveilhier, qui est un des membres fondateurs de l'Association, une lettre qui est ainsi conçue :

« Mon cher Bardinet,

» Vous avez dû recevoir les statuts relatifs à l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*.

» Je ne me suis décidé à faire partie de la commission fondatrice qu'après mûr examen, et, véritablement, je ne vois que de l'avantage dans une Association qui reliera entre eux tous les membres de la grande famille médicale.

» Je désirerais beaucoup que les médecins du département de la Haute-Vienne ne fussent pas les derniers à adhérer aux statuts de l'Association, et qu'ils se constituassent, le plus tôt possible, en Société locale, dont le siége serait à Limoges.

» Je vous prie donc d'engager nos confrères du département de la Haute-Vienne à concourir à cette bonne œuvre, qui pourra exercer sur notre profession, et sur son honorabilité, la plus salutaire influence.

» Votre dévoué,

» CRUVEILHIER.

» Paris, le 28 octobre 1858. »

S'il restait de l'hésitation dans l'esprit de quelques-uns d'entre vous, cette lettre suffirait certainement à la faire cesser ; car, pour vous, comme pour moi, M. Cruveilhier n'est pas seulement un maître dans la science, c'est encore un modèle d'honorabilité médicale, et le guide le plus sûr que chacun de nous puisse suivre dans sa carrière professionnelle.

DEUXIÈME LISTE D'ADHÉSIONS.

MM.

AIN : Ducrest, à Nantua. — Larochette, id. — Baudin, id. — Godfrain, à Etreux. — Total à ce jour, 6.

AISNE : Lejeune, à Montaigu. — Leroux, à Corbeny. — Total à ce jour, 14.

ALLIER : Dévaux, à Cosnes. — Camus, à Montmarault. — Modérat, à Moulins. — Bidau, à St-Pourcin. — Sambon, à Huriel. — Laronde, à St-Pourcin. — Total à ce jour, 13.

ALPES (BASSES-) : Dauvergne, à Manosque. — Total à ce jour, 4.

ALPES (HAUTES-) : Total à ce jour, 1.

ARDÈCHE : Saladin, à Aubenas. — Périot, à Bournon. — Total à ce jour, 5.

ARDENNES : Guérin, à Mézières. — Toussain, id. — Total à ce jour, 5.

ARIÉGE : Bonnans, à Cabannes. — Argaing, à Saint-Ybars. — Silvestre, à Pamiers. — Total à ce jour, 7.

AUBE : Total à ce jour, 3.

AUDE ; Gruner, à Thézan. — Cabrol, à Conques. — Total à ce jour, 7.

AVEYRON : Jausion, à Lesclauzade. — Bonnefons, à Randon. — Total à ce jour, 7.

BOUCHES-DU-RHÔNE : Roux, à Jouques. — Cruchet, à Marseille. — Caillat, à Aix. — Isnard, à Géménos. — Cochet, à Martigues. — Imbert, à Arles. — Total à ce jour, 7.

CALVADOS : Thouroude, à La Graverie. — Total à ce jour, 15.

CANTAL : Zeglicki, à Mauriac. — Bongrand, à Saint-Urcize. — Bastid, à Saint-Cernin. — Raynal de Tissonière, à Cheylades. — Chavinier, à Saignes. — Total à ce jour, 5.

CHARENTE : Veyret, à Montembœuf. — Total à ce jour, 6.

CHARENTE-INFÉRIEURE : Giberton, à Rioux. — Largnier, à Paimbert. — Bertet, à Cercoux. — Turner, à Saintes. — Legros, à Rochefort. — Griffon, à Saint-Porchaire. — Lasson, à Nancras. — Romieux, à La Rochelle. — Dessendié, à Jonzac. — Quinemant, à Muron. — Quantin, à Celles. — Garnault, à Pons. — Ardouin, id. — Total à ce jour, 17.

CHER : Michalski, à Vierzon. — Désages, à Châtelet. — Grajon, à Vierzon. — Pacewiez, à St-Martin-d'Auxigny. — Total à ce jour, 12.

CORRÈZE : Delage, à St-Viance. — Gaudeix, à Pompadour. — Leyral, à Voutezat. — Leclerc, à Brives. — Lestourgié, à Beaulieu. — Mons, à Seilhac. — Ségeral, à St-Robert. — Marbeau, à Brives. — Nicollet, à Bort. — Total à ce jour, 13.

CORSE : Cauro, à Ajaccio. — Manfredi, à Bastia. — Tedeschi, à Corte. — Total à ce jour, 3.

CÔTE-D'OR : Boutequoy, à Châtillon. — Buzenet, id. — Bourée, id. — Coquelu, à Dijon. — Sébillotte, à Grignon. — Cunisset, à Pouilly. — Guillabert, à Beire-le-Châtel. — Masson, à Beaune. — Total à ce jour, 13.

CÔTES-DU-NORD : Dutboya, à Guingamp. — Gaillard, à Pontrieux. — Benoist, à Guingamp. — Guillou-Pénanguer, id. — Total à ce jour, 6.

CREUZE : Bouhier, à St-Pierre. — Mazeron, à Auzanas. — Rousset, à Vallière. — Bezeau, à Alnin. — Bontemps, à St-Sulpice-les-Champs. — Berthet, à Pontariou. — Diverneresse, à La Chapelle-Taillefer. — Guisard, à Guéret. — Total à ce jour, 9.

DORDOGNE : Monfange, à Nontron. — Picaud, id. — Charon, à Dommer. — Moreau, à Tocane. — Godlewski, à Montpasier. — Profit, à Nontron. — Burette, à Bugue. — Chayron, à Villefranche. — Verdier, à St-Orse. — Bardy-Delisle, à Périgueux. — Total à ce jour, 11.

DOUBS : Georgeon, à Montbéliard. — Perrenot, à Valduanne. — Total à ce jour, 2.

DROME : Bodin, à Saiut-Donat. — Total à ce jour, 1.

EURE : Bardet, à Bernay. — Sellerier, à Bourtb. — Londe, à Vernon. — Total à ce jour, 4.

EURE-ET-LOIR : Filleul, à Senonchès. — Galopin, à Illiers. — Lesueur, à Unverre. — Total à ce jour, 6.

FINISTÈRE : Rolland, à Brest. — Blanchard, id. — Lebreton, à Pleyben. — Louarn, à Audierne. — Guillet, au Faou. — Bernard, à Carhaix. — Bernard, à Carhaix. — Lacauchie, à Port-Lannoy. — Le Caër, à Quimper. — Lairan, à Recouvrance. — Bijon, à Quimperlé. — Halléguen, à Quouesnon. — Baume, à Quimper. — Total à ce jour, 22.

GARD : Poulligues, à Uzès. — Ferry, à Alais. — Vidal, à Bésséges. — Ziromski, à la Grand-Combe. — Neirieu, à St-Gilles. — Griolet, à Sommières. — Zaleski, à Sauve. — Carrière, à St-André-de-Valborgne. — Fabre, à la Grand-Combe. — Pleindoux, à Nîmes. — Jaholkowski, à Générac. — Linné, à Beaucaire. — Total à ce jour, 12.

GARONNE (HAUTE-) : Camin, à St-Lys. — Ripoll, à Toulouse. — Besse, à Cazères. — Estèbe, à Villefranche. — Dounons, à Montesquieu. — Debats-Ponsan, à Muret. — Pégot, à Toulouse. — Dupuy, à Avignonet. — Amiel, à Aurignac. — Rieupeyroux, à Grenade. — Fazuilbe, à Rieumes. — Lannes, à Nailloux. — Ferran, à Cazères. — Labroue, à Lacasse. — Total à ce jour, 20.

GERS : Denus, à Estang. — Vergès, à Lupiac. — Ortholan, à Clermont. — Trémoulet, à Fleurant. — Dubarry, à Condom. — Morisse, à Tournecoupe. — Garros, à Démù. — Total à ce jour, 11.

GIRONDE : Lalaurie, à Bazas. — Banon de Châtenay, à Gradignan. — Pyrol de Biermont, à Bordeaux. — Ardusset, à Bazan. — Bert, à Jau. — Duprada, à La Réole. — Borchard, à Bordeaux. — Dubaquié, à Bazas. — Héricé, à Libourne. — Total à ce jour, 41.

HÉRAULT : Lassalvy, à Cette. — Hayn, à Nissan. — Cavani, à Montferrier. — Nègre, à Lourens. — Pourché, à Montpellier. — Total à ce jour, 11.

ILLE-ET-VILAINE : Total à ce jour, 0.

INDRE : Total à ce jour, 5.

INDRE-ET-LOIRE : Thomas, à Ligueil. — Boulard, à Richelieu. — Lipski, à Cormery. — Caillet, à Luynes. — Millet, à Tours. — Przeslakoski, à Rouziers. — Total à ce jour, 11.

ISÈRE : Robin, à la Côte-St-André. — Baron, à La Motte. — Achard, à Saint-Marcellin. — Aviare, à Nonetiers. — Roussillon, à Bourg. — Charcot, à Viriville. — Total à ce jour, 9.

JURA : Total à ce jour, 2.

LANDES : Dudebout, à Lesperon. — Gaube, à Roquefort. — Méaule, à Escource. — Tartas, à Rion. — Darroze, à Pontonx. — Massic, à Habas. — Desquives, à La-Forge-d'Ychoux. Total à ce jour, 8.

LOIR-ET-CHER : Total à ce jour, 0.

LOIRE : Garapon, à Saint-Étienne. — Maurice, id. — Guillien à Saint-Just-en-Chevalet. — Duchêne, à Firminy. — Total à ce jour, 6.

LOIRE (HAUTE-) : L'Hermier des Plantes, à Tours. — Total à ce jour, 2.

LOIRE-INFÉRIEURE : Benoit, à Pellerin. — Alard, à Nantes. — Pichery, id. — Janniard, à Cambon. — Benoist, à Saint-Nazaire. — Ian-Kerguistel, à Guérande. — Vaugiraud, à Nort. — Total à ce jour, 13.

LOIRET : Tartarin, à Bellegarde. — Boireau, à Briare. — Brechemier, à Orléans. — Desmoulins, à Loury. — Total à ce jour, 7.

LOT : Dupeyrat, à La Tronquière. — Bonnefons, à Figeac. — Demeaux, à Puy-Levêque. — Total à ce jour, 3.

LOT-ET-GARONNE : Camus, à Buzet. — Espagnac, à Nérac. — Vincent, à Saint-Barthelemy. — Nugue-Delisse, à Aiguillon. — Boussat, à Castillonnès. — Dupouy, à Agen. — Total à ce jour, 8.

LOZÈRE : Total à ce jour, 2.

MAINE-ET-LOIRE : Total à ce jour, 5.

MANCHE : Duteil, à Saint-Lô. — Guiffard, à Cherbourg. — Lemaître, à Périers. — Quesnes, à Blainville. — Le Gruel, à Picauvile. — Total à ce jour, 10.

MARNE : Remy, à Mareuil. — Suley, à Sézanne. — Total à ce jour, 7.

MARNE (HAUTE-) : Mousseau, à Auberive. — Magnin, à Bourbonne-les-Bains. — Pitois, à Cirfontaines-en-Ornois. — Total à ce jour, 15.

MAYENNE : Piette, à Lassay. — Total à ce jour, 3.

MEURTHE : Saucerotte (Tony), à Lunéville. — Saucerotte (Constant), id. — Putegnat, id. — Borom, à Vezelise. — Grandy, à Badonviller. — Poincaré, à Nancy. — Danis, à St-Nicolas-du-Port. — Simonin, à Nancy. Total à ce jour, 18.

MEUSE : Lejeune, à Tréveray. — Gueury, à Harville. — Briet, à Verdun. — Boucher, à Spincourt. — Total à ce jour, 8.

MORBIHAN : Lemauff, à Sarzeau. — Total à ce jour, 3.

MOSELLE : Ving, à Boulay. — Delatte, à Conflans. — Marchal, à Mondelange. — Regnier, à Vaudreching. — Douant, à Dompierre. — Total à ce jour, 11.

NIÈVRE : Roy, à Decize. — Paultre, à St-Amand. — Thomas, à Nevers. — Denoue, à Lormes. — Harand, à Corbigny. — Total à ce jour, 15.

NORD : Buisson, à Auberchicourt. — Dehoux, à Valenciennes. — Lejeal, à Denain. — Duparcq, à D'Alhèm. — Capelle, à Lille. — Doyen, id. — Total à ce jour, 17.

OISE : Missa, à Nanteuil. — Morillion, à Pont-St-Maxence. — Assollant, à Senlis. — Challan, id. — Cézilly, à Gouvieux. — Suillet, à La Chapelle-en-Servai. — Crosilhes, à Crépy-en-Valois. — Gauthier, à Ivry-le-Temple. — Total à ce jour, 19.

ORNE : Delaporte, à Vimoutiers. — Oriot, id. — Lemonnier, à Saint-Maurice. — Maheut, à Argentan. — Bisson, à Laigle. — Fauvel, à Argentan. — Total à ce jour, 10.

PAS-DE-CALAIS : Brégeaut, à Saint-Pierre-les-Calais. — Total à ce jour, 6.

PUY-DE-DOME : Bourgade, à Clermont-Eerrand. — Fouriaux, id. — Pradier, id. — Ledru, id. — Fournier, à Saint-Germain-Lembron. — Saint-Massal, à Courpière. — Gralenski, à Aubière. — Malmenaide, à Thiers. — Bayle, à Lezoux. — Gouyon, à Clermont-Ferrand. — Gagnon, id. — Missoux, à Fournols. — Versepuy, à Saint-Germain-Lembron. — Total à ce jour, 20.

PYRÉNÉES (BASSES-) : Serron, à Oloron. — Bonnet de Malherbe, à Pau. — Crouseilles, à Oloron. — Bergeret, à Morlaas. — Etcbart, à Navarrens. — David, à Espelette. — Talamon, à Nay. — Dihursubéhère, à St-Etienne-de-Bigorry. — Serée, à Arette. — Total à ce jour, 11.

PYRÉNÉES (HAUTES-) : Brugière, à Siradan. — Total à ce jour, 2.

PYRÉNÉES-ORIENTALES : Farran (Joseph), à Caudiès. — Pigtowski, à Vernet-les-Bains. — Pencbinat, à Port-Vendres. — Total à ce jour, 3.

RHIN (BAS-) : Willemin, à Strasbourg. — Lange, à Wœrt. — Ringeisen, à Schlestadt. — Total à ce jour, 9.

RHIN (HAUT-) : Neser, à Sainte-Marie. — Amrein, à Tbann. — Lacour, à Dannemarie. — Total à ce jour, 11.

RHÔNE : Munaret, à Brignais. — Total à ce jour, 4.

SAÔNE (HAUTE-) : Gauthier, à Faucogney. — Thirion, à Gouhenans. — Simon, à Roncband. — Total à ce jour, 7.

SAÔNE-ET-LOIRE : Giraud, à Montret. — Guénébaud, à Vire. — Daviot, à Saint-Didier-en-Arroux. — Total à ce jour, 6.

SARTHE : Renou, à La Flèche. — Cbotard, à Mayet. — Ripeault, à Dollon. — Leviau, à La Suze-sur-Sarthe. — Total à ce jour, 7.

SEINE : Hérard. — Piogey. — Lustremann. — Legouest. — Shrimpton. — Demarquay. — Daremberg. — Baret. — Menessier. — Laroze. — Bürgkly. — Terrier. — Caby. — Riembault. — Blanchet. — Laroche père. — Bourdet. — Mouzard. — Monod. — Launoy. — Dreyfus. Mac-Cartby. — Durand-Fardel. — Charruau. — De Soyre. — Larcher, à Passy. — Collongues, id. — Guyot (Jules), à Batignolles. — Cahen. — Boutin. — Total à ce jour, 162.

SEINE-INFÉRIEURE : Duteurtre, à Saint-Valery-en-Caux. — Total à ce jour, 4.

SEINE-ET-MARNE : Poisson, à Mormant. — Forgemol, à Tournant. — Tonnelier, à Montereau. — Total à ce jour, 11.

SEINE-ET-OISE : Huet, à Écouen. — Lecalvé, à Luzarches. — Charbonnier, à Gonesse. — Chénier, à Orsay. — Gent, à Meulan. — Fridefont, à Soisy. — Lemazurier, à Versailles. — Desrioux, à Sucy. — Lebrun, à Argenteuil. — Galliot, à Ablon. — Provost, à Épone. — Total à ce jour, 28.

SÈVRES (DEUX-) : Dusouil, à Melle. — Albert, à Parthenay. — Brangier, à Breloux. — Toulat, à Lezay. — Bourdon, à Chizé. — Total à ce jour, 16.

SOMME : Surmay, à Ham. — Total à ce jour, 1.

TARN : Boriez, à Montérat. — Lalogade, à Alby. — Calvet, à Castres. — Cassan, à Alby. — Murat, à Salvagnac. — Total à ce jour, 6.

TARN-ET-GARONNE : Total à ce jour, 4.

VAR : Siméon, à Lorgues. — Chassinat, à Hyères. — Fournier, à Beausset. — Buisson, à Draguignan. — Blanc, à Tracy. — Sibille, à Salerne. — Pierrugues, à Callas. — Giraud, à Draguignan. — Czernicki, au Cannet, près Cannes. — Laure, à Toulon. — Biernacki, à Cannes. — Doussan, à Grasse. — Isnard-Cévoule, id. — Raynaud, id. — Sassy, id. — Maure, id. — Spitalier, id. — Cauvin, à Saint-Tropez. — Rouvière, à Montfort. — Thomas, à Bayols. — Total à ce jour, 29.

VAUCLUSE : Komaneski, à Bedoin. — Godlenski, à Sorgues. — Total à ce jour, 4.

VENDÉE : Bouhier, aux Sables-d'Olonne. — Lenepveu, à La Châtaigneraye. — Babin, à Fontenay. — De la Tribouille, à Chavagnes-en-Paillers. — Total à ce jour, 12.

VIENNE : Delacoux, a Poitiers. — Couillaud, à Vivonne. — Pergot, à Charroux. — Giewartowski, à Angles. — Fonteneau, à Couhé-Vérac. — Benoist, à Neuville. — Verger, à Civray. — Noirmant, à Saint-Gervais. — Delineau, à Roche-Prémarie. — Bonnet, à Poitiers. — Orbin, id. — Moutet, à Lusignan. — Total à ce jour, 13.

VIENNE (HAUTE-) : Total à ce jour, 4.

VOSGES : Zeller, à Remiremont. — Jacquot, à Saint-Dié. — Mergaut, à Mirecourt. — Parisot, à Girecourt-sur-Durbion. — Lafosse, à Valeroy-le-Sec. — Voigt, à Raon-l'Étape. — Liégey, à Rambervillers. — Total à ce jour, 14.

YONNE : Regnoul, à Villeneuve. — Bonneviot, à Champignelles. — Legendre, à Bléneau. — Total à ce jour, 9.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Dans la dernière séance, M. Velpeau avait présenté, au nom de M. le docteur Vernhes, une note sur l'antagonisme du croup et des éruptions cutanées. Aujourd'hui, un médecin du département du Pas-de-Calais réclame la priorité de l'emploi du croton tiglium pour produire ces éruptions dans le même but. Ce médecin — par une distraction peu commune — a oublié de signer sa réclamation.

— M. Laboullaye adresse à l'Académie un travail relatif à la production de la chaleur par les actions chimiques.

— MM. Picou et Andraud envoient, chacun de son côté, des études sur les comètes. Ce dernier s'est surtout occupé de la question cosmogénésique de ces astres.

— M. Naudet répond à une lettre adressée par M. le Président de l'Académie des sciences, que MM. Ernest Renan et Maury, de l'Académie des inscriptions, seront adjoints à la commission chargée d'examiner la note de M. Paravey sur le Zodiaque chaldéen.

— M. le professeur Bouisson, de Montpellier, adresse une note sur la fièvre puerpérale. Pour lui, c'est une fièvre putride causée par la putridité du lait. C'est, du moins, en ces termes, que M. le Secrétaire perpétuel a énoncé l'objet de la communication de M. le professeur Bouisson.

— M. Albert Puech, de Toulon, fait hommage à l'Académie de ses différentes notes sur l'hématocèle rétro-utérine, qu'il a réunies et fait imprimer. Selon le désir exprimé par l'auteur, M. Flourens rappelle que M. Puech attribue l'hématocèle rétro-utérine à trois causes principales, qui sont : l'apoplexie des ovaires, l'hémorrhagie des trompes de Fallope, la rupture du plexus utéro-ovarien.

— M. Marey envoie une note sur le dicrotisme du pouls, phénomène qu'on avait tenté d'expliquer par diverses hypothèses : par une anomalie dans le mode de contraction du cœur, par la contraction seule des artères, etc. M. Marey a fait une observation qui ruine, à elle seule, toutes ces explications ; c'est l'absence constante du pouls *bis-feriens* dans l'artère fémorale, ainsi que dans toutes les autres artères du membre inférieur. M. Marey donne du dicrotisme une raison qui rend compte de son apparition dans les membres thoraciques et de l'impossibilité de sa constatation dans les membres abdominaux ; le pouls dicrote serait le résultat du reflux du choc de l'ondée sanguine aortique sur l'éperon des deux iliaques. C'est fort bien ; mais pourquoi ce reflux ne se fait-il pas sentir toujours ; et comment un phénomène essentiellement transitoire peut-il reconnaître pour cause une disposition anatomique ? Si nous trouvons dans le mémoire de M. Marey une réponse à ces questions, nous en ferons part à nos lecteurs.

— M. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, adresse une note relative à la statistique de la mortalité du croup présentée par M. Bouchut. Selon M. Barthez, le croup a augmenté à Paris depuis vingt ans, et sa mortalité, grâce à la trachéotomie, a diminué, sinon dans la pratique de la ville, du moins dans les hôpitaux.

Après une communication de M. Delaunay concernant la lune, M. Flourens, demandant la parole, donne de nouveaux détails sur le nœud vital :

En 1760, Lorry écrivait qu'en divisant la moelle allongée, on produisait la mort subite, tandis que les sections opérées plus bas amenaient seulement des paralysies.

En 1812, Legallois précisait davantage la détermination précédente, en disant que la respiration ne dépendait pas uniquement du cerveau, et qu'elle persistait quand le cerveau étant lésé ou détruit, la molle allongée était intacte.

En 1827, M. Flourens publiait à ce sujet un mémoire qui faisait faire un pas plus grand à la question. Il montrait que les sections de la moelle au-dessus de l'origine de la huitième paire, et

celles faites plus de trois lignes au-dessous de cette origine, n'abolissaient pas les mouvements de la respiration.

En 1831, il donnait plus de précision encore à ces limites en les circonscrivant au trou borgne pour la partie supérieure, et à la jonction des pyramides postérieures pour la partie inférieure.

Poursuivant ces recherches, il annonce aujourd'hui que le nœud vital est double, c'est-à-dire qu'il se compose de deux moitiés latérales semblables qui peuvent se suppléer l'une l'autre; chacune de ces moitiés a 2 millimètres 1/2 de largeur; il faut donc, pour que la vie soit subitement abolie, que la section faite en ce point comprenne les deux moitiés du nœud vital, et mesure, par conséquent, 5 millimètres.

M. Flourens est arrivé à ces résultats précis, en variant ses expériences, soit avec un emporte-pièce de 0,003 de diamètre, soit avec un scalpel à double tranchant, dont la lame est large de 0,005.

Cela explique comment M. Longet avait pu détruire les corps restiformes et les pyramides sans suspendre la vie.

Interrogé depuis longtemps par les physiologistes pour savoir où était situé ce qu'il appelle le nœud vital, M. Flourens avait indiqué, dès 1851, le V de substance grise compris entre les pyramides; on en avait conclu que le V de substance grise était lui-même le nœud vital. C'est une erreur. La substance grise n'y est pour rien; ou peut l'enlever sans léser les mouvements respiratoires. On peut même, à ce niveau, traverser toute la moelle, si l'on ne divise pas le point exact décrit par M. Flourens, sans compromettre la vie.

— M. Boussingault dépose une note sur la méthode analytique à employer pour apprécier la quantité d'engrais absorbée par les plantes.

— M. Jacquard, préparateur au Muséum, lit un mémoire sur quelques particularités anatomiques du système veineux abdominal chez les batraciens.

— M. Bussy, au nom de M. Glénard, professeur à l'École de médecine de Lyon, et de M. Guilliermond, de la même ville, fait connaître une nouvelle manière, très simple et très sûre, de doser la quinine contenue dans les quinquinas, au moyen de liqueurs titrées.

— M. d'Archiac, au nom de M. Noguès, dépose une note relative à l'influence des hautes températures sur l'état moléculaire des corps. Des fils de platine, après être restés plusieurs jours au rouge-blanc, avaient une cassure cristalline, et les cristaux affectaient la forme cubique et octaédrique.

A propos de cette communication, M. le général Morin et M. de Sénarmont disent que ce fait a été signalé plusieurs fois, et qu'eux-mêmes en ont vu des exemples; M. Pelouze rappelle qu'en 1828, Gay-Lussay avait fait la même observation aux forges de Charenton, et l'avait faite sur des centaines de kilos de barres de fer. Il avait vu que ces barres, après être restées longtemps à une haute température, se brisaient comme du verre, et offraient une cassure cristalline; et, qu'en les portant de nouveau au rouge et les laissant refroidir lentement, elles reprenaient leur ténacité première.

— M. Brongniart fait hommage à l'Académie de plusieurs brochures publiées à Liége par M. Édourad Morel, et relatives à diverses questions de botanique, particulièrement à la matière verte des feuilles.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les présentations dans la section de minéralogie.

Dr Maximin LEGRAND.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ET LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES CAUSTIQUES (1);

Par M. le docteur ROUAULT, médecin à Rennes.

Tous les points de la poitrine ne nous paraissent pas également propres pour l'application des caustiques. Il est de règle de les mettre dans la fosse sus-épineuse ou immédiatement au-dessous des clavicules; mais cette pratique nous paraît vicieuse, parce que, dans ces points, leur action est très circonscrite et ne peut s'exercer que sur une surface très limitée du poumon.

Un peu plus bas, au contraire, c'est-à-dire au lieu que nous avons indiqué, ils agissent sur une plus grande étendue de la surface pulmonaire, ainsi que sur les bronches et leurs divisions, avec lesquelles ils correspondent. Or, comme la phthisie se complique toujours d'un certain degré d'inflammation de la muqueuse bronchique, et que cette complication, ainsi que nous l'avons vu, joue un rôle immense dans l'évolution des produits accidentels, il est donc très important d'établir les caustiques sur un point des parois thoraciques peu éloigné des bronches, en vertu de ce principe de thérapeutique, que la médication révulsive est d'autant plus efficace qu'elle s'exerce sur une surface plus voisine du siége de la phlegmasie.

Comme agent révulsif, nous préférons le caustique de Vienne, parce qu'il est très doux, très maniable, que son action est très prompte, qu'il n'occasionne presque jamais d'éruption eczémateuse, d'érysipèle, de furoncle, et qu'alors même qu'on vienne à le convertir en cautère, il ne gêne que très peu les malades et ne les oblige aucunement à interrompre leurs travaux ordinaires.

Il n'en est pas de même du vésicatoire, que beaucoup de médecins emploient indifféremment et fréquemment à titre d'exutoire, et la vive douleur qui résulte de son application, la difficulté de son pansement, l'inégalité de la suppuration qu'il détermine, l'irritation qu'il fait naître du côté de la vessie et du système nerveux, surtout chez les femmes et les personnes très impressionnables, doivent le faire rejeter toutes les fois que l'on a pour but d'entretenir sur une partie du corps une suppuration d'une certaine durée.

Quant à son action pathogénique, elle est aussi bien différente de celle du caustique. Elle est immédiate, pour ainsi dire, et cesse presque aussitôt que la cause qui l'a produite. L'action du caustique de Vienne, au contraire, est beaucoup moins rapide et moins brusque. Sa durée est en rapport avec le temps nécessaire pour l'élimination de l'escarre et la réparation d'une déperdition de substances comprenant toute l'épaisseur du derme. Dans le premier cas, la suppuration est superficielle, cutanée, de nature séreuse; dans le second, elle est profonde, cellulaire et présente toutes les apparences d'un pus homogène, épais, louable.

De là la préférence que l'on doit accorder au vésicatoire toutes les fois que l'on se propose de révulser une phlegmasie aiguë, et au caustique toutes les fois au contraire que l'on veut agir sur une phlegmasie chronique.

Mais pour en revenir à la méthode de traitement dont nous avons commencé l'exposition, et dont les raisons ci-dessus justifient suffisamment l'emploi, nous ferons observer que les avantages que l'on doit en attendre se font principalement sentir pendant les six premières semaines qui suivent son application. Aussi au bout de cette époque, est-il bon et quelquefois même nécessaire de renouveler les caustiques et d'en appliquer deux autres au-dessus ou au-dessous des premiers. Cependant, lorsque nous avons affaire à des malades timides et pusillanimes, nous nous contentons de convertir les deux premiers en cautères, en les pansant chaque jour avec des pois, et nous entretenons ainsi la suppuration jusqu'à la cessation complète de l'oppression et de la toux.

Les caustiques de Vienne sont utiles à toutes les périodes de la phthisie; mais ils ne sont véritablement efficaces qu'à son début, ou à une époque peu éloignée de son invasion. Appliqués pendant le premier et même le deuxième degré de la maladie, ils entravent complétement sa marche; la toux et l'oppression disparaissent avec une rapidité véritablement surprenante, les malades reprennent des forces, de la fraîcheur et de l'embonpoint.

Lorsque les tubercules sont ramollis et qu'il existe déjà des cavernes plus ou moins profondes, les caustiques, appliqués sur les parois thoraciques, ont encore pour effet de prévenir de nouvelles éruptions tuberculeuses, et de préserver les parties du poumon restées saines contre l'invasion de nouveaux produits accidentels. De cette manière, on arrive à prolonger la vie des malades, si, faute d'avoir agi plus tôt et en temps opportun, il ne vous reste plus la faculté de la rétablir complétement.

En même temps que nous avons recours à cette médication qui nous a rendu d'immenses services, nous faisons prendre aux malades de larges doses de gelée de lichen; outre cela, si la toux paraît liée à un élément nerveux, si elle est petite, sèche, fréquente, comme convulsive et spasmodique, nous donnons une pilule d'extrait de belladone de 5 centig., matin et soir.

Le régime est presque exclusivement animal, cependant, autant que possible, nous tâchons de le conformer aux goûts du malade et nous lui permettons tous les aliments que son expérience personnelle lui a démontrés être les meilleurs, les plus digestibles et les mieux supportés par l'estomac. Pour boissou, il prend de la décoction d'orge perlé ou de l'eau vineuse pendant les repas.

Lorsque le temps est doux, sec et serein, le malade doit se livrer à un exercice modéré et à des promenades fréquentes à la campagne, dans les bosquets ou dans les vastes plants bien aérés, le long des bois de sapins ou des cours d'eau, dans les prés au moment de la fanaison et sur le bord de la mer, si la localité le permet.

Tels sont les moyens médicaux et hygiéniques auxquels nous avons recouru le plus souvent concurremment avec les caustiques, mais ceux-ci constituent la base du traitement; ils en sont la partie active et véritablement efficace. Les faits suivants l'établissent d'ailleurs d'une manière sans réplique.

Presque tous les malades qui font le sujet des observations que nous allons rapporter toussaient depuis six mois à un an et présentaient tous les signes physiques et rationnels d'une tuberculisation avancée. Tous, avant de se présenter à notre examen, avaient suivi divers traitements dont les préparations iodées et l'huile de foie de morue avaient fait les principaux frais; et c'était après en avoir reconnu eux-mêmes l'insuffisance ou la complète inefficacité qu'ils s'étaient décidés à venir nous consulter.

Voici quelques-uns de ces faits dont la plupart ont été recueillis par moi pendant que j'exerçais la médecine à la Grande-Trappe (Orne).

OBS. I. — M. D..., demeurant à Suvigny-sous-Audaine, instituteur primaire, âgé de 26 ans, vint nous consulter, le 18 mai 1853, pour une affection de poitrine remontant à plusieurs années. Il nous dit qu'il toussait depuis quatre ans environ, qu'il expectorait très abondamment, principalement le matin, que ses crachats étaient épais, opaques, semi-purulents, qu'il avait eu plusieurs hémoptysies, que sa mère et sa sœur étaient mortes phthisiques et que lui-même se croyait atteint de la même maladie. Il s'adressait donc à nous en désespoir de cause et après avoir essayé inutilement tous les autres moyens. Il était arrivé à un état voisin du marasme, il avait de la fièvre et du dégoût pour tous les aliments; sa voix était profondément altérée, et il était essoufflé au moindre exercice. L'auscultation nous fit reconnaître des craquements humides sous la clavicule, du souffle caverneux, de la pectoriloquie. Malgré ces conditions défavorables, nous appliquâmes deux caustiques de Vienne, suivant notre méthode, et nous conseillâmes la gelée de lichen. Le régime devait être aussi tonique que possible.

Nous revîmes le malade plusieurs mois après. Sa santé s'était déjà notablement améliorée. Il toussait moins, et il avait repris de la fraîcheur et de l'embonpoint. Comme les deux caustiques qu'on avait convertis en cautères ne suppuraient presque plus, j'en mis deux autres au-dessous des premiers. Le mieux continua au point même que l'oppression et la toux disparurent complétement. Je revis le malade longtemps après. Il était dans les conditions de santé les plus satisfaisantes. Je l'engageai à quitter sa profession d'instituteur primaire, qui me paraissait de nature à favoriser le retour de nouveaux accidents.

II. — M. D..., avoué à Dreux, âgé de 30 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, d'une constitution et d'une taille moyennes, tousse depuis un an; la toux est petite, sèche; les crachats, peu abondants, sont quelquefois mélangés de stries sanguinolentes. Il existe un peu de dépérissement et de fièvre. Néanmoins, l'appétit est conservé et l'état général satisfaisant. Le malade se plaint d'une douleur assez mal circonscrite et occupant le côté gauche de la poitrine. Il existe un peu d'obscurité de son sous les clavicules; râles muqueux disséminés; expiration légèrement prolongée. Deux caustiques de Vienne sont établis sur les parois thoraciques. On conseille la gelée de lichen et une pilule de belladone matin et soir. Le traitement fut suivi du plus heureux résultat. Au bout de deux mois, M. D... nous écrivit pour nous dire qu'il allait infiniment mieux, et quelque temps après il vint lui-même nous annoncer sa guérison. Cependant, comme nous étions aux approches de l'hiver, nous lui conseillâmes d'entretenir ses caustiques pendant toute la durée de la mauvaise saison.

III. — Mme T..., de Marnefer, 28 ans, tempérament lymphatique, est atteinte depuis plus d'un an d'une toux fréquente, quinteuse, suivie d'une expectoration abondante. Elle n'a jamais craché le sang. Il existe un amaigrissement notable, et la malade, qui était grasse et colorée, a perdu tout à coup ses forces, sa fraîcheur et son embonpoint. Vu l'insuffisance des traitements qui avaient été faits jusqu'à ce jour, nous eûmes recours à notre méthode ordinaire. Sous son influence, tous les symptômes ci-dessus disparurent. La malade, se croyant alors tout à fait rétablie, pensa qu'elle pouvait supprimer ses caustiques impunément. Mais la toux, l'oppression, la fièvre, etc., ne tardèrent pas à reparaître. On appliqua alors deux nouveaux caustiques qui, ainsi que les premiers, obtinrent le meilleur effet. Cependant, comme la malade toussait encore un peu lorsqu'elle revint nous voir, nous insistâmes pour qu'elle conservât ses exutoires jusqu'à la cessation complète de tous les accidents.

IV. — Blanchet, de Nonant, âgé de 40 ans, maréchal, vient nous consulter pour une toux très forte et très fatigante dont il est affecté depuis six mois environ. Il a craché le sang une fois. Il existe du dépérissement, de la faiblesse et une petite fièvre qui redouble le soir. Râles muqueux des deux côtés de la poitrine; la respiration est exagérée, l'expiration prolongée. Je lui mis deux caustiques. Six semaines après, il ne tousse plus, les forces sont à peu près rétablies; il a pu reprendre son travail.

(La fin à un prochain numéro.)

ERRATUM. — Dans le premier article de ce mémoire, il s'est glissé quelques erreurs qu'il importe de rétablir ainsi : Page 546, 1re colonne, ligne 8, au lieu de : et que c'est sur l'apparition, lisez : *et c'est par l'apparition.* — Dito, 2e colonne, ligne 23, au lieu d'agents stimulatoires, dites *agents stimulaires.* — 3e colonne, ligne 28, au lieu de centimètres, lisez *centimes.* — Dito, ligne 40, au lieu de : il est temps d'enlever celui qui, lisez : *il est temps alors d'enlever la pâte de Vienne qui....*

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DE M. CHOMEL,

Prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris (1),

Par M. le professeur GRISOLLE.

Comment oser encore contester la supériorité d'une méthode qui ordonne avant tout de recueillir avec soin des faits nombreux, de les analyser et de les comparer entre eux. C'est soutenir, par exemple, que de deux médecins également instruits, voulant faire part de l'expérience acquise dans le même temps, dans les mêmes lieux, sur le même champ d'observation, celui qui conclurait d'après ses souvenirs seuls devrait mériter plus de confiance que celui qui, après avoir recueilli tous les faits, les aurait analysés, groupés par catégories, et comptés avec la rigueur qu'exige la méthode numérique. Quelle singulière logique que celle qui autorise une addition approximative, c'est-à-dire presque nécessairement inexacte, et qui blâme au contraire une addition rigoureuse!

Ne soyez pas trop surpris, Messieurs, de cette aberration, quelque étrange qu'elle soit. L'histoire des sciences vous apprendra que de tout temps il a existé des personnes qui étaient mal à l'aise avec les faits. Il est si long, si pénible, si ennuyeux parfois, de les recueillir avec exactitude, que pour beaucoup il est bien plus aisé, plus commode d'inventer, de supposer, et, comme l'a dit Voltaire, ces esprits aiment mieux rêver doucement que se fatiguer (2). Enfin, sans devenir trop misanthropes, je crains bien que vous ne confirmiez plus tard par votre expérience ce qu'a dit un des meilleurs moralistes du XVIIe siècle : que *la plupart des hommes ne raisonnent guère, mais embrassent leurs opinions par la pente de leur cœur et par cette vue confuse qui n'est autre chose que la fantaisie* (3).

Oui, Messieurs, la fantaisie! qui, dans les beaux-arts du moins, comme en littérature, est encore dirigée ou contenue par les règles du bon goût; mais dans les sciences, en médecine surtout, la fantaisie, c'est nécessairement un mélange de vérités et d'erreurs, c'est souvent le chaos; la fantaisie, ce sont les systèmes qui tous, sans exception, ont déshonoré la médecine et l'ont fait rétrograder. La méthode numérique met un frein à ce désordre, à cette anarchie. Elle ne substitue pas, comme on l'a dit faussement, le calcul, l'arithmétique, au raisonnement; mais, ainsi que M. Chomel le remarque lui-même, les résultats numériques fournis par le rapprochement d'un grand nombre de faits exacts donnent au raisonnement une base plus positive, une direction plus sûre. Ce sont eux aussi qui inspirent les meilleures indications thérapeutiques, s'il est vrai (et cela est incontestable) que celles-ci doivent être nécessairement dictées par l'expérience et non par les idées théoriques. Si jamais vous puisiez à cette dernière source (source impure), vous feriez alors de la *fantaisie* en thérapeutique; mais sachez bien, Messieurs, qu'en vous y livrant, vous compromettrez à la fois l'art médical et votre propre renommée.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 25 novembre.

(2) *Dictionnaire philosophique*, article *Métaphysique.*

(3) Nicole, *Pensées.*

Les titres de M. Chomel comme écrivain, ses succès dans l'enseignement particulier, avaient entouré son nom d'une célébrité précoce, mais bien méritée ; aussi, lorsqu'en 1823 on institua notre agrégation, M. Chomel fut désigné tout aussitôt pour occuper une des vingt-quatre places d'agrégés qui étaient créées près notre Faculté. Il était digne déjà de s'asseoir parmi les maîtres. Ce fut quatre ans plus tard qu'il fut appelé par le vœu de cette École à succéder à Laënnec dans la chaire de clinique médicale (1).

C'était, Messieurs, recueillir une succession des plus périlleuses, car Laënnec était sans contredit la personnification médicale la plus grande du XIXe siècle. Avec Corvisart, Bayle et Dupuytren, il avait en quelque sorte créé l'anatomie pathologique en France ; il avait, par la plus admirable, la plus imprévue comme la plus simple des découvertes, doté le médecin d'un sens nouveau, éclairé d'une vive lumière les affections de plusieurs appareils, et, en quelques années, sous l'étreinte d'une maladie mortelle, il avait élevé à notre science le plus beau monument de l'observation contemporaine, son *Traité d'auscultation médiate.*

En occupant la chaire illustrée par Laënnec, M. Chomel ne pouvait briller par ce prestige que donnait à son prédécesseur une découverte dont on venait apprendre chez lui tous les secrets. Mais, comme tous les inventeurs, absorbé par le sujet habituel et favori de ses méditations, Laënnec se renfermait un peu trop exclusivement dans l'étude des maladies de poitrine. M. Chomel, initié à tous les détails de la découverte, voulut parcourir tout le champ de la clinique, c'est-à-dire la médecine entière, et pour diriger ses élèves, il apportait une instruction théorique des plus complètes, une habileté clinique de premier ordre, et une ardeur à remplir ses devoirs que rien n'a pu refroidir.

Ce fut d'abord à la Charité que M. Chomel professa la clinique ; mais, en 1830, il vint remplacer à l'Hôtel-Dieu, M. Récamier. En entrant dans ce grand hôpital, M. Chomel s'exposait à un nouveau péril. L'enseignement clinique y était représenté par Dupuytren seul, qui dominait tout et absorbait entièrement la faveur publique. M. Récamier, relégué dans sombre et petit amphithéâtre, situé presque sous les combles, n'attirait qu'un bien petit nombre d'élèves. Quel contraste, d'ailleurs, il faisait avec son redoutable voisin, comme avec celui qui allait lui succéder !

M. Récamier, médecin bienfaisant, honnête et désintéressé, a enrichi l'art de guérir de méthodes et de perfectionnements qui recommanderont son nom à la postérité ; mais quelle étrange nature ! Imagination vive, trop souvent désordonnée, près d'un malade il avait plutôt l'air d'un inspiré que d'un médecin qui réfléchit, se recueille et raisonne. Employant un langage imagé, coloré, mais souvent obscur et même inintelligible pour ses plus fervents adeptes, il avait en thérapeutique la crédulité et l'inconstance d'un enfant. Que de substances inertes, immondes, ridicules, n'a-t-il pas prônées ! Toujours il avait une méthode, un remède souverain qu'il vantait avec un enthousiasme, une conviction qu'on eût été tenté de partager s'il n'avait été le premier à les abandonner. Son caractère était des plus entreprenants, et comme si la thérapeutique médicale ne laissait pas un champ assez vaste à son besoin d'agir sans cesse, il allait jusque sur le domaine chirurgical, pratiquant des opérations d'une hardiesse capable d'intimider même les téméraires.

A côté de lui, quel contraste ou plutôt quelle critique vivante ! Dupuytren, d'une activité que rien ne pouvait lasser, d'un jugement exquis, d'un coup d'œil prompt et sûr ; aussi admirable par la précision de son diagnostic que par sa facilité à trouver des ressources nouvelles et par la sûreté avec laquelle il en faisait l'application ; sachant tout combiner, tout prévoir, et même dans ces surprises inévitables dans la vie chirurgicale, conservant ce sang-froid, cette confiance qui lui faisaient tout combattre, tout réparer. Professeur sans rival par sa lucidité, par sa parole élevée, et jusque par ce port majestueux, par cette mâle figure d'une beauté antique : tout en lui révélait l'homme supérieur, tout en lui inspirait le respect et l'admiration.

Pardon, Messieurs, pour ce souvenir vers un passé déjà lointain ; mais en pénétrant avec vous dans notre Hôtel-Dieu, je me suis souvenu, non sans émotion, de celui qui fut mon premier maître, qui m'honora de quelque bienveillance, auprès duquel j'ai vécu deux années à une époque où nul n'eût osé contester sa gloire, car elle brillait comme le soleil. C'est donc pour moi un bonheur comme un devoir de vous dire que cet homme, qu'on essaierait vainement d'amoindrir, fut grand par ses actes, grand par l'impulsion féconde qu'il a imprimée aux études chirurgicales, et dont vous recueillez aujourd'hui les fruits. Enfin, dans cette enceinte, que son nom ne soit prononcé qu'avec un sentiment de respect mêlé de gratitude, car il a honoré notre Faculté, il a donné à son enseignement clinique un lustre incomparable, et en mourant il a consacré une partie de sa fortune, honorablement acquise par le travail, pour créer une chaire et un musée qui, je l'espère, sera un jour sans rival en Europe.

M. Chomel était non moins bien doué pour comprendre ce que doit être l'enseignement de la clinique médicale, et pour en remplir tous les devoirs.

Observateur calme, fidèle, non prévenu, sans préjugés ni sans passion, capable d'une attention soutenue, il savait appliquer des sens parfaitement exercés à l'examen des phénomènes morbides, et recevoir fidèlement les sensations qu'ils lui donnaient. Saisissant tout dans un objet, sachant l'examiner sous toutes ses faces, maniant aussi bien la synthèse que l'analyse, d'une sagacité merveilleuse, il était aussi remarquable par la promptitude que par la sûreté de ses jugements. Aussi nul n'a plus brillé que lui par la précision du diagnostic, par la réserve et par la perspicacité de ses pronostics, comme par son habileté à saisir les indications.

Sa thérapeutique se recommandait par la prudence, par la sagesse. Il était également éloigné de ceux qui, trop confiants dans la nature, restent dans une inactivité coupable, et de ceux qui, poussés par le démon d'agir, prodiguent les remèdes. Adoptant en aveugles tout ce qui est nouveau ou étrange, élevant les doses sans mesure, ils inspirent aux autres leur propre témérité, ou bien ils font des médecins désabusés dès les premiers revers. Le découragement est facile lorsqu'on ignore quelle est la puissance et quelles sont les limites de l'art ; trop souvent alors on se croit désarmé, parce qu'on a vécu d'illusions, et qu'on ignore les ressources dont un médecin instruit sait toujours disposer à propos.

M. Chomel se montrait réservé dans les expérimentations, car s'il ne méconnaissait point les droits de la science et du progrès, il mettait pourtant en première ligne ceux de l'humanité, et il prenait toujours pour base de sa pratique ce précepte, qui domine toute la vie morale de l'homme : de *ne pas faire à autrui ce que nous ne voudrions point qu'on nous fît.*

Il connaissait d'ailleurs mieux qu'un autre toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique. Dans quelques pages qui resteront comme des modèles, il a su tracer les règles qu'il faut suivre de toute nécessité si l'on veut apprécier sainement l'action des remèdes. Ces préceptes ont été bien souvent méconnus de ceux-là mêmes qui expérimentent sans cesse ; ignorance fatale qui a mis et qui met encore la thérapeutique dans un état d'infériorité, et a engendré chez les uns un scepticisme honteux, chez les autres une crédulité puérile ! M. Chomel a rigoureusemené appliqué ces règles d'une bonne expérimentation à tous les médicaments dont il a étudié les effets ; je citerai seulement le sulfate de quinine, dont il a, avec Double, démontré le premier les vertus antipériodiques, donnant ainsi la sanction clinique à l'immortelle découverte de MM. Pelletier et Caventou.

C'est cette sévérité bien connue de M. Chomel, ainsi que son incorruptible honnêteté, qui toujours ont fait accepter de ses contemporains, comme des arrêts, les jugements qu'il a portés sur toutes ces méthodes qui avaient étonné par leur hardiesse ou leur témérité.

La thérapeutique n'est pas tout entière dans les médicaments ; il y a, en effet, une thérapeutique morale. L'homme de cœur la comprend, il la pratique d'inspiration. M. Chomel y a excellé ; car son esprit cultivé, sa raison ferme, son cœur aimant, lui permettaient toujours de réveiller à propos ce sentiment qui sommeille parfois en nous, mais qui ne s'éteint jamais, l'espérance, si douce aux malheureux, et que le médecin peut, mieux que tout autre, faire luire à tous ceux qui souffrent quand il a le double prestige que donnent la science et un beau caractère.

M. Chomel ne prêchait pas seulement par l'exemple, mais, mentor toujours bienveillant, il habituait avec un soin particulier ses élèves à ces explorations, à ces interrogatoires qui, bien dirigés, conduisent au diagnostic, et dont il faut prendre l'habitude dès aujourd'hui, si vous ne voulez pas plus tard acquérir cette expérience au détriment de ceux qui se confieront à vous.

Ce qui distinguait encore l'enseignement de M. Chomel, c'est que l'âme honnête du professeur s'y révélait tout entière. Rien n'était caché pour ses élèves. Plus soucieux d'être utile que de briller, il tenait bien moins à en imposer par un de ces tours de force dus le plus souvent à un hasard heureux, que de montrer par quelle série d'opérations un esprit attentif et judicieux peut s'élever à une juste interprétation des phénomènes morbides, mettant ainsi tout le monde dans le secret de ce qui faisait sa supériorité, c'est-à-dire dans l'art de découvrir les choses. Enfin, exprimant franchement ses doutes, et ne dissimulant rien, pas même ses fautes ; sans prédilection pour une classe de maladies, il parcourait le cadre entier de la pathologie, et tenait surtout à familiariser ses auditeurs avec les affections les plus vulgaires.

Dans ses leçons à l'amphithéâtre, il brillait par l'habile disposition des matériaux, par une exposition simple, lumineuse, par une logique entraînante, sachant mettre ses idées à la portée de tous les esprits, analysant, discutant la maladie, sans perdre de vue le malade. Toujours maître de lui-même, et ne fuyant pas les difficultés, on ne le voyait jamais s'égarer dans ces développements de pathologie pure vers lesquels on incline, parce que nous penchons vers ce qui est le plus facile, et qui trop souvent ont fait dévier l'enseignement de la clinique.

Ces qualités si diverses, et que le temps, loin d'affaiblir, n'avait fait que perfectionner, vous expliquent la juste popularité dont le professorat de M. Chomel a joui pendant vingt-cinq ans. Ce n'est certes pas une gloire vulgaire que d'avoir pu, en venant à l'Hôtel-Dieu, partager avec Dupuytren la faveur publique, et élever à côté de lui un enseignement qui eut le même éclat.

Cette réputation de clinicien consommé que M. Chomel avait conquise, aussi bien que ses qualités morales, en avait fait en quelque sorte le modèle, le type du médecin consultant.

Dans ces circonstances où le médecin exerce en quelque sorte le rôle d'arbitre, dans ces conditions parfois si délicates où il faut rectifier des jugements portés sur la nature ou l'issue d'une maladie, donner à la thérapeutique une direction parfois tout opposée, ranimer la confiance défaillante du malade et de sa famille, combattre des préjugés, raffermir la position du médecin ordinaire, compromise ou seulement ébranlée, combien il faut d'adresse, de perspicacité, pour naviguer sûrement à travers tous ces écueils, pour sauvegarder à la fois tous les intérêts, pour ne blesser aucun amour-propre, pour ne faire naître aucune susceptibilité ! M. Chomel est toujours resté à la hauteur de cette tâche difficile ; et dans le cas où son art était impuissant pour guérir, il savait du moins donner cette confiance qui est un des grands bienfaits de la médecine.

Mais sachez-le bien, Messieurs, pour savoir l'inspirer, il ne suffit pas d'être un médecin instruit, savant même, il faut surtout jouir de cette estime qui ne s'acquiert que par une conduite irréprochable. Ce n'est certes pas sans raison que les anciens, dans leur définition du médecin, comme de l'orateur, plaçaient la probité avant le talent.

M. Chomel a dû à cette digne alliance les amitiés les plus illustres, la grande considération dont il a joui, la faveur qu'il eut auprès des pouvoirs publics, la confiance qu'il sut inspirer aussi bien chez le pauvre que dans le palais des souverains. Lorsqu'en juillet 1842, la famille royale fut frappée par une de ces catastrophes qui, en France, excitent toujours la sympathie de tous les partis, ce fut à M. Chomel qu'un roi, qu'un père au désespoir s'adressa pour porter à sa belle-fille la nouvelle du malheur qui les frappait ; noble témoignage rendu au cœur compatissant, à l'esprit éclairé, à la raison à la fois élevée et ferme de M. Chomel.

En remplissant aussi complétement tous les devoirs que la profession médicale nous impose, M. Chomel avait su commander à tous le respect que mérite l'importance de notre ministère. Il voulait que la médecine fût grande, qu'elle fût honorée. Mais il était de ceux qui croyaient qu'on ne devait pas demander la considération à des lois protectrices, car elles sont incapables de la donner ; le respect professionnel ne peut s'imposer que par l'honorabilité de la conduite et par la supériorité intellectuelle.

Aussi, comme tous les vrais amis de la médecine, M. Chomel ressentit un vif chagrin lorsque, en 1852, la profession médicale ne fut plus jugée digne de ces études littéraires qui, de tout temps, avaient ouvert l'entrée des carrières libérales, études qui, si elles sont nécessaires à toutes, sont pour le médecin plus indispensables encore.

La Faculté de médecine, gardienne vigilante des grandes traditions, n'avait cessé de se plaindre, et, par un vote unanime, elle avait, comme sa sœur de Montpellier, protesté contre une mesure regrettable, qui aurait infailliblement amené une prochaine décadence. Car il est avéré de tous qu'avant d'aborder les problèmes si ardus de notre science, il faut s'occuper de ces matières délicates de la morale et du goût, qui donnent au cœur les nobles impulsions, assouplissent l'esprit, développent en lui cette finesse de tact, cette idée du beau qui conduit souvent aux découvertes, et, dans l'exercice de l'art, contribue à nous donner cet ascendant moral qui ne peut être sûrement exercé qu'autant que le médecin se trouve, par son instruction littéraire, l'égal de tous. Eloquemment défendus par l'un de nos collègues au sein du Conseil impérial (1), comme ils l'avaient été déjà au conseil académique par le chef de notre compagnie, nos vœux ont enfin été exaucés. Grâces en soient rendues à M. le ministre de l'instruction publique, qui, en nous restituant des études qui font une partie de notre force, a su, en outre, par de nobles paroles, honorer notre science, notre profession et ceux qui l'exercent. En lui exprimant ici nos sentiments de respect et de gratitude, je crois être l'interprète fidèle du corps médical tout entier, dignement représenté par cette grande assemblée, où je vois réunis le présent et l'avenir glorieux de notre belle science.

Pendant longtemps M. Chomel fut aussi heureux qu'il méritait de l'être. Estimé de tous, comblé de dignités (2), possédant une fortune honorablement acquise et bien employée, uni à une femme admirable de dévouement et modèle de toutes les vertus, entouré d'une belle et nombreuse famille, il avait mis le comble à tous ses vœux en unissant ses filles à des hommes dignes d'elles et dignes de lui par leur intelligence comme par la droiture de leur cœur. Un souffle a détruit tout ce bonheur : en trois années, deux de ses filles sont moissonnées à la fleur de l'âge ; lui-même, frappé bientôt par l'affection qui nous l'a ravi, lutte pendant dix-huit mois au milieu des souffrances les plus cruelles. Connaissant tout le danger lorsque ses amis pouvaient encore se faire illusion, il oppose jusqu'au dernier jour la patience, la résignation d'une âme forte et élevée (3), il continue de prodiguer ses soins aux autres tant que ses forces le lui permettent ; puis, lorsque vaincu par la souffrance, tout mouvement lui est interdit, il prend la plume et compose ce *Traité des dyspepsies* qui fut son œuvre dernière, prouvant ainsi qu'on peut appliquer au médecin ce que Plutarque dit de l'homme d'État : *que la fin de la vie ne doit point être oisive, et que, dans cet instant suprême, il y a encore place pour la vertu et pour l'action* (4).

Tel a été M. Chomel ; son nom vivra dans la science. Il n'y sera point entouré de cette auréole lumineuse qui est le privilége exclusif du génie et le prix des grandes découvertes. Mais, à côté de ces êtres exceptionnels dont la nature se montre avare, il y a encore une place à part pour ces hommes d'élite qui ont su comprendre leur époque, qui la représentent et la résument en quelque sorte. Ce sont eux, en effet, qui par leur science acquise, par la rectitude de leur esprit et leur probité, sont acceptés tacitement comme des arbitres souverains ; qui jugent, marquent, consacrent les progrès, perfectionnent les découvertes, les popularisent, et par la sage direction qu'ils impriment aux esprits, inspirent les travaux, les dirigent vers les voies nouvelles. Enfin, dans les moments de luttes et de bouleversements scientifiques, lorsque des générations entières, ne sachant plus penser ni même douter, se laissent entraîner par le mirage trompeur des théories et des systèmes, ce sont ces mêmes hommes vraiment providentiels qui savent résister au courant, et ramènent leurs contemporains à la mesure du vrai par leur modération et leur sagesse.

M. Chomel sera compté parmi ces juges, parmi ces législateurs respectés. Vous l'avez vu, Messieurs, il possédait au plus haut degré cet esprit critique qui sera l'un des caractères les plus remarquables du XIXe siècle, il avait, pour le contenir et le diriger, cette rectitude de jugement, cet esprit pratique qui comprend vite et bien, qui saisit les difficultés et les tranche, cette incorruptible honnêteté qui fait accepter les vérités, quelle qu'en soit l'origine, cette candeur qui fait répudier les erreurs, même quand on les a défendues, cette lucidité dans l'exposition qui met aussitôt les autres dans le secret de nos propres pensées.

Ces dons, qui ne sont départis qu'aux intelligences supérieures, vous expliquent l'influence que M. Chomel a exercée sur ses contemporains. Cette influence a été grande, elle a été durable, comme tout ce qui est fondé sur l'estime ; elle a accompagné M. Chomel pendant toute sa vie professorale, elle se continuera longtemps encore par la tradition comme par les monuments écrits qu'il nous a laissés.

(1) 19 janvier 1827.

(1) M. le professeur Denonvilliers.

(2) M. Chomel était conseiller ordinaire de l'Université, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, médecin consultant du roi Louis-Philippe, médecin ordinaire de madame la duchesse d'Orléans, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de Léopold.

(3) M. Chomel a succombé le 9 avril 1858, à son château de Morsan (Seine-et-Oise).

(4) *Vie de Lycurgue.*

LES EAUX MINÉRALES APPARTIENNENT A LA PHARMACIE.

Nous citons d'après la *Gazette des hôpitaux,* un article auquel nous sommes heureux de donner notre assentiment sous tous les rapports :

« Les noms réunis de MM. Page et Blondeau rappellent à tout médecin l'heureuse idée que ces deux honorables pharmaciens de Paris ont poursuivie depuis quinze ans pour faire rentrer les eaux minérales dans le domaine de la pharmacie, qui leur convient seul : ce sont en effet des médicaments de première importance.

» Aujourd'hui, sans cesser de tendre à ce résultat, MM. Page et Blondeau s'en proposent un autre non moins utile : prenant en considération les vœux naguère encore émis à l'Académie de médecine concernant la réduction du prix des eaux minérales en bouteilles, ces deux pharmaciens viennent de s'adjoindre les principaux propriétaires des sources de France, afin d'arriver plus promptement à mettre les eaux minérales à la portée du plus grand nombre.

» Il est certain d'abord qu'une association pareille, dirigée selon les règles de la pharmacie, présente toutes les garanties médicales. En outre, s'il s'agit d'une réduction, il est certain que les économies, impossibles par les dépôts privés, deviennent possibles par l'association, qui est aujourd'hui synonyme d'économie.

» Une dernière considération enfin, qui a encore plus de valeur dans l'espèce, c'est celle d'un débit qui permette le renouvellement fréquent. L'eau minérale étant de tous les remèdes l'un de ceux qui s'altèrent le plus rapidement, il est certain qu'un dépôt général comme celui de la nouvelle association, offre les assurances désirables pour la plus grande intégrité du médicament.

» Pour toutes ces raisons, selon nous, la presse médicale ne saurait trop s'intéresser à la réalisation d'un progrès qui porte sur les eaux minérales, c'est-à-dire sur un des médicaments les plus recommandés de nos jours. »

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

Banquet médical du 13 novembre 1858, à Paris.	31 fr.
MM. Borchard, à Bordeaux . . .	15
Mialhe	20
	66
Listes précédentes.	1053
Total	1119

COURRIER.

La Faculté de médecine de Paris a présenté à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes la liste des candidats pour la chaire de pathologie chirurgicale et pour celle d'anatomie.

Sont présentés : *Pour la chaire de pathologie chirurgicale,*

En première ligne, M. Gosselin ;
En deuxième ligne, M. Richet.

Pour la chaire d'anatomie,

En première ligne, M. Jarjavay ;
En deuxième ligne, M. Sappey.

CONCOURS. — Un concours pour cinq places d'élèves en médecine et en chirurgie de 1re classe pour le service des hôpitaux de Marseille, s'ouvrira dans cette ville le lundi 6 décembre prochain.

Le lundi 20 décembre, un autre concours s'ouvrira dans la même ville pour les places d'élèves en médecine et en chirurgie de 2e classe qui pourront devenir vacantes à la suite du premier concours.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1859. La fin de cet exercice est fixée au 31 décembre 1861. Les élèves de 1re classe jouiront d'un traitement de 800 fr. par an. Ceux de 2e classe auront un traitement de 300 fr. par an.

— La *Société médicale des hôpitaux* tiendra une séance supplémentaire mercredi prochain, 1er décembre, pour terminer la discussion sur la *trachéotomie.*

— M. Adolphe Gubler, agrégé à la Faculté de médecine, suppléant de M. le professeur Andral, commencera le cours de pathologie générale le mardi 30 novembre courant, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 3 heures.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 142. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 30 Novembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et de Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 NOVEMBRE 1858.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A l'occasion du procès-verbal, M. Giraldès désire communiquer à la Société un relevé des résections du genou qu'il a trouvé dans ses notes. Les sources auxquelles il a puisé sont : Butcher, *Dublin medical journal*, 1855 à 1857 ; *The Lancet* et *Medical Times*, mémoire de Mackensie dans *Edimbourg Monthly journal*.

De 1762 à 1858, 127 malades ont subi la résection du genou, et sur ce nombre, 33 seulement ont succombé ; M. Giraldès établit quatre série d'opérés :

1re série,	de 1762 à 1830,	19 opérés,	12 morts.
2me	de 1830 à 1854,	31	5
3me	de 1854 à 1856,	51	9
4me	de 1856 à 1858,	26	7

Sur les 31 malades de la deuxième série, 17 ont conservé l'usage complet du membre opéré.

Il suffit de jeter les yeux sur ces chiffres pour reconnaître que MM. Marjolin, Robert et Larrey, se sont beaucoup exagéré les dangers de cette résection.

Je m'explique, ajoute M. Giraldès, la répugnance de M. Larrey pour la résection du genou, par ce fait que cette opération ne réussit pas dans les affections traumatiques pour lesquelles les chirurgiens militaires ont de fréquentes occasions d'opérer. Je sais bien qu'à Édimbourg M. Syme repousse l'opération adoptée à Londres par M. Fergusson ; mais en Angleterre, comme en France, il suffit souvent qu'une opinion soit soutenue par un chirurgien pour que l'opinion contraire trouve des partisans.

— M. le Secrétaire général donne une analyse d'un travail adressé à la Société par M. Goyrand, membre correspondant à Aix-en-Provence. Ce travail est relatif à l'emploi du collodion comme moyen de réunion.

Après un coup d'œil historique sur la découverte et l'application des propriétés du collodion, après des détails intéressants sur le meilleur mode de préparation de cette substance, M. Goyrand fait d'abord connaître les bons résultats qu'il en a obtenus dans le traitement des plaies qui ont peu de tendance à l'écartement ; au lieu de se servir de bandelettes de toile imbibées de collodion, il préfère recouvrir simplement les deux lèvres de la plaie, préalablement rapprochées jusqu'à parfaite coaptation, d'une couche épaisse, continue et uniforme, qu'il étale sur la peau avec un pinceau, dans une étendue de plusieurs millimètres, des deux côtés de la solution de continuité.

Pour les plaies avec écartement, et en particulier pour les plaies en travers, il emploie le collodion comme moyen adhésif, à la place des emplâtres divers, que les anciens mettaient en usage pour pratiquer la suture sèche. Une large bande de toile, donnant insertion à des rubans flexibles, est collée sur chacune des lèvres de la plaie, et il suffit de nouer exactement ces rubans d'un côté à l'autre pour obtenir la réunion. Ce moyen lui a parfaitement réussi dans un cas de gangrène du scrotum, avec dénudation des deux testicules. M. Goyrand eut recours à la méthode autoplastique par décollement des lambeaux, mais les cinq points de suture entortillée qu'il avait appliquée ayant coupé la peau, qui ne s'était pas réunie et qui commençait déjà à se rétracter, le chirurgien appliqua son procédé de suture sèche, et obtint la réunion en quelques jours.

— M. Julliard (de Genève) montre des plâtres représentant diverses phases d'une opération de blépharoplastie qu'il a pratiquée avec succès.

— M. Morel-Lavallée lit une observation sur une hypertrophie partielle et à peine marquée de la prostate, causant à la fois l'incontinence et la rétention d'urine.

Un vieillard d'environ 60 ans avait en même temps une incontinence et une rétention d'urine. Dès que la vessie commençait à se remplir, l'urine s'écoulait involontairement goutte à goutte. Mais comme cette excrétion était inférieure à la sécrétion, le réservoir ne pouvant se vider par ses contractions, la rétention venait s'ajouter à l'incontinence.

Le cathétérisme montra bientôt l'entière liberté du canal, et la contractilité des parois vésicales par les colonnes très prononcées du réservoir, et par la manière dont le jet urinaire était lancé par la sonde.

Le malade a succombé à une phlébite. On peut voir, sur la pièce que présente M. Morel, le degré minime de la lésion matérielle qui a entraîné le trouble de l'excrétion urinaire. Trois petites hypertrophies pyriformes du lobe moyen de la prostate, dont la plus grosse n'offre pas à sa partie renflée le volume d'un pois, envoient leur extrémité conique dans le col vésical, et en se touchant par leur surface arrondie, elles laissent entre elles des fissures par où l'urine filtrait involontairement.

La petite tumeur de la partie moyenne, et qui ne semble être que l'hypertrophie de la luette de Lieutaud, projette dans la vessie son extrémité renflée, qui joue à l'orifice du col le rôle d'une soupape. Quand la vessie se contractait, ce renflement médian s'appliquait, poussé par le flot d'urine, sur le col vésical, et l'obturait. On aurait pu *écraser* ce petit renflement, mais il aurait fallu le reconnaître avec précision. M. Morel avait d'ailleurs, malgré le peu de volume général de la prostate, diagnostiqué la nature de l'obstacle.

— M. Dupierris, étudiant en médecine, fils de M. le docteur Dupierris, membre correspondant de la Société de chirurgie à la Havane, présente de la part de son père un calcul préputial remarquable par son volume et par sa dureté.

Ce calcul provient d'un Chinois, âgé de 25 ans, qui était venu à la Havane en qualité de travailleur libre. Il s'était formé lentement, sans douleur, et il paraît que la miction n'était guère gênée, puisque le malade ne s'était jamais préoccupé de cette affection.

Un colon havanais ayant choisi un certain nombre de travailleurs chinois, les fit visiter par son médecin avant de les engager. Le Chinois dont il s'agit fut refusé comme étant atteint de tumeur à la verge, et ce fut alors seulement qu'il songea à réclamer les secours de l'art. M. Dupierris, à qui il fut présenté, diagnostiqua le calcul, et fit l'opération du phimosis. Il trouva le gland presque complétement atrophié par la pression du calcul. L'opération a été faite il y a plus de six mois ; le gland, depuis lors, a repris sa forme et une grande partie de son volume.

Le calcul pèse 26 grammes. Il est ovoïde, long de 45 millimètres, et large de 30 au niveau de sa grosse extrémité ; sa forme est parfaitement régulière, sa surface lisse et polie comme si elle était recouverte d'une couche de vernis ; sa couleur est d'un gris perle avec quelques petites teintes jaunes. La base de l'ovoïde reposait sur le gland ; son sommet correspondait à l'ouverture étroite du prépuce. Ce calcul a été divisé transversalement par un trait de scie ; sa dureté est très considérable ; sa coupe est lisse et brillante comme de l'agate. L'analyse faite par M. Leconte, agrégé de la Faculté de Paris, a montré que ce calcul se compose d'acide urique en grande quantité, de phosphate de magnésie, de phosphate de chaux et d'un peu de matière organique.

— Dans la séance du 17 novembre dernier, sur la proposition de M. Bouvier, MM. Michon, Désormeaux, Broca, Gosselin, Depaul, Follin, Huguier et Deguise prennent successivement la parole pour

Feuilleton.

FRAGMENT D'UNE EXCURSION DANS LE MIDI DE LA FRANCE ; TOULOUSE ET SON ASILE D'ALIÉNÉS (1).

Il y a lontemps qu'on a dit : La première chose pour traiter la folie est une maison de santé bien construite. Cette opinion d'Esquirol est aussi vraie aujourd'hui que de son temps. Quel que soit, en effet, le système que l'on adopte, il faut qu'il réunisse toutes les conditions hygiéniques médicales et morales dont l'expérience a démontré l'utilité. Classification raisonnée des diverses espèces de malades, moyens curatifs spéciaux, occupations intellectuelles et manuelles, distractions, personnel choisi, vie de famille, exercices religieux, tels sont les éléments que doit manier le médecin, qui est l'âme du système. C'est d'après ces principes qu'a été conçu et exécuté l'établissement des aliénés de Toulouse. Nous connaissons les bâtiments des services généraux, esquissons maintenant les quartiers des aliénés.

De chaque côté du chemin droit de communication, indiqué plus haut, et qu'on peut comparer à l'artère principale qui se rend à toutes les parties du corps, sont placées à l'exposition de l'est et de l'ouest, trois divisions, ce qui, avec celle des aliénés en loge, reléguée à l'extrémité des quartiers, en porte le nombre à sept, et pour les deux sexes à quatorze. Le pavillon destiné aux malades occupe le milieu de chaque division ; il est entre deux cours qu'on isole à volonté, de sorte que les subdivisions peuvent facilement atteindre le chiffre de 28 et même de 32 ; disposition qui présente un grand avantage pour les classements. Ce pavillon se compose, au rez-de-chaussée, de deux grandes pièces pour le réfectoire et la salle de réunion ou de travail, et de quatre petites pièces destinées à la sœur ou au surveillant, au magasin, à l'isolement des malades, aux bains multiples. L'étage supérieur contient les dortoirs. Les cours, sablées et plantées d'arbres, sont entourées de promenoirs couverts pour protéger les malades contre les intempéries des saisons et les ardeurs du soleil. Du côté de la campagne, on a pratiqué devant chaque quartier un jardin qui récrée la vue, agrandit la promenade, et où peuvent travailler les aliénés qu'on est dans l'impossibilité d'envoyer aux champs.

L'examen attentif de ces divisions montre au visiteur que si les auteurs du plan ont eu une pensée artistique, ils n'ont négligé aucun détail, car tout y est parfaitement combiné, au point de vue de l'hygiène, de la thérapeutique, de la surveillance. Partout, en effet, dans le quartier des femmes qui sont plus sédentaires que les hommes, j'ai trouvé les locaux d'une extrême propreté, bien ventilés et bien éclairés. La salle de travail de chaque division, sous la surveillance d'une dame religieuse, comptait un grand nombre de malades qui se livraient à des occupations variées, et leur tenue était si convenable, qu'un étranger ne se fût jamais cru au milieu d'une réunion de cerveaux dérangés.

Le pavillon des aliénés tranquilles et des imbécilles, dont le chiffre est toujours considérable, diffère des autres par les deux étages, économie sans inconvénient, puisque cette catégorie de malades est généralement valide. Cette réforme, que j'avais proposée dans mon mémoire au temps d'Esquirol, qui ne voulait que des rez-de-chaussée, a été adoptée dans les asiles bâtis en vertu de la loi du 30 juin 1838. C'est ce pavillon qui, par une élévation plus grande, détruit l'uniformité de ce genre de constructions. M. Marchant pense que, dans l'intérêt des aliénés, il conviendrait que l'aspect des bâtiments, leur architecture, la disposition des préaux et des galeries, la couleur des peintures, fussent variés ; je partage tellement son opinion, que si j'avais à construire aujourd'hui un asile public ou privé, tout en conservant l'unité du plan, je distribuerais les quartiers, entourés de massifs d'arbres, comme les communs autour d'un château, de manière à ce qu'ils parussent isolés, indépendants, et se rapprochant le plus possible des maisons ordinaires.

Mais il y a dès à présent une amélioration que j'introduirais, et qui est un terme moyen entre les colonies des partisans du traitement à l'air libre et les restrictions qu'exige l'isolement, reconnu jusqu'alors nécessaire à la santé des aliénés, à leur sûreté et à celle des autres. En parcourant avec M. Marchant les alentours de l'asile, qu'aucun mur, aucune barrière ne séparent encore des propriétés voisines, je lui demandai le chiffre des évasions depuis son arrivée ; il était peu élevé, cinq ou six, autant que je me le rappelle, et suivies presque immédiatement de la réintégration. Je lui parlai alors des opinions émises par MM. Parigot, Moreau, de Tours, John Webster. « Dans tout projet de réforme, lui fis-je observer, il y a un progrès et une exagération qui est le marteau destiné à faire entrer la vérité dans les têtes. Pourquoi ne profiteriez-vous pas de l'état actuel de l'établissement pour lui donner les apparences de la liberté, avec les précautions que vos clients réclament ? Il suffirait, pour cela, de leur faire creuser autour de l'habitation un saut-de-loup à plan incliné, au bas duquel on élèverait un mur garni d'une haie vive. Cette disposition existe à Charenton dans plusieurs quartiers. La vue ne serait plus gênée par aucun obstacle ; et dans chaque division, les malades, qui ne pourraient sortir, auraient sans cesse de leurs jardins le spectacle de la campagne. En adoptant cette modification, vous seriez d'ailleurs conséquent avec vous-même, puisque vous avez supprimé partout les barreaux de fer, les grilles, et accompli une véritable réforme en faisant ainsi disparaître les derniers vestiges de la prison. »

— « Cette combinaison, me répondit-il, se trouve dans le plan. Peut-être pourrons-nous la réaliser d'une manière satisfaisante pour tout le monde. »

L'aperçu qui vient d'être tracé des mesures propres à élargir le cercle de la liberté dans lequel se meuvent les aliénés, nous conduit naturellement à exposer quelques-unes de nos idées sur le traitement des maladies mentales, d'autant plus qu'elles concordent avec celles de M. Marchant. La folie ne crée pas un être à part, un grotesque ou un furieux, comme on se l'imagine dans le monde ; le plus ordinairement, elle exagère seulement les qualités et les défauts de l'aliéné, peut changer son caractère, le fait penser et agir ouvertement, le livre parfois à des emportements aveugles, parce qu'elle lui ôte le frein qui l'arrêtait. Mais, même dans ce triste état, il conserve les notions du bien et du mal, du juste et de l'injuste, et j'ai cité, dans les *Annales médico-psychologiques*, l'anecdote de ces insensés renfermés dans un asile des États-Unis qui, s'entretenant d'un crime commis dans le voisinage, exprimèrent, au point de vue de la conscience, de la loi et de la religion, les idées les plus saines sur l'acte coupable.

Bien convaincu par la longue fréquentation de ces infortunés que si

(1) Voir le numéro du 16 novembre 1858.

exprimer leur étonnement de trouver leurs noms dans la statistique de la mortalité du croup publiée par M. Bouchut. Ils ne s'attendaient pas à voir figurer dans la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine, des renseignements qu'ils ont donnés dans la rue, en causant, et sans se douter du parti qu'on devait tirer de leurs conversations.

MM. P. Guersant et Morel-Lavallée donnent aussi à ce sujet, et dans le même sens, quelques explications basées sur les faits de leur pratique.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ET LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES CAUSTIQUES (1);

Par M. le docteur ROUAULT, médecin à Rennes.

V. — Mme Leroux, de Lignerolles, âgée de 24 ans, me consulte dans le mois de juillet 1853, pour une toux qui dure depuis trois mois et qui a commencé immédiatement après sa couche. La marche de l'affection a été extrêmement rapide, et la malade, qui était forte et bien constituée, se trouvait, à l'époque où nous l'examinâmes, dans un état de faiblesse et de maigreur considérables. Notre traitement ordinaire est appliqué. Je revis la malade quinze jours après, et le mieux est déjà très appréciable. Au bout d'un mois, la guérison était radicale; depuis, elle ne s'est pas démentie, car nous avons revu cette dame deux ans après, et sa santé nous a paru irréprochable.

VI. — M. Morin, de Honfleur, capitaine de cabotage, âgé de 52 ans, tempérament sanguin, fortement constitué, est atteint, depuis quatre ans, d'une toux violente. L'auscultation ne nous fit reconnaître que les signes d'une bronchite chronique. Cependant, en raison de la ténacité de la maladie qui, jusque-là, était restée rebelle à toute espèce de médication, nous appliquâmes deux caustiques sur les parois thoraciques. Quelque temps après, le malade nous fit savoir par lettres que, grâce à ce moyen, sa santé s'était complétement rétablie.

VII. — Un jeune homme de 25 ans, clerc de notaire à Tourouvre, toussait depuis près d'un an; il avait eu plusieurs hémoptysies. Cependant il a radicalement guéri par l'établissement de deux exutoires sur la poitrine, qu'il a entretenus pendant près de dix-huit mois.

Sa sœur, qui présentait aussi tous les signes de la phthisie au premier degré, n'a dû son rétablissement qu'à l'usage du même moyen.

VIII. — Je me rappelle avoir été consulté par une dame de Lisieux, sans enfant, âgée de 30 ans, et dont une de ses sœurs était morte phthisique, pour une toux qui datait de près de quatre mois et qui commençait à lui donner les plus graves inquiétudes. Elle avait fait de grandes consommations d'huile de foie de morue sans en éprouver aucune amélioration. Elle consentit à ce que je lui misse deux caustiques, et elle n'eut pas à s'en repentir, car six semaines après elle revint me voir pour m'annoncer son rétablissement. Un an après elle jouissait encore d'une santé parfaite.

IX. — Le Bray, garçon coiffeur, âgé de 16 ans, d'une constitution faible et délicate, me consulte au mois de mai 1856, pour une toux qui dure depuis près de six mois et qui l'a réduit à un état de faiblesse extrême. Il est pâle, émacié et se fatigue au moindre exercice. Toux presque continuelle, profonde, caverneuse; expectoration abondante, principalement le matin. Crachats opaques, puriformes; hémoptysies fréquentes. Sueurs nocturnes. Sous les clavicules, et principalement du côté gauche, on entendait des craquements humides, de l'expiration prolongée, du souffle caverneux, de la pectoriloquie. Le pouls était à 110. L'appétit presque nul. Vu l'époque avancée de la maladie, nous regardâmes ce jeune homme comme perdu. Cependant nous voulûmes tenter quelque chose encore, et nous lui appliquâmes deux caustiques, à trois pouces environ au-dessous des clavicules. Nous lui conseillâmes en outre la gelée de lichen, dont il a pris de larges doses pendant près d'un an. Sous l'influence de ce traitement, sa santé s'est améliorée peu à peu, la toux a graduellement et progressivement diminué. Les forces sont revenues avec l'appétit. Les caustiques de la poitrine ont été renouvelés plusieurs fois. Depuis près d'un an le malade a pu reprendre son état de coiffeur, et aujourd'hui il est aussi bien que possible.

X. — Mlle Labarre, couturière, 24 ans, me fait appeler chez elle pour une maladie de poitrine dont l'origine remonte à plusieurs mois. Je la trouvai couchée, en proie à une toux très violente et à une fièvre très forte. A l'auscultation, je trouvai tous les signes d'une bronchite subaiguë, compliquée de tubercules. Je me bornai d'abord à combattre l'état d'acuité par des boissons chaudes et adoucissantes, une potion kermétisée, la poudre de Dower. Au bout de huit à dix jours, j'examinai la malade plus attentivement. Elle m'apprit qu'elle toussait depuis six mois environ, qu'elle avait notablement maigri, que ses règles étaient supprimées, qu'elle crachait le sang très souvent, que tous les remèdes dont elle avait fait usage jusqu'à ce jour ne lui avaient procuré aucun soulagement. Je l'auscultai de nouveau, et je reconnus tous les signes de la phthisie au second degré. Le côté droit me parut plus affecté que le côté opposé.

Deux caustiques de Vienne sont appliqués suivant notre méthode. La malade ne tarda pas à éprouver tous les bienfaits de cette médication. La toux diminua, les forces revinrent, ainsi que l'embonpoint. Aujourd'hui elle est guérie, et la guérison me paraît solide et durable. Du côté droit, le caustique de Vienne a été renouvelé deux fois.

Je pourrais rapprocher de ces faits deux ou trois que cite le Père Debreyne dans sa *Thérapeutique appliquée*, et qui témoignent aussi hautement en faveur de la méthode dont il s'agit. Les voici tels qu'il les a rapportés lui-même :

XI. — « Une femme de 27 ans, dont un frère est mort phthisique, éprouvait depuis environ un an tous les symptômes ou caractères extérieurs de la phthisie pulmonaire à la troisième période; toux presque continuelle avec insomnie; fièvre hectique continue; pouls à 100 et 110; sueurs nocturnes; oppression considérable avec râles; expectoration abondante avec grande maigreur, etc. Son médecin avait déclaré qu'elle était phthisique et qu'elle succomberait infailliblement. Notre traitement ordinaire fut prescrit avec un caustique de Vienne au-dessous de chaque clavicule. Quelques mois après, on remit deux nouveaux cautères du côté qui paraissait le plus affecté. Aujourd'hui, cette femme, depuis un an, jouit de la plus brillante santé, et même elle a pris beaucoup d'embonpoint. »

XII. — « Il y a quelques mois, un jeune homme de vingt et quelques années fut pris d'une toux sèche, profonde, creuse et caverneuse, de faiblesse, d'oppression et d'une grande et subite maigreur. Pour tout traitement, nous prescrivîmes un régime animal, avec deux cautères au-dessous des clavicules, sans aucun remède à l'intérieur. Un mois environ après, retour des forces et de l'embonpoint normal, cessation presque absolue de la toux. Le malade, se croyant tout à fait guéri, supprima ses deux cautères. Cette suppression brusque et imprudente fut bientôt suivie du retour de la toux et de la maigreur. Rétablissement d'un large cautère thoracique qui, au bout de quelques semaines, est suivi de la cessation de la toux et du retour des forces et de l'embonpoint. Bien que la guérison paraisse assurée, le cautère sera maintenu encore pendant six mois, c'est-à-dire pendant tout l'hiver. »

XIII. — « Dans un cas de phthisie, dit encore le même auteur, que nous avions crue réelle, au dernier degré et incurable, nous n'avons employé que la gelée de lichen pour tout remède, plus une suppuration thoracique. La maladie paraissait arrivée au dernier degré. Toux presque continuelle, expectoration abondante, puriforme, diffluente, mêlée de stries sanguinolentes (de fréquentes attaques d'hémoptysie avaient précédé), fièvre hectique continue, sueurs nocturnes, enflure, faiblesse extrême, oppression considérable, dévoiement, marasme, etc. Ce malade est aujourd'hui depuis dix ans parfaitement guéri, il est même très robuste et très vigoureux. Il a entretenu une suppuration thoracique pendant près de deux ans. Il ne pouvait la supprimer sans éprouver aussitôt un surcroît de malaise et d'oppression. »

Je pourrais ajouter à ces citations l'exemple d'un jardinier, âgé de 40 ans, atteint d'une bronchite tuberculeuse depuis plus de huit mois, et que deux caustiques que je lui appliquai sur la poitrine ont suffi pour guérir dans moins de six semaines.

Depuis que je suis employé à l'hôpital militaire de Rennes, j'ai noté encore l'observation de trois malades qui présentèrent tous les signes d'une bronchite compliquée de produits accidentels, et chez lesquels j'ai fait usage de notre méthode ordinaire. Celle-ci a été suivie de la cessation complète de tous les accidents chez l'un, et d'une amélioration très sensible chez les deux autres. J'ai même tout lieu de croire qu'ils ont achevé de se rétablir complétement chez eux, où ils ont été envoyés en congé de convalescence.

Je ne rapporte pas ici tous les faits où la médication ci-dessus a paru obtenir un plein succès. Ceux qui précèdent établissent suffisamment son efficacité. Cependant, il faut bien l'avouer, elle n'est pas infaillible dans ses résultats, et la guérison n'est pas toujours la conséquence rigoureuse et nécessaire de son application. Elle jouit néanmoins d'une extrême puissance curative qu'il est impossible de méconnaître, quand on l'applique de bonne heure et à une époque peu éloignée du début de la maladie.

Dans la bronchite chronique simple, non compliquée de tubercules, son succès est presque constant, du moins nous ne l'avons jamais vue échouer, bien qu'il nous soit arrivé de l'employer dans des cas fort graves, c'est-à-dire avec fièvre, amaigrissement et faiblesse générale, et dont la durée moyenne était de trois et quatre mois au moins.

Dans la phthisie pulmonaire, que nous considérons comme la combinaison de deux éléments, dont l'un, l'élément phlegmasique, joue le rôle d'agent d'impulsion, et peut être assimilé dans certaines circonstances à la mèche qui met le feu aux poudres, son utilité et son efficacité nous ont encore paru hors de doute. Car, de même qu'elle est toute puissante dans la bronchite simple, elle est également très active contre la bronchite qui précède ou qui suit l'éruption tuberculeuse, et en détournant l'irritation et en même temps la fluxion bronchique et pulmonaire, elle ralentit le travail de la tuberculisation, et quelquefois même en suspend complétement la marche.

Aussi, dans l'espèce, la regardons-nous comme la plus utile de toutes les méthodes thérapeutiques connues.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 et 27 novembre.

CHIRURGIE.

CATHÉTÉRISME NASO-SALPINGIEN.

M. le docteur Sapolini rend compte, dans un petit mémoire (*Gazzetta dell' Associazione medica degli stati sardi*), d'un nouveau procédé employé avec succès dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache par les fosses nasales, qu'il appelle *cathétérisme naso-salpingien*. L'exposition de sa méthode est précédée d'une étude anatomique et physiologique des muscles qui entourent la portion pharyngienne de la trompe d'Eustache, car sa manière d'opérer est principalement appuyée sur la disposition qu'acquièrent les parties environnantes sur l'orifice du canal pendant la contraction synergique des péristaphylins externe et interne, et du constricteur supérieur du pharynx. Il a remarqué que le muscle péristaphylin interne, en passant derrière le bord postérieur de la trompe avant de descendre sur le voile du palais, forme par sa contraction un pilier charnu très saillant en arrière de l'orifice, tandis qu'il soulève en même temps le voile du palais et en fait un plan incliné qui descend de la cloison nasale vers la tempe. Il retrace, en outre, la disposition terminale des fibres du constricteur supérieur du pharynx qui vont s'insérer sur le bord antérieur et externe de la trompe, tout près de l'orifice, et qui, par leur contraction, en enfoncent l'ouverture dans les parties molles du pharynx. Enfin, M. Sapolini a trouvé, en dis-

---

l'organisation physique a une grande part dans leurs maladies, les chagrins, les froissements, les mécomptes de l'amour-propre, les blessures morales, les sentiments trompés, les instincts non satisfaits, etc., sont, le plus souvent, les causes déterminantes de l'aliénation, je n'ai cessé de répéter qu'après l'affaiblissement de la période d'excitation, la vie de famille était le meilleur des traitements à lui opposer. Parmi les nombreuses observations que j'ai recueillies dans une pratique qui exige surtout une femme intelligente et dévouée, je rapporterai la suivante :

Un homme d'un caractère jaloux, très porté à la colère, avait été longtemps délaissé par ses parents. Il se persuada qu'ils le trouvaient inférieur à ses frères et sœurs et que sa présence leur était pénible; à la longue, ces pensées le rendirent morose, peu communicatif et lui ôtèrent toute confiance en lui-même. Des événements imprévus le placèrent à la tête d'une grande fortune, sans changer son humeur. Il vivait presque toujours seul. A la suite d'une maladie intestinale, il fut atteint d'une affection mélancolique, avec refus des aliments. On le confia à mes soins. Pendant plusieurs mois, il me reçut fort mal et fut même, une fois, sur le point de me frapper. Je ne me lassai pas de lui témoigner l'intérêt que je prenais à sa position. Enfin, une amélioration se manifesta, nous pûmes causer. Ce fut alors que je découvris les plaies secrètes de son cœur, dont on ne m'avait rien dit. Mon traitement fut aussitôt arrêté : je lui parlai de son esprit, des avantages qu'il en tirerait en l'employant à des travaux sérieux, du plaisir que j'avais dans sa conversation. Je mis en relief ses bonnes qualités, tout en lui faisant sentir combien il avait eu tort, pour lui et pour les autres, de les tenir cachées. Ces entretiens duraient des heures entières; deux mois s'écoulèrent ainsi. Cette persévérance eut les plus heureux résultats. La mélancolie et la colère qui reparaissaient de temps à autre, cette dernière injurieuse, blessante, s'affaiblirent peu à peu. La raison reprit son empire, et le malade, guéri, nous a, depuis, donné les preuves d'un véritable attachement.

Cet exemple de l'influence de la vie de famille avait sa place marquée dans la revue d'un asile où tout est calculé pour le bien des malades, et où médecin, employés, sœurs et surveillants, rivalisent de zèle pour appliquer le traitement moral.

J'avais examiné en détail les quartiers des malades, les système de ventilation et de chauffage, les bains, les cabinets d'aisances, situés en dehors des préaux, mais dans l'axe de la surveillance, le réservoir principal des eaux, les ateliers, le terrain destiné aux travaux des champs, etc., tout était approprié au but philanthropique de l'institut et avait reçu la sanction de M. Parchappe, si bon juge en ces matières; je terminais ma visite par la chapelle, souvent difficile à placer dans les asiles et qui s'harmonise ici très bien avec l'édifice, dont elle est la clef de voûte et le point de repère. Élevée à l'extrémité des deux bâtiments latéraux, en avant du réservoir, qu'on appelle le Château-d'Eau, dans un lieu parfaitement choisi pour la perspective, elle dominera l'établissement par son clocher et rappellera quelque peu par sa hardiesse et sa légèreté, la belle église des Jacobins, que tous les voyageurs regrettent de voir abandonnée.

En quittant cet asile, digne de la capitale d'un grand royaume, et qui devrait exciter l'émulation de l'opulente cité de Lyon, je me promis de lui consacrer un souvenir dans l'UNION MÉDICALE, comme je l'avais fait pour Quatre-Mares, Auxerre, Maréville, Saint-Athanase. La folie est une maladie dont les éléments sont dans nos mœurs, nos habitudes, nos préjugés, notre ignorance, nos passions, nos luttes et nos douleurs. La société, qui a sur son développement une influence si puissante, lui doit donc aide et protection. Quand elle s'acquitte de ce devoir avec l'intelligence et la générosité de la ville de Toulouse, elle a droit aux chaleureux éloges des hommes qui s'intéressent aux maux de leurs semblables. Grâce au concours des médecins, des habitants, des autorités administratives, du conseil général et de l'architecte, le département de la Haute-Garonne aura élevé à la souffrance morale un monument qui, si je ne me trompe, prendra le premier rang parmi les plus remarquables et servira de modèle à d'autres.

— Encore une faveur, mon cher ami, permettez-moi d'employer votre intermédiaire pour adresser ma carte de visite et de remerciements à M. le rédacteur du *Journal de Toulouse*.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

8 Novembre 1858.

VENTE ET ANNONCE DES REMÈDES EN ESPAGNE. — Une ordonnance royale, datée du 28 septembre, a été envoyée à tous les gouverneurs de provinces, en Espagne, pour leur enjoindre la stricte exécution de la *loi de santé*.

Un article de cette loi interdit aux pharmaciens de préparer aucun remède qui n'ait été prescrit par un médecin.

L'article suivant recommande à ceux-ci d'écrire leurs formules clairement, sans signes, abréviations ni ratures, en castillan ou en latin.

Quant aux remèdes secrets, nationaux ou étrangers, une disposition semblable à celle qui, en France, régit la matière, en empêche la publication ou la vente à moins qu'ils n'aient reçu l'approbation de l'Académie royale de médecine, sur le rapport de laquelle le gouvernement peut offrir une récompense à l'inventeur.

Enfin, les gouverneurs sont invités, « *sous leur plus étroite responsabilité*, à empêcher la vente ainsi que l'annonce dans les feuilles périodiques, de tout remède dont l'auteur n'aura pas rempli les formalités ci-dessus énoncées. »

A ce dernier article il ne manque rien, si ce n'est l'indication de la pénalité à encourir par les délinquants. Aussi, quoique témoignant des excellentes intentions du pouvoir, cette ordonnance récente n'a-t-elle éveillé chez les organes de la presse médicale espagnole qu'une confiance très modérée dans les résultats qu'on peut s'en promettre. L'une d'elles fait même remarquer que le *Diario official de avisos de Madrid* contient un article recommandant les pilules d'un charlatan, article où les médecins sont fort mal menés par « ce *génie pilulaire*, lequel appartient sans doute à la classe de ceux qui paient leur propres louanges à quatre réaux la ligne. »

— Le gouvernement russe vient de nouveau d'interdire l'importation de diverses substances médicinales exploitées par le charlatanisme. Dans le nombre, se trouvent les pilules de Morisson et le fameux *Ravalenta Arabica*. Décidément, c'est du Nord que nous vient la lumière. — (*Presse médicale belge*.)

— M. le docteur Marcé commencera son cours sur les névroses et les maladies mentales le samedi 4 décembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

séquant avec soin le muscle péristaphylin externe, qu'un petit faisceau des fibres de ce muscle, distinct du reste de la masse musculaire, part de l'aile ptérigoïdienne interne, et va s'insérer en arrière sur une certaine longueur de l'aponévrose qui forme le bord antérieur de la trompe, de sorte qu'en se contractant il en ouvre l'orifice et l'entraîne en avant.

Ainsi, si l'on se prend à considérer l'effet de la contraction synergique de ces trois muscles, telle qu'elle a lieu pendant la déglutition, on trouve qu'une sonde, portée par les fosses nasales jusque dans le pharynx, doit rencontrer immédiatement derrière l'orifice de la trompe un obstacle formé par le relief du péristaphylin interne; tandis que, d'un autre côté, l'action simultanée du constricteur supérieur et du péristaphylin externe enfonce les bords de l'orifice dans les parties molles, le dirige en avant et permet ainsi une introduction plus facile de la sonde dans son intérieur.

Le procédé opératoire de M. Sapolini est établi sur ces notions anatomiques très simples : on introduit la sonde par les fosses nasales jusqu'à une profondeur de 9 centimètres, le bec tourné en bas et en dehors; lorsque l'on est arrivé à l'ouverture postérieure de la fosse nasale, on fait exécuter au malade deux ou trois mouvements successifs de déglutition, de façon à rencontrer l'obstacle du péristaphylin interne; alors on tourne tout à fait en dehors le bec de la sonde, celui-ci, glissant sur le plan incliné du voile du palais, est entraîné presque par le seul poids dans l'orifice de la trompe, et l'opération se termine d'une manière très sûre et très expéditive.

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS, CONSIDÉRÉE SOUS LE RAPPORT DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, DE LA MORALE ET DE L'ADMINISTRATION, etc., par A.-J.-B. PARENT-DUCHATELET. 3me édition, complétée par des Documents nouveaux et des Notes, par A. TRÉBUCHET, chef du Bureau sanitaire, secrétaire du Conseil de salubrité, et POIRAT-DUVAL, chef de bureau à la Préfecture de police; suivie d'un Précis hygiénique, statistique et administratif sur la Prostitution dans les principales villes de l'Europe. — Deux beaux volumes in-8°, Paris, J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine; 1857.

Le sujet de la prostitution intéresse la société à des titres nombreux et très divers, et l'on s'explique ainsi le légitime succès de l'ouvrage de Parent-Duchatelet. « Ce livre, disent les éditeurs, a été lu et médité par les administrateurs, les médecins, les magistrats, et par tous les hommes qui ont voulu étudier le cœur humain, qui ont eu mission d'en scruter les replis les plus profonds, afin de mettre l'homme en garde contre l'entraînement de ses passions ou de compatir à ses souffrances. » Pour le médecin en particulier, ce sujet ne saurait être indifférent, car il renferme les éléments nécessaires de plus d'un problème relatif à la santé publique et à l'amélioration physique des populations.

Avant Parent-Duchatelet, la prostitution avait eu déjà ses écrivains. Notre confrère a fait connaître très sommairement les ouvrages où cette matière délicate avait été traitée. Ce qu'il en dit n'en donne pas une haute idée. Dans ces temps, les auteurs n'avaient pas pris cette habitude de critique judicieuse et de précision qui caractérise les bonnes publications de nos jours, et sans laquelle un livre ne saurait avoir désormais qu'un succès éphémère.

Par le livre de Parent-Duchatelet, le sujet de la prostitution s'est présenté avec un aspect nouveau et inattendu, a pris une vie nouvelle et est entré dans le domaine de la science.

Aussi, ce livre a-t-il servi de point de départ à la plupart des travaux qui, depuis, ont été entrepris sur le même terrain. Il y a plus, quelques ouvrages étrangers semblent avoir été calqués sur celui de notre compatriote : les auteurs de ces ouvrages lui ont emprunté son plan, son cadre, et même ses expressions et ses jugements. Il est à regretter, sans doute, que des médecins et des moralistes qui ont écrit dans un climat différent de celui de la France, qui ont eu à peindre d'autres populations et d'autres mœurs, n'aient pas su garder plus d'originalité dans leurs écrits. Mais ces imitations n'en sont pas moins un hommage rendu à l'ouvrage français, une attestation de son mérite et de la sensation qu'il a produite dans le monde civilisé.

L'ouvrage de Parent-Duchatelet a mis en évidence la sollicitude éclairée de l'administration pour la moralisation et la santé publiques en France. Il a retracé ces efforts salutaires, d'abord imparfaits, hésitants, puis plus résolus, mieux coordonnés et plus efficaces. Il a attiré la reconnaissance publique sur les agents aussi modestes qu'habiles, qui, dans l'ombre, sans éclat, secondent si bien l'administration.

A ce récit consciencieux, il est impossible de n'être pas frappé des soins que prend cette administration pour garantir des ravages de la syphilis et la jeunesse inexpérimentée et la vieillesse libertine; de n'être pas touché surtout de la protection dont elle entoure la jeune fille mineure. Sans le livre de Parent-Duchatelet, ces bienfaits seraient restés en partie voilés. Non seulement il leur a donné la lumière, mais encore il a été un puissant promoteur des perfectionnements qui ont rendu plus efficaces encore les institutions d'où ils émanent, soit par l'excitation de sa publicité, soit en rassemblant les matériaux épars et en leur donnant un corps, soit enfin par ses conseils.

Aussi, depuis la première édition de cet ouvrage, s'est-il opéré, dans les institutions dont il s'agit, des améliorations dans lesquelles Parent-Duchatelet a certainement à revendiquer sa part, et qui rendaient nécessaire une troisième édition, où elles fussent exposées aux yeux du monde savant. Cette exposition a été faite par des écrivains dignes de compléter Parent-Duchatelet, M. Trébuchet, chef du bureau sanitaire et secrétaire du conseil de salubrité, M. Poirat-Duval, chef du bureau des mœurs à la préfecture de police, et, pour les additions relatives aux hôpitaux spéciaux, M. Battel, chef de division à l'administration de l'assistance publique.

On connaît le cadre de l'ouvrage de Parent-Duchatelet. Après une courte introduction où il expose les motifs qui l'ont engagé à entreprendre ce travail et où il indique les sources auxquelles il en a puisé les éléments, il entre en matière par des questions générales telles que celles-ci : La définition d'une prostituée et de la prostitution; le nombre des prostituées reconnues et enregistrées qui exercent leur métier dans la ville de Paris; les pays qui fournissent ces femmes à la capitale; la position sociale de leurs familles; leur état civil; leurs professions; leur degré d'instruction; leur âge; la cause première de la prostitution.

Relativement aux pays d'où viennent les prostituées, MM. A. Trébuchet et Poirat-Duval ont complété la statistique insuffisante du texte, et, au sujet de l'âge peu avancé assigné par l'auteur à certaines filles inscrites, les mêmes annotateurs ont donné une rectification pleine d'intérêt.

Le chapitre des causes de la prostitution est un des plus importants à méditer. Il a donné lieu à une addition de MM. Trébuchet et Poirat-Duval, d'où j'extrais le passage suivant : « Parent, disent les annotateurs, hésite à se prononcer sur les causes qui amènent la prostitution, nous n'hésitons pas à dire qu'elles se trouvent, en général, dans la coquetterie et un besoin effréné de luxe. — Dès l'année 1828, on s'en enquérait; mais depuis 1841, on demande des explications aux filles sur les motifs qui les déterminent à se livrer à la prostitution, et l'on s'assure autant que possible de l'exactitude de leur déclaration; c'est de l'ensemble de ces déclarations que nous avons formé l'opinion que nous venons d'exprimer. Le désir de briller, d'avoir de belles toilettes, fait faillir ces malheureuses, et une fois ce premier pas fait, elles ne s'arrêtent plus dans la voie où elles sont entrées. On ne saurait s'imaginer jusqu'où va le besoin, chez ces femmes, de l'emporter sur leurs compagnes. Un riche personnage s'étant épris d'une fille, lui donnait 3,000 francs par mois; mais cette somme lui étant devenue insuffisante, elle allait de temps à autre dans les *maisons à partie*, où elle fut arrêtée. Aux observations qui lui furent faites, elle répondit qu'elle ne pouvait réformer sa voiture et ses gens, et qu'elle se prostituerait plutôt à son cocher s'il voulait s'engager à nourrir ses chevaux. »

Ensuite, entrant plus avant au cœur de la question, Parent-Duchatelet décrit les mœurs et les habitudes des prostituées, se livre à leur sujet à des considérations physiologiques intéressantes, et étudie l'influence que l'exercice de leur métier peut avoir sur leur santé générale. Dans ces divers chapitres, il est obligé presque à chaque pas de réfuter des opinions erronées plus ou moins répandues, par exemple sur la cause à laquelle on attribuait la raucité de la voix chez les filles publiques, sur les altérations supposées des parties génitales, sur le prétendu développement du clitoris. On lira avec intérêt ce qui a trait à la fécondité de ces femmes, à la viabilité et à la santé de leurs enfants, à leurs occupations les plus ordinaires, aux noms qu'elles adoptent. On verra que l'état de grossesse leur procure des avantages, et que certaines infirmités, loin de repousser les hommes, sont pour elles une source de lucre. On s'arrêtera certainement sur le chapitre consacré à leurs maladies. Je me bornerai à signaler ici, d'une part, la rareté du cancer de la matrice, maladie que Récamier et d'autres pathologistes ont trouvée commune chez les femmes non mariées menant une vie continente et sédentaire, et, d'autre part, la fréquence des hémorrhagies utérines essentielles, c'est-à-dire sans lésions anatomiques appréciables à l'inspection cadavérique.

Ce qui résulte de plus important, au point de vue le plus général, de cette longue étude sur le caractère et la vie spéciale des filles publiques, c'est la transformation remarquable qui s'est faite dans le personnel de la prostitution de Paris, par suite des mesures administratives auxquelles les filles publiques sont soumises. « Tous ceux, dit Parent, qui, depuis vingt-cinq à trente ans, ont étudié les filles publiques de Paris, conviennent que, sous le rapport de la décence, de la retenue, on pourrait dire de la pudeur, il s'est opéré en elles un changement bien remarquable : en public, elles n'ont plus le ton insolent, l'air hautain et le regard agaçant qu'elles affectaient autrefois; dans les hôpitaux et surtout dans les prisons, elles sont, sous ce rapport, métamorphosées. »

L'auteur, dans les chapitres suivants, passe en revue successivement : les maisons publiques de prostitution; l'inscription des prostituées sur les registres de l'administration; les dames ou maîtresses de maison; la prostitution clandestine; la prostitution exercée dans certaines maisons garnies et chez les débitants de vin; le stationnement des prostituées sur la voie publique; leur répartition dans les différents quartiers de la ville de Paris; leurs rapports avec la garnison; la prostitution exercée hors des murs de Paris et dans les villages qui l'entourent; les soins sanitaires donnés aux prostituées de Paris; les hôpitaux consacrés au traitement des maladies vénériennes; les prisons affectées à la répression des délits commis par les prostituées; la taxe à laquelle les prostituées de Paris étaient autrefois assujetties; la police administrative et sanitaire; le double problème de la police particulière applicable aux dames de maison, et de la légalité des punitions qu'on peut leur imposer; la législation des filles publiques. Il examine dans deux chapitres distincts les deux questions suivantes : les prostituées sont-elles nécessaires ? L'administration peut-elle et doit-elle favoriser l'emploi des moyens préservateurs de la syphilis ? Enfin, il termine son livre par un chapitre sur les maisons de refuge ouvertes aux filles publiques qui, touchées de repentir, renoncent à la prostitution.

Pour donner une idée suffisante de ce vaste ensemble, il faudrait pouvoir reproduire une grande partie de ces pages où abondent les documents utiles au point de vue de l'administration, de la morale publique, de l'hygiène, de la physiologie, de la médecine légale. Mais c'est à la source même qu'il faut puiser; des extraits incomplets en affaibliraient l'intérêt.

Deux choses caractérisent la troisième édition que nous avons sous les yeux : les additions de MM. Trébuchet, Poirat-Duval et Battel, et l'appendice dans lequel les éditeurs ont donné l'histoire de la prostitution dans les principaux pays de l'Europe.

Les additions sont nombreuses et importantes; elles ont principalement pour objet de mettre l'ouvrage de Parent-Duchatelet au niveau des perfectionnements qui ont été introduits dans tout ce qui concerne la prostitution à Paris depuis la première édition. Ainsi on y trouve tous les renseignements nouveaux nécessaires sur l'état général de la prostitution en France, et sur le nombre relatif des filles publiques que les divers départements envoient à la capitale; sur les causes de la prostitution; sur le degré d'instruction des filles publiques; sur leur âge; sur les sentiments religieux qu'elles peuvent manifester; sur les judas et cachettes des maisons de tolérance; sur la prostitution en boutique et les débits de vin annexés à quelques maisons tolérées; sur les maisons de tolérance dans la banlieue; sur l'inscription des mineures et des femmes mariées; sur la radiation des prostituées et leur rétablissement au contrôle; sur les maîtresses de maison; sur la prostitution exercée dans les garnis; sur les cabarets ouverts à la prostitution; sur l'interdiction de la voie publique aux prostituées; sur la répartition des prostituées dans les différents quartiers de la ville de Paris; sur le sort définitif des prostituées; sur les visites sanitaires imposées à ces femmes; sur les établissements actuellement consacrés au traitement des maladies vénériennes; sur la prison de St-Lazare; sur le dépôt de St-Denis; sur le service de répression, dit service actif du dispensaire, chargé de la surveillance des insoumises; sur les livres et gravures obscènes; sur la législation concernant les prostituées. Toutes ces additions sont parfaitement à la hauteur du livre original.

L'appendice ou supplément occupe la moitié du second volume. Il a pour titre : *Précis statistique, hygiénique et administratif de l'état de la prostitution dans les principales villes de l'Europe, pour servir de supplément à l'ouvrage de Parent-Duchatelet.* Cet appendice se divise en deux parties. Dans la première, on a réuni les documents relatifs à la prostitution dans les principales villes de France : Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, l'Algérie. Dans la seconde partie, nous trouvons le tableau de la prostitution en Angleterre, en Espagne, en Hollande et dans les villes les plus populeuses du continent.

La réunion de toutes ces descriptions ainsi rapprochées des détails fournis par Parent-Duchatelet sur la prostitution de Paris augmente d'une manière considérable la valeur de cette publication et dévoile le goût éclairé, le tact remarquable des éditeurs, MM. J.-B. Baillière et fils. Rien n'est plus instructif que la comparaison qu'il est permis ainsi d'établir entre ces mœurs et ces législations différentes.

Ce qui frappe surtout dans cet ensemble, c'est la diminution vraiment remarquable de la fréquence et de la gravité des maladies vénériennes sous l'influence des mesures sanitaires imposées à la prostitution. Je n'en citerai qu'un exemple :

« Cette succession de mesures, dit notre honorable et savant confrère, M. le docteur Barré, dans son remarquable travail sur *la prostitution dans la ville de Nantes*, cette succession de mesures, consacrées par l'expérience de plusieurs années, laisse peu de chose à désirer comme moyens de surveillance et comme résultats hygiéniques. — L'insoumission, traquée avec persévérance, a presque disparu; trois ou quatre femmes par semaine essaient, mais en vain, de se soustraire à la visite. La prostitution clandestine, si dangereuse dans les grandes cités, est combattue dans la limite du possible, et grossit chaque jour le chiffre des filles inscrites. Enfin la syphilis, constatée à son début, perd d'année en année de sa gravité et de son danger. — Jadis, de 1833 à 1839, dans l'infirmerie des prisons, nous pouvions montrer chaque jour à nos confrères les formes les plus variées de la syphilis constitutionnelle. Dans une de ces visites, je me le rappelle, le docteur Lucas-Championnière s'étonna de trouver si nombreux des symptômes que dans les salles de Cullerier il n'observait que rarement. C'est qu'alors la ville de Nantes ne jouissait pas encore du bénéfice de sa nouvelle institution; c'est qu'alors elle était la seule, dans un rayon de quarante lieues, à comprendre les bienfaits d'un service sanitaire consacré aux filles publiques; c'est qu'enfin la Basse-Bretagne, la Vendée, l'Anjou, déversaient par le vagabondage, sur notre dispensaire, les maux les plus hideux et les plus invétérés de la syphilis. — Quel contraste avec ce qui se passe aujourd'hui! De loin en loin j'observe bien encore des syphilides, des plaques muqueuses envahissant la vulve et le périnée, mais seulement sur des prostituées clandestines, sur de malheureuses jeunes filles arrêtées dans le cours de leur vie de débauche par les ravages du mal vénérien; ou bien encore sur des filles étrangères surprises en état de vagabondage, et que, par pitié et par intérêt pour la santé publique, je dirige sur l'Hôtel-Dieu. — Les seules formes qui se présentent désormais sur les filles régulièrement visitées, sont : les chancres, les vulvo-vaginites, les catarrhes utérins, quelques pustules muqueuses; les bubons ne m'apparaissent que rarement; les symptômes secondaires, je le répète, sont des exceptions; quant aux phénomènes tertiaires, je n'en vois plus. — Chose bizarre ! ou mieux, bienfait de la sage prévoyance de notre époque ! la prostituée, jadis si dangereuse pour la santé publique, personnalité immonde dont l'approche ne pouvait se comprendre qu'avec le délire de la raison et l'oubli complet de la santé, la prostituée, régulièrement visitée, peut être fréquentée presque impunément, n'occasionnant pas certainement la cinquième partie des infections contractées, soit par la population civile, soit par la population militaire. »

Voilà, on peut le dire, un beau résultat produit par la recherche des maladies vénériennes chez la femme. Mais ce n'est là qu'un des points de vue du problème de l'anéantissement de ces maladies. Il faudrait maintenant aborder l'autre, à savoir, la recherche des mêmes symptômes morbides chez l'homme.

La seconde partie de l'appendice n'est pas d'une lecture moins instructive que la première. Après l'Angleterre, où l'on voit la prostitution marcher avec les allures d'une liberté effrénée, on trouve Berlin, où elle est réglementée et tenue avec une sévérité excessive; puis, Berne, où elle est proscrite par les lois, mais où elle s'exerce en cachette dans les maisons de bains, favorisée d'ailleurs par les mœurs de la Suisse qui admettent comme un usage de société les visites nocturnes des jeunes gens chez les jeunes filles; puis Bruxelles, où elle est soumise à une organisation, dans laquelle les inspirations du corps médical ont été suivies sans restriction et qui peut être offerte comme un modèle à tous les pays civilisés; puis Christiania; puis Copenhague, où les lois punissent la prostitution comme les autres *delicta carnis*, et où cependant, dans l'intérêt de la santé publique, l'autorité s'est décidée d'abord à faire grâce aux filles publiques qui, spontanément, viennent se faire traiter quand elles ont une maladie vénérienne, et plus tard à les inscrire, leur recommandant, entre autres prescriptions, la *visite préalable* des hommes qui les fréquentent; puis, l'Espagne, où, après avoir été sagement réglementée dans les xve et xvie siècles, la prostitution est de nos jours livrée à une licence complète, par suite des prédications des jésuites et des efforts des archevêques et des évêques, qui avaient pour but de l'anéantir : « Il faut, dit le docteur Guardia, auteur de cette intéressante monographie, il faut que les hôpitaux regorgent de malades (vénériens) et ne puissent recevoir tous ceux qui voudraient entrer, pour que la police songe à corriger ce mal qu'elle n'a pas su prévenir. » — On me pardonnera de reproduire ici la description d'un établissement de prostitution espagnol, écrite par un voyageur français, Antoine de Lalaing, seigneur de Montigny, qui visita l'Espagne en 1501, époque où la prostitution était réglementée et surveillée en Espagne, à la suite de Philippe-le-Beau, roi de Castille. Voici en quels termes il décrit « le merveilleux bordeau » de Valence :

« Après souper, les deux gentilshommes, en compagnie d'autres de la ville, allèrent voir le lieu des femmes publiques, qui est grand comme

une petite ville et fermé à l'entour de murs et de une seule porte. Et devant la porte y est ordonné ung gibet pour les malfaicteurs qui porroient estre dedans; à la porte, un homme, à ce ordonné, oste les bastons des veuillans entrer dedans, et leur dit s'ils lui veulent bailler leur argent, se ils en ont, qu'il leur en rendra au vuider bon compte sans perte ; et d'aventure s'ils en ont et ne le baillent, si on leur vole la nuict, le portier n'en est respondant. En ce lieu, sont trois ou quatre rues pleines de petites maisons, où en chascune a filles bien gorgiasses, vestues de velours et de satin. Et sont de deux à trois cents filles ; elles ont leurs maisoncelles tendues et accoustrées de bons linges. Le taux ordonné est quatre deniers de leur monnaie, lesquels à nous valent un gros. En Castille ne paient que quatre malvidis, dont se prend le dixième denier comme des autres choses cy après déclarées, et ne peut-on plus demander pour la nuict. Tavernes et cabarets y sont. On ne peut, pour la chaleur, si bien veoir ce lieu de jour que on faict de nuict ou soir, car elles sont lors assises à leurs huys, la belle lampe pendante emprès d'elles pour les mieulx veoir à l'aise. Il y a deux médecins ordonnés et gagiés à la ville pour chascune semaine visiter les filles, à sçavoir si elles ont aulcunes maladies, pocques ou autres secrettes, pour les faire vuider du lieu. S'il y en a aulcune malade de la ville, les seigneurs d'icelle ont ordonné lieu pour les mectre à leurs dépens, et les foraines sont renvoyées où elles veulent aller. J'ay ci escript pour ce que je n'ay ouï parler de mectre telle police en si vil lieu. »

Après l'Espagne, viennent : Hambourg, où les prostituées reçoivent des instructions relatives aux principaux symptômes des maladies vénériennes et sont tenues de se refuser aux hommes qui présenteraient ces symptômes; la Hollande, où la réglementation et la surveillance de la prostitution sont toutes récentes, et où les filles publiques sont visitées médicalement une, deux et même trois fois par semaine; Rome, où il n'y a point de prostitution...., si ce n'est à l'état de diffusion dans les diverses classes de la Société; enfin Turin, où commence (1855) un système de surveillance qui a pour base le règlement de la ville de Bruxelles.

Parmi ces tableaux, qui ont été tracés avec un soin qu'on aime à signaler, et qui, se ressemblant par le fond, comme on devait le prévoir, offrent chacun un coloris tout à fait différent, la curiosité et l'intérêt s'attachent tout d'abord à l'Angleterre, à l'Espagne et à Rome. Les lecteurs de l'Union Médicale connaissent le mémoire qui a été consacré à la *prostitution en Angleterre et en Écosse*. Pour l'Espagne, nous trouvons ici une histoire savante et complète, dans laquelle l'auteur remonte aux temps les plus reculés de la monarchie espagnole et nous amène à l'époque actuelle, en exprimant le juste regret que, dans ce beau pays, les institutions relatives à la prostitution, loin de se perfectionner, aient suivi une marche tristement rétrograde. C'est au docteur Jacquot, médecin militaire, qui avait séjourné à Rome, avec l'armée française, et qui a été récemment enlevé à la science avant l'âge, que l'on doit le travail sur la prostitution à Rome. Ce travail, dans lequel l'auteur a su tout dire, tout faire connaître, sans blesser aucune susceptibilité, sans froisser aucun sentiment respectable, est un modèle de bon goût et de modération.

En résumé, si le livre justement célèbre de Parent-Duchatelet, dès son apparition, a été placé en première ligne parmi les publications utiles, il est juste de dire que, dans cette troisième édition, l'utilité est plus frappante encore, et que l'intérêt qui s'attache au sujet s'y est remarquablement élevé et agrandi.

G. Richelot.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 22 novembre 1858. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur A. Becquerel demande à changer son titre de membre associé résidant en celui de membre titulaire. (Accordé.)

M. le docteur Legrand du Saulle demande le titre de membre titulaire.

M. Baudrimont adresse sa démission de membre titulaire.

M. le docteur Œsterreicher, de Carlsbad, nommé membre correspondant dans la précédente session, écrit une lettre de remercîments.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Des principales eaux minérales de l'Europe. Allemagne et Hongrie; Paris, 1858; par le docteur Armand Rotureau.

Notice statistique et médicale sur La Malou-les-Bains (Hérault); Paris, 1858; par le docteur Privat.

Eaux thermo-minérales chlorurées sodiques de Bourbonne-les-Bains; Paris, 1858; par MM. Cabrol et Tamisier.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. Clinique et thérapeutique thermo-minérales. Relation médico-chirurgicale de la division de M. Cabrol, médecin principal en chef, pendant la saison de 1857 *:* Mirecourt, 1858; par le docteur Henry.

Études sur les eaux minérales de l'Algérie, recueillies et publiées avec une introduction; Alger, 1858; par le docteur A. Bertherand.

Eaux thermales de Hamman-Meskhoutine (Algérie); Bone, 1858; par le docteur Moreau (de Thuin).

Eaux thermales d'Hamman-Meskoutine, près Guelma (province de Constantine); Alger, 1858; par le docteur Hamel.

Wildbad Gastein in Jahre 1857 (*Wildbad Gastein pendant la saison* 1857); Wien, 1858; par le docteur Benenict von Honigsberg.

Des eaux minérales et de leur action thérapeutique; thèse soutenue à Montpellier; 1858; par le docteur Viallanes.

Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de dyspepsies; 1858; par le docteur Hédouin.

Des fongosités utérines; Bordeaux, 1858; par le même.

De quelle manière prenait-on les bains du temps de Charles-Quint à Aix-la-Chapelle; mémoire pour servir à l'histoire des eaux minérales; Aix-la-Chapelle, 1858; par le docteur Strater.

Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille, numéros 2, 3 et 4.

Gazette médicale de l'Algérie, numéros de mai à octobre.

Gazette des eaux, numéros de mai à octobre.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle a faite, dans l'intervalle de ses deux sessions, dans la personne de l'un de ses membres honoraires, M. le docteur Cauvière, de Marseille.

MODIFICATIONS RÉGLEMENTAIRES.

La Société, sur la proposition du bureau, adopte les résolutions suivantes:

Il ne sera désormais procédé à l'élection de membres titulaires, que lorsqu'il existera deux candidatures au moins pour une place.

Le nombre des membres correspondants-nationaux est limité à 80.

Le nombre des membres honoraires est limité à 35.

M. le Président lit un discours dans lequel il présente le résumé des travaux de la Société, pendant les cinq sessions qu'elle vient de parcourir. (Ce discours sera inséré dans les *Annales*.)

— M. Rotureau lit, au nom d'une commission composée de MM. Lambron, Duriau et lui, le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur Bougard, intitulé : *Les scrofuleux à Bourbonne-les-Bains.*

M. le docteur Bougard, après avoir présenté quelques considérations générales intéressantes sur la scrofule, regrette, comme votre rapporteur l'a regretté lui-même à son passage à Bourbonne, que les nombreux médecins qui exercent près de ces thermes aient de si rares occasions d'y observer les accidents sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse. En effet, la station de Bourbonne est presqu'exclusivement fréquentée par des malades rhumatisants ou mutilés, qui viennent y chercher la guérison de leurs douleurs ou de leurs infirmités traumatiques. Lorsqu'on jette un coup d'œil sur la population accidentelle de Bourbonne, on est tenté de penser que les eaux thermo-minérales de cette station sont employées à l'extérieur seulement.

M. le docteur Bougard, après s'être inspiré des savantes pages que notre secrétaire général a écrites sur la médication par les eaux chlorurées fortes dans la scrofule, a commencé ses observations sur le petit nombre de malades qu'il a pu suivre pendant la saison de 1857.

Dix malades seulement se sont présentés à l'hôpital militaire de Bourbonne, auquel M. le docteur Bougard est attaché, pour des manifestations scrofuleuses. Cinq sont partis guéris, quatre ont obtenu une amélioration notable, le dixième, atteint de phthisie pulmonaire, n'a pas fait usage des eaux. Chez les neuf malades scrofuleux traités par les eaux de Bourbonne à l'intérieur en même temps qu'en douches ou en bains, l'état général s'est sensiblement amélioré.

L'observation première rapporte qu'un jeune soldat de 24 ans, présentait à la région maxillaire inférieure du côté gauche, en arrière de la branche montante de cet os, plusieurs engorgements ganglionnaires volumineux, durs et n'ayant jamais suppuré, tandis que le menton et le cou étaient déformés par des cicatrices scrofuleuses. Les bains, les douches et l'eau en boisson firent complétement disparaître ces manifestations scrofuleuses.

La deuxième observation s'occupe d'un homme de 25 ans, portant, depuis vingt mois, une suppuration des ganglions cervicaux et post-auriculaires, et qui guérit complétement à Bourbonne, après une saison thermale complète.

Le troisième malade, âgé de 36 ans, s'est guéri d'un engorgement scrofuleux des ganglions de l'aisselle droite avec carie du sternum et trajets fistuleux des régions sus-claviculaire et sous-maxillaire.

Le quatrième et le cinquième malades, dont M. Bougard ne nous dit point les âges, avaient un chapelet de ganglions lymphatiques qui s'étendait d'une oreille à l'autre et descendait, chez l'un, tout le long des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Ces malades sortirent de l'hôpital complétement guéris, et leur constitution s'était considérablement améliorée.

Les quatre autres cas sur lesquels s'appuie M. Bougard pour vanter les eaux de Bourbonne à l'intérieur et à l'extérieur, dans les accidents scrofuleux, sont empruntés à la pratique de M. le docteur Magnin, médecin civil et sous-inspecteur des sources; chez ces quatre malades, les eaux de Bourbonne ont procuré une amélioration marquée, si ce n'est une guérison parfaite.

« Une médication active convient au traitement des engorgements ganglionnaires scrofuleux, dit M. Bougard; l'eau thermale prise en bains, en douches et à l'intérieur, des compresses mouillées appliquées sur le mal et renouvelées plusieurs fois par jour, constituent, le plus souvent, tout le traitement. On voit alors les masses ganglionnaires se désagréger, le tissu fibreux se résorber et les ganglions disparaître le plus souvent sans suppurer. Si, sous l'influence excitatrice des eaux, la suppuration s'annonce, il faut ouvrir largement l'abcès, donner issue au pus sans rien changer au traitement thermal.

. . . .

» Sous l'influence de la médication thermale de Bourbonne, les ulcères scrofuleux perdent leur mauvais aspect, l'aréole violacée qui les entoure et l'induration des bords diminue, le pus change, devient de meilleure nature, l'ulcération se déterge, prend une meilleure coloration et fait bientôt place à une cicatrice... »

M. Bougard termine son mémoire par quelques remarques sur l'importance qu'il attache à l'administration de certains médicaments adjuvants pendant la cure, tels que les iodurés, etc., à l'hygiène des malades, à leur nourriture tonique, etc. Enfin, il regrette de ne pas avoir à vous envoyer un travail plus complet sur la matière, mais il nous promet de mettre à profit les occasions qui lui seront données d'observer aux eaux de Bourbonne les accidents scrofuleux et de nous faire part du résultat de sa pratique.

En résumé, Messieurs, si le travail intéressant de M. le docteur Bougard ne nous montre pas les eaux minérales de Bourbonne, près desquelles il pratique, aussi énergiques que certaines sources chlorurées et bromo-iodurées des bords du Rhin contre la diathèse scrofuleuse et ses manifestations diverses, il a rendu un véritable service à l'hydrologie médicale, en appelant l'attention d'une manière sérieuse sur nos sources chlorurées sodiques potables les plus chargées de France, lesquelles soulageront les malades, que des raisons particulières empêcheraient de pouvoir se rendre à des stations où la médication hydro-thermo-minérale est plus active, plus convenablement instituée pour le traitement des accidents lymphatiques, scrofuleux et strumeux.

M. le docteur Bougard nous dit qu'il est utile presque toujours d'associer à la cure des médicaments appropriés, et de mettre en usage les iodurés, les toniques, les reconstituants, etc. Il aurait dû ajouter, assurément, un moyen possédant toutes les qualités qu'il demande, je veux parler des *eaux-mères* des salines. Celles-ci communiqueraient à l'eau de Bourbonne une partie des principes nécessaires à la guérison des scrofules. Je suis convaincu que nos confrères de Bourbonne retireraient de grands avantages de cette médication inconnue dans leur station thermale, et pourtant si facile à y introduire, en faisant venir de nos salines de l'Est des vases remplis d'eau-mère. L'expérience a démontré qu'elles sont, concurremment avec les chlorurées sodiques fortes bromo-iodurées à l'intérieur, le moyen le plus efficace que nous ayons à opposer aux accidents sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse, et qui peut être véritablement regardé comme un spécifique.

MM. Germain Sée et Patissier demandent à présenter des observations sur ce rapport. La discussion en est remise à la prochaine séance.

— M. Legrand du Saulle, candidat, lit un mémoire sur l'*action thérapeutique des eaux de Contrexéville*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Cahen, Duriau et R. Briau.)

Ordre du jour de la séance du 6 *décembre* 1858.

Rapport, par M. Dutrouleau, sur un mémoire de M. Patézon, intitulé : *A quelle époque faut-il envoyer les fracturés aux eaux de Bourbonne?*

Discussion sur le *traitement thermal des scrofules.*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

RÉCLAMATION.

Mon cher confrère,

Veuillez accueillir avec votre bienveillance habituelle ces courtes réflexions que m'inspire la lettre de M. Marc d'Espine, et je vous en serai fort reconnaissant.

E. Bouchut.

A Monsieur Marc d'Espine.

Monsieur,

L'honneur que vous me faites en discutant mes travaux sur le croup, me paraît un peu amoindri par les rudes expressions de votre polémique. Il est aussi fâcheux de faire dire aux chiffres ce qu'ils ne disent point, que d'attribuer à quelqu'un une opinion qui n'est pas sienne, ou de parler sur ce qu'on ignore. C'est cependant ce qui vous arrive à mon égard. Je vais le prouver, — sans m'arrêter à aucune des appréciations sévères de votre lettre. Je vous dirai, pour rétablir la vérité, que je n'ai jamais nié qu'il y eût aujourd'hui un plus grand nombre de croups que par le passé. J'ai dit qu'il était impossible de prouver, d'une manière précise et scientifique, qu'il y en eût deux, trois et quatre fois davantage, ce qu'il fallait établir pour justifier une mortalité deux et quatre fois plus forte. De là à une négation absolue de l'augmentation de fréquence du croup, il y a loin.

J'ai dit ensuite que la mortalité du croup s'était considérablement accrue de 1826 à 1858, ce que prouvent les chiffres de décès s'élevant de 124 à 2, 3 et 400 par an. Vous supprimez volontairement les quinze premières années de ma statistique pour prendre les treize années suivantes qui favorisent mieux vos goûts contradictoires, et vous avancez alors que les chiffres de la mortalité croupale sont presque stationnaires. C'est ce qui s'appelle faire parler les chiffres selon sa fantaisie.

Enfin, dans votre jugement sur des choses qui vous sont étrangères, vous écrivez : 1° que la statistique des décès de la ville de Paris est faite d'après une quinzaine de dénominations entre lesquelles doit choisir le médecin vérificateur des décès ; 2° que les bulletins mortuaires sont classés sans contrôle par des employés d'un bureau de police; 3° que l'angine couenneuse ne figure pas sur le tableau nosographique adopté pour le classement des décès. Ce sont, Monsieur, autant d'erreurs graves susceptibles d'abuser les médecins, si elles n'étaient rectifiées. J'espère que vous applaudirez au soin que je prends de vous éclairer sous ce rapport. Ainsi, les décès sont classés d'après 108 dénominations qui comprennent toutes les maladies mortelles. Le dépouillement des bulletins se fait par des employés de police; mais dès qu'il y a doute sur leur classement, MM. Guérard, Devergie et les autres éminents médecins du Conseil de salubrité sont appelés à juger la question. Enfin, l'angine couenneuse elle-même figure sur la liste des maladies mortelles, ce que vous pourrez voir sur le tableau nosographique depuis longtemps publié par notre Conseil d'hygiène et de salubrité près la préfecture de police.

Agréez, etc. E. Bouchut.

COURRIER.

La Société de médecine du 10me arrondissement de Paris avait institué un prix de 300 francs pour être décerné à l'auteur du meilleur mémoire publié dans l'année précédente.

Vingt-deux mémoires imprimés ou manuscrits ont été adressés à la Société.

La commission, composée de MM. Depaul, Gosselin, Léger, Blain des Cormiers, Bauchet et Foucher, rapporteur, a proposé :

1° D'accorder le prix de 300 francs à M. le docteur Ollier, pour sa thèse *sur la structure des tumeurs cancéreuses.*

2° D'accorder une mention honorable à M. le docteur Renouard, pour ses *Lettres philosophiques sur la médecine au XIXe siècle.*

La Société a adopté ces conclusions à l'unanimité.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le docteur Fano, professeur agrégé de la Faculté, commencera ce cours le mercredi 1er décembre, à 7 heures du soir, à l'École pratique, et le continuera les soirs suivants à la même heure.

— M. le docteur Foucher, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien du Bureau central, commencera son cours de chirurgie le 6 décembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chacue semaine.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 143. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 2 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ; DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Si en sortant de cette séance, si après avoir entendu le grand et beau discours de M. Trousseau, l'immense auditoire, qui se pressait hier dans l'enceinte académique, n'a pu répondre résolument à cette question : Mon enfant étant atteint du croup, que ferais-je? Si, disons-nous, une conviction favorable à la trachéotomie n'a pas pénétré dans tous les esprits, il faut que l'Académie se hâte de clore cette discussion. Elle a déjà suffisamment troublé les praticiens ; non seulement les praticiens, mais les familles. L'assistance à ces débats ne se compose pas seulement de médecins et d'élèves, mais encore d'un assez grand nombre de gens du monde. Nos journaux de médecine sont recherchés par le public étranger à notre art; partout cette discussion excite un puissant intérêt, non de curiosité, mais d'émotion véritable ; depuis que le public a été informé que le croup règne épidémiquement dans la capitale, il n'est pas de famille qui ne tremble pour la tête chère et charmante d'un enfant. Aussi, après le discours si triste et si sombre de M. Malgaigne, le discours de M. Trousseau sera-t-il accueilli comme une consolation, comme une espérance. Et comme toute véritable éloquence vient de la vérité et du cœur, jamais aussi M. Trousseau ne s'est montré plus persuasif, plus entraînant, non pas en demandant aux artifices oratoires des effets de tribune plus ou moins réussis, mais par la simplicité même du discours, par la clarté de la discussion, par l'irrésistible logique des faits. Hardiesse de bon goût après le discours étincelant de M. Malgaigne, témérité heureuse qui, admirablement, a réussi.

M. Trousseau a occupé la tribune pendant près de deux heures sans fatiguer un instant l'attention de ses auditeurs qui, à plusieurs reprises, et notamment à la fin de son discours, ont récompensé l'orateur par leurs applaudissements unanimes.

Nous passons rapidement sur la réponse de M. Trousseau aux accusations de M. Malgaigne, d'avoir fait un rapport qu'on ne lui demandait pas, de l'avoir fait très rapidement, de l'avoir fait tel qu'il l'a fait. Il a fait un rapport parce que l'Académie lui a ordonné de le faire; il l'a fait vite, parce que M. Bouchut faisait retentir la presse et les deux tribunes académiques de ses communications nombreuses contre la trachéotomie; il l'a fait tel qu'il l'a fait, parce qu'il était urgent de dissiper les préventions et les appréhensions que la polémique de M. Bouchut faisait déjà naître contre la trachéotomie. M. Trousseau est intéressé dans la question; soit, il en convient, mais qu'importe? Il reconnaît que s'il ne se fût agi que du tubage de la glotte, il ne se fût pas autant pressé et qu'il eût laissé cette pauvre invention *(sic)* mourir de sa belle mort. Mais il s'agissait aussi de la trachéotomie dont il accepte d'avoir été le parrain, qu'il se félicite d'avoir popularisée, et que l'on tendait à discréditer parmi les praticiens et à faire regarder par les familles éplorées comme une opération désastreuse.

A-t-il été injuste envers le tubage de la glotte? M. Trousseau a été bref sur cette opération nouvelle, mais ce qu'il en a dit hier, ou plutôt ce qu'il en a montré, est vraiment accablant, car l'orateur s'est borné à faire passer sous les yeux de l'assistance les larynx d'une douzaine de chiens, munis de la fameuse canule, larynx sur lesquels, après trois et quatre jours de séjour, cette canule a produit les plus graves désordres, inflammations, dénudations, ulcérations, nécroses. Ici un grave reproche a été infligé à M. Bouchut par l'orateur. Il l'a accusé, avec une certaine émotion, d'avoir lui-même et antérieurement fait les mêmes expériences, d'être arrivé aux mêmes résultats, et cependant d'avoir caché ces résultats à M. Malgaigne dont la religion et la justice n'ont pas été ainsi suffisamment éclairées. Disons immédiatement à la décharge de M. Bouchut, qu'hier, à l'issue de la séance, il a énergiquement nié devant nous que ses expériences sur les chiens eussent produit les mêmes résultats que celles faites par M. Trousseau. C'est un point grave à éclaircir et qui pourra l'être d'autant plus facilement que l'expérimentateur qui a aidé M. Bouchut dans ses expériences, est le même qui a aidé M. Trousseau dans les siennes, l'honorable M. le docteur Faure, si connu par son beau travail sur l'asphyxie.

Au demeurant, les expériences de M. Trousseau restent, et elles sont décisives contre le tubage de la glotte. Voyez, en effet, qu'après la trachéotomie. ce n'est pas quarante-huit heures seulement, ni trois, ni six jours qu'il faut laisser en place la canule, mais souvent dix, quinze, vingt, trente jours et plus; car la fausse membrane peut persister tout ce temps dans le larynx. Or, quels effroyables désordres ne produirait pas dans cet organe le tube de M. Bouchut, s'il fallait l'y maintenir aussi longtemps que la canule dans la trachée? Cet argument, pris dans les entrailles mêmes du sujet, a produit une vive sensation.

Après cette exécution du tubage de la glotte, M. Trousseau a abordé la question de la trachéotomie, ou plutôt, et heureusement, la question tout entière du croup. Ici, sa parole est devenue plus magistrale encore, car ce sujet il le possède dans tous ses détails, dans toutes ses difficultés; écouter M. Trousseau sur ce point, c'est écouter l'expérience de toute une génération. Or, l'orateur ne s'est pas montré avare de son expérience, il en a ouvert tous les trésors avec largesse, et tout ce qu'il sait, il l'a dit sans retenue. Fixons quelques points de cette belle exposition, ceux surtout sur lesquels la discussion pourrait se ranimer plus vive que jamais.

Le croup, a dit M. Trousseau, abandonné à lui-même, ou traité par les seuls moyens médicaux, est une maladie presque fatalement mortelle.

Cette proposition désolante manque heureusement de démonstration. Parmi les nombreux *desiderata* de cette discussion, il faut noter l'insuffisance des documents propres à fixer ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle du croup, et son histoire thérapeutique en dehors de la trachéotomie. Tout cela est encore fort obscur. Il existe sans doute beaucoup d'observations et de relevés de croup, mais ces documents manquent en général de critique et de catégorisation. Une grande et large monographie est encore à faire où les cas seront distingués par âge, par sexe, par saisons, par absence ou présence d'influence épidémique, toutes conditions qui peuvent faire varier les résultats généraux. Il est des pays, l'Angleterre, par exemple, où la trachéotomie est à peine employée, sait-on d'une manière certaine dans quelle proportion le croup y guérit?

Quoi qu'il en soit, l'opinion de M. Trousseau est fort explicite : un enfant atteint de croup, quoi qu'on fasse, est à peu près voué à une mort certaine, à moins que la trachéotomie ne vienne le sauver.

Nous devons en prévenir M. Trousseau qui, pressé par le temps et par discrétion peut-être, ne s'est pas suffisamment expliqué sur ce point; sa vive et mordante critique des moyens généralement employés, sangsues, vomitifs, vésicatoires, etc., a produit une impression pénible. Quoi, disait-on autour de nous, et un peu partout : M. Trousseau veut donc que le médecin, dans cette terrible occurrence, en présence d'une famille qui le presse d'agir, reste spectateur inutile des progrès de la maladie, et attende le moment où il pourra porter le couteau sur le cou du malade?

M. Trousseau n'a certainement pas voulu dire cela; il rejette certains moyens généralement employés, il les croit inutiles, dangereux, faisant perdre un temps précieux, mais il en conseille d'autres qu'il a cent fois indiqués dans son enseignement oral et écrit et qu'il doit supposer suffisamment connus de l'Académie. Nous n'avons pas à y revenir nous-même auprès de nos lecteurs. car M. Trousseau nous a fait l'honneur de les exposer longuement et à plusieurs reprises dans ce journal.

Ce que voulait prouver M. Trousseau, c'est que le traitement dit médical est presque toujours impuissant pour arrêter la marche funeste du croup; que les sangsues débilitent en pure perte les pauvres petits malades; que les vomitifs ne remédient à rien, et jettent les enfants dans une prostration fâcheuse; que les vésicatoires sont dangereux, et qu'ils tendent à généraliser la diphthérite quand elle n'est encore bornée qu'aux voies aériennes; et si, dans cette mesure, on n'accepte pas l'expérience si complète et si longue de M. Trousseau, quelle autre expérience pourra-t-on invoquer?

Ce qu'a voulu surtout prouver M. Trousseau, c'est qu'en définitive, la trachéotomie était à peu près la seule planche de salut, ressource extrême sans doute, moyen dilatoire, il l'a dit lui-même, moyen qui ne guérit pas absolument le croup, il en convient, mais qui lui donne le temps de guérir en laissant respirer le malade.

Dans quelles proportions la trachéotomie guérit-elle ou laisse-t-elle vivre? Ici, M. Trousseau a fait une exhibition imposante et très consolante des succès obtenus, non plus à l'hôpital des Enfants, mais en ville, par des praticiens de Paris; dans les départements par d'honorables confrères qui lui ont transmis leurs relevés, et M. Trousseau est arrivé à cette conclusion rassurante : qu'aujourd'hui, la trachéotomie sauve plus d'un tiers des enfants atteints de croup.

Aujourd'hui, disons-nous, car M. Trousseau s'est livré à une brillante et solide démonstration de la trachéotomie telle qu'on la pratique et qu'on doit la pratiquer aujourd'hui, des soins et des précautions qu'elle exige de la part de l'opérateur, de la part du malade et de ceux qui l'entourent; lenteur dans l'opération, afin d'éviter une trop grande perte de sang, toujours funeste, grosse et double canule, cautérisation des bords de la plaie, cravate épaisse, air chaud et humide, alimentation de l'opéré, toutes conditions sur lesquelles M. Trousseau a longuement insisté, car elles constituent des conditions indispensables.

Nous signalerons encore la partie de ce discours dans laquelle M. Trousseau a si lucidement indiqué la distinction pratique qu'il importe de faire dans les résultats de la trachéotomie, entre le croup qu'on pourrait appeler simple et local, c'est-à-dire borné aux voies aériennes, pour lequel l'opération donnera les plus beaux résultats, et la diphthérite généralisée et infectante, contre laquelle la trachéotomie sera presque toujours impuissante.

Pour prouver que la trachéotomie, opération grave sans doute, dont lui, M. Trousseau, se reproche d'avoir exagéré l'innocuité, mais dont il reproche à M. Malgaigne d'avoir exagéré la nocuité, pour prouver que cette opération n'est pas si meurtrière par elle-même qu'on a bien voulu le dire, M. Trousseau a indiqué la statistique d'un chirurgien allemand qui, sur 93 cas de trachéotomie pratiquée pour extraction de corps étrangers dans les voies aériennes, a obtenu 75 guérisons. Il y a loin, comme on voit, de ces résultats aux résultats des grandes opérations chirurgicales, au sombre nécrologe desquelles M. Malgaigne a comparé le nécrologe de la trachéotomie.

Nous devrions tout signaler dans ce solide et instructif discours, où M. Trousseau n'a parlé que le langage de la science, mais ce langage pur, élégant, suffisamment accentué, qui tient l'attention en éveil sans lui faire perdre de vue le but de la démonstration, et qui préfère un bon argument clairement exposé aux jeux les plus brillants du paradoxe. Qu'a donc dit M. Trousseau de l'affaiblissement de ses organes? Jamais il n'a été plus jeune; l'orateur est évidemment en progrès, et jamais à la tribune académique il ne s'est montré plus maître de lui-même, plus correctement sobre et plus sagement inspiré.

Mardi prochain, nous aurons le plaisir d'entendre de nouveau M. Malgaigne, et pour la première fois, dans cette discussion, M. Bouillaud.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION [1];

CLASSES NOUVELLES;

APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES;

COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

2° *Application et mode d'action.* — Avant d'indiquer l'action spéciale de l'appareil à chevilles mobiles et de démontrer secondairement qu'il tient de tous les autres appareils, indiquons comment on l'applique aux membres inférieurs, où son importance est bien plus grande qu'aux membres supérieurs.

Sur les planchettes horizontales, munies d'un coussin qu'une toile cirée recouvre au besoin, placez le membre fracturé; sur ses deux côtés, relevez en gouttière la toile cirée, le coussin; plantez dans les trous assez de chevilles pour maintenir le tout et laissez l'appareil dans l'extension ou placez-le dans la demi-flexion. Il n'est pas sans intérêt d'observer que le plateau qui supporte les planchettes inclinées, leur donne de la fixité, empêche leur renversement, que favorisent trop souvent des matelas inégaux et tient lieu de la planche que, depuis J.-L. Petit, la plupart des chirurgiens conseillent de placer entre les matelas. Et comme ce même plateau

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 22 novembre.

a plus d'épaisseur à l'extrémité digitale qu'à la racine du membre, il en résulte dans l'extension, pour le pied et la jambe, un certain degré d'élévation très profitable dans les inflammations de cette région.

Les chevilles mobiles sur l'échelle des trous, et disposées autour du membre, de manière à en suivre les contours, en reproduire la forme, font l'office des doigts, doigts inflexibles, sans doute, mais infatigables; doigts rigides, à la vérité, mais que le coussin d'enveloppe transforme en pelotes élastiques; doigts certainement insensibles, mais au devant desquels réside la sensibilité des parties malades, souvent exaltée par la lésion. Partout où la main de l'opérateur, modelant le membre, exerce une action efficace, une ou plusieurs chevilles ont leur raison d'être appliquées pour soutenir les tissus, les presser doucement, les comprimer s'il le faut; et, lorsque ces nuances d'une action unique devront s'exercer en avant ou en arrière du membre, on les obtiendra à l'aide d'une bande, d'un lien coaptateur passant au-dessus ou au-dessous, et dont les extrémités engagées dans les mortaises des chevilles latérales, s'arrêteront aux clous de ceinture. Par la seule direction imprimée aux chevilles ou aux bandes complémentaires, le membre, dans son ensemble ou dans son extrémité libre seulement, pourra être porté dans l'adduction, dans l'abduction, en avant, en arrière. Il est facile, sans y insister plus longuement, de pressentir la multiplicité des ressources que sont susceptibles de fournir les éléments isolés que le chirurgien a à sa disposition. Nous aurons occasion d'y revenir.

Mais dans cette substitution des chevilles aux doigts, où il est parfois convenable d'isoler chaque élément, d'en réunir plusieurs, ou même de les disposer en séries continues, le point essentiel est de ne jamais excéder le degré de pression exercée par la main et les doigts de l'opérateur. Il faut même se rappeler toujours que cette compression, momentanément supportée avec facilité, peut bientôt devenir intolérable et de là l'obligation d'une application bien calculée et la nécessité d'une surveillance active, constante, plus facile ici qu'ailleurs, puisque les parties sont à découvert, les éléments de l'appareil isolés, puisqu'il suffit de reculer de quelques millimètres, une ou plusieurs chevilles, pour dissiper toute douleur et conjurer tout danger d'étranglement; modification simple que le malade peut, pour ainsi dire, au gré de sa sensibilité, faire accomplir, dans l'absence du chirurgien, par la première personne venue, ou, à la rigueur, accomplir lui-même. Vous avez sans doute déjà saisi l'immense avantage dont je parle et qu'on est loin de retrouver dans ces appareils d'ensemble, bandages de Scultet, inamovibles, etc., qu'il faut défaire en totalité pour les modifier sur un seul point, où il est souvent difficile de déterminer le lieu qui souffre, où l'intervention du chirurgien est obligée, où il ne se décide à tout défaire qu'après de dangereuses hésitations, où enfin son éloignement, son absence, et, il faut le dire, sa négligence même ont trop souvent amené d'irrémédiables accidents : la gangrène du membre et la nécessité de l'amputation.

Les chevilles, disposées autour du membre, peuvent figurer dans leur ensemble deux *attelles*, avec cet avantage capital, que brisées perpendiculairement à leur axe en fragments indépendants, elles se moulent sur les parties, en dessinent les contours; et ces découpures, à la fois molles et résistantes, toujours substituées doucement aux doigts de l'opérateur, en retiennent le mode d'action et sous quelques rapports, l'intelligence.

Ces chevilles *digitales* sont tantôt à demeure, pour emprisonner à ciel ouvert le membre pendant toute la durée du traitement, tantôt mobiles, pour en suivre les changements d'état, tandis que la fracture reste fixe sur le plan solide qui la supporte. Sous ces points de vue divers, notre appareil ne vous rappelle-t-il pas avec certains avantages quelque chose des appareils *amovo-inamovibles?*

Il me semble que les formes variées de l'*hyponarthécie* s'y rencontrent également : Vous y trouvez déjà les *coussins*, le *double plan incliné*, la *planchette* fondamentale, qui, munie de ses chevilles, ressemble à une *gouttière*, à une *caisse;* fixez maintenant aux pitons de ceinture des sangles, des bandes, etc., préalablement engagées dans les mortaises des chevilles, ou une longue pièce de linge à lanières, et vous aurez deux espèces de *hamac;* appareils variés, que vous pourrez, à votre gré, mobiliser en les suspendant.

Les moyens de *contre-extension* et d'*extension* n'y sont pas accumulés avec moins de luxe. Sans insister sur le double plan incliné qui reçoit ici son application ordinaire dans ce double but, la contre-extension choisit son point d'appui et le prend : 1° soit à l'arcade du pubis, où vient arc-bouter la première cheville crurale interne convenablement matelassée; 2° soit à la mortaise du béquillon externe où s'engage et se réfléchit le lien qui embrasse l'anneau en daim de M. Baudens; 3° soit au gousset d'une ceinture propre à recevoir le béquillon lui-même; 4° soit enfin, au besoin, à l'aisselle, à l'aide d'un béquillon supplémentaire plus long.

L'extension, appliquée avec le secours des étriers, des bracelets connus, au pied, au-dessus des malléoles, au-dessous ou au-dessus du genou, s'obtient aisément en employant le treuil puissant de l'appareil, ou s'il faut peu de force, en enroulant les lacs sur une cheville-support, comme sur le treuil lui-même. D'un autre côté, au-dessus et au-dessous de la fracture, chaque cheville peut être convertie en un treuil isolé, où les mains du chirurgien seules ou aidées d'une tige de fer engagée dans la mortaise, enrouleront les lacs extenseurs et contre-extenseurs arrêtés enfin aux clous de ceinture. Remarquons que, en rejetant les lacs sur des chevilles placées en dehors du membre, comme sur des poulies de renvoi, on ménagera mieux les parties molles contre de dangereuses pressions dont il n'est possible de conjurer entièrement les effets, qu'en changeant fréquemment le point d'appui des forces extensives et contre-extensives. Faisons observer aussi que, tandis que se produit la double puissance de ces forces aux extrémités du membre, les chevilles intervenant, dans la continuité, partout où les doigts ont à régulariser la forme des parties.

Mais là ne s'arrêtent pas les ressources de notre appareil pour le développement des puissances continues : si, comme le pense M. Velpeau, les appareils inamovibles desséchés sont capables de maintenir la coaptation par la permanence d'une action extensive et contre-extensive disséminée sur toute la surface du membre; combien ne sommes-nous pas fondés à invoquer le bénéfice de cette même action, puisque les chevilles de notre appareil reproduisent la configuration du membre en s'accommodant à ses reliefs, à ses anfractuosités, mieux que l'appareil amidonné ou dextriné qui se relâche, mieux que l'appareil en plâtre qui s'agrandit par le fait de la diminution du membre?

Enfin, pour ne rien omettre des applications dont notre appareil nous paraît susceptible, disons que des bandes, jetées en arc sur plusieurs points du membre et fixées aux clous de ceinture, le contiendront dans les contractions spasmodiques, dans les mouvements involontaires qui se produisent dans le sommeil surtout; et s'il fallait obtenir une immobilité complète, incessamment menacée par le délire, l'aliénation mentale, on devrait, après avoir fixé le tronc et les bras à l'aide du gilet de force, attacher au lit du malade l'appareil et le membre sain avec un ou plusieurs draps pliés en cravate, et maintenir le membre fracturé avec des bandes en cuir ou des liens coaptateurs.

De ce que nous venons de dire en dernier lieu, il résulte que l'appareil à chevilles mobiles a un mode d'action propre, spécial, dépendant de son élément nouveau; qu'il conserve de tous les autres appareils quelque chose tenant à ses éléments anciens; qu'il satisfait à des indications diverses.

3° Examinons maintenant comment cet appareil remplit les indications que le traitement des fractures réclame, et complétons ce que nous avons à vous dire sur la spécialité de son action.

Dans les fractures récentes et simples d'un ou des deux os de la jambe qu'un léger gonflement accompagne, notre appareil reçoit le membre dans une gouttière, le laisse à découvert, le maintient sans le comprimer à l'aide de ses chevilles, sortes de tuteurs qu'on approche ou qu'on éloigne à volonté. Il a, sur l'appareil à attelles, le plus simple de tous, l'avantage de serrer moins les parties, de ne jamais exposer à l'étranglement du membre, de mieux porter le pied dans l'adduction ou l'abduction, de ne pas se relâcher, enfin, de ne jamais réclamer la nécessité de visiter l'appareil, de le réappliquer avec l'intervention obligée d'un aide au moins.

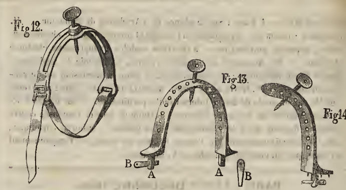
Dans les fractures simples du fémur, où le choix de l'appareil n'est plus indifférent, notre appareil polydactile a encore cet avantage que, se moulant très exactement sur le membre, il en rétablit mieux la *forme* et partant les *rapports*.

Les déplacements *angulaires*, selon l'*épaisseur*, selon la *circonférence* de l'os, sont combattus : par la résistance du plan postérieur et le plein d'une bande portant sur la face antérieure du membre; par les chevilles latérales; par la fixation du pied dans sa direction naturelle. Si on le veut, on pourra disposer ici des liens coaptateurs comme dans la *caisse* de M. Baudens, mais avec plus d'avantage encore, puisque chaque lien fixé à une seule cheville conservera un isolement, une indépendance précieuse qu'on ne trouve pas toujours dans l'appareil du chirurgien militaire, où ces liens, fixés à deux planchettes trouées, gardent toujours trop d'ensemble, car il faut les relâcher et les resserrer tous à la fois, quand il est nécessaire d'abaisser les planchettes. On pourrait, à la vérité, remédier à cet inconvénient en brisant les deux planches latérales en vingt planchettes munies chacune d'une charnière et de deux trous, et les ramener ainsi à la cinquième classe, c'est-à-dire aux appareils polydactiles dont elles constitueraient le troisième genre à *liens coaptateurs*. Mais, comme ce résultat s'obtient beaucoup plus aisément à l'aide de nos chevilles, nous aimons mieux nous contenter de l'indiquer au nombre des applications multiples de l'appareil à chevilles mobiles. D'un autre côté, l'air qui séjourne dans la *caisse* de M. Baudens exhale bientôt une odeur fétide qu'on ne retrouve pas dans celui qui circule librement à travers les chevilles.

Quant aux chevauchements, ils seront vaincus, comme dans les autres appareils, par les puissances extensives, contre-extensives, et la coaptation sera assurée par la permanence de ces forces et par la bonne configuration imprimée au membre à l'aide des chevilles et conservée aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

Dans les cas particuliers de fractures très obliques de la jambe, où il est nécessaire d'agir longtemps sur le fragment supérieur du tibia, on pourra le comprimer dans tous les sens : latéralement, à l'aide des chevilles, des liens coaptateurs; d'avant en arrière, par des bandes solides, ou en employant le tourniquet de J.-L. Petit, comme M. Laugier l'a conseillé, comme je l'ai récemment fait moi-même en votre présence. Mais il ne faut pas oublier que ces compressions circonscrites ou disséminées ne sont efficaces qu'à la condition d'être légères ou de courte durée; autrement elles produisent l'œdème du membre, provoquent son inflammation et menacent l'intégrité des parties molles, où elles finissent par déterminer des excoriations, des escarres, des plaies profondes, surtout chez les malades atteints de fièvre. Dans ces conjonctures difficiles, où la pression forte et continue même du doigt du chirurgien ne serait pas sans danger, l'instrument à *pointe métallique* de M. Malgaigne, barbare en apparence, reçoit les plus heureuses applications. En ce moment, vous pouvez en voir un très bel exemple dans mes salles, et quelques-uns d'entre vous en ont suivi un second en ville; aussi, pour accommoder cet instrument utile à mon appareil dans le sens des idées qui ont présidé à sa confection, je l'ai criblé de trous, pourvu de turions, de mortaises, et ramené en quelque sorte à la condition d'une cheville. A ces modifications légères l'instrument à pointe métallique doit une fixité plus grande, une application plus simple, plus facile, mieux localisée : c'est ce dont vous pourrez juger par la comparaison des deux instruments.

(Planche VI.)



A la rainure de l'arc de l'instrument de M. Malgaigne, fig. 12, j'ai substitué 20 trous qu'on pourrait aisément réduire à 10, d'un seul côté. Ces trous, taraudés de 0,008 de diamètre, distants de 0,003, sont propres à recevoir une vis à oreille de 0,07 de long, percée d'un trou au centre de l'oreille pour l'assujettir au besoin, fig. 13.

J'ai supprimé l'écrou avec ses 2 petites vis, la boucle et le fort lien en soie de la figure 12.

A mon arc en fer coudé à angles vifs à ses extrémités, arc de 0,018 de largeur, de 0,006 d'épaisseur, de 0,20 de corde, de 0,14 de rayon, j'ai ajouté 2 turions à mortaise AA, fig. 13, qui, engagés de chaque côté du membre, dans des trous de la planchette jambière, y sont fixés au moyen des clavettes coniques BB, qui les traversent. Si des mouvements obscurs pouvaient exister encore au sommet de l'arc, ils seraient certainement empêchés par deux chevilles placées immédiatement en avant.

La figure 14 offre la dernière modification que j'ai fait subir à l'instrument de M. Malgaigne. Afin d'empêcher cette *cheville à pointe métallique* de tourner dans le trou de la planchette, trois ardillons de 0,002 ont été disposés en triangle à la face inférieure de l'épaulement pour s'implanter dans le bois en dehors du turion. Cette légère innovation a reçu une sanction pratique favorable dans un cas de fracture compliquée de la jambe, où des plaies profondes, opposées au lieu d'implantation de la pointe, exigeaient des pansements minutieux sans nul obstacle aux manœuvres de la main. Il me semble que, réduite à cette simplicité, la cheville à pointe métallique devra toujours remplacer l'instrument de M. Malgaigne, qui ne cesse pas de conserver tout le mérite de l'invention première.

La cheville et l'arc à pointe métallique (fig. 14 et 13) fixés sur mon appareil à chevilles mobiles ou sur une de ses allonges seulement, sont susceptibles d'une heureuse application pour produire la compression partout où on voudra l'obtenir, sur les divers points d'un os, d'une tumeur, d'une artère, etc. Avec des dimensions, des courbures, des arrangements de trous, appropriés au volume, à la situation, à la direction des parties à comprimer telles qu'on les rencontre à la tête, au cou, au tronc, aux membres et à leurs divers segments, en émoussant, au besoin, la pointe de la vis, en la faisant porter d'aplomb sur des pelotes petites ou grandes, coniques ou carrées, rondes ou ovales, on aura un excellent moyen d'exercer une compression unique ou multiple, étendue ou restreinte, permanente ou alternante, directe ou indirecte, médiate ou immédiate, infatigable, bien précieuse pour maintenir les os, modérer le cours du sang, arrêter les hémorrhagies, oblitérer les vaisseaux, comprimer les tumeurs, les nerfs, etc., etc., sans constriction circulaire des parties et comme on le ferait avec les doigts.

Afin de ne pas multiplier, à l'infini, les tiges métalliques en les façonnant, pour ainsi dire, sur chaque partie du corps, j'ai cherché un modèle qui, par sa forme et ses dimensions, pût convenir à toutes les régions, et cette étude m'a conduit à déterminer les conditions de structure d'un *compresseur général*. Je devrais peut-être me contenter, aujourd'hui, de vous montrer ce nouvel instrument, mais comme les appareils polydactiles, pour les fractures du tronc et des membres, sont un élément essentiel de ce compresseur qui s'applique aussi aux os, et qu'en définitive des considérations identiques se rattachent à la compression des parties dures et des parties molles, os, artères, veines, nerfs, tumeurs, etc., etc., je vais consacrer quelques instants à l'examen de l'agent compressif que vous avez sous les yeux, en prenant pour type son application la plus importante, la compression des artères.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Novembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies informe l'Académie qu'elle a été comprise au nombre des corps savants qui recevront la notice minéralogique sur les provinces d'Alger et d'Oran, par M. VILLE, ingénieur des mines.

M. le ministre du commerce transmet :

Une note complémentaire de M. le docteur JOBERT, de Guyonville, sur la constitution régnante au mois de mai 1858, dans le canton de la Ferté-sur-Amance, et sur le traitement de l'angine couenneuse au moyen d'un appareil nouveau. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation de gangrène spontanée de la jambe droite, traitée avec succès par l'amputation, par M. le docteur BOURGUET, de Rhodez. (Comm. MM. Larrey, Nélaton et Robert.)

2° L'extrait d'un mémoire intitulé : *De l'ataxie locomotrice progressive*, par M. le docteur DUCHENNE, de Boulogne. Cette affection consiste, selon l'auteur, en une abolition progressive de la coordination des mouvements, avec paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, essayée par les appareils électriques.

3° Une lettre de M. BERTHÉ, pharmacien, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Examen critique des divers procédés de dosage de la morphine dans l'opium*.

4° La description et le dessin de différentes canules pour l'opération de la trachéotomie, de l'invention de M. le docteur GIRAULT, de Paris. (Com. nommée.)

5° Trois plis cachetés envoyés par MM. les docteurs COMBES, FAURE, et LANQUETIN. (Acceptés.)

M. LE PRÉSIDENT annonce que, pour ne pas interrompre la discussion sur la trachéotomie, il y aura samedi une séance supplémentaire, dans laquelle seront entendus les rapports sur le prix d'Argenteuil.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la trachéotomie. — La parole est à M. Trousseau.

M. TROUSSEAU : Messieurs, avant de reprendre cette discussion, je profite de la présence de M. Davenne, directeur de l'assistance publique, que je regrette de ne pas voir plus souvent parmi nous, pour m'expliquer à propos d'un mot dont j'ai su qu'il avait été blessé. J'ai parlé dans mon rapport, du peu de bienveillance que nous avait montré l'administration dans quelques circonstances. M. Davenne devait, moins que personne, prendre ces paroles pour lui. Tout le monde connaît l'urbanité parfaite et la grande aménité de manières qu'il apporte dans ses relations avec les chefs de services, avec les élèves eux-mêmes.

Ce que j'ai dit s'appliquait à des agents subalternes qui, lors des débuts des opérations de trachéotomie, n'avaient pas eu pour nous toutes les complaisances dont nous avions besoin ; je dois ajouter qu'à cette époque, M. Davenne n'était pas à la tête de l'administration. Que si, malgré ces explications, il restait quelques nuages dans l'esprit de M. Davenne, je désavoue et je rétracte tout ce qui, dans mes paroles, a pu le choquer.

Cela dit, Messieurs, je reviens à M. Malgaigne. Mon honorable collègue a semblé craindre qu'on ne le prît pour l'esclave insulteur des triomphes antiques.

Mais, d'abord, il n'y avait pas eu de triomphe ; un homme était venu simplement dire ce qu'il croit être la vérité. Notre rapport avait été fait avec M. Blache, plus qu'avec M. Nélaton, c'est vrai, mais il n'avait pas dépendu de moi de réunir la commission entière. Ensuite, M. Malgaigne ne peut être pris par personne pour un insulteur. M. Malgaigne est quelquefois acerbe et il ne fait pas bon recevoir le coup de fouet de son ironie ; mais on a tant de plaisir à l'entendre qu'on lui pardonne volontiers même le mal qu'il vous fait. M. Malgaigne est très éloquent quand il défend une bonne cause, ce qui lui arrive souvent ; il est trop éloquent quand il en défend une mauvaise, ce qui lui arrive rarement.

Il n'a donc pas été pour moi un insulteur : il a joué vis-à-vis de moi le rôle d'Alceste et il m'a accusé de *philintisme*, s'il veut me permettre cette singulière expression.

Je suis, il est vrai, enclin à l'indulgence ; mais ce n'était pas à lui à me le reprocher, puisqu'il se constituait l'avocat de M. Bouchut ; et, s'il trouvait que je ne l'avais pas été assez, en réalité, il ne devait pas me faire un reproche de l'avoir été trop.

M. Malgaigne m'a accusé d'avoir fait un rapport un peu hâtif. Messieurs, je me suis rappelé que j'étais un des derniers arrivés dans votre compagnie, et j'ai voulu consacrer à ceux qui m'ont fait l'honneur de m'y recevoir le peu d'activité qui me reste.

M. Malgaigne a dit que s'il se fût agi du tubage seulement, je ne me serais pas tant hâté. C'est possible ; j'aurais pu laisser mourir cette pauvreté de sa belle mort, et cela n'eût pas été bien long. Mais la trachéotomie était en jeu, et, comme l'a dit encore M. Malgaigne, j'ai dû prendre la parole. Voyons donc ce qu'est le tubage.

Vous vous souvenez, Messieurs, du passage que vous a lu M. Malgaigne, et dans lequel M. Bouchut disait qu'il fallait donner le temps aux faits cliniques de se produire, qu'il fallait attendre, etc. M. Malgaigne trouvait cela très sage ; et moi aussi. Si M. Bouchut se fût borné à cela, la justice du silence eût suffi. Mais M. Bouchut, après avoir parlé de la facilité du tubage, de la tolérance du larynx pour les tubes, et de l'innocuité de cette opération, concluait qu'il la fallait préférer à la trachéotomie qui tue 9 fois sur 10. L'auteur appuyait ces conclusions sur une statistique non prise dans sa pratique, puisqu'il ne perd que 3 malades sur 4, non pas même dans son hôpital, M. Barthez nous a édifiés à ce sujet, mais prise dans la rue, au hasard des conversations. M. Malgaigne a fait justice de cette statistique, je ne m'y arrêterai pas.

— « On ne vous demandait pas de rapport, » dit M. Malgaigne. Messieurs, cela serait, en vérité, trop commode. Comment ! on viendrait à cette tribune débiter les plus étranges choses, et l'on en serait quitte pour dire ensuite : Messieurs du bureau, pas de discussion là-dessus, s'il vous plaît ; je ne vous demande pas de réponse, et ne prétends pas engager votre responsabilité !

Cela se produit, à la vérité, dans des compagnies très illustres. On fait une communication, les journaux en répètent quelque chose, et c'est tout ce que l'on veut. Cela ressemble plus à un tréteau qu'à une tribune. Les choses ne se passent pas de la même façon ici. Quand une communication est faite, le bureau ordonne un rapport, et enjoint au rapporteur de faire justice.

« Si, dit M. Malgaigne, la trachéotomie n'eût pas été en jeu, vous, son parrain, n'eussiez pas mis tant de hâte à parler. » Eh bien ! je le dirai franchement, cela est vrai. Mais, en écartant tout ce qu'il y a de personnel dans cette question, savez-vous, Messieurs, qu'il est résulté de la communication de M. Bouchut quelque chose d'extrêmement sérieux pour la trachéotomie ; que ce bruit fait par M. Bouchut a retenti fort loin et déterminé des hésitations funestes chez les médecins étrangers, et même parmi nous ? Laissez-moi vous citer un fait qui date de quinze jours, et qui appartient à M. Barthez. Il m'a autorisé à citer son nom. Un enfant était atteint de croup ; M. Barthez, d'ordinaire si fermé et si résolu à la trachéotomie, renvoie l'opération à quelques heures plus tard, ébranlé par les chiffres et les assertions de M. Bouchut ; un quart d'heure après, l'enfant est pris d'un accès de suffocation et meurt. Notez que l'enfant avait trompé M. Barthez, en ne lui présentant pas le signe que M. Bouchut indique comme constant dans cette période, à savoir : l'anesthésie, M. Barthez se reproche amèrement son hésitation. Or, Messieurs, si un homme comme M. Barthez, qui a tant fait de trachéotomies, tremble devant cette opération, que pensez-vous que doivent faire les praticiens inexpérimentés, les jeunes médecins qu'on accuserait, dans certains pays, d'avoir égorgé les enfants, et qu'on obligerait, pour ce fait, à quitter la contrée où ils exerçaient ? L'hésitation a été générale dans ces derniers temps, et il est malheureusement certain que le tubage a causé la mort d'un grand nombre d'enfants.

C'était donc un devoir étroit pour moi de parler ; je devais défendre la trachéotomie attaquée. Si le bureau m'avait nommé rapporteur en cette occasion, il avait ses raisons pour cela ; comme il les avait en nommant, il y a deux mois, l'homme le plus compétent, M. Malgaigne, pour examiner s'il était possible d'enlever la parotide entière sans léser la carotide externe et la jugulaire. Choix qui nous a valu le lumineux et récent rapport de M. Malgaigne.

M. Malgaigne m'a reproché d'avoir fait de la trachéotomie une opération toute française ; M. Bouvier a déjà répondu à ce reproche, et il l'a fait en termes trop flatteurs. Je dirai pourquoi, et l'on verra que je n'y mets pas de fausse modestie.

Je sais que Van Swieten, dans ses *Commentaires* sur Boerhaave, livre dans lequel on trouve tout, donne la liste des affections dans lesquelles il faut faire l'opération du croup, je n'ai donc pas pu dire que la trachéotomie est une opération toute française.

J'ai dit que la *trachéotomie dans les cas de croup, était française*, et je le dis encore.

André, en 1784, a fait une trachéotomie pour un cas de croup, ainsi que l'a écrit Locatelli à Borsieri, qui l'a mis dans ses *Instituts* ; mais on ne sait pas au juste dans quelles conditions a été pratiquée l'opération. Il en est de même pour la trachéotomie faite par Caron : les détails manquent. En somme, il avait été fait 3 trachéotomies dans un siècle, pour des croups.

Dans la seule année 1858, il en aura été fait plus de 300. On a donc raison de dire qu'avant les indications formulées par Bretonneau, et qu'avant mon apostolat relatif aux idées de mon maître, la trachéotomie n'était pas française. Elle l'est maintenant.

Elle l'est comme la loi de coïncidence des lésions de l'endocarde avec le rhumatisme, si admirablement formulée par M. Bouillaud, est française ; comme la loi de coïncidence des lésions du rein avec l'hydropisie, formulée par Bright, est anglaise ; bien que, dans le siècle dernier, on eût déjà signalé, mais sans y attacher d'importance et sans les ériger en règles, les lésions de ces différents organes, avant ces deux éminents observateurs.

Bretonneau est le premier qui ait bien posé les indications de la trachéotomie ; assez bien pour qu'elle puisse être répétée par tout le monde et en tous pays.

Deux mots du tubage, pour n'en plus parler.

La commission a établi que le tubage est quelquefois difficile et qu'il pouvait être dangereux de laisser un tube dans le larynx au delà de vingt-quatre heures. Ces conclusions ont déplu à M. Malgaigne. Je veux cependant lui dire que l'on pouvait, *à priori*, comprendre le danger d'un corps étranger laissé dans le larynx. Le larynx est un organe mobile, contractile ; qu'arrive-t-il quand on y laisse un corps résistant ? C'est que le tissu fibreux pressé entre les cartilages qui résistent et le tube inflexible qui le distend, se trouve dans les mêmes conditions que la peau trop comprimée par les pièces d'un appareil. Il en résulte des phlegmons et des gangrènes.

Maintenant, que M. Malgaigne me permette de lui adresser une question, et qu'il veuille bien y répondre. Connaissait-il les expériences faites par M. Bouchut sur des chiens ?

M. MALGAIGNE : Non.

M. TROUSSEAU : Je vous laisse alors, Monsieur Malgaigne, et vous, Messieurs, le soin de qualifier la conduite de M. Bouchut. Il a fait des expériences ; j'en ai fait aussi ; ainsi que M. H. Bouley, et je vais vous montrer ce que nous avons obtenu.

(M. Trousseau fait passer à M. Malgaigne différents larynx de chiens dans lesquels le tube a été laissé trois ou quatre jours, et qui présentent soit des traces de phlegmasie violente, soit des nécroses des cartilages ou des ulcérations des cordes vocales, etc.)

L'orateur continue : Vous devez demeurer convaincus, à la vue de ces pièces, des désordres graves qu'entraîne le tubage ; et si M. Malgaigne eût appris ces faits de son client, j'en atteste Dieu ! il n'eût pas dit ce qu'il a dit ici.

Nos expériences ont été instituées dans les mêmes conditions que celles de M. Bouchut ; j'ai pris, comme lui les chiens à la fourrière ; je me suis fait aider dans ces expériences par l'expérimentateur habile qui avait aidé M. Bouchut, par M. Faure. M. Faure, d'abord interrogé par moi, ne voulut pas me dire les résultats obtenus par M. Bouchut. Je compris le sentiment de discrétion qui l'empêchait de me communiquer ces résultats. Cette réserve, d'ailleurs, me les faisait pressentir. Mais cette discrétion, louable chez M. Faure, ne se comprend plus chez M. Bouchut, et s'il n'eût pas caché à M. Malgaigne ce qu'il devait lui exposer, M. Malgaigne, encore une fois, n'aurait pas prononcé les paroles dangereuses que nous avons entendues.

M. MALGAIGNE : M. Trousseau a fait des expériences et il est convaincu, c'est très bien. Mais il était convaincu avant de les avoir faites, je m'en suis montré étonné.

M. TROUSSEAU : Je ne demande qu'une chose, Monsieur Malgaigne, c'est que vous soyez convaincu après.

Je reprends. La trachéotomie n'est qu'une opération dilatoire ; elle ne guérit pas par elle-même. Au-dessus de la canule de la trachéotomie, le larynx est oblitéré et quand il arrive que la canule tombe et ne soit pas replacée, le malade meurt de suffocation. Combien de temps après la trachéotomie peut-on enlever la canule ? Il n'y a rien de fixe ; cela varie de 6 jours à 44 jours, comme nous en avons vu un exemple, M. Blache et moi. Or, si le larynx est oblitéré par des fausses membranes adhérentes aux ventricules, le tube de M. Bouchut ne pouvant être laissé en place plus de quarante-huit heures, il est clair qu'il ne peut remédier aux accidents du croup pour lesquels on pratique la trachéotomie. Les pièces que j'ai mises sous vos yeux le disent assez.

Je ne reviens pas sur la seconde conclusion du rapport et j'arrive à ce qui concerne la trachéotomie.

M. Malgaigne a dit qu'elle était aussi dangereuse que les grandes opérations chirurgicales, et, répondant d'avance aux objections qu'il prévoyait, il a ajouté qu'il n'acceptait pas que l'on pût mourir guéri de la trachéotomie. Cela cependant arrive tous les jours pour d'autres opérations que la trachéotomie. Un malade affecté de tumeur blanche du genou et qui a subi l'amputation, peut mourir d'un hydro-pneumothorax méconnu, alors que la plaie de l'amputation est en bonne voie de cicatrisation.

M. Malgaigne a d'ailleurs eu raison de dire que je m'étais trompé en avançant que la trachéotomie était toujours inoffensive par elle-même. Toujours, c'est trop dire, mais il ne faut pas exagérer ses dangers. Bien souvent des aliénés se coupent la gorge ; ils guérissent presque tous. Un médecin allemand a fait un relevé de 96 opérations de trachéotomie, sur lesquelles 73 guérirent. Il faut ajouter que quelques-uns moururent par la faute du chirurgien, et, dans ce cas, on ne doit pas accuser l'art ; d'autres moururent de complications indépendantes de l'opération, de pneumonies, etc. On peut donc en défalquer une dizaine du compte de la trachéotomie. On voit que la proportion des morts est minime, et que la trachéotomie n'offre pas plus de danger que la plus bénigne des opérations sanglantes de la chirurgie. C'est tout ce que j'aurais dû dire.

Tout récemment, à l'Hôtel-Dieu, dans une de mes salles, M. Robert a opéré *in extremis* un malade affecté d'érysipèle qui avait envahi les voies aériennes, le malade est actuellement guéri ; il n'y avait pas d'anesthésie. Un autre malade, affecté de phthisie tuberculeuse et de nécrose du larynx avec œdème de la glotte, a été opéré aussi, il va bien ; il mourra de sa phthisie, non de la trachéotomie. La veille de ce jour, un élève vient me chercher pour un employé de l'hôpital qui suffoquait ; nous arrivons, l'homme expire ; nous le plaçons rapidement sur un lit et nous ouvrons la trachée de ce cadavre ; M. Faure, qui était présent, prend des charbons dans le poêle et cautérise les parties supérieures de la poitrine, on fait la respiration artificielle, et le cadavre revient à la vie. M. Robert vient ensuite, et constate un phlegmon diffus du cou qu'il ouvre et dont il sort des flots de pus avec des bourbillons énormes. Le malade *remourut* dans la nuit. L'opération avait été faite ici non *in extremis*, mais *post extrema*.

Voyons le croup maintenant. C'est une maladie curable. Si elle était facilement curable, il faudrait faire rarement la trachéotomie ; s'il est des cas où elle est incurable, il faut toujours, dans ces cas, faire la trachéotomie, car il ne peut rien arriver de pis que ce qui arrivera en laissant la maladie marcher seule.

M. Bouillaud, dans sa *Nosographie*, cite une série de 40 croups, sur lesquels 39 furent suivis de mort.

M. BOUILLAUD : Je saisis cette occasion de remercier M. Trousseau de ce qu'il a dit de moi tout à l'heure. Il a dû voir, dans ma *Nosographie*, que je rends pleine justice à M. Bretonneau et à lui, à propos de la trachéotomie.

M. TROUSSEAU : A la ferme Beauharnais, dont j'ai parlé dans mon rapport, sur 17 croups, 15 malades moururent. C'est donc une affection très sérieuse quand on n'intervient pas. Il importe de préciser les indications de la trachéotomie.

Il est un point à propos duquel je différerai avec mon honorable ami, M. Bouillaud, ainsi qu'avec M. Bouvier, c'est celui de la première période du croup. On a dit qu'avant les fausses membranes, le croup n'existait pas ; je ne suis pas de cet avis ; de même que l'anthrax, pour des yeux exercés, est annoncé par des pustules d'acné, de même le croup est annoncé par les signes de la phlegmasie diphthérique. MM. Bretonneau et Guersant père avaient déjà établi cette distinction. Il ne faut jamais opérer dans cette période, parce que la maladie peut encore guérir seule assez souvent.

La deuxième période pour Bretonneau et pour Guersant est caractérisée par les fausses membranes. L'oppression est alors constante, mais la toux est moins fréquente ; elle est voilée et ressemble à l'aboiement d'un petit chien dans le lointain : on peut rester deux ou trois heures près du malade sans l'entendre tousser. Déjà il y a des accès de suffocation, accès essentiellement intermittents ; l'enfant s'endort et il est éveillé par ces suffocations. A cette période, on en guérit encore un certain nombre, mais bien peu.

Je m'en rapporte aux souvenirs de mes collègues de l'hôpital et à ceux de mes confrères de la ville.

La troisième période est marquée par la suffocation constante et l'état asphyxique constant, avec des exacerbations, M. Barthez n'était pas partisan de la trachéotomie dans la deuxième période, il voulait que la troisième fût commencée ; dans la troisième période, selon des chiffres empruntés à M. Barthez, sur 67 enfants atteints de croup et non opérés, 67 meurent. Donc, ici, quand on n'opère pas, la certitude de la mort est absolue.

C'est cependant là dessus que m'attaque M. Malgaigne, et je vais lui répondre, car c'est grave. Sans doute, la certitude absolue n'existe pas en médecine ; nous avons tous vu, une ou deux fois peut-être, des enfants, à la troisième période, rejeter spontanément des fausses membranes, et guérir. Mais, nous avons vu aussi des guérisons analogues dans la troisième période de la phthisie ; il n'en est pas moins vrai que 999 malades sur 1,000 meurent dans ces conditions. D'ailleurs, même les adversaires de la trachéotomie reconnaissent qu'elle prolonge la vie de

un, deux, trois ou quatre jours; tout ce qui pourra être gagné pendant ce répit, le sera donc, grâce à la trachéotomie.

Voyons, Messieurs, à présent, quelles sont les conditions de succès pour l'opération? C'est ici que M. Bouvier m'a fait plus d'honneur que je n'en mérite. Avant moi, on perdait beaucoup plus d'enfants qu'après que j'eus insisté sur certaines particularités du traitement. Cela est vrai; mais je n'ai fait que rassembler tout ce qui avait été tenté par mes collègues et par moi; le fruit était mûr, je l'ai cueilli. M. Blache doit se rappeler que nous parlions souvent, pour les déplorer, des accidents consécutifs à nos trachéotomies, et chacun de nous s'efforçait de trouver les moyens de les prévenir.

En premier lieu, il faut que l'opération soit bien faite; et vos « internes? » dira M. Malgaigne. Je reconnais, Messieurs, qu'ils ne la font pas toujours très bien; mais cela arrive à tout le monde, et je pourrais citer de grands chirurgiens, Aug. Bérard, entre autres, qui la faisait, dans le principe, aussi mal que possible; un jour, pour la faire brillamment, c'est-à-dire rapidement, pour l'escamoter, comme on dit, il coupa du même coup la trachée et l'œsophage; une autre fois, il divisa les veines thyroïdiennes; à la fin de sa vie, il la faisait admirablement et prudemment.

En second lieu, il faut que le malade perde peu de sang, parce que la perte du sang détermine souvent des convulsions: pour cela, il suffit de faire l'opération lentement, de lier les vaisseaux quand on les ouvre, etc.; en un mot, d'opérer en médecin plutôt qu'en chirurgien, d'opérer maladroitement.

M. Bouvier a parlé de la diphthérie, on a suffisamment insisté à ce propos. Quand elle n'est pas généralisée, sur 24 opérations, on obtient 13 guérisons, c'est-à-dire plus de la moitié. — Quand elle est généralisée, on n'en obtient plus que 1 sur 6. C'est ce qui donne l'explication des résultats en apparence contradictoires des différentes statistiques.

Maintenant, une grosse question est celle du traitement préalable. Généralement, on fait vomir les enfants; on leur applique des sangsues au col, où la compression est impossible et où l'on ne peut arrêter les hémorrhagies; on leur fait pis: on leur pose des vésicatoires; en d'autres termes, on les soumet à la plus périlleuse, à la plus absurde des médications. Un vésicatoire contre un accident purement mécanique! Que, dans la première période, on ait recours à une médication générale, passe encore! mais dans la deuxième! Les enfants nous arrivent donc dans des conditions déplorables, les intestins fatigués par les vomitifs, exsangues, et couverts de fausses membranes partout où les vésicatoires ont été appliqués. L'absence de tout traitement est infiniment préférable, ainsi qu'il résulte de cette lettre que m'a écrite spontanément M. le docteur Lefèvre. Ce médecin envoie à l'hôpital ses petits malades, vierges de tout traitement. Sur 7 enfants, 5 ont été guéris; le sixième est mort de pneumonie deux mois après sa sortie de l'hôpital; le septième a été perdu de vue. On en sauverait donc infiniment plus s'ils n'avaient pas été traités en ville.

Les soins après l'opération sont plus importants encore. C'est ici qu'il faut examiner la fameuse statistique, si lamentable, publiée par M. Bouchut. M. Bouvier a déjà protesté. M. Malgaigne s'est étonné, à propos de cette statistique, que des recrues (il n'a pas osé dire conscrits) obtinssent plus de succès que de vieux grognards, que des vétérans. Ce n'est pas sans exemple, Lutzen et Botzen sont de l'histoire; et puis la fortune aime les jeunes gens.

(M. Trousseau lit les chiffres donnés par M. Bouchut, comme expression de la pratique des principaux chirurgiens de Paris, chiffres qui ont été reproduits dans les numéros précédents de l'UNION MÉDICALE.)

Voici, continue M. Trousseau, en regard de cette statistique qui a ébranlé tant d'esprits, les résultats obtenus par quelques médecins:

M. le docteur Bardinet, directeur de l'École secondaire de Limoges,

	sur	57	trachéot. obtient	17 guéris.
M. Saussier, de Troyes	sur	6	—	3
M. Bellart	sur	13	—	4
M. Moynier	sur	17	—	8
M. Archambault	sur	21	—	8
M. Lalois, de Belleville	sur	6	—	3
M. Petel, de Cateau-Cambresis	sur	9	—	5
M. Brard, de Montbard	sur	2	—	1

En somme, 131 opérations et 48 guérisons.

Si nous consultons la jeune génération chirurgicale (que M. Malgaigne a toujours soutenue dans les concours) nous voyons que:

M. Richet a fait 21 trachéotomies, dont 15 pour des cas de croup; les 6 premiers opérés sont morts (non traités par ce que M. Bouvier et moi nous appelions le traitement perfectionné); sur les 9 derniers (avec le traitement perfectionné) 5 ont guéri.

M. Follin.	sur	8	opérés (sans traitement)	8	morts.
Id.	sur	7	— (avec traitement)	2	guérisons.
M. Broca.	sur	12	— —	6	—
M. Richard.	sur	5	— —	2	—
M. Demarquay.	sur	6	— —	2	—

En résumé, sur 20 opérations avant l'indication du traitement, 20 morts; — sur 39 opérations après l'indication du traitement, 17 guérisons.

Ce qui prouve, une fois de plus, que la chirurgie ne doit être que la médecine armée.

En quoi consiste ce traitement?

Il faut une canule. Georges Martyn et André, se servaient de canules trop étroites; le premier de canules de trocart aplaties; le deuxième d'une sonde de gomme élastique flexible et dépressible; il faut une canule double. Cela avait été indiqué en 1730, par Martyn. Bretonneau l'indique aussi; mais il n'y tient pas. Seulement, il avait formulé la vraie règle; il avait dit qu'il fallait une canule large, de la capacité du larynx, d'une aire égale, sinon supérieure à l'aire du larynx; il faut qu'elle soit supérieure.

Cela n'est pas facile à obtenir; j'ai lutté plus de dix ans avec les fabricants pour qu'ils fissent prendre par les médecins des canules suffisamment larges. Encore aujourd'hui, on se sert des canules d'enfants pour des hommes de 40 ans.

Il faut entourer le col d'une cravate. Elle avait été indiquée aussi par Martyn, qui la voulait en mousseline. Cependant, je ne m'en servais pas encore en 1836. Il est important qu'elle ait une épaisseur considérable, afin que les opérés respirent un air chaud et humide. Sans cela, des pneumonies se déclarent et les sécrétions se dessèchent dans la trachée et les grosses bronches des opérés.

Il faut cautériser énergiquement la plaie du cou, qui, sans cela, se recouvre de fausses membranes et généralise la diphthérie. Le tissu cellulaire de la gorge se gangrène, il se fait des infiltrations, il apparaît des phlegmons, etc.; il faut cautériser avec le crayon d'azotate d'argent, trois ou quatre fois par jour, et pendant plusieurs jours.

Enfin, il faut alimenter les malades. L'alimentation a une telle valeur, que, si l'on n'emploie pas, au besoin, la violence, ils meurent. Je dis la violence, parce que l'empoisonnement diphthérique produit l'inappétence; parce que les cautérisations de la gorge rendent les mouvements douloureux; parce qu'il y a souvent paralysie du pharynx et que les aliments tombent dans le larynx. La sonde œsophagienne doit être employée.

Eh bien, Messieurs, je déclare que, avec ces moyens, la trachéotomie aura encore ses dangers sans doute, mais qu'elle donnera d'autant plus de succès qu'ils auront été plus complétement et plus soigneusement mis en usage.

Il me reste à ajouter que cette médication ne m'appartient que pour une faible part, et qu'elle est l'œuvre collective des médecins de l'hôpital des Enfants.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

MORT APPARENTE SIMULÉE PAR UN ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE; par M. FRANÇOIS. — Voici un cas bien rare et bien curieux qui apporte avec lui son enseignement dans la question des morts apparentes et des signes certains de la mort. Nous laissons parler M. le professeur François, de l'Académie de médecine de Belgique:

En 1822, dit-il, au plus fort de l'épidémie de fièvres intermittentes de toutes natures qui régnaient dans la ville de Mons, je fus appelé près d'une dame Lemoine, âgée de 40 ans, atteinte d'un premier accès de fièvre, mais peu prononcé et sans caractère particulier, qui se dissipa promptement. Deux jours après, on vint me chercher en toute hâte, en me disant que ma malade était mourante, peut-être morte. Elle avait été prise d'un nouvel accès, deux heures plus tôt que celui de l'avant-veille, avait eu quelques frissons, quelques bâillements, et avait perdu connaissance presque sur-le-champ.

A mon arrivée, Mme Lemoine était sans pouls, quelle que fût l'artère que j'explorasse; les yeux étaient fermés, les pupilles immobiles lorsqu'on écartait les paupières et qu'on approchait de la lumière; la figure, les lèvres, et toute la surface du corps étaient pâles; la peau était froide, sèche; la respiration était suspendue, du moins une glace approchée de la bouche ne fut pas ternie; la flamme d'une bougie ne fut pas agitée; l'oreille, appliquée sur la région du cœur, ne put me faire saisir le moindre mouvement, le moindre bruit. L'alcali volatil placé sous le nez ou employé en frictions, les sinapismes les plus énergiques, l'ail pilé, rien ne put faire soupçonner qu'il restait un souffle de vie dans ce corps glacé. Voulant pousser les épreuves jusqu'aux dernières limites, j'appliquai une de ces larges plaques de fer, vulgairement nommée pelle à feu, chauffée jusqu'au rouge cerise, sur la partie interne des deux jambes, mais avec aussi peu de succès...... J'interrogeais à tous moments les mouvements de la respiration et les bruits du cœur, afin de m'assurer s'ils ne s'éveillaient pas..... Mais non, toujours même silence.....

Enfin, au bout de quatre heures, M. François découvrit sur le front de la patiente quelques gouttelettes de rosée. On continua ces moyens excitants, et peu à peu la vie revint. Un nouvel accès eut lieu le surlendemain; mais ce fut le dernier, et cette dame vécut encore plus de trente ans. — (*Presse médicale belge.*)

SUR UN CAS D'OCCLUSION COMPLÈTE DU VAGIN PAR L'HYMEN; par M. BARDONNET. — Pierrette D..., âgée de 19 ans, entre dans le service de M. Bouchet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour des accès de fièvre vernale. Mais l'interrogatoire mit sur la voie d'indispositions plus grandes, qui, depuis quatre ans, fatiguaient la malade et détérioraient la constitution de cette forte paysanne. — Dès l'âge de 15 ans, elle commença à éprouver ces accidents chaque mois; c'étaient des vertiges, de la céphalalgie, des tiraillements douloureux dans les lombes, etc.. pendant plusieurs jours. L'hypogastre alors était dur, sensible, la miction fréquente, les urines rouges et bourbeuses; puis quelques gouttes de sang seulement apparaissaient. D'autres fois c'était une abondante hémorrhagie nasale. Depuis neuf mois, augmentation des symptômes et état chlorotique caractérisé par la pâleur et la décoloration de la peau et des muqueuses; spasmes fréquents. Suintement muqueux à la vulve qui inquiète la malade. L'examen des organes révèle une parfaite conformation des parties extérieures en même temps qu'une occlusion complète du vagin par l'hymen. Cette disposition anormale est vérifiée par MM. Bouchet, Teissier, Locquet, etc.; de plus, on constate l'existence de la matrice. M. Bouchet incise transversalement l'hymen et il s'écoule quelques gouttes de sang mélangé avec un peu de matière lactescente, pas de caillots; disposition normale du vagin et de l'utérus, dont le col seul offre un orifice plus grand que dans l'état ordinaire, quinze jours après menstruation régulière et abondante. — (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 septembre 1858.)

HUILE DE LAURIER COMPOSÉE CONTRE L'ÉLÉMENT DOULEUR DANS LE RHUMATISME ET LA GOUTTE; par M. SAVOYE, pharmacien. — M. Savoye s'est assuré de l'efficacité de cette huile pour calmer la douleur dans le rhumatisme et dans la goutte, et il cite quatre observations à l'appui. Voici quelle en est la composition: Feuilles sèches de laurier commun (laurus nobilis), de pouliot (tenerium montanum), de dictame de Crète (origanum dictamnus), de corthule (corthula mothiali), de frêne (fraxinus ornus), de sanicle des montagnes (sanicula montana), de chaque, 100 grammes. Huile d'olives sauvages, 5 kilog.

Pilez ces substances, mettez-les dans l'huile, et, après un mois de macération, faites bouillir le tout sur un feu très doux, jusqu'à réduction d'un sixième; passez à travers un linge; soumettez le marc à l'action d'une forte presse; filtrez au papier, ou clarifiez par le repos.

En frictions sur les parties malades. — (*Gazette médicale de Lyon*, 16 septembre 1858.)

OTHORRÉE CHRONIQUE; IODE. — M. le docteur Pasquale VALERIO a communiqué à l'Académie médico-chirurgicale de Naples un cas très curieux de guérison d'un malade rendu entièrement sourd de l'oreille droite par une otorrhée abondante existant depuis trente années, avec destruction de la membrane du tympan. Le sujet, fort et robuste, était cependant lymphatique, scrofuleux et rhumatisant. Le microscope permit de constater que le liquide purulent n'était pas de véritable pus, mais une sécrétion glandulaire exagérée. Le boursouflement de la muqueuse et l'hypersécrétion cessèrent rapidement, par l'instillation, chaque jour, dans le fond de l'oreille, de quatre à cinq gouttes de teinture d'iode (iode, 1 partie; alcool, 4), suivie, à cinq minutes d'intervalle, d'une égale quantité de teinture d'aconitine (aconitine, 1, et alcool, 2).

A l'intérieur, trois ou quatre gouttes de teinture d'iode étaient données sur du sucre, trois fois par jour. Guérison complète après un mois de traitement. — (*Journal de médecine* et *France médicale*, 13 mars 1858.)

EMPOISONNEMENT PAR L'USAGE EXTERNE DU TABAC. — Un jeune homme, d'ailleurs sain et robuste, était affecté d'un herpès tonsurant qui occupait les deux bras et qui avait résisté à toutes les médications. Un charlatan conseilla des applications d'huile empyreumatique du tabac, et le malade s'empressa de suivre ce conseil, recueillit une certaine quantité de liquide prescrit dans les récipients dont quelques pipes sont pourvues, et s'en frictionna les parties affectées. Mais au bout de deux heures, des symptômes alarmants parurent: frissons, sueur froide, défaillances, puis diarrhée, vomissements, délire et lypothymies. Le médecin ne voyant pas de cause appréciable à ces phénomènes morbides, autre que les applications d'huile empyreumatique du tabac, n'hésita point à voir un empoisonnement par la nicotine. On se hâta de nettoyer les parties, de faire des frictions excitantes, etc., et le malade revint bientôt à la santé. — (*Gaz. med. Italiana* et *Gaz. des hôpit.*, 23 septembre 1858.)

TAMPONNEMENT DU VAGIN PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. MONTANIER. — M. Montanier, après avoir fait ressortir tous les inconvénients du tampon habituel, ceux qui sont inhérents au pessaire Gariel et qui résultent de ce qu'il glisse facilement, de ce qu'il ne peut servir à porter des médicaments sur le col utérin, propose d'adapter à ce dernier une modification bien simple qui permet de s'en servir en guise de tampon, avec les plus grands avantages. Cette modification consiste à recouvrir la boule à air d'une sorte de chemise ou de bonnet en toile, pouvant se serrer au moyen d'une coulisse, et sur laquelle on coud une lame d'éponge fine de 4 à 6 centimètres d'épaisseur. Le pessaire, ainsi garni, obture complétement le vagin et le col de l'utérus, sans qu'il soit besoin de le gonfler démesurément; jamais il n'est à craindre qu'il s'échappe du vagin; enfin on peut, à volonté, l'imbiber de solutions ou de poudres médicamenteuses appropriées. — (*Gazette des hôpitaux*, 23 septembre 1858.)

COURRIER.

Le procès intenté par douze médecins, se disant homœopathes, au gérant, au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, et à M. le docteur Gallard, est revenu à l'audience de ce jour.

A l'ouverture de l'audience, les homœopathes ont fait présenter de nouvelles conclusions par lesquelles ils ont demandé leur désistement à l'égard du rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, et l'insertion du jugement à intervenir dans le journal.

Ont été entendus dans cette audience, Mes Victor Lefranc et Bethmont pour le journal, et dans leurs répliques Me Ollivier pour les homœopathes, et Me Andral pour M. Gallard.

L'audience a été renvoyée à vendredi prochain, pour entendre dans ses conclusions M. le substitut du procureur impérial.

— Le concours pour la nomination du deuxième chef interne des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la nomination de M. Combalat. L'un de ses concurrents, M. Lebas, a obtenu la médaille d'or. Une médaille d'argent a été décernée à MM. Hornbostel, Nicolas et Laugier.

— Le nombre des élèves inscrits à la Faculté de médecine de Strasbourg est, cette année, de 291. Ils sont répartis de la manière suivante:

1re *année*: doctorat, 31; officiers de santé, 2.
2e *année*: doctorat, 37; officiers de santé, 3.
3e *année*: doctorat, 40; officiers de santé, 3.
4e *année*: élèves civils, 10; élèves militaires, 20.
5e *année*: candidats civils, 46; candidats militaires, 65.
Auditeurs bénévoles, 34.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*:

L'extirpation de l'ovaire chez une femme atteinte d'un kyste ovarique énorme a été faite le 23 novembre à la clinique de M. le professeur Schützenberger. C'est, si nous ne nous trompons, la première opération de ce genre en France, dans les temps modernes.

— On demande un médecin pour une localité avantageuse. — S'adresser à M. le docteur Boutin de midi à une heure, rue Neuve-St-Augustin, no 42.

— Nous lisons dans les *Annales d'oculistique*:

« Quelques médecins allemands cultivant l'ophthalmologie ont résolu, depuis l'année dernière, de se réunir annuellement pendant quelques jours pour se communiquer les résultats de leurs découvertes et de leurs études pendant l'année écoulée.

» La seconde réunion a eu lieu cette année à Heidelberg et a duré trois jours. Sur une proposition de M. von Graefe, de Berlin, on résolut d'inviter M. Helmholtz, actuellement professeur de physiologie à Heidelberg, et qui n'était point des leurs, à assister aux séances, *honoris et scientiarium causa*, et de lui offrir ensuite un témoignage d'estime et de reconnaissance pour son admirable découverte de l'ophthalmoscope. Le secret convenu sur le second point fut bien gardé; M. Helmholtz, ne se doutant de rien, assista régulièrement aux séances, y porta le tribut de ses connaissances, et fut, comme on le pense, agréablement surpris lorsqu'au banquet final, le 5 de ce mois, il reçut, après une allocution que lui adressa M. von Graefe au nom de tous ses collègues, un superbe vase d'argent portant une inscription commémorative et les noms des donateurs. »

— Le 20 novembre dernier a eu lieu le banquet annuel de l'Université de Bruxelles. Presque tout le corps professoral et une grande partie du conseil d'administration s'y trouvaient réunis. Divers toasts ont été portés, un entre autres à la prospérité de l'Université, qui, fondée depuis vingt-quatre ans, sous les auspices de la liberté, n'a cessé de contribuer puissamment à la diffusion des sciences en Belgique, et a su surmonter avec succès les difficultés sans nombre dont on avait cru embarrasser sa marche dans la voie du progrès.

Le même jour, s'est également réunie dans un banquet l'*Union des anciens étudiants de l'Université de Bruxelles*. Quatre-vingts de ses membres étaient accourus des divers points de la Belgique pour assister à cette fête et venir fraterniser avec d'anciens condisciples.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 144. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 4 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie, lundi dernier, a procédé, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre dans la section de minéralogie. La commission portait :

En première ligne, M. Durocher.

En seconde ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique,

MM. Coquand, de Besançon;
Lemery;
Marcel de Serres, de Montpellier;
Pissis, de San-Yago (Chili);
Rollin, de Bordeaux.

Sur 52 votants,

M. Durocher a obtenu . . . 48 suffrages.
M. Lemery. 2
M. Marcel de Serres 2
M. Pissis. 1

Total, 53 suffrages; le nombre des votants n'étant que de 52. Cela vient d'une erreur de lecture de M. le vice-président de Sénarmont, qui dépouillait le scrutin et qui aura répété deux fois le même nom. Nous le croyons, et nous repoussons comme injurieuse l'interprétation d'un de nos voisins, trop spirituel, qui soutenait que l'un des électeurs, dans son enthousiasme pour un nom si bien approprié à la section de minéralogie, avait voté des deux mains en faveur de M. Durocher.

Somme toute, cela n'a pas fait difficulté, et M. Durocher a été proclamé membre de l'Académie.

Au commencement de la séance, M. Despretz, président, et M. Élie de Beaumont, chargé, ce jour, de lire la correspondance, étant absents, la parole est donnée à M. Biot.

L'honorable savant qui avait été désigné pour faire partie de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. de Paravey sur le Zodiaque chaldéen, se récuse. Il a été accusé par M. de Paravey d'avoir retenu comme siennes quelques-unes des considérations nouvelles énoncées dans les travaux antérieurs de M. de Paravey. M. Biot s'est borné, pour toute protestation, à rendre publique une aussi inconcevable accusation.

M. Faye, ensuite, donne lecture d'un long travail sur l'hypothèse de l'existence d'un milieu résistant dans les espaces célestes. Pour ceux de nos lecteurs qui seraient curieux de savoir ce que pèsent les comètes, nous dirons seulement qu'il résulte des calculs de M. Faye que le noyau de la dernière comète de Donati peut être évalué, en poids, à 25 millions de milliards de kilogrammes, et qu'il pourrait être représenté par une masse d'eau qui mesurerait 100 kilomètres de profondeur et 16 mille lieues carrées de superficie. C'est assez joli pour un astre que M. Babinet se plaît à faire si léger.

A propos de ce terrible poison indien qu'on appelle le *curare*, les physiologistes, on le sait, ne sont pas du même avis que les voyageurs; tandis que les premiers estiment que le curare est composé des venins de plusieurs serpents, du crotale entr'autres; les seconds affirment qu'il n'entre dans sa composition que des sucs de plantes vénéneuses.

Un voyageur a rapporté à M. Boussingault un carquois rempli de flèches empoisonnées dont lui ont fait cadeau les Indiens qui habitent les bords de l'Orénoque. Ce sont de petites flèches de chasse en roseau, longues de 0,20 à 0,25 centimètres seulement et que le voyageur a vu tremper devant lui dans un poison exclusivement végétal, qu'il dit être du curare.

M. Boussingault tire une de ces flèches du carquois en disant à ses voisins un « prenez garde! » qui modère immédiatement leur curiosité, puis il explique comment les Indiens se servent de ces dangereux engins de chasse. Ils introduisent, dans une sarbacane, une de ces flèches, ils mettent par-dessus une petite boulette de coton sur laquelle s'appliquera leur bouche, et ils s'approchent ordinairement de très près des oiseaux qu'ils chassent; ils les manquent rarement. M. Boussingault, qui a été souvent témoin de leur adresse, a vu, souvent aussi, les oiseaux atteints ne pas *broncher* d'abord sous la blessure. Ce n'était qu'au bout de quelques minutes, que l'oiseau perdait l'équilibre et tombait. Cela s'explique quand on réfléchit que le poison dont sont imprégnées ces flèches, est desséché, et qu'il lui faut un temps plus ou moins long pour être dissous par les liquides avec lesquels il est mis en contact. Ainsi s'explique encore ce fait affirmé à M. Boussingault par deux officiers, qui, ayant été blessés par des flèches de guerre empoisonnées, et les ayant retirées sur-le-champ, n'ont pas ressenti les effets du poison.

M. Boussingault désire que le carquois soit remis entre les mains de M. Cl. Bernard qui s'assurera par des expériences si c'est bien avec le *curare* que sont empoisonnées ces flèches de chasse.

— M. de Quatrefages, au nom de M. Champoiseau, consul de France à Philippopolis, dépose sur le bureau une note relative au progrès de la maladie des vers à soie.

— M. Chevreul, au nom de M. Niepce de Saint-Victor, communique la suite des recherches de cet expérimentateur éminent sur les propriétés de la lumière. Si, après avoir laissé de la porcelaine exposée aux rayons du soleil, on étend dessus de l'azotate d'argent, et qu'ensuite on verse sur le tout du chlorure de sodium, dans l'obscurité la plus complète, le sel d'argent se colorera comme il le fait au contact de la lumière. Du chlorure de sodium, exposé pendant quelques temps à l'influence solaire, conserve aussi la propriété de colorer de l'azotate d'argent au sein de l'obscurité. M. Niepce de Saint-Victor se sert de ces expériences pour expliquer quelques faits très singuliers appelés *coups de soleil*, dans l'industrie du blanchiment. Il fait voir que des étoffes trempées dans certaines matières peuvent être absolument détruites lorsqu'on les expose à la lumière. M. Chevreul termine sa présentation en disant qu'il avait, ainsi que d'autres physiciens, étudié les lois générales de la lumière, mais que les recherches de M. Niepce de Saint-Victor, poursuivant ces lois dans la constitution moléculaire des corps, offrent un intérêt immense et tout nouveau.

— M. Dumas fait hommage à l'Académie des deux premiers numéros du *Répertoire de chimie*, par MM. Wurtz et Barreswill.

Il annonce, en outre, que M. Roussin est parvenu à produire une substance analogue au caoutchouc au moyen de la combinaison d'un chlorure de soufre avec de l'huile. Le fait avait déjà été signalé dans le laboratoire de M. Balard par un des élèves de ce professeur.

Dr Maximin LEGRAND.

TOXICOLOGIE.

NOUVELLE OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR L'EAU SÉDATIVE.

Très honoré confrère,

M. le docteur Rullié vient de lire à l'Académie de médecine, et vous avez reproduit, dans l'un de vos derniers numéros de l'UNION, une note sur un cas fort intéressant d'empoisonnement par l'eau sédative. Les faits appellent les faits, et il est bien rare que, quand la presse médicale en signale un nouveau, il n'en surgisse aussitôt d'analogues qui le confirment ou le complètent. Cette incitation à faire sortir des faits intéressants du domaine improductif de l'observation personnelle, pour les faire entrer dans celui plus fécond de la publicité et de la controverse, ne manque presque

---

Feuilleton.

ESSAIS SCIENTIFIQUES;

Par Victor MEUNIER, rédacteur en chef de l'*Ami des sciences*. Tome deuxième, — RECONSTITUTION SCIENTIFIQUE DE LA SOCIÉTÉ, — Paris, 1858, au bureau de l'*Ami des sciences*, rue Cassette, 9. In-12.

M. Victor Meunier est l'apôtre de la science, disions-nous, l'année dernière, en rendant compte du premier volume des *Essais scientifiques*; il en est aussi le tribun — que nos lecteurs ne s'effraient pas du mot — et dans le volume que nous avons aujourd'hui sous les yeux il n'est question que de révolutions, révolutions par la science, et non autrement, bien entendu : il est impossible d'être, à cet égard, plus explicite que ne l'est l'auteur. A plusieurs reprises, pour éviter toute ambiguïté et ne laisser prétexte à aucune malveillante interprétation, il fixe la valeur du mot dont il se sert.

Révolution, pour lui, c'est ce que les physiologistes nomment l'évolution organique. Les pages dans lesquelles il établit cette analogie ne sont pas les moins curieuses de son livre; ce sont, d'ailleurs, celles qui nous touchent le plus directement, nous médecins. Nous allons lui laisser la parole. Suivant nous, le parallèle entre la loi de production des faits sociaux et la loi de développement des organismes, n'est pas seulement ingénieux; on peut y trouver encore l'occasion des plus vastes et des plus profondes méditations.

Voici comment s'exprime M. V. Meunier :

« Bien des gens en tout pays, et surtout les hommes d'État en activité de service, croient sincèrement que le développement régulier du corps social s'opère uniquement par l'achèvement des perfections dont les institutions existantes sont douées à un moment donné; ils ne se laisseraient pas choir dans cette erreur s'ils avaient préludé par l'étude de la mécanique et de l'embryogénie à l'art de gouverner les peuples.

» Cela peut paraître paradoxal, je m'explique donc et dis que l'étude générale du mouvement démontre que le développement de tout corps organisé s'opère non point d'une seule, mais d'une double façon. D'abord par le perfectionnement des organes existants, puis à de certaines et solennelles époques par la création d'organes nouveaux qui, se substituant aux anciens moyens, transforment rapidement l'organisme tout entier; c'est-à-dire que tout développement s'opère à la fois par gradations lentes et continues, et par ces mouvements subits auxquels on donne le nom de révolutions. C'est ce dont chacun peut s'assurer auprès des physiologistes et des technologues.

» Les physiologistes savent qu'aux divers moments du développement d'un être, les mêmes fonctions sont attribuées à des organes différents. Il arrive un moment où ceux qui existent, ne pouvant pas suffire à des besoins nouveaux, cèdent, la place à de nouveaux organes. La chose est de toute évidence chez les animaux à métamorphoses. Il n'est douteux pour personne que la larve, la chrysalide et le papillon ne soient un seul et même être pris à des époques successives de son développement, il est également certain qu'à chacune de ces époques cet être est composé de parties différentes. Il en est de même chez les batraciens (grenouilles, etc.), où, pendant le premier âge, les fonctions de la respiration et de la locomotion sont remplies par des branchies et par une queue qui, plus tard, tombent et sont remplacées par des poumons et des pattes. Pareilles révolutions s'opèrent chez tous les vivants, et chez l'homme lui-même, dont la circulation, par exemple, pendant l'âge fœtal est si différente de ce qu'elle est après la naissance! M. Isidore Geoffroy St-Hilaire a pris possession de tout cet ordre de phénomènes, non pas en le découvrant, ni en l'enrichissant de faits nouveaux, mais en lui donnant un nom, nom excellent, d'ailleurs, celui de *Loi de rénovation des organismes*. Eh bien, cette loi qui domine les inventions de la nature régit aussi les inventions humaines; elle règne sur les organismes industriels comme sur les organismes physiologiques, tout à l'heure j'en citerai plus d'un exemple.

» Je dis donc que si les hommes d'État, au lieu de se cloîtrer, en général, dans l'étude superficielle et mal digérée du fait humain à un moment donné, complétaient leurs élucubrations politiques par l'observation des faits physiologiques et industriels, ceux qui, à de certaines époques, viendraient leur dire que les lois ou institutions existantes ont cessé d'être en rapport avec les besoins de l'être social, ne leur sembleraient pas nécessairement dépourvus de raison. On ne peut nier que la constatation d'une même loi de mouvement dans l'ordre social, le monde physiologique et le domaine de l'industrie, ne soit de nature à donner le caractère de faits nécessaires à des événements humains qui, étudiés isolément, n'ont plus que les proportions de faits accidentels.

» Montrons par des exemples que le progrès social s'opère, en effet, à coups de révolutions, et que le progrès général sera la somme d'une multitude de révolutions partielles.

» Premier exemple. Lorsqu'on imagina d'éclairer nos rues au moyen de lanternes garnies de chandelles, cette invention parut si admirable que le gouvernement fit frapper une médaille en son honneur. Cependant cette belle chose n'était pas destinée à fournir une longue carrière. Déjà en 1621, quatre mille cinq cent trente-trois réverbères répandaient une lueur discrète dans les rues et sur les places de Paris, et ce notable perfectionnement ne datait cependant que de cinquante-sept ans. Ainsi, le nombre des réverbères s'était, en moyenne, accru de soixante-dix-huit par an! C'était fort beau pour cette regrettable époque. Et que pouvait désirer après cela l'ami d'un sage progrès? Il pouvait désirer que les réverbères se multipliassent un peu plus vite et que s'accrût leur pouvoir éclairant. A ces conditions, il se fût tenu pour satisfait. Est-ce ainsi qu'on a procédé? Hélas non! il est des esprits inquiets, avides de changements profonds, immédiats, qui, au lieu de suivre les routes battues et par là même faciles, en rêvent de nouvelles; ces perturbateurs prévalurent sur les hommes d'ordre. En conséquence, on éteignit les réverbères et on alluma les becs de gaz : Révolution!

» Deuxième exemple. Nous avions, comme moyen de transport, les diligences; un beau moyen qui transportait d'admiration nos pères et nous-mêmes dans notre jeunesse. Quand, en 1835, nous montions dans la diligence de Paris à Strasbourg, et que nous pouvions nous dire : si un essieu ne se brise, si la route n'est point inondée ou défoncée, si la voiture ne s'embourbe, si les voleurs ne nous détroussent, si nous ne versons pas, si, lorsque nous arriverons à un relai, les chevaux dont nous aurons besoin ne sont pas employés à labourer une pièce de terre ou à rentrer une récolte; dans soixante-six heures nous aurons fait cent vingt lieues! Comme nous les trouvions bien nommées ces diligences! ces

jamais son but, et ce commerce des intelligences, cette mise en commun d'un travail qui resterait stérile dans l'isolement, seraient le seul bienfait du journalisme médical qu'il faudrait encore admirer, cette puissance qui a la vérité pour but, l'opinion pour levier, dont les moyens d'investigation sont partout et qui sert de lien aux intelligences comme aux faits. Les travaux qui se sont accumulés récemment à l'occasion de la note de M. Deval sur le traitement de l'amblyopie nocturne, donnent une idée de la force d'agrégation qu'ont les observations analogues, lorsque l'on trouve l'attention médicale est mise en éveil. En ce qui concerne l'empoisonnement par l'eau sédative, j'ai un fait à ajouter à celui de M. Rullié, et je ne doute pas que plus d'un praticien n'en trouve d'analogues dans ses souvenirs, tant sont multipliées les applications extra-médicales de cette panacée, tant il est abusivement facile ou de la préparer soi-même, ou de se la procurer sans prescription du médecin.

Le cas dont il s'agit est relatif à une femme de 36 ans, Mme L..., qui, au mois de juin de cette année, voulant se débarrasser d'un embarras gastrique opiniâtre, envoya chercher chez un herboriste une bouteille d'eau de Seidlitz. Que l'erreur vînt du marchand ou du messager (car tous les deux se la sont réciproquement attribuée lors de l'information judiciaire), il n'en est pas moins vrai qu'une bouteille d'eau sédative fut remise à la malade. Elle était préparée, comme dans l'observation de M. Rullié, suivant la formule n° 3. Mme L... en remplit un grand verre, et, quoiqu'elle fût à moitié suffoquée par l'odeur ammoniacale qui se dégageait de ce breuvage, convaincue que l'eau de Sedlitz, dont elle ne connaissait la saveur que par ouï dire, était une boisson détestable, elle s'arma de courage et vida le verre entier! Le liquide ingéré pouvait contenir environ 8 ou 10 grammes d'ammoniaque et 1 gramme à peine de camphre, lequel y avait été introduit sous forme d'alcool camphré.

Pas n'est besoin de dire que la malade ressentit au moment même une atroce sensation de brûlure dans la bouche et l'arrière-gorge, et qu'elle fut prise d'une telle suffocation, qu'elle se crut à sa dernière heure et appela du secours. Il était à peu près sept heures du matin. Une aphonie subite se déclara, la déglution devint impossible, et il survint presque aussitôt des vomissements très douloureux qui se renouvelèrent de quart d'heure en quart d'heure et persistèrent toute la journée. Les matières vomies n'avaient pas de saveur particulière, et qui rappelât ni l'ammoniaque ni le camphre. Vers deux ou trois heures de l'après-midi, une hématémèse se déclara, et la malade rendit environ un verre ordinaire de sang pur. Peu après l'apparition des vomissements, la diarrhée s'était établie, et elle persista une partie de la journée, mais les coliques très vives qui l'accompagnaient furent plus tenaces, et elles persistèrent pendant au moins vingt-quatre heures.

Avec ces accidents du côté des voies digestives coïncidaient des phénomènes généraux de prostration profonde; le pouls était petit, filiforme; la peau froide et couverte d'une sueur glacée; la face pâle; les forces abattues; l'intelligence avait conservé toute son intégrité. Notre honorable confrère, M. le docteur Loysel, appelé en toute hâte auprès de la malade, institua un traitement qui avait pour double but de combattre les accidents locaux de cautérisation, et ceux non moins menaçants d'hyposthénie générale. Ses soins eurent le résultat qu'il était permis d'en attendre, et, au bout de quelques jours, la malade était hors de danger. Son rétablissement fut, toutefois, des plus longs et des plus laborieux; les digestions restèrent languissantes, et aujourd'hui encore elle est en proie à une gastralgie très douloureuse et dont elle n'avait jamais subi les atteintes avant son empoisonnement. Elle a beaucoup maigri, et attribue à cet accident l'altération de sa santé. Elle nourrissait au moment où il survint; le lait se supprima brusquement et d'une manière définitive. Était-ce sous l'influence directe de l'empoisonnement, ou plutôt de la perturbation violente qu'il avait provoquée dans l'économie? J'inclinerais vers cette dernière interprétation.

M. Rullié se demande, avec raison, auquel des deux éléments actifs de l'eau sédative doivent être rapportés les phénomène observés. Je crois que dans le fait qu'il a cité, comme dans le mien, le camphre doit être mis hors de cause. Il n'intervenait pas, en effet, à doses véritablement toxiques. Une observation intéressante d'intoxication par le camphre, recueillie et publiée ces jours-ci par M. le docteur Lecoq, chirurgien de 1re classe de la marine, montre que, pour être toxique, cette substance exige des quantités bien autrement considérables. L'ammoniaque doit donc être seule incriminée. Les partisans du controstimulisme italien iraient plus loin et considéreraient l'action hyposthénisante cardiaco-vasculaire du camphre comme neutralisant en partie dans l'eau sédative les accidents hyposthéniques de l'ammoniaque. Je ne partage certainement pas ces idées hypothétiques d'antidotisme, mais je crois cependant que l'eau sédative ne doit être considérée toxicologiquement que comme une solution ammoniacale. Je me permettrai, à ce propos, d'ajouter à l'inventaire des faits d'empoisonnements par l'ammoniaque, savamment colligés par notre distingué confrère, celui que j'ai publié dans l'UNION MÉDICALE (année 1857, p. 49), et celui de M. Pellerin, inséré dans la même publication (1857, p. 90). Tous les deux me semblent, en effet, jeter quelque jour sur la physionomie encore peu connue d'empoisonnements par une substance dont l'odeur caractéristique ne permet guère de méprises fâcheuses, et qui n'est que très exceptionnellement employé comme moyen de suicide.

Agréez, etc.

Dr FONSSAGRIVES,
Médecin en chef de la marine à Cherbourg.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 novembre 1858. — Présidence de M. BARTH.

Sommaire. — Suite de la discussion sur la *trachéotomie*: MM. E. Bartbez, Boucbut, Blache, Sée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la trachéotomie.

M. E. BARTHEZ : Il y a quelques semaines, j'avais l'honneur de vous adresser une lettre dans laquelle je vous disais que je croyais la cause de la trachéotomie dans le croup si bien gagnée qu'il n'y avait plus lieu de prendre sa défense, et que l'on pouvait, sans compromettre les intérêts d'une opération dorénavant acceptée par tous, à Paris, la pratiquer dans les cas même les plus désespérés, pour peu que l'on soupçonnât que l'asphyxie fût une des causes de la terminaison funeste. J'étais loin de penser alors que l'un de mes collègues à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bouchut, allait accuser la trachéotomie d'augmenter la mortalité du croup dans une effrayante proportion, proportion qui n'est pas évaluée à moins du double et du quintuple de ce qu'elle était autrefois.

Devant une accusation aussi grave, portée d'une manière absolue et appuyée sur des preuves qui, dès le premier abord, me semblaient au moins insuffisantes, je me demandai s'il y avait lieu d'établir un débat contradictoire. Certes, si cette accusation fût partie de bas étage, j'aurais pu penser que le silence était la meilleure réponse à de semblables allégations. Mais il n'en est pas ainsi. La position honorable que M. Bouchut a conquise par son talent et son travail, exigeait qu'une discussion fût instituée. La nécessité de cette discussion me parut d'autant plus imposée aux médecins que la question avait été portée par notre collègue devant une compagnie savante qui compte dans son sein plus de personnes de la société que de médecins praticiens. La conséquence de cette manière de faire devait être d'introduire immédiatement dans le monde et en dehors du cercle médical, une défiance que je regarde comme fâcheuse contre la trachéotomie.

Je n'hésitai pas à dire, en particulier à mon collègue, combien peu je partageais ses idées, et j'aurais certainement porté le débat devant notre Société, si je n'avais été prévenu par deux de nos collègues de l'hôpital des Enfants. Aujourd'hui que le débat est ouvert, que vous avez entendu l'argumentation puissante de MM. Sée et Roger, la lettre envoyée de Genève par le docteur Marc d'Espine, aujourd'hui que M. Trousseau a pris lui-même en main la défense de son œuvre favorite, vous devez être éclairés sur la valeur des arguments fournis en faveur de la trachéotomie. Il peut donc être inutile que je vienne en apporter quelques autres ou répéter ceux que vous connaissez déjà.

Je le ferai cependant, parce que je regarde comme un devoir de dire mon opinion dans un sujet que j'ai été à même d'étudier, et aussi parce qu'il m'a semblé que cette opinion pouvait avoir un certain poids, venant d'un homme qui n'a jamais rien fait ni pour ni contre la trachéotomie, et qui n'a rien à réclamer de personnel en cette circonstance.

Je dirai peu de chose sur la statistique elle-même; déjà M. d'Espine vous a fait voir combien peu devaient être exacts des matériaux statistiques qui disaient que la mortalité par le croup est plus fréquente de la naissance à 1 an que de 1 à 2 ans, que de 4 à 6. Il suffit, en effet, de savoir comment ces matériaux sont recueillis à Paris pour supposer avec raison qu'il est commis des erreurs nombreuses soit en plus, soit en moins.

Le médecin vérificateur qui n'a pas soigné le malade pendant sa vie, qui ne fait pas l'ouverture du corps après la mort, est *seul* (1) chargé de porter le diagnostic; les renseignements qu'il peut obtenir de la famille pendant une seule et très rapide visite doivent lui suffire. Il est vrai que depuis quelques années il a été recommandé aux médecins vérificateurs de se faire représenter les ordonnances du médecin traitant. Mais lors même que l'on aurait toujours fait usage de cette ressource, il me semble difficile de concéder à M. Bouchut que l'on peut admettre quelques erreurs en moins, mais que « là où le décès est rapporté au croup, il n'y a pas lieu de croire qu'une erreur ait été commise. » Je reconnaîtrai d'ailleurs très volontiers que maintenant les erreurs doivent être moins nombreuses qu'autrefois. Car avant la création du service d'inspection de la vérification des décès, en 1839, plusieurs des médecins vérificateurs faisaient leur service avec autant de négligence, que tous aujourd'hui y apportent de conscience et de zèle (1). Mais il n'en reste pas moins acquis pour moi, qui vois la chose de près, en ma qualité d'inspecteur, que les erreurs dans le diagnostic du croup ne doivent pas être rares, soit en plus, soit en moins, sur les bulletins de décès.

Quant à la statistique des hôpitaux, elle n'est pas plus exacte que celle de la ville, si même elle ne l'est pas moins. Nous tous qui avons passé par l'externat et l'internat, nous pouvons nous rappeler avec quelle indifférence on inscrivait sur la pancarte, après le mot maladie, le premier nom venu. Aujourd'hui encore, dans mon service, bien que j'exige que l'on inscrive sur la pancarte le même diagnostic que celui que j'ai fait porter sur mes notes particulières, malgré, dis-je, toute l'insistance que j'y mets, je sais que des erreurs ont été commises.

Mais j'ai hâte d'abandonner ce genre de remarques, parce que si je puis mettre en suspicion les chiffres eux-mêmes, je crois cependant que cette statistique exprime un fait vrai, c'est-à-dire que dans Paris, un plus grand nombre d'enfants ont succombé au croup depuis 1840 que dans les années qui ont précédé; mais elle ne prouve pas autre chose; c'est ce que je vais m'efforcer de démontrer.

La mortalité par le croup a été bien moins grande entre 1826 et 1840, qu'elle ne l'est depuis cette dernière année jusqu'à 1858.

Cet accroissement de mortalité par le croup, contraire à la diminution de la mortalité générale, ne peut être expliqué, dit M. Bouchut,

Ni par l'augmentation du nombre des croups, — excepté peut-être en 1847 et 1858, années d'épidémie;

Ni parce que la maladie est devenue plus grave;

Mais en raison du traitement employé.

Au commencement de son travail, M. Bouchut n'émet que des doutes

(1) Depuis peu d'années on a demandé aux médecins de vouloir bien laisser par écrit le diagnostic de la maladie mortelle. Mais on a si peu obéi à ce désir de l'administration, que ce secours que l'on voulait donner aux vérificateurs des décès est resté non avenu.

(2) Si j'établissais les propositions suivantes :

Le nombre des décès par le croup a proportionnellement augmenté depuis 1839;

Cette augmentation proportionnelle ne peut pas être attribuée à une augmentation proportionnelle correspondante du nombre des croups;

Ni à la gravité croissante de la maladie;

Personne n'oserait croire, ni ne pourrait prouver que la trachéotomie a été la cause réelle de la mort d'un plus grand nombre d'enfants qu'elle n'en a sauvés;

Le service d'inspection de la vérification des décès a été créé en 1839;

Donc c'est à un diagnostic plus consciencieusement établi, en raison de ce service d'inspection, qu'est due l'augmentation apparente du nombre de décès;

Si, dis-je, j'établissais ces propositions, mon raisonnement n'aurait-il pas tout autant de force et de preuves que celui qu'a fait M. Boucbut?

---

célérifères! ces vélocifères! et comme nous prenions en pitié ceux qui, juste un demi-siècle auparavant, en 1785, mettaient cent trente-deux heures à faire le même trajet! Que cela nous semblait beau deux lieues à l'heure! et que c'était beau en effet! Que pouvions-nous désirer encore? Quelques perfectionnements dans les voitures, dans les harnais; quelques améliorations dans les routes? etc.... Point : on a dételé les chevaux et chauffé la locomotive : Révolution!

» Troisième exemple. Pour le service de notre correspondance, nous avions quelque chose de mieux encore, presque l'idéal, la malle-poste, c'est tout dire, qui brûlait le pavé avec une vitesse moyenne de trois à quatre lieues à l'heure! Le piéton la suivait d'un œil émerveillé jusqu'au tournant de la route; c'était presque effrayant! On avait donc la malle-poste, on a le télégraphe électrique : Révolution!

» Quatrième exemple. On avait les navires à voiles avec lesquels on était parvenu à faire le voyage d'Europe en Amérique, aller et retour, en une même année; on a les bateaux à vapeur qui vont traverser l'Atlantique en six jours : Révolution!

» On avait.... Mais cela devient monotone. Partout le même fait; non le perfectionnement des éléments anciens, mais leur dépossession par des éléments nouveaux.

» C'est-à-dire que la société nous offre un spectacle analogue à celui que présente un être à métamorphoses au moment où il passe d'une forme à une autre plus élevée. C'est qu'en effet le genre humain est un être à métamorphoses. Après avoir vécu un certain temps sous une forme, des forces longtemps latentes ou obscures se manifestent en lui avec éclat; il acquiert de nouveaux organes, de sorte qu'il est constamment autre, sans cesser d'être toujours le même. Et ces révolutions continueront encore d'avoir lieu après qu'avec le bronze des canons on aura fondu les statues des héros de la paix. »

Dans le volume auquel nous empruntons les lignes qu'on vient de lire, M. V. Meunier expose les inventions, à l'état de projet ou en cours d'exécution, qui contribueront à l'édification de l'ordre nouveau qu'il prévoit. Le livre est divisé en trois chapitres; le premier, intitulé : *Révolution dans l'architecture et dans la vie domestique*; le second, *Révolution agricole*; le troisième *Révolution dans la navigation*. Nous trouvons dans celui-ci une anecdote sur Fulton qu'on nous permettra de citer :

« Lorsque le *Clermont* (1) entreprit son premier voyage (de New-York à Albany), aucun passager n'osa courir les chances inconnues de l'entreprise. Au retour, un seul se présenta : c'était un habitant de New-York qui retournait chez lui. Nous regrettons d'ignorer le nom de cet audacieux; il méritait de ne pas périr. L'habitant de New-York descendit dans la cabine. Un homme y était, écrivant. Il lui compta le prix du passage fixé à six dollars. Cet homme était Fulton. Le recueil anglais qui nous a transmis le souvenir de cet épisode, continue ainsi :

« Fulton, contemplant l'argent déposé dans sa main, demeurait immobile et silencieux; aussi le passager, craignant d'avoir commis une méprise : — « N'est-ce pas là ce que vous m'avez demandé? » dit-il.

» A ces mots, Fulton, sortant de sa rêverie, leva ses regards sur l'étranger et laissa voir une grosse larme roulant dans ses yeux.

» — Excusez-moi, répondit-il d'une voix altérée; je songeais que ces six dollars sont le premier salaire qu'aient encore obtenu mes longs travaux sur la navigation à la vapeur. Je voudrais bien, ajouta-t-il en prenant la main du passager, consacrer le souvenir de ce moment en vous priant de partager avec moi une bouteille de vin, mais je suis trop pauvre pour vous l'offrir. J'espère cependant être en état de vous dédommager la première fois que nous nous rencontrerons (2). »

» Plus heureux que ses prédécesseurs, Fulton put assister au triomphe de l'idée qui avait fait tant de martyrs. Il vécut assez pour voir un succès plus éclatant et plus durable que celui de cent batailles gagnées, mettre à néant le dédaigneux arrêt porté contre lui quelques années auparavant par la vieille Europe. »

Ce volume est tout entier rempli de considérations qui intéressent au plus haut point l'hygiène : cela seul le recommanderait suffisamment à nos confrères, mais nous savons, en outre, que les questions générales de science ne les laissent jamais indifférents et nous sommes assurés qu'ils trouveront à sa lecture autant de plaisir, autant d'attrait qu'il nous en a fait éprouver.

M. V. Meunier a la passion de la science parce qu'il aime passionément les hommes. « Que m'importeraient, dit-il, et la physique et la chimie, et l'astronomie, et la mécanique, et les sciences naturelles, si, en définitive, leurs acquisitions ne devaient profiter à l'agrandissement intellectuel et au progrès moral du genre humain. » Il écrit, comme il pense, d'un style passionné, plein de mouvement, souvent ému, toujours ferme. Quelque parti qu'on prenne ou pour ou contre lui, qu'on le suive ou qu'on lui résiste, il est certain qu'on ne le lit pas d'un œil tranquille; il vous secoue et vous met en branle, et ce n'est vraiment pas un mince mérite par le temps actuel.

Nous aurions voulu, à propos de M. V. Meunier et de ses livres, présenter quelques réflexions sur la manière de comprendre le rôle de la presse scientifique et la fonction qu'elle est appelée à remplir. Mais l'espace nous presse; nous les ajournons à l'époque de la publication du troisième volume des *Essais scientifiques*, que nous espérons prochaine.

Dr Maximin LEGRAND.

P. S. Cet article était *composé* depuis quelques jours déjà, lorsque le troisième volume a paru et nous a été remis; nous en parlerons dans un des premiers numéros.

(1) Nom du premier bateau à vapeur construit en Amérique par Fulton.

(2) Nous puisons le fond de ce récit dans l'ouvrage de M. Figuier : *Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes.*

sur ce dernier sujet; il y a, dit-il, tout lieu de croire que la trachéotomie n'est pas, sous ce rapport, à l'abri de tout reproche. A la fin de ce même travail le doute et la réticence disparaissent : l'affirmation est absolue. « La mort immédiate par syncope ou par hémorrhagie sur la table des opérations, les morts consécutives occasionnées par la diphthérie de la plaie cervicale ou par les pneumonies secondaires, sont les causes de cette mortalité croissante. »

Avec la plupart de mes confrères, je m'élève contre des assertions aussi absolues et aussi dénuées de preuves.

Je crois que le nombre des croups a considérablement augmenté dans Paris depuis un certain nombre d'année ; je dis augmente d'une manière absolue. Cette opinion m'était venue d'après tout ce que j'ai vu et lu depuis vingt-et-un ans, et avant que n'ait paru la statistique qu'a publiée mon collègue de Ste-Eugénie. La simple affirmation contraire, et dénuée de preuves directes que je trouve dans ce travail, ne pouvait suffire pour détruire mon impression personnelle; mais m'a engagé à lui chercher des preuves.

J'ai pensé d'abord à interroger sur ce sujet les plus anciens de nos confrères qui pouvaient comparer, sous le rapport du croup, la clientèle de leur jeunesse et celle de leur âge plus avancé. Mais j'ai dû renoncer bientôt à ce genre d'investigation qui ne me donnait que des résultats fondés sur des souvenirs fugitifs éloignés de vingt à trente ans, et non sur des notes écrites et précises. Je me suis donc borné à parcourir ce que j'ai pu me procurer des publications faites sur les croups de Paris, et de suite j'ai été frappé du petit nombre de cas sur lesquels sont fondés les travaux antérieurs à 1840 comparé au nombre considérable de ceux qui sont invoqués par les médecins depuis cette année jusqu'à nos jours.

Le mémoire de M. Blache est fait avec 8 cas observés une année, et 15 cas observés dans une autre; M. Hache a fait sa thèse avec 8 observations. Guersant disait en 1835 : « Chaque année il se présentait dans » cet hôpital (des Enfants) 6 à 10 croups,..... depuis deux ans il ne s'en » est offert que 2 du dehors...... Il est facile de s'expliquer pourquoi » nous recevons moins de croups du dehors, quoique cette maladie con» tinue de sévir également dans la ville, c'est que plusieurs médecins se » livrant plus particulièrement à l'étude de cette maladie, engagent les » parents à retenir leurs enfants chez eux pour recevoir leurs soins. » Ainsi, M. Trousseau, pour son compte, a depuis quatre ans traité à Pa» ris une trentaine d'enfants... Huit ou dix autres ont été observés par » MM. Sanson, Gerdy, Blache, mon fils et moi; or sur les 40 croups sur» venus en ville depuis quatre ans environ, un quart aurait probable» ment été apporté à l'hôpital. »

Ainsi l'hôpital des Enfants reçoit 8 à 10 cas par an, et tout d'un coup ce nombre tombe à 1 ou 2, bien que la maladie règne en ville. En effet, en quatre ans, M. Trousseau avait traité une trentaine de cas en ville, et d'autres médecins une dizaine d'autres, et voilà ce qui enlevait les malades à l'hôpital des Enfants !!

Un peu plus tard, en 1837, 1838, 1839, M. Rilliet et moi nous trouvons l'hôpital des Enfants tout aussi privé des croups; nous recueillons tous les faits qui se passent sous nos yeux et nous avons 5 observations pour faire l'histoire de cette maladie dans la première édition de notre traité.

Peu après nous, vient un homme qui résume tout ce que l'on a vu à l'hôpital des Eufants avant lui.

Voici ce qu'écrivait Boudet :

« *Du croup à l'hôpital des Enfants-Malades, de* 1820 *à* 1839. — Le » chiffre total des cas de croup, depuis 1820 jusqu'en 1833 inclusive» ment, est d'environ 69 : de cette époque à 1839 inclusivement, de 26 » (total 85). L'année la plus chargée a été 1822 (11 cas); 1824 n'en a » pas présenté un seul. La moyenne pour cette période de six ans a été » de 4 et une fraction. » — Aussi Boudet écrit-il, après cette énumération : « On voit que le croup sporadique est une affection fort rare, » même dans l'hôpital des Enfants de Paris, un des plus vastes établis» sements de ce genre qui existent en Europe. »

Quelle pénurie de faits — une moyenne de 4 à 5 cas par an ! et notez qu'il ne s'agit pas là du nombre des décès, mais du uombre total des cas de croup.

Aussi, lorsque Boudet comptait, en 1840, 25 croups, et M. Becquerel 20 en 1841, ils ont dit et ont démontré qu'il s'agissait d'une véritable épidémie, idée que justifia, d'ailleurs, le nombre croissant des décès de la ville. Depuis cette époque, les travaux sortis de l'hôpital des Enfants sont fondés sur des faits observés par leurs auteurs : faits pour la plupart très nombreux — bien que plusieurs de ces travaux ne parlent que des cas de trachéotomie et non de tous les malades entrés (1).

Enfin, tandis qu'en 1835 Guersant compte 8 à 10 cas de croup par an dans l'hôpital, lorsqu'il est obligé de chercher dans Paris 40 cas de croup en quatre ans pour expliquer la disparition subite de ses 10 cas habituels, voilà qu'aujourd'hui, dans un intervalle de quatre ans, je compte dans mon service près de 150 cas de croups (guéris ou morts), ce qui n'empêche pas mes collègues, MM. Bouchut et Bergeron, d'en recevoir dans leur service un bon nombre ; ce qui ne diminue en rien l'affluence des croups à l'hôpital des Enfants.

Or cette affluence des croups dans les deux hôpitaux d'enfants n'empêche en rien le nombre des croups de rester considérable en ville. Aujourd'hui autant et plus que du temps de Guersant il y a des praticiens qui ne refusent pas, qui même recherchent l'occasion de faire l'opération de la trachéotomie.

Je le demande à tout homme non prévenu, n'y a-t-il pas là une preuve suffisante que le nombre des croups à augmenté, a considérablement augmenté depuis vingt ans dans Paris?

Mais ici, je prévois une objection de notre collègue. Je n'ai pas nié, dira M. Bouchut, l'augmentation absolue du nombre des croups depuis vingt ans; j'ai dit que la mortalité spéciale du croup était devenue proportionnellement plus forte, eu égard au chiffre de la population. Et dans le fait, Messieurs, ce point de vue auquel s'est placé M. Bouchut n'a peut-être pas été suffisamment compris et a pu faire paraître son opinion bien plus singulière qu'elle ne l'est en effet.

Voici le raisonnement tel que je le comprends. La population de Paris a augmenté, il n'est pas étonnant que le nombre des croups, et par conséquent celui des décès ait augmenté d'autant.

Or, cette augmentation des décès, M. Bouchut ne l'attribue pas au traitement chirurgical, mais seulement l'augmentation des décès qui dépasse le nombre qui devrait exister d'après l'augmentatien du chiffre de la population.

Pour faire saisir cette distinction, qui est très réelle, je prends un exemple le plus simple possible.

Dans une année quelconque, le nombre des décès par le croup est, je suppose, de 10 pour 1,000 habitants; si plus tard on trouve 20 décès de croup lorsque la population aura atteint le chiffre de 2,000 on constatera bien une augmentation absolue du nombre des décès (20 au lieu de 10), mais non pas une augmentation proportionnelle à la population, puisque la proportion des décès reste de 10 pour 1,000 habitants.

Si, au contraire, on trouvait 26 décès pour 2,000 habitants, l'augmentation absolue serait toujours 10, et l'augmentation proportionnelle sera le surplus de 20 : soit 6 pour 2,000 habitants, soit 3 pour 1,000.

Or, c'est cette deruière augmentation (3 sur 1,000) que M. Bouchut attribue exclusivement au traitement chirurgical.

J'ai choisi des nombres fictifs, mais simples, pour que la question fût bien posée et facilement comprise.

(1) Voyez le mémoire de M. Vauthier (*Archives*, 1848-49), 37 cas.

Letixerant......	1850-51	....	40 trachéotomies.
Axenfeld........	1852	....	60 —
André.........	1856	....	54 —
Millard........	1857-58	un plus grand nombre encore.	

Maintenant, pour vous faire juger ce qu'est cette augmentation proportionnelle du nombre des décès par le croup depuis trente ans, je vous montrerai un résumé de la statistique présentée par M. Bouchut. Ici, Messieurs, je sollicité toute votre attention, je tâcherai de présenter des calculs aussi clairs et aussi peu nombreux que possible. Mais enfin, ce sont des chiffres qui exigent d'autant plus d'attention qu'on a moins l'habitude de s'en occuper.

Et ici je me permettrai de faire remarquer à M. Bouchut qu'il nous a un peu trop traités comme des gens habitués à faire de la statistique officielle, c'est-à-dire que des calculs très clairs, peut-être très faciles à comprendre pour un statisticien de profession, sont peu compréhensibles pour de simples médecins praticiens. Nous ne pouvions pas reconnaître d'emblée ce que veut dire la colonne intitulée : *Proportion des décès pour* 100 *habitants,* et nous donnant des chiffres variables de 1,461 à 6,480. Peu d'entre nous avaient le temps d'en chercher la signification.

Pour moi, après l'avoir fait, je ne suis pas encore certain d'avoir saisi la pensée exacte de notre confrère. Voici ce que je crois, et je prends pour exemple la première année 1826.

Le total des décès étant de 282, et la population étant de 761,892, cela donne 1 croup par 3056,3 habitants.

Si tel est le résultat qu'a voulu établir M. Bouchut, je me permettrai deux remarques.

La première est que nous devions être nécessairement trompés par le désaccord qui existe entre les chiffres de cette colonne et son titre. Car : proportion des décès par 1,000 habitants, veut dire plusieurs décès sur 1,000 ; et non pas, comme le porte la colonne, 1 décès sur plusieurs mille, c'est-à-dire pour parler un langage plus scientifique : le titre de la colonne nous promet des fractions avec le *dénominateur commun*, et la colonne nous les donne avec l'unité pour *numérateur commun* (1).

Ma seconde remarque est celle-ci : soit faute de l'imprimeur, soit erreur de calcul, ce n'est pas 1 décès sur 3056,3 habitants qu'il faudrait dire pour l'an 1826, mais bien 1 décès sur 2701,7 habitants (2). Une simple division le fera voir. Cette erreur, que je constate pour l'année 1826, n'est pas la seule. J'ai fait le calcul pour cinq années prises au hasard, trois fois j'ai trouvé une erreur, deux fois le chiffre était juste. Je me suis arrêté là dans ce genre d'investigation. Je ne fais nullement à M. Bouchut un reproche de ces erreurs ; outre que le typographe peut y avoir contribué, je sais trop par expérience toute l'indulgence que méritent les erreurs de calcul, indulgence que je solliciterai pour moi-même à propos des chiffres que je vais mettre sous vos yeux. Nous sommes trop médecins praticiens, c'est-à-dire artistes, M. Bonchut et moi, pour qu'on n'ait pas quelque pitié de nous si nous nous trompons en abordant les calculs arides des chiffres nombreux.

Mais il n'en résulte pas moins que je n'ai pas pu ni dû tirer parti de la colonne de proportionnalité établie par M. Bouchut. D'ailleurs, j'ai préféré me servir de la fraction avec dénominateur commun, qui me paraît plus facile à comprendre, et qui, pour moi du moins, est plus facile à manier que l'autre. J'ai donc ramené le dénominateur commun à 100,000 habitants, et j'ai cherché combien de décès par le croup avaient lieu pour ce chiffre de population dans les deux périodes de temps admises par M. Bouchut, c'est-à-dire avant la trachéotomie, de 1826 à 1840, et après la trachéotomie, de 1841 à 1858.

Il m'a semblé inutile, d'une part, et de l'autre trop long pour des médecins, de mettre sous vos yeux des calculs portant sur chaque année séparément ; et je me suis contenté d'une moyenne pour chacune des deux périodes admises par M. Bouchut. En voici les résultats :

Nombre des décès par le croup dans Paris.

PREMIÈRE PÉRIODE.

De 1826 à 1840, c'est-à-dire 15 ans :

2,884 décès, soit en moyenne 192 par an.

Population : 12,252,036, soit en moyenne 816,802 par an.

—

Proportion des décès par le croup pour 100,000 *habitants.*

816,802 : 192 :: 100,000 : $x = 23{,}4/^{10es}$.

C'est-à-dire 23 à 24 décès pour 100,000 habitants.

DEUXIÈME PÉRIODE.

De 1841 à 1858, c'est-à-dire 18 années :

7,102 décès, soit en moyenne 394 par an.

Population : 19,233,187, soit en moyenne 1,068,510 par an.

—

Proportion des décès pour 100,000 *habitants.*

1,068,510 : 394 :: 100,000 : $x = 36{,}7/^{10es}$.

C'est-à-dire 36 à 37 décès pour 100,000 habitants.

La différence est énorme, puisque là où il mourait 23 à 24 croups par an pour 100,000 habitants, il en meurt actuellement 36 à 37.

C'est là cette augmentation proportionnelle de mortalité que M. Bouchut attribue au traitement, et que j'attribue au nombre des croups croissant dans une proportion plus graude que ne fait la population.

Si M. Bouchut nie cet accroissement proportionnel du nombre des croups à Paris, sa table de mortalité l'oblige à admettre que de 1826 à 1840 *on guérissait 1 croup sur 3;* tandis que depuis 1841 jusqu'en 1858, *on n'en à pas guéri un seul.*

J'en donne la preuve.

Si j'admets que de 1841 à 1858, on n'a pas guéri un seul croup, la statistique des décès devient la statistique des croups.

Si, d'autre part, j'admets que de 1826 à 1840, on guérissait 1 croup sur 3, j'aurai la statistique des croups en ajoutant à celle des décès la moitié en sus du chiffre de cette statistique. Alors je puis comparer non plus les décès, mais les croups des deux périodes; et faisant les calculs comme je les ai faits pour les décès, j'arrive à établir les proportions que je mets sous vos yeux dans le tableau suivant :

Nombre des croups dans Paris.

PREMIÈRE PÉRIODE. — QUINZE ANNÉES.

Nombre calculé dans l'hypothèse de 1 guéri sur 3 malades.

2,884 décès + 1,442 guéris = 4,326 croups.

Moyenne pour 1 an : 288.

—

Proportion des croups pour 100,000 *habitants.*

Population : 816,802 : 288 :: 100,000 : $x = 35{,}2/^{10es}$.

C'est-à-dire 35 croups pour 100,000 habitants.

(1) Voici un exemple plus simple :

Fractions avec dénominateur commun.	Fractions avec l'unité comme numérateur commun.
$\frac{5}{1000}$	$\frac{1}{20}$
$\frac{16}{1000}$	$\frac{1}{25}$
$\frac{25}{1000}$	$\frac{1}{155}$

(2) Il n'est pent-être pas inutile de faire remarquer que cette correction place l'année 1826 (où aucune trachéotomie n'a été faite) parmi celles où le nombre des décès par le croup a été proportionnellement le plus considérable.

DEUXIÈME PÉRIODE. — DIX-HUIT ANNÉES.

Nombre calculé dans l'hypothèse qu'aucun croup n'a été guéri :

7,102 décès + 0 guéris = 7,102 croups.

Moyenne pour 1 an : 394.

—

Proportion des croups pour 100,000 *habitants.*

Population : 1,068,510 : 394 :: 100,000 : $x = 36{,}7/^{10es}$.

C'est-à-dire 36 à 37 croups pour 100,000 habitants.

Il résulte de ce tableau que pendant la première période, il y a eu dans Paris 35 croups pour 100,000 habitants, et que dans la seconde, il y en a eu 36 à 37, c'est-à-dire que l'augmentation proportionnelle du nombre des croups est encore en faveur de la seconde période, malgré l'absurdité évidente des hypothèses que j'ai faites.

A moins donc que M. Bouchut n'admette que depuis dix-huit ans on n'a pas guéri un seul croup à Paris, tandis qu'avant cette époque on en guérissait 1 sur 3, il sera forcé de conclure avec moi que le nombre des croups a augmenté dans Paris suivant une progression plus grande que celle de la population.

Mais, Messieurs, je veux aller plus loin, je veux m'efforcer de démontrer que cette augmentation proportionnelle, non seulement existe, mais aussi qu'elle est considérable. Je ne pourrai pas, il est vrai, vous dire quelle est cette proportion, parce que pour la déterminer avec exactitude il faudrait connaître le chiffre exact des guérisons. Or, ce chiffre, personne ne le connaît, surtout pour les périodes antérieures à ces dernières années.

Mais si je fais une hypothèse moins absurde que la précédente, si cette hypothèse est telle que tout le monde (même M. Bouchut, je l'espère) reconnaisse que le chiffre supposé des guérisons sera plutôt augmenté que diminué dans la première période et plutôt diminué qu'augmenté dans la seconde; si, avec cette hypothèse, l'augmentation proportionnelle du nombre des croups est très grande dans ces dernières années ; si, dis-je, cela résulte de cette hypothèse, j'aurai prouvé ce que je voulais prouver, c'est-à-dire que l'accroissement du nombre des croups est *beaucoup* plus considérable depuis vingt ans que l'accroissement de la population parisienne.

Le vrai croup a toujours passé pour être une maladie grave, et la plupart des auteurs modernes qui ont écrit sur le pronostic de cette maladie ont expliqué, par des erreurs de diagnostic, les divergences considérables qui se trouvent dans les ouvrages de leurs prédécesseurs, lorsqu'il s'agit de constater le nombre proportionnel des guérisons.

A cet égard, je ne puis mieux faire que de vous rappeler ce qu'en a dit Guersant, me contentant, pour abréger, de citer sa conclusion : « Le croup proprement dit est une des maladies des plus graves et le plus souvent mortelle.... Sur 10 enfants atteints réellement de croup, à peine peut-on seulement en sauver 2. »

Guersant admet donc approximativement 1 guérison sur 5. C'était là probablement ce résultat de sa pratique de la ville ; car, à l'hôpital des Enfants, ces résultats étaient alors bien autrement tristes.

Voici ce que dit Boudet : « En réunissant les chiffres de 1840-41, et les opposant à ceux des années précédentes, on a, pour les années 1834 et suivantes, jusqu'à 1839 inclusivement, 1 guérison sur 6 décès 1/2, et pour 1840 et 1841 réunis une guérison sur 18 décès 1/2. Ces chiffres tendent à prouver que, lorsque le croup, de sporadique devient épidémique, il détermine, par cela seul, une mortalité beaucoup plus grande. »

Ainsi, 1 guérison sur 6 1/2 dans les cas sporadiques, 1 guérison sur 18 1/2 dans l'épidémie de 1840-41, voilà le bilan des succès à l'hôpital des Enfants, pendant la moitié de la première période de la statistique de M. Bouchut.

J'ai hâte, comme compensation, d'arriver à des résultats moins tristes. Je veux parler de la guérison du croup dans la ville de Genève, ville dans laquelle la trachéotomie n'est pas en honneur, et où l'on traite le croup par les moyens médicaux à peu près exclusivement. M. d'Espine, si je me le rappelle bien, évalue la proportion à 1 guérison sur 5 ; j'ai entre les mains la statistique de la clientèle des docteurs Duval, Fauconnet, Gautier, Piachaud, Rilliet, et elle porte la guérison à 1 fois sur 3. Mais il faut dire qu'à Genève, c'est à peine si l'on voit une fois par hasard l'intoxication de la diphthérie. Le croup y revêt presque exclusivement cette forme à laquelle M. Pidoux donne le nom de croup catarrhal; M. Sée celui de croup simple; M. Bergeron celui de croup couenneux commun. Vous pourrez trouver l'indication de ce fait dans le livre de M. d'Espine; j'en ai la preuve détaillée dans les lettres de mon excellent ami M. Rilliet. Or, cette forme du croup est certainement moins grave que la forme empoisonnante.

J'ai cité Genève, que l'on ne peut pas complétement assimiler à Paris, pour ne dissimuler aucune des combinaisons favorables à la thèse de M. Bouchut. Il en résulte que là où le traitement chirurgical a été peu ou pas employé on a obtenu :

A Genève	1 guérison sur 3
M. Guersant..................	1 guérison sur 5
A l'hôpital des Enfants, de 1834 à 1839.	1 guérison sur 6 1/2
Au même hôpital, en 1840-1841.....	1 guérison sur 18

Certes, Messieurs, en présence de ces chiffres, et pour des cas dans lesquels l'erreur de diagnostic a été évitée autant que possible, on conviendra qu'en accordant 1 guérison sur 5 au traitement médical à Paris, de 1826 à 1830, je suis suffisamment généreux. Cependant, je veux faire une concession aussi large que possible, et je reconnaîtrai, si M. Bouchut le désire, que ce traitement, soit en ville, soit à l'hôpital, donnait 1 guérison de croup sur 4 cas.

Maintenant, voyons les résultats de la pratique plus moderne instituée ou plutôt généralisée pendant la seconde période. A l'hôpital des Enfants, pendant 8 années de cette période, on reçoit 562 cas de croup et on obtient 175 guérisons (rapport de M. Trousseau), c'est-à-dire 1 sur 3 et une fraction.

A Sainte-Eugénie, si j'en crois les résultats statistiques fournis par les pancartes de l'hôpital, du 15 mars 1854 au 31 juillet 1858, 179 croups sont admis, et nous obtenons 51 guérisons, soit 1 sur 3 1/2. Cette proportion serait exactement la même dans les trois services de l'hôpital. Je me hâte de dire qu'il y a eu des erreurs sur les pancartes ; car les notes que j'ai sur mon service, et que je crois exactes, sauf quelques omissions (morts et guéris), en l'année 1854, me donnent un total de 152 croups (1) et de 35 guérisons, soit 1 sur 4 et une fraction.

En résumé, ce que nous connaissons des résultats du traitement du croup dans nos hôpitaux est, pour ces dernières années, 1 guérison sur 3 ou 4 cas (2). Accordez cependant, pour les années dont nous ignorons les résultats, pour les erreurs de diagnostic, pour lever, en un mot, toute objection, que la guérison dans nos hôpitaux est seulement de 1 cas sur 6. Accordez encore que, pour la ville, les résultats soient les mêmes (bien qu'en conscience on puisse admettre qu'ils soient meilleurs qu'à l'hôpital, puisque les conditions d'hygiène, de fortune et de santé sont en général meilleures), accordez encore qu'il faut retrancher des 18 années de la seconde période, 2 années d'épidémie, pour lesquelles M. Bouchut admet l'augmentation proportiounelle du nombre des croups, accordez tout cela, et faites les calculs, vous arriverez au résultat suivant :

Nombre des croups dans Paris.

PREMIÈRE PÉRIODE. — 15 ANS.

Nombre calculé dans l'hypothèse de 1 guéri sur 4 :

Décès : 2,884 + 961 guéris = 3,845. Moyenne : 256 par an.

(1) Il est vrai que mes notes vont jusqu'au 24 octobre au lieu du 31 juillet 1858.

(2) C'est-à-dire que le nombre des guérisons est actuellement bien supérieur à ce qu'il était de 1834 à 1841. S'il en est ainsi dans les hôpitaux, en est-il autrement en ville ?

Proportion pour 100,000 habitants.

Habitants : 816,802 : 256 :: 100,000 : $x = 31{,}7/10^{es}$.

C'est-à-dire 31 à 32 croups pour 100,000 habitants.

DEUXIÈME PÉRIODE.

18 ans — (moins 2 années d'épidémie) — 16 ans.

Nombre calculé dans l'hypothèse de 1 guéri sur 6 :

Décès : 5,730 + 1,146 guéris = 6,876. Moyenne : 429 par an.

Proportion pour 100,000 habitants,

Habitants : 1,061,326 : 429 :: 100,000 : $x = 40{,}4/10^{es}$.

C'est-à-dire 40 à 41 croups pour 100,000 habitants.

Il résulte de ce tableau que, de 1826 à 1840, il y avait 31 à 32 croups pour 100,000 habitants; tandis que de 1841 à 1858, il y en a 40 à 41 croups pour le même nombre d'habitants. Un un mot, on constate dans cette période une augmentation du nombre des croups *beaucoup plus considérable* que l'accroissement de la population.

Ici se termine cette trop longue discussion de chiffres. Elle prouve :

1° L'augmentation absolue du nombre des croups à Paris depuis vingt ans;

2° L'augmentation considérable du nombre des croups à Paris comparé à l'augmentation bien moins rapide du chiffre de la population parisienne.

Si maintenant vous voulez comprendre comment s'est établie cette augmentation proportionnelle, relisez le paragraphe étiologie dans l'article de Guersant, le mémoire de Boudet et celui de M. Becquerel, et vous verrez que, de 1827 à 1839, il n'y a eu à Paris que des croups sporadiques ou peut-être de petites épidémies partielles : que la première épidémie, importante par le nombre autant que par la gravité des cas, a commencé en 1840 et fini en 1841. Alors, prenant le second tableau publié par M. Bouchut, vous y trouverez que, de 1842 à 1846, le nombre des croups n'a pas sensiblement augmenté d'une manière plus rapide que le chiffre de la population. Qu'à partir de la grande épidémie, l'état épidémique un peu amoindri est resté endémique (1) avec des recrudescences soit de nombre, comme en 1858 et 1857, soit de gravité, comme en 1855. Chacun de nous peut se rappeler la malignité spéciale des croups et des angines couenneuses à cette époque.

Cette dernière remarque me conduirait volontiers à m'éloigner sous un nouveau point de vue des opinions émises par mon collègue de Sainte-Eugénie. S'il est vrai, comme le disent beaucoup d'auteurs et comme l'ont fait voir quelques-uns, que le croup et les angines couenneuses épidémiques sont beaucoup plus graves et entraînent plus de mortalité que les mêmes maladies sporadiques; si cela est vrai, on peut croire qu'en 1840 et 1841, et aussi que, depuis 1847 jusqu'à présent, le croup a été plus grave et plus difficilement curable à Paris qu'il ne l'a été dans les autres années.

A la considération de la gravité plus grande du mal, habituelle dans ces dernières années, joignez cette autre considération, qui résulte des détails et des chiffres que j'ai donnés plus haut, à savoir que, très probablement, nous guérissons maintenant plus de malades que l'on n'en guérissait autrefois (2), et vous serez tout portés à croire que le traitement moderne du croup a instauré une ère très favorable pour la guérison de cette maladie. C'est là ma conviction personnelle.

Les remarques qui précèdent pourraient sans doute suffire pour justifier cette conviction. Cependant j'ajouterai bientôt quelques autres considérations desquelles, toutefois, il pourra ressortir que le traitement moderne du croup n'a pas encore atteint toute la perfection que nous pouvons désirer et espérer.

Mon but principal, dans cette première partie de mon argumentation, est de prouver, en outre, de l'augmentation absolue ou relative à la population du nombre des croups à Paris : que les matériaux statistiques que nous avons à notre disposition sont insuffisants pour nous faire connaître :

Le nombre *exact* des croups à Paris depuis 30 ans et par année;

La proportion *exacte* des guérisons;

La gravité comparative des épidémies;

L'influence *exacte* de la thérapeutique;

Si tout cela est vrai;

Si les preuves que j'ai données sont suffisantes, je demande quelle est la valeur de cette assertion, que vous vous rappelez tous : « Il ne paraît pas possible d'admettre ni de prouver qu'il y ait deux ou cinq fois plus de croups aujourd'hui qu'il y a 20 ans, etc... »

Ma dernière conclusion est que nous devons laisser de côté comme inutiles la plupart des matériaux statistiques qui ont été produits dans cette discussion. Car voulez-vous que je vous dise mon avis sincère sur toutes ces statistiques générales ou partielles que nous apportons ici les uns et les autres? Je n'y attache qu'une importance médiocre et très secondaire. Elles ont, à mes yeux, beaucoup moins d'importance pratique qu'un petit nombre de faits bien observés. Que voulez-vous que je pense de deux statistiques sur la trachéotomie, dont l'une donne sur 466 opérés 126 succès, et l'autre 39 succès sur 351 opérés (3)? Que voulez-vous que je pense, si ce n'est que vous donnez des chiffres différents, sans aucun moyen de rechercher les causes de ces différences? Dans quelles conditions comparatives ont été faites ces opérations? quel âge du malade? quelle forme, quelle période de la maladie? quel procédé opératoire? quels accidents immédiats ou consécutifs? quels soins après l'opération, etc., etc.?

Ah! ce n'est pas ainsi que mon vénéré maître, M. Louis, nous apprenait autrefois à faire la statistique médicale. Avant de compter les faits, il faut que chacun d'eux soit étudié, commenté, disséqué, retourné sous toutes ses faces, afin que sa vérité, sa valeur, son authenticité soient établies autant que possible : *Perpendendæ et numerandæ observationes.*

Vous voulez me prouver que la trachéotomie est nuisible ou utile, apportez-moi *tous* les faits de trachéotomie à vous connus et *suffisamment étudiés;* montrez-moi et comptez ceux où l'opération a évidemment tué des enfants qui pouvaient être sauvés; montrez-moi et comptez ceux qui ont été sauvés par l'opération, et faites la balance. Puis, si vous voulez que je sois juge en cette affaire, donnez-moi les faits avec leurs détails, afin que je puisse instruire le procès en connaissance de cause.

Certes, nous pouvons éprouver le regret de voir inutilement perdus des matériaux nombreux qu'il nous eût été si utile de posséder. Mais nous ne pouvons réparer cette perte qu'en fournissant à nos successeurs des résultats exacts et suffisamment étudiés pour être utiles.

Messieurs, jusqu'à présent je n'ai parlé de la trachéotomie dans le croup que très accessoirement. Je me suis occupé exclusivement du nombre des croups dans Paris. J'ai voulu d'abord combattre et détruire les deux premières allégations de M. Bouchut. Si j'y ai réussi, j'ai détruit du même coup les cruelles accusations dirigées contre le traitement chirurgical du croup. D'ailleurs, il me reste peu à dire sur ce dernier sujet qui a été longuement traité par MM. Trousseau, Roger et Sée. J'ajouterai seulement quelques mots :

Dans la ville, la trachéotomie est rarement faite comparativement au nombre des croups. M. Bergeron vous en a donné la preuve statistique pour plusieurs années dans l'un des arrondissements les plus riches de Paris. J'ajouterai que depuis dix ans que je suis inspecteur de la vérification des décès dans les 7e, 8e et 9e arrondissements, j'ai été frappé du petit nombre d'opérations que j'ai rencontrées dans les nombreux cas de croups dont j'ai constaté la terminaison funeste. Je n'ai pas fait de statistique, il est vrai; mais mes souvenirs sont tels, que le nombre des trachéotomies est trop restreint pour qu'il me soit impossible d'attribuer à l'opération une part dans l'augmentation du nombre des décès.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, le plus grand nombre des enfants nous arrive après que l'on a eu épuisé sur eux des traitements médicaux plus ou moins bien entendus. Nos résultats, d'après les pancartes de l'hôpital, sont : sur 101 opérations, 22 guérisons, soit 1 sur 2 et une fraction. Mais, comme toujours, je crois ces chiffres officiels erronés, car dans mon seul service, il y a eu (en ajoutant trois mois, août, septembre et octobre de cette année) 99 opérations, qui ont fourni un sixième (1) de succès. Cette proportion comparée à celle obtenue à l'hôpital des Enfants est minime. Je vous ai dit, dans une autre communication, quelle en était, à mes yeux, l'une des causes principales, je veux dire le grand nombre d'opérations que j'ai conseillé de faire chez des enfants qui, par la forme de leur maladie, et par leur âge, étaient pour ainsi dire condamnés à mourir. La question que j'ai soulevée alors est à peu près restée sans réponse. Je ne la renouvellerai point : le débat actuel est beaucoup plus large et l'absorbe complétement.

Messieurs, je voudrais terminer cette communication en vous disant l'opinion que je me suis faite sur la valeur de la trachéotomie, sur l'opportunité de son emploi, d'après les faits que j'ai vus et indépendamment des chiffres.

Je le dirai en peu de mots et sans preuves, quitte à motiver mon avis plus tard, si, ce que je ne suppose pas, vous croyez que la chose en vaille la peine.

La trachéotomie est, jusqu'à présent, la plus belle de nos conquêtes dans le traitement du croup.

Comme vous tous, j'ai vu un certain nombre d'enfants arrachés par elle à une mort inévitable et imminente.

Comme tous ceux, je crois, qui ont pris part à la discussion actuelle, j'ai conseillé la trachéotomie après avoir mis en usage et avoir vu échouer les traitements médicaux les plus accrédités. Le nombre des enfants que j'ai vus guérir du croup sans opération en est la preuve.

Cependant je ne crois pas qu'il faille attendre que soit arrivé, tant é à ce degré d'asphyxie ou subite ou graduelle qui rend la mort imminente, et qui, en tous cas, met l'enfant dans des conditions mauvaises pour résister aux suites de l'opération.

Mais je la conseille lorsque les accès de suffocation ayant paru et s'étant répétés, la dyspnée s'établit d'une manière continue, lorsque la toux et la voix commencent à s'éteindre, lorsque l'air pénètre habituellement mal dans la poitrine, lorsque les lèvres perdent leur couleur rouge pour passer à la couleur violette ou pâle, lorsque le pouls, sans avoir perdu toute sa force, commence à faiblir, etc.

En un mot, le moment qui me semble le plus favorable pour opérer est celui où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière définitive. Opérer plus tard, c'est s'enlever des chances de succès volontairement et d'autant plus qu'on opère plus tardivement. Se hâter et faire la trachéotomie plus tôt, c'est s'exposer inutilement peut-être à toutes les mauvaises chances qui appartiennent en propre à l'opération. Car ici, Messieurs, il faut se défendre d'un enthousiasme exagéré. On dit trop peut-être que la trachéotomie est une opération innocente.

La trachéotomie dans le croup est un progrès immense, mais c'est une opération sérieuse et grave, qui, comme la plupart des conquêtes et des progrès de l'homme, a payé et paie encore l'impôt du sang. Regardez chez nous et autour de nous, presque partout il en est ainsi. Depuis le télégraphe électrique jusqu'au chloroforme, l'usage des choses utiles et nouvelles n'a été réglementé qu'au prix de cruelles expériences. La trachéotomie dans le croup n'échappe pas à cette loi de l'humanité.

Nous savons tous combien la trachéotomie a été longue à produire des fruits assez utiles pour être acceptés par tous.

Certes, il serait souverainement injuste de lui reprocher tous les échecs de ses débuts; on ne pouvait pas arriver d'emblée à la connaissance de la meilleure manière d'opérer, non plus que de la valeur de tous les détails dans les soins consécutifs.

Cependant, quels que soient nos efforts, si nous arrivons à diminuer beaucoup, je doute que nous puissions réduire à néant le nombre des morts causées par l'opération elle-même; telles entre autres celles déterminées par les hémorrhagies; par les syncopes mortelles; par l'inexpérience des opérateurs qui, en raison de l'urgence de l'opération, ne peuvent pas avoir toujours une habitude suffisante, et qui, trop facilement, transpercent la trachée, ou mettent la canule en dehors des voies aériennes; par l'expérience des soins consécutifs; car tous ne peuvent pas avoir toujours des garde-malades suffisamment habitués et intelligents.

Je le répète, ce sont là des malheurs dont nous pouvons diminuer le nombre, et qui, d'ailleurs, sera toujours bien dépassé par les succès obtenus.

Mais, indépendamment de tous ces accidents, la trachéotomie dans le croup est une opération grave par elle-même. On l'a faussement, je crois, comparée à la trachéotomie faite pour extraire les corps étrangers dans les voies aériennes. Le vésicatoire, innocent chez un enfant bien portant, peut devenir une cause de mort chez un enfant atteint de diphthérie. De même, la trachéotomie innocente chez un enfant sain, est, dans le cas de croup, une porte ouverte à l'extension de cette cruelle et envahissante diphthérie.

Je n'en veux pour preuve que ce précepte si absolu formulé par M. Trousseau, de cautériser profondément et vigoureusement la plaie dès le second ou le troisième jour, quelque favorable que soit son apparence. Et dans le fait, Messieurs, quel est celui de nous qui n'a pas vu avec une amère douleur, des enfants sauvés par l'opération d'une mort à peu près certaine, succomber, après plusieurs jours d'espérance trompée, aux déplorables lésions survenues sur le pourtour de la plaie.

Ce sont toutes ces raisons qui m'engagent à ne pas trop précipiter l'opération, et qui me feraient accepter avec reconnaissance tout moyen, s'il pouvait s'en trouver, qui serait capable de remplacer la trachéotomie, même quelquefois seulement, sans avoir ses inconvénients et ses dangers.

Je me résume :

1° Nier que le nombre des croups ait augmenté dans Paris depuis 18 ans dans une proportion plus grande que le chiffre de la population parisienne, c'est admettre que de 1826 à 1840, on guérissait à Paris 1 croup sur 3; tandis que depuis 1841 jusqu'à 1858, on n'en a pas guéri 1 seul.

2° Cette augmentation proportionnelle à la population du chiffre des croups, non seulement existe, mais elle est considérable.

3° Le traitement du croup à l'hôpital des Enfants, de 1833 à 1839, a donné 1 guérison sur 6 1/2, — et en 1840-41, 1 guérison sur 18 1/2. Le traitement moderne du croup à l'hôpital des Enfants depuis huit ans, et à l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sa fondation, donne 1 guérison sur 3 ou 4.

4° Donc d'une part la proportion du nombre des croups a considérablement augmenté à Paris depuis vingt ans; d'autre part, le traitement moderne du croup a diminué la proportion de la mortalité au moins dans nos hôpitaux, et constitue un progrès dont les médecins ont lieu d'être fiers.

5° La trachéotomie ne doit être pratiquée qu'après l'emploi des moyens médicaux et lorsqu'il paraît établi qu'ils n'ont pas de prise sur la maladie.

6° Elle ne peut être dirigée que contre l'asphyxie produite par la présence de la fausse membrane.

7° Le moment opportun pour la pratiquer est celui de la seconde période du croup, où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière continue.

Plus tard, elle est encore indiquée, mais elle a moins de chances de succès.

8° La trachéotomie est donc une magnifique conquête dans le traitement du croup; mais cela n'empêche pas de reconnaître qu'elle peut entraîner certains accidents que nous connaissons et dont nous pouvons diminuer le nombre et la gravité.

(La suite de la discussion au prochain numéro.)

(La suite de la discussion au prochain numéro.)

(1) Sauf peut-être en l'année 1849.

(2) J'écris : *très probablement*, il serait sans doute plus vrai de dire : *certainement*, car la statistique complète de l'hôpital des Enfants, de 1833 à 1841, donne un succès sur 6,5 en temps ordinaire et 1 sur 18 en temps d'épidémie, tandis que la statistique des 8 dernières années à l'hôpital des Enfants, réunie à celle de l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sa fondation, donne 1 guérison sur 3,4. Le nombre des guérisons étant pour toutes les maladies plus grand dans la pratique civile que dans la pratique hospitalière, le croup ne doit pas faire exception et le mot *certainement* doit être vrai.

(3) Je ne voudrais cependant pas que l'on inférât de la comparaison que j'établis ici que je mets sur le même niveau la statistique de MM. H. Roger et Sée et celle de M. Bouchut. Depuis la communication que j'ai faite du présent travail à la Société médicale des hôpitaux, nos confrères de l'hôpital des Enfants ont publié leur statistique, attaquée devant l'Académie de médecine, des détails qui impriment à cette statistique une authenticité qui me paraît irrécusable. Il est par là devenu impossible de nier le nombre considérable des succès obtenus dans le traitement du croup, à l'hôpital des Enfants, pendant ces dernières années. Aussi le travail de MM. H. Roger et Sée restera-t-il comme une œuvre empreinte du cachet de la vérité, indispensable à consulter lorsqu'on voudra établir les résultats du traitement du croup par la trachéotomie.

Ce travail, quoique incomplet sous quelques rapports, ne peut pas être mis en parallèle avec la statistique de M. Bouchut. Celle-ci, en effet, comprend des opérations faites pour d'autres maladies que le croup : — elle comprend beaucoup d'opérations faites il y a plus de dix ans, à une époque où le traitement du croup par la trachéotomie était loin d'être institué; — elle ne fait pas mention des opérations pratiquées par les deux hommes qui ont eu le plus souvent occasion de le faire à Paris (MM. Guersant et Trousseau); non plus que de la statistique des médecins plus jeunes, qui ont appris les détails du traitement dans les hôpitaux d'enfants; — elle ne dit rien de la période du croup à laquelle ont été pratiquées ces opérations si souvent suivies de mort. Aussi reste-t-il incompréhensible pour moi que M. Bouchut ait pu se contenter d'une statistique si incomplète, pour formuler contre la trachéotomie une accusation grave et capable de jeter le trouble parmi les médecins et dans les familles.

(1) Il est bien entendu que ceci ne contredit nullement ce que j'ai dit plus haut sur les résultats de nos traitements dans le croup. Il s'agissait alors de tous les traitements, y compris la trachéotomie : ici cette dernière opération seule est en cause. Le nombre des guérisons sans opérations suffit pour prouver que, dans mon service, il n'est pas fait abus de la trachéotomie.

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

MM. Ducos, à Paris.	10 fr.
Mourisseau, de La Flèche. .	5
Anonyme (de Ham).	5
	20
Listes précédentes.	1119
Total	1139

COURRIER.

Le procès intenté par les douze médecins, se disant homœopathes, à l'UNION MÉDICALE, s'est continué aujourd'hui. Le Tribunal, après avoir entendu M. l'avocat impérial dans ses conclusions, toutes favorables à notre cause, a remis à huitaine pour le prononcé du jugement.

Par décret impérial, en date du 22 novembre 1858, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Liès-Bodard, docteur ès-sciences physiques, est nommé professeur titulaire de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg.

— MM. Bérard, professeur de physiologie, et Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, sont autorisés à se faire suppléer, pendant le semestre d'hiver de la présente année scolaire, le premier par M. Béclard et le second par M. Gubler, agrégés.

M. Jarjavay est de nouveau chargé, pendant la présente année, du cours d'anatomie.

M. Gavarret, professeur, est autorisé à faire, pendant le semestre d'hiver, le cours de physique médicale. Le cours de pharmacie aura lieu pendant le semestre d'été.

— Par arrêtés en date du 20 novembre 1858, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

1° Professeur titulaire de clinique interne, M. Mazard professeur adjoint de pathologie externe;

2° Professeur titulaire de clinique externe, M. Bardinet, professeur d'anatomie et de physiologie;

3° Professeur titulaire de pathologie interne, M. Dépéret-Muret, qui occupait la même chaire à titre d'adjoint;

4° Professeur adjoint de pathologie externe, M. Raymondaud, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques;

5° Professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, M. Boulland, professeur suppléant.

— Par un autre décret de la même date, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy :

1° Professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dites, M. le docteur Simonin;

2° Professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, M. le docteur Parisot;

3° Professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, M. Bertin, docteur en médecine;

4° Chef des travaux anatomiques, M. le docteur Parisot, qui est nommé professeur suppléant par le présent arrêté.

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 15 novembre, s'élève à 1,065, savoir : pour le doctorat 994, pour le grade d'officier de santé, 71. Le nombre des inscriptions nouvelles est de 251. En 1857, le nombre des inscriptions était 1,027; celui des nouvelles était de 158.

— Dans sa séance du 1er décembre 1858, la Société générale des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus pour 1859 :

MM. Perrin, du 7e arrondissement, président;
Dequevauviller, du 10e arrond., vice-président;
Bougon, du 12e arrond., id.;
Thibault, du 5e arrond., secrétaire général;
J. Gimelle, du 1er arrond., secrétaire annuel;
Magnin, du 2e arrond., vice-secrétaire;
Ameuille, du 3e arrond., secrétaire-trésorier;
Machelard, du 10e arrond., archiviste.
Conseil d'administration : MM. Collomb (du 6e), Janin (du 3e), Labarraque (du 5e).

— La saison d'hiver a déjà, comme les années précédentes, attiré à Alger, non seulement bon nombre de valétudinaires, mais aussi plusieurs de nos confrères de la métropole et de l'étranger, désireux d'apprécier par eux-mêmes les propriétés de notre climat. Nous citerons parmi ces derniers M. le docteur Baude, membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Hubert (de Paris), M. le docteur Rabe (de Berlin). — *(Gaz. méd. de l'Algérie.)*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 145. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 7 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1858.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

D'un rapport présenté hier à la Commission organisatrice par le Secrétaire général, et de l'analyse de la correspondance, il résulte, qu'à la date du 5 décembre, l'Association générale a reçu 1,115 adhésions, dont 198 du département de la Seine; que dans ces chiffres de 1,115 adhésions individuelles, ne sont pas comprises les adhésions collectives des Associations et Sociétés médicales antérieurement existantes, qui ont déjà voté leur agrégation à l'Association générale et dont les listes nominatives ne sont pas encore parvenues à la Commission; ni les listes, collectives aussi, d'un grand nombre d'arrondissements en voie de formation de Société locales.

L'analyse de la correspondance, déjà très considérable, a montré que partout l'Association générale a été accueillie avec sympathie; que partout où l'Association locale n'existe pas encore, elle tend à se former; que partout où elle existe déjà, il se manifeste un désir sincère de pouvoir s'agréger à l'œuvre générale de la mutualité, et qu'on y étudie avec ardeur, et dans un esprit très louable de concilier tous les intérêts, les moyens d'obtenir ce résultat désirable.

En présence des importants problèmes qu'elle a à résoudre et des difficultés d'exécution inséparables de cette œuvre considérable, la Commission organisatrice est obligée de procéder avec une sage lenteur. On ne fonde pas du premier coup une institution aussi vaste. Les résultats déjà obtenus dépassent tout espoir; aucun doute raisonnable ne peut plus s'élever aujourd'hui sur le fonctionnement possible et prochain de l'Association générale.

Amédée LATOUR.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Plusieurs séances de la Société ont été, en grande partie, consacrées à des discussions relatives à la cautérisation en flèches que préconise M. Maisonneuve.

Nous n'en reproduirons que ce qui nous paraît devoir éclairer nos lecteurs sur la manière dont ce mode opératoire est actuellement apprécié par les membres de la Société de chirurgie.

A la suite d'une présentation de tumeur enlevée par les caustiques en flèches, M. Maisonneuve avait dit qu'il ne prétendait pas à la priorité de l'emploi de ce moyen, puisqu'il ne se sert que de la pâte de chlorure de zinc, connue depuis longtemps.

« Ce qui constitue ma méthode, avait-il ajouté, c'est que j'opère en enfonçant des flèches caustiques dans la profondeur des tissus. C'est là une opération véritablement chirurgicale, et je ne sache pas qu'on l'ait pratiquée avant moi. Je resterai dans cette croyance tant qu'on ne m'aura pas apporté la preuve du contraire. »

Ce à quoi M. Robert répond :

Depuis très longtemps on fait tomber des tumeurs érectiles en y enfonçant des cautères métalliques; mais, laissant de côté ce procédé opératoire, je soutiens que les trochisques étaient employés dans le but d'attaquer les tumeurs de leur profondeur à la périphérie, et l'idée thérapeutique est la même que celle de M. Maisonneuve.

— M. Larrey se félicite de voir M. Robert faire le même rapprochement que lui, à propos des trochisques, et il ajoute que le mode opératoire de M. Maisonneuve ne constitue pas une méthode.

— M. Broca : Autrefois, la cautérisation était employée pour attaquer les tumeurs de dehors en dedans, et couche par couche ; il y a une idée nouvelle dans la manière dont on cautérise aujourd'hui, car on fait des amputations à l'aide des caustiques. C'est là, en effet, une méthode, mais c'est M. Girouard qui en est l'inventeur.

Le mode opératoire de M. Maisonneuve en dérive, et, quoique supérieur à celui de M. Girouard, il n'en est qu'un procédé. J'ai vu M. Landolphi faire 17 cautérisations de quatre heures chacune sur le même malade; une seule séance suffit à M. Maisonneuve pour séparer une tumeur des parties sur lesquelles elle repose. Le procédé de notre collègue est donc bien préférable aux autres; mais, je le répète, ce n'est qu'un procédé.

— M. Follin : J'ai vu M. Girouard pratiquer les cautérisations à l'hôpital St-Louis, il y a cinq ans; après avoir incisé l'escarre circulaire dont il entourait la base d'une tumeur, il enfonçait des flèches de pâte caustique solidifiée ; mais c'est une cautérisation horriblement douloureuse. Les douleurs durent trois ou quatre jours, et j'ai vu des malades qui, n'ayant pas la force de les supporter, réclamaient l'opération par le bistouri.

La pâte de Canquoin n'en est pas moins un excellent caustique, ayant des propriétés hémostatiques incontestables, bien que parfois j'aie vu survenir des hémorrhagies sans gravité, à la chute des escarres.

— M. Maisonneuve : M. Follin, tout en parlant très légèrement de la cautérisation, remet en question la priorité de la méthode opératoire, en disant qu'il l'a vu pratiquer depuis cinq ans. Voici encore une fois ma réponse : Je n'ai pas inventé la pâte de Canquoin, mais personne avant moi n'a enfoncé d'emblée des flèches caustiques au milieu des tissus. Dans la méthode de la cautérisation en flèche il y a les procédés :

1° *Circulaire;*
2° *Central;*
3° *En faisceaux.*

Mais ce ne sont que des applications variées de la méthode. Je soutiens que, avant février 1856, personne n'y a eu recours; pour me prouver le contraire, qu'on ne se contente pas d'affirmer, mais qu'on apporte un texte.

Relativement à la durée de l'action du caustique et des douleurs qu'il cause, je soutiens qu'au bout de trois heures la cautérisation a les limites qu'elle doit avoir; que sans doute dans les cas de tumeur énorme, il y a de la douleur, mais les malades la préfèrent encore à celle que l'instrument tranchant produit. Au bout de cinq heures, ce n'est plus qu'une sensation de chaleur qui ne tarde pas à disparaître. Vers le huitième jour, il se manifeste un autre genre de douleur qui accompagne l'inflammation éliminatrice.

— M. Follin : Que M. Maisonneuve soutienne à des élèves qu'il a constitué une méthode, que la cautérisation telle qu'il la pratique est quelque chose de nouveau, peut-être alors trouvera-t il quelque créance ; mais une pareille prétention n'est pas sérieuse ici, où elle peut être appréciée par des chirurgiens qui savent que le mode opératoire de notre collègue diffère à peine de celui de M. Girouard.

Le chirurgien de Chartres cautérise circulairement, puis il enfonce des flèches caustiques pour énucléer les tumeurs.

M. Maisonneuve fait-il autre chose ?

Qu'importe que l'on commence par pratiquer des ponctions avec le bistouri ou qu'on ait recours à la formation d'une escarre circulaire pour pouvoir enfoncer des flèches; il n'y a là qu'une modification insignifiante. Si même je devais me prononcer entre les deux modes opératoires, je n'hésiterais pas à choisir le procédé de M. Girouard, celui de M. Maisonneuve exposant à des pénétrations de la cavité thoracique, dans les cas où les tumeurs du sein sont adhérentes aux parois du thorax.

Quant à la douleur causée par cette cautérisation, je soutiens qu'elle est excessive, et qu'il faut un courage à toute épreuve pour la supporter. Vous en aurez une idée en apprenant qu'un malade s'est sauvé de la Pitié avec le dos lardé de flèches, dans la crainte qu'on pût recommencer une pareille opération.

— M. Maisonneuve : J'ai demandé des preuves écrites, et l'on me répond, en parlant d'un malade qui se serait échappé de l'hôpital avec des flèches dans le dos ! est-ce là une argumentation sérieuse? Il peut se faire qu'un opéré ait demandé à sortir, et il n'y aurait rien d'extraordinaire à cela. Souvent, je pratique des cautérisations dans mon cabinet pour des tumeurs peu volumineuses et les opérés s'en retournent chez eux. Comme personne n'oppose une observation écrite à mes assertions, je maintiens tout ce que j'ai dit.

— M. Follin : Et moi aussi.

— M. Depaul met sous les yeux de la Société un monstre double appartenant à la famille des sycéphaliens et rentrant dans le genre synote, si bien décrit par Geoffroy Saint-Hilaire père. Il doit cette pièce intéressante à Mme Labbé, sage-femme attachée au bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement.

Après avoir fait connaître les particularités que l'examen extérieur permet de reconnaître, M. Depaul annonce qu'il se propose de faire une dissection complète, et qu'il aura soin de faire connaître à la Société les détails intéressants qui seront constatés.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION (1) ;

CLASSES NOUVELLES ;
APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES ;
COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

Afin de donner, tout d'abord, à mon *compresseur élastique et gradué* son caractère propre, je vais essayer de lui affecter une place parmi les appareils du même genre déjà connus.

M. Broca, dans son admirable *Traité des anévrysmes*, indépendamment des appareils particuliers pour la compression *directe* ou *indirecte*, range ainsi les compresseurs, en se fondant, surtout, sur la *forme* et d'une manière accessoire sur l'*action*.

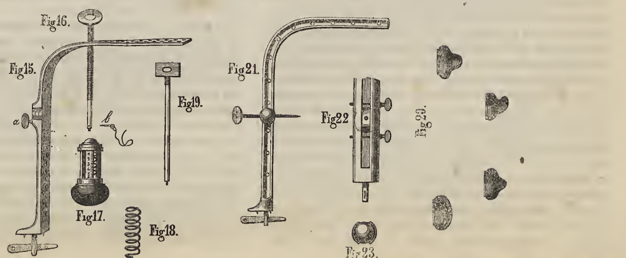
Compresseurs . { à ressorts,
à anneaux,
à arcs,
à tiges articulées.

En nous appuyant, de préférence, sur le mode d'action et accessoirement sur la forme, nous vous proposons cette classification :

COMPRESSEURS.

I Non élastiques.	amorphes.		Garrot de Morel. Tourniquet de J.-L. Petit. Bandage de Genga, etc.
	à anneaux.		Viricel, Hutton.
	à arc		Dupuytren.
	à tiges articulées		L'Estrange. Bigg.
II Élastiques	Non gradués.	Ressorts.	Duval (de Brest), etc.
		Tiges articulées.	Carte. Mathieu. Broca.
	Gradué	J. Roux.	

La planche suivante (planche VII) donne les principaux détails de mon compresseur..



Compresseur élastique et gradué.

Figure 15. — *Armature* métallique articulée, de 0,26 de haut, de 0,025 de large, de 0,005 d'épaisseur; criblée de deux rangées de trous de 0,008 de diamètre, trous alternes, taraudés; formée par l'assemblage de deux pièces qui se meuvent l'une sur l'autre et qu'immobilise la vis latérale *a*.

Figure 21. — *Armature* à arc, de même forme, de même hauteur. Tige métallique unique en bas, bifide ensuite, recevant dans l'écartement de ses deux branches concaves taillées en lime et comme dans un chemin de fer, une ou plusieurs boules taillées aussi en limes, taraudées dans leur diamètre, qui est de 0,03 (figure 23).

Ces deux armatures se fixent isolément au choix de l'opérateur, sur l'appareil polydactile, où une simple clavette les retient invariablement.

Figure 22. — Boule fixée par deux vis sur un point de l'armature; il peut être utile d'en mettre deux.

Figure 16. — *Vis de pression*, de 0,18 de long, 0,008 de diamètre, dont la longueur peut varier; une extrémité est à oreille percée d'un trou pour la fixer au besoin, l'autre portant un tenon à crête pour fixer la pelote sur la vis, et l'en séparer à volonté, est lisse dans l'étendue de 0,06 pour s'engager dans la pelote, y tourner librement; une simple goupille *b* remplace ici la crête du tenon.

Figure 19. — *Indicateur à marteau*, tige lisse en fer de mêmes dimensions que la vis, servant à enfoncer la clavette et à explorer les trous de l'armature, afin de trouver facilement, celui que devra traverser la vis de pression pour tomber perpendiculairement sur la pelote.

Figure 17. — *Pelote digitale* composée de deux parties : 1° l'une supérieure en cuivre, de 0,06 de haut, de 0,05 de diamètre, sorte de boîte cylindrique graduée à l'extérieur sur deux colonnes, contenant un ressort à boudin que met en jeu la vis de pression après avoir traversé le trou de l'armature ou celui de la boule, et s'être engagée dans le sommet de la pelote. En tournant la vis, les deux plaques métalliques qui la composent en ce point s'écartent; chaque ligne de la graduation indique un poids de 0,500; l'échelle totale est de 7 kilogrammes, échelle bien suffisante dans la généralité des cas. En substituant à ce ressort celui figure 18, l'échelle s'élève jusqu'à 20 kilogrammes.

2° La partie inférieure, en liége recouvert d'une peau douce, se visse sur la partie supérieure, ce qui permet de la changer à volonté, pour l'approprier au volume de l'artère ou des parties à comprimer. Cette partie de la pelote, au moins aussi importante que la première, est en général convexe, ovale, aplatie en bas dans une étendue variable, et reproduit aussi exactement que possible la pulpe d'un ou de plusieurs doigts réunis; d'où le nom de *pelotes digitales!*

Figure 20. — Représente quelques-unes de ces pelotes seulement.

Il est indispensable de compléter cette description, par trop succincte, par quelques détails sur chacune des parties constituantes de mon appareil, qui sont d'ailleurs celles de tout compresseur, à savoir : 1° le point d'appui; 2° l'armature; 3° la pelote; 4° l'union de l'armature et de la pelote. Nous comparerons en même temps notre moyen de compression avec ceux qui jouissent du crédit le plus grand dans la science et la pratique.

1° Point d'appui (appareil polydactile).

Le point d'appui est tantôt la planche trouée de l'appareil polydactile qui supporte le corps, le membre tout entier, tantôt les chevilles latérales opposées à la pression : ces points d'appui sont très étendus, fixes, invariables, immobilisant non seulement la région malade, mais encore le tronc et la tête, les membres étendus ou fléchis; ils facilitent par un repos absolu partiel et général, la guérison de l'anévrysme. Ces points d'appui sont bien supérieurs, à mon avis, à ceux des *contre-pelotes*, des *attelles* et même des *gouttières* à contre-pression : en effet, les premières sont trop étroites et donnent peu de fixité à l'appareil : d'où le dérangement facile de celui-ci, l'interruption de la compression à l'insu de tout le monde, la nécessité d'une main intelligente pour la réappliquer. Le principal inconvénient des contre-pelotes est que, lorsqu'on relâche la pression dans les manœuvres alternatives du procédé Belmas, le point d'appui se dérange, l'appareil tourne autour du membre, abandonne le vaisseau et le malade ne peut lui-même opérer de nouveau la pression. Dans mon compresseur, au contraire, en raison de la fixité du point d'appui, le malade peut manœuvrer lui-même l'appareil, relâcher ou serrer la compression, sans que la pelote se dérange et que le chirurgien soit obligé d'intervenir toujours. Les secondes, c'est-à-dire les attelles à contre-pression, comme celle de l'appareil de Brückner, sont totalement abandonnées de nos jours à cause de semblables imperfections. Les troisièmes, enfin, les gouttières, ont deux inconvénients majeurs : un des liens qui les maintiennent exerce une compression circulaire sur le membre; la gouttière, en raison de sa surface arrondie, vacille, tourne sur le plan horizontal du lit et déplace ainsi les points de pression. Rien de tel dans notre compresseur : pas de constriction circulaire, pas la moindre compression forte des parties autre que celle de la pelote sur l'artère, pas de vacillation possible. En outre, aucune de ces gouttières n'immobilise tout le membre, le tronc, la tête, tandis que, dans notre appareil, cette immobilité est obtenue partout. Cependant, comme dans quelques circonstances il sera utile de rendre le compresseur moins étendu et presque portatif, on obtiendra facilement ce résultat en prenant le point d'appui sur une planche trouée spéciale, ou sur les *allonges* mobiles et plus ou moins larges de l'appareil polydactile.

2° Armature { **tige articulée à trous multiples,** / **arc à boule.**

L'armature de notre compresseur constitue, en définitive, un arc et a, sous ce rapport, beaucoup de simplicité, de légèreté et un maniement facile. Elle tient aussi des tiges articulées, mais on peut avancer, je crois, que si elle a les avantages des appareils à arc et à tiges articulées, elle n'en a pas les inconvénients. En effet, nous voyons que cette armature a une très grande fixité, que son mode d'articulation avec le point d'appui est mobile et que ce point d'appui a une échelle de trous qui permet de choisir le lieu de son implantation, en haut, en bas, de l'approcher ou de l'éloigner de la tête, du tronc, du membre. D'ailleurs, son turion articulateur étant arrondi en pivot et sa courbure convenablement calculée, celle-ci peut décrire un mouvement en arc de cercle dans des directions très variées. Les trous dont elle est percée, multiples, rapprochés, présentent des séries alternes tellement disposées que la vis qui les traverse peut toujours tomber sur l'artère perpendiculairement, du premier coup et sans ces tâtonnements inséparables de l'application des autres appareils. Ce dernier avantage est peut-être plus prononcé encore dans le modèle d'armatures à boules. A l'aide de ce mécanisme, notre compresseur est simple, peu encombrant, et, du moment qu'à ces conditions favorables il joint celle de la précision, il nous semble supérieur aux appareils anciens à arcs, à tiges articulées, qui ont moins de fixité, de précision, moins d'étendue des mouvements, moins de simplicité. Pour bien constater ces faits, il suffira de jeter un coup d'œil sur la complication de vis que présente le meilleur de ces appareils, celui modifié par M. Broca : nous trouverons cinq vis. Une première pour fixer l'extrémité de l'armature dans la coulisse de la gouttière de contre-pression; une deuxième pour arrêter l'une sur l'autre les deux parties de la branche verticale; une troisième pour le jeu de la branche horizontale sur la verticale (vis de Signorini); une quatrième pour maintenir dans une étendue voulue la branche horizontale sur la verticale; une cinquième enfin pour empêcher les mouvements de la pelote sur l'extrémité de la vis. De la complication des vis, si l'on se reporte à celle du jeu de toutes ces pièces dont le mécanisme absorbe presque toute l'attention, et si l'on se rappelle les inconvénients déjà signalés de la vacillation de la gouttière, de la compression circulaire d'une courroie, on ne pourra s'empêcher de convenir que l'appareil qui nous occupe tranche sur ce dernier par la simplicité, la fixité, la sûreté de son application.

3° Pelotes digitales.

Nos pelotes, construites en vue d'imiter un ou plusieurs doigts appliqués à la compression d'un corps, sont *aplaties* au seul point de la pression, *convexes* partout ailleurs, *ovales*, *résistantes*, sans rigidité extrême, de *dimensions* variables, pour s'accommoder aux artères grandes, moyennes ou petites, aux os, aux nerfs, aux tumeurs diverses, etc. L'échelle de ces pelotes est toujours fondée sur l'imitation des doigts qui multiplient leur nombre, et partant augmentent le volume, pour comprimer les parties profondes, qui s'isolent et diminuent ainsi la dimension pour atteindre les parties placées à la superficie du corps, toujours avec toute la précision désirable, afin de n'agir que sur un point, sur l'artère seulement, sans comprendre la veine, le nerf, les organes voisins, etc., dans la même compression. Mais ce qui distingue particulièrement nos pelotes, c'est l'élasticité, la graduation de la force, l'indépendance.

Elasticité. — Dans les appareils de Carte, de M. Mathieu, dans celui de M. le dr Broca, la force élastique est placée dans le voisinage de l'écrou, au-dessus de l'armature. Il résulte de la situation du cylindre en caoutchouc ou des deux ressorts à boudin de ces appareils, rejetés loin de la pelote, que l'élasticité transmise, pour ainsi dire, à travers un levier étendu, est moins fixe, moins directe, en quelque sorte perdue ou absorbée dans ce bras de levier : j'ai placé le ressort élastique dans la pelote elle-même, et certainement avec avantage : je suis trop peu versé dans la mécanique pour vous donner une démonstration technique de mon assertion, mais en jugeant cette question par sentiment et en comparant les très petites choses aux très grandes, il me semble que, si Archimède avait voulu remuer ou comprimer la terre, avec un ressort donné, annexé à son célèbre levier, il l'eût placé contre la résistance plutôt que vers un point éloigné sur l'immense bras de la puissance.

Graduation. — L'échelle tracée sur la pelote permet d'apprécier, très exactement, le poids qu'il faut à chaque artère pour la comprimer suffisamment. Vous m'avez vu dresser un tableau curieux de la quantité de pression que réclame chaque vaisseau pour l'interruption du cours du sang et déterminer une moyenne, prise sur un assez grand nombre d'individus. Cette appréciation, en apprenant à n'appliquer sur les tissus vivants que le degré de force rigoureusement indispensable, servira à la faire mieux supporter, à la rendre plus durable, et agrandira ainsi l'application de la compression comme méthode curative des anévrysmes, etc., etc. Et si on objectait : que l'expérimentation clinique a justement appris à se défier des forces élastiques, de celle du caoutchouc, par exemple, il faudrait répondre : que le danger inhérent à ces ressorts n'a de réalité que lorsqu'ils produisent des compressions aveugles, dont il sera facile de conjurer les funestes effets, à présent que leur puissance, rigoureusement appréciée, exactement graduée enfin, pourra être dispensée avec mesure, et d'une manière alternative, sur tous les points d'une artère, d'une veine, d'un nerf, d'un membre, etc., etc.

Indépendance. — La faculté de fixer la pelote à l'appareil ou de l'en détacher à volonté, semble de peu d'intérêt et même sujette à inconvénients. Je dois avouer que j'attache une grande importance à cet isolement, à cette indépendance, parce qu'elle déplace à son avantage les conditions d'application inhérentes aux autres appareils compressifs. Tandis que, dans les compresseurs anciens, la disposition de l'armature et la marche de la vis sont l'action souveraine et la pelote l'esclave, dans le compresseur nouveau c'est la pelote qui commande et la vis qui obéit. Dans cette substitution de l'attention pathologique à l'attention mécanique, dans cet intervertissement des rôles, c'est la pelote qui devient la partie intelligente puisqu'elle remplace immédiatement le doigt du chirurgien. Cette mutation opérée, il n'y a plus qu'à en assurer le maintien, et c'est là l'office de la vis de pression engagée dans le trou le plus direct de l'armature, celui que l'indicateur à marteau préalablement essayé a nettement et rapidement indiqué.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 novembre 1858. — Présidence de M. Barth.

Sommaire. — Suite de la discussion sur la *trachéotomie* : MM. E. Barthez, Bouchut, Blache, Sée (1).

M. Bouchut : C'est bien à tort que, doutant de lui-même et des forces de la coalition scientifique formée contre mes *recherches statistiques, symptomatiques et curatives du croup*, M. Roger a cru devoir réclamer l'assistance de M. Marc d'Espine. Ce secours étranger était au moins inutile, si même il n'est compromettant, et l'argumentation pressante de mes savants collègues me paraît beaucoup plus redoutable pour moi que la lettre moins sérieuse que plaisante du médecin de Genève. Si M. d'Espine avait lu tout mon travail dans la *Gazette des hôpitaux*, au lieu de s'en tenir à l'extrait de la *Gazette médicale*, il ne se serait pas aussi complétement égaré sur la nature de ma statistique ni sur mes conclusions.

M. d'Espine ne croit pas qu'il y ait une progression croissante dans la mortalité du croup à Paris et il choisit dans mon tableau relatif aux 32 années comprises entre 1826 et 1858 les 13 années qui conviennent le mieux à ses goûts contradictoires. Il ne tient aucun compte des années antérieures à 1839, et, prenant ce point de départ jusqu'à 1851, soit 13 ans, il déclare, foi de statisticien, que les chiffres annuels de mortalité sont plutôt stationnaires que progressifs, puisqu'ils sont, en ordre de date : 282—347—349—275—211—297—297—307—740—374—305—359—331— et « qu'il faut franchement un puissant effort d'ima- » gination pour tirer de cette série une loi progressive d'accroisse- » ment. » Avec cette manière de procéder, on fait dire aux chiffres tout ce que l'on veut, mais c'est là un tort contraire aux principes de toute bonne méthode scientifique. M. Marc d'Espine n'a pas le droit de tronquer un tableau pour en prendre la partie qui convient à ses idées en laissant de côté celle qui leur répugne. En effet, de 1840 à 1858, la mortalité du croup oscille entre 250 et 400; je ne parle pas des deux années exceptionnelles d'épidémie où le chiffre s'est élevé à 740; mais, de 1826 à 1840, elle varie de 124 à 347, étant 11 fois sur 14 aux environs de 150. Elle est par ordre de date : 282—169—152—190—124—176—140—162—161—203—167—141—183—287—347— Si M. Marc d'Espine n'avait pas supprimé cette première partie de mon tableau, il aurait vu que, sans faire *un puissant effort d'imagination*, et dans le but seul de rendre hommage à la vérité, j'ai eu raison de dire : 1° Que la mortalité du croup est, de 1840 à 1858, deux, trois et quatre fois plus forte à Paris que dans les années comprises entre 1826 et 1840; 2° Que, par rapport à 1000 habitants, cette mortalité est également le double, le triple, et, dans les années d'épidémie, le quadruple de ce qu'elle était jadis.

M. Marc d'Espine me fait dire ensuite que je repousse toute augmentation du nombre des croups, et il m'attribue, je ne sais trop pourquoi, l'idée d'une augmentation de la mortalité du croup sur un nombre de cas déterminé. Je n'ai rien dit de semblable, par cette excellente raison que ni moi ni personne ne pouvons savoir le nombre de croups annuels développés dans Paris et qu'une pareille recherche, basée sur le diagnostic de chacun en particulier, est tout simplement une chose impossible. Cependant, de ce faux point de départ, M. Marc d'Espine me prête des conclusions, fort divertissantes sans doute, mais que je ne saurais accepter : « Dans le temps de ma pratique médicale, dit-il, le » croup comptait 9 décès sur 10 cas (mettons seulement 8 ou 7, si » l'auteur le préfère), et voilà que, sous le règne barbare de la chirurgie, » les décès ont quintuplé; je dis 5 fois avec l'auteur, qui s'est dûment » décidé à ne pas admettre un accroissement dans le nombre des cas. » Ainsi, sur 10 cas, la médecine perdait autrefois 7 malades et aujour- » d'hui on en perd au moins 5 fois 7, soit 35 décès pour 10 croups. » Il faut avouer que voilà une solution colossale. »

Nous avons tous ri, moi tout le premier, de cette drôlerie statistique de M. d'Espine, mais peut-être sans la comprendre de la même façon. La coalition s'est égayée à mes dépens au sujet de cette conséquence que M. d'Espine qualifie d'*absurde*, et moi j'ai ri de mes rieurs, pensant bien que chacun aurait son tour. Tout va s'expliquer quand vous aurez compris la méprise de M. d'Espine. En effet, si j'avais imprimé que la mortalité du croup sur un nombre de cas déterminé fut cinq fois plus forte aujourd'hui que par le passé, niant absolument l'accroissement du nombre des cas, l'argumentation aurait toute sa valeur, mais il n'en est pas ainsi. Je ne prétends pas qu'il n'y ait une faible augmentation du nombre des croups, ce qu'on ne peut prouver d'une façon péremptoire, et j'ai dit que la mortalité était, *proportionnellement à 1,000 habitants*, deux, trois, quatre fois plus forte à présent qu'autrefois. Or, prenant

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

le premier chiffre venu, soit 7 décès par an pour 1,000 habitants, et non pas pour 10 cas de croup, comme me le fait dire M. d'Espine, supposant ensuite un accroissement quintuple de la mortalité annuelle, nous aurons les 35 décès en question par 1,000, et vous voyez que cela pourrait encore augmenter d'une façon passable, sans mériter l'épithète d'absurbe, avec laquelle mon contradicteur a cru devoir m'accabler.

L'argumentation de M. d'Espine renferme encore une foule d'assertions erronées que le temps ne me permet pas de combattre; mais ce que je viens de dire vous permet d'en juger *à priori*. Ce médecin affirme, qu'à Paris les décès sont classés d'après une quinzaine de dénominations, entre lesquelles il faut que choisisse le médecin vérificateur : c'est une erreur; il y en a au moins 108 adoptées par le Conseil de salubrité et par les documents statistiques de la France en 1854; il ajoute que le dépouillement des bulletins de décès est confié aux employés d'un bureau de police, sans savoir que les savants médecins membres du Conseil d'hygiène et de salubrité sont consultés par M. Trébuchet, dès qu'il y a doute sur le classement des bulletins mortuaires; enfin, il affirme que l'angine couenneuse n'est pas indiquée dans la nomenclature de la ville de Paris, qu'elle se trouve réunie au croup, et que j'ai passé à côté de ce fait, *sans y prendre garde*; avec plus de précision dans ses études et plus de sévérité dans sa méthode, M. d'Espine aurait pu m'épargner cette dernière dureté. Il n'a qu'à ouvrir la *Statistique de la France pour* 1854; il y verra que les maladies classées par nature et par appareils physiologiques, sous une centaine de chapitres, renferment, page LXVII, ces mots représentant les décès de toute la France dans les villes au-dessus de 10,000 âmes. Croup : hommes, 1,278; femmes, 1,145; angines (de toute nature) : hommes, 1,177; femmes, 1,045. Il en est de même de cette mortalité absolue des phthisies, des fièvres typhoïdes, que M. d'Espine place, d'après la statistique officielle, de 80 à 85 ans ou de 85 à 90. Ces chiffres ne veulent pas dire qu'on meure davantage de phthisie ou de fièvre typhoïde à un âge avancé que dans la jeunesse. Ils expriment le fait de la mortalité de ces maladies eu égard aux survivants de cet âge, ou, comme on dit, eu égard à la population des âges. Cela n'empêche pas que, d'une manière absolue, la phthisie et la fièvre typhoïde ne soient plus fréquentes dans la jeunesse qu'à toute autre période de la vie. Je n'insisterai pas davantage auprès de vous, Messieurs, sur ces détails, et il y aurait mauvaise grâce de ma part de discuter plus longtemps contre un adversaire qui s'est jugé lui-même au début de sa lettre par ces paroles : « *S'il suffit de faire parler les chiffres pour porter le titre de statisticien, on n'est bon statisticien qu'à la condition de leur faire dire ce qu'ils disent et de mettre le lecteur en mesure de constater qu'une critique saine et complète a présidé à la déduction des résultats.* » Si ces dernières qualités constituent l'idéal du bon statisticien, je conseillerai à M. d'Espine d'élever son ambition jusqu'à leur conquête.

L'argumentation sérieuse et substantielle de mes collègues dans la Société a une toute autre importance scientifique. Ce n'est plus la statistique générale et l'accroissement absolu ou proportionnel de la mortalité du croup à Paris qui est contestée par mes savants adversaires, c'est l'interprétation que j'en ai donnée, et, à cet égard, je suis tout disposé à me rendre à l'opinion opposée, si elle a pour elle des preuves suffisantes. Dans leur argumentation, MM. Sée, Roger, Barthez, Trousseau, se sont appliqués à établir : 1° que le croup est plus fréquent aujourd'hui que par le passé, uniquement parce que dans les hôpitaux de l'enfance les admissions sont chaque jour plus considérables; 2° que la trachéotomie, loin d'augmenter cette mortalité, tend à la rendre plus faible; 3° que cette opération est ce qu'il y a de mieux à faire pour sauver les enfants; et, à l'exemple de Louis, de Caron, MM. Sée, Trousseau, etc., veulent qu'on la pratique de bonne heure avant l'asphyxie, car sur 39 croups ai si traités avant cette période du mal, on a constaté 25 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100. Voyons ces arguments, chacun à son tour.

Le croup a augmenté de fréquence, dites-vous, mais quelles sont vos preuves? Sauf les années exceptionnelles d'épidémie, c'est-à-dire en 1847 et en 1858, où la chose n'est contestée par personne, cette augmentation présumée repose sur le fait de l'augmentation du nombre des admissions de croup à l'hôpital des Enfants. Cette conclusion est fautive. Toutefois, on allait moins volontiers à l'hôpital que de nos jours. De plus, le traitement du croup étant exclusivement médical et pharmaceutique, les médecins continuaient leurs soins à domicile jusqu'à la mort des malades, tandis que depuis la trachéotomie, les médecins, ne voulant ou ne pouvant pas se charger de cette opération, adressent les parents à l'hôpital pour réclamer cette dernière ressource chirurgique. On les envoie à l'hôpital pour les faire opérer, et c'est ainsi qu'il y a maintenant 75 et 100 croups par an à l'hôpital des Enfants, alors qu'en 1826 il n'y en avait qu'un seul. Si M. Sée, qui juge de l'augmentation du croup par la progression des admissions à l'hôpital, voulait être conséquent avec lui-même, il devrait dire qu'il y a maintenant cent fois plus de croups qu'il y a 32 ans, mais il reculerait devant cette conséquence. Ce n'est donc pas au moyen du nombre croissant des croups à l'hôpital qu'on peut apprécier la véritable fréquence de cette maladie à Paris.

Soutenir néanmoins que le croup est quatre fois plus fréquent que par le passé pour justifier sa mortalité proportionnelle, quadruple, me paraît une hypothèse de circonstance et impossible à défendre. Avant d'écrire que le croup n'est pas beaucoup plus fréquent dans les 15 années qui viennent de finir que dans les 15 années précédentes, j'ai commencé une statistique des médecins ayant une longue pratique et dont l'expérience pourrait être une autorité pour moi. Sauf MM. Gourand et Thirial, qui m'ont dit que le croup était beaucoup plus fréquent qu'autrefois, les autres, MM. Alibert, Adorne, Fournier, Rousset, Fleurus, Léger, Recurt, Duhamel, Arnal, Pâtissier, Hauregard, Vosseur, Hatin, Lenoir, Monod, etc., etc., m'ont déclaré que cette augmentation de fréquence n'existait pas. Dans une question de ce genre, l'enquête auprès des médecins d'un certain âge est la seule manière d'arriver à une solution convenable, et les démarches que j'ai faites auprès d'un certain nombre de mes confrères, m'ont convaincu que, pour la masse des médecins de Paris, le croup n'avait pas beaucoup augmenté de fréquence.

La trachéotomie, ajoutent mes adversaires, n'est pour rien dans l'augmentation proportionnelle de la mortalité du croup; au contraire, elle sauve 64 malades sur 100, lorsqu'elle est faite avant l'asphyxie. Que MM. Trousseau, Sée et Roger me permettent de leur dire que ces chiffres amplifiés, formés de la multiplication par 2 1/2 de 25 succès sur 39 opérés, ne constituent pas une statistique régulière, et que ce sont des chiffres inexacts. En effet, chacun sait qu'en chirurgie, il y a des séries d'opérations heureuses et malheureuses, et qu'on n'obtiendrait pas deux fois de suite 25 guérisons sur 39 trachéotomies. La proportion de 64 succès sur 100 croups opérés peut donc être considérée comme imaginaire. La preuve, c'est qu'en voulant m'assurer des résultats réels de l'opération incriminée, par une enquête particulière auprès de nos plus célèbres chirurgiens, j'ai trouvé, en causant avec eux pour avoir des renseignements, que sur 388 trachéotomies dans le croup, il y avait eu 346 morts et 42 guérisons. Trois d'entre eux, MM. Lenoir, Monod et Jarjavay ont même été jusqu'à me dire que c'était une opération qu'ils ne voulaient plus faire.

	Opérés.	Morts.	Guérisons.
MM. Gosselin	23	23	0
Brochin	3	3	0
Follin	15	13	2
Broca	10	4	6
Depaul	7	6	1
Ad. Richard	12	10	2
A. Guérin	12	11	1
Michon	20	18	2
Deguise	12	12	0
Laugier	8	7	1
Huguier	8	8	0
Velpeau	13	9	4
Jarjavay	12	12	0
Faure	6	6	0
Auzias	2	1	1
Robert	21	18	3
Nélaton	36	33	3
Jobert de Lamballe	60	50	10
Lenoir	20	19	1
Desormeaux	11	9	2
Monod	40	40	0
A. Thierry	37	34	3

Un pareil résultat n'a pas besoin de commentaires, et je le livre aux méditations de M. Sée. Je vais m'occuper de ses chiffres, dont l'exactitude est fort douteuse.

De 1840 à 1849, d'après cet éminent collègue, on recevait aux Enfants de 15 à 25 croups par an; or, dans la statistique *officielle*, la mortalité du croup à l'hôpital est, par ordre de date : 15 — 19 — 8 — 13 — 17 — 22 — 23 — 27 — et 65 en 1848; ce qui, avec les guérisons, suppose un bien plus grand nombre de croups que ne l'indique notre savant collègue.

En 1847, année d'épidémie, M. Sée indique 21 admissions, et, dans la statistique *officielle*, je trouve 27 *décès*; de même, pour les 3 années comprises de 1846 à 1848, la statistique officielle enregistre pour l'hôpital 115 décès de croup, là où M. Sée en annonce 58 *seulement*. Ces résultats numériques, aussi bien que les statistiques à courte période et *amplifiés pour les besoins de la discussion*, sont donc des choses à revoir, et, jusqu'à rectification complète, il est impossible d'en rien conclure. J'en dirai autant de la petite statistique de mon savant collègue Bergeron, qui, sans préambule ni conclusion, expose que, pendant 5 ans 1/2, le croup a fait, dans le 3me arrondissement, 99 victimes dont 17 ont été opérées, et, dans ces 99 décès, il y en a eu 54 sur les filles et 45 sur les garçons, ce qui prouve que la pathologie du 3me arrondissement est contraire à celle de tous les autres arrondissements réunis, où l'on voit les *décès masculins du croup* l'emporter de beaucoup sur les décès féminins. Voilà où mènent les statistiques partielles à courte période et sur de petits nombres. Elles se détruisent les unes les autres par leurs résultats contradictoires.

La question vraiment sérieuse, pratique et importante de ce grand débat scientifique n'est pas le grattage et le tubage, qui viennent de me donner un succès. Ce sont des méthodes qu'il est encore impossible de juger, faute d'expériences. Ce n'est pas davantage la trachéotomie, pour le *croup asphyxique*, dont je n'ai jamais contesté les avantages et que j'ai encore pratiquée le 1er novembre de cette année; c'est la *trachéotomie préventive de l'asphyxie croupale*. Cette trachéotomie préventive est, en effet, la seule que j'incriminai par ces paroles : « *Elle n'est pas à l'abri de tout reproche dans l'accroissement de la mortalité du croup.* » Je ne diffère d'opinion avec mes collègues Sée, E. Barthez et Roger, que sur l'opportunité de cette opération, et le professeur Trousseau ne devrait voir dans mes recherches qu'une entrave aux abus et non à l'exercice de l'opération que, d'après Caron, il a tant contribué à remettre en usage.

Déjà Louis avait dit : « La bronchotomie nous paraît devoir être le *premier secours* (contre le croup); la saignée, les purgatifs ne peuvent avoir un effet assez prompt et feront toujours perdre un temps infiniment précieux. » Caron pensait de même, et, bien que M. Trousseau lui conteste injustement l'honneur d'avoir fait la trachéotomie, il l'avait déjà deux fois pratiquée en 1810, lorsqu'il demandait *que le gouvernement rendît responsable le praticien qui laisserait mourir un croupalisé sans opération*. Cependant, son premier malade était mort sous le couteau et le second l'avait suivi au bout de quelques heures. A ce moment, on voulait faire de la trachéotomie tout le traitement du croup, mais, en suivant un peu plus tard l'exemple de Caron, M. Bretonneau se sépara de son guide et ne proposa cette opération que comme dernière ressource, et dans ces limites chacun put l'accepter. D'abord fidèle aux inspirations du maître, M. Trousseau n'opéra comme lui que des croups asphyxiques, puis il conseilla de les opérer de très bonne heure, le plus tôt possible, ce qui fait que maintenant, dans nos hôpitaux, la trachéotomie est souvent faite par les élèves contre la seconde période du croup, MM. Trousseau, Sée et Roger vous ont en effet montré qu'en multipliant par 2 1/2 les résultats de 39 opérations ayant donné 25 succès, on obtenait une proportion de 64 guérisons probables sur 100 croups opérés avant l'asphyxie.

Quand faut-il donc opérer le croup?

Messieurs, mon savant maître, M. Grisolle, dont le livre est entre toutes les mains, vous dit que, si le croup est arrivé à la troisième période, il faut faire la trachéotomie, et quand on cherche ce que c'est que la troisième période, on voit que c'est celle qui caractérise une asphyxie imminente. Valleix n'en dit pas davantage dans son *Guide du praticien* et M. Trousseau, après avoir signalé la teinte bleuâtre ou l'extrême pâleur du visage, l'enfoncement du creux sternal à chaque inspiration, l'absence de murmure vésiculaire, la fréquence et la petitesse du pouls, ajoute : « *Il y a un je ne sais quoi qui imprime sur le visage les signes d'une mort prochaine et qu'il est impossible de décrire.* » Cela est vrai, et ces symptômes ne sont si impossibles à décrire que parce qu'ils sont vagues, indécis et appartenant au domaine de l'art plutôt qu'à celui de la science.

Si ce sont là toutes les indications de la trachéotomie, je les trouve incertaines : 1° parce que la cyanose n'est pas constante, et qu'il y a quelquefois une extrême pâleur du visage; 2° parce que l'enfoncement du creux sternal existe dans le catarrhe suffocant de l'enfance; 3° parce que l'absence du murmure vésiculaire, aussi bien que la fréquence et la petitesse du pouls n'ont aucune importance décrétoire. Reste enfin « *ce je ne sais quoi* » dont parle M. Trousseau, et qui, devenu tout à coup le motif déterminant de l'opération, sera la réponse du médecin à quiconque lui demandera pourquoi il s'est décidé à prendre le bistouri. « *Je ne sais quoi* » ne sera jamais une indication pour personne, surtout si, dans une maladie asphyxique *apparente* ou *latente*, comme peut l'être le croup, un médecin peut remplacer le « *je ne sais quoi*, » phénomène assez incertain de l'asphyxie, par un symptôme tel que l'*anesthésie*, phénomène constant, incontestable et incontesté de l'asphyxie, facile à reproduire expérimentalement sur les animaux que l'on veut sacrifier.

L'anesthésie dans le croup, indiquée par moi à l'hôpital depuis plusieurs années, et à l'Institut le 25 juillet 1858, est, en effet, le symptôme qui mesure les degrés de l'asphyxie, comme le thermomètre ceux de la chaleur; c'est le seul bon caractère d'un obstacle à l'hématose. D'abord incomplète, elle ne devient complète que par degrés; elle commence par les membres pour gagner peu à peu le thorax et le visage. Elle s'établit et disparaît tour à tour, suivant que l'obstacle se forme ou disparaît. C'est à ce point qu'elle perd quelquefois son intensité par un effort de toux et d'expectoration qui expulse des mucosités bronchiques ou des faussses membranes. J'ai vu des enfants anesthésiques et asphyxiés que l'application d'un tube glottique rendit sensibles, et qui, devenus encore anesthésiques peu d'heures après lorsqu'un nouvel obstacle eut ramené l'asphyxie, retrouvèrent la sensibilité par la trachéotomie. Plusieurs fois des enfants, opérés dans un état complet d'insensibilité, ont presque aussitôt recouvré la sensibilité, et je n'ai jamais vu de croup asphyxique où il n'y ait pas d'*anesthésie complète* ou seulement *incomplète*.

Lorsqu'avec le croup il n'y a pas de diminution de la sensibilité, on peut être sûr qu'il n'y a point d'asphyxie, et le cas invoqué par MM. Sée, Blache et Trousseau, pour établir que trois minutes avant le mort la sensibilité d'un enfant atteint de croup n'avait pas diminué, ne prouve rien, parce que l'autopsie n'a pas établi la nature et le degré des lésions formées dans le larynx. Rien ne démontre que, dans ce fait, l'enfant eût un croup asphyxique plutôt qu'un de ces croups infectants qui empoisonnent les enfants sans les asphyxier d'une façon toute mécanique.

M. Blache fait observer que les enfants échappent à la loi posée par M. Bouchut, relativement à l'anesthésie dans le croup. Il rappelle ensuite que c'est bien à tort que M. Bouchut conteste l'exactitude de l'observation de l'enfant chez lequel l'anesthésie a été observée quelques minutes avant la mort, attendu : 1° que l'autopsie ayant été faite a révélé l'existence de fausses membranes dans le larynx, dans la trachée et jusque dans les troisièmes divisions des bronches; 2° que l'enfant a manifesté sa sensibilité au moment où l'on a agi sur la peau, en criant : *bobo*.

M. Bouchut : Mes contradicteurs savent, en effet, comme moi, qu'il y a des cas où les fausses membranes du larynx ne sont ni assez épaisses ni assez étendues pour produire l'asphyxie, et que l'examen du larynx montre qu'il n'y a pas d'obstacle à l'hématose. Dans ces cas-là, la mort a lieu par empoisonnement, et toute trachéotomie est inutile. C'est alors qu'avec le croup il ne peut pas exister d'anesthésie; mais dans les cas ordinaires, accompagnés d'asphyxie, il se produit toujours une diminution de la sensibilité plus ou moins forte, et ce phénomène acquiert la plus grande importance. En effet, toutes les fois qu'on opérera avant l'analgésie, on fera une trachéotomie préventive, tandis que guidés par ce phénomène sur et infaillible, les médecins sauront que s'ils prennent le bistouri, c'est pour remplir une indication nette, précise, et qu'on ne saurait différer. Dans quelques cas, d'ailleurs, où l'asphyxie est lente et latente, sans suffocation ni cyanose, ce phénomène est le seul qui puisse révéler la nature du danger qui menace les enfants. Sous ce rapport, il est impossible de trouver une indication plus précise de la trachéotomie dans le croup, et je me félicite de l'avoir fait connaître, pensant qu'elle pourra réglementer l'usage d'une opération jusqu'ici trop abandonnée à l'arbitraire de chaque médecin.

Je m'arrête, Messieurs, dans la crainte d'abuser de votre attention, et pour ne pas ajouter une fatigue aux regrets que nous pouvons avoir de différer sur ces questions importantes; mais, en terminant, je dirai :

1° M. Marc d'Espine s'est trompé dans ses accusations contre la loi d'accroissement absolu et proportionnel de la mortalité du croup à Paris.

2° Le croup a peut-être un peu augmenté de fréquence, mais personne n'a démontré qu'il fût trois ou quatre fois plus fréquent que par le passé à Paris, ce qu'il faudrait faire pour justifier un accroissement proportionnel de mortalité, et, au contraire, un grand nombre de médecins déclarent que le croup n'a pas sensiblement augmenté.

3° L'augmentation des cas de croup dans les hôpitaux résulte de ce que les médecins nous envoient les malades pour les faire opérer, ce qu'ils ne faisaient pas jadis.

4° La trachéotomie, que je n'ai jamais accusée d'être la cause de tout l'accroissement de mortalité établi par ma statistique, « n'est pas à l'abri de tout reproche à cet égard, » et la pratique des plus célèbres chirurgiens de Paris le prouve surabondamment sans qu'il soit nécessaire d'y insister.

5° La trachéotomie doit être exclusivement réservée pour le croup asphyxique à la dernière période et caractérisé par l'analgésie ou l'anesthésie; elle ne doit venir qu'après les moyens pharmaceutiques et mécaniques du grattage et du tubage du larynx.

6° La trachéotomie, faite selon les préceptes de Louis et de Caron, à titre de traitement du croup et à la deuxième période du mal, comme moyen préventif de l'asphyxie, est un abus chirurgical contre lequel je dois protester.

7° L'anesthésie complète ou incomplète dans le croup est la meilleure des indications de la trachéotomie.

M. Sée, tout en se réservant de répondre plus amplement au discours de M. Bouchut, désire appeler l'attention de la Société sur deux points, à savoir : qu'aucun enfant atteint de croup n'a été opéré avant l'asphyxie commençante, c'est-à-dire avant cette période où la mort du sujet paraissait assurée ; en second lieu, M. Sée élève une réclamation de priorité au sujet du mémoire de MM. Bouchut et Empis sur l'albuminurie dans le croup.

M. Bouchut : Notre collègue M. Sée me reproche d'avoir omis son nom dans une publication que nous avons faite, M. Empis et moi, *sur l'albuminurie du croup et des maladies couenneuses*, et il réclame une priorité que nous n'avons pas cherché à prendre. En effet, nous avons dit au début de notre travail : « Ce phénomène entrevu par quelques médecins, mais non décrit, n'existe pas dans tous les cas d'angine couenneuse. » Etc., etc. Nous n'avons donc rien voulu prendre à M. Sée. Si nous n'avons pas mis son nom, c'est que, dans la Société, M. Sée avait dit, au mois de juin, que l'albuminurie existait dans la majorité des cas de croup, puis, au mois de juillet, que l'urine des individus atteints d'éruption après la trachéotomie *n'était pas plus albumineuse que dans les cas de croup simple*, ce qui différentie cet exanthème de la scarlatine. Nous avons vu là une contradiction formelle qui prouvait que M. Sée n'avait pas étudié cette forme d'albuminurie. Alors plutôt que de mettre publiquement M. Sée en contradiction avec lui-même, ce qui est toujours désagréable pour un savant, nous avons préféré dire : L'albuminurie a été vue par quelques médecins, mais elle n'a pas été décrite par eux, ce qui reste vrai, même après les observations de M. Sée.

Notre collègue dit ensuite, qu'à l'hôpital des Enfants, on n'opère le croup qu'au moment de l'asphyxie, et il cite quelques observations de la thèse de M. Millard. C'est une erreur.

Voici le résumé des 55 observations contenues dans cette thèse, et il s'en trouve 24 classées dans ce titre : *Croup à la deuxième période*, et 25 *Croup à la troisième période*. C'est d'après cette division que M. Sée, dans son argumentation contre moi, a dit : Pour les croups à la deuxième période, c'est-à-dire avant l'asphyxie, les succès de la trachéotomie sont de 64 pour 100. Cela est si vrai, que je prie M. le Secrétaire de suivre au procès-verbal la transcription exacte que je vais faire des paroles de M. Sée. Ainsi, dans le milieu de sa communication, notre collègue a dit : *Après de pareils résultats, on peut sans crainte enfreindre le principe qui consiste à attendre toujours l'asphyxie pour opérer.* C'est le principe que je défends. Puis en terminant, la quatrième conclusion de M. Sée est la suivante : *La trachéotomie guérit, en général, un quart des malades ; elle les guérit dans la proportion de 64 pour 100 si on la pratique avant l'asphyxie.* Je n'ai donc rien fait dire à M. Sée qu'il n'ait écrit lui-même, et je ne comprends pas sa réclamation, car tout le débat porte uniquement sur le fait de savoir si l'on opérera le croup avant ou après l'apparition des symptômes d'asphyxie.

Le secrétaire, Dr E. Hervieux.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

LA REVUE D'HYDROLOGIE MÉDICALE. — Nous avons une lacune à combler, et nous le faisons avec d'autant plus d'empressement que le journal dont nous voulons rendre compte a déjà plus de six mois d'existence, et s'est montré, par l'intérêt de ses travaux, à la hauteur du but qu'il se propose d'atteindre.

La *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*, fondée à Strasbourg au mois d'avril dernier, par le docteur Aimé Robert, répondait à un véritable besoin scientifique et pratique. Tandis qu'en Allemagne il existe un journal périodique destiné à faire connaître d'une manière plus précise les différentes stations thermales et le mode d'action de leurs eaux, nous n'avions en France aucun journal médical spécialement consacré à l'étude de cette ressource si précieuse de la thérapeutique. Les *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, en publiant les travaux les plus importants de cette Société, remplissent un but différent de celui d'une feuille périodique destinée à mettre au jour tous les faits nouveaux qui intéressent la science hydro-thermale, soit en France, soit à l'étranger. Tel est précisément l'avantage de la *Revue d'hydrologie médicale.*

Strasbourg, placée comme une sentinelle avancée de la science sur la frontière de l'Allemagne, cette ville, siége d'une de nos trois Facultés de médecine, et où l'étude de la science est cultivée depuis tant d'années avec un succès soutenu, Strasbourg est peut-être le centre le mieux situé pour récolter, avec profit pour nous, les faits intéressants qui se produisent au delà du Rhin. Or, l'Allemagne, on le sait, est riche en stations thermales qui se trouvent particulièrement répandues tout le long de la vallée du Rhin. Non seulement ces stations sont nombreuses, mais depuis longtemps les esprits sont portés chez nos voisins vers l'étude des eaux minérales. Tandis que le développement de cette branche si importante de la thérapeutique des affections chroniques est récent chez nous, elle est au contraire, depuis longues années, utilisée sur une large échelle par les médecins allemands.

Le docteur Robert, qui a fait de ces questions une étude spéciale, qui, entr'autres publications, a fait paraître l'an dernier un travail fort intéressant sur les stations thermales de la contrée si riche qu'il habite (1), aidé de la collaboration de plusieurs notabilités médicales françaises et étrangères, convenait parfaitement à la tâche importante qu'il s'imposait. Nous ne donnerons pas ici le sommaire des travaux qui ont déjà été publiés par la *Revue d'hydrologie médicale*. Plusieurs sont relatifs à quelques-unes de nos stations thermales les plus importantes, telles que Bourbonne, Vichy, Plombières, Nierderbronn ; mais les bains de l'Allemagne ont eu une part au moins aussi large aux études de la *Revue* : Baden, Wiesbaden, Hombourg, Wildegg (Argovie), ont été l'objet de recherches qui présentent souvent un très grand intérêt.

La *Revue d'hydrologie médicale* paraît une fois par mois ; renfermée dans un cadre modéré, et qui la met à la portée de tout le monde médical, cette publication nous semble digne d'encouragement, et c'est avec bonheur que nous lui donnons le concours des vœux que nous formons pour sa prospérité. Nous avons appris avec plaisir qu'elle a trouvé en Allemagne, comme en France, des souscripteurs assez nombreux pour que son avenir soit désormais assuré. Nous la recommandons à toute l'attention de nos confrères. Ce journal a autant et plus qu'aucun autre sa raison d'être ; il répond à un légitime besoin de la science, grâce aux travaux spéciaux et sérieux auxquels il ouvre ses colonnes ; il promet de contribuer pour une large part à l'avancement de tant de questions d'hydrologie médicale sur lesquelles la thérapeutique est loin encore d'être fixée.

(1) *Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la Forêt-Noire et des Vosges.* Paris, chez Hachette et Ce, 1857.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

British medical Journal. — Mai 1858.

ABCÈS SECONDAIRE DANS LES PARDIS DU CŒUR ; par le docteur Cutler. — La rareté de la pyémie chez les enfants, et des dépôts purulents secondaires dans l'épaisseur des parois du cœur, donne un grand intérêt au fait suivant : John B..., âgé de 5 ans, fut admis à l'hôpital St-George le 3 mai 1858. Il portait une maladie très étendue du calcanéum du pied droit, et était dans un état très grave ; le lendemain, il mourut avec tous les symptômes de l'infection purulente. A l'autopsie, on trouva une large plaie gangréneuse à la face externe du talon, mettant à nu une grande partie du calcanéum ; cet os était carié dans une étendue considérable, et la maladie gagnait même en avant l'articulation du calcanéum avec l'astragale ; les autres os du pied étaient sains d'ailleurs, bien qu'on y remarquât un certain degré de vascularité anormale.

On trouva un petit abcès sous le périoste de l'os frontal ; les os du crâne étaient sains ; les veines du diploé étaient dilatées. Les ventricules du cerveau étaient remplis de liquide ; il y avait un petit abcès à la partie antérieure de la seconde côte droite, qui était érodée ; ce foyer purulent comprimait la plèvre, mais celle-ci n'était pas ouverte. A la partie inférieure de la plèvre gauche, en arrière, il y avait des adhérences, mais encore assez molles. Le tissu des deux poumons contenait de nombreux abcès secondaires ; quelques-uns de ces petits abcès, situés sous la plèvre, à la circonférence des poumons, étaient déjà suppurés, et leurs parois semblaient se gangréner. Le péricarde renfermait une certaine quantité de liquide séro-purulent, et il y avait à la surface du cœur un dépôt considérable de lymphe. Dans l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche, il y avait une cavité comme gangréneuse, remplie de sang décomposé, et s'ouvrant dans le péricarde, juste au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire ; la cavité du cœur ne présentait aucun orifice correspondant à l'excavation que l'on trouvait sur la paroi externe ; mais il y avait en ce point un bouquet de végétations fibrineuses, légèrement infiltrées de sang.

LARGE TUMEUR VASCULAIRE DE L'ORBITE GUÉRIE PAR L'INJECTION DE TANNIN, par le docteur Taylor. — E. Y..., 24 ans, vint me consulter, dans le courant d'avril 1855, pour se faire traiter d'une tumeur vasculaire de l'orbite gauche. Cette tumeur était congéniale, à ce que me raconta la malade, et n'avait fait des progrès que depuis peu de temps. A cette époque, l'œil était dévié en haut et un peu en dedans et faisait une telle saillie en avant que la cornée venait au niveau du dos du nez. En exerçant sur l'œil une légère pression, il reprenait sa position normale, mais la tumeur venait alors faire saillie à la partie inférieure et interne de l'orbite ; dès que l'on suspendait la compression, l'œil faisait de nouveau saillie en avant et se déviait comme auparavant. La peau présentait sa coloration normale et l'on ne découvrait pas de battements dans la tumeur ; il y avait, au-dessous de la cornée, deux petites veines sous-conjonctivales fortement dilatées : la vue était très mauvaise. La malade refusa de se laisser opérer et retourna chez elle.

Elle revint à l'hôpital en mars 1857, la tumeur avait, sans cause connue, pris rapidement un développement considérable. La conjonctive était enflammée ; le globe devenait de plus en plus saillant et la malade éprouvait dans l'orbite une violente douleur qui s'irradiait à toute la tête. Sur la paupière supérieure, près du rebord de l'orbite, il y avait une tumeur grosse à peu près comme un haricot, qui avait commencé à se développer depuis quelques mois seulement. Cette tumeur était tendue, élastique ; elle ne se vidait pas par la pression ; la peau qui la recouvrait avait une teinte pourpre très prononcée.

Évidemment on ne pouvait laisser la malade en cet état, mais la difficulté était dans le choix de l'opération à pratiquer. La tumeur s'enfonçait dans l'orbite à une profondeur que l'on ne pouvait rigoureusement apprécier ; elle enveloppait l'œil complétement et lui faisait une sorte de coussin. La méthode des injections me parut la mieux indiquée ici, mais j'hésitai beaucoup à me servir des solutions que l'on emploie ordinairement en pareil cas, parce que ces liquides caustiques déterminent quelquefois des inflammations fort graves, accident qui, dans ce cas particulier d'une tumeur de l'orbite, aurait pu être suivi de la perte de l'œil et peut-être même de la mort par la propagation de l'inflammation au cerveau. J'avais connaissance des expériences faites par M. Walton sur les injections de tannin ; je savais que ce chirurgien avait réussi dans un cas analogue au mien ; j'eus donc recours à une solution de tannin, que j'injectai dans la tumeur, à l'aide d'une seringue d'Anel, par une ponction faite à la partie la plus saillante de la tumeur, entre la paupière inférieure et l'œil.

Une inflammation assez intense ne tarda pas à se développer, s'accompagnant de douleur et de gonflement, mais sans trouble de l'état général ; du reste, elle ne réclama pas d'autre traitement que l'application d'eau glacée sur la partie malade, et ne passa pas à la suppuration. Pendant la période inflammatoire, la tumeur prit, au niveau de la paupière supérieure, un développement considérable ; je pratiquai une incision sur ce point et trouvai que c'était un kyste contenant une sérosité trouble, ayant des parois épaisses et s'étendant profondément dans l'orbite. Je réussis à enlever la plus grande partie du kyste, mais je fus obligé d'en laisser une certaine portion qui, à cause de sa position profonde, ne pouvait être atteinte par le bistouri sans crainte de blesser l'œil. Lorsque l'inflammation eut cessé, je pus sentir que la partie du kyste que j'avais laissée dans l'orbite était complétement solidifiée ; l'œil était intact, mais fixe et immobile. La résorption de la tumeur se fit lentement. Enfin, lorsque je revis la malade pour la dernière fois, neuf mois après l'opération, l'œil avait à peu près repris sa position normale : il exécutait facilement tous ses mouvements dans l'orbite, et la vision était parfaite.

TUMEUR OSTÉO-CARTILAGINEUSE DÉVELOPPÉE DANS LES MUSCLES DE LA CUISSE ; par le docteur Birkett. — Le 2 février 1858, une malade vint consulter M. Birkett au sujet d'une tumeur qu'elle portait à la partie postérieure de la cuisse ; c'est une paysanne âgée de 32 ans, robuste et habituellement bien portante ; elle a eu deux enfants ; elle habite Londres depuis quelques années. La tumeur qu'elle porte est située sur la région externe et postérieure du tiers inférieur de la cuisse gauche ; elle est dure comme une pierre et ne cède aucunement à la pression même la plus énergique ; elle semble parfaitement circonscrite, ainsi qu'on peut s'en assurer en examinant la cuisse pendant que l'on fait exécuter des mouvements au genou. A l'exception de la courte portion du biceps fémoral, tous les muscles de la région postérieure de la cuisse sont faciles à reconnaître ; la tumeur paraît adhérer intimement au muscle biceps crural, peut-être même cette portion du muscle y est-elle comprise. La saillie que forme la tumeur sous les tissus de la région postérieure de la cuisse n'est pas considérable ; on peut la comparer à celle que produirait sous la peau un muscle biceps très développé et en état de contraction. Les téguments sont sains ; quelques veines sous-cutanées seulement sont variqueuses. Les vaisseaux et les nerfs poplités semblent être restés intacts malgré le voisinage de la tumeur.

La malade raconte qu'il y a environ deux ans elle sentit à la partie postérieure et externe de sa cuisse gauche une petite grosseur dure, de 2 pouces de diamètre environ, mobile sous la peau, où elle se déplaçait facilement. Depuis lors cette tumeur a fait des progrès considérables et est devenue le siége de douleurs assez vives.

Cette femme entra à l'hôpital le 9 février ; on put alors constater par une exploration attentive quels étaient les rapports exacts de la tumeur. Quand on saisit la tumeur pendant que les muscles de la région postérieure de la cuisse sont relâchés, on peut la déplacer dans tous les sens, ce qui prouve que, malgré sa consistance très grande, ce n'est pas une exostose du fémur, ni une tumeur adhérente à cet os. Quand les muscles sont contractés et l'aponévrose postérieure tendue, la tumeur devient fixe et immobile. De ce fait on conclut qu'elle est développée en dedans de l'enveloppe aponévrotique et qu'elle a probablement contracté des adhérences avec les tissus fibreux de cette région. L'union intime qui existe entre cette tumeur et la courte portion du biceps fémoral est démontrée par ce fait que, tandis que l'on distingue très bien la longue portion de ce muscle et son tendon, on ne peut pas découvrir la courte portion qui est masquée par la tumeur ou confondue avec elle.

Le 16 février, on procède à l'opération : une incision cruciale est pratiquée à travers les tissus, comprenant les téguments et l'aponévrose fémorale ; puis la tumeur est énucléée ; mais, pour arriver à ce résultat, on est obligé d'inciser une grande partie des fibres de la courte portion du biceps ; elle s'enfonçait profondément dans l'épaisseur de la cuisse jusqu'à la ligne âpre du fémur.

La tumeur présentait 4 pouces 1/2 de diamètre ; elle avait une surface irrégulièrement bosselée, et une couleur grisâtre. Elle était tellement dure à son centre, qu'il fallut la diviser avec une scie ; les deux tiers de cette tumeur étaient formés de tissu osseux, compacte sur certains points, celluleux en d'autres endroits ; le reste était composé de tissu cartilagineux. Elle était recouverte par une enveloppe de tissu fibreux. — D.

COURRIER.

Nous éprouvons la douleur d'annoncer la mort à jamais regrettable et bien imprévue de M. le professeur Bonnet, de Lyon. Ce savant chirurgien que nous avons vu naguère à Paris, plein de vie et de santé, a succombé en quelques jours à une apoplexie de la moelle dont il aurait éprouvé les symptômes après une leçon clinique. Le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon* annonçait une amélioration notable dans l'état de l'illustre malade, qui, malheureusement, ne s'est pas soutenue.

A Marseille, le corps médical vient de faire aussi une grande perte par la mort de M. le docteur Ducros.

Enfin, M. le docteur Carteron, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Mâcon, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 84 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — *Ordre du jour de la séance du mercredi* 8 *décembre :* Fin de la discussion sur la *valeur de la trachéotomie dans le croup.* — Communications de MM. Moissenet, Hérard, Maingault.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 146. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 9 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une bronchite compliquée d'une extinction de voix, — contre laquelle on ne dit pas que M. Malgaigne ait eu recours au tubage du larynx, — a empêché cet éloquent orateur de se faire entendre hier, au grand désappointement de l'immense auditoire qui avait envahi l'Académie. M. Malgaigne, dans une lettre où il a voulu rectifier quelques opinions qu'on lui avait, a-t-il dit, inexactement attribuées, a demandé à être entendu dans une séance ultérieure. L'Académie se gardera bien de se refuser ce plaisir. Mais ce plaisir est éloigné. Mardi prochain a lieu la séance annuelle. Les deux autres séances de fin d'année seront donc consacrées à l'élection des membres du bureau et des commissions permanentes; M. Malgaigne ne pourra donc faire sa réapparition à la tribune que dans une des séances de janvier prochain. Espérons que, même sans tubage, son précieux larynx se trouvera en bon état.

Cette tribune académique, que des orateurs exercés et souvent éloquents rendent de plus en plus redoutable, M. Bouillaud a voulu l'occuper à son tour; il a voulu aussi faire son discours de deux heures. M. Bouillaud a certainement réussi à occuper la tribune et à parler deux heures durant, moitié lisant un manuscrit, moitié improvisant. procédé très hasardeux, qui, en doublant les difficultés de l'oraison, double aussi les exigences des auditeurs.

Nous quittions assez tristement la salle des séances, sans doute sous l'impression de ces fâcheuses exigences, lorsque, dans la salle des Pas-Perdus, nous nous trouvons entouré d'un groupe très nombreux.

Un Académicien. — Comment allez-vous vous tirer de l'appréciation de ce discours?

Le Journaliste. — Je m'en tirerais beaucoup moins mal si vous aviez la bonté de me donner votre opinion.

L'Académicien. — Heureusement que je ne suis pas obligé de publier mes impressions, tandis que c'est votre devoir.

Le Journaliste. — Je ne considérerai jamais comme un devoir de faire de la peine à un académicien que j'aime et que je respecte. Que j'aime, à cause des défauts mêmes de son caractère, qui ne sont que l'exagération de ses qualités, l'indépendance et l'extrême sensibilité. Que je respecte, à cause de ses beaux travaux qui rendront son nom impérissable dans l'histoire de notre science.

Un Auditeur. — C'est fort bien; mais que deviennent alors la vérité et la justice?

Le Journaliste. — La vérité, chacun peut la trouver à la page suivante, au compte-rendu de la séance, et la justice, chacun peut la rendre en lisant ce compte-rendu.

Un deuxième Auditeur. — Véritable échappatoire. Vous ne direz donc pas que cet étrange discours a affligé tout le monde?

Le Journaliste. — Non, car ce ne serait pas la vérité, car M. Bouillaud a reçu quelques vigoureux applaudissements.

Un troisième Auditeur. — De quelques jeunes élèves de la Charité, sans doute.

Le Journaliste. — M. Bouillaud a déclaré qu'il ne faisait pas école et qu'il n'avait pas de disciples.

Un quatrième Auditeur. — Vous ne reconnaîtrez pas avec l'assistance tout entière que ce discours a paru aussi bizarre dans le fond que vulgaire dans la forme?

Le Journaliste. — Je ne me souviens que du professeur zélé qui, depuis vingt-sept ans, se dévoue à l'instruction des élèves.

Un cinquième Auditeur. — Vous n'avouerez pas que vous avez entendu ce discours il y a vingt-cinq ans pour la première fois, et que M. Bouillaud n'en donne qu'une nouvelle édition peu corrigée toutes les fois qu'il aborde la tribune?

Le Journaliste. — Je ne me souviens que des belles recherches de M. Bouillaud sur le rhumatisme.

Un sixième Auditeur. — Vous laisserez passer cette critique de l'homœopathie usée, commune et hors de propos, alors que vos avocats et le ministère public venaient d'en produire une si vive, si piquante et si pénétrante?

Le Journaliste. — Je ne me souviens que de la magnifique loi sur la coïncidence.

Un septième Auditeur. — C'est un parti pris, vous ne voulez rien dire.

Le Journaliste — Je ne veux pas affliger un honnête homme, dont le seul tort a été de commettre une erreur de temps, de lieu et d'auditoire.

Un second Académicien, professeur de la Faculté. — Ce serait pourtant un excellent conseil à donner à M. Bouillaud de s'abstenir de la tribune, où depuis plusieurs années il ne monte plus sans dommage pour sa réputation.

Le Journaliste. — Pourquoi donc ne le lui donnez-vous pas vous-même, Monsieur le professeur?....

A ce moment le groupe se dispersa, murmurant à mon adresse les mots de faiblesse et de complaisance. Et tristement je repassai la Seine, déplorant l'infirmité de notre pauvre nature, me rappelant mes beaux souvenirs de trente années, me souvenant d'une charmante intelligence, étoile de notre science, si brillante à son aurore, éclatante à son midi, et dont il serait bien regrettable que quelques nuages obscurcissent le couchant.

Amédée LATOUR.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

ACTION DES DISSOLUTIONS SALINES SUR L'ÉCONOMIE VIVANTE;

Par M. Edouard ROBIN.

On le reconnaît généralement, le sel marin, les sels alcalins neutres aux couleurs végétales, conservent, après la mort, les matières animales, en s'emparant de leur eau; ils les mettent, par cette dessiccation, à l'abri de l'oxygène, qui à froid n'exerce aucune action sur les tissus organiques desséchés.

Je l'ai fait voir ailleurs, ces dissolutions alcalines agissent encore d'une autre manière qui n'avait pas attiré l'attention; c'est en permettant d'autant moins l'approche de l'oxygène qu'elles sont plus concentrées.

Voici comment :

Une même dissolution saline incapable de se combiner aux gaz avec lesquels on la met en contact est-elle considérée à différents

---

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

Extrait

DU MANUSCRIT D'UN OUVRAGE AYANT POUR TITRE :

PRINCIPES DE LA DOCTRINE ET DE LA MÉTHODE EN MÉDECINE (1);

Par le docteur J. DELIOUX DE SAVIGNAC,

Médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

IV

De la notion de force.

Nous dépasserions toutes les bornes dans lesquelles nous voulons circonscrire notre sujet si, pour l'élucider, nous passions en revue tous les systèmes philosophiques. Nous arrêterons donc notre choix sur l'opinion de l'un des plus grands esprits des temps modernes, Leibnitz, parce que, à notre sens, il a traité cette question avec une supériorité incomparable, et avec une rigueur d'argumentation qui pourrait concilier sur ce point la métaphysique avec l'esprit sévère de la médecine.

Lorsque nous disions tout à l'heure que la matière réduite à l'étendue et aux seules conditions qui en dépendent, n'a pas en elle une raison d'action et ne peut être ainsi conçue comme substance, nous basions déjà notre opinion sur la doctrine leibnitzienne; le développement que nous allons lui donner maintenant est donc une conséquence logique de nos prémisses.

La matière, sans les propriétés qu'elle doit aux forces, la matière nue, comme l'appellent alors les métaphysiciens, est donc quelque chose de purement passif, dont les attributs n'enveloppent aucune action. Or, si dans cet état elle ne contient pas en elle le principe du mouvement, d'où vient ce principe? Suffira-t-il de dire, pour en donner l'explication, que le mouvement est la suite d'une loi éternelle portée par Dieu, dès l'origine des choses et que l'on appellerait la volition et l'ordre de Dieu? Sans aucun doute, en remontant de cause en cause, on arrive nécessairement en Dieu, la première et la dernière raison de toutes choses, comme l'a dit Leibnitz; c'est là une vérité de raisonnement que la métaphysique n'est pas seule à proclamer, et elle est ineffaçablement inscrite sur toutes les pages de la philosophie naturelle. Mais il ne suffit pas de dire que la volition divine est la loi première; comment l'ordre du mouvement est-il donné et exécuté?

De deux choses l'une :

1° Ou Dieu, présent à toute sa création, ordonne sans cesse aux corps de se mouvoir comme l'âme le désire, à l'âme de percevoir selon les sollicitations sensoriales du corps, et lorsque sa volonté fait trêve, l'âme et le corps retombent dans l'inaction, dont un nouvel ordre peut seul les retirer; dans ce cas, les mouvements du corps seraient l'*occasion* des perceptions de l'âme, et les volontés de l'âme l'*occasion* des mouvements du corps, l'occasion, c'est-à-dire la cause, ou si l'on veut, la cause occasionnelle; telle est la *théorie des causes occasionnelles* de Malebranche, complément et justification de l'hypothèse de Descartes sur l'*assistance divine,* pour expliquer les actions réciproques de l'âme et du corps.

2° Ou Dieu a, une fois pour toutes, ordonné le mouvement; pour cela, il a affecté intérieurement tous les êtres, il y a en quelque sorte imprimé sa trace, de manière qu'ensuite ils se sont trouvés modifiés et susceptibles de produire et de reproduire l'action sans une nouvelle intervention de la volonté divine. Il suffit donc à celle-ci de leur communiquer, et elle leur communique effectivement l'aptitude de se mouvoir spontanément dans le présent et dans l'avenir; sorte de puissance et de fécondité pour l'action, d'où l'opération pourra et devra suivre, si nul obstacle ne s'y oppose. En un mot, dans tous les êtres créés, Dieu a déposé les forces, et, en vertu d'elles, ils agissent. Telle est la pensée supérieure de Leibnitz; la connexion y est plus saisissable entre la cause force et l'effet action ou mouvement; elle est plus conforme à la grandeur de Dieu, qui n'est pas, comme un ouvrier attaché à une machine qu'il doit faire fonctionner, astreint à veiller sans cesse à l'exécution de ses ordres.

L'origine de la force et la spontanéité de ses manifestations étant établies, comment sa notion s'éclaircira-t-elle dans notre entendement.

Elle est du nombre de celles que la raison conçoit distinctement, mais que l'imagination ne saurait se représenter. Il est donc impossible de la décrire. Pour Leibnitz, « la force est essentiellement simple et une, » identique et inaltérable, spirituelle, immatérielle. Partant, elle est » impérissable, parce que cela seul qui est composé peut périr naturel- » lement par la dissolution, qui est la seule mort naturelle. La force ne » commence donc que par création et ne peut finir que par annihilation, » c'est-à-dire par miracle...... Elle contient l'acte en elle-même; elle » n'est ni la pure faculté d'agir, ni l'action, mais quelque chose de » moyen qui enveloppe l'effort; et, ainsi, c'est d'elle-même et par sa » propre vertu qu'elle se porte à l'action; elle n'a pas besoin de » secours, mais seulement de n'être pas empêchée. Elle est donc acti- » vement et véritablement motrice (1). »

Ainsi, la force a été érigée en un principe, immatériel, il est vrai, mais tellement lié à la matière, que l'une et l'autre sont inséparables et que leur séparation ne peut pas plus être conçue dans l'entendement que réalisée dans la substance des corps naturels. La notion de matière suppose donc celle de mouvement, et celle-ci, à son tour, la notion de force; point de matière sans mouvement, point de mouvement sans force. En dernière analyse, une force est une cause de mouvement.

V

De la notion de substance.

La force est le signe caractéristique de la substance, disent souvent les métaphysiciens; force et substance sont une même chose, l'un de ces termes équivaut à l'autre; toute substance est une force, et réciproquement. — Mais, à mon avis, ils ont tort, d'abord de ne pas s'entendre ou se bien expliquer sur la substance, et ensuite de confondre deux notions qui, quoique réunies, doivent rester distinctes. Nous avons tâché d'élucider la notion de force, essayons d'en faire autant pour l'idée de substance.

Le mot substance prête donc à l'équivoque, et les métaphysiciens, disions-nous, ne se sont pas toujours entendus sur le sens à lui donner. En s'en tenant rigoureusement à l'étymologie, il devrait désigner l'être complet, qui subsiste par lui-même, et jamais ce qui n'est que l'accident, la qualité, l'attribut de l'être, ce qui n'existe que par ses relations avec le sujet, ce qui, enfin, ne peut exister sans le sujet.

Pour moi, la force n'est pas une substance, mais un principe, un attribut inhérent à la matière qui, elle, implique plus logiquement l'idée de substance, c'est-à-dire de soutien, de support de la force. Toutefois, la matière n'étant rien sans la force et la force étant nulle sans un objet, la matière nue ne serait pas plus substance que la force seule; leur union réalise l'être, le rend complet, partant, le fait substance. Ainsi, nous sommes amenés en histoire naturelle, et par suite, en médecine, à ne reconnaître que des substances matérielles, tellement que, d'ordinaire, le mot *substance* seul sous-entend la qualification

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 octobre et 11 novembre.

(1) Introduction aux *Œuvres* de Leibnitz, par Amédée Jacques.

états de concentration, elle dissout d'autant moins ces gaz, qu'elle est plus chargée de sel, et les dissolutions les moins chargées ont déjà un pouvoir dissolvant plus faible que l'eau pure.

Compare-t-on les unes aux autres les dissolutions aqueuses saturées des différents sels métalliques, on voit qu'en général les gaz incapables de se combiner avec elles s'y dissolvent en quantité d'autant moins grande, qu'elles tiennent plus de sel en dissolution et qu'elles sont plus denses (1).

Ces modifications apportées par les dissolutions salines à l'action de l'oxygène sur les matières animales mortes m'ont paru nécessiter des variations importantes dans l'intensité de son action physiologique.

Pendant la vie, ceux d'entre les sels alcalins qui sont incapables de se combiner avec l'oxygène ne pourront pénétrer dans la circulation sans s'y opposer plus ou moins à la dissolution de ce gaz; leur action sera d'autant plus intense que la proportion des sels sera plus considérable relativement à celle de l'eau. Si, d'ailleurs, les dissolutions salines, introduites dans la circulation, parvenaient à s'y concentrer, elles s'opposeraient à ce que les parties d'oxygène dissoutes pussent se combiner dans les éléments du sang.

Mais, d'après ce que j'ai fait voir dans un autre mémoire (*Revue scientifique*, t. XXXVI, p. 97), tout ce qui diminue la quantité de combustion dans le sang détermine, par cela même, un abaissement de température, par suite, un ralentissement dans les mouvements et dans les fonctions; ceux d'entre les sels alcalins neutres ou légèrement basiques, qui ne sont pas combustibles, ne pourront donc pénétrer dans la circulation de manière à rendre plus considérable la quantité de matière saline, sans produire les effets qui viennent d'être indiqués; c'est-à-dire que, suivant la dose, ils seront tempérants, calmants asthéniques ou stupéfiants.

Pour que ces indications soient vérifiées par l'expérience, que faut-il?

Il faut que réellement la quantité de matière saline puisse augmenter dans le sang;

Que les sels neutres alcalins, pris à l'intérieur, puissent passer dans la circulation;

Enfin, que les expériences et les observations connues montrent qu'ils y produisent les effets physiologiques indiqués par la théorie.

En ce qui concerne les *quantités de matière saline du sang*, les faits sont de toute évidence :

« Dans les fièvres, quand l'élévation de température, la circulation et la respiration fréquentes amènent une abondante transpiration pulmonaire, et que la transpiration cutanée donne issue à une grande quantité d'eau, les sels se montrent dans le sang, car ils sortent en abondance par les urines.

D'une manière générale, à en juger par les variations des sels dans les urines, la quantité de matière saline qui passe dans le sang augmente avec la quantité d'aliments prise dans un temps donné et diminue, soit par la diète, soit par l'ingestion d'eau.

Un homme ne prend que de l'eau pendant plusieurs jours, les sécrétions lui ont fait perdre au bout de ce temps une quantité considérable de sels qui faisaient partie du sang, et l'acquisition

(1) Voir mon *Traité de chimie générale*, t. I, p. 344.

a été loin de compenser la déperdition; la proportion des sels a beaucoup diminué dans ce liquide.

A la suite d'une ingestion d'eau abondante, même sans qu'il y ait abstinence d'aliments, le sang forme momentanément une dissolution plus étendue; aussi, comme l'a constaté Davy, sa densité augmente quand on se prive de boisson, et par suite diminue quand on en fait un usage abondant.

Dans les maladies inflammatoires, la diète imposée aux malades détermine une diminution dans les sels de l'urine; une diminution analogue doit se produire dans les sels du sang.

Un fait reconnu par Davy vient à l'appui de cette manière de voir : la densité du sang diminue par l'abstinence d'aliments.

Du reste, MM. Becquerel et Mialhe, chacun en particulier, l'ont constaté expérimentalement; la quantité absolue des sels inorganiques contenus soit dans le sang, soit dans les urines, diminue toujours dans les maladies en raison de la diète et de la quantité des boissons ingérées. « La diminution des sels inorganiques a lieu d'une manière tellement marquée dans certaines maladies, dit M. Mialhe, qu'une simple dégustation est suffisante pour la constater : que l'on goûte comparativement le sang d'un malade *subitement* atteint d'une maladie inflammatoire et le sérum d'un malade depuis *longtemps* soumis à la diète, et l'on verra que, tandis que la saveur du premier liquide sera analogue à celle du bouillon de viande trop salé, la saveur du second liquide se rapprochera, au contraire, de celle du bouillon non salé. » (*Art de formuler*, p. 283.)

On sait qu'administrés à doses trop faibles pour être purgatifs ou vomitifs, les sels solubles sont généralement absorbés, soit en nature, soit après avoir éprouvé quelques transformations de la part des sucs intestinaux; ils vont s'ajouter à ceux qui se trouvaient dans la circulation, sans que la quantité de ceux-ci ait pu diminuer proportionnément; voilà donc une augmentation de matière saline dans la circulation, par suite une réduction dans la quantité d'oxygénation produite dans un temps donné, une diminution de chaleur animale, et un ralentissement dans la circulation.

Tels sont les faits montrant que la quantité totale des matières salines contenues dans le sang varie d'une manière notable dans ses proportions.

Les *faits relatifs à l'absorption des sels neutres alcalins* sont aujourd'hui généralement connus et convenablement interprétés.

Darwin fait prendre à un ami quelques grains d'azotate de potasse; le sel se retrouve dans l'urine examinée quelques heures après.

Wœhler a reconnu dans l'urine des chevaux et des chiens l'azotate de potasse qu'il leur avait avait administré.

M. Reynard, pharmacien à Amiens, a constaté la présence du même sel dans le sang et dans l'urine d'un malade qui en prenait 2 gros par jour. (*Journ. de pharm.*, t. X, p. 413.)

Plus récemment, en 1843, M. de Kramer a aussi trouvé dans le sang et dans l'urine, d'une part, l'azotate de potasse, d'autre part, le *chlorate de la même base* qu'on avait l'un et l'autre administrés par la bouche.

D'après plusieurs expérimentateurs, le *sulfate de soude* pris à petites doses, de manière à ne déterminer aucun effet purgatif, se retrouve dans le sang et dans les urines.

Vogel et Sœmmering, Tiedmann et Gmelin ont reconnu dans le sang le *sulfate de potasse* qu'ils avaient fait prendre à des animaux.

L'absorption de l'*hydrocyanate jaune de potasse et de protoxyde de fer* a surtout été constatée souvent, à cause de l'extrême facilité avec laquelle les plus petites quantités de ce sel peuvent, au moyen de l'hydrochlorate de sesquioxyde de fer, être reconnues dans les urines.

Donné à dose un peu forte, il se retrouve aussi dans le sang (Mayer; Home, *Transactions philosophiques;* Tiedmann et Gmelin (1); M. Magendie).

Restent les *effets physiologiques que déterminent par leur présence dans le sang ceux des sels neutres alcalins qui n'y éprouvent pas de combustion.*

Les sulfates de potasse et de soude, administrés à doses non purgatives, ont été employés comme sédatifs dans la pneumonie aiguë.

Le sulfate de potasse surtout était autrefois d'un fréquent usage en médecine dans la composition des poudres et des boissons tempérantes et sédatives (Malouin, *Chimie;* Lieutaud, Desbois de Rocheford, *Matière médicale*).

C'est ainsi que Stahl, qui avait étudié avec tant de soin les propriétés sédatives du nitre, l'avait associé au sulfate de potasse dans la préparation de la poudre tempérante qui porte son nom. Cette poudre, vulgairement employée en Allemagne dans les cas où l'on met en usage en France les bouillons rafraîchissants, était faite en mêlant avec soin et sous forme de poussière le sulfate de potasse, l'azotate de la même base et le cinabre, dans la proportion de 9 grains de chaque sel et 2 grains de cinabre.

Ces faits, je le sais, ne sont pas complétement satisfaisants; ils n'apportent encore que des probabilités là où l'on voudrait des actions physiologiques constatées rigoureusement : tel est l'état de la science. Les faits ne paraissent avoir été étudiés avec une précision convenable que sur l'azotate de potasse: mais il s'est comporté de tout point comme l'indique ma théorie, et l'analogie autorise à croire qu'il en sera de même de tous les sels alcalins réellement neutres.

Pris intérieurement à doses telles qu'il soit absorbé sans produire la purgation, le nitre exerce nettement une action tempérante et sédative; il y a ralentissement et affaiblissement du pouls, abaissement de la chaleur animale (2). A doses fortes, on observe une action stupéfiante considérable, la prostration des forces, une diathèse asthénique et même la mort (*Expériences de Pilger*).

Aussi ce sel a-t-il été utilisé comme hyposthénisant dans les fièvres inflammatoires (Macbride, Alston, Brocklesbi, M. Gendrin); dans les hémorrhagies actives (Stahl, Dikson, Laënnec), etc.

D'après ce qui précède, il me semble rationnel d'admettre :

Que la proportion des sels contenus dans le sang, pendant la vie, est susceptible de varier d'une manière notable;

Qu'elle augmente en particulier quand les sels alcalins sont administrés pendant quelque temps à doses telles qu'ils n'exercent pas d'action purgative;

Qu'à ces doses où ils pénètrent dans la circulation sans provo-

(1) Tiedmann et Gmelin, *Recherches sur la route que prennent diverses substances pour passer dans le sang.*

(2) Expériences de Pilger, d'Alexandre d'Edimbourg, de Martin-Sólon, etc.

---

matérielle; nous dénommons de cette manière la forme palpable de l'ensemble ou des parties des êtres des deux règnes, les minéraux natifs, les composés chimiques, les liquides et les solides organisés, les produits minéraux, végétaux ou animaux que nous employons comme médicaments. Telle est notre logique verbale en médecine, elle a force de loi, et je dirai plus, je la crois bonne. Je n'admets, enfin, dans l'homme, qu'une seule substance immatérielle, c'est l'âme.

VI

Idée de la dynamique vitale.

Après la conception de la force et de ses relations avec la matière, à côté de la géométrie, science de l'étendue, une autre science se révèle nécessairement, qui détermine les lois du mouvement, son intensité, sa direction, les conditions du repos et de l'équilibre, en un mot, la dynamique, la science des forces. Pouvait-elle rester bornée à la démonstration des lois de l'activité, inhérente aux corps inorganiques, mais si souvent latente en eux, lorsque l'observation était si vivement sollicitée par l'activité manifeste des corps organisés? Non seulement comme dépendance de la matière universelle ceux-ci étaient soumis à ses lois, mais comme supports de phénomènes où le mouvement semble atteindre sa perfection idéale, ils devaient suggérer l'étude des forces distinctes et supérieures qui les animent. La dynamique des êtres vivants est née de son évidence, et l'homme, qu'il s'en soit rendu compte ou à son insu, en a puisé la première notion en lui-même. Les corps seraient pour lui comme s'ils n'existaient pas, s'il n'avait la puissance de réagir contre les impressions qu'ils lui apportent et de se mettre spontanément en relation avec eux. Sa propre substance corporelle, il n'en acquiert la conscience que par le témoignage des actes qu'elle effectue, des fonctions spontanées qu'elle accomplit; il se voit et il s'entend vivre; il vit parce qu'il se nourrit, parce qu'il sent, parce qu'il se meut, et il en recueille enfin la plus haute preuve dans l'activité suprême de sa pensée : *Cogito, ergo sum.*

VII

Spiritualité des forces.

Nous ne pouvons acquérir que dans les conceptions abstraites de la raison la notion des forces motrices, inaperçues comme êtres, mais évidentes dans leurs effets. Si nous les posons comme une hypothèse au seuil de l'organisation, à mesure que nous avançons dans l'étude des phénomènes fonctionnels, elles deviennent des réalités. Il faut alors les accepter comme des principes immatériels, causes impalpables des fonctions; ou embrasser franchement le matérialisme pur, et déclarer que la matière a en elle, soit intrinsèquement dans ses molécules, soit dans le mode de leur arrangement, le motif de son activité.

Or, nul aujourd'hui n'oserait se dire si obstinément attaché au produit de la sensation qu'il ne puisse admettre l'immatérialité du principe pensant, et sur cette question, la physiologie, lorsqu'elle aborde les fonctions cérébrales, a des connexions inévitables avec la psychologie. Dans l'explication de la phénoménalité intellectuelle, l'organisation offre à la première de ces sciences un terrain tellement insuffisant que le physiologiste est obligé de confesser que la pensée est une émanation divine dont le cerveau peut bien être le support, mais non l'organe sécrétoire. Le spiritualisme envahit donc, bon gré mal gré, la médecine par la physiologie; or, descendre de la spiritualité de l'âme, la première et la plus éminente des forces qui animent l'individualité humaine, à l'immatérialité des causes motrices qui déterminent le fonctionnement de la matière organisée, ce ne serait pas commettre une inconséquence; ce serait, au contraire, procéder logiquement dans la compréhension de l'organisation; ici la sensation ne peut pas résoudre tous les problèmes; les médecins les plus exacts sont bien contraints de le reconnaître. Mais, où l'inconséquence commencerait pour eux, ce serait aux limites où ils prétendraient défendre à la raison de rechercher les principes dont la trace échappe à leurs sens. Comment, dans leur très louable désir de donner à la médecine un degré de certitude infaillible, ils la comparent, ils l'assimilent aux mathématiques, ils leur empruntent la loi des nombres et la mesure géométrique! Mais, les sciences mathématiques s'appuient précisément sur la méthode déductive que l'on prétend interdire à la médecine; au lieu de débuter par l'observation, elles prennent, dans l'entendement des principes pris pour accordés, souvent de véritables hypothèses, puis elles les vérifient par le calcul. La physique procède souvent de la même manière; Newton a supposé d'abord l'attraction, et, toujours par le calcul, il l'a démontrée, mais secondairement. La chimie, enfin, malgré tout ce qu'elle doit de puissance à la méthode expérimentale, n'est pas dépourvue de quelques spéculations; elle suppose aussi la force d'affinité, et, cependant, bien souvent, dans ses expériences, il lui arrive de la trouver en défaut; elle suppose même la force vitale, faute de pouvoir attribuer à d'autre cause les formations organiques; le chimiste peut même aller si loin à cet égard, que M. Liebig, par exemple, a dit que « si les mots *force* » *vitale* ne désignent pas une force spéciale, d'un caractère précis, c'est » un nom collectif sous lequel on comprend toutes les causes d'où dé- » pendent les phénomènes vitaux (1). »

Il ne faut donc pas, si l'on veut être logique, contester à la médecine le droit d'user, avec sobriété, d'une méthode en faveur dans les sciences dont on veut la rapprocher, surtout lorsqu'on reconnaît que ces sciences servent souvent à la sienne d'utiles auxiliaires. La fusion des principes s'opérera d'ailleurs dans le contact. Il en a été de même dans l'atmosphère philosophique où toutes les doctrines médicales se sont développées; elles ont constamment pris l'empreinte des systèmes en vigueur de leur temps; celles qui ont à se développer de nouveau subiront la même influence. Or, jamais plus qu'aujourd'hui l'alliance de la philosophie et de la médecine n'a été désirable; la première garde rancune à la seconde de l'appui déterminé que les médecins du XVIIIe siècle ont prêté au sensualisme absolu; mais, avec les tendances éclectiques de la philosophie française, la conciliation est possible. Le matérialisme n'est plus dans les idées de notre temps, les organiciens le comprendront eux-mêmes, et, sans perdre son originalité, l'organicisme se spiritualisera.

A cet effet, la meilleure voie qui lui soit ouverte, c'est d'accepter la spiritualisation des forces vitales. Il ne s'agit plus ici de cette répétition surannée de la nature hippocratique, de cette réminiscence des archées, de ce principe vital appelé avec l'âme au duumvirat de l'économie animale : mais d'aborder franchement le dynamisme de l'organisation, d'accepter pour l'expliquer, en conformité avec une haute et saine philosophie, la notion abstraite des forces qui l'établissent tel que nous pouvons l'observer, le calculer même, le vérifier expérimentalement. La matière *organique* n'est telle que parce qu'elle est animée par un dynamisme spécial; sans cela elle serait la matière *inorganique*, non vivante, soumise purement à l'empire des lois mathématiques, physiques et chimiques. Analysez par la voie expérimentale un être vivant, vous ne trouverez que des éléments matériels; analysez-le par la pensée, vous arriverez nécessairement à reconnaître un élément dynamique qui le constitue à l'état d'activité. La physiologie, qui équivaut à la physique des corps vivants, a ses forces comme toutes les sciences qui dépendent de la physique générale ont les leurs. Forces vitales, forces physiques, forces chimiques, tel est donc le triple pivot sur lequel repose l'activité de la matière dans la nature, et l'être supérieur, l'être vivant possède à lui seul la capacité de concentrer toutes ces forces dans le dynamisme complexe qui lui est propre. (*La fin prochainement.*)

(1) Liebig, *Nouvelles lettres sur la chimie.*

quer d'action purgative ni vomitive, ceux d'entre les sels alcalins neutres ou légèrement basiques qui sont incapables d'absorber l'oxygène, et sur lesquels on a expérimenté, se comportant comme s'ils ralentissaient les combustions, rendent la circulation plus lente, diminuent la chaleur animale, et, suivant la dose, sont tempérants, calmants, asthéniques ou stupéfiants ; en sorte que l'ensemble des faits viendrait à l'appui de la théorie.

A ces conclusions, exposées dans la première publication de cette note, j'ajouterai maintenant les suivantes :

1° Quand les accès de fièvre, provoquant une abondante transpiration, font augmenter d'une manière notable la proportion des sels dans le sang, ils deviennent eux-mêmes cause de sédation : d'une part, la machine se trouve pour ainsi dire déchargée ; d'autre part, la prédominance des sels dans le sang ralentit l'oxygénation, partant, l'activité vitale.

2° Les sels solubles, *alcalins ou non*, mais incapables d'absorber l'oxygène, ne pénètrent point dans le sang à dose un peu forte, sans ralentir l'oxygénation et l'activité ; ils sont dès lors, en général, plus ou moins sédatifs, plus ou moins fébrifuges dans les fièvres intermittentes. La démonstration de ce fait sera l'objet d'un autre travail.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Décembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

La correspondance non officielle comprend :

1° La seconde livraison du docteur Hebra, de Vienne, sur les *maladies de la peau*, envoyée par l'ambassadeur d'Autriche.

2° Un travail sur le traitement du croup, lu devant l'Académie de médecine de Toulouse, par M. Léon Vignes. (Com. MM. Blache, Nélaton et Trousseau.)

3° Une note de M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, sur les bons effets de l'anesthésie faradique dans les opérations de petite chirurgie. (Comm. MM. Velpeau, Gavarret et Robert.)

4° Un travail de M. le docteur Liégey, de Rambervillers (Vosges), sur une affection croupale, fréquente depuis quelques années, dans une contrée de la Meurthe et des Vosges, et qui souvent est une fièvre intermittente pernicieuse, un typhus rémittent, une maladie à quinquina. (Com. MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

5° Une note de M. Pitarski, de Bernwiller, canton de Cernay (Haut-Rhin), intitulée : *Propositions de traitement du choléra asiatique*. (Com. du choléra.)

6° Un travail de M. le docteur Rouault, de Rennes, relatif au traitement des ophthalmies chroniques par l'emploi topique du sulfate de cuivre. (Com. MM. Velpeau et Larrey.)

7° Une observation d'hydatide externe de la vessie, traitée et guérie par la ponction, suivie d'injections émollientes, par M. le docteur Lalluyeaux, d'Ornay. (Com. M. Gruveilier.)

8° M. Jules Charrière présente à l'Académie un instrument nouveau, qu'il a exécuté sur les indications de M. le docteur Desmarres, pour pratiquer le deuxième temps de l'extraction linéaire de la cataracte.

Lorsque l'on a ponctionné la cornée du côté externe et qu'il s'agit d'ouvrir la capsule avec les kystitômes ordinaires courbes ou droits, on trouve, pour l'introduction des instruments dans la pupille, une difficulté considérable, dans les cas nombreux où l'iris vient faire hernie dans la plaie.

C'est pour éviter la contusion et la déchirure du diaphragme de l'œil, que l'on est quelquefois dans la nécessité d'exciser partiellement, que le kystitôme linéaire qu'il présente a été imaginé ; il ressemble à une curette ordinaire, mais, dans la cavité, glisse un petit crochet ou un petit bistouri coudé qui se cache dans l'épaisseur de l'instrument et que le chirurgien peut faire sortir ou rentrer à volonté au moyen du mécanisme de la sertelle. Le manche de ce dernier instrument sert à la fois à la sertelle et au kystitôme linéaire, que l'on peut renfermer dans une même boîte.

Description de la figure :

A, Curette dans laquelle glisse le crochet B.

C, Pédale servant à faire manœuvrer l'instrument.

D, Curette contenant l'érigne vue cachée avec la pédale abaissée.

9° La lettre suivante adressée par M. Marie au Président de l'Académie de médecine :

Une lutte magnifique captive depuis un mois l'attention du monde médical. La question est, en effet, des plus graves. Convaincu que l'on s'égare en des voies funestes et que *les diverses médications employées aujourd'hui au début du croup en constituent à peu près seules le danger*, je sollicite de l'Académie la faveur d'apporter mon contingent au débat, en faisant connaître une méthode qui, depuis vingt-six ans, est encore à compter un seul insuccès.

On peut diviser ici les praticiens en deux groupes, l'un traitant la maladie comme affection générale, l'autre s'occupant plus spécialement de désordres locaux.

Les premiers prescrivent qui sangsues et sinapismes, qui vomitifs, qui cathartiques, qui les deux ensemble, qui l'opium, qui les sédatifs, qui les mercuriaux, qui les vésicatoires, qui les ventouses ; j'en passe ; et le résultat final n'est que trop souvent déplorable.

Dans le traitement partiel et local apparaît, en première ligne, l'école de Bretonneau et la trachéotomie ; caustiques secs et liquides, écouvillons ; canules simples, doubles, de faible, de large calibres ; H. Green arme une baleine courbe d'un morceau d'éponge ; mon ex-condisciple Loiseau s'ingénie à porter racloires, caustiques et médicaments dans la profondeur des voies aériennes ; M. Barthez cherche la dissolution sur place ; M. Bouchut propose le tubage laryngien.

Le cadre restreint d'une simple lettre exclut la discussion de ces méthodes. Ne pouvant montrer les graves inconvénients de quelques-unes et l'inutilité de toutes, je me borne à dire qu'elles n'émanent pas d'une étude sérieuse du phénomène naturel appelé maladie. Elles disparaîtront le jour où l'on voudra bien examiner les conditions sous lesquelles cet acte libérateur devient trop souvent funeste ; lorsqu'on voudra bien apercevoir le rôle important, nécessaire, de la fièvre, et reconnaître que tout acte organique, créant une élévation de chaleur ambiante, ne peut parcourir ses phases sans le maintien de cette espèce de serre chaude.

Mais laissons ces considérations primordiales. Réellement, le croup sérieux, cet épouvantail des mères, est-il bien commun ?

Je le déclare hautement, le croup sérieux est fort heureusement une maladie aussi rare qu'on la suppose fréquente. La toux croupale avec rejet de mucosités plus ou moins concrètes, détritus et lambeaux diphthéritiques accusés est très commune. C'est en quelque sorte la grippe de l'enfance, et, à mes yeux, elle n'est pas plus dangereuse que celle de l'adulte. Mais le croup sérieux, le croup auquel on devrait seul réserver ce titre néfaste, le croup avec formation d'un long tube pseudo-membraneux, est excessivement rare. Sur un millier de cas au moins, je ne l'ai rencontré qu'une seule fois. C'était chez une jeune fille de 7 à 8 ans. Elle a parfaitement expulsé cette sorte de tuyau de plume, et est aujourd'hui mère de famille.

L'observation suivante suffira pour faire connaître la méthode qui, employée au début, m'a constamment réussi.

Le 28 février, M. Thuvenot, bonnetier en gros, rue des Bourdonnais, m'appelle pour son petit garçon âgé de 3 ans.

Depuis quelques heures, turgescence et animation de la face ; injection conjonctivale ; fièvre ; léger délire ; voix et timbre tussif caractéristiques, etc. — Diète absolue ; infusion de fleurs pectorales miellée ; chaleur aux pieds ; on étalera une épaisseur de trois à quatre doigts de laine dans un fichu de mousseline et on en couvrira le cou et les oreilles de l'enfant ; atmosphère chaude et humide.

Surprise du pharmacien, à la lecture de cette ordonnance. Il avait vu l'enfant et ne comprenait rien à un traitement de croup inflammatoire avec abstention de sangsues, et surtout d'ipécacuanha. Mais sa stupéfaction fut au comble lorsque, après deux jours de ce traitement, il revit l'enfant grignotant un gâteau, et entendit Mme Thuvenot affirmer qu'elle m'avait toujours vu employer la même méthode et obtenir le même succès dans le pensionnat de demoiselles de sa belle-mère.

Rapprochons de cette observation un aveu précieux.

Dans sa réponse à M. Gibert déclarant que la trachéotomie avait ses dangers, le spirituel élève de Bretonneau a dit : Après cette opération, il est d'indispensables précautions à prendre. Le cou doit être entouré d'une cravate épaisse et l'enfant placé dans une atmosphère chaude et humide. Dans la dernière séance, revenant sur ce point capital, M. Trousseau a été aussi explicite que possible. Eh bien, je ne tiens pas un autre langage ; seulement, j'arrive à d'autres conclusions. Pour moi, ce sont précisément ces précautions indispensables, c'est cette chaude cravate, c'est cette atmosphère spéciale qui guérit. Commencez le traitement par là ; et, si l'on ne peut dire que la thérapeutique du croup répudie absolument les moyens chirurgicaux, il n'y tiendront plus qu'une place microscopique.

Messieurs, si, dérogeant à l'usage, je rapporte l'opinion et les paroles d'un estimable confrère dans la soirée du 17 mai, ce n'est certes pas vanité. Mon unique but est de faire toucher au doigt le danger des vomitifs (1) et des cautérisations qui, en quelques heures, amenèrent de pareils désordres. Que si, ébranlée par des terreurs chimériques, la famille eût laissé trachéotomiser, n'est-il pas évident qu'on eût fait une opération parfaitement inutile ? Et pas n'est besoin d'ajouter que tout le mérite de la cure eût été attribué à cette mouche du coche. Je le dis, parce que cela est ; j'ai obtenu des guérisons bien autrement difficiles. Il n'y avait ici au début ni délire, ni fièvre, ni agitation, ni oppression ; pas l'ombre d'un écho sympathique quelconque ; simple affection locale ; rien. Une expérience déjà longue m'autorise à l'affirmer, en deux jours, et dans la plus parfaite sécurité de la famille, l'enfant se fût tirée d'affaire.

De ce qui précède, je tire les conclusions suivantes :

1° Dans l'immense majorité des cas, le croup est une maladie simple, très facile à guérir.

2° L'exagération, la peur, l'inexpérience des médications dangereuses et sans raison d'être ont pu seules en faire un épouvantail.

3° Très certainement la trachéotomie a été faite plus d'une fois sans nécessité.

4° Elle doit moins ses succès à son action mécanique qu'au sage et judicieux emploi de la chaleur humide dont on l'accompagne.

5° La chaleur humide seule guérit parfaitement et rapidement le croup au début ; et l'on a vu qu'elle suffit même parfois après les imprudences qui l'ont aggravé.

Messieurs, le mal grandit chaque jour ; les listes mortuaires produites sont effrayantes ; le silence n'est plus permis, même aux plus humbles. Voilà pourquoi je prends la plume et accomplis purement et simplement mon devoir d'honnête homme.

Dr Marie.

Paris, 8 décembre 1858.

(Comm. MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

10° Une lettre de M. Barninet, de Limoges, qui donne le relevé détaillé des opérations de trachéotomie dont M. Trousseau n'a pu indiquer que les résultats généraux.

(1) On a renoncé à l'émétique à l'hôpital des Enfants (lettre des internes). Il y a longues années que je frappe tous les vomitifs de la même exclusion. L'ipéca se vend *sans ordonnance* à tout venant. Si j'avais quelque accès auprès de l'autorité, cette drogue dangereuse serait bientôt rangée dans la classe des poisons.

11° Une note de M. Loiseau, de Montmartre, ayant pour but de démontrer que les accidents arrivés par le tubage prolongé à Alfort ne peuvent être attribués qu'à l'imperfection des moyens mis en usage et non à la méthode. (Comm. du croup.)

13° Une lettre de M. Bourlier, pharmacien aide-major, sur le titrage de l'opium. (Comm. MM. Caventou et Bussy.)

M. Velpeau dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Thys, *sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'hôpital de Brackel, en Westphalie.*

M. Trousseau offre, de la part de M. Béhier, deux brochures : l'une sur la fièvre puerpérale, qui a paru sous forme de *Lettres* dans l'Union Médicale ; l'autre sur la *doctrine homœopathique*, à l'occasion du procès intenté par les médecins, se disant homœopathes, à l'Union Médicale.

M. Guérin présente à l'Académie la suite des recherches de M. Vleminckx, *sur la revaccination*. L'auteur a divisé ses nouvelles expériences en deux catégories, comprenant : 1° les sujets vaccinés ; 2° les sujets porteurs de cicatrices varioliques : les résultats sont les mêmes dans les deux séries. En somme, il en résulte que la vaccine et la variole ont une vertu préservatrice à peu près identique, et que cette vertu est un peu plus marquée pour la vaccine que pour la variole.

M. le Président a la douleur d'annoncer deux pertes récentes faites par l'Académie : celle de M. Thomas, membre correspondant à la Guadeloupe, et celle de M. Bonnet, de Lyon.

M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Malgaigne qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, étant retenu chez lui par une bronchite assez intense, avec extinction de voix. Il ajoute que si l'Académie jugeait que cela pût être de quelque utilité pour la discussion, il accepterait avec reconnaissance la parole pour la séance prochaine. « Il me tarde cependant, dit encore M. Malgaigne, de rectifier dès aujourd'hui une erreur où sont tombés mes honorables contradicteurs en confondant bien mal à propos les opinions qui me sont propres avec des opinions qui me sont absolument étrangères ; ainsi l'on m'a fait dire qu'il faut attendre pour pratiquer la trachéotomie le dernier degré de l'asphyxie et quand l'agonie est déjà commencée. J'ai dit que je ne conçois pas qu'on ait recours à la trachéotomie, hors le cas d'absolue nécessité. J'ai expliqué le cas d'absolue nécessité par ces paroles : quand toute autre chance de salut a disparu. J'ai ajouté que quand le médecin déclare qu'il ne reste pas d'autres chances, j'opère. Je regarde l'opération comme un triste et rigoureux devoir, et ce qui me justifie dans ma conscience, c'est qu'il n'y a pas d'autre ressource, c'est que j'apporte une dernière chance à un malade qui n'en avait plus ; et j'établissais précisément cette doctrine en face de celle que je combats, et qui veut qu'on opère le plus tôt possible et dès qu'on est certain de la présence de fausses membranes dans le larynx. Ainsi, pour moi, le moment où le chirurgien doit intervenir est le moment où la médecine se déclare impuissante. S'il faut cependant préciser plus encore, je réduirai toute ma pensée à la formule suivante, que l'on saisira mieux en la mettant en regard de la formule de M. Trousseau :

Formule de M. Trousseau.	*Formule de M. Malgaigne.*
Opérer le plus tôt possible et dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx.	Dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens de traitement ; et quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, opérer le plus tôt possible.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement du croup. — La parole est à M. Bouillaud.

L'honorable académicien a lu la plus grande partie de son discours et n'a pas laissé son manuscrit au secrétariat. Nos notes seront donc forcément incomplètes.

« Messieurs, la présentation des brochures que vient de vous faire M. Trousseau me force à déclarer que je serai amené à vous parler de l'homœopathie, et que si la compagnie n'était pas disposée à entendre traiter cette question, je renoncerais à la parole. Cela dit, Messieurs, je vais commencer.

S'il existe des personnes qui se complaisent au milieu des orages et qui ne soient pas satisfaites de nos débats, il est permis de leur dire qu'elles ne sont pas faciles à contenter.

Il est doux, assis sur le rivage, de contempler les tempêtes et la fureur des vents et des flots déchaînés.

Il n'en est pas de même de ceux qui sont sur le navire. Il faut, Messieurs, qu'ils paient de leur personne, et, malgré mon incompétence, c'est ce que je viens faire.

Mais, dira-t-on, quel mauvais génie vous amène dans cette galère ?

On a raison, et je n'en sais trop rien.

Cependant, Messieurs, je puis le dire, ce ne sont pas les lauriers de Miltiade qui m'empêchent de dormir, et voici pourquoi j'ai demandé la parole ; ce n'est pas sur le tubage, que je veux revenir, mais sur ce qui a été dit du traitement préalable à la trachéotomie. Quoi ! me suis-je dit, la trachéotomie est-elle donc l'alpha et l'oméga du traitement du croup, comme le canon est la dernière raison des rois : *ultima ratio regum*. Mais, Messieurs, l'excès en tout est un défaut, même en trachéotomie.

Sans doute, il est divin d'arracher un enfant à la mort par la trachéotomie, surtout quand elle est préconisée par de brillants orateurs, tels que notre collègue M. Trousseau et par les internes, l'espoir de la jeune génération médicale.

M. Trousseau l'a proclamé l'autre jour, la trachéotomie ne guérit pas le croup ; elle n'est qu'un moyen dilatoire qui permet de gagner du temps, et j'aurai, à ce sujet, quelques questions à adresser au rapporteur. Je ne suis pas fâché, d'ailleurs, de trouver l'occasion de m'exprimer sur une opération que je ne me presse pas de nommer, parce que la prononciation seule de son nom me fait mal au larynx.

Je vais donc entrer en matière après avoir répété encore une fois que j'aurais peut-être mieux fait de ne pas venir dans cette maudite galère.

Si M. Bouchut, au lieu de s'attaquer à M. Trousseau, son maître, eût suivi une marche plus stratégique, plus habile ;

Si, avant de proposer son opération fabuleuse, il eût parlé de la trachéotomie autrement qu'il ne l'a fait;

S'il eût parlé des caustiques qu'on ose porter sur des organes aussi délicats que les voies aériennes;

S'il eût parlé des fistules vésico-vaginales, la plus dégoûtante des infirmités du sexe féminin;

Ou de l'éponge portée dans le larynx pour y balayer les fausses membranes, ce que voulait faire Dupuytren;

S'il eût rappelé la thoracentèse, tant vantée dans ces derniers temps;

S'il eût énuméré tous ces essais hardis, téméraires même, comme d'alimenter les malades pendant les premiers jours de la fièvre typhoïde;

Si, après tous ces souvenirs, M. Bouchut eût dit: Moi aussi, je suis pénétré!

Si, dis-je, il eût suivi ce plan de campagne, peut-être n'eût-il pas rencontré si tôt sa bataille de Pultawa.

M. Trousseau lui a donné une leçon sévère et magistrale, tout en parlant de *philintisme*.

Que ferait la main d'Alceste, grands Dieux! si c'est là le philintisme de M. Trousseau. M. Trousseau, dont la réputation est très étendue et très légitime, se trouve exposé aux inconvénients de la richesse, si ce sont des inconvénients, c'est-à-dire qu'on lui prête, comme aux riches; ainsi on le considère dans quelques provinces comme le défenseur de l'homœopathie; un des journaux qui ont rendu compte du procès actuellement pendant devant les tribunaux, le cite comme un des plus éclairés et des plus rudes adversaires de cette doctrine. Un autre l'a signalé comme l'inventeur des pilules de mie de pain.

Mais voyons la trachéotomie.

En traitant de la laryngite croupale, je disais, en 1844, qu'on devait recourir à la trachéotomie, quand tous les autres moyens étaient reconnus inefficaces et que l'asphyxie était imminente.

M. Trousseau voit donc qu'il y a quinze ans, j'étais son partisan, alors que des hommes tels que Guersant et d'autres lui faisaient de l'opposition.

A cette époque, M. Boudet, le frère d'un de nos collègues, posait les contre-indications de la trachéotomie plus que les indications, et il était loin d'engager les médecins à opérer.

Il y avait donc quelque mérite, je le répète, à être de l'avis de M. Trousseau à cette époque. »

M. Bouillaud, après avoir rappelé les statistiques fournies par M. Barthez, et desquelles il résulte qu'on n'a jamais tant guéri de croups que maintenant, grâce au traitement institué, continue en disant que M. Bouchut s'est trompé de moment en s'élevant contre la trachéotomie.

Mais M. Trousseau, qui est à coup sûr très modeste, en se contentant du titre de parrain de cette opération, affirme que la trachéotomie est un moyen purement dilatoire. Et partant du traitement préalable, il a dit textuellement, en rapportant les résultats de la pratique de M. le docteur Lefèvre, que le traitement préalable était plutôt nuisible qu'utile, et qu'il valait mieux opérer de la trachéotomie des enfants vierges de tout traitement.

Voici une grosse affaire, immense, Messieurs! Que disait donc M. Barthez des bons effets du traitement employé?

M. Trousseau : Permettez-moi un mot de rectification.

J'ai dit que quand *on devait opérer*, il valait mieux le faire sur des enfants vierges de tout traitement; mais je n'ai pas dit que le traitement ne guérissait jamais le croup.

M. Bouillaud : J'ai lu textuellement ce que vous avez écrit. D'ailleurs, je suis de votre avis quant aux sangsues appliquées aux enfants; ma répugnance va jusqu'à l'horreur.

Mais les sangsues ne sont pas le seul moyen antiphlogistique; il reste les ventouses scarifiées, qui permettent de doser la quantité de sang tiré et avec lesquelles l'écoulement se tarit aussitôt qu'on le veut.

M. Barthez, d'ailleurs, ne partage pas les opinions de M. Trousseau relativement au traitement préalable, car il nous dit n'avoir pratiqué la trachéotomie qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, c'est pour moi un chagrin véritable de voir le médecin désarmé devant une si grave affection! quoi! il ne nous restera que la trachéotomie? Mais, Messieurs, alors il n'y a plus de médecine! Le couteau, le bistouri appartiennent à la chirurgie. Je ne suis pas l'ennemi des procédés chirurgicaux, moi qui professe depuis vingt-sept ans que la médecine ne doit être que la chirurgie intérieure.

Mais, enfin, ici M. Trousseau n'est plus médecin, il est chirurgien. Il n'existe donc pas de traitement et personne ne peut dire que, des cas de croup étant donnés, il appliquera un traitement déjà éprouvé et aura une mortalité prévue d'avance.

Cependant le croup, on ne peut le nier, appartient aux phlegmasies. Des enfants, dans les meilleures conditions hygiéniques, sont frappés de croup à la suite d'une promenade, d'un refroidissement; cela se voit tous les jours. C'est une phlegmasie. Permettez-moi donc, Messieurs, de vous lire ce que j'écrivais à ce propos quand j'ai proposé ma formule des saignées coup sur coup. (M. Bouillaud lit un passage où cette formule est expliquée.) Il reprend : « A-t-on essayé cette méthode dans le croup? Non, et cependant, dans cette affection, la mortalité est telle, qu'on était tenu, en quelque sorte, de ne négliger aucun des moyens proposés. »

M. Bouillaud se livre ici à la discussion des objections qui ont été produites, dans le temps, contre la formule antiphlogistique instaurée par lui. Il résulte de ses paroles qu'il faut, pour que cette formule soit appliquée dans sa rigueur, et, par conséquent, dans ses conditions de réussite, que le diagnostic soit exactement posé.

Mais cela n'est pas facile, et à propos des difficultés du diagnostic, M. Bouillaud dit qu'il est, à la vérité, un système qui se passe de diagnostic, pour lequel l'anatomie et la physiologie sont lettres mortes, et qui a su ressusciter cette vieille médecine des symptômes dont on croyait avoir fait depuis longtemps justice; c'est, en un mot, l'homœopathie, cette insigne et monstrueuse rêverie des temps actuels, qui se fonde sur une double absurdité : la méthode des contraires et les doses infinitésimales.

» Je reviens, dit-il, aux voies et moyens de triompher de cette folie. Dans mes salles, tous les malades qui entrent donnent lieu à un diagnostic écrit, à une pronostic porté d'avance et à un traitement formulé mathématiquement.

Je voudrais que M. le directeur de l'assistance publique, auquel ont été décernés dans la dernière séance, par M. Trousseau, des éloges si mérités, je voudrais qu'il eût des fonctions plus éminentes encore que celles dont il est revêtu, qu'il réunît tous les pouvoirs des différents ministres dont nous relevons et, avec sa permission, je lui dirais : ouvrez des salles dans lesquelles vous réunirez des malades dont les cas seront bien déterminés, et s'il se trouve des homœopathes assez hardis pour tenter l'épreuve, je me fais fort, en moins d'un mois, dans une journée, si l'on veut, de prouver, à défaut d'autres expérimentations, ce que vaut l'homœopathie, ce rien, ce néant, ce *déshonneur médical*. (Applaudissements.)

M. Bouillaud termine en exprimant le vœu que les conclusions du rapport de M. Trousseau soient modifiées de nouveau.

M. le Président annonce que mardi prochain aura lieu la séance solennelle annuelle de l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

RÉCLAMATION.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur et honoré confrère,

Je lis dans l'Union Médicale du 30 novembre dernier une lettre à moi adressée par M. Bouchut, que je n'aurais jamais connue si je ne lisais pas votre journal, car la poste ne m'a rien apporté de sa part. Permettez-moi donc, à cause des trois plaintes que cette lettre formule contre moi, de vous adresser ce que j'ai à dire sur ce sujet.

1° M. Bouchut saisit au vol dans ma réclamation (Union, 30 novembre), pour se plaindre que je lui prête des opinions qui ne sont pas siennes, la phrase sommaire par laquelle je lui reproche *de ne pas admettre que le croup soit plus fréquent aujourd'hui qu'il y a trente ans.* Tandis que comme je l'avais plus précisément accentué dans ma critique, que je n'avais pas alors sous les yeux (Union, 23 novembre), mais à laquelle je me suis référé, M. Bouchut a dit qu'*un accroissement quintuple dans la fréquence du croup n'est pas admissible.* Je retire volontiers la première partie de ma phrase si M. Bouchut le désire, mais la seconde suffit amplement à ma thèse. Dès que M. Bouchut n'a pas reconnu explicitement que l'accroissement quintuple des décès correspond, sinon uniquement, du moins presque entièrement à un accroissement corrélatif dans le nombre des cas, il est passible du reproche d'avoir été entraîné à faire de la statistique pour le besoin de sa cause, c'est-à-dire pour charger la trachéotomie. En l'absence du rapport des cas aux décès, une mortalité quintuple, pour une maladie où le plus désastreux traitement ne saurait l'accroître que d'un ou deux sixièmes, signale à un statisticien impartial, comme beaucoup plus vraisemblable qu'une conséquence de la thérapeutique, un accroissement proportionnel dans la fréquence de la maladie. Si M. Bouchut n'a pas commencé par reconnaître carrément cette première et grande face de la question, c'est qu'il était fasciné par la poursuite de son but favori. C'est là le fond de l'affaire, que ma critique, que ma réclamation du 25 novembre, que MM. Roger, Sée, Trousseau et tant d'autres lui ont également et en toute vérité signalé. Il n'y a donc plus à revenir là-dessus.

2° M. Bouchut revient encore sur les treize années qui figurent dans le milieu de la série, et qui m'ont conduit à contester la qualification de *progressive* qu'il donne à l'accroissement annuel des décès par croup durant trente-deux ans. Il m'accuse, cette fois, d'arranger les chiffres à ma fantaisie. C'est vraiment un peu fort. Je ne connais pas les chiffres de ces sept dernières années qui ne sont pas publiés, je ne le conteste pas, seulement je ne les emploie pas. Je prends donc treize années dans le milieu de sa série, je copie les chiffres pour montrer que, dans ces treize ans, les oscillations établissent un état stationnaire; justement pendant une période où la trachéotomie faisait des progrès. J'ai constaté, en vertu de ces chiffres, la qualification de progressive donnée par M. Bouchut à l'ensemble de sa série; je n'ai fait que de la bonne et impartiale statistique vis-à-vis d'un statisticien aveuglé par la préoccupation d'un résultat cherché.

3° J'avais dans ma critique glissé quelques courtes observations sur l'imperfection de l'enquête sur les causes de décès, telle qu'elle se pratique pour la ville de Paris. La fin de la lettre de M. Bouchut me prend à partie sur ce point, m'accusant d'errements, et de m'être mêlé d'une matière qui m'est étrangère, le tout sur un ton passablement suffisant. Examinons cela brièvement.

J'ai dit que l'enquête sur les causes de décès de la ville de Paris était incomplète et comprenait une quinzaine de dénominations. M. Bouchut le conteste; et cependant il suffit d'avoir lu le 46e volume des *Annales d'hygiène*, pages 6 et suivantes, pour constater les quatorze ou quinze dénominations sous lesquelles M. Trébuchet comprend tous les décès de la ville de Paris, pour les années justement que M. Bouchut a étudiées. Il y verra aussi que la nomenclature n'est pas complète, qu'il y manque plusieurs maladies mortelles, l'angine couenneuse en particulier, quoique M. Bouchut soutienne que je fais erreur en disant que l'angine couenneuse est omise.

Mais, dit M. Bouchut, il y a une classification des maladies mortelles complète, renfermant 108 désignations, que recommande le Conseil de salubrité aux médecins vérificateurs. D'accord, je la connais aussi, elle a occupé notre section au Congrès de Paris de 1855; elle y a été reconnue incomplète et défectueuse à plusieurs égards au point de vue d'une bonne enquête sur les causes de décès, et, pour ces motifs, elle n'a pas été mise à contribution pour la confection de la nomenclature internationale que le Congrès adopta alors d'après mon rapport.

Ce n'est pas le lieu de faire ici l'examen de cette classification, je me bornerai à dire qu'il n'y a pas réellement 108 désignations, car certaines lésions, comme le cancer, reviennent à propos de plusieurs appareils; mais ce qui montre le vice du système de cette classification, c'est que, à propos de quelques appareils, le tube digestif, le rein, etc., justement on a omis d'y faire place au cancer. Si M. Bouchut examine attentivement cette nomenclature que j'ai sous les yeux, il verra que, sous la rubrique des maladies du thorax, il y a le *croup, diverses angines*; mais l'*angine couenneuse* proprement *n'est pas désignée*, par conséquent je puis ici lui renvoyer en plein son démenti.

Enfin M. Bouchut me reproche d'avoir dit que le dépouillement des bulletins est confié à de simples employés de police, sans intervention de médecins qualifiés. Et il annonce lui-même que le dépouillement se fait par des employés, mais, qu'en cas de doute, ils ont recours aux lumières de MM. Guérard et Devergie. Si ces deux honorables médecins, sans attendre le doute des employés, étaient chargés de faire à un le dépouillement des bulletins, comme je l'ai toujours fait moi-même pour les décès de mon canton, je dirais que le dépouillement se fait par les médecins *les plus* qualifiés. Mais si j'avais laissé à mon commis le soin de dépouiller les bulletins et de m'appeler seulement en cas d'embarras, j'aurais obtenu, au lieu de documents assez satisfaisants, un travail qui n'aurait guère valu mieux que celui que je critique.

J'espère qu'après ces explications M. Bouchut me trouvera moins étranger qu'il ne pensait, sur des matières qui m'ont occupé beaucoup plus qu'il n'a pu s'en occuper lui-même. J'espère aussi que nous sommes au bout des réclamations de M. Bouchut auxquelles, malgré tout mon désir, il m'est impossible de perdre plus de temps à l'avenir.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, mes excuses d'avoir tant occupé vos colonnes ces derniers temps, et l'assurance de mon confraternel dévouement.

Dr Marc d'Espine.

Genève, 4 décembre 1858.

ABCÈS DU FOIE LATENT; par M. Delacour, professeur-adjoint à l'École de médecine de Rennes. — M. X..., avocat, âgé de 47 ans, d'une constitution lymphatique et d'un assez grand embonpoint, d'une santé habituellement bonne, mais troublée de temps en temps par des diarrhées passagères qu'il attribuait à un refroidissement, est pris tout à coup, pendant une lecture, d'une douleur vive dans le flanc, au-dessous des côtes. La nuit fut troublée par des douleurs abdominales intenses. Un médecin, n'observant ni fièvre ni vomissements, crut à un rhumatisme des parois et prescrivit 15 sangsues, qui produisirent du soulagement. Les jours suivants, rétablissement incomplet, malaise sans fièvre. Quatre jours après, M. X... s'était endormi après son dîner; tout à coup il se réveille en plein délire; pouls à 90; 20 pulsations de plus que les jours précédents; extrémités glacées; tête et cou brûlants, couverts de sueur; douleur abdominale obtuse. On promène des sinapismes aux extrémités, et quatre heures après, à onze heures du soir, le délire était dissipé et le malade se trouvait assez bien. La nuit et la matinée se passèrent bien, et il put prendre deux tasses de lait.

A deux heures de l'après-midi, il tomba tout à coup dans l'état suivant : décubitus dorsal, figure pâle et immobile, yeux fixes, membres glacés, respiration facile; pouls, 128. A trois heures un quart, il reprit subitement pleine connaissance, mais sans changement dans les symptômes. Le ventre était peu douloureux, nulle tumeur apparente. Le diagnostic présentait les plus grandes difficultés. Le malade mourut à neuf heures et demie.

A l'autopsie, on trouva deux abcès du foie, à parois organisées, sans trace d'inflammation aiguë récente, une péritonite partielle par perforation, une phlébite des veines sus-hépatiques; M. Delacour conclut que les abcès du foie étaient anciens, que, le 26 juin (lors de la première douleur), une péritonite partielle par perforation s'est déclarée. Que sous cette influence l'inflammation s'est étendue aux veines qui entouraient l'abcès; que l'une d'elles a versé librement son pus dans le torrent circulatoire et que l'infection a été si complète que les abcès métastatiques n'ont pas eu le temps de se manifester. — (*Gaz. des hôpitaux,* 23 septembre 1858.)

COURRIER.

MORT ET OBSÈQUES DU DOCTEUR A. BONNET.

Nous recevons à l'instant un supplément de la *Gazette médicale de Lyon,* dont nous reproduisons les lignes suivantes :

« Les espérances que nous avons dû laisser percer dans notre dernier bulletin ont été démenties avec une cruelle promptitude. Mercredi, 1er décembre, A. Bonnet a succombé à une apoplexie de la moelle, qui l'avait frappé il y a dix jours à peine. L'homme qui avait porté si haut et si loin le renom de la médecine lyonnaise, ne nous appartient plus désormais que par le souvenir et l'exemple de la carrière médicale la plus méritante dont les contemporains aient mémoire.

» Ses funérailles ont eu lieu aujourd'hui 4 décembre, au milieu d'un concours tel que notre ville n'en vit de semblables qu'aux cérémonies officielles. Le recueillement et la consternation, empreints sur toutes les figures, donnaient au silencieux cortége un caractère qui tenait également de la douleur intime et du deuil public.

» Les cordons du poêle étaient tenus par MM. P. Sauzet, président de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts; M. Jacquier, président du Conseil d'Administration des hospices civils, M. Barrier, ancien chirurgien-major de l'Hotel-Dieu, professeur à l'École de médecine, et M. Lecoq, président de la Société impériale de médecine.

» En attendant que les Sociétés savantes, qui s'honorent de l'avoir à leur tête, exposent pour l'enseignement de tous les titres légitimes qui avaient placé notre confrère à un rang si élevé dans l'estime publique, nous n'avons pas voulu que d'autres nous devançassent dans l'expression des douloureux hommages dus à une si haute illustration, à un si noble caractère. »

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les discours qui ont été prononcés sur la tombe de notre illustre confrère par M. P. Sauzet, au nom de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts; — par M. le docteur Barrier, au nom des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu et des professeurs de l'École de médecine; — par M. le docteur Diday, au nom de la Société impériale de médecine de Lyon; — par M. le docteur Teissier, au nom de la famille et des amis de M. A. Bonnet; — par M. le docteur Achille Dron, chef de clinique chirurgicale, au nom de la jeunesse médicale; — par M. Ant. Mollière, au nom des anciens amis du défunt.

— Par arrêté en date du 1er décembre 1858, le préfet de la Gironde a réorganisé le service du Dispensaire de salubrité de Bordeaux, et il a nommé médecin en chef M. le docteur Jeannel, médecins MM. les docteurs Martin, Astès et Flornoy.

Le nouveau dispensaire fonctionnera à partir du 1er janvier 1859.

— On écrit de Vienne, le 30 novembre, au *Mercure de Souabe* :

« Le typhus sévit avec toute la violence d'une épidémie dans notre capitale, et jette la consternation dans la population par la rapidité avec laquelle il amène la mort. »

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 147. DOUZIÈME ANNÉE. Samedi 11 Décembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris :
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1858.

PROCÈS INTENTÉ A *L'UNION MÉDICALE* PAR DOUZE MÉDECINS, SE DISANT HOMŒOPATHES.

Le Tribunal civil, première chambre, sous la présidence de M. Benoît-Champy, a rendu, dans l'audience de ce jour, le jugement dont la teneur suit :

Le Tribunal, etc.,

En ce qui touche Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE,

Attendu qu'il y a désistement des demandeurs à son égard, le met hors de cause et les condamne envers lui aux dépens ;

En ce qui concerne Richelot, gérant dudit journal, et Gallard, auteur de l'article incriminé ;

Attendu qu'aucun des demandeurs n'est nommé ni même désigné dans ledit article; que si, parfois, l'outrage adressé à une généralité de personnes nettement classée et définie par la loi ou par des marques certaines, peut donner ouverture à une action civile individuelle, il n'en saurait être de même de l'attaque dirigée contre un simple système, notamment contre une méthode médicale quelconque, soit homœopathique, soit allopathique, et contre ceux qui le pratiqueraient, toute indication de personnes étant évitée ;

Qu'en effet, en un tel cas, la qualité de celui qui déclare prendre pour lui l'offense comme partisan plus ou moins absolu des idées soit nouvelles, soit anciennes, échappe à toute définition sûrement circonscrite et à toute vérification admissible et concluante ;

Attendu que l'introduction au débat oral d'un fait spécial à Love, l'un des demandeurs, doit, d'après les circonstances qui l'ont amenée et accompagnée, rester étrangère à la solution du procès, et qu'il n'y a pas lieu d'en donner acte comme Pétroz et consorts le demandent par leurs conclusions ;

Attendu, d'ailleurs, qu'abstraction faite de la question scientifique, que le Tribunal n'a point à apprécier, l'article de Gallard, s'il renferme plusieurs phrases regrettables, n'a fait, dans celle qui paraît aux yeux des demandeurs contenir la plus grave offense, qu'en retourner une du livre dont il rendait compte ;

Que la portée en est même atténuée par une option qui, pour être désobligeante, enlève néanmoins à la pensée de l'auteur le caractère véritable d'outrage ; que, dans tous les cas, il n'y aurait aucun préjudice justifié ;

Par ces motifs,

Déclare Pétroz et consorts non recevables dans leur demande principale en dommages-intérêts, et conséquemment dans leurs conclusions incidentes, afin de suppression du mémoire distribué et d'insertion dans l'UNION MÉDICALE d'une rétractation ;

Condamne tous les demandeurs aux dépens envers Richelot et Gallard.

Nos lecteurs ont vu avec quelle réserve et quelle discrétion nous les avons entretenus du long et retentissant procès intenté à M. le docteur Gallard, collaborateur, à M. le docteur Richelot, gérant, et à M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par douze médecins de Paris, se disant homœopathes. Cette réserve nous était imposée par notre position même, et par notre respect pour la justice devant laquelle on nous avait conduits.

La justice vient de se faire entendre; elle a donné raison à la résistance que nous avions opposée à des prétentions qu'elle vient elle-même de qualifier.

C'est un motif pour nous d'être plus sobres dans l'expression de notre satisfaction, satisfaction qui, nous en avons la certitude, sera partagée par la famille médicale tout entière, dont, en cette circonstance, nous avons cru défendre les intérêts scientifiques, moraux et professionnels.

Mais nous ne pouvons nous dispenser de présenter à nos lecteurs un court historique de toute cette affaire.

Dans le courant de l'année 1857, un jeune médecin publia un livre intitulé : *De l'homœopathie, et particulièrement de l'action des doses infinitésimales.*

L'auteur de cet ouvrage en fit déposer deux exemplaires dans nos bureaux ; il se présenta lui-même dans notre cabinet et nous demanda, en termes fort polis d'ailleurs, un examen de son livre.

Aussi courtoisement que nous pûmes le faire, nous répondîmes à ce médecin que notre conviction était depuis longtemps faite sur l'homœopathie ; que très probablement la lecture de son livre ne modifierait pas nos opinions ; que celles des lecteurs habituels de l'UNION MÉDICALE étaient conformes aux nôtres, et que, heureusement, nous n'avions pas à discuter auprès d'eux une prétendue doctrine dont ils appréciaient aussi bien que nous l'infirmité; que dès lors nous n'aurions qu'à nous montrer très sévères envers les dogmes de cette nouvelle école, et que, dans de pareilles circonstances, nous aimions mieux nous abstenir.

L'auteur insista beaucoup ; il préférait notre critique, quelque sévère qu'elle pût se montrer, à notre silence ; et, en loyal écrivain qui comprend la dignité de la presse et sa propre dignité, il ne nous demanda ni indulgence pour l'auteur, ni complaisance pour la doctrine.

Dans ces termes et dans ces conditions, nous promîmes un examen de ce livre.

L'UNION MÉDICALE, on le voit, a donc été provoquée à s'occuper de l'homœopathie par un de ses adeptes ; cette prétendue doctrine, sur laquelle, à part de très rares communications critiques de nos lecteurs, nous gardions le silence, est venue chez nous, disant : Jugez-moi, critiquez-moi, je subirai vos appréciations si je ne peux les accepter.

C'est donc bien à tort, et sur des renseignements inexacts, qu'un journal politique, nous confondant dans le blâme qu'il a infligé à nos adversaires d'avoir déféré leur plainte à la justice, nous reproche d'avoir pour ainsi dire cherché l'occasion et le prétexte d'un procès. On nous a dénoncés à la justice, au contraire ; on nous a forcés de comparaître devant elle, de nous défendre ; et si, dans notre défense, nous avons pris moins de souci de nos intérêts propres que de la dignité de notre science et de notre profession, ce n'est que devant notre science et notre profession que nous sommes responsables.

Absorbés par d'autres soins, nous confiâmes l'examen du livre à M. le docteur Gallard, dont la collaboration à l'UNION MÉDICALE avait été déjà très appréciée de nos lecteurs pour d'excellents articles de critique. Notre honoré confrère se mit à l'œuvre, et dans notre numéro du 24 octobre 1857, nous publiâmes son article.

Cet article, très courtois envers l'auteur du livre, est très sévère contre la doctrine. C'est dans cet esprit que nous l'aurions rédigé nous-même si nous l'avions écrit. M. Gallard ne nous parut pas s'éloigner des habitudes de la polémique permise; les formes de son article n'approchaient pas certainement des formes acerbes de la critique de Broussais, par exemple, contre les doctrines de Pinel; elles étaient assurément moins accentuées que celles de différents auteurs qui ont écrit contre l'homœopathie et que l'homœopathie n'a pas déférés aux tribunaux; M. Gallard se montrait surtout moins violent et certainement de meilleur goût que ne se sont montrés plusieurs homœopathes, leur patron en tête, contre l'immense majorité des médecins, qui laissent l'homœopathie invectiver à son aise leur science et leur pratique.

Cependant, le 29 octobre, M. le docteur Richelot, gérant, et M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, recevaient par ministère d'huissier et à la requête de deux médecins se disant l'un président, l'autre secrétaire d'une prétendue *Commission centrale homœopathique,* et agissant au nom de cette Commission, une réponse à l'article de M. Gallard, avec sommation de faire une *rétractation publique* de ce que les requérants appelaient nos erreurs et nos injures.

Nous ne pûmes reconnaître à ces messieurs, qui n'étaient ni nommés ni désignés dans l'article de M. Gallard, le droit légal de réponse, moins encore à l'être collectif dénommé *Commission centrale homœopathique,* qui n'a pas d'existence légale.

Nous ne dûmes surtout tenir aucun compte de la sommation à cette fin d'obtenir une rétractation publique, procédé si étrangement contraire à toutes les habitudes de la presse, pénalité empruntée à la législation barbare du moyen-âge, et que notre législation actuelle ne reconnaît plus et ne peut plus infliger.

C'est dans ces circonstances que douze médecins, se disant homœopathes, renonçant au droit de réponse qu'ils ne pouvaient pas exercer contre l'UNION MÉDICALE, aucun d'eux n'ayant été ni nommé ni désigné dans l'article du 24 octobre, ont intenté à M. le docteur Gallard, à M. le docteur Richelot et à M. le docteur Amédée Latour une action civile — non une action correctionnelle — en dommages et intérêts, non pour un délit de diffamation qui n'existe pas, mais pour préjudice porté à leur considération et à l'exercice de leur art, double préjudice qu'ils ont évalué à la somme de CINQUANTE MILLE FRANCS.

Nous devions nous défendre. Libres dans le choix des moyens, nous avons choisi ceux qui, dégageant le plus nos intérêts particuliers des questions générales que ce procès allait incontestablement soulever, placeraient la discussion sur le terrain élevé de la science et des principes; et alors nous nous sommes dit : si l'homœopathie n'est qu'une erreur, une illusion, une décevante espérance, nous avons bien fait de l'attaquer. Que nous nous soyons trompés sur la forme de nos attaques, cela peut être, les juges en décideront; mais une condamnation sur la forme ne prouvera pas que nos adversaires aient raison au fond; c'est donc sur le fond surtout qu'il faut placer notre défense. Si nos adversaires cherchent dans ce débat l'éclat de la publicité, la publicité nous viendra également en aide pour faire triompher la vérité contre l'erreur, la science contre ce qui n'en présente que les fallacieuses apparences.

C'est dans cet esprit que M. le docteur Gallard a rédigé et fait distribuer à M. le Président et à MM. les Juges composant la 1re chambre du Tribunal civil, une *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, etc. N'ayant participé que par voie de conseil à la rédaction de ce travail remarquable, il nous est permis de dire qu'il constitue la réfutation la plus péremptoire et la plus décisive des aberrations hahnemaniennes. Après avoir lu ce mémoire, aucun doute ne peut plus subsister dans l'esprit le plus prévenu sur l'infirmité, l'absurdité de cette prétendue doctrine, dont ce sera l'éternel étonnement de l'histoire qu'elle ait pu trouver des adeptes et des croyants. En mettant ainsi au grand jour l'inanité de cette doctrine, notre jeune et honoré confrère, M. Gallard, a bien mérité de l'humanité, de la science et de la profession.

Nos adversaires ne pouvaient pas rester sous le coup de cette Note accablante, aussi ont-ils fait distribuer à nos juges un écrit intitulé : *Réponse à la note scientifique*, etc.

Nous ne dirons rien de cet écrit dans lequel nos adversaires défendent de leur mieux leur doctrine et leur pratique. Mais nous les remercions de l'avoir publié, car il nous a suscité un défenseur imprévu, athlète redoutable qu'ils ne s'attendaient pas à rencontrer. En effet, le mémoire des homœopathes, porté devant la Société médicale du 1er arrondissement de Paris, a été renvoyé, après décision de cette Société, à l'examen de son président, M. le docteur Béhier, avec invitation d'en faire l'objet d'un rapport. Dans une séance suivante, M. Béhier a présenté ce rapport, et, après l'avoir entendu, la Société en a voté l'impression avec acclamation.

Le Rapport de M. Béhier est certainement un des plus précieux documents dans cette affaire. Par une dialectique pressante et dans une discussion lumineuse, M. Béhier poursuit nos adversaires dans tous les plis et replis de leur argumentation et ne leur laisse d'autre ressource que l'aveu de leurs erreurs.

C'est pour nous un devoir de remercier cet honorable et savant confrère de l'appui tout spontané qu'il a bien voulu prêter à notre cause.

Dans le même devoir, nous comprenons l'expression de nos sentiments de gratitude envers plusieurs Sociétés médicales de Paris qui ont fait tirer et distribuer à leurs frais le mémoire de M. le docteur Gallard et le rapport de M. le docteur Béhier; mais notamment envers la Société médicale du 1er arrondissement qui, spontanément, a sollicité le concours et l'intervention morale de

l'Association de prévoyance des médecins de la Seine en faveur de la cause de M. le docteur Gallard qu'elle considérait, et avec raison, comme la cause de tous les médecins. L'Association de la Seine n'a pas ainsi pensé, et, quoique l'honorable démarche de la Société du 1er arrondissement, appuyée par un grand nombre de Sociétés médicales de Paris, n'ait pas réussi par des motifs que nous n'avons pas à apprécier, solidaires dans l'action intentée à M. le docteur Gallard, nous n'en remercions pas moins vivement la Société médicale du 1er arrondissement de sa généreuse initiative.

Nous confondons dans le même sentiment de reconnaissance toutes les manifestations individuelles que nous avons reçues à l'occasion de ce procès. Ce sont là des titres de noblesse pour l'UNION MÉDICALE. En vérité, devant ces nombreux témoignages d'estime et de sympathie, notre gratitude devrait remonter jusqu'aux douze médecins, se disant homœopathes, qui ont eu la bonté de les provoquer.

C'est dans ces circonstances, et après des remises successives, que le procès s'est présenté devant la première chambre du Tribunal civil, dans les audiences des 17 novembre, 1er et 3 décembre derniers.

Les douze médecins, se disant homœopathes, ont confié leur cause à Me Émile Ollivier.

Me Paul Andral, fils de l'illustre professeur de la Faculté de médecine, a présenté la défense de M. le docteur Gallard; MM. les docteurs Richelot et Amédée Latour avaient obtenu l'assistance de Mes Bethmont et Victor Lefranc.

A l'audience du 1er décembre, nos adversaires se sont désistés de leur plainte à l'égard de M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE.

M. Sallantin, substitut du procureur impérial, occupant le siége du ministère public, a présenté ses conclusions dans l'audience du 3 décembre.

Plusieurs numéros de l'UNION MÉDICALE ne suffiraient pas à reproduire les brillants débats de cette affaire, qui a occupé trois longues audiences et qui a vivement intéressé l'opinion publique. Nous ne renonçons pas à en colliger tous les éléments dans une publication spéciale qui devra rester comme un document historique de l'état de la médecine au milieu du XIXe siècle.

Mais les colonnes mêmes de l'UNION MÉDICALE doivent conserver le souvenir de cette affaire, dans laquelle, en résistant aux prétentions de nos adversaires, nous croyons avoir servi les intérêts de la science que nous cultivons, et défendu l'honneur de la profession à laquelle nous sommes fiers d'appartenir.

Nous reconnaissons sans répugnance que Me Émile Ollivier, l'avocat de nos adversaires a plaidé contre nous avec un grand talent. Nous espérons que notre éloquent contradicteur ne se blessera pas si nous disons que son talent se fût montré plus grand encore si la cause à laquelle il a prêté son assistance eût été à la hauteur de son esprit.

Nous ne serons que l'écho de l'opinion générale en disant que Me Paul Andral, l'avocat de M. le docteur Gallard, a obtenu un succès oratoire au moins égal à celui de Me Ollivier, et qu'il lui a été de beaucoup supérieur dans la discussion. L'assistance qu'il a voulu donner à notre jeune confrère et à la science, dont son père est une des gloires les plus pures, lui a porté bonheur. De l'aveu de tous, sa belle plaidoirie le place à un rang très élevé dans le barreau de Paris.

La ferme et substantielle plaidoierie de Me Victor Lefranc n'a pas pour peu contribué à jeter la confusion dans le camp de nos adversaires, comme à porter la conviction dans tous les esprits sur l'inanité de leurs prétentions, au point de vue scientifique comme au point de vue légal. C'est surtout du Droit que notre habile défenseur s'est inspiré, et ce rôle, le moins brillant peut-être, ne nous a pas été le moins utile.

Quant à Me Bethmont, sa parole si éloquente et si spirituelle, ses formes de langage si courtoisement habiles, sa discussion si forte et pourtant si amène, ont fait de sa plaidoirie un joyau véritable où l'on ne sait quoi le plus admirer, l'esprit, la grâce, la finesse, ou le bon sens et la raison.

Nos éloquents défenseurs nous excuseront si, ne sachant que choisir dans leurs magnifiques discours, nous réservons l'espace dont nous pouvons disposer à la reproduction, dans nos colonnes, du discours du ministère public, c'est-à-dire au langage austère de la loi. Nous serions heureux de rendre à cette belle oraison l'hommage de notre admiration et de notre gratitude, mais le respect retient notre plume, et nous laissons parler M. le Substitut du procureur impérial :

« Messieurs, il y a un point qui nous a frappé dans les débats auxquels vous avez consacré deux audiences. L'habile et éloquent défenseur des médecins homœopathes est venu vous dire : « Ce n'est pas un débat scientifique que le Tribunal est chargé de juger, je me garderai bien d'amener la discussion sur le terrain de la science : il ne s'agit que d'une question de dommages-intérêts. » On vous a tenu le même langage au nom de M. Gallard, qui a le rôle principal parmi les défendeurs ; et, malgré cette promesse solennelle, le débat judiciaire a disparu bien vite.

» Dans l'intérêt des médecins homœopathes, on vous a fait l'apologie de leur doctrine et l'on a cherché à vous en expliquer les principes fondamentaux. De son côté, M. Gallard a oublié qu'on lui demandait 50,000 francs de dommages-intérêts, et s'est mis à frapper à coups redoublés sur les adeptes d'Hahnemann.

» Nous en plaindrons-nous? Nous aurions tort, en vérité, après les excellents discours que vous avez entendus. D'ailleurs, il faut bien le dire : pour les parties, il n'y a qu'une cause, c'est celle qui a été plaidée. Qu'est-ce que le procès judiciaire en présence du procès scientifique, procès qui date de loin et qui n'est pas près de finir.

» Quant à nous, Messieurs, qui n'avons à défendre ni les lauriers déjà vieux de l'Académie de médecine, ni le jeune et aventureux drapeau de l'homœopathie, nous ne suivrons pas les parties sur le terrain qu'elles ont choisi et nous tenterons de ramener la question au seul point dont vous avez à connaître.

» L'objet du procès, Messieurs, vous le savez : Dans une revue médicale (no du 24 octobre 1857), M. Gallard a publié un article de bibliographie à l'occasion d'un ouvrage récent d'un médecin homœopathe, M. Magnan. M. Magnan avait exalté la médecine qu'il pratique; M. Gallard, qui croit à la vieille médecine, prend la plume pour la défendre des attaques dirigées contre elle par M. Magnan, et il fait une critique vive, amère même, de la doctrine d'Hahnemann.

» L'article de M. Gallard est considéré comme une injure dans le camp adverse, et douze médecins homœopathes viennent se poser en champions de la doctrine outragée. Nous sommes insultés, disent-ils, nous sommes traités de charlatans, d'illuminés, d'ignorants abjects ; nous ne pouvons tolérer ces injures, et nous venons demander au Tribunal de nous accorder la réparation de cet outrage, en condamnant à 50,000 fr. de dommages-intérêts M. Gallard, auteur de l'article, et M. Richelot, gérant du journal. Voilà tout le procès, Messieurs.

» Une première objection vient naturellement à l'esprit, pourquoi est-ce M. Chargé ou M. Pétroz qui vient faire ce procès? De quel droit douze médecins se posent-ils comme les défenseurs de la doctrine homœopathique, comme les vengeurs de la mémoire d'Hahnemann? Pourquoi y a-t-il douze demandeurs et non un seul? En d'autres termes, en quelle qualité agissent-ils?

» Dans notre loi, il y a un principe incontestable, c'est que pour former une action, il faut avoir un intérêt; pour demander la réparation d'un préjudice, il faut avoir subi un dommage. Si le fait d'autrui est un délit portant atteinte soit à l'ordre public, soit à une collection d'individus, reconnus par l'État comme constituant un corps, c'est le ministère public qui en demande réparation, et qui vient au nom de la société requérir la punition du coupable. Si le fait d'autrui ne constitue ni crime ni délit, et cause seulement un préjudice quelconque à un particulier, c'est celui-ci qui a seul le droit de s'en plaindre.

» Que contient donc l'article de M. Gallard? A-t-il attaqué l'ordre public? A-t-il violé une loi pénale? Non, certes; et comme représentant de l'action publique, nous n'avons rien à lui reprocher. A-t-il attaqué MM. Pétroz, M. Escallier, M. Cretin, voire même M. Simon? Mais ils ne sont pas nommés. Sont-ils désignés? Y a-t-il une phrase, un mot qui puisse faire supposer que M. Gallard a eu dans sa pensée de faire le portrait de M. Escallier, de M. Leboucher, de M. Love? Non, il n'y a là aucune désignation.

» Qu'a-t-il donc fait? Retournant une phrase de M. Magnan, il a dit que l'homœopathie était une doctrine jugée, qu'elle n'avait fait ni un pas ni un progrès, et que si on avait pu dire autrefois, comme M. Magnan le prétendait, que cette doctrine n'était pratiquée que par des ignorants abjects, de pauvres illuminés ou de misérables charlatans, on était encore en droit de le dire : voilà son crime!

» Et M. Love et chacun des demandeurs de s'écrier : « Entendez-vous le blasphème? C'est moi qu'il désigne! Un charlatan, c'est moi; un illuminé, c'est moi; un ignorant, c'est moi. Vite, qu'on le condamne à 50,000 francs de dommages-intérêts! »

» En vérité, Messieurs les homœopathes, vous avez la fibre bien sensible! Pourquoi ce mot de charlatan vous fait-il dresser la tête? Avez-vous donc la conscience inquiète? Vous nous donneriez vraiment le droit de le supposer.

» Discutons sérieusement : vous n'avez qu'un seul argument. Vous dites : Nous sommes homœopathes; or, M. Gallard a attaqué les homœopathes d'une manière générale, il n'a pas fait d'exception : donc ses injures, ses outrages nous blessent en pleine poitrine. Nous ne raisonnons pas médecine ici, mais nous raisonnons droit, et nous disons : Vous n'êtes ni nommés ni désignés; or, vous n'avez pas le droit de vous plaindre. Voulez-vous que nous nous placions en dehors du droit? Nous vous dirons encore, au nom du sens commun vulgaire : Vous êtes sans qualité, et vous n'avez pas d'action, parce que les attaques de M. Gallard, par leur généralité même, ne peuvent vous atteindre. Admettre le contraire, ce serait interdire toute critique, toute discussion scientifique. Qu'un écrivain, par exemple, soit assez hardi pour dire son opinion, bonne ou mauvaise, sur certains de nos littérateurs modernes; que, se souvenant de ces temps illustrés par Molière, Corneille ou Racine, il fasse un parallèle entre ces hommes immortels et ceux qui prétendent de notre temps tenir le sceptre des lettres; qu'il déplore la pente fatale suivie par ces faiseurs de drames ou de vaudevilles, qui oublient que le théâtre doit être un enseignement pour les mœurs et non un lieu de corruption et une école où la foule apprend à applaudir le crime ou à admirer tous les vices; qu'il flétrisse ces fabricants de romans insipides qui ne vivent que de scandale, qui travestissent impudemment l'histoire de nos pères, qui calculent leur renommée sur le nombre de lignes ou de mots qu'ils ont écrits, et vendent leur littérature en gros et en détail comme des ballots de marchandises; que cet écrivain les châtie comme ils le méritent; et ces journalistes de bas étage dont la plume appartient à qui les paie, qui, pour un écu, outragent aujourd'hui ce qu'ils encensaient hier; cet écrivain croira sans doute avoir fait une action louable, car sa conscience ne lui reprochera rien. Peut-être s'attendra-t-il à être attaqué par les armes dont il s'est servi; il sait qu'il s'est exposé à des critiques et à des pamphlets, et il est prêt à y répondre. Mais devra-t-il subir des procès sans fin? Lui faudra-t-il plaider contre tous les journalistes de France, contre tous les vaudevillistes de France, contre tous les romanciers d'Europe, et donner à chacun 50,000 francs?

» En vérité, cette supposition est absurde, et il faut être médecin homœopathe pour concevoir une semblable pensée, et je suis sûr que, parmi ces hommes de lettres dont je parlais tout à l'heure, il n'y en aurait pas un seul pour faire un semblable procès.

» Si MM. Pétroz, Cretin et autres n'ont pas droit, comme particuliers, de former une action, sont-ils au moins fondés à se plaindre comme représentant une collection d'individus? Qu'est-ce que ce comité homœopathique dont ils se disent membres? Est-il reconnu? Est-ce un corps constitué, protégé par nos lois? Non, et, à ce titre encore, nous avons le droit de leur dire : Vous n'avez pas qualité, car vous ne représentez rien.

» Parlerai-je de cette demande d'insertion d'une lettre de MM. Pétroz et Simon? Ce que nous venons de dire pour l'article de M. Gallard s'applique également à cette demande. M. Simon et M. Pétroz ne sont pas nommés dans l'article de M. Gallard; ils n'ont pas le droit d'y répondre comme particuliers; ils n'ont pas le droit d'y répondre comme membres de je ne sais quel comité qui n'a pas d'existence légale.

» Ainsi, à quelque point de vue que nous examinions la demande des médecins homœopathes, elle nous paraît mal fondée.

» Je pourrais m'arrêter ici, Messieurs, car cette fin de non-recevoir me paraît péremptoire. Mais, par une courtoisie évidente, M. Gallard n'a pas insisté sur ce point; il a accepté bravement le débat, comme ces chevaliers d'un autre temps, qui étaient toujours prêts à entrer en lice dès qu'ils voyaient une cause juste à défendre.

» Voyons donc si, au fond, il y a, dans l'article publié, quelque chose qui ait motivé suffisamment cette levée de boucliers. Je ne vous relirai pas cet article; je l'ai lu et relu; j'ai lu également la note qu'on incrimine au même titre, et voici l'impression que j'ai ressentie.

» J'ai vu là une œuvre scientifique, une discussion vive, passionnée, amère, si vous le voulez! M. Gallard croit à son art, il croit que la médecine, comme toute science humaine, est l'œuvre des temps, œuvre sérieuse à laquelle chaque génération a apporté sa part de travail et de conquête. Un jour, cependant, c'était presque hier, un médecin allemand s'est levé et est venu dire : « L'humanité tout entière s'est trompée depuis quatre mille ans, elle a été dupée par des fourbes qui usurpent le titre de médecins; il faut, comme l'a fait Paracelse, il faut brûler les œuvres d'Hippocrate et de Galien; tous les médecins qui ont suivi leurs préceptes sont des insensés, des empoisonneurs, des assassins!.... Heureusement pour l'humanité que je suis là pour la sauver! J'apporte, en effet, le secret de la science et ce secret consiste en trois mots : « *Similia similibus curantur.* »

» M. Gallard n'a pas cru Hahnemann sur parole; il a discuté et examiné sa doctrine et n'a vu en lui qu'un imposteur. Par hasard, il lui tombe sous la main un livre d'un adepte d'Hahnemann, c'est un hasard heureux, car, s'il faut en croire les allopathes, les homœopathes sont fort disposés à appliquer à la science et à la doctrine écrite le principe de leurs médicaments, et ils se contentent d'une doctrine à dose infinitésimale.

» Suivrai-je M. Gallard dans les appréciations qu'il a présentées, soit dans son article, soit dans la note qu'il vous a distribuée; vous raconterai-je avec lui toutes les singularités et les bizarreries de la doctrine homœopathique; relirai-je ces pages étranges du livre fondamental d'Hahnemann, dans lesquelles il expose la composition des médicaments fantastiques qu'il emploie, et fait connaître le résultat des épreuves qu'il a faites sur sa personne; vous raconterai-je avec quelle naïveté il attribue à une poussière de charbon, à un atome de phosphore, la succession des phénomènes et des impressions personnelles qu'il éprouve pendant trente ou quarante jours, n'oubliant pas, dans sa naïveté, de déclarer quel jour, à quelle heure, le remède produit invariablement chez lui un dérangement du cerveau?

» Faut-il vous rappeler les succès ou les infortunes de ses élèves? Parlerai-je, enfin, de ce hasard singulier qui fait que le médecin homœopathe réussit toujours quand il est seul, tandis que ses malades meurent lorsqu'apparaît une ombre de médecin allopathe; comme ce jeune Andragoras dont parle Martial, qui, bien portant la veille, mourut le lendemain subitement

« *In somno medicum viderat Hermocratem.* »

» Non, Messieurs, tout ceci ne nous regarde pas; tous ces faits, toutes ces expériences, sont du domaine de la science, et vous n'avez pas à en connaître.

» En vérité, Messieurs, vous auriez fort à faire, si vous étiez appelés à juger les querelles des médecins, et votre tâche serait impossible, je ne crains pas de le dire, si vous étiez obligés de les mettre d'accord.

» Nous n'avons pas seulement les représentants de la médecine traditionnelle et les homœopathes; nous n'avons pas seulement les spiritualistes, matérialistes, rationalistes, humoristes, insufficientistes, etc., etc.; si vous acceptiez de vous faire juges de leurs différends, vous verriez bientôt apparaître une légion d'autres praticiens qui viendraient à leur tour vous demander de proclamer l'excellence de leur système.

» Dans notre siècle de libre arbitre, la diversité en fait de médecine est poussée à sa dernière limite.

» Tel a la prétention de guérir les maladies avec de l'eau froide; tel par la seule influence de sa volonté magnétique. Nous avons des somnambules qui devinent la maladie, et, par une sorte d'intuition miraculeuse, voient en même temps au fond de l'Inde et du Pérou la plante qui doit apporter la guérison. Je vous fais grâce de l'armée des empiriques qui viennent munis chacun d'un remède spécial, unique, guérissant tous les maux.

» Qui songerait, Messieurs, à vous constituer juges de semblables questions? Pouvez-vous proclamer l'excellence de telle ou telle doctrine, l'efficacité de telle pommade, la nouveauté de telle formule? Non, encore une fois non, et de semblables débats ne peuvent être de votre compétence.

» Quant à nous, nous proclamons notre incompétence absolue; nous n'aurions pas la témérité de nous prononcer sur la foi de notes faites pour l'audience, soit en faveur d'un système, soit en faveur de l'autre, et nous sommes tout prêt à déclarer que nous croyons qu'on peut être fort honnête homme tout en étant médecin allopathe ou homœopathe. Laissons donc toute la partie scientifique de la brochure et de la note de M. Gallard.

» Si nous écartons la discussion des principes que nous ne devons ni apprécier ni connaître, que reste-t-il?

» Rien, en vérité, ou à peu près.

» Sans doute, M. Gallard a été vif et agressif, et il aurait mieux fait de ne point écrire cette phrase qui a si vivement impressionné ses adversaires : l'injure ne sert à rien et ne doit être l'arme que des mauvaises causes.

» Mais quel est le caractère de sa brochure? Ce n'est, nous le répétons, qu'une discussion scientifique. Que les homœopathes lui répondent, c'est leur droit; qu'ils démontrent qu'il a tort et qu'ils ont raison, c'est leur droit; mais c'est devant un autre tribunal que ce débat doit être porté, car vous ne pouvez, Messieurs, vous constituer en Académie. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, M. Gallard n'a fait que suivre une

mauvaise tradition; on vous le disait avec infiniment d'esprit à votre dernière audience : « Entre savants, il faut bien se passer quelque chose. » Il n'est que trop vrai qu'entre savants, et surtout entre médecins, la discussion n'a pas toute la modération désirable.

» J'en trouverai la preuve dans une note imprimée que l'un des demandeurs nous a fait distribuer hier, M. le docteur Cretin. M. Cretin, qui se plaint vivement des injures de M. Gallard, M. Cretin, qui ne veut pas qu'on dise des homœopathes qu'ils sont des charlatans ou des illuminés, M. Cretin, qui veut que M. Gallard soit condamné à payer 50,000 fr. de dommages-intérêts pour avoir prononcé de semblables blasphèmes, M. Cretin, lorsqu'il prend la plume, donne, lui aussi, un singulier exemple de sa modération.

» Savez-vous en quels termes il traite les partisans de la doctrine adverse? On les avait accusés de ne pas sortir d'une routine fatale; d'avoir nié jadis la circulation du sang; que sais-je encore? Ils avaient répondu qu'ils acceptaient toute découverte utile et ils avaient cité comme exemples le chloroforme et l'éther, qui ont été accueillis avec empressement.

» Eh bien, voilà ce qui indigne M. Cretin; ils ont accepté l'éther, mais ils ont refusé je ne sais quel médicament, la glycérine, qui serait une sorte de panacée universelle. Quelle faute! quel crime!

« Ah! dit-il, s'il s'était agi d'un agent qui, comme l'éther, comme le » chloroforme, comme l'amylène, tue rapidement entre les mains mé- » mes des plus habiles opérateurs et porte chaque semaine le deuil dans » une nouvelle famille, le progrès eût été accepté d'enthousiasme! Mais » il s'agissait d'un agent qui, à ses propriétés inoffensives, joint l'effica- » cité aujourd'hui la moins contestée dans les affections les plus graves, » la fièvre typhoïde, les affections pultacées, couenneuses, gangréneuses, » la phthisie elle-même, on le repousse sans examen et de parti pris. »

» Ainsi, il n'y a pas d'équivoque; vous croyez peut-être que les médecins allopathes songent à guérir les malades? Non, ils n'ont qu'une pensée, c'est de les tuer au plus vite; et, s'ils trouvent une substance dont le résultat certain doit être d'amener la mort immédiate de leurs clients, ils l'appliqueront avec enthousiasme.

» M. Cretin ne s'en tient pas à ces attaques générales; il a un tel besoin de frapper à tort et à travers, qu'il prend à partie un des médecins les plus illustres, les plus justement honorés de la Faculté; cette fois il le nomme : c'est M. le docteur Trousseau. Savez-vous avec quel respect il parle de ce maître de la science?

« Ce n'est plus le ridicule seulement, comme du temps de Molière, de » Lesage, de Voltaire, que nous pourrions opposer à nos adversaires, » c'est pis encore, comme vous pouvez vous en convaincre par la lec- » ture d'une leçon de M. Trousseau. (Il cite textuellement.) M. Trous- » seau se vante hautement d'avoir accepté un moyen préconisé par un » ignoble charlatan, qui n'est autre que l'instrument de la plus révol- » tante débauche. »

» Voilà donc M. Trousseau qui n'est que le plat valet d'un ignoble charlatan, le propagateur et l'admirateur d'un instrument de la plus révoltante débauche. Les compliments de M. Cretin sont peu agréables, en vérité; M. Gallard avait dit d'une manière générale « misérable charlatan. » M. Cretin fait mieux : il rend l'épithète plus dure encore et l'applique à l'un des médecins les plus éminents de notre époque.

» Ce n'est pas tout encore, car, dans sa brochure, M. Cretin parle de beaucoup de choses et il se demande quel sera le jugement que le Tribunal pourra rendre. Il finit ainsi la lettre qu'il adresse à son habile défenseur :

« Je laisse à votre éloquence si sympathique et si entraînante la tâche » trop facile d'éclairer le Tribunal et de lui demander que si, par » impossible, son jugement était favorable au gérant et au rédacteur de » l'UNION MÉDICALE, si dès lors son diplôme n'assurait plus au docteur » la liberté de ses convictions, l'indépendance de sa pratique, la dignité » de sa profession, on verrait demain nos adversaires donner au monde » le spectacle d'une mêlée sans nom où spiritualistes et matérialistes, » vitalistes et organicistes, humoristes et solidistes, rationalistes et » empiriques, se renverraient les épithètes dirigées contre nous par » M. Gallard, et transformeraient le terrain de la discussion scientifique » en une arène tumultueuse où, à défaut de meilleures raisons et le » vocabulaire des injures étant épuisé, le pugilat deviendrait le dernier » argument. »

» Vous le voyez, Messieurs, M. Cretin n'y va pas de main morte, et ce sont des coups de poing qui vont clore le débat. Pauvre M. Gallard! Il se trouve en vérité dans une alternative fâcheuse. Il lui faudra payer 50,000 fr.; sinon, si par impossible vous ne prononciez pas contre lui une condamnation, il devra se mettre en garde et se résigner à recevoir les coups de poing de M. Cretin, et sans doute de ses autres adversaires. Douze contre un! Ah! la partie n'est pas égale.

» Voilà cependant où la passion aveugle peut conduire! Nous blâmions tout à l'heure M. Gallard; nous lui reprochions ses phrases trop vives, trop violentes. Mais que dirons-nous alors à M. Cretin, qui a été plus vif et plus violent encore? Nous dirons à tous les deux : Laissez là ces épithètes injurieuses, ces attaques injustes et passionnées, qui ne doivent pas se trouver dans une discussion sérieuse. Mais en tout cas, que vous ayez tort, ou que vous ayez raison, ne venez pas soumettre vos dissentiments à un Tribunal qui ne peut connaître de vos débats scientifiques, et qui ne peut prononcer sur la valeur de vos doctrines.

» Un mot encore, Messieurs, et j'ai fini cette trop longue discussion. On vous a dit, dans l'intérêt des médecins homœopathes, que le procès qu'ils faisaient actuellement était un procès sérieux, dont le seul but était d'obtenir une réparation légitime.

» On vous a dit, dans le sens contraire, que les médecins homœopathes, en attaquant M. Gallard, ne se proposaient qu'une chose, c'était de faire parler d'eux, et de spéculer sur la publicité de votre audience.

» Messieurs, il y a quelque chose de vrai dans cette double version. Nous ne mettons pas en doute la bonne foi de M. Pétroz et des autres demandeurs; nous croyons aussi qu'ils ne regrettent en aucune façon la publicité que doit recevoir ce singulier procès; mais ils obéissent également à un autre sentiment, et c'est ce sentiment qui les a déterminés à venir à votre barre.

» Quand la doctrine d'Hahnemann pénétra en France, il y a cinquante ans, elle fut accueillie par un sentiment général d'incrédulité, et, pendant trente ans on ne parlait de son système qu'à cause de sa singularité. Cependant quelques médecins aventureux eurent l'idée d'appliquer cette doctrine bizarre; quelques succès, une mise en scène habile attirèrent l'attention du public, et la clientèle des médecins nouveaux s'accrut avec rapidité.

» La vieille Académie de médecine s'en émut, et elle crut qu'il était de son devoir d'examiner sérieusement quelle foi on devait avoir dans les préceptes d'Hahnemann.

» Vous savez ce qui se passa alors; on fit venir les livres du novateur; on discuta ses principes, et des essais eurent lieu dans les hôpitaux de Paris sous la direction des médecins les plus consciencieux.

» Le résultat de ces épreuves fut fatal à l'homœopathie. Battue sur le terrain de la science, confondue sur le choix des expériences, l'homœopathie ne voulut pas s'avouer vaincue, et elle se tourna vers cette partie du public toujours prête à croire au merveilleux. Ses efforts furent couronnés de succès, et ce succès, il faut bien le reconnaître, n'a fait que grandir et se développer. Eh bien, c'est ce succès qui a exalté les hommes actuels; fiers de leur clientèle nombreuse, voyant leurs rangs grossir chaque jour, ils crurent que le temps était venu d'élever autel contre autel, drapeau contre drapeau. Aussi, quand la nouvelle Faculté rappelle à l'homœopathie ses défaites passées, l'homœopathie se lève et répond fièrement : « Je suis maîtresse du terrain, vous ne me chasserez plus du temple de la science.

» C'est à vous d'en sortir, vous qui parlez en maître;
» La maison m'appartient, je le ferai connaître. »

» C'est sous l'empire de ce sentiment que le procès actuel a été commencé. Que les homœopathes me permettent de le leur dire : ils se sont trop hâtés, et ils ont poussé trop tôt le cri de victoire.

» Qu'ils laissent de côté d'abord ce mystère dont ils s'entourent, qu'ils essaient à coordonner leur doctrine et à la mettre d'accord avec la raison et le sens commun; qu'ils viennent enfin faire publiquement des expériences sérieuses et qu'ils démontrent que leur succès n'est pas dû au hasard ou au caprice de la mode. Oh! alors, les portes de l'Académie s'ouvriront d'elles-mêmes; l'opinion des savants et des ignorants leur donnera la réparation qu'ils demandent, et nul ne songera à les traiter d'ignorants abjects, de pauvres illuminés ou de misérables charlatans. »

Que pourrions-nous ajouter à ces éloquentes paroles, auxquelles le jugement qui vient d'intervenir donne la consécration du Droit et de la Justice!

G. RICHELOT, Gérant. — Amédée LATOUR, Rédacteur en chef.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Immédiatement après la lecture du procès-verbal, M. Velpeau, demandant la parole, dépose sur le bureau une nouvelle communication de M. le doceur Verhnes, complémentaire de celle que M. Velpeau a déjà présentée il y a un mois. Ce sont les observations sur lesquelles M. Verhnes basait les résultats qu'il dit avoir obtenus de l'emploi du croton tiglium dans le croup.

M. Velpeau dépose encore sur le bureau, au nom de M. Ollier, jeune chirurgien de Lyon, élève de prédilection du membre correspondant que l'Académie vient d'avoir la douleur de perdre (M. Bonnet); M. Velpeau, disons-nous, dépose une note intitulée : *Physiologie et anatomie pathologique du périoste*. A cette note, sont jointes de nombreuses pièces à l'appui que M. Velpeau met sous les yeux de ses collègues.

Il résulte des expériences de M. Ollier, que si l'on décolle le périoste, si l'on en détache complétement une lanière, de façon à faire cesser tout contact avec l'os, et qu'on laisse dans les chairs cette lanière de périoste ainsi détachée, elle devient le centre de formation d'un os nouveau; à côté de l'os auquel on a emprunté cette portion de périoste, il se fait un autre os.

Si la lanière de périoste a été contournée en spirale, l'os de nouvelle formation sera également contourné en spirale. Ce résultat a été obtenu sur des lapins.

M. Ollier a enlevé un morceau du périoste et l'a transplanté dans les chairs du même animal, loin de l'os qui l'avait fourni; comme dans la précédente expérience, ce morceau de périoste est devenu un os.

Enfin, M. Ollier a fait mieux; il a placé un fragment de périoste sous la peau de l'aine d'un lapin, et, encore là, ce fragment a donné naissance à un os.

M. Velpeau fait remarquer que ces os, ainsi formés, sont bien et dûment de vrais os, des os complets, dans lesquels on trouve tous les éléments des os normaux, y compris le canal médullaire.

La note de M. Ollier est très courte, dit en terminant M. Velpeau; il a voulu seulement aujourd'hui prendre date, mais il continue ses expériences; c'est un laborieux et consciencieux expérimentateur. Bientôt il sera en mesure de présenter à l'Académie toute une série d'études sur cet intéressant sujet.

M. Flourens demande à répondre un mot. Il a écouté avec plaisir la communication de M. Velpeau, mais il doit rappeler que, depuis vingt ans, il travaille à établir dans la science la proposition qui fait l'objet de la note de M. Ollier, proposition que M. Flourens a formulée en ces termes : l'os se forme dans le périoste. Ce qu'il y a de nouveau dans le travail du chirurgien lyonnais, c'est d'avoir transporté dans d'autres régions du corps des morceaux de périoste détachés. M. Flourens n'a pas fait cela, mais déjà il a consigné dans la relation de ses expériences, que des portions de périoste, isolées par une de leurs extrémités, donnaient naissance à des os nouveaux, même alors que ces portions étaient renfermées dans des tubes ouverts d'argent ou de platine; il en a dans son laboratoire. Il se propose de revenir sur tous ces points, et de faire voir, dans un prochain travail, qu'il n'y a que le périoste qui forme l'os; que c'est l'organe de la sécrétion osseuse, comme le foie sécrète la bile, comme le rein sécrète l'urine, etc. Il discutera, dans ce travail, les objections qui ont été soulevées à ce propos, au sein de l'Académie de médecine, notamment par l'honorable professeur M. Cruveilhier.

A ces observations de M. Flourens, M. Velpeau s'est hâté de répondre qu'en présentant très sommairement la note de M. Ollier, il avait évité, à dessein, de faire l'historique de la question; mais qu'il savait reconnaître toute l'importance des travaux de M. Flourens; que M. Ollier la reconnaissait aussi, attendu qu'il cite ces travaux chaque fois que besoin est, et que souvent il indique le rôle purement confirmatif que jouent ses expériences à l'égard de ce qui a été fait avant lui.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le Secrétaire perpétuel mentionne :

— Un mémoire de M. Caselli, médecin principal en Algérie, sur les fièvres pernicieuses.

— Un appareil très simple et très ingénieux de M. Poiseuille, destiné aux analyses quantitatives de la glycose contenue dans les liquides animaux.

— Une lettre venue de Lyon, et annonçant la mort si imprévue de M. Bonnet, membre correspondant. Le savant chirurgien est mort, le 2 décembre, d'une apoplexie de la moelle, après avoir souffert quatorze jours. Il n'était âgé que de 49 ans; il n'avait donc, dit M. Flourens, pas fourni la moitié de sa carrière. La mort d'un tel homme, a-t-il ajouté, n'est pas une perte seulement pour la science, c'en est une aussi pour l'humanité.

— M. Durocher, élu dans la précédente séance, remercie l'Académie.

— M. Heurteloup réplique à la lettre que M. Aug. Mercier a adressée à l'Académie dans la séance du 22 novembre. M. Mercier argumentait M. Heurteloup sur une phrase publiée par le *Journal des Débats*; aujourd'hui, M. Heurteloup vient dire que cette phrase ne lui appartient pas. A cette occasion, M. le Président a pris la parole : « Il serait à désirer, a-t-il dit, que la commission chargée d'examiner la dernière communication de M. Heurteloup fît promptement son rapport, afin d'éviter la répétition de ces lettres. » Nous joignons nos vœux à ceux de M. le Président.

— M. Dufossé, de Marseille, avait envoyé à l'Académie, le 15 février de cette année, un mémoire sur *divers phénomènes physiologiques nommés Voix des Poissons*; M. Duméril fit un rapport sur ce mémoire le 29 mars suivant. M. Dufossé envoie aujourd'hui un nouveau travail dans lequel, recherchant la cause de ces phénomènes, il détermine le nombre des vibrations musculaires qui donnent lieu à ces bruits singuliers.

— L'auteur de vers latins sur la dernière comète, envoyés à l'Académie des sciences, n'a pas vu ses vers insérés aux *Comptes-rendus hebdomadaires*; il en conclut qu'ils n'ont pas été reçus au secrétariat et adresse une réclamation à ce sujet.

M. le Secrétaire perpétuel croit devoir prévenir le public qu'il a été décidé par le Bureau, depuis quelque temps déjà, que les *Comptes-rendus* n'inséreraient dorénavant que les matières directement de la compétence de l'Académie *des sciences*, et, parmi celles-ci, que les matières de quelque importance. Les autres figureront seulement au procès-verbal, toujours très complet. On en retrouvera donc, dans tous les cas, la mention aux archives de l'Académie.

— M. le docteur Larcher vient soumettre à l'examen de l'Académie deux pièces anatomiques d'un grand intérêt, suivant lui, au point de vue de la tératologie.

La première de ces deux pièces est un cas de *polyopsie*.

Le docteur Larcher désigne ainsi la présence de plus de deux yeux chez un même individu.

Si l'*anopsie* ou l'absence des yeux est une anomalie très rare; si la *monopsie* (cyclopie) ou la fusion des deux yeux se rencontre plus souvent, la *polyopsie* est plus rare que les deux anomalies précédentes.

Tel est le cas qu'il vient d'avoir occasion d'observer sur un fœtus de chat; c'est, dit-il, un nouvel exemple de duplicité monstrueuse ou de la fusion initiale de deux germes. Sœmmering décrit un monstre qui avait trois yeux sur une seule tête; et Zacutus Lusitanus, au rapport de Billard, en aurait rencontré quatre sur un même sujet.

La pièce que présente le docteur Larcher offre trois yeux, parfaitement distincts, et chacun d'eux loge dans sa cavité orbitaire. Un examen ultérieur apprendra dans quelles conditions se trouvent et l'encéphale et les nerfs optiques.

On observe encore, sur le même sujet, deux langues parallèles, séparées par un corps fibro-cartilagineux, et reposant sur une seule mâchoire inférieure.

La seconde pièce anatomique présentée par M. le docteur Larcher appartient à sa collection et a été recueillie par lui, en 1827, à l'hospice de la Maternité. C'est un cas très rare et peut-être unique de *rhinocéphalie*.

N'acceptant pas comme exacte, au point de vue étymologique et pas davantage au point de vue de l'observation directe, l'expression de *rhinocéphalie* appliquée aux cas de monopsie avec absence des nerfs olfactifs, des fosses nasales et de la lame criblée de l'ethmoïde, coïncidant avec un prolongement des parties molles du nez sous forme de trompe, M. le docteur Larcher appelle *rhinocéphalie* l'anomalie qui consiste en une saillie plus ou moins considérable du nez, sans lésion congéniale apparente de l'encéphale ou des yeux.

Le vomer, grandi dans toutes ses proportions, constitue la *caractéristique* de cette anomalie.

Tel est le relief qu'il offre en avant de la face dans la pièce dont

il s'agit, qu'on serait tenté de le comparer à l'os du boutoir des pachydermes.

Le vomer porte ici avec lui et en avant de lui les deux os intermaxillaires avec les alvéoles des dents incisives, et constitue, en quelque sorte, l'expression la plus prononcée du *lagostome* ou du *bec-de-lièvre*.

La correspondance étant épuisée, M. Cloquet donne lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé : *Du développement des dents et des mâchoires*, par M. Natalis Guillot, professeur à la Faculté de médecine; ce mémoire avait été présenté par l'auteur dans la séance du 29 mars dernier.

— M. Frémy lit un mémoire sur la coloration des sels de chrôme.

— M. Leverrier, en réponse à la précédente lecture de M. Faye sur l'hypothèse d'un milieu résistant, se livre à la discussion de cette hypothèse qu'il est disposé à admettre, contrairement à l'opinion de son collègue.

La séance est terminée par un comité secret.

Dr Maximin LEGRAND.

MÉDECINE LÉGALE.

OBSERVATION DE MORT SUBITE PAR RUPTURE DE L'ARTÈRE RÉNALE AYANT PU FAIRE SOUPÇONNER UN MEURTRE.

Toulon, 3 Novembre 1858.

Monsieur et très honoré confrère,

Lorsqu'un cas nouveau en médecine légale se présente, je crois que c'est un devoir pour celui qui en est témoin de le faire connaître.

Requis très souvent par M. le procureur impérial de Toulon, j'ai été plusieurs fois, dans le courant de l'année, appelé à donner mon avis sur des questions difficiles. Mais le cas suivant est si rare, si exceptionnel, qu'il me paraît mériter plus particulièrement d'être porté à la connaissance de tous.

Dans la nuit du 25 octobre dernier, un homme fut trouvé mort sur le seuil d'une maison dans un petit village des environs de Toulon. Un premier examen du cadavre eut lieu et l'on constata une plaie au sommet de la tête, un peu à gauche de la ligne médiane, plaie d'un centimètre et demi de longueur, n'intéressant que le cuir chevelu.

De plus, on trouva les bourses très volumineuses et une goutte de sang au méat urinaire : on pensa alors que cet homme avait reçu dans le bas-ventre et sur la tête des coups violents et que sa mort était due à un crime.

J'arrivai dans la matinée, et l'autopsie, extrêmement curieuse que je fis, me permit de déclarer que la mort était accidentelle.

Voici quelles sont les lésions que j'ai trouvées :

La plaie du sommet de la tête n'a intéressé que le cuir chevelu. Au-dessous d'elle existe une ecchymose peu considérable. L'os est intact. La voûte du crâne étant enlevée, je constate que la dure-mère est parfaitement saine. Cette membrane étant incisée et écartée, je trouve un épanchement de sang étalé en nappe dans les mailles de la pie-mère, sur le lobe antérieur droit, c'est-à-dire du côté opposé à la plaie du cuir chevelu; la paupière supérieure droite est fortement ecchymosée.

Le cerveau enlevé, j'aperçois une fracture du rocher gauche, fracture que m'avait permis de prévoir un écoulement de sang qui avait lieu par l'oreille gauche.

Le cas devenait embarrassant. Un homme tombant de sa hauteur seulement peut-il se fracturer la base du crâne? Le fait est au moins extrêmement rare. Tout portait donc à croire qu'il y avait eu une violence exercée sur le sommet de la tête avec un corps lourd capable de produire une fracture par contre-coup.

J'examine alors le reste du corps et je suis surpris de n'y trouver aucune contusion. Mais, en découvrant les jambes, je remarque sur elles cinq ou six taches de purpura de chaque côté. Je commence alors à penser que l'écoulement de sang qui se fait par le méat urinaire peut provenir d'une hémorrhagie spontanée, soit rénale, soit vésicale.

Je dissèque les bourses, dont le volume considérable avait attiré l'attention du médecin de la localité, et lui avait fait penser qu'elles étaient le siége d'un épanchement de sang par suite d'une violence antérieure. Ce volume est dû à l'existence de deux hydrocèles. Du reste, je ne trouve du sang épanché ni dans le tissu cellulaire, ni dans les muscles environnants.

Ouvrant alors l'abdomen, je vois autour du rein un vaste épanchement de sang non coagulé, soulevant le péritoine, et dont une partie a pénétré par une déchirure dans la cavité péritonéale. Le rein présente, au-dessus de la partie supérieure du bassinet, une solution de continuité dont je ne puis préciser l'étendue, car cet organe était tellement friable, qu'ayant voulu l'enlever, je l'ai séparé en deux parties.

La surface de la déchirure était molle et comme réduite en bouillie. A la circonférence externe, l'organe est plus consistant, mais gorgé de sang.

Le rein gauche est mou, friable, sans congestion ni trace d'hémorrhagie.

La vessie est pleine de sang non coagulé.

Sa muqueuse est parfaitement saine.

Les conditions déplorables dans lesquelles j'ai fait cette autopsie m'ont empêché d'examiner avec soin tous les détails de ces lésions. Le cadavre était sur le sol, sous un hangar mal éclairé. J'étais sans aide, et forcé en outre de rendre compte du résultat de mes recherches dans le plus bref délai possible.

Ces détails, du reste, n'étaient importants qu'au point de vue anatomo-pathologique. Au point de vue médico-légal, je n'en avais pas besoin pour reconnaître que j'avais affaire à un cas de *purpura hemorrhagica*, et que la substance rénale avait été déchirée par la violence de l'hémorrhagie.

Atteint de cette hémorrhagie presque foudroyante, l'homme qui fait le sujet de cette observation, se sentant mourir, a frappé à la porte de la maison sur le seuil de laquelle on l'a trouvé; mais les forces lui manquant, il est tombé en arrière; sa tête a frappé contre une pierre très dure qui forme le sol devant la maison; et la chute a été si lourde, si abandonnée, sous l'influence de la perte des forces, qu'elle a pu occasionner une fracture de la base du crâne.

En conséquence, j'ai déclaré que la mort était accidentelle, et due à une hémorrhagie rénale; et que la fracture du crâne était le résultat d'une chute consécutive à cette hémorrhagie.

Quelques instants après, des témoins ayant pu être rassemblés, l'un d'eux dit que, deux heures avant sa mort, l'homme dont nous parlons avait eu une épistaxis très abondante et une syncope. Un autre témoin était arrivé auprès du mourant assez à temps pour distinguer ces mots : *Je suis tombé*. Ces dépositions se trouvaient parfaitement en rapport avec ma déclaration.

Ce cas est curieux à deux points de vue :

1° Au point de vue médico-légal. En effet, avant l'examen des viscères abdominaux, l'état du crâne pouvait faire soupçonner un crime.

2° Le doute étant levé par l'examen du ventre, reste le cas remarquable, et heureusement fort rare, d'une hémorragie rénale causant une rupture du rein, un épanchement de sang sous le péritoine et même dans la cavité péritonéale, et amenant la mort en quelques instants chez un homme qui avait à peine quelques taches de purpura sur les jambes.

Je n'ai pu savoir si cet homme était malade depuis longtemps; il était arrivé la veille dans le pays. Ses muscles étaient assez développés, mais peu colorés. Les poumons étaient sains. Le cœur, mou et un peu volumineux, ne contenait ni sang liquide ni caillots.

Enfin la fracture du crâne à sa base, résultant de la chute d'un homme, seulement de sa hauteur, est encore un fait rare et à signaler, ainsi que l'épanchement de sang qui s'est produit sur le lobe antérieur du cerveau, du côté opposé à la fracture, et l'ecchymose de la paupière supérieure droite quand la fracture était à gauche.

Je vous envoie, Monsieur le rédacteur, cette observation, qui m'a paru mériter d'être connue de vos lecteurs.

Agréez, etc.

Dr E. BOURGAREL,
Deuxième médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Medical Times and Gazette. — Avril 1858.

SITUATION ANORMALE DU REIN DROIT. — Chez un sujet ouvert à l'amphithéâtre de l'hôpital de Guy, M. Maunder a trouvé le rein droit, au lieu d'occuper sa situation ordinaire, placé sur la cinquième vertèbre lombaire et l'angle sacro-vertébral. L'organe était un peu aplati contre la colonne vertébrale, son bord convexe dirigé en arrière et en haut, son bord concave en avant et en bas. La capsule surrénale correspondante avait conservé sa situation au-dessous du foie. Cette anomalie est digne de remarque, car la connaissance de ce fait que certains organes, parfaitement sains d'ailleurs, éprouvent parfois de singuliers déplacements, est utile pour écarter une des nombreuses causes d'erreur qui peuvent obscurcir le diagnostic des tumeurs abdominales. Dans le cas dont il est ici question, si le sujet eût été maigre, il est certain que le rein déplacé eut pu être senti pendant la vie.

HYDROCÈLE DANS L'AINE DROITE, PRISE POUR UNE HERNIE. — Ce cas, relaté par M. Curling dans une des séances de la Société pathologique de Londres (6 avril), a été observé sur le cadavre d'un homme qui, pendant sa vie, avait été regardé comme atteint d'une hernie inguinale à droite, en raison d'une tumeur volumineuse siégeant dans l'aine de ce côté. Cette tumeur consistait en un kyste à parois minces qui, occupant le canal inguinal dont il dépassait l'anneau externe, remontait par en haut sur l'aponévrose du muscle grand oblique. Le testicule droit se trouvait dans cette partie du sac située dans le canal inguinal; il était très petit, semblable au testicule non encore développé d'un enfant, mais sain et libre de toute adhérence. Le kyste contenait environ huit onces de liquide et était sans aucune communication avec la cavité de l'abdomen. Le testicule gauche, situé dans le scrotum, était un peu moins volumineux que normalement, mais d'ailleurs parfaitement sain.

APOPLEXIE DU CERVELET. — Le professeur Childs, de New-York, a fait connaître (*Boston Journal*, vol. LVII) un cas intéressant d'apoplexie du cervelet, terminé d'une manière fatale, qui se produisit dans des circonstances assez singulières. Une jeune femme, dans l'été de 1853, voulant amuser un enfant, se mit à remuer la tête avec force et rapidité un grand nombre de fois de suite. Prise de perte de connaissance et de vomissements, elle dut garder le lit pendant plusieurs jours; et, quand elle se leva, sa marche était devenue chancelante. Parmi les moyens employés, le séton seul amena une amélioration temporaire. En décembre 1854, lorsque le docteur Childs la vit, elle ne pouvait marcher sans aide, sa vue se perdait rapidement, et elle se plaignait d'une douleur sourde dans la région occipitale. Elle mourut en janvier 1855, au milieu de phénomènes convulsifs, l'intelligence étant toujours restée sans atteinte. Un caillot de sang, ancien, dur, du volume d'une grosse noix, fut trouvé dans la partie centrale du cervelet, baignant dans environ deux onces d'une sérosité citrine renfermée dans un kyste.

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS REMONTANT A PRÈS DE DOUZE ANS; RÉDUCTION. — En communiquant ce cas à la Société médicale et chirurgicale de Londres, M. Tyler Smith a eu pour but d'appeler l'attention sur la méthode suivant laquelle il a dirigé le traitement. En général, les faits dans lesquels jusqu'ici le renversement de l'utérus a pu être réduit, ont été des cas de date récente, et il est admis que, si la réduction n'est pas obtenue à une époque peu éloignée de l'accident, il n'y a guère lieu d'espérer de pouvoir l'obtenir plus tard, et que dès lors les malades sont vouées à une mort presque certaine, qui arrive communément dans un laps de temps variant de quelques mois à cinq ou six années. Reste l'extirpation de la matrice; mais c'est une opération très grave, une ressource extrême, à laquelle il serait bien heureux qu'on ne fût pas obligé de recourir.

Le sujet de l'observation accoucha pour la première fois à l'âge de 18 ans, et ce fut dans cet accouchement que le renversement se produisit, sans que l'accident fût même soupçonné. Plus tard, lorsqu'une exploration fut enfin pratiquée, une tumeur fut trouvée dans le vagin; mais les opinions des médecins qui avaient examiné la malade, se divisèrent, les uns croyant à un polype, les autres admettant un renversement de la matrice. Des tentatives de réduction furent faites, mais restèrent sans succès. Depuis près de douze années déjà les choses étaient dans cet état, et il y avait des pertes sanguines journalières plus ou moins abondantes, lorsque la malade fut adressée à M. Tyler Smith, en septembre 1856. Elle présentait les symptômes de l'anémie à un degré très marqué, et était sujette à des convulsions épileptiformes et à des défaillances fréquentes. L'écoulement sanguin semblait, en quelque sorte, remplacer une partie des autres sécrétions : ainsi le besoin d'uriner ne revenait quelquefois que toutes les vingt-quatre heures, et la quantité d'urine rendue était très peu abondante. Par le toucher, l'utérus fut trouvé complétement renversé, le col extrêmement court et l'orifice resserré et rigide.

M. Tyler Smith résolut de tenter la réduction, et, pour l'obtenir, d'essayer si une compression continue longtemps prolongée ne parviendrait pas à surmonter la résistance de l'orifice et du col et à dilater ces parties. Avec la main droite introduite dans le vagin matin et soir, le corps déplacé de l'utérus fut comprimé pendant dix minutes environ chaque fois; le chloroforme, qui s'est montré si utile dans les cas de renversements plus récents, ne fut pas employé en raison de la faiblesse des battements du cœur et de l'absence relative de la douleur. Dans l'intervalle des manipulations, pour lesquelles M. Tyler Smith fut aidé par le docteur Vernon, le vagin fut distendu et une forte pression fut exercée à sa partie supérieure à l'aide d'un large pessaire à air. Le résultat répondit à l'espoir qui avait été conçu : l'orifice et le col utérin se dilatèrent graduellement dans une mesure suffisante pour permettre peu à peu une réduction partielle du corps de l'utérus, et huit jours après le commencement des manœuvres cette réduction s'opéra complétement. Le rétablissement de la malade fut parfait. Depuis, ses règles sont revenues avec régularité et sa santé est excellente; elle est même devenue enceinte et est arrivée déjà au cinquième mois de sa grossesse.

L'auteur de la communication s'élève contre l'opinion généralement adoptée de l'état de rigidité inflexible du col de l'utérus dans les renversements d'origine ancienne, se fondant sur la facilité avec laquelle la matrice augmente, diminue, en un mot modifie son volume sous l'influence de *stimuli* appropriés. L'emploi de la force ne parviendra pas à réduire d'une manière prompte un renversement déjà ancien; mais, dans l'opinion de M. Tyler Smith, sous l'action continue et suffisamment prolongée d'une pression exercée au moyen de l'air ou d'un autre fluide, le fond et le corps de la matrice peuvent agir à la façon d'un coin sur le col de l'organe, et amener ainsi lentement et d'une manière graduelle un élargissement, une dilatation de son orifice et de sa cavité, suffisante pour permettre aux parties déplacées de revenir à leur situation normale. — G.

COURRIER.

Par arrêté en date du 6 décembre 1858, un congé, jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1858-1859, est accordé à M. Aubergicr, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont.

M. Alluard, docteur ès-sciences, professeur de physique au lycée impérial de Clermont, est chargé de suppléer M. Aubergier, dans la chaire de chimie, pendant la durée de ce congé.

— Par arrêté en date du 6 décembre 1858, M. Gay père, professeur adjoint de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant la durée de la présente année scolaire, par M. Gay fils, agrégé, près la même École.

— Par arrêté en date du 6 décembre 1858, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers :

Professeur titulaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bas, dont la démission est acceptée, M. Gaillard, professeur titulaire de pathologie chirurgicale.

Professeur titulaire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Gaillard, M. Quotard, professeur adjoint pour les chaires de chirurgie.

Professeur adjoint pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Guérineau, professeur suppléant.

Professeur suppléant pour lesdites chaires de chirurgie et d'accouchements, M. le docteur Jallet, chef de clinique.

M. Bas, ancien professeur titulaire de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

— Par arrêté en date du 6 décembre 1858, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims :

Professeur titulaire de clinique chirurgicale, M. Galliet, professeur titulaire d'anatomie.

Professeur titulaire d'anatomie et de physiologie, M. Thomas, professeur adjoint de pathologie interne.

Professeur adjoint de pathologie interne, M. Strapart, chef des travaux anatomiques.

Professeur suppléant et chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Strapart, M. Hamet, docteur en médecine.

— Avant même qu'aucune liste de souscription fût ouverte, la Société médicale d'émulation de Montpellier, entièrement composée d'élèves en médecine, s'est empressée de voter 200 francs pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 148. DOUZIÈME ANNÉE. **Mardi 14 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès ;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Béhier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs ;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier ;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial ;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbatier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées par les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adressant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 13 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac demande la parole.

Dans la dernière séance, dit M. Chassaignac, M. Maisonneuve nous a reproché, à plusieurs de mes collègues et à moi, d'avancer des assertions dénuées de preuves. Il nous a mis en demeure de produire des textes.

Ces textes, je les apporte. Ils concernent trois affirmations que j'ai produites devant la Société, et dont je suis tenu de démontrer l'exactitude. J'ai avancé :

1° Que M. Maisonneuve avait publié des faits de guérison qui n'existent pas ;

2° Qu'en faisant l'application de ce qu'il appelle des flèches, il avait causé une plaie pénétrante de poitrine, dont il n'avait été averti que par le sifflement de l'air s'engouffrant dans la plèvre.

3° Qu'il s'attribuait indûment une méthode de cautérisation dont il n'est pas l'inventeur,

Prouvons :

Je place sur le bureau de la Société : 1° la lettre de deux confrères tout à fait dignes de foi, MM. les docteurs Caucal et Pignant, qui avaient adressé eux-mêmes à M. Maisonneuve le malade qu'il a donné comme guéri, et qui, examen fait quarante-huit heures après la sortie de l'hôpital, n'était nullement guéri, et, loin de là, s'est présenté à eux dans l'état le plus déplorable.

2° Le fait de la plaie pénétrante de poitrine.

Il est mis hors de doute par le compte-rendu de la Société de chirurgie, séance du 18 novembre 1857.

3° J'arrive à l'invention du procédé.

Voici les preuves :

Tome XV, page 27, année 1854, de la *Revue médico-chirurgicale*, se trouve un travail de M. Girouard père, où il est dit, à l'occasion d'une amputation du sein, que des lamelles de pâte de zinc furent enfoncées *par-dessous la tumeur*, et qu'en quarante-huit heures elle fut enlevée. Son poids était de près de 5 livres.

Archives générales de médecine, juin 1855. M. Follin décrit une opération qui vous a dit être en tout semblable à celle dont a parlé M. Maisonneuve.

Même journal, numéro de juillet 1857, se trouve l'observation d'une amputation de la totalité de la langue, qui fut pratiquée à l'aide de chevilles de chlorure de zinc *enfoncées dans les piqûres faites sous la langue* avec un bistouri étroit à double tranchant.

Voici les textes dus à MM. Salmon et Maunoury :

Numéro du 21 juillet 1857 de l'UNION MÉDICALE, mémoire sur une opération faite en janvier 1857, se trouvent ces paroles : « Pour effectuer l'amputation, les muscles sont *embrochés* par un

Feuilleton.

TRAITÉ DU VISAGE ET DE SES MALADIES CUTANÉES (1) ;

Par F. FOUCAUD DE L'ESPAGNERY.

M. Foucaud de l'Espagnery a fait un gros livre sur le visage et ses maladies cutanées — moins gros cependant qu'on ne le croirait au premier abord ; le caractère est d'un *œil* énorme, l'interligne n'a pas été ménagée, les marges sont grandes. Mais, sans doute, ce n'est pas sans de sérieux motifs que M. Foucaud de l'Espagnery a fait choix d'une telle disposition typographique : *Est modus in rebus*, il est dans les choses une certaine mesure qui impose l'harmonie. M. Foucaud s'occupant du visage en médecin devait, avant toutes choses, ménager la partie la plus précieuse et la plus charmante de son sujet, à savoir, les yeux, qui sont à la face ce que les eaux sont au paysage. C'est M. Victor Laprade qui l'a dit dans cette admirable strophe :

> Otez les flots à la terre,
> La terre sera *sans yeux*,
> Et jamais sa face austère,
> Pleine d'ombre et de mystère
> Ne réfléchira les cieux.

Or, n'est-ce pas le petit texte qui rend myopes les générations civilisées et qui trouble la limpidité de ces lacs humains où doit se refléter le ciel ?

Voilà donc pourquoi M. Foucaud de l'Espagnery a imprimé son livre en gros caractères et l'a fait plus volumineux qu'il n'aurait pu l'être.

Mais la plus grosse *impression* ne vaut pas, sous le rapport de l'hygiène oculaire, l'absence d'impression ; pourquoi donc M. Foucaud a-t-il fait son livre ?

Si je pose cette question, ce n'est évidemment que pour donner à M. Foucaud l'occasion d'y répondre, et d'y répondre mieux que personne. Voici sa raison : « En entreprenant mon travail, j'ai cru remplir une lacune importante dans la science et servir considérablement l'humanité en apportant des consolations et souvent des lumières à toute cette foule d'affligés que nous rencontrons à chaque pas. » La lacune n'était peut-être pas importante par elle-même, mais il pouvait être important de la remplir. Je comprends bien ce qu'a voulu dire l'auteur, et je n'ai garde de le chagriner sur la forme, quand je n'ai nulle observation à faire sur le fond.

« Et puis encore mon livre, ajoute M. Foucaud de l'Espagnery, n'est-il pas bien capable de servir à la jeunesse médicale au début de sa carrière aussi bien qu'au praticien dans l'exercice de sa profession ? J'ai l'un et l'autre espoir. » M. Foucaud a raison de les avoir, ces deux espoirs ; un livre peut toujours servir, quel que soit l'âge de son possesseur ; et le sien peut être plus utile que bien d'autres. Je ne fais, remarquez-le, aucune allusion au Plutarque à mettre les rabats du bonhomme Chrysale.

« J'ai divisé mon ouvrage, continue l'auteur, en deux parties principales. Dans la première, j'ai parlé du visage en lui-même, du visage en rapport avec le monde extérieur, au physique comme au moral ; j'ai fait l'analyse de l'ensemble de la figure et de chacune de ses parties constituantes ; j'ai traité du visage au point de vue des sympathies humaines et au point de vue des sympathies intrinsèques.... »

J'avoue n'avoir pu saisir que très confusément l'esprit de cette opposition — je dois donner place au blâme aussi bien qu'à l'éloge — mais, est-ce que les sympathies, quand elles sont humaines, ne peuvent pas être aussi intrinsèques ? Ou les sympathies intrinsèques cessent-elles, par le fait même, d'être humaines ? Cela s'éclaircira peut-être, reprenons :

« La composition de l'enveloppe cutanée, son développement comme celui du système pileux, ont ensuite été successivement étudiés par moi sous toutes les faces possibles... »

N'y a-t-il pas ici une faute d'impression, et ne faudrait-il pas *sur* toutes les faces possibles ?

« ..... Puis j'ai terminé la première partie par une suite de considérations touchant les effets produits sur la peau de la face (certainement c'était une faute d'impression) par tous les agents de la nature avec lesquels elle peut être mise en contact... »

La deuxième partie se divise en trois sections principales.

La première section se compose de tout ce qui a trait aux lésions traumatiques de la peau de la face...

« La seconde section renferme les maladies que j'ai appelées chroniques et diathésiques de la peau de la face. Ici les *dartres* avec toutes leurs formes...

» J'ai établi une distinction notable dans les dartres, en en séparant, comme n'étant pas de même nature, ce que j'ai appelé *bourgeonnement* ou *vascularisation* de la face. J'ai signalé aussi et désigné sous le nom de *lividisme* un état particulier de la peau de la face dont aucun auteur n'a parlé à ma connaissance. Cette manière d'être de la peau n'est pas une maladie à proprement parler, mais contraire plus qu'une maladie... »

Il me semble que le lecteur ne doit pas être moins curieux que je ne l'ai été moi-même, d'apprendre ce que peut être une *contrariété* de la peau : je vais, sur ce point encore, laisser la parole à l'auteur. Mais avant, j'achève, pour n'y plus revenir, l'exposition du plan de l'ouvrage.

« Après les affections *diathésiques* viennent les maladies cutanées spécifiques, c'est-à-dire la *lèpre*, la *syphilis* et les *écrouelles*... J'ai terminé l'ouvrage par la maladie si bizarre connue sous le nom de *bouton d'Alep*. »

Voyons maintenant ce qu'est le *lividisme*.

« Nous voulons désigner par ce mot, dit M. Foucaud de l'Espagnery, l'état du visage chez ces personnes qui, non seulement n'ont sur la face aucune coloration normale, mais y présentent au contraire une teinte tellement mate et plombée qu'on les prendrait pour des cadavres.

» Il est à remarquer que la peau de la face porte seule ce cachet de lividité, la peau du reste du corps ressemble à la peau de tout le monde.

» Cette pâleur livide n'est point chez ces personnes l'indice d'une mauvaise santé, c'est un état tout particulier de la peau de la face, qui est tout à fait l'antipode de la vascularisation. Nous avons pu, dans quelques circonstances, changer cette disposition cutanée, dérouiller en quelque sorte ces faces mortes et bleuâtres, parsemées de taches terreuses, où la nature vivifiante ne semble exister qu'à l'état latent.

» Nous avons remarqué, dans deux circonstances différentes, chez un homme et chez une femme, que le *lividisme* coïncidait avec une faiblesse de pouls extraordinaire, un mouvement de cœur presque insensible, l'absence de la sueur, des mœurs d'une douceur sans égale, de la paresse d'esprit et de corps, mais une grande disposition à la ruse. Chez l'un et chez l'autre, c'étaient deux petites santés inaltérables. Des moyens locaux et un régime à la fois stimulant et tonique donnèrent un peu de vie à la figure et passablement de vigueur au corps.

» Ces considérations par lesquelles nous terminons cet article ne sont pas sans intérêt au point de vue de la thérapeutique des maladies de la peau de la face. »

Qui donc ne serait pas de l'avis de l'auteur ? Pour ma part, je lui sais bon gré de s'être chargé d'une appréciation dont je ne me serais probablement pas aussi bien acquitté.

J'ai donné un aperçu de l'esprit dans lequel est conçu l'ouvrage de M. Foucaud, et j'ai montré un bout de la plume avec laquelle il est écrit. A ceux de mes lecteurs — et je souhaite pour l'auteur qu'ils soient nombreux — qui ne se trouveraient pas suffisamment édifiés, je laisse le plaisir d'éteindre leur curiosité à la source elle-même.

Le livre de M. Foucaud est fait comme on n'en fait plus, et rappelle ces dissertations d'un autre âge où l'auteur, jaloux de prouver son érudition, traitait de tout et de quelques autres choses encore. M. Foucaud, du moins, ne vous prend pas en traître et justifie ses hors-d'œuvre :

« Au sujet de ces trois maladies (la lèpre, la syphilis et les écrouelles) j'ai cru, dit-il, être agréable au lecteur en sortant des sables arides du pathologisme dartreux, de lui offrir un peu d'histoire, un peu même de littérature. Une nappe de gazon au bord de la route blanche recrée les yeux, déroute la monotonie et retrempe l'idée. »

On ne lui contestera pas les délicates prévenances.

Le *Traité du visage* s'ouvre par une dédicace en latin à M. Jules Cloquet, « *honoratissimo et dilectissimo professori* » et je crois, sauf erreur, que M. Foucaud de l'Espagnery, docteur en médecine et en chirurgie, ex-professeur ès-sciences physiques, etc., « en l'université de France » a regretté que l'usage ne lui permît pas d'écrire tout son livre dans la langue de Cicéron et de la Renaissance. Je déplore comme lui la désuétude en laquelle est tombé le latin, cette langue naguère universelle des savants, si commode, qu'on savait toujours assez et qui dispensait d'apprendre les autres langues vivantes, qu'on ne sait jamais. Peut-être y reviendra-t-on. Qui sait ? On revient à tant de choses et de tant de choses !

En attendant, je ne puis mieux faire, en signe de sympathie, que d'emprunter à l'auteur la formule terminale de sa dédicace : *A tuo recipe salutem, et vale.*

Dr Maximin LEGRAND.

(1) Paris, 1855, in-8° de 724, Labé, libraire.

cylindre de potasse; puis ces trouées sont remplies par des lanières de chlorure de zinc. »

Numéro du 16 septembre 1856 de l'UNION MÉDICALE, observation de MM. Salmon et Maunoury, se rapportant à une *amputation du bras faite en* 1849. Il y est dit au compte-rendu de la troisième séance : « Je reviens au chlorure de zinc, que *j'implante* entre les fibres musculaires *et sous le muscle lui-même.* »

Ces mots de chevilles, de clous, de lanières; ces expressions de trouées, d'implantation *sous les muscles*, ne désignent-ils pas de la manière la plus explicite le mode opératoire que veut s'approprier M. Maisonneuve?

Si en présence de textes si décisifs, en dépit des réclamations de M. Girouard fils, des descriptions de MM. Salmon et Maunoury, ainsi que des avertissements de MM. Larrey, Robert, Broca et Follin, M. Maisonneuve persistait à vouloir dépouiller les chirurgiens de Chartres de la propriété scientifique à laquelle ils ont des droits réels, il commettrait un acte que la Société de chirurgie ne saurait sanctionner ni par son vote ni même par son silence. Rappelez-vous que MM. Salmon et Maunoury ont consigné les détails de leur procédé dans un mémoire manuscrit confié à la Société. Que voulez-vous que disent nos collègues de la province, si lorsqu'ils nous ont envoyé des travaux, ils les voient reparaître quelque temps après sous une dénomination différente? Qui défendra leurs droits, si ce n'est la Société de chirurgie elle-même?

— M. Follin : M. Chassaignac vient de retracer l'historique du procédé que M. Maisonneuve persiste à considérer comme sien. Cet historique n'a trait qu'aux temps modernes. J'apporte un texte précis qui ne laisse aucun doute sur l'ancienneté du procédé : il s'agit d'une publication faite en 1700 par Deshayes-Gendron. Il cite un cas de traitement d'une tumeur des gencives opérée par les caustiques enfoncés dans son épaisseur. La tumeur tomba en une seule masse.

— M. Maisonneuve : Dans la précédente séance, M. Chassaignac avait promis d'apporter des textes établissant que des chirurgiens de Chartres avaient, avant 1856, pratiqué la cautérisation d'après une méthode semblable à celle que j'ai désignée sous le nom de cautérisation en flèches. Tout à l'heure, au début de son discours, notre collègue affirmait qu'il avait ces textes entre les mains, puis, au lieu de les produire, il prend à partie deux faits de ma pratique qui n'avaient certainement rien à voir dans ces débats.

Le premier est une observation dans laquelle le malade, après avoir subi sans accident la cautérisation en flèches, pour un vaste cancer de la face, a été noté guéri, alors qu'en effet il n'était guéri que de l'opération, et que le mal avait récidivé. C'est une erreur, je l'avoue, que je me suis empressé de rectifier aussitôt que j'en ai eu connaissance, mais qui, dans aucun cas, ne pouvait avoir d'importance, puisque, dans cette observation, il ne s'agissait pas le moins du monde de la question de la *curabilité du cancer*, mais seulement du *mode d'application des flèches*.

Le deuxième est un fait de cautérisation d'un cancer du sein, où lors de la chute de l'escarre je reconnus, à un certain sifflement, que la plèvre présentait un petit pertuis. Or, ce fait, c'est moi-même qui vous l'ai fait connaître l'année dernière, et je viens encore de le publier tout au long parmi les observations qui font suite à mon mémoire sur la cautérisation en flèches.

Arrivant enfin à la question des textes qu'il devait produire, M. Chassaignac s'est trouvé réduit à citer quelques lambeaux de phrases desquelles il résulte que M. Maunoury, de Chartres, aurait amputé un membre en appliquant d'abord un cercle de caustique de Vienne, en fendant ensuite cette escarre pour remplir le sillon de morceaux de pâte de Canquoin, etc. Or, je le demande, qu'a de commun cette manière de faire avec la cautérisation en flèches?

Ainsi donc, de tous ces textes annoncés avec tant de pompe par M. Chassaignac, il n'en est pas un que l'on puisse produire, parce qu'il n'en est pas un qui soutienne l'examen.

Il n'en sera pas de même de ceux que j'avais promis d'apporter à l'occasion de la ligature extemporanée. On se rappelle que, dans la dernière séance, j'avais présenté à la Société une tumeur volumineuse du rectum enlevée par la *ligature extemporanée*. A cette occasion, M. Chassaignac avait cru devoir protester, disant qu'avant lui cette méthode était parfaitement inconnue. C'est alors que je pris l'engagement d'apporter les textes qui démontraient, sans réplique, que la ligature extemporanée était parfaitement connue et décrite dans la science longtemps avant que notre collègue eût publié ses travaux sur l'écrasement linéaire. — Or ces textes les voici :

1° Sabatier, *Médecine opératoire*, t. Ier, page 321. On supplée quelquefois aux instruments tranchants par la ligature. Celle-ci consiste dans une constriction exercée avec un fil métallique ou non, qui embrasse fortement une partie dans l'intention de la *couper immédiatement* ou de la faire tomber après l'avoir privée de la vie. Il résulte de là que la ligature a deux manières d'agir : dans l'une les parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument médiocrement tranchant, et qui n'agirait qu'en pressant; dans l'autre, la constriction ne fait qu'intercepter.

2° Roux, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 122. Comme moyen de division, la ligature est applicable sur les parties de peu d'épaisseur, soit qu'on la destine à agir lentement, soit que son action doive être instantanée ou presque instantanée, car la ligature substituée à l'instrument tranchant est susceptible de ces deux modes d'application.

Maintenant que j'en ai fini avec M. Chassaignac, j'arrive à ce que vient de dire M. Follin. Certainement, si j'ai nié et si je nie formellement encore que MM. Maunoury et Girouard aient jamais pratiqué la cautérisation en flèches, je me plais à reconnaître que l'opération pratiquée en 1700 par Gendron sur une gencive affectée d'épulis, a été exécutée d'après les mêmes principes; mais, tout en rendant justice à Deshayes-Gendron, on avouera que ce germe de la nouvelle méthode était bien profondément enfoui dans le sol de la science, puisque depuis plus de cent cinquante ans qu'il y a été déposé, il y est resté complétement stérile, et n'a pas poussé le moindre rejeton.

— M. Chassaignac : Je veux, dans ma réponse à M. Maisonneuve, imiter la modération qu'il a mise dans cette discussion. Je commence par proclamer d'abord que je ne méconnais pas sa bonne foi. J'ai désiré avoir des explications sur l'observation inexacte publiée, car je ne puis trop m'élever contre de pareilles erreurs. La responsabilité d'un chef de service est trop engagée dans des publications de ce genre pour qu'elles ne doivent jamais avoir lieu sans son assentiment.

Quant au fait de pénétration dans la poitrine, je persiste à dire que M. Maisonneuve ne paraissait pas disposé à en informer les chirurgiens, car dans ses communications, tant à l'Institut qu'à la Société, il n'en était fait aucune mention; c'est seulement à une séance suivante, et sur l'interpellation d'un de nos collègues, que M. Maisonneuve en a parlé.

Quant à la question incidemment soulevée par M. Maisonneuve sur la section linéaire, je réponds que c'est par un abus de mots que les faits ne sauraient justifier, qu'il établit entre mon procédé et la ligature extemporanée une analogie qui, en réalité, n'existe pas.

Ce qui caractérise mon procédé, c'est la solidité du lien sécateur, sa structure, qui lui permet de diviser les tissus en s'inclinant dans le sens suivant lequel on veut agir; son action de va-et-vient qui, en contondant les tissus, empêche les hémorrhagies. Le lien sécateur appliqué autrefois était un fil, mon sécateur est formé par une scie : je ne vois pas l'analogie qui frappe M. Maisonneuve : libre à lui de conserver son appréciation.

— M. Maisonneuve demande la parole pour répondre à M. Chassaignac; mais, sur la proposition de M. Gosselin, la Société, à l'unanimité, prononce la clôture de la discussion.

M. Maisonneuve, en se retirant, proteste contre ce vote.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION [1];

CLASSES NOUVELLES;
APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES;
COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

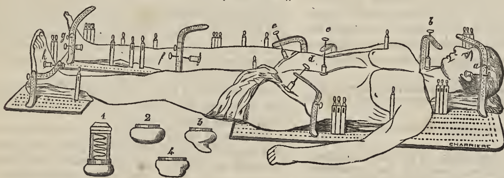
4° Union de l'armature et de la pelote.

La vis, ce trait d'union de l'armature et de la pelote, très accessible au malade lui-même, a des pas très rapprochés pour que la compression se fasse lentement, presque d'une manière insensible. La crête ou la goupille annexée au tenon s'engageant sous la seconde plaque de la pelote, permet de la lier à l'appareil ou de l'en détacher pour la rendre indépendante. Elle tourne aisément, et, n'entraînant pas la pelote dans sa marche circulaire, elle n'expose pas la peau à des froissements douloureux, à une dangereuse torsion.

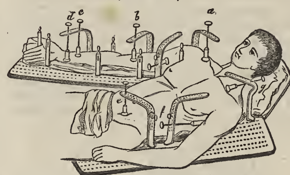
Application de l'instrument. — Avec un peu d'étude, il est facile de se servir du compresseur élastique et gradué sur tous les points du corps. Il faut pour cela : placer la tête ou le tronc, le membre ou le segment du membre sur l'un des appareils polydactiles, préalablement couvert d'un coussin approprié; les immobiliser avec des chevilles qui les circonscrivent, pour ainsi dire; chercher l'artère, appliquer un ou plusieurs doigts sur son trajet, en regard du point que l'on veut comprimer; substituer, avec grand soin, la pelote aux doigts; présenter l'armature, en général, perpendiculairement au trajet du vaisseau, vis-à-vis le point où doit se faire la compression, parfois au-dessus ou au-dessous; fixer solidement l'armature au point d'appui; chercher et découvrir, à l'aide de l'indicateur à marteau, le trou que la vis de pression devra traverser dans sa route directe; la faire marcher jusqu'à la pelote, que l'opérateur tient fixe jusqu'au moment où la compression est achevée dans le degré et la direction voulus.

[1] Suite. — Voir les numéros des 11, 22 novembre, 2 et 7 décembre.

(Planche VIII.)



(Planche IX.)



Les planches VIII et IX que vous avez sous les yeux, montrent l'instrument en place pour la compression du plus grand nombre des artères. Elles font voir : 1° l'appareil polydactile que je préfère, dans les diverses circonstances, comme point d'appui; 2° les trous de l'armature que traverse la vis de pression; 3° les différentes directions qu'il faut donner, selon les cas, aux trois parties de l'armature.

1° L'appareil polydactile, pour les solutions de continuité de la colonne vertébrale, s'étendant de la tête à la partie moyenne des cuisses, et qu'on pourrait prolonger jusqu'au delà des pieds, constitue un point d'appui général pour les armatures, comme il serait un appareil général pour toutes les fractures. Convenablement percé dans sa partie moyenne pour recevoir le siége, il offre, sans contredit, le meilleur point d'appui pour la compression des artères du tronc, du cou, de la tête, de la racine des membres; vous voyez que c'est sur lui que s'implantent les armatures pour la compression des artères crurale, iliaques externe et primitive, l'aorte abdominale, la carotide, la temporale, la sous-clavière, l'axillaire sous la clavicule et dans le creux de l'aisselle. Sur les appareils polydactiles des membres, réduits à une simple planche trouée, se fixent les armatures destinées à comprimer les vaisseaux de ces deux membres. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsque, par exemple, la tumeur anévrysmale poplitée a produit la demi-flexion de la jambe, qu'il faudra choisir pour point d'appui l'appareil polydactile du membre inférieur (planche III), susceptible de se prêter à tous les degrés de flexion désirables, et de recevoir la tumeur dans son excavation centrale convenablement agrandie à cet effet. Vous remarquerez, enfin, que pour la compression de petites artères, comme la pédieuse, le point d'appui n'est plus qu'une allonge.

2° Ces mêmes planches VIII et IX indiquent que la vis de pression traverse : un des trous de la partie *verticale* de l'armature pour la compression des artères tibiale postérieure, crurale au troisième adducteur, brachiale portion supérieure et moyenne, temporale; un de ceux de la partie *horizontale* pour atteindre l'aorte, la radiale, la cubitale, la brachiale extrémité inférieure, l'axillaire, la carotide; la partie *courbe*, enfin, pour arriver à la sous-clavière, et peut-être aussi à la carotide primitive, etc.

3° Quand la compression ne se fait pas dans une direction unique, et que, moins simple, elle résulte d'actions composées, ce qui arrive lorsqu'elle s'accomplit suivant des directions multiples, il est difficile de bien apprécier, sur de petites figures reproduisant des détails nombreux, la véritable situation des armatures qui est même incomplétement rendue; de là la nécessité d'une description spéciale, afin de mieux indiquer ces directions importantes. D'ailleurs, cette description a d'autant plus d'utilité, qu'elle s'adresse à la compression des trois principales artères, la crurale, l'iliaque externe, la sous-clavière.

En général, la direction de la portion verticale de l'armature devra former avec l'axe du corps des angles d'autant plus ouverts, que la compression se fera davantage de dedans en dehors; et la portion courbe-horizontale s'inclinera d'autant plus sur la portion verticale, que la compression s'exercera sur des incidences plus obliques.

Artère crurale. — Cette artère n'est bien comprimée sur le pubis que par une force à direction triple, savoir : de haut en bas, *d'avant en arrière*, de dedans en dehors. Or, pour atteindre ce résultat, avec l'armature à trous multiples, il faut : 1° l'implanter en dehors du membre, près de sa face externe, à 20 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure; 2° la tourner de façon que sa portion verticale fasse avec l'axe du corps un angle de 45° environ; 3° que sa portion courbe-horizontale, inclinée à peu près à la moitié, regarde par sa concavité l'avant-bras étendu du côté comprimé, et par sa convexité la cuisse du membre opposé. L'indicateur à marteau trouvera alors sans peine, sur la portion horizontale, le trou que la vis devra traverser pour tomber sur la pelote et comprimer l'artère dans la direction indiquée.

Artère iliaque externe. — Il faut aussi la comprimer dans une triple direction : de haut en bas, *d'arrière en avant*, de dedans en dehors. Dans ce but, plantez l'armature en sens inverse de la situation donnée pour l'artère crurale, c'est-à-dire en dehors du tronc, au-dessous des fausses côtes, à 8 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, la concavité de la portion courbe-horizontale regardant la cuisse du côté comprimé et sa convexité le membre supérieur du côté opposé.

Artère sous-clavière. — Deux directions — d'arrière en avant, de dehors en dedans. Plantez l'armature à peu de distance du cou; inclinez faiblement vers l'épaule du côté comprimé la convexité de sa portion courbe-horizontale, et à travers un des trous de la courbure, la vis tombera sur la pelote et le vaisseau, entre la clavicule et la première côte. Il est essentiel d'élever les deux épaules et le cou avec un coussin épais et d'assujettir le malade à l'aide d'une cheville ronde matelassée placée sous chaque aisselle.

Il est inutile de nous arrêter sur les règles générales qui devront diriger dans l'application de l'armature à boule; quelques instants d'études près du malade suffiront pour apprendre tout ce qu'il faut savoir pour s'en servir avec une extrême précision. Dans les manœuvres de la compression alternante il faut deux armatures; deux modèles différents ne sont pas indispensables, mais j'attache une certaine importance pratique au choix que j'ai fait, et que, sans aucun doute, on cherchera bientôt à modifier.

L'application du compresseur élastique et gradué, exige peut-être plus d'étude que les autres : à cause des faibles dimensions des pelotes digitales il faut bien connaître la direction, les rapports des vaisseaux; leur convexité réclame la juste appréciation de la configuration des surfaces osseuses dans les cas, par exemple, où l'action compressive s'exerce entre trois corps sphéroïdes, la pelote, le vaisseau, le pubis, comme pour les artères crurale, iliaque externe, etc. Mais nul ne songera à considérer, comme une difficulté, une étude, au fond plus simple que celle des procédés opératoires les moins compliqués et qui, dans tous les cas, ne pourra jamais tourner qu'à l'avantage de la méthode elle-même.

Dans les planches que vous examinez, j'aurais désiré que chaque pelote comprimant chaque artère indiquât la moyenne du poids qu'exige la suspension complète du cours du sang dans chacune d'elles, mais c'était évidemment trop exiger.

L'observation attentive de la compression graduée, intéressante sous tous les rapports, conduit à la rendre plus supportable, en n'appliquant jamais en excès la force de pression. Son étude apprend à apprécier la force exacte qu'il faut pour aplatir les parties molles qui recouvrent un vaisseau, celle nécessaire, à partir du moment où la pelote commence son action sur l'artère jusqu'à celui où son calibre est entièrement effacé. Cette gradation lente, peut être appréciée sur l'échelle de la pelote; mais vous vous rappelez que je vous ai fait assister au spectacle curieux de la marche d'une aiguille et d'une bulle d'air marquant sur un cadran et un tube de verre gradué, le début, l'agrandissement, l'apogée, le déclin, la cessation des amplitudes oscillatoires imprimés à l'armature à trous multiples, par la réaction des parois artérielles en rapport avec les degrés divers de la compression.

J'ai souvent comprimé sur un assez grand nombre d'hommes atteints d'affections chirurgicales légères, non seulement toutes les artères représentées dans les figures que vous parcourez, mais encore la plupart des points intermédiaires. Dans plusieurs circonstances, j'ai laissé, pendant vingt-quatre heures, la compression s'exercer presque complète et partant au delà du degré voulu pour la compression indirecte, sur la crurale et l'iliaque externe; je puis déclarer qu'elle a été bien supportée, sans tuméfaction, sans rougeur du membre, avec un fourmillement à peine sensible, un peu de rougeur et de douleur sur la peau que la pelote pressait. J'avais, à dessein, négligé de garantir le tégument contre les effets de la pression, par les précautions employées en pareil cas, et les sujets de l'expérimentation (à part la contrainte que leur imposait une opération sans résultat utile pour eux), affirmaient qu'ils auraient pu supporter plus longtemps encore l'application d'un appareil que, les exigences du traitement des anévrysmes, ne commandent jamais de laisser si longtemps sur le même point et à un degré de pression aussi considérable!

Pour la compression *multiple*, *alternante*, on engage dans la même armature plusieurs vis tombant sur plusieurs pelotes, comme à l'avant-bras, par exemple, quand on veut arrêter ou ralentir le cours du sang en même temps dans les artères radiale et cubitale. Ou bien on place plusieurs armatures échelonnées sur toute l'étendue du vaisseau et dans sa direction. Ces appareils, assez déliés et peu encombrants, peuvent se placer côte à côte, de telle sorte que la nouvelle compression à faire peut être très rapprochée du lieu où se trouve celle qui existe déjà. On peut ainsi se ménager sur toute l'étendue du vaisseau, et presque de centimètre en centimètre des points nombreux de compression. Faisons remarquer que la compression alternante peut être produite même sur les tissus que recouvre une seule pelote ovale, à l'aide de mouvements légers de rotation imprimés à la boule ou à la courbure de l'armature et à la vis, de manière à reproduire, sur les points comprimés par la pelote, ce qui se passe, dans la station assise, sur la tubérosité de l'ischion sur laquelle le tronc s'incline par degrés pour laisser reposer les tissus endoloris par une pression trop forte ou trop longtemps continuée; action intermittente dont la pulpe des doigts, disposés en longue pelote ovale, nous offre une image plus fidèle encore, lorsqu'appliqués en ligne droite, sur un même corps, ils en pressent alternativement tous les points en se balançant, pour ainsi dire, à sa surface, ou en se passant successivement de l'un à l'autre la force compressive.

Ainsi, j'ai, sur l'homme malade, comprimé avec succès des fractures rebelles à tous les autres moyens; sur l'homme sain, j'ai appliqué mon compresseur, sur un très grand nombre d'artères, avec facilité et des résultats complets. J'ai constaté que son action pouvait s'étendre non seulement aux artères de la tête, du cou, des membres, mais encore aux iliaques externe, primitive, et jusque sur l'aorte abdominale. Dans les cas désespérés d'anévrysmes de l'aorte, des iliaques primitives, interne ou externe, quand la chirurgie reste désarmée, nous pensons que, non seulement on pourra comprimer l'aorte, y maîtriser le cours du sang, le ralentir ou le suspendre momentanément dans tout son calibre, mais encore qu'il ne sera pas impossible d'obtenir ce ralentissement, cette suspension sur une de ses parties latérales seulement, à l'aide d'une pelote convenable, sorte de *vanne* jetée sur la moitié terminale de ce volumineux vaisseau, et laissant sans trop d'entraves le courant sanguin continuer dans le côté opposé; ressource extrême, sans doute, mais non impraticable comme la ligature! Audacieuse conception que la théorie justifie et dont la réalisation pratique, peut-être assez prochaine, serait une des belles conquêtes de l'art dont elle reculerait les limites.

Dans l'état physiologique, les phénomènes qui accompagnent la compression de l'aorte dans l'abdomen, sont trop graves pour permettre au médecin prudent d'insister : (douleur spéciale sur le trajet de l'aorte jusqu'au cœur, malaise, anxiété, pâleur, sueur abondante, bientôt froide). Dans l'état pathologique, où le but justifie davantage les moyens, on comprime depuis assez longtemps l'aorte dans les hémorrhagies utérines; ne pourra-t-on pas la comprimer aussi pour d'autres pertes de sang, pour des anévrysmes cachés dans l'abdomen, et dans les cas où la mort imminente, comme dans l'anesthésie toxique, par exemple, réclame le réveil du cœur, que le refoulement de son excitant naturel pourra peut-être provoquer?

On peut entrevoir que notre compresseur, modifié dans une des extrémités de la vis, et exerçant la compression de dedans en dehors, ou une traction bien calculée, pourra servir : à comprimer certaines artères, la mammaire interne, l'intercostale, à soulever des portions d'os enfoncées, dans les fractures du crâne, de la poitrine, avec plaies, à extraire des corps étrangers, etc.

Mais le perfectionnement le plus digne d'intérêt peut-être, et qui a reçu un commencement de réalisation devant vous, c'est l'adjonction à l'extrémité de l'armature du *cadran*, ou celui du *niveau* à bulle d'air gradué, susceptible de faire apprécier, avec la plus grande exactitude, comme je vous l'ai dit déjà, les oscillations qu'imprime à l'appareil la réaction des tuniques artérielles que la pelote étreint; amplitudes oscillatoires qui révéleront au juste le *moment* de la compression indirecte. Le diagnostic des affections du cœur et des artères, des tumeurs, celui des maladies de toutes les parties où des mouvemens se passent, ne pourra-t-il pas s'aider d'un instrument qui permettra de voir ce que l'oreille fait entendre, ce que la main fait toucher?

Mais il est temps de nous arrêter dans l'énoncé de choses plus pressenties que démontrées; indications simples que comporte l'enseignement de la pathologie générale, et que n'accepterait pas celui plus rigoureux de la clinique.

L'observation n'a pas sanctionné encore les avantages que nous attachons à notre compresseur, même dans les plaies artérielles récentes, dans les anévrysmes, partout où le doigt qui intervient a besoin d'être suppléé; attendons donc que l'expérience ait parlé, et revenons à la réalité des faits en résumant les traits qui forment le caractère du compresseur élastique et gradué.

1° La spécialité et l'étendue du point d'appui.

2° La fixité de l'armature et la disposition de sa courbure.

3° La pelote digitale, élastique, graduée, indépendante.

4° La certitude de connaître le poids compressif, de mieux le faire supporter aux tissus, d'obtenir une compression continue.

5° La diversité des mouvements utiles sur tous les points de l'armature.

6° La simplicité plus grande de sa construction; la facilité, la sûreté de son application; la généralité des services que peut rendre un seul appareil pour toutes les compressions.

7° La faculté d'apprécier, par une mesure rigoureuse, le degré de réaction des artères.

8° L'avantage réel de le faire fabriquer partout, et celui plus modeste, il est vrai, mais non moins réel, d'être moins coûteux.

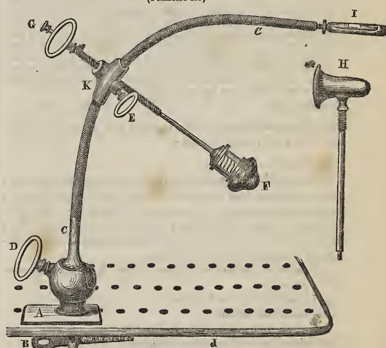
Aujourd'hui, que se multiplient, en divers lieux, les succès du traitement des anévrysmes par la compression intermittente opérée à l'aide des doigts de plusieurs chirurgiens agissant successivement sur un même malade, il pourra sembler à quelques personnes, que je n'ai travaillé que pour une époque déjà passée, mon compresseur étant arrivé trop tard. Cette opinion, je l'espère, ne sera pas partagée par tout le monde. Dans mes études sur l'important sujet qui nous occupe, j'ai regardé dans le passé, le présent et l'avenir : dans le passé, pour apprécier l'insuffisance de tous les moyens de compression alternante; dans le présent, pour reconnaître la supériorité des doigts; dans l'avenir, pour substituer à ces admirables organes quelque chose de mieux, un instrument mécanique très imparfait sans doute, le compresseur élastique et gradué! C'est que, dans la pratique de la chirurgie, les instruments l'emportent sur les doigts si distraits, si fatigables, si mobiles, si dépourvus de fixité certaine et graduée, toutes les fois qu'il faut exercer sur les parties vivantes, une action précise, durable, mesurée, presque mathématique : tels la sonde cannelée dirigeant le bistouri, et le conducteur de Fanestoch guidant le tonsillotome; tel le piston à vis projetant dans une tumeur anévrysmale les 10 centigrammes du liquide coagulant; tel le siphon irrigateur réglant jusqu'au millimètre près, le volume et la force du courant d'eau, etc., etc.; tel enfin, le compresseur nouveau, dont la pelote digitale pénétrant en quelque sorte dans l'aire d'un vaisseau, en efface le calibre ou en éclipse le disque au quart, à la moitié, aux trois quarts, en totalité, sans distractions, sans fatigue, sans oscillations, proportionnant la force au résultat, sans jamais dépasser le but!

Mais gardons-nous d'aller plus loin; je sens qu'il est aussi téméraire à moi, plaidant en faveur d'un système nouveau, de lancer contre tous les systèmes anciens un réquisitoire sans appel, qu'il serait imprudent aux autres d'opposer à mes appréciations sous quelques rapports théoriques, des objections plus théoriques encore. Du moment que je ne puis invoquer que l'observation sur l'homme en santé, attendons froidement le jugement de l'expérimentation sur l'homme malade, jugement que, peut-être, ne tarderont pas à rendre, loin de notre École, aux lieux où les anévrysmes sont bien moins rares qu'à Toulon et dans le département du Var, les chirurgiens les plus habiles, jaloux de substituer, à la ligature périlleuse et sanglante, une opération innocente et sans effusion de sang, la compression graduée.

Les figures de mes appareils et les dimensions que j'en ai données, suffiront pour les faire confectionner partout. J'ai d'ailleurs déposé chez M. Charrière, à Paris, les divers modèles qui ont été exécutés avec beaucoup d'habileté, à Toulon, par MM. Aubert, bandagiste, Authier, mécanicien, Berenguier, tourneur, Malacrida, opticien, Toucas, dessinateur.

Je possède déjà un modèle de mon compresseur auquel M. Charrière a apporté quelques différences de fabrication qu'il décrit lui-même comme suit :

(Planche X.)



« A, plaque ou base du compresseur fixé sur la planche au » moyen de la clavette B. — CC, tige courbe trempée en ressort » et taillée en lime; cette tige s'incline dans tous les sens au moyen » de la genouillère renfermée dans sa boîte sphérique, et que l'on » arrête, fixe dans toutes les positions au moyen de la forte vis à » pointe D. — F, une des diverses pelotes, porte-pelotes avec res» sort en spirale, et la vis représentée en action dans les planches » et figures déjà indiquées des appareils de M. J. Roux. — E, vis » de pression pour fixer à la place et au degré d'inclinaison de » droite à gauche ou à coulisse d'avant en arrière dans les divers » points, la coulisse K, dans laquelle se monte la grande vis » porte-pelotes. — I, niveau d'eau qui est vissé au bout de la tige. » — H, marteau destiné à enfoncer la clavette; il est muni d'une » vis-épreuve déjà indiquée dans la planche de l'appareil de M. J. » Roux, mis en action. »

Je reviendrai, Messieurs, dans d'autres entretiens, sur tous les points qui se rattachent au compresseur qui vient de nous occuper. Je me suis laissé aller à vous les indiquer, sans doute, un peu trop longuement, sans cependant sortir entièrement de mon sujet, car, vous le voyez, de l'étude d'un appareil polydactile à fractures, nous sommes arrivés, sans tarnsition brusque, à l'examen d'un appareil de compression générale, au compresseur élastique et gradué; c'est que ces deux choses, loin de s'exclure, se complètent; *contenir, comprimer*, n'est-ce pas la formule des conditions essentielles des deux genres d'appareils qui, dans le système que j'expose, marchent parallèlement et se rendent de mutuels services, en s'empruntant, pour des résultats souvent différents, quelques-uns de leurs éléments? Et pour obtenir le but que j'ambitionne, d'atteindre par ces deux appareils, leurs éléments ne doivent-ils pas s'y rencontrer, s'il est possible, avec la perfection de l'appareil type par excellence, le *doigt?* De là, je le répète encore, le mot *polydactile*, affecté à l'appareil à fracture et celui de *compresseur digital*, que je n'eusse pas manqué de donner à mon instrument si je n'avais craint la confusion, la *compression digitale* exercée avec les doigts mêmes étant déjà accréditée dans le langage scientifique et consacrée dans les livres. De là, enfin, les noms de *chevilles*, de *pelotes digitales*. D'un autre côté, quand l'esprit est dominé par une idée féconde, il est dans sa nature de l'agrandir par l'induction, de la généraliser dans l'application; et de même que vous avez vu la compression de l'artère la plus petite nous conduire jusqu'à celle de la plus grosse, de même l'appareil polydactile à chevilles mobiles édifié d'abord pour les fractures de tous les segments des membres, nous a paru applicable à certains cas de fracture du crâne, de la face, de la clavicule, des côtes et surtout aux fractures si délicates et encore sans traitement efficace de la colonne vertébrale, qu'il faut considérer ici comme un seul os. Mais ce sont là des applications que je ne signale qu'en passant et

sur lesquelles je n'insisterai bien qu'à mesure que des faits cliniques viendront justifier l'actualité et l'opportunité de nouvelles communications.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 13 septembre 1858. — Présidence de M. MOREAU.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs brochures de M. le docteur O'Rork ; ces brochures, au nombre de quatre, sont intitulées :

A. *Du suc de citron* et de son emploi comme agent préventif et curatif du scorbut ;

B. Produits divers des *Euphorbiacées*, et en particulier des propriétés purgatives de l'huile d'*Aleurites triloba* ;

C. *Du Kawa* ou *Piper methysticum* ;

D. Note sur le *Pain de Dika du Gabon*.

M. Alex. Mayer est chargé de faire un rapport sur les brochures de M. O'Rorke.

2° Une lettre de M. le professeur Denonvilliers, en réponse à la lettre de félicitations qui lui a été adressée par la Société, à l'occasion de sa chaude intervention dans le rétablissement du baccalauréat ès-lettres, pour les jeunes gens qui se destinent à la médecine.

La Société vote l'insertion de cette lettre dans son procès-verbal ; elle est ainsi conçue :

« Monsieur et très honoré confrère,

» Au moment de quitter Paris pour aller visiter nos Écoles de pro- » vince, c'est un grand bonheur pour moi que de recevoir de toutes parts » les marques de la sympathie et de l'approbation du corps médical » parisien. Veuillez remercier en mon nom la Société médico-pratique » de la bonne lettre qu'elle m'a fait écrire, et dire à chacun de vos con- » frères combien je suis reconnaissant et touché de ce précieux témoi- » gnage d'approbation. Si j'ai fait quelque chose d'utile pour la profes- » sion, je suis payé au centuple. La lettre de la Société médico-pratique » sera conservée dans mes archives de famille, et je la regarderai tou- » jours comme un de mes titres les plus précieux.

» Recevez, etc. DENONVILLIERS. »

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. le docteur PERRIN, pour la lecture du rapport suivant :

Messieurs,

M. le docteur Cazin, de Boulogne, l'un de vos membres correspondants les plus distingués, vous a adressé la seconde édition de son *Traité des plantes médicales indigènes*. Cette édition est conçue sur un plan plus vaste que la première, dont il vous a été également rendu compte il y a quelques années. La première, en effet, ne traitait que de l'emploi thérapeutique des plantes ; celle-ci renferme :

La désignation des familles des plantes suivant la classification naturelle et artificielle ;

Leur synonymie latine et française ;

Leur description détaillée ;

Leur récolte et leur conservation ;

Des notions sur leurs propriétés chimiques ;

Leurs préparations pharmaceutiques et leurs doses.

Viennent ensuite leur action toxique et physiologique, puis leurs propriétés médicinales.

Notre confrère énumère ensuite les différentes affections dans lesquelles on les a employées avec plus ou moins de succès, et cite avec soin les travaux dont elles ont été l'objet. Il cherche ensuite à apprécier la valeur et l'utilité de ces travaux, en apportant dans la discussion, à laquelle il se livre d'une manière rapide, presque toujours le contingent de son expérience personnelle. Il n'est presque, en effet, aucune plante, dont les propriétés médicinales sont décrites dans son livre, qu'il n'ait eu l'occasion d'expérimenter lui-même.

A la fin de son ouvrage, M. Cazin a donné des notions générales sur la récolte, la dessiccation et la conservation des plantes ; un calendrier floral ; une classification des plantes suivant leurs propriétés médicinales ; une table des matières pathologiques et thérapeutiques ; une table alphabétique des plantes contenant leurs noms scientifiques et vulgaires, leurs produits naturels et pharmaceutiques ; enfin un atlas de planches soigneusement lithographiées, mais malheureusement non coloriées, complète la partie descriptive des plantes les plus usitées.

Ainsi refondu, cet ouvrage, d'une utilité incontestable pour les médecins, et surtout pour ceux d'entre eux qui sont destinés à exercer dans les campagnes, devient comme le complément obligé de nos traités classiques de thérapeutique et de matière médicale. Il a, en outre, le mérite très grand, à notre sens, de remettre en honneur la thérapeutique indigène, et de démontrer à tous qu'il n'est pas nécessaire, comme déjà s'en plaignait de son temps Pline le naturaliste, d'aller chercher, pour guérir la blessure la plus légère, un médicament jusqu'aux rives de la mer Rouge, quand le vrai remède se trouve partout et sous la main du plus pauvre. « Ulceri parvo medicina a mari rubro imputatur, cum remedia vera quotidiè pauperrimus quisquis tenet. » Quand notre flore indigène renferme des plantes qui s'appellent : aconit, — arnica, — bryone, — belladone, — chélidoine, — colchique, — coloquinte, — digitale, — ellébore, — jusquiame, — ciguë, — laitue vireuse, — nerprun, — moutarde, — pavot indigène, — scille, — seigle ergoté, — stramonium, — tabac, etc...., il n'est pas possible qu'une mine remplie de richesses aussi abondantes, n'en contienne pas d'autres, non moins précieuses, pour l'art de guérir. Il ne faudrait certainement, pour les découvrir, que quelques travailleurs animés, comme notre collègue, d'une conviction sérieuse, et prêts, comme lui, à consacrer à un pareil labeur vingt-cinq années de recherches et d'expérimentations spéciales.

Ceux qui, pour me servir d'une expression pittoresque empruntée au docteur Munaret, sacrifient sur l'autel de l'exotisme leur raison et leur pays, sont donc mal venus de nous objecter que les plantes indigènes ou naturalisées sont peu énergiques ou très infidèles. La prétendue infidélité thérapeutique de nos plantes provient le plus souvent de causes qu'il est on ne peut plus facile de faire disparaître. Si, comme le dit M. Cazin, les plantes n'étaient récoltées qu'en temps opportun ; si ce soin important n'était pas laissé à des bonnes femmes toujours ignorantes ; si, une fois récoltées, elles étaient entourées des précautions nécessaires pour leur conservation et leurs diverses préparations ; si on ne cultivait pas malheureusement dans des jardins les végétaux les plus disparates, pour éviter de les aller cueillir dans les endroits où ils croissent naturellement, il est certain que notre flore indigène nous offrirait des ressources thérapeutiques non moins constantes que la flore exotique.

Mais la cause véritable à laquelle on peut certainement, avec plus de raison encore, attribuer l'oubli dans lequel est tombée l'étude pratique des plantes médicinales qui croissent en Europe, c'est la négligence que, selon M. Cazin, l'on apporte aujourd'hui dans l'étude de la botanique médicale. « Si, dit-il, l'histoire naturelle et les diverses méthodes de classification des végétaux sont parvenues, par les travaux de nos savants, au plus haut degré de perfection, il n'en est pas ainsi de la science qui consiste à déterminer les propriétés thérapeutiques des plantes qu'il nous importe le plus de connaître. « La botanique, dit Fontenelle (Éloge de Tournefort), ne serait qu'une simple curiosité, si elle ne se rapportait à la médecine ; et quand on veut qu'elle soit utile, c'est la botanique de son pays qu'il nous importe le plus de connaître. » Et cependant, chose à peine croyable, le plus grand nombre des médecins ne s'occupent de cette partie essentielle de l'art de guérir que d'une manière très superficielle, ou y sont même d'une ignorance absolue. On devrait exiger, dans les examens, la présentation d'un herbier contenant les plantes usuelles indigènes recueillies dans les herborisations, et faites par l'élève lui-même. Chaque plante de cette collection serait accompagnée d'une notice exposant succinctement ses noms, sa classe, sa description, le lieu où on l'a récoltée, l'époque de sa floraison et ses vertus. La peine qu'on s'est donnée pour acquérir une science se grave dans la mémoire, et inspire presque toujours le désir de la mettre à profit. »

Avant de terminer, nous féliciterons M. Cazin d'avoir suivi l'ordre alphabétique dans l'étude qu'il a faite de chacune de nos plantes indigènes. Cet ordre éloignant toute idée de plan et de système nous paraît comme à lui infiniment plus propre à rendre promptes et faciles les recherches dont, à chaque instant, le praticien peut avoir besoin. Une classification thérapeutique, outre qu'elle serait prématurée aujourd'hui, si même elle est jamais possible plus tard, aurait donné lieu à de nombreuses répétitions forcément nécessitées par les diverses propriétés d'une seule et même plante.

Telles sont, Messieurs, les qualités nombreuses par lesquelles se recommande à vos suffrages éclairés l'important et consciencieux travail de notre savant collègue. C'est, vous le voyez, un excellent traité pratique dont les médecins qui, comme moi, ont exercé à la campagne, ou ceux qui y exercent encore, comprendront facilement la haute et précieuse utilité.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Cazin pour l'envoi de son ouvrage à votre Société ;

2° De déposer très honorablement ce travail dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Le secrétaire annuel, J. GIMELLE.

RÉCLAMATION.

Nous recevons de M. le docteur Crétin la lettre suivante, qui a déjà été publiée par le journal le *Droit :*

« Paris, 8 décembre 1858.

» Monsieur,

» Vous avez publié les conclusions de M. le substitut du procureur impérial, dans l'affaire Pétroz et autres, contre MM. Richelot, gérant, et Gallard, rédacteur de l'UNION MÉDICALE. Le ministère public a cité et commenté plusieurs passages d'une brochure signée de moi. Permettez-moi d'espérer que vous voudrez bien, avec votre impartialité habituelle, donner place dans vos colonnes aux explications suivantes, qu'il ne m'était plus possible de présenter à l'audience.

» Bien loin que j'aie eu l'intention de porter contre mes adversaires l'accusation de ne songer qu'à *tuer leurs malades*, j'ai voulu simplement établir les lenteurs des corps savants à accepter le progrès. Dans la phrase tout ironique lue par le ministère public, j'ai eu surtout en vue de faire ressortir que si les Sociétés savantes acceptent quelquefois le progrès, elles n'y mettent pas toujours beaucoup de discernement.

» A l'égard de M. Trousseau, je me plais à lui rendre un double hommage d'estime et de respect. Je n'ai ni écrit ni voulu faire entendre que M. Trousseau fût un charlatan, encore moins le *plat valet d'un ignoble charlatan*. J'ai rapporté seulement quelques expressions d'un passage emprunté à une leçon publiée par le célèbre professeur, et où il s'exprimait ainsi :

« J'ai accepté ce moyen, préconisé par *un ignoble charlatan*. Quand je » vois que des malades, qui n'avaient pas pu être guéris jusque-là, le sont » par de *honteux empiriques*, je me mets à chercher le moyen qui a été » appliqué pour l'employer moi-même. » (UNION MÉDICALE, 15 juillet » 1856.)

» Je supprime ce qui est relatif aux *manœuvres honteuses* que rappelle le procédé en question.

» En regard de ce fait positif, le certificat d'origine, donné hautement par M. Trousseau à un moyen indiqué par lui, j'ai placé un fait négatif, à savoir, le silence gardé par M. Trousseau sur Hahnemann et sur la loi des semblables, alors que, dans la même leçon, il réhabilitait les applications homœopatiques du calorique et du froid.

» Quant à la dernière page de ma brochure citée par le ministère public, loin qu'elle soit une menace à l'adresse de nos adversaires, elle n'est qu'une énergique protestation contre les entraînements de la discussion, surtout lorsque celle-ci est poussée jusqu'à l'injure et à la violence.

» Je le déclare donc, comme je l'ai déclaré à M. Trousseau lui-même, de telles armes sont indignes de moi, et, ne m'en étant jamais servi, je ne m'en servirai jamais.

» Veuillez agréer, etc. Dr A. CRÉTIN. »

COURRIER.

SUR LE DERNIER DISCOURS DE M. BOUILLAUD A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Combien nous avons eu raison de ne pas nous laisser influencer par les nombreuses critiques que nous entendions se produire autour de nous, mardi dernier ! Voici ce que dit du discours de l'honorable professeur un journal qui doit s'y connaître, car il a pour beau nom le *Progrès*, qui dit certainement toujours la vérité, car il a pris pour belle devise cette déclaration de Cicéron : *Amicus Plato, sed magis amica veritas :*

« M. Bouillaud est donc seul monté à la tribune qu'il a occupée pendant toute la séance, c'est-à-dire pendant deux heures. Hâtons-nous d'ajouter que ces deux heures ont passé inaperçues et que la séance a paru courte, grâce à l'intérêt et à l'agrément que l'orateur a su répandre sur son discours. M. Bouillaud a voulu égayer un peu la discussion dont le sujet est par lui-même si triste et si sombre. L'illustre académicien a une manière de discourir qui n'appartient qu'à lui. Il a son *genre* à lui comme tous les hommes vraiment originaux, ce mot étant pris, bien entendu, dans son acception la plus honorable et la plus élevée. Le ton de l'orateur brille toujours par le naturel et s'adapte à merveille aux idées et aux sentiments divers que la parole exprime. Ce ton est celui de la conversation, grave ou enjoué, noble ou simple, calme ou animé, railleur ou austère, suivant la nature diverse du sujet. L'orateur aime à semer ses discours d'anecdotes piquantes qu'il raconte avec beaucoup d'esprit, de citations classiques qui trahissent en lui une érudition littéraire très variée, de comparaisons qu'il emprunte volontiers à l'histoire dans la connaissance de laquelle il est très versé. Il revêt tout cela des formes d'un style imagé, coloré, pittoresque, dont l'éclat commande l'attention.

» Ajoutons que M. Bouillaud ignore les réticences de langage et les hypocrisies oratoires. Il dit tout ce qu'il pense et il pense tout ce qu'il dit ; il parle à tous, amis ou ennemis, un langage plein de franchise et de loyauté. On sait tout de suite si on l'a pour allié ou pour adversaire ; il se montre à visage découvert, laissant à d'autres le masque de Tartufe. Peut-être pourrait-on lui reprocher de laisser voir en lui trop de souci de l'opinion et trop d'amour de la popularité. Quand on a, comme M. Bouillaud, imprimé dans le champ de la science une trace profonde et impérissable ; quand on a attaché son nom à de grandes découvertes, on peut et on doit s'envelopper, comme César, dans la pourpre de son passé ; regarder, en souriant, fuir à ses pieds les vagues de la faveur populaire qui s'en vont, follement mobiles et tumultueuses, battre d'autres rivages ; puis, levant une tête sereine, lire son nom entouré de l'auréole immortelle, au ciel de la postérité. » — T.

Nous sommes heureux de reproduire ce bel éloge, dont le style ne peut pas être plus fleuri.

— M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, délégué dans les fonctions d'inspecteur général, vient d'être nommé, par décret du 7 décembre, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, en remplacement de M. Bérard, qui est nommé inspecteur général honoraire.

— M. Lauvergne (Hubert), premier médecin en chef de la marine à Toulon, a été promu au grade de directeur du service de santé, et M. Roux (Jules), second chirurgien en chef de la marine, a été élevé au grade de premier chirurgien en chef.

— Le docteur Paul Gaimard, médecin en chef de la marine, est mort vendredi à la suite d'une courte maladie. M. Gaimard avait commencé sa carrière par les célèbres voyages de circumnavigation de l'*Uranie* et de l'*Astrolabe*. Plus tard il avait fait les laborieuses campagnes de la *Recherche*.

A l'époque de la première invasion du choléra en Europe, il était allé étudier en Pologne ce fléau, dont il fut deux fois atteint.

M. Gaimard avait terminé sa carrière par la présidence de la commission scientifique des expéditions des mers polaires.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Fenaille, très honorable praticien de Paris.

— La séance de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes a eu lieu le 6 novembre, sous la présidence de M. Schmit, inspecteur de l'Académie. Des discours ont été prononcés par M. l'inspecteur, par M. le directeur de l'École et par M. le professeur Marcé, qui a dignement fait ressortir la nécessité d'une forte éducation littéraire pour le médecin.

— Une lettre de Tripoli de Barbarie, du 27 novembre, mande que la peste a de nouveau éclaté avec violence à Bengasi ; 14 cas dont 8 mortels avaient été constatés la semaine précédente. Il paraît que la maladie s'est propagée dans la direction du Fezzan et de Ouadan.

— La mortalité à Londres s'est, depuis quelques semaines, élevée à un chiffre considérable.

La première semaine de novembre, le nombre des morts avait été de 1,217 ; il monta à 1,349 la seconde semaine et à 1,487 la troisième ; le maximum a été atteint pendant la quatrième semaine, où il a été de 1,802. La semaine dernière, quoique un peu moins élevé, le chiffre est encore de 1,738. La moyenne des dix années précédentes, en tenant compte même de l'accroissement de la population, aurait été de 1,265, et de 1,293 respectivement pendant les deux semaines, de sorte qu'il est mort 537 et 445 personnes de plus que ne le comportait la moyenne.

Les maladies des organes respiratoires, les bronchites et les pneumonies ont été principalement la cause de l'augmentation des décès.

On a signalé la semaine passée la mort de trois personnes par suite de privations.

Il y a eu également trois morts par suite de l'abus des liqueurs fortes.

Le chiffre des naissances a été, pendant cette semaine, supérieur de 25 à celui des décès ; la semaine précédente, au contraire, il y avait eu 32 naissances de moins que de morts. Pareil fait ne s'était encore présenté qu'au moment où des maladies épidémiques venaient troubler l'accroissement constant et progressif de la population de Londres.

— La Société médicale du 2me arrondissement a renouvelé son bureau pour l'année 1859 de la manière suivante :

MM. Hervez de Chégoin, président ;
Arnal, vice-président ;
René Briau, secrétaire général ;
Thibierge, secrétaire annuel ;
Parmentier, vice-secrétaire ;
Roussel, trésorier.

ERRATUM. — Dans notre dernier article sur le Procès, article trop rapidement écrit et imprimé, plusieurs fautes se sont glissées. Nous prions le lecteur de vouloir bien surtout rétablir ainsi les deux phrases suivantes :

« Après avoir lu ce Mémoire, aucun doute ne peut plus subsister dans l'esprit le plus prévenu sur l'infimité, l'absurdité de cette prétendue doctrine *dont on peut dire* que ce sera, etc. »

« ..... Un joyau véritable où l'on ne sait ce qu'on doit le plus admirer de l'esprit, de la grâce, de la finesse ou du bon sens et de la raison. »

— Dans notre numéro de jeudi dernier, lettre de M. Marc d'Espine, 11e ligne du 2e paragraphe, il y a ces mots : J'ai *constaté* en vertu de ces chiffres, etc..... ; c'est *contesté* qu'il faut lire. — A la 4e ligne, 3e paragraphe, il y a : m'accusent d'*errements* ; il faut lire *erreurs*.

Souscription en faveur de deux veuves de deux honorables médecins ayant laissé leurs femmes et leurs enfants dans la détresse.

MM. Leroy-Dupré	20 fr.
Rezard de Wouves	20
	40
Listes précédentes.	1139
Total	1179

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 149. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 16 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès ;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Béhier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs ;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier ;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial ;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbatier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées par les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adressant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un inextricable encombrement de voitures dans la partie la plus étroite de la rue des Saints-Pères, les piaffements des chevaux dans le macadam couvrant de boue claire les passants intrigués, la grande porte du vestibule ouverte aux deux battants et gardée par des municipaux ; — c'est jour solennel à l'Académie impériale de médecine. L'hémicycle de la salle des séances est converti, pour cette fête, en un gracieux parterre de dames, et messieurs les membres du bureau ont revêtu ce singulier costume d'apparat qui les fait ressembler à un bouquet de renonculacées, les plus gaies de toutes les fleurs.

La cérémonie s'ouvre par une lecture de M. le secrétaire annuel Devergie. C'est une innovation, si nous ne nous trompons ; les programmes des dix dernières années, que nous avons sous les yeux, ne font mention que d'un rapport sur les prix et de l'éloge traditionnel prononcé par M. le Secrétaire perpétuel. Remplacer un rapport nécessairement aride par une lecture qui ne peut pas l'être — et qui ne l'a pas été mardi — nous semble une heureuse substitution. Ajoutons que le sujet, bien approprié aux moyens de M. Devergie, et sur lequel ont dû porter souvent ses méditations de médecin légiste, était fort adroitement choisi pour la circonstance.

Quel plus sûr moyen de rendre attentif un auditoire de dames, que de leur annoncer qu'on va traiter devant elles de la *folie transitoire !* C'est là, certainement, l'affection qu'elles connaissent le mieux, sinon pour en avoir été témoins, du moins pour en avoir entendu parler plus que de toute autre. Toutefois, la folie dont a parlé M. Devergie n'a rien de commun avec cette folie passagère à laquelle on avait pu d'abord songer, et qui eût trouvé près des dames des juges si compétents. Il n'y a même été fait aucune allusion ; la gravité du lieu et l'austérité de l'orateur ne l'eussent pas comporté.

Après la proclamation des prix par M. le Président, proclamation qui suivit cette lecture, et dont nous donnons les résultats plus loin, M. Fr. Dubois (d'Amiens), prenant place à la tribune, a prononcé l'éloge de M. Guéneau de Mussy.

Un vrai, sincère et complet éloge cette fois. M. Dubois a voulu rassurer les esprits, qui, l'an passé, s'étaient étonnés, pour ne rien dire de plus, qu'on pût conserver le titre d'*Éloge* à une appréciation posthume où la critique tenait une si large place. Il a pris soin d'ailleurs, en commençant son discours, de tracer les devoirs du biographe en quelques mots pleins de réserve et de justesse, qui ont dû être bien compris par tout le monde.

N'ayant pas eu l'honneur de connaître M. Guéneau de Mussy, autrement que de vue, nous n'avons pas à juger son éloge quant au fond. Le temps nous manquerait, au surplus, pour une appréciation sérieuse. Tout ce que nous voulons dire aujourd'hui, c'est que nous avons écouté avec un intérêt qui ne s'est pas affaibli un instant, la lecture de M. le Secrétaire perpétuel.

Évoquant des souvenirs déjà bien anciens, M. Dubois (d'Amiens) a eu le talent de nous faire assister à quelques grandes discussions de l'Académie, dans lesquelles M. Guéneau de Mussy a joué un rôle décisif. Nous avons vu apparaître à sa voix, sur le fond pâle du passé, les traits principaux des séances où les adversaires de la méthode numérique, les partisans de la phrénologie, voire même de l'homœopathie, avaient été traduits à la barre de l'assemblée, et les voûtes académiques ont répété des accents qu'elles avaient eu le temps d'oublier.

Une chose nous a surtout frappé dans le discours de M. Dubois, c'est la fermeté de sa parole et l'énergie de sa protestation, quand, rappelant la suppression de l'École normale en 1822 — M. Guéneau de Mussy en étant alors directeur — il a flétri les influences souterraines qui avaient provoqué le décret de licenciement ; influences funestes, a-t-il dit, devant lesquelles M. Guéneau de Mussy n'avait pu trouver grâce, *bien qu'il fût un catholique soumis.*

La formule du serment imposé aux élèves de l'École polytechnique, dans les premières années de la fondation de cet établissement, formule qui engageait non seulement les actes, mais encore les sentiments, et que repoussa M. Guéneau de Mussy, a été aussi, pour M. Dubois, l'occasion d'un mouvement oratoire rempli de vigueur et d'indignation.

Il a su encore faire éclater les applaudissements en produisant des arguments nouveaux en faveur du baccalauréat rétabli.

Enfin..., mais il faut s'arrêter. Nos lecteurs jugeront par eux-mêmes de ce discours qui leur sera soumis *in extenso* dans nos colonnes.

Il ne nous reste plus qu'un mot à dire. Si nous n'avons pas toujours été convaincu par ce qu'a dit, sur certains points, M. Dubois, nous avons toujours été charmé par la manière dont il l'a dit. Choix irréprochable d'expressions, sobriété de métaphores, abondance de pensées, parfum de saine et forte littérature, tout concourait à nous faire trouver son *Éloge* trop court.

Aussi, lorsque ses auditeurs le remercièrent par leurs applaudissements du plaisir qu'ils avaient éprouvé, croyons-nous que plus d'un, parmi eux, regrettait comme nous de le remercier si tôt.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 14 Décembre 1858. — Présidence de M. LAUGIER.

Ordre des lectures :

I. — M. A. DEVERGIE, secrétaire annuel, fait une lecture *sur la folie transitoire homicide.*

II. — M. LE PRÉSIDENT proclame les prix décernés par l'Académie en 1858, et fait connaître les prix proposés pour 1859 et 1860.

PRIX DE 1858.

Prix de l'Académie. — La question déjà proposée pour 1856 avait été remise au concours pour 1858 ; elle était conçue en ces termes :

« Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a été envoyé à l'Académie et n'a paru digne d'aucune récompense ; en conséquence, l'Académie ne décerne point de prix et décide que la question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était celle-ci :

« De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix était de la valeur de 600 francs.

Trois mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Louis BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur L.-E. PARMENTIER, ancien interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait proposé pour question :

« De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Dix mémoires ont été remis à l'Académie.

Aucun d'eux n'ayant été jugé digne de récompense,

L'Académie ne décerne point de prix et arrête que la question ne sera pas mise de nouveau au concours.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour la seconde fois la question suivante :

« Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; » mais elle recommandait aux concurrents non seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite.

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Un seul mémoire, jugé insuffisant, a été envoyé pour ce concours.

L'Académie décide qu'il n'y a pas lieu à accorder ce prix et que la question ne sera plus proposée.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix était de la valeur de 3,000 francs.

Quatorze ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne), pour son *Traité de l'électrisation localisée*, inscrit sous le n° 13.

Elle accorde une somme de 500 francs prélevée sur la valeur du prix, à titre d'encouragement, à M. le docteur FOUCART, pour son *Traité de la suette miliaire*, inscrit sous le n° 7.

Prix fondé par le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. — *(Extrait du testament.)*

Des *encouragements* pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Six ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie accorde : 1° une somme de 1,500 fr., à titre d'encouragement à M. le docteur BOINET, pour son *Traité de l'iodothérapie*, inscrit sous le n° 1 ; 2° une mention honorable à M. le docteur A. LIÉGARD (de Caen), pour son travail intitulé : *Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratiques*, inscrit sous le n° 3.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant la période de 1850 à 1856 ; ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix était de la valeur de 12,000 fr.

Vingt-cinq mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Aucun des perfectionnements indiqués n'a été jugé digne du prix, mais, dans cette circonstance, l'Académie, considérant que, par ses libéralités M. le marquis d'Argenteuil a eu surtout en vue d'appeler et de soutenir l'attention des chirurgiens par la perspective de récompenses périodiques, croit entrer dans ses intentions en partageant, cette fois, la somme destinée au prix et en accordant :

1° A titre de *récompenses* : 4,000 fr. à M. le docteur MERCIER ; 3,000 fr. à M. le docteur GAILLARD, de Poitiers, et 2,000 fr. à M. le docteur DÉSORMEAUX.

2° A titre d'*encouragements* : 1,000 fr. à M. MARQUEZ, de Colmar ; 1,000 fr. à M. le docteur ARNOLD, de Londres ; 1,000 fr. à M. CHARRIÈRE père, fabricant d'instruments de chirurgie.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE 1856.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre :

M. LEVIEUX, secrétaire général du Conseil d'hygiène de la Gironde, pour son zèle à répandre la vaccine et pour l'impulsion qu'il a donnée à cette pratique dans son département.

M. VY (Alfred), médecin à Elbeuf (Seine-Inférieure), pour ses observations sur la vaccine en général, ses expériences sur les vaches, et pour répondre aux vœux du Comité de Rouen, qui le recommande d'une manière toute spéciale.

M. MILLON, médecin à Rével (Tarn), pour ses recherches sur le *cowpox*, et les planches jointes à son mémoire.

2° Des médailles d'or à :

M. LARROQUE, médecin à Masseube (Gers), pour la relation qu'il a faite d'une épidémie de variole, et pour ses réflexions sur la vaccine.

M. RICARD, médecin à Angoulême (Charente), pour ses travaux sur les moyens de recueillir et de conserver le vaccin.

M. POULET, médecin à Planchet-les-Mines (Haute-Saône), pour ses travaux de la vaccine en général, et sur les revaccinations en particulier.

M. LAFORÊT, médecin à Lavit (Tarn-et-Garonne), pour son zèle à défendre la vaccine contre les attaques dont elle est l'objet, et pour ses recherches sur les croûtes vaccinales.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1857 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Crié, médecin des épidémies à Laval (Mayenne). — Compte-rendu sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de son arrondissement.

M. Piedvache, médecin des épidémies à Dinan (Côtes-du-Nord). — Mémoire sur la dysenterie épidémique et son traitement.

M. Guipon, médecin des épidémies à Laon (Aisne). — Rapport général sur les maladies qui se sont produites en 1857 dans l'arrondissement de Laon.

M. Bordes, médecin des épidémies à Beauvais (Oise). — Rapport sur une épidémie de variole survenue en 1857 dans la commune du Déluge.

M. Déhée, médecin des épidémies à Arras (Pas-de-Calais). — Rapport d'ensemble sur les épidémies qui ont régné en 1857 dans ce département.

M. Lacaze, médecin des épidémies à Montgeron (Seine-et-Oise). — Mémoire sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville.

2° Des médailles de bronze à :

M. Le Bèle, médecin des épidémies au Mans (Sarthe). — Mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Mavel, Compte-rendu sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ambert (Puy-de-Dôme).

M. Fouquet, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan). — Mémoire sur l'épidémie de dysenterie qui a régné à Vannes et dans ses environs.

3° Des mentions honorables à :

M. Reignier, médecin des épidémies à Thionville (Moselle).

M. Fournier, médecin des épidémies à Serronville (Moselle).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy. — Mémoire contenant 1,591 observations cliniques recueillies à l'hôpital militaire de 1847 à 1856.

M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, pour l'excellent rapport médical rédigé d'après ses observations cliniques.

MM. Henry fils et Humbert, inventeurs d'un procédé d'analyse des préparations iodées, dont l'application a permis de démontrer l'iode dans les eaux de Vichy, où ce métal n'avait pu, jusqu'à ce jour, être constaté.

M. Charmasson de Puy-Laval, inspecteur-adjoint des eaux de Saint-Sauveur, pour son excellent travail intitulé : *Mémoire sur les eaux de Saint-Sauveur.*

M. Régnault, inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, pour la manière toute spéciale avec laquelle il détermine, dans son rapport, les cas où l'emploi de ces eaux est encore avantageux, malgré la complication d'une phthisie commençante.

M. Sales-Girons, inspecteur de Pierrefonds, pour ses recherches persévérantes sur l'emploi et l'action des eaux minérales rendues respirables par leur état de division extrême.

M. Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, pour son travail sur l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus.

2° Des médailles de bronze à :

M. Arrat-Balous, inspecteur à St-Loubour et d'Esperons, pour ses observations sur la *pellagre,* et sur l'influence exercée dans la production de cette maladie par l'usage du maïs comme aliment.

M. Auphan, inspecteur d'Euzet, pour son travail intitulé : *Des eaux minérales froides sulfureuses, bitumineuses, à base de chaux et de magnésie, d'Euzet-les-Bains.*

M. Rérolle, inspecteur-adjoint à Bourbon-Lancy, pour ses notes sur 252 malades, et pour son *Mémoire sur le rhumatisme viscéral.*

M. Millet (Xavier), inspecteur à Montmirail (Vaucluse), pour le soin avec lequel est établi le rapport de ce médecin, et pour son tableau récapitulatif comprenant 648 cas.

3° Des mentions honorables à :

MM. Blouquier, inspecteur à Fonsanche;
Jaubert, inspecteur à Gréoulx ;
Lafon, inspecteur à Trébas ;
Mattet, inspecteur à Castera-Verduzan ;
Silve, inspecteur à Digne,

pour le soin remarquable apporté par ces médecins à la rédaction de leurs rapports.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.

Prix de l'Académie. — « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. »

En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrent : 1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer, soit à la surface des plaies ou des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc. ; 2° *Sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc., etc.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,500 francs.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément, sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉ POUR 1860.

Prix de l'Académie. — « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peuvent entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme ; quels sont les moyens de remédier à ces accidents ! »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon, et applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements : « Des paralysies puerpérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000.

2° Questions relatives aux eaux minérales : « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. »

L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose la question suivante :

Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique.

L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible : 1° les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire : l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles.

2° La possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie.

3° L'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1859 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. *(Décision de l'Académie,* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par M. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont seuls exceptés de ces dispositions.

III. — M. Frédéric Dubois, secrétaire perpétuel, lit l'*Éloge* de M. le docteur Guéneau de Mussy.

Messieurs,

Vicq-d'Azyr a dit quelque part que l'examen des grandes réputations et de leurs causes serait une recherche curieuse et utile. « Tel fleuve, » dit-il, roule avec fracas des eaux impures, un autre s'enorgueillit de » celles qui lui sont étrangères, voilà l'emblème des réputations usur» pées. »

Pour notre part, Messieurs, et nous devons nous en féliciter, nous n'avons jamais eu à nous occuper de ces fausses et mensongères réputations ; si parfois, tout en mesurant notre langage, nous avons dû mêler quelques critiques à nos louanges et montrer quelque sévérité, nous avons la conscience de l'avoir fait avec une équité et une modération qui ont rassuré tous les cœurs droits et honnêtes.

Mais il est une étude plus douce et plus consolante, c'est celle qui consiste à rechercher l'origine et les causes de ces modestes et paisibles réputations que personne n'oserait contester, qui demeurent pures et intactes au milieu des intérêts et des passions du monde, et dont Vicq-d'Azyr aurait pu trouver l'emblème dans cette Aréthuse aux ondes fortunées :

> Ce cristal toujours pur, et ces flots toujours clairs,
> Que jamais ne corrompt l'amertume des mers.

Étude attrayante, pleine de charmes, qui vous sourit sans doute, Messieurs, et dont je vais trouver tout un chapitre dans la vie de M. Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie, et, pendant plusieurs années, directeur de l'École normale.

La vie de M. Guéneau de Mussy a été celle d'un sage, exemplaire, pieuse et modeste ; étranger à toute espèce d'ambition, dédaignant le bruit et l'éclat, il a porté dans le monde les habitudes d'un de ces graves solitaires de Port-Royal, dont il partageait les rigides croyances, les pratiques austères et les sentiments élevés.

Historien de cette noble vie, je n'aurai donc rien à retrancher, rien à excuser, rien à dissimuler ; et voyez, Messieurs, quel est ici le privilége d'une si haute vertu : peut-être m'est-il arrivé de faire naître dans vos esprits un peu d'appréhension, lorsque, ayant à parler de quelques grandes réputations médicales, j'annonçais que j'allais dire la vérité, la vérité tout entière ; cette fois, j'en ai la conviction, c'est un sentiment de satisfaction que je vais exciter en vous quand je dirai que c'est encore la vérité, et la vérité tout entière que je vais mettre sous vos yeux.

C'est que dire la vérité sur M. Guéneau de Mussy, c'est raconter de belles actions et faire connaître un noble caractère ; c'est montrer la douceur unie à la fermeté, le savoir à la modestie, la patience au courage; c'est dire, enfin, qu'à toutes les époques de sa vie, M. Guéneau de Mussy a su donner le rare exemple du mépris des richesses, de la constance dans l'adversité et du plus inflexible attachement à ses devoirs de sage médecin, d'homme probe et consciencieux.

François Guéneau de Mussy naquit le 11 juin 1774, à Semur en Auxois, sur les confins du Morvan ; son père était, comme on le disait alors, un gentilhomme terrien, seigneur de Mussy-Lafosse, petit village situé sur une de ces stations du vainqueur des Gaules, qu'on désigne partout sous le nom de *Camps-de-César*.

Mais le jeune Guéneau avait déjà dans sa famille une autre noblesse accessible à tous, et qui devait bien autrement l'obliger, c'était cette part de gloire qui, tout en s'effaçant dans une plus grande, n'en avait pas moins illustré l'un de ses oncles, Guéneau de Montbeillard, ce dévoué collaborateur que Buffon appelle partout l'un des meilleurs écrivains de son siècle.

L'intention du père de M. Guéneau de Mussy n'était cependant pas de faire tout d'abord de son fils un savant ; il voulait avant tout lui inspirer le goût des lettres, et pour cela lui faire parcourir le cercle entier des humanités. Deux grandes congrégations s'étaient, en d'autres temps, disputé l'enseignement de la jeunesse : la compagnie de Jésus et l'Oratoire. La première avait jeté un plus vif éclat : presque tous les hommes de lettres de l'époque, sans en excepter les philosophes, étaient sortis de son sein ; elle façonnait les hommes au commerce du monde, elle les poussait et les soutenait dans toutes les carrières. L'Oratoire subsistait encore ; son enseignement était grave, austère et néanmoins libéral ; il fortifiait les âmes et les préparait aux luttes de la vie. Ce fut chez les Oratoriens de Lyon que fut envoyé le jeune Guéneau de Mussy ; il y trouva, parmi ses condisciples, des jeunes gens qui devinrent plus tard tard des hommes considérables : Camille Jordan, les frères Perrier, Ampère, de Gérando et Royer-Collard, le futur médecin ; de là naquirent quelques-unes de ces longues amitiés que sut éprouver et inspirer M. Guéneau de Mussy.

C'est chose méritoire, assurément, Messieurs, que d'avoir su reprendre une éducation première qui n'a pas été faite en son temps, et l'on doit admirer ceux qui ont eu ce courage, mais c'est un malheur dont il faut les plaindre, car il est irréparable. Ce premier défrichement de l'intelligence ne peut être ajourné, et c'est en vain que des hommes de génie ont cherché, par des études opiniâtres mais tardives, à combler cette lacune de l'esprit ; tous sont demeurés incomplets.

Nous nous empresserons donc, nous aussi, Messieurs, de féliciter le ministre sage et prudent qui ne veut plus que le futur médecin soit arrêté dans le cours de ses humanités, ou qu'une main imprévoyante le pousse dans une voie d'abaissement et de regrets ; et ici, nous associant à une voix connue de nous tous, et si justement applaudie dans une autre enceinte, nous dirons : Honneur à nos deux Facultés de Paris et de Montpellier ! Honneur à ces gardiennes vigilantes des saines traditions qui, après avoir courageusement protesté contre une mesure humiliante, ont enfin obtenu qu'on nous restituât dans son entier ce noble enseignement littéraire !

Heureux, du moins en cela, M. Guéneau de Mussy put donner toute sa jeunesse à ces belles études, et pour les couronner dignement, il obtint, à la fin de son année de rhétorique, tous les premiers prix, à l'exception de celui de composition française, qui fut décerné à Camille Jordan.

L'avenir se présentait alors au jeune Guéneau sous les couleurs les plus brillantes, et le moment allait arriver pour lui d'entrer dans une carrière ; le choix, il est vrai, était un peu restreint, mais la Révolution ne lui laissa pas même le temps de se décider ; elle vint tout à coup apporter la ruine et le deuil dans sa famille. Appelé précipitamment à Semur par la nouvelle de la maladie de son père, il arriva à temps pour lui fermer les yeux, et pour prêter quelque appui à sa mère qui venait d'être emprisonnée ; mais bientôt lui-même, suspect d'aristocratie, fut obligé de se réfugier à Paris et d'y cacher sa vie chez un brave artisan jusqu'au 9 thermidor.

La France avait complétement changé de face et s'était donné de nouvelles institutions, mais la carrière des armes savantes pouvait encore s'ouvrir pour M. Guéneau de Mussy ; l'École polytechnique venait d'être instituée, M. Guéneau de Mussy ayant fait succéder à ses études littéraires des études approfondies dans les sciences mathématiques, put se présenter avec succès aux examens ; le 16 frimaire an IV, lui et son jeune frère Philibert furent admis d'emblée au nombre des élèves.

Le sort de M. Guéneau de Mussy paraissait de nouveau se fixer, lorsque, dans le cours de l'année suivante, en l'an V, parut un arrêté du Directoire qui enjoignait, non seulement aux fonctionnaires et aux professeurs de l'École, mais encore aux élèves, d'avoir à prêter le serment de *haine à la royauté*, exigence inique et absurde qui portait non sur des actes dont on devait s'abstenir, mais des sentiments qu'on était tenu d'éprouver !

Des amis timides et alarmés engageaient M. Guéneau de Mussy à ne pas attirer par un refus de nouvelles persécutions sur sa famille, mais M. Guéneau de Mussy était déjà décidé à tout braver pour la justice et pour la vérité ; il refusa de prêter le serment qui lui était demandé. Son frère et cinq de ses camarades s'associèrent à son refus ; les mesures de rigueur ne se firent pas attendre. Le 18 pluviôse, il reçut une lettre qui lui notifiait son exclusion de l'École comme indigne de l'éducation républicaine, avec menace de poursuites s'il ne renvoyait sur-le-champ son brevet d'admission.

Il est des hommes que l'adversité fortifie et qu'elle remplit de courage. M. Guéneau était de ce nombre. Obligé de renoncer à toute espèce d'emploi public, il tourna ses idées vers une carrière essentiellement libérale, tout à fait indépendante, qui allait lui permettre de satisfaire son goût pour les sciences, et en même temps de montrer tout son dévouement pour l'humanité ; je viens de désigner la carrière médicale. Une fois ce parti pris, M. Guéneau apporta dans ses nouvelles études une ardeur et une contention telles que sa santé, naturellement délicate, fut bientôt sérieusement altérée ; ce fut M. Hallé qui lui donna des soins, de là une vive et tendre amitié qui devait resserrer plus tard une alliance entre les deux familles.

M. Guéneau soutint sa thèse pour le doctorat en 1803, et, peu de temps après, il débutait dans la pratique par les modestes fonctions de médecin des indigents de la division du Luxembourg et du cinquième dispensaire. C'était entrer en plein dans l'exercice de cette charité qui était pour lui la première des trois grandes vertus ; aussi M. de Champagny, ministre de l'intérieur, informé du zèle qu'il apportait dans ces humbles fonctions, lui adressa par écrit des félicitations, le priant en même temps de se charger, sans en rendre compte, de distribuer aux pauvres qui n'osaient pas se faire classer parmi les indigents les secours dont le ministère pouvait disposer.

M. Guéneau menait déjà cette vie paisible et retirée que nous lui avons tous connue ; il avait retrouvé la plupart de ses amis de collége, et il en avait acquis d'autres, attirés par une étroite conformité de goûts et de principes ; parmi eux nous devons citer le vertueux Mathieu de Montmorency, le savant Héricart de Thury, les frères Rendu, si honorés dans la magistrature et dans l'instruction publique ; M. Jomard, déjà célèbre par ses voyages et par ses travaux, et plus tard, la plus grande illustration de l'époque, Châteaubriand.

Il faut dire cependant que cette vie de Paris, à part les pauvres qui lui inspiraient tant d'intérêt, et ces amitiés qui lui étaient si chères, n'avait que peu d'attrait pour M. Guéneau de Mussy. Ce fut donc sans regrets qu'il se vit appelé et retenu en Bourgogne par des affaires de famille ; il était allé s'établir provisoirement dans un village du département de Saône-et-Loire, où il avait une petite propriété qui réclamait sa présence. Séduit par les charmes de cette solitude et par l'idée d'être utile aux pauvres gens qui, de toutes parts, venaient le consulter, il eut très sérieusement le dessein de se faire médecin de village. C'était le rêve d'une belle âme, et ce rêve il voulait à toute force le réaliser. Mais dès que cette résolution fut connue, elle jeta l'alarme chez ses amis de Paris ; ils l'attaquèrent tous à la fois par toutes sortes de raisons. Ceux qui le connaissaient le mieux s'adressaient à son cœur et lui reprochaient de faire bon marché d'affections aussi dévouées ; ceux qui le connaissaient moins s'adressaient à son amour-propre et lui demandaient si c'était pour finir ainsi qu'il avait fait des études si variées et si approfondies ; d'autres, enfin, et ceux-ci ne le connaissaient pas du tout, s'adressaient à ses intérêts : ils lui firent offrir une position fixe, par M. de Champagny, ministre de l'intérieur. Sa résolution cependant paraissait inébranlable, lorsqu'il s'engagea dans de nouveaux liens : il venait de trouver, dans une nièce du célèbre avocat Bergasse, la femme sainte et forte qui, disait-il plus tard, n'avait eu qu'une imperfection, l'excès du dévouement et de l'abnégation. Cette union l'avait ramené dans la ville de Châlons, où il se mit à exercer la médecine avec une

grande distinction. Toutefois, ses amis ne l'avaient pas perdu de vue, et quand M. Hallé, en 1814, eut à organiser le service médical de la maison de Monsieur, depuis Charles X, son premier soin fut de faire nommer M. Guéneau médecin ordinaire de ce prince, et presqu'en même temps il l'introduisait en la même qualité dans la maison de la duchesse de Bourbon.

On avait, en outre, fait savoir à M. Guéneau de Mussy qu'on allait apporter des améliorations importantes dans le régime des prisons, et qu'on comptait sur lui pour en inspecter le service sanitaire.

M. Guéneau comprit qu'il ne lui était plus permis de résister au vœu de ses amis; il revint donc et pour toujours à Paris.

Il n'y était pas cependant depuis longtemps, lorsque, sans l'avoir prévu ni désiré, il se trouva comme jeté dans une voie qui allait, il est vrai, le ramener aux fortes études de sa jeunesse, mais qui devait forcément l'écarter de la profession médicale.

Un des plus grands esprits dont la France puisse s'honorer dirigeait alors l'Université en qualité de président de la commission de l'instruction publique, c'était M. Royer-Collard, qui, de longue date, connaissait M. Guéneau de Mussy et savait l'apprécier. La place de directeur de l'École normale étant devenue vacante, il le proposa à la commission, et, le 23 septembre 1815, il lui notifiait officiellement sa nomination.

C'était sans doute quelque chose de nouveau que de voir un médecin placé à la tête d'une institution où l'on enseignait à peu près tout excepté la médecine; mais, à moins que cette qualité ne fût un titre d'exclusion, M. Guéneau de Mussy offrait toutes les garanties que pouvait exiger cette haute position. Imbu des meilleures traditions littéraires, il possédait les connaissances les plus vastes et les plus variées, et à ces connaissances il joignait le goût le plus sûr et le plus délicat. Ajoutez qu'ancien élève de l'Oratoire, M. Guéneau était essentiellement ami de la règle et d'une sage discipline, et que l'Université était pour lui comme une réunion de famille; il y retrouvait, en effet, de nombreux amis, de proches parents, deux frères surtout, dont l'un à côté de lui, membre de la commission de l'instruction publique, et plus tard conseiller de l'Université.

Tous les hommes éminents sortis de cette École se plaisent encore aujourd'hui à rendre hommage à la direction toute paternelle de ce chef tendrement aimé; sa sollicitude embrassait tout; on assure que plus d'une fois il lui est arrivé de suppléer de lui-même des professeurs absents pour que les cours ne fussent pas interrompus. Le temps que lui laissaient les soins de l'École, il le consacrait à d'autres institutions qui se rattachaient encore à l'éducation et à l'instruction de la jeunesse, telles que la Société pour l'instruction élémentaire, et la Commission des colléges royaux.

Cette vie si sagement et si fructueusement remplie ne dura que sept années. Qui aurait pu prévoir qu'au milieu d'une sécurité profonde, et quand chacun s'applaudissait de la bonne direction imprimée aux études, un acte d'une brutalité inouïe allait tout à coup frapper, et le directeur, et les professeurs, et les élèves? Le 6 septembre 1822, une ordonnance royale, insérée au *Moniteur*, prononçait la dissolution de l'École, et une lettre d'une dureté sans exemple en informait le directeur. Six semaines étaient données tant aux maîtres qu'aux élèves pour songer à leur avenir! Cette suppression de l'École normale avait été tramée dans l'ombre; les vrais motifs n'en ont jamais été articulés. L'ordonnance alléguait, il est vrai, qu'il y aurait avantage à lui substituer des Écoles divisionnaires dans les chefs-lieux d'académie; mais les influences funestes et toutes puissantes qui prévalurent étaient d'une tout autre nature.

Quant à M. Guéneau de Mussy, tout chrétien austère qu'il était, et bien que catholique soumis, il ne put trouver grâce devant ce pouvoir envahissant et implacable qui dominait alors le pays tout entier; il fut sacrifié. Chef d'une famille nombreuse, il se trouva tout à coup privé d'un traitement important et obligé de se créer de nouvelles ressources; pas un mot cependant, pas un murmure ne trahit ses souffrances personnelles. De toutes parts lui arrivaient des témoignages de la plus vive sympathie, titres précieux que sa famille conserve religieusement comme la plus belle partie de son patrimoine : « Ce n'est pas à moi qu'il faut » songer, répondait M. Guéneau de Mussy, mais à ces pauvres jeunes » gens qui croyaient avoir trouvé une carrière et qui n'en ont plus! à » ces fonctionnaires sans place et sans moyens d'existence! Si vous » pouvez quelque chose, ajoutait-il, c'est d'eux qu'il faut vous occuper. » Et lui-même, donnant l'exemple, se fit solliciteur, non pour lui, bien entendu, mais pour ses compagnons d'infortune.

C'est alors qu'il eut à se féliciter de s'être toujours tenu au courant des progrès de la science médicale; âgé de quarante-sept ans, et quand de nouvelles charges lui étaient venues, il lui fallut reprendre l'exercice de son art et se reformer une clientèle; il s'était logé dans une petite maison à côté de l'École normale. A ces labeurs vinrent se joindre des afflictions de famille; il perdit coup sur coup plusieurs de ses enfants. Sa résignation et son courage furent de nouveau mis à l'épreuve; sa grande piété et le travail lui vinrent en aide. C'était en quelque sorte une nouvelle vie que M. Guéneau de Mussy allait recommencer, pénible certainement en beaucoup de points, mais qui ne devait pas être sans de glorieuses compensations. Il ne pouvait plus, il est vrai, aspirer au professorat dans nos facultés; mais deux grands théâtres pouvaient encore s'ouvrir pour lui : les hôpitaux et les académies. Dès 1823, M. Guéneau de Mussy avait été porté, à deux reprises différentes, sur les listes de présentation pour une place de médecin au bureau central des hôpitaux; en avril 1826, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Asselin, décédé.

Personne n'était plus pénétré que M. Guéneau de Mussy des devoirs attachés à ses nouvelles fonctions, et personne ne les a remplies avec plus de sollicitude et de dévouement. Sa ponctualité était proverbiale; tout devait céder à l'heure de la visite, c'était pour lui un cas de conscience de faire attendre quelques minutes les élèves et les employés attachés à son service; c'était, disait-il, leur prendre ce qu'ils ont de plus précieux, leur temps. Je ne parlerai pas de son habileté, de sa prudence et de ses succès dans le traitement des maladies, ni de la sagesse de ses prescriptions; tous ceux qui ont suivi ses visites, peuvent en rendre témoignage. J'ai hâte d'arriver au grand rôle qu'il a joué parmi nous et aux services qu'il nous a rendus.

C'est en 1823 que l'Académie de médecine s'adjoignit M. Guéneau de Mussy en qualité de *membre honoraire*, non pas pour le reléguer dans une sorte de vétérance anticipée, mais pour le rapprocher, autant que possible, de la classe des titulaires qui était au complet.

Jamais homme ne réunit à un pareil degré toutes les qualités de l'académicien : savoir aussi étendu que profond, sentiment de dignité que n'altérait aucun sentiment d'orgueil, politesse tout à fait exquise et respect inviolable pour toutes les convenances.

Vous devez vous le rappeler, Messieurs, c'était surtout dans les grandes et sérieuses discussions que brillait M. Guéneau de Mussy, et principalement dans celles qui portaient sur les graves et éternelles questions que le médecin trouve au fond de toutes ses études, à savoir : la nécessité d'une suprême et universelle intelligence, la subordination des organes à un principe immatériel et impérissable; la liberté de la pensée et la responsabilité morale. J'ajoute que dans ces luttes de la parole, on ne voyait jamais M. Guéneau de Mussy chercher ces succès d'un moment, ces ovations bruyantes et tumultueuses, qui trop souvent semblent dévolues à la trivialité et à la violence; ce que M. Guéneau de Mussy cherchait avant tout, ou plutôt ce qu'il trouvait sans le chercher, c'était le suffrage des esprits délicats et éclairés; l'assentiment des hommes consciencieux. Quelques citations suffiront, du reste, pour montrer avec quelle supériorité M. Guéneau de Mussy intervenait dans ces mémorables débats, et quelle était, dans ces circonstances, l'autorité de sa parole.

On reconnaîtra facilement que M. Guéneau de Mussy était bien de la famille des Pascal et des Nicole, soit que, par la méthode des géomètres, il cherchât à démontrer la vérité et à la discerner d'avec le faux; soit que, partant de la libre pensée humaine, il en montrât l'indépendance au sein de l'organisation; soit enfin que, par une douce et inoffensive ironie, il fît voir l'absurdité et le ridicule de certaines innovations médicales.

L'esprit géométrique de M. Guéneau de Mussy nous fut en quelque sorte révélé lors des débats qui eurent lieu sur une grave question de méthodologie médicale; je veux parler de la STATISTIQUE appliquée à la médecine.

Vers le commencement de 1837, un de nos plus éminents collègues, M. Cruveilhier, avait cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur cette question : « Me sera-t-il permis, disait M. Cruveilhier, d'adjurer » ceux de nos honorables collègues qui ne font entendre leur voix que » dans les occasions solennelles, de vouloir bien nous éclairer de leurs » lumières et de leur expérience. »

L'appel fait par M. Cruveilhier avait été entendu, et déjà MM. Andral, Louis, Husson et Bouillaud, avaient entamé la discussion. M. Guéneau de Mussy semblait encore se réserver, lorsqu'un jeune médecin, né en Espagne, élève de l'École de Montpellier et depuis quelques mois l'un de nos correspondants, demanda la faveur d'intervenir dans ce débat; il avait, disait-il, à lire un mémoire précisément sur cette question. L'Académie, contrairement à ses usages mais par courtoisie, admit ce jeune étranger au nombre des orateurs.

M. Risueño d'Amador, c'est ainsi qu'on le nommait, fut donc appelé à cette tribune; son discours écrit avec talent et plein de verve, était un réquisitoire en forme contre la méthode numérique appliquée à la médecine; l'auteur était certainement dans son droit en soutenant cette thèse, et d'ailleurs c'était quelque chose de piquant de voir un jeune Espagnol, dont l'accent fortement étranger ne déparait pas la diction, venir prendre part à nos débats.

Mais ce ne fut pas sans un vif regret que nous le vîmes, dès les premiers mots, s'écarter d'une modération d'autant plus nécessaire que, jeune et peu connu, il s'adressait à des hommes vieillis dans l'exercice de leur art, et que nous entourions tous de la plus haute estime.

« Votre école, leur disait-il, s'est avisée d'un moyen nouveau : elle » compte les faits et pense en apprécier la valeur par le nombre; elle » additionne, divise et soustrait, et dans sa naïve simplicité croit per» fectionner l'art et ses procédés. »

« Le fondement de votre méthode, ajoutait-il un peu plus loin, c'est » la probabilité; or, la probabilité n'est guère que la théorie du hasard. » Invoquer la probabilité prise dans ce sens c'est donc invoquer le » hasard, c'est renoncer à toute certitude médicale, à toute règle » rationnelle tirée des faits propres à la science, c'est substituer enfin » à ce qu'on appelle *induction*, expérience, observation et raisonne» ment, l'opération mécanique et inflexible du calcul. »

Pour faire voir ensuite à quel point nos collègues étaient dangereux, il leur disait : « Votre médecine n'est plus un art mais une loterie, » votre méthode n'est qu'un coup de désespoir de l'art qui, renonçant » pour toujours à savoir pourquoi et comment il agit, s'abandonne au » hasard sur la foi d'une arithmétique illusoire, c'est le scepticisme » embrassant l'empirisme! »

Il faut dire maintenant que M. d'Amador, pour arriver à ces graves inculpations semblait s'être entouré des plus grandes autorités, et s'être en quelque sorte enfoncé dans toutes les profondeurs de la théorie mathématique; on l'avait entendu citer tour à tour les plus fortes têtes mathématiques, Leibnitz, Euler, Jacques et Nicolas Bernouilli, et toutes ces autorités, à partir de Pascal jusqu'à M. Poisson; notre jeune orateur ne s'était pas contenté de les citer, il les avait appréciés et jugés; il avait même relevé ce qu'il appelait leurs erreurs. Ainsi, il avait soutenu que Laplace s'était *abusé*, dans son *Essai sur les probabilités*, en parlant du nombre des probabilités des levers du soleil.

Enfin, et pour terminer par une sorte de défi, M. d'Amador nous avait résolûment déclaré dans ses conclusions : « Que la méthode numérique » importée en médecine et en thérapeutique est antiscientifique, — » qu'elle détruit le véritable art et la véritable observation en substi» tuant à l'action de l'esprit et au génie individuel du praticien une » routine informe, aveugle et mécanique, — qu'elle est inutile et même » dangereuse puisqu'elle bouleverse la science, — que si enfin elle est » généralement adoptée, c'est qu'elle est accessible aux intelligences » les plus médiocres, qu'elle flatte les plus humbles, et que c'est là son » seul titre à l'admiration de la multitude! »

Ceci, Messieurs, devenait grave, l'Académie aurait bien pu se demander si ce n'était pas elle qui formait cette multitude, cette espèce de populace médicale que M. d'Amador traitait avec tant de dédain; si ce n'était pas nous qui étions ces intelligences médiocres, ces humbles auxquels la méthode numérique convenait parce qu'elle était à leur portée.

Mais ce qui nous rassurait un peu c'est que parmi ces humbles se serait trouvé M. Guéneau de Mussy. M. Guéneau de Mussy qui, fort de ses anciennes études dans les sciences mathématiques et de sa longue pratique médicale, n'avait pu entendre sans sourire et l'ambitieuse digression de M. d'Amador sur la théorie mathématique, et ses attaques si hautaines contre les médecins qui s'avisent de tenir un compte exact de leurs observations. Toutefois, comme il importait de ne pas laisser l'Académie sous le coup d'imputations aussi étranges, M. Guéneau de Mussy demanda la parole; le premier point ne lui parut mériter que quelques mots de réponse. « Je ne crois pas, dit-il, avoir à défendre » sérieusement la théorie mathématique du reproche qui lui a été fait » d'être trompeuse et de tomber en contradiction avec elle-même. La » théorie mathématique peut être mal comprise et mal appliquée, mais » elle ne trompe jamais, elle est également sûre et dans les principes » dont elle part, et dans la marche qu'elle suit pour en déduire les » conséquences. »

Il y avait ici une confusion qu'il importait de faire cesser; M. d'Amador avait sans cesse mêlé les applications de la théorie mathématique avec celles qui résultent en médecine de l'emploi de la méthode numérique; ainsi, après avoir cité l'exemple du joueur, qui jette en l'air une pièce de monnaie, et qui calcule toutes les chances qui peuvent amener *face* ou *pile*, il avait soutenu que *la probabilité thérapeuthique s'établit de la même manière : que là aussi on jette des pièces en l'air!* avec cette seule différence que, au lieu de trouver *face* ou *pile*, on trouve *vie* ou *mort!*

C'était là, Messieurs, des assimilations que ne pouvait permettre M. Guéneau de Mussy : « Il n'y a rien de commun, répondit-il, entre » les questions auxquelles se rapportent les exemples mis en avant et » celles que fait naître l'application de la méthode numérique aux » sciences médicales. Les premières peuvent être toutes comprises dans » l'énoncé général : connaissant les diverses combinaisons qui peuvent » amener un événement et le nombre de ces combinaisons, déter» miner les chances qui existent pour ou contre chacune d'elles.

» Les seconds sont d'une tout autre nature, et doivent être traitées » par des procédés différents, elles sont des cas particuliers d'un pro» blème général ainsi conçu : étant donné une série de faits semblables, » en déduire des lois applicables à une autre série de faits de même » nature. »

Voilà, Messieurs, comment cet esprit lumineux, comme auraient dit ses maîtres de Port-Royal, ramena le problème médical à toute sa simplicité.

Mais si M. Guéneau de Mussy avait parlé avec cette netteté et cette parfaite compétence lorsqu'il s'agissait de théories purement mathématiques, avec quelle force et quelle autorité, ne l'entendîmes-nous point traiter des applications de la méthode numérique à la médecine pratique.

Ce n'était plus l'ancien élève de l'École polytechnique, l'ancien directeur de l'École normale qui allait réfuter le mathématicien improvisé; c'était le médecin de l'Hôtel-Dieu, le vieux praticien qui allait répondre au clinicien de fraîche date. Aussi lui suffit-il encore de quelques mots pour faire tomber tout cet échafaudage d'accusations.

Cette sérieuse réfutation, Messieurs, doit avoir laissé de longs souvenirs dans vos esprits, car les paroles de M. Guéneau de Mussy, empreintes comme toujours de la plus grande modération, répondaient à de profondes convictions.

« Je ne conçois pas, disait-il, comment dans une science d'observa» tions et d'expériences, on a pu refuser à la statistique la part qui lui » appartient....

» Si je ne me trompe, on a toujours compté, et nous comptons tous » encore aujourd'hui; de tout temps, même à ces époques où l'enthou» siasme d'une théorie nouvelle s'emparant des esprits semblait domi» ner le monde médical, il y a eu des praticiens fidèles à l'observation, » qui croyaient que la science doit avant tout s'appuyer sur des faits bien » étudiés et bien comptés.

» Et les aphorismes des grands-maîtres, ces vives et précises expres» sions des faits généraux que nous gravons dans notre mémoire, que » nous invoquons comme des principes reconnus, d'où leur vient leur » autorité? Sont-ils le fruit de quelques soudaines inspirations, ou de » quelques conceptions *à priori?* Non, sans doute; ils sont le résultat » de l'observation guidée par un coup d'œil sûr et fécondée par un esprit » puissant. »

Un assentiment général accueillit ces belles paroles, qui n'étaient, du reste, qu'une sorte d'introduction à bien d'autres arguments. Un point surtout avait frappé M. Guéneau de Mussy et ne pouvait rester sans réponse. M. d'Amador avait mis sans cesse en opposition la méthode *inductive* et la méthode *numérique*. « C'est à tort, lui répondit M. Guéneau de » Mussy, que vous avez voulu mettre la méthode inductive en opposi» tion avec la méthode numérique; l'induction à laquelle depuis Bacon, » les sciences naturelles doivent tous leurs progrès, n'a d'autre point » de départ que les faits bien observés et rigoureusement comptés; » donc, la méthode numérique fait nécessairement partie de la méthode » inductive. »

Il n'y avait rien à répliquer à des objections si justes et si claires. Il faut dire d'ailleurs que M. Risueno, si bien préparé pour l'attaque, ne l'était pas du tout pour la défense; de sorte que, sauf quelques mots trop personnels pour qu'on pût répliquer, il dut en rester là.

Du reste, M. Guéneau de Mussy avait répondu à tout ce qu'il y avait de spécieux dans ce mémoire; seulement, comme il convenait à un esprit digne et sérieux, il n'avait pas cru devoir relever des attaques si directes et si inconvenantes contre des hommes respectés de tous : « Je » ne crois pas, dit-il, en terminant, avoir à défendre mes collègues du » reproche qui leur a été fait de ne savoir ni observer ni raisonner. En » défendant la méthode numérique comme ils l'ont fait, c'est-à-dire » comme le principal instrument des sciences d'observation, ils ont suf» fisamment prouvé qu'ils n'ont pas fait abnégation de leur faculté » d'examen et qu'ils n'ont jamais entendu se réduire à n'être qu'une » machine arithmétique. »

Quant à ce classement très peu flatteur qui nous avait relégués à peu près tous parmi les esprits médiocres et les humbles, M. Guéneau de Mussy n'y fit pas même allusion; il laissa à M. d'Amador la satisfaction de se séparer de la multitude pour se placer parmi les grands artistes ou plutôt parmi les génies supérieurs et individuels, génies précieux qui ne s'abaissent pas jusqu'à compter les faits en médecine, ni n'ont pas même besoin des faits, éclairés et guidés qu'ils sont par des voix intérieures, par des influences secrètes, par des instincts, des tacts mystérieux; toutes choses, il est vrai, qui ne peuvent ni s'expliquer, ni se définir, ni s'enseigner, ni même se comprendre, mais qui, précisément à cause de cela, demeurent le privilége exclusif de ces rares esprits.

Mais si, cette fois, M. Guéneau de Mussy n'avait pas craint de se commettre avec un jeune étranger qui n'avait pour lui que les souvenirs d'un concours d'élève, on le vit affronter dans une autre circonstance un homme d'une immense réputation qui s'était fait un nom impérissable dans la science, qui avait opéré en médecine une véritable révolution, qui avait enfin par-devers lui l'autorité d'un grand talent et les vives sympathies de la jeunesse : je veux parler de Broussais.

Tel était, en effet, l'athlète redoutable, l'orateur véhément, le fougueux tribun avec lequel M. Guéneau de Mussy, homme de paix, d'étude et de méditation, allait entrer en lice. C'est que, cette fois, il y avait à prendre en main non seulement la défense de la vérité et de la raison, mais encore celle de la morale.

On sait que, dans les dernières années de sa vie, Broussais s'était pris d'un véritable enthousiasme pour une doctrine qui, du nom de son inventeur, avait été désignée sous le nom de *doctrine de Gall*. Or, cette doctrine, connue aussi sous le nom de PHRÉNOLOGIE, bien qu'adoptée et enseignée par bon nombre de médecins, n'avait pas encore osé se produire à l'Académie de médecine, ni se soumettre à une sérieuse discussion, lorsque l'un de nous, homme de beaucoup d'esprit, mais qui ne se piquait pas d'être fort discret, M. Rochoux, s'avisa de soulever incidemment cette question et de provoquer le plus orageux débat.

C'était en avril 1836; M. Rochoux venait de donner lecture d'un mémoire sur les causes de l'*apoplexie*, sujet qui lui était familier, et sur lequel il avait publié un excellent ouvrage. Tout en s'occupant du cerveau et de ce qu'on pourrait appeler la mécanique cérébrale, M. Rochoux avait cru pouvoir dire en passant son opinion sur la localisation des facultés intellectuelles; et comme il n'apportait pas toujours une grande réserve dans ses paroles, il avait déclaré en pleine Académie que la doctrine de Gall, ou plutôt que la phrénologie était l'une des trois grandes mystifications scientifiques du XIX[e] siècle, les deux autres étant le magnétisme animal et l'homœopathie.

Le scandale de cette déclaration n'aurait été que très médiocre parmi nous, si ce puissant esprit qui, de nos jours, avait si violemment ébranlé l'édifice médical, Broussais, n'avait cru devoir la relever.

Broussais, devenu partisan de la doctrine de Gall, apportait dans la défense de la phrénologie la même ardeur, la même fougue et les mêmes convictions qu'en d'autres temps dans la défense de sa propre doctrine; aussi, dès qu'il eut connaissance du blasphème que venait de proférer M. Rochoux, on le vit accourir plein de courroux et d'indignation :

« Que l'on élève des objections, dit-il, contre la phrénologie, je n'en » suis pas surpris, mais qu'on l'appelle une des grandes mystifications » du siècle, c'est là ce que je me crois obligé de réfuter au nom de la » science, au nom de l'humanité, au nom du bon sens. »

Toutefois, Broussais n'entendait pas soutenir toutes les localisations imaginées par le père de la doctrine; il voulait qu'on s'en tînt à quatre grandes divisions ou régions de l'encéphale; et voici à l'aide de quel raisonnement il croyait pouvoir démontrer tout à la fois le siége et les fonctions de ces quatre groupes d'organes :

« Il est incontestable, disait-il, que la dépression des parties anté» rieures du cerveau entraîne la perte des facultés intellectuelles; donc » l'intelligence est placée dans cette région.

» La dépression des parties postérieures amène l'affaiblissement des » sentiments; donc les affections sont placées en arrière de la tête.

» La dépression des parties supérieures exclut les sentiments élevés » et moraux; donc la moralité appartient à cette région.

» Enfin, un aplatissement des masses latérales diminue le penchant « au meurtre et à la destruction; donc ces instincts résident dans cette » région. »

Telle était la doctrine restreinte que Broussais allait chercher à faire prévaloir parmi nous; je dis restreinte, car au lieu de porter, comme on l'avait fait avant lui, à vingt-sept ou à trente et un, ou même a trente-trois, le nombre des organes encéphaliques, et de les figurer par autant de protubérances ou de bosses à la surface du crâne, la phrénologie se faisait plus humble devant l'Académie, renonçait à cette topographie cérébrale si chère aux demi-savants et aux gens du monde; elle n'admettait plus que quatre groupes de facultés représentées par quatre masses distinctes.

Mais bien que retranchée ainsi dans des limites plus étroites et en apparence plus faciles à défendre, la doctrine allait avoir de rudes assauts à soutenir. L'intrépide Broussais, que rien ne pouvait déconcerter, avait lui-même entamé la discussion par une violente sortie : de toutes parts, on demandait la parole; mais c'était dans la personne de M. Gueneau de Mussy que Broussais allait rencontrer le plus calme, le plus sensé, et par cela même le plus redoutable de ses adversaires.

Ces deux hommes, du reste, étaient peut-être ce qu'il y avait de plus

dissemblable et de plus opposé, aussi bien pour le genre de talent que pour le caractère : l'un ardent, fougueux, toujours véhément, souvent caustique et mordant, semblait né pour la lutte et pour l'opposition ; l'autre posé, réfléchi, plein de sagesse et de modération, toujours maître de lui-même, inébranlable dans ses principes, était comme une digue qu'aucune vague ne peut renverser. Un conflit entre eux était donc inévitable, et au fond c'étaient deux philosophies qui allaient se trouver en présence ; l'une à laquelle on a donné dans ces derniers temps le nom d'*organicisme*, l'autre qu'on a toujours désignée sous le nom de *spiritualisme*.

Broussais, chose remarquable, avait tout d'abord insisté pour que, dans ce débat, on mît de côté des armes qui, en d'autres temps, disait-il, lui avaient été familières, mais auxquelles il avait renoncé, à savoir : le ridicule, l'ironie et le sarcasme. « Le ridicule, disait-il, ne prouve » rien ; il ne peut renverser une science. Je m'en suis servi lorsque » j'étais jeune ; mais plus j'ai réfléchi, plus j'ai trouvé que c'était une » arme insignifiante. »

En cela, Broussais allait se trouver parfaitement d'accord avec M. Guéneau de Mussy : celui-ci toujours grave, toujours sérieux, n'entendait nullement se placer sur ce terrain. Si donc Broussais croyait l'affaiblir en lui demandant de ne pas se servir du ridicule, il allait au contraire le fortifier et s'affaiblir lui-même.

« Je reconnais avec vous, répondit M. Guéneau de Mussy, que le ridi- » cule n'est pas un instrument scientifique, et je regrette qu'il n'ait pas » toujours été banni de cette discussion ; je suis loin de l'appeler sur la » phrénologie, je veux, au contraire, qu'on étudie et qu'on recueille » sévèrement les faits avant de systématiser. »

Cet accord établi entre les deux orateurs, l'impatient Broussais ne voulut pas même attendre les objections ; il les connaissait toutes, disait-il, et d'avance il allait les réfuter.

A ceux, en effet, qui se proposaient de lui objecter qu'on trouve parfaitement développées chez les animaux les parties que la doctrine assigne au jugement, à l'induction et à la recherche des causes, Broussais répondit que les animaux ont toutes ces facultés ; et pourquoi, disait-il, « ne trouverait-on pas les parties supérieures développées chez les ani- » maux, puisqu'ils ont des sentiments élevés, tels que l'orgueil, l'am- » bition, le dédain et le mépris? La vénération existe chez eux ; la jus- » tice, ils l'ont comme vous, s'écriait Broussais, en étendant les bras » vers ses collègues ! »

Vous allez peut-être aussi m'objecter, reprit-il, qu'on trouve encore très développées chez les animaux essentiellement paisibles, tels que le mouton, les parties latérales du cerveau qui sont destinées aux instincts du combat, du meurtre et de la destruction ; mais je vous répondrai qu'ici vous interprétez mal les faits ; ces instincts en apparence si formidables ne sont, en réalité, que des instincts de conservation ; ces masses latérales ne produisent que des actes nécessaires à l'entretien de la vie ; pour subsister, pour vivre au milieu de la création, il faut se défendre, il faut attaquer et par conséquent détruire : votre mouton, que vous donnez comme l'emblème de la douceur, est un grand destructeur, car il mange de l'herbe, or, manger de l'herbe, c'est détruire !

M. Guéneau de Mussy avait trop bon goût pour insister sur ce qu'il y avait de dérisoire et de ridicule dans ce raisonnement resté célèbre depuis cette discussion ; il fit seulement remarquer, mais avec infiniment d'esprit, que c'était changer complétement la destination des organes pour l'accommoder à la doctrine. « Eh ! quoi, dit-il, vous donnez maintenant comme agents de conservation ce qui était d'abord qualifié par vous agents de destruction ; vous aviez là des organes malfaisants, vous y rattachiez les rixes, les combats et le meurtre ; mais, comme on vient de vous montrer ces mêmes organes très développés chez de timides herbivores qui ne savent pas même se défendre, ce ne sont plus que des organes de simple nutrition ! de sorte que ce qui fait que le loup mange le mouton fait aussi que le mouton mange l'herbe ! »

Mais Broussais se sentant pressé par M. Guéneau de Mussy avait fait une singulière concession, il avait été jusqu'à dire que, pour rendre raison de l'énergie des organes, il ne faut pas seulement tenir compte de leur *volume*, mais aussi de leur *activité*.

Or, c'était un aveu qui, d'un seul coup, comme le fit remarquer M. Guéneau de Mussy, renversait tous les fondements de la phrénologie. « Comment, disait M. Guéneau de Mussy, voilà une science qui prétend reconnaître les facultés et les penchants des hommes aux protubérances de leur crâne, c'est-à-dire des saillies déterminées par le volume des organes sous-jacents, et cette même science, quand ces saillies font défaut, vient nous dire qu'il ne faut plus alors avoir égard au volume de ces organes, mais à leur degré d'activité ! qu'avec des organes exigus, on peut avoir des facultés dominantes et des penchants irrésistibles ! »

« Ainsi, poursuivait M. Guéneau de Mussy, votre phrénologie qui, en principe, ne devait considérer que le développement matériel de ce qu'elle appelle des organes, vient maintenant nous dire que ce n'est là qu'un des éléments de leur puissance ; que seul il ne signifie rien ; qu'il faut aussi en mesurer l'activité, chose immatérielle et insaisissable, et que cette activité ne suit pas toujours les mêmes rapports que le volume ! »

M. Guéneau de Mussy avait mille fois raison ; cet aveu arraché à Broussais annulait de tout point les principes de la phrénologie, ou plutôt il n'y avait plus de phrénologie.

Il faut dire maintenant que, dans le cours de la discussion, une étrange assertion avait été émise par un des partisans de la phrénologie : il avait dit, en montrant le plâtre de la tête de *Fieschi*, que cet homme avait été tout ce que son organisation avait voulu qu'il fût. Étrange et désolante doctrine ! je le répète, qui, ne tenant plus aucun compte de la libre pensée humaine, conduisait directement au plus absolu fatalisme, mais qui allait trouver dans M. Guéneau de Mussy son plus chaleureux et plus éloquent adversaire.

« J'ai été confondu, dit M. Guéneau de Mussy, quand j'ai entendu avancer à cette tribune cette proposition ; mais j'aime à croire que notre honorable collègue n'a pas en cela exprimé sa pensée, et, ce qui me le persuade, c'est qu'il a appelé Fieschi un grand criminel : or, si Fieschi n'a été que l'instrument aveugle d'une organisation défectueuse, il n'a pas été criminel. Je n'appelle pas criminel la pierre qui tombe et qui me blesse en tombant ; ce sont ceux qui l'ont jugé et condamné qui ont commis un acte de cruauté, à moins qu'eux aussi n'aient été sous la domination d'une organisation homicide. »

Ce raisonnement, Messieurs, était irrésistible, vous étiez déjà convaincus ; mais M. Guéneau de Mussy, poursuivant le même ordre d'idées, et s'adressant de nouveau à celui de nos collègues qui avait hasardé cette proposition, il lui dit d'une voix émue et un peu tremblante :

« Ah ! sans doute, telle n'a pas été votre pensée ; vous n'avez pas voulu, vous n'avez pas pu vouloir établir cette déplorable doctrine qui viendrait nier et l'activité de l'intelligence et la liberté de la pensée pour ne plus voir en nous que matière et que servitude ; qui, après avoir enlevé à l'homme et ses forces morales et ses immortelles espérances, ne lui laisserait que l'aveugle et fatale puissance du rocher ! »

C'est par de longs applaudissements, Messieurs, que vous avez accueilli cette noble protestation, qui honorait tout à la fois le médecin moraliste qui la prononçait et l'assemblée qui reconnaissait en lui son véritable interprète.

M. Guéneau de Mussy, j'aurais dû commencer par le dire, était entré dans cette discussion sans idée préconçue, sans parti pris sur le degré de certitude de la phrénologie ; il avait longtemps gardé le silence, cherchant à s'éclairer, écoutant tout, prenant note de tout ; quel fut le résultat de cette scrupuleuse et impartiale appréciation ? M. Guéneau de Mussy finit par le dire lui-même, avec une grande modération, mais avec une grande netteté :

« Messieurs, dit-il, à ses collèges, je le déclare maintenant : il est démontré pour moi, par tout ce que j'ai entendu de part et d'autre dans quatre séances consécutives, que s'il est dans les destinées de la phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore toute à faire ; que les principes qu'elle a posés jusqu'ici n'ont offert qu'incertitude et instabilité ; que les résultats qu'elle a donnés ont été presque toujours démentis et renversés. Je propose donc à l'Académie d'ajourner cette discussion jusqu'à l'époque où des faits plus précis, plus nombreux et plus sévèrement reconnus pourront lui fournir des bases plus solides. »

L'Académie s'empressa d'adopter cette proposition si modérée et si sage de M. Guéneau de Mussy. Mais, Messieurs, vous le savez, ces faits plus précis, plus nombreux et plus décisifs, ne sont pas venus ; la phrénologie en est restée au même point, offrant toujours les incertitudes et l'instabilité que lui reprochait M. Guéneau de Mussy. Ainsi appréciée et jugée par cet esprit rigoureux, elle n'a plus osé se présenter dans cette enceinte ; elle est restée sous le coup de cette accablante déclaration.

Les discussions dont je viens de rendre compte remontent à une époque déjà fort éloignée ; depuis, bien d'autres, auxquelles M. Guéneau de Mussy a pris part, ont occupé l'Académie pendant de longues séances ; le temps ne me permettrait pas même de les mentionner. Tout au plus pourrai-je dire quelques mots d'une simple décision, prise sans le moindre débat, sur la proposition de M. Guénaau de Mussy, dans une circonstance assez délicate : il s'agissait cette fois de l'HOMOEOPATHIE.

L'homœopathie, vous le savez, Messieurs, a cela de particulier qu'elle n'a jamais pu prendre rang parmi les choses enseignées ou même discutées sérieusement ; qu'elle est restée complétement étrangère à l'enseignement de nos Écoles, et qu'elle ne compte aucun représentant dans nos Académies ; mais, par contre, elle a pu s'introduire subrepticement dans quelques établissements hospitaliers et s'y maintenir malgré les vives réclamations des commissions administratives. Or, c'était un fait de cette nature qui avait amené l'Académie à s'occuper un moment de l'homœopathie.

Un praticien, connu par ses tendances homœopathiques, avait été nommé médecin d'hôpital dans une ville de province, à raison de quelques droits acquis ; mais, avant d'entrer en fonctions, il avait librement accepté la condition que lui avait imposée la commission administrative, de ne faire dans son service aucune application des traitements homœopathiques.

La commission se reposait donc sur la bonne foi du médecin ; mais bientôt celui-ci, ne tenant plus aucun compte de ses engagements, se mit à faire publiquement dans son service quelque chose qui ressemblait singulièrement à de l'homœopathie. La commission s'était récriée ; mais loin de se rendre aux réclamations des administrateurs, il avait répondu que « le médecin au lit du malade ne relève que de Dieu et de sa conscience, et qu'aucun pouvoir humain n'aurait le droit de le diriger dans ses prescriptions. »

C'était le prendre d'un peu haut ; mais comme la commission trouvait, de son côté, que, pour être appelé et maintenu au lit du malade, le médecin relève bien aussi un peu de la famille, ou de ceux qui la représentent, elle en avait appelé à ce pouvoir humain dont parlait le sectateur d'Hahnemann, c'est-à-dire à M. le ministre de l'intérieur, et M. le ministre avait demandé l'avis de l'Académie.

Il faut dire que d'autres raisons étaient encore alléguées par le médecin homœopathe. Il soutenait qu'après tout, et à bien considérer les choses, il n'avait véritablement pas fait de l'homœopathie dans son service. N'ayant eu, en effet, disait-il, à sa disposition, que les médicaments préparés dans la pharmacie de l'hôpital, il s'était vu réduit, ne pouvant faire mieux, et pour atténuer autant que possible les effets désastreux de ces médicaments, à les prescrire, non comme on le fait en allopathie, par grains, par gros ou par onces, mais en *teintures*, et à une dose qui, le plus souvent, ne dépassait pas, en vingt-quatre heures, une goutte étendue dans 100 à 200 grammes d'eau. Dans ces conditions, ajoutait-il, la puissance de ces agents était un peu moins esclave que dans l'état brut ; mais que n'aurait-il pas fait s'il avait pu dégager entièrement cette puissance de la matière qui l'emprisonnait, c'est-à-dire appliquer dans toute leur pureté les principes du créateur de l'homœopathie, du divin Hahnemann !

Telle était, Messieurs, l'étrange justification présentée par le médecin inculpé. Que répondre, dans une Académie, en face de pareils aveux ? Fallait-il prendre au sérieux cette profession de foi ? renouveler les débats tumultueux de 1835 ? C'était peut-être là ce que l'on voulait. Mais l'Académie s'en était rapportée à M. Guéneau de Mussy, et l'avait chargé de préparer une réponse à M. le ministre de l'intérieur. Or, M. Guéneau de Mussy, toujours bien inspiré, au lieu de remettre en cause l'homœopathie, préféra tout simplement entrer dans les idées du disciple d'Hahnemann, arriver avec lui aux dernières conséquences de sa doctrine et faire ainsi justice de toutes ces inepties.

Le rapport de M. Guéneau de Mussy est un morceau achevé ; il semble s'être inspiré des *Provinciales* : et, comme le pseudo-Montalte, jeter à la risée des hommes de bon sens les dogmes d'une nouvelle secte.

Nous venons de voir combien notre homœopathe regrettait de n'avoir pu descendre dans ses prescriptions au-dessous d'une goutte de teinture étendue d'eau. En effet, dit M. Guéneau de Mussy, cette goutte étendue dans telle quantité d'eau que vous voudrez, n'approche pas des divisions qui résultent de parties de cent fois et cent fois plus petites, c'est-à-dire représentant les termes successifs d'une progression décroissante dont la raison est cent ! Or, Hahnemann est positif sur ce point.

Suivant le père de la nouvelle doctrine, pour obtenir un médicament un peu énergique, il faut, en effet, aller jusqu'au 30e ou jusqu'au 40e terme de cette progression ; il est bien vrai qu'alors il s'agit d'un nombre qui effraye l'imagination et que la langue parlée se refuse à énoncer, puisque le grain de matière se trouve divisé en un nombre de parties exprimé par 1, suivi de 60 ou de 80 zéros ! Mais aussi voyez à quel degré de force doit être arrivé un grain de matière dont la divisibilité, dit M. Guéneau de Mussy, surpasse le nombre des hommes qui ont jamais existé à la surface de la terre !

Mais attendez, ce n'est point tout : notre médecin homœopathe, empêché ainsi par les règlements et les usages de l'hôpital, devait avoir bien d'autres sujets de regrets ; non seulement on l'entravait de tout point en l'obligeant de s'en tenir à cette énorme dose d'une goutte étendue d'eau ; mais il ne devait pas être moins paralysé par l'incurie du pharmacien de l'hôpital. Comment, en effet, celui-ci préparait-il ses gouttes ? Tout simplement, sans doute, en confectionnant ce qu'on nomme des *teintures*, et bien certainement il ne leur avait pas imprimé les *secousses* sacramentelles ; or, Hahnemann n'est pas moins positif sur ce point ; il a dit en termes exprès, dans son *Organon*, qu'un médicament pour avoir toutes ses propriétés, doit avoir été secoué *deux fois* à chaque nouveau mélange, et cela par un mouvement de l'avant-bras ; et, remarquez-le bien, car ceci est de la dernière importance, Hahnemann a dit deux fois, non pas trois ! car si l'on donnait trois secousses, le développement de la force du remède irait au delà de toutes les bornes, et il serait impossible de calculer tous les malheurs qui pourraient en résulter.

M. Guéneau de Mussy aurait pu pousser plus loin son exposé, d'ailleurs très exact, des prescriptions imaginées par Hahnemann et observées par ses sectateurs. Mais son but était atteint tout en prenant au sérieux et la question de conflit posée par l'autorité, et les résultats statistiques invoqués par le médecin homœopathe ; il avait évité de donner aux assertions de ce dernier les honneurs d'un débat académique. Il ne s'agissait point, en effet, d'examiner au fond la valeur de l'homœopathie ; il s'agissait tout simplement de décider si le médecin inculpé avait fait ou non, dans son service, une médecine tellement différente de la médecine adoptée par tous les praticiens honnêtes et éclairés, et tellement dans les principes de l'homœopathie, qu'on pût la considérer comme rentrant dans leur pratique ; or, c'est là ce que n'hésita pas de reconnaître M. Guéneau de Mussy, et l'Académie s'empressa d'adopter ses conclusions à l'unanimité.

Je m'arrête ici, Messieurs, et bien à regret ; j'aurais voulu vous montrer toute la part que M. Guéneau de Mussy a prise à vos travaux, et vous rappeler quelle salutaire influence il a exercée sur vos décisions ; aucune pièce ne lui était envoyée qu'il n'en rendît compte dans le plus bref délai ; aussi assidu aux séances des commissions dont il faisait partie qu'aux séances générales de l'Académie, il eût poussé le scrupule jusqu'à donner sa démission plutôt que de rester inutile à la compagnie. C'est ce qu'il fit, du reste, pour sa place de médecin de l'Hôtel-Dieu ; après vingt années de services, ayant acquis la conviction que, par suite des progrès de l'âge, son oreille, devenue dure, ne lui permettait plus de s'aider de l'auscultation dans le traitement des maladies ; il donna tout aussitôt sa démission, dénonçant ainsi lui-même ce qu'il appelait son insuffisance.

Dans d'autres circonstances, c'était sa dignité qu'il consultait. Ainsi, après avoir fait partie pendant plusieurs années du Conseil d'administration de l'établissement des Sourds-Muets, avec ses vieux amis le duc de Montmorency, le comte de Noailles, M. de Gérando, il se retira dès qu'il fut avéré pour lui que, non seulement on ne tenait plus aucun compte des décisions de ce Conseil, mais que, sous prétexte d'étendre ses attributions, on les lui avait à peu près toutes retirées.

Il ne lui restait plus dans ces dernières années d'autres fonctions à remplir que celles de président de la Commission chargée de l'examen des livres destinés à l'instruction. Le gouvernement de la république lui retira ses fonctions en 1849 ; il fut très sensible à cette destitution. On venait de lui enlever, disait-il, le dernier moyen de servir la jeunesse.

A part quelques infirmités légères, ses facultés s'étaient conservées dans une heureuse intégrité. Les soins de sa famille, de précieuses relations amicales jusque-là épargnées par la mort, la méditation de hautes vérités, occupaient doucement les derniers jours qui lui étaient donnés ; mais dès que l'intérêt des siens l'exigeait, il était tout prêt à renoncer à cette paisible existence. Ainsi on le vit, à l'âge de soixante et treize ans, traverser la mer encore inconnue pour lui, et tout braver pour aller au secours d'un fils malade.

Une épreuve plus cruelle que toutes les autres était réservée à ses dernières années : dans l'hiver de 1855, il perdit celle qui avait été la courageuse compagne de sa vie, son soutien dans ses travaux, la consolation de sa vieillesse. En proie à une douleur dont il n'avait jamais soupçonné l'amertume, il remerciait le ciel de la lui avoir infligée plutôt que de l'avoir reportée sur celle qui en était l'objet.

Après cette perte si douloureuse, ses forces s'affaiblirent de jour en jour. Nous le vîmes encore parmi nous ; c'était comme une ombre qui venait sourire à nos travaux et nous encourager de sa présence ; mais vers la fin de l'hiver de 1857, ayant été pris d'une de ces pneumonies qui enlèvent presque tous les vieillards, il comprit que sa fin approchait.

Un grand moraliste a dit que peu de personnes savaient mourir : Guéneau de Mussy a montré que dès longtemps il en avait fait l'apprentissage. Comme on savait qu'il ne se faisait aucune illusion, on lui proposa, dans les derniers jours, d'appeler un prêtre de la paroisse. « Sans doute, répondit-il, mais le moment n'est pas encore tout à fait » venu. » La nuit suivante, le mal ayant fait de nouveaux progrès, il pria l'une de ses filles de lui lire à haute voix les prières des agonisants. Sa fille obéit ; mais tout en faisant cette lecture, croyant avoir à ménager la sensibilité d'un père mourant, elle essaya à plusieurs reprises de passer sous silence quelques-unes des terribles paroles de cette suprême invocation : Guéneau de Mussy s'en aperçut chaque fois, et chaque fois il exigea que ces passages lui fussent lus en entier et à haute voix.

Le matin, il touchait à cette heure fatale où l'âme, entourée pour ainsi dire de ruines, sent, à n'en plus douter, que son enveloppe matérielle va périr, et qu'un nouveau jour va luire pour elle : « Maintenant, » dit Guéneau de Mussy, il est temps : allez chercher l'homme de Dieu ; » je veux le voir et m'entretenir avec lui. » Tout entier à ses principes de résignation et de fermeté, il accomplit ses derniers devoirs sans donner la moindre marque d'émotion ou d'attendrissement, répondant d'une voix ferme aux paroles du prêtre, et conservant cette physionomie sereine et bienveillante qui lui était naturelle.

Quelques minutes après, il expirait en pleine connaissance, sans efforts et sans agonie.

Ainsi mourut M. Guéneau de Mussy le 30 avril 1857, à l'âge de 83 ans. Fidèle aux belles croyances et aux fortes vertus qui sont l'honneur de l'intelligence humaine, il avait vu la fin du dernier siècle et plus de la moitié du nôtre, sans que rien pût altérer ses sentiments ni changer ses convictions. Admirable fermeté de caractère qui s'alliait en lui à tous les charmes de l'esprit ! Il suffisait de le voir pour être frappé de ces belles qualités : la vertu, la droiture et la bonté se peignaient sur sa physionomie calme, douce et gracieuse. Il était d'une taille élevée que l'âge avait à peine fléchie ; ses manières étaient simples, naturelles et néanmoins pleines de distinction.

Il a laissé un fils et un neveu, tous deux médecins, et qui tous deux sont les dignes héritiers de son nom, de ses talents et de ses vertus ; aussi est-ce à peu près le seul patrimoine qu'il ait laissé. M. Guéneau de Mussy n'a jamais été au delà d'une modeste aisance : lui aussi aurait pu se dire qu'au lieu de chercher à élever sa fortune, il s'était efforcé d'élever son cœur.

L'opulente Angleterre mesure la célébrité de ses médecins au chiffre de leurs richesses et de leurs libéralités ; elle cite avec orgueil les millions amassés par ses grands chirurgiens ; elle a fait graver sur la tombe de Fothergill : *Ci gît Fothergill qui dépensa deux cent mille guinées pour le soulagement des malheureux.*

M. Guéneau de Mussy n'a jamais eu ces monceaux d'or à dispenser ; mais il a su prodiguer à ses pauvres malades des trésors bien autrement précieux et de leur nature inépuisables, ceux qu'il savait trouver dans la plus ardente et la plus active charité, soins délicats et tendres, sages conseils, douces consultations qui, loin d'humilier, relèvent les natures les plus contristées.

M. Guéneau de Mussy était certainement un de ces hommes dont parlait Labruyère quand il disait « qu'il est encore sur la terre de ces âmes » nobles et courageuses, secourables et ingénieuses à faire le bien, que » nuls besoins, nulles disproportions, nuls artifices, ne peuvent séparer » de ceux qu'ils se sont une fois choisis pour amis. »

Son exemple prouverait, s'il en était besoin, que, dans notre pays, les biens de la fortune ne sont pas nécessaires à la considération et à l'estime publique, et que, sans avoir usé ses jours et ses nuits pour arriver à mourir comblé de faveurs et de richesses, on peut laisser de soi une mémoire honorée, respectée de tous, telle enfin que l'historien le plus sévère se sent heureux de la raviver et d'en entretenir ses contemporains.

La mort vient de nous ravir M. le professeur Bérard, inspecteur général honoraire des Facultés de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., qui a succombé aux suites de l'hémorrhagie cérébrale dont il fut frappé il y a quelques années. Ses obsèques ont eu lieu hier, mardi, à Charenton-St-Maurice, résidence du défunt.

Le compte-rendu de la séance annuelle de l'Académie nous prive de l'espace nécessaire pour rendre compte de cette triste cérémonie.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 150. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Samedi 18 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès ;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Béhier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs ;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier ;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial ;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbatier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées par les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adressant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, sans M. Jeannel, nous n'eussions absolument rien trouvé dans la séance, qui nous concernât directement ; mais le savant professeur de Bordeaux avait envoyé deux notes qui ont été mentionnées par M. le Secrétaire perpétuel : l'une, sur un nouvel aéromètre ; l'autre, sur le rôle que jouent les corps gras dans l'absorption et l'assimilation. Nous avons dû assister au reste de la séance — et ce reste a été court — en spectateur non intéressé. La lecture du procès-verbal et celle de la correspondance avaient duré jusqu'à quatre heures. M. le Président prévint alors la compagnie qu'il y aurait un comité secret à quatre heures et demie très précises, et il pria les personnes qui avaient à faire des communications d'être très brèves et de ne lire, en cas de mémoire, que les conclusions.

Puis il donna la parole à M. Becquerel pour un rapport. Voici ce que M. Becquerel eut l'honneur d'exposer à ses collègues et au public : il y a deux ans, M. Eugène Lafon envoya deux mémoires relatifs aux applications de l'électricité comme force motrice. Or, ces mémoires ne reposent sur aucune expérience ; leurs conclusions sont, par conséquent, hypothétiques ; ils ne peuvent donc être l'objet d'un rapport. D'ailleurs, a ajouté M. Becquerel, on ne peut s'imaginer le nombre des travaux que je reçois tous les jours, et qui, eux non plus, ne sont basés sur rien. Il serait peut-être bon de faire savoir au public qu'il n'est pas dans les usages de l'Académie de s'occuper des mémoires sans expériences. » Cela, sans doute, est d'une excellente philosophie ; mais faire attendre deux ans M. Eugène Lafon pour ne pas présenter de rapport sur ses travaux, voilà ce que les auteurs ne voudront jamais accepter. Ah ! s'ils pouvaient se mettre à la place des académiciens ! Eh bien ? — Eh bien ! ils comprendraient tout de suite combien de temps un mémoire doit *faire queue* pour venir au contrôle à son rang, et ils suivraient exactement les mêmes errements que leurs illustres collègues. — Mais, cependant, il en est qui se hâtent d'examiner les travaux qui leur sont soumis et qui n'attendent pas deux ans pour faire leurs rapports. Voyez M. Duméril, et notez que M. Becquerel, au bout de deux ans, n'a pas fait de rapports, — mais M. Duméril est un phénomène, c'est convenu ; il n'en faut parler que pour confirmer la règle, puisqu'il est une exception, et ce qu'a fait M. Becquerel est une manière de rapport... négatif.

M. Faye s'avance dans l'hémicycle avec un manuscrit d'assez grande dimension en réponse aux observations présentées par M. Leverrier dans la dernière séance, au sujet de l'hypothèse d'un milieu résistant remplissant les espaces célestes. M. Despretz le prie de vouloir bien se borner aux conclusions. — Mais, Monsieur le Président, s'écrie alors M. Leverrier, si vous ne permettez pas à mon collègue de me répondre, je n'oserai plus élever la moindre objection contre tout ce qui se dira ici. M. le Président nous a lu dernièrement un volumineux mémoire que nous avons écouté avec plaisir et que nous avons trouvé excellent ; mais, enfin, nous l'avons entendu tout entier, qu'il laisse donc M. Faye user de la parole comme bon lui semblera.

M. Faye s'est conformé en partie aux désirs de M. le Président et n'a lu de son mémoire que les arguments principaux. M. Leverrier y a répondu plus sommairement encore. Il résulte de cette discussion qu'au fond, M. Faye admet *quelque chose* de résistant dans les espaces célestes, et c'est tout ce que voulait dire M. Encke, en faisant intervenir l'hypothèse de milieu résistant.

— M. Boussingault dépose sur le bureau une lettre de M. Milleroud, de Clermont-Ferrand, qui s'étonne que le mode d'empoisonnement des flèches indiennes soit encore en question pour les savants. La composition de ce poison lui est parfaitement connue et il affirme qu'il n'y entre absolument que des sucs de plantes.

— M. Dumas présente, au nom de M. Verdeil, une note sur la formation des laques déterminées par le contact de l'albumine avec les différents mordants employés en teinture.

— M. de Sénarmont lit, au nom de M. Léon Foucaud, une note sur un procédé extrêmement simple et ingénieux pour rendre parfaite la configuration des surfaces des miroirs optiques.

— M. Tremblay expose sommairement et sous forme de conclusion le résultat des expériences nouvelles auxquelles il s'est livré à propos de son appareil de sauvetage (le grappin porte-amarres). Il demande que la commission chargée d'examiner son mémoire, présenté à l'Académie en 1854, veuille bien faire son rapport. La Société générale des naufrages attend la sanction des membres de l'Institut et la vie d'un grand nombre de marins est intéressée à la solution de cette question.

M. Duperrey, membre de la commission en retard, fait observer à M. Tremblay qu'il a publié son travail, ou, du moins, ses expériences dans un grand nombre de journaux (l'*Ami des sciences*, l'*Illustration*, etc.), et qu'il est contraire aux usages de l'Académie de faire des rapports sur des mémoires imprimés.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

Pendant que le public congédié s'écoule par les salles des Pas-Perdus, nous entendons quelques sceptiques se demander si la commission n'a pas fait son rapport parce que M. Tremblay a imprimé ses expériences, ou si M. Tremblay a imprimé ses expériences parce que la commission ne faisait pas son rapport. Le problème est-il soluble ?

Dr Maximin LEGRAND.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

Sur quelques maladies de l'anus.

Le hasard a réuni dans le service deux malades portant des affections de l'anus qui, bien qu'essentiellement différentes, ont été toutes deux qualifiées de fissures. L'un de ces deux malades est un homme âgé de 34 ans, et qui était atteint d'une fistule borgne interne ; l'autre est une femme à peu près de même âge et qui avait une véritable fissure à l'anus ; l'étude comparative de ces deux affections est d'un grand intérêt pratique, c'est donc de cette question que je vais vous entretenir aujourd'hui.

Fissure à l'anus. — La malade couchée au n° 5 de la salle Saint-Paul, est âgée de 30 ans, elle a une constitution sèche, bilioso-nerveuse ; elle est bien réglée ; elle éprouvait quelques douleurs à l'urètre et avait un peu de leucorrhée, mais sans la moindre complication de syphilis. Elle a une profession sédentaire ; j'insiste sur ce point, parce que la position assise a pour résultat de congestionner le petit bassin, d'amener de la constipation et des hémorrhoïdes ; et cette congestion habituelle du petit bassin, et, par suite de l'anus, peut être la source d'une foule de maladies de cette région.

Cette femme était donc constipée ; elle allait assez régulièrement à la selle, mais les matières fécales étaient très dures, et la malade ne les rendait qu'avec beaucoup de peine et de douleurs ; il est très probable que cette constipation a été la source première de la double maladie qui est survenue plus tard : ainsi elle eut des hémorrhoïdes qui sont maintenant flétries et réduites à l'état de petites marisques ; puis elle éprouva des douleurs vives à l'anus chaque fois qu'elle allait à la selle et qui revenaient encore à divers intervalles dans la journée. Elle ne s'occupa pas d'abord de ces douleurs, qu'elle attribuait à la présence des hémorrhoïdes ; mais bientôt elles devinrent tellement violentes, persistant pendant des heures entières après les garde-robes, quelquefois même durant toute la journée, que la malade se décida enfin à venir à l'hôpital. M. Verneuil, qui me remplaçait alors, reconnut parfaitement la nature de la maladie ; et, en effet, quand vous verrez un malade venir à vous, se plaignant de constipation, ayant des selles douloureuses et accompagnées d'un peu de sang, et accusant des douleurs vives à l'anus persistant pendant un temps variable après chaque garde-robe, à ces caractères vous reconnaîtrez facilement l'affection que Boyer a si bien décrite, et à laquelle il a donné le nom de fissure à l'anus. Pour la description de cette maladie, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à ce chapitre de Boyer qui est un véritable chef-d'œuvre, sauf cependant un point sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

A mon tour, reprenant le service, j'examinai attentivement la malade, et je constatai à l'orifice de l'anus plusieurs petits plis représentant des hémorrhoïdes flétries, et sur l'un de ces plis situés en arrière, il y avait un sillon, comme une écorchure profonde remontant aussi haut que la vue pouvait porter. Ce sont bien là, comme vous le voyez, les caractères de ces ulcérations, tels que Boyer les a décrits.

Après avoir constaté l'existence de cette fissure à la marge de l'anus, j'introduisis mon doigt et je sentis sur le trajet de cette ulcération une certaine dureté comme calleuse ; de plus, le contact de mon doigt était douloureux pour la malade. Puis, en arrivant sur le sphincter, à environ 2 centimètres de l'orifice anal, j'éprouvai une résistance insolite à franchir cet anneau musculaire, tenant à la rigidité dont il était le siége ; la malade ressentit encore de la douleur.

Il y a donc, comme vous le voyez, deux éléments bien distincts dans cette affection, et le mot de fissure à l'anus n'en donne qu'une idée bien incomplète. Ce sont : 1° une ulcération allongée siégeant sur une portion de la peau de l'orifice anal, remontant plus ou moins haut, probablement jusqu'au niveau du sphincter ; 2° une constriction permanente, spasmodique du sphincter. Bien que la dénomination de fissure à l'anus n'exprime pas cet état de resserrement du sphincter anal, elle en implique cependant l'idée, et ce nom ne doit être donné qu'aux affections qui présentent ces deux éléments combinés.

Nous avons donc deux éléments bien distincts. Mais existe-t-il entre eux une relation, se développent-ils ensemble, leur existence est elle connue ? Toutes ces questions sont importantes au point de vue pratique.

Pour qu'il y ait une fissure à l'anus, il faut qu'il y ait ulcération de la peau et constriction du sphincter, tandis qu'il vous arrivera souvent de voir des femmes à qui un peu de leucorrhée donne, sous l'influence du séjour prolongé au lit, non pas des fissures à l'anus, mais de simples gerçures produites par le contact du muco-pus sur la peau de l'anus. Ces gerçures causent quelques douleurs, de la démangeaison, des cuissons, mais les garde-robes ne sont pas douloureuses ; il n'y a pas de constriction du sphincter ; enfin elles guérissent par les soins de propreté et quelques lotions astringentes. Enfin ce ne sont pas des fissures.

Je reviens maintenant au chapitre de Boyer ; l'illustre chirurgien dit que, dans la fissure à l'anus, la maladie essentielle est la constriction du sphincter ; il dit même avoir vu des individus qui avaient une contraction spasmodique du sphincter sans

fissure ; la dénomination de fissure à l'anus qu'il donne à cette maladie serait donc évidemment vicieuse dans ce cas. Quoi qu'il en soit, l'idée qu'il se faisait du rôle essentiel de la constriction du sphincter dans cette affection avait conduit Boyer à pratiquer, dans ce cas, l'incision complète du sphincter.

Le raisonnement et l'expérience donnent tort à Boyer : il dit avoir vu des cas de constriction sans fissure, mais il n'en donne pas une seule observation. A la suite de son chapitre, il rapporte dix cas d'opération par incision du sphincter ; parmi ces faits, il y en a trois ou quatre intitulés : « Constriction sans fissure. » Mais la description qu'il donne ne répond pas à ce titre ; de plus son procédé d'examen des malades était vicieux ; ainsi, il dit qu'en écartant les plis de l'anus chez un de ces sujets, il ne trouve pas de fissure ; puis il introduit son doigt et trouve une dureté douloureuse au toucher ; n'est-ce pas là une fissure, avec cette particularité qu'elle ne descendait pas jusqu'à la peau. Dans une autre observation, Boyer dit que le malade souffrait dans un point limité de l'anus après chaque garde-robe, c'est encore une fissure. Si Boyer avait dit : J'ai introduit un spéculum et j'ai examiné toute la circonférence de l'anus, il n'y avait pas de fissure ; alors il n'y aurait pas à réfuter ses observations ; mais il n'en est pas ainsi.

Je ne prétends pas dire qu'il est impossible de trouver des cas de constriction du sphincter sans fissure, mais je n'en ai pas vu.

Si maintenant nous examinons le développement de la maladie, nous reconnaîtrons facilement la relation intime qui existe entre les deux éléments qui la composent. Par le fait de la constipation, les matières fécales, très dures, ne peuvent sortir qu'en éraillant les tissus qui constituent l'orifice anal ; quelquefois c'est un corps étranger, tel qu'un pépin de raisin, qui peut blesser l'anus en passant ; il y a là une écorchure qui est d'abord un peu douloureuse, puis le devient davantage : or qu'arrive-t-il à tous les canaux formés d'une muqueuse que double une couche musculaire ? Sous l'influence d'une irritation de la muqueuse, la couche musculaire sous-jacente devient le siége d'une contraction spasmodique ; cela se voit fréquemment dans les cas de brûlure ou d'écorchure de l'œsophage, et surtout dans les inflammations subaiguës de l'urètre, où une irritation de la portion membraneuse peut devenir la cause d'un rétrécissement que, avec raison, on nomme rétrécissement spasmodique.

On comprend très bien, par analogie, que sous l'influence d'une plaie, d'une fissure de la marge de l'anus, le sphincter se contracte spasmodiquement ; l'élément primordial est donc la fissure, tandis que la constriction n'est que l'élément secondaire : mais à son tour celle-ci devient une cause qui perpétue la maladie, car la sortie des matières devenant d'autant plus difficile à mesure que la constriction du sphincter est plus considérable, la fissure est de plus en plus éraillée, et les douleurs augmentées ; de telle sorte qu'il faut quelquefois s'adresser directement à l'élément contraction du sphincter.

Après ces considérations sur le développement de la fissure à l'anus, vous comprendrez beaucoup mieux les indications du traitement.

Et d'abord vous ne commencerez pas par fendre le sphincter ; c'est une affaire toujours sérieuse, car, outre qu'il faut un mois de pansement pour guérir cette plaie, cette opération expose à de la phlébite et à des érysipèles. Je me rappelle même avoir vu dans le service de Sanson une malade succomber à ces accidents à la suite d'une opération de fissure.

Vous conseillerez donc des topiques. M. Bretonneau a préconisé, il y a une vingtaine d'années, les lavements de ratanhia pour faire cicatriser la petite plaie. J'ai réussi une seule fois à guérir par ce moyen une fissure récente et compliquée d'hémorrhoïdes, mais, le plus souvent, il échoue ; quant à la constriction, le ratanhia n'exerce aucune espèce d'influence directe sur elle.

Comme topique, Boyer a conseillé une pommade de joubarbe, mais il avoue lui-même qu'il n'a jamais réussi.

On a conseillé également, mais dans une autre idée thérapeutique, les lavements d'extrait de belladone, pour faire cesser la constriction du sphincter ; mais si la belladone procure quelquefois un peu de narcotisme, elle ne fait rien de plus, et, pour ma part, je ne l'ai jamais vue réussir.

Les mèches médicamenteuses ; mais souvent elles sont très mal supportées ; souvenez-vous donc que c'est un corps étranger qui reste là en permanence, détermine une sensation des plus désagréables et sollicite constamment les contractions du sphincter ; cependant, lorsqu'elles sont bien supportées, on peut les enduire de belladone comme calmant, ou de faibles portions de nitrate d'argent, qui agit alors comme astringent.

Un praticien de Paris, M. le docteur Campagnac, a proposé des applications d'onguent de la mère ; M. Larrey, qui a eu fréquemment l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement au Val-de-Grâce, dit en avoir obtenu de bons résultats, probablement dans les cas récents.

On a conseillé aussi de cautériser la fissure avec du nitrate d'argent en nature ; on a quelquefois réussi ; j'ai moi-même obtenu de ce procédé un très bon effet dans un cas de fissure extrêmement douloureuse ; voici le fait : c'était un médecin qui redoutait horriblement l'opération ; enfin, il se laissa cautériser ; j'appliquai le nitrate d'argent une seule fois, mais un peu fort : la douleur fut assez vive, il y eut une inflammation considérable et une petite escarre se forma sur le trajet de la fissure ; l'escarre se détacha et fut remplacée par une plaie simple qui se cicatrisa parfaitement.

Notez que jusqu'ici nous ne nous sommes pas occupés de l'élément constriction, on s'est adressé seulement à l'ulcération, et toutes les fois que l'on a réussi à la guérir, la constriction n'a pas tardé à disparaître d'elle-même ; ce qui prouve, d'une façon plus évidente encore, la relation intime qui existe entre ces deux éléments.

Passons maintenant aux opérations applicables à la fissure à l'anus.

Beaucoup de malades ont des hémorrhoïdes en même temps qu'une fissure, et si l'on examine attentivement l'état des parties, on voit que la fissure siége précisément sur l'une de ces hémorrhoïdes. On pouvait donc se demander si l'on ne guérirait pas les malades de leur fissure en excisant l'hémorrhoïde. J'ai essayé plusieurs fois ce procédé et j'ai réussi. Ce procédé se rapproche beaucoup de celui qu'emploie M. Jobert (de Lamballe) : les plis de l'anus étant bien écartés, on cerne la fissure par deux incisions parallèles et on l'excise ; cette opération a réussi quelquefois entre les mains de M. Jobert ; je l'ai employée moi-même deux fois avec succès ; mais il faut avouer qu'elle est excessivement difficile à pratiquer et de plus très douloureuse.

Vous voyez l'ordre d'idées qui a présidé à l'institution de ces différentes méthodes curatives ; mais, il faut bien le dire, tous ces moyens sont incertains, et ils demeurent quelquefois impuissants à combattre la constriction qu'il faut alors attaquer directement.

Je vous ai dit que les topiques n'avaient aucune action sur la fissure et ne pouvaient que très rarement la faire cicatriser ; ils échouent de même contre la constriction ; le plus usité de tous est l'extrait de belladone en lavements, il est complètement inutile et ne dilate aucun anneau musculaire, si ce n'est l'iris, et encore connaît-on dans ce cas sa manière d'agir ?

Il faut donc avoir recours à une opération.

L'opération-mère est celle que pratiquait Boyer qui, regardant cette constriction comme l'élément essentiel de la maladie, faisait dans l'épaisseur du sphincter une large incision dans laquelle il tâchait de comprendre la fissure ; mais, à la rigueur, on pouvait inciser le sphincter sur un point quelconque de sa circonférence ; vous savez ce que je vous ai dit de cette méthode, l'incision du sphincter peut être le point de départ de phlébite ou d'accidents graves, aussi faut-il la rejeter.

A l'époque où Boyer publia son mémoire *sur la fissure à l'anus*, Dupuytren et plusieurs autres chirurgiens pensèrent que l'on pouvait se dispenser d'inciser complétement le sphincter. Ainsi Dupuytren introduisait son doigt dans l'anus, puis divisait la fissure et coupait seulement quelques fibres du sphincter anal. J'ai moi-même pratiqué cette opération un grand nombre de fois, et je crois qu'elle agit, non pas directement contre la constriction de cet anneau musculaire, mais bien, comme l'opération de M. Jobert, en convertissant la fissure en plaie simple.

Comme vous le voyez, ces procédés s'éloignent de l'incision profonde que pratiquait Boyer ; elle doit être complétement abandonnée, d'autant plus que nous avons aujourd'hui d'autres moyens de guérison, et ce n'est même que, dans les cas de fissure ancienne et calleuse que je me risquerais à employer le procédé de Dupuytren, c'est-à-dire l'incision de la fissure jointe à la section superficielle du sphincter.

Il y a une douzaine d'années, alors qu'on s'occupait beaucoup des opérations sous-cutanées, Blandin imagina de faire la section sous-cutanée du sphincter ; je n'ai pas à vous décrire ici le manuel opératoire de ce procédé, il me suffira de vous dire que c'est une opération difficile à pratiquer et très douloureuse pour le malade.

Depuis la sphinctérotomie, est apparue une autre opération, la seule à laquelle on doive recourir maintenant dans la majorité des cas. Récamier avait remarqué que lorsqu'un muscle est contracté spasmodiquement, on peut vaincre cette contracture en tirant violemment sur ce muscle, sans toutefois aller jusqu'à le rompre. Il publia donc un mémoire sur l'emploi de ce moyen dans le traitement des contractures musculaires, torticolis, etc., et, dans ce mémoire, il consacre un paragraphe à la fissure anale. Voici comment il conseille de procéder : on introduit l'index de la main droite dans l'anus, puis l'index de la main gauche, et, écartant violemment ces deux doigts l'un de l'autre dans plusieurs sens, on allonge ainsi le sphincter de telle façon que, dès lors, la contracture dont il était le siége disparaît. Cette opération, beaucoup moins longue à pratiquer qu'à décrire, est cependant assez douloureuse, mais cet inconvénient disparaît complétement aujourd'hui que l'on peut se servir du chloroforme. Quelques chirurgiens pensent que, pour obtenir un bon résultat de cette dilatation forcée, il faut aller jusqu'à déchirer les fibres du sphincter ; une telle opinion est erronée, car l'opération se rapprocherait alors beaucoup de la sphinctérotomie dont nous avons démontré les inconvénients.

J'ai déjà employé la dilatation forcée un grand nombre de fois, je ne l'ai pas encore vue échouer. Voici ce qui arrive après l'opération : non seulement le sphincter est allongé et sa constriction vaincue, mais encore la fissure qui siége sur un tissu beaucoup moins extensible est probablement aussi déchirée et transformée en plaie simple.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu survenir d'accidents par l'emploi de ce procédé.

C'est par la dilatation forcée que j'ai opéré il y a quelques années une malade de Clamecy ; cette pauvre femme souffrait depuis six ans de sa fissure ; elle n'allait à la selle que tous les huit ou dix jours, reculant toujours le plus possible à cause des douleurs atroces qu'elle éprouvait quelquefois pendant douze heures de suite après chaque garde-robe ; l'idée seule d'aller à la selle était devenue tellement pénible pour elle, qu'elle ne mangeait que tout juste pour ne pas mourir de faim ; aussi était-elle tombée à un état de maigreur extrême.

C'est par la même méthode que j'ai opéré la malade dont il est question : j'ai excisé d'abord les hémorrhoïdes, puis j'ai dilaté le sphincter ; la malade eut dès le premier jour une garde-robe un peu douloureuse encore, mais elle dit bien que ce n'était plus la douleur atroce qu'elle éprouvait avant l'opération, c'était simplement la cuisson causée par le passage des matières fécales sur la petite plaie résultant de l'excision des hémorrhoïdes. Aucun accident n'est survenu et la malade a quitté l'hôpital le 8 novembre, dans un état de guérison parfaite.

Je terminerai en vous disant qu'il n'y a pas de récidive par cette opération, que les suites en sont fort simples, qu'elle n'exige aucun pansement et n'expose à aucun danger. — D.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE.

DES APPAREILS ÉLECTRIQUES DES POISSONS ÉLECTRIQUES ;

Par M. Jobert (de Lamballe),

Membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Depuis longtemps déjà la science avait pressenti et en quelque sorte deviné en l'imitant, l'organe électrique dont la nature a doté certains poissons ; elle a en effet reproduit dans la plupart des batteries électriques, les principes sur lesquels reposent la disposition et la structure intime de cet organe, auxquelles il doit la faculté de déterminer des effets d'une puissance vraiment extraordinaire, surtout chez le gymnote, le plus puissant de tous les poissons. C'est cette organisation mystérieuse, sujet pendant plusieurs siècles d'un étonnement naïf, qui valut aux poissons qui en étaient doués, le nom de *magicien* et de *trembleur*, et aujourd'hui encore très diversement appréciée par les anatomistes qui en ont exploré les éléments si délicats et si multipliés ; c'est, dis-je, cette organisation spéciale que M. Jobert (de Lamballe) vient d'étudier de nouveau avec le plus grand soin, et dont il a reproduit tous les détails dans une série de planches non moins remarquables par la précision anatomique que par la beauté du dessein.

Un homme de génie auquel la science moderne doit l'une de ses plus importantes découvertes, l'immortel Galvani, s'appuyant sur des expériences dans lesquelles il provoquait à son gré des contractions musculaires et des mouvements involontaires, réveillant pour ainsi dire et animant d'une vie nouvelle le système nerveux frappé de stupeur, disait en 1782 que les nerfs étaient les conducteurs d'un fluide électrique fourni par les muscles, et que chaque muscle était une bouteille de Leyde chargée d'électricité positive. Certes, à l'époque où elle était ainsi nettement formulée, cette proposition pouvait paraître hasardée et contestable ; déduite d'expériences d'un ordre purement physique et artificiel, il lui manquait, pour être généralement acceptée, une démonstration fondée sur la découverte au sein d'un organisme vivant, d'un appareil électrique, et sur la constatation d'effets électro-physiologiques naturellement développés par le jeu spontané du dynamisme vital. Or, cette démonstration, ébauchée dans les premiers travaux sur l'organe particulier à la torpille, ne se manifesta réellement dans toute son évidence que lorsque John Hunter fit connaître au monde savant les résultats de ses recherches dans un mémoire dont il enrichit, en 1773, les transactions philosophiques, et qui a servi de base à la plupart de celles qui ont suivi jusqu'à nos jours.

Tous ces travaux exposés et mis en relief dans le livre de M. Jobert, y sont l'objet d'une appréciation historique où il rend justice à ses devanciers, et fait à chacun la part légitime qui lui est due dans la détermination des faits anatomiques qui font le sujet de ses propres recherches. Or, il étudie successivement l'organe électrique de la raie, du malaptérure, de la torpille et du gymnote.

Raie. — Simple renflement d'apparence ganglionnaire de volume variable, situé près de la tête ; l'appareil électrique, dans la raie, est pour ainsi dire en ébauche, comme pour marquer le point de départ d'où procède la nature pour s'élever jusqu'à son chef-d'œuvre d'organisation en ce genre, dans le gymnote et la torpille. Toutefois, bien qu'il soit à l'état rudimentaire et par conséquent très imparfait, cet organe, chez la raie, comme chez tous les autres poissons électriques, reçoit un grand nombre de filets nerveux d'une branche considérable qui provient de la cinquième paire, et il doit sans doute à cette particularité anatomique sa propriété électrique, sur laquelle insistait déjà, il y a plus de vingt-cinq ans, M. le professeur Duméril, dans son cours au Muséum. Frappé du défaut de rapport entre le volume de certains poissons trouvés dans l'estomac de ce *plagiostome* (sélacien) et la petitesse de sa bouche, il en concluait qu'après avoir foudroyé sa proie, il devait la rouler sur elle-même en forme d'oublie, ce qui lui permettait de l'avaler lentement et à son aise.

Malaptérure et gymnote. — Mais c'est dans la malaptérure, dont la description anatomique n'avait pas été faite avant le travail de M. Jobert, que l'on voit se dessiner d'une façon nette et régulière, les fortes aponévroses et les cloisons longitudinales qui, étendues de la tête à la queue de l'animal, interposées à la peau et aux organes électriques, forment, par l'écartement de leurs lames, les vastes loges où sont enchâssés ces organes, au nombre de deux pour le malaptérure et de quatre pour le gymnote.

Nous ne pouvons indiquer que très sommairement la disposition cloisonnée de ces appareils, la multiplicité des lames membraneuses qui les composent et l'agencement de celles-ci, imbriquées l'une dans l'autre ; les unes affectant une direction parallèle à l'axe du corps, et les autres perpendiculaires aux premières, auxquelles elles adhèrent sous forme de fibres tendues et vibratiles ; un coup d'œil jeté sur l'atlas qui est annexé au texte fera bien mieux comprendre du lecteur tous ces détails de structure intime que ne le ferait l'exposé que nous en pourrions donner. Obligé, d'ailleurs, à nous restreindre, nous nous bornerons à suivre l'auteur dans ses curieuses recherches sur l'appareil électrique de la torpille.

Torpille. — Cet appareil est constitué par deux organes similaires occupant la partie antérieure de l'animal ; très rapprochés de la tête, par conséquent, et parallèles à la colonne vertébrale, ils sont en rapport direct

avec les grands centres nerveux, qui doivent être considérés comme le foyer qui leur communique, au moyen de nerfs volumineux et multiples, la puissance électro-physiologique dont ils sont doués. Chaque organe, si l'on pénètre plus avant dans sa composition, est recouvert par la peau de l'animal, doublée elle-même d'une membrane ou tissu albuginé disposé en nappe et en contact immédiat avec les éléments qui, par leur agrégation, constituent l'organe auquel il sert d'enveloppe, lui fournissant comme une sorte d'étui qui détermine sa forme en même temps qu'il assure sa position en le fixant dans le lieu qu'il occupe.

C'est à l'intérieur de cette membrane qui, avec la peau imprégnée d'un liquide visqueux, abondant, très bon conducteur de l'électricité, en forme pour ainsi dire l'armature extérieure, qu'il faut chercher, et que se trouve la substance même de l'appareil électrique; c'est, dit l'auteur, une masse blanchâtre, ellipsoïde, molle, presque pulpeuse, dont l'aspect reproduit une série d'aréoles polygonales dont l'empreinte s'aperçoit à la face interne de la membrane de recouvrement, où elle reste fixée au moment où on l'enlève. Elle est formée par une infinité de cellules ou granulations superposées les unes aux autres dans une sorte d'emboîtement réciproque, de manière à figurer une succession de colonnes prismatiques pressées entre elles, et mesurant chez la torpille l'espace compris entre le ventre et le dos de l'animal. Le nombre de ces colonnes est considérable; John Hunter en a compté jusqu'à cinq cents; ce qui explique les effets prononcés du dynamisme électro-physiologique de ces poissons, l'organe spécialement affecté à sa manifestation se trouvant ainsi en rapport de développement avec le degré d'intensité qu'il peut acquérir, surtout dans les circonstances particulières où l'animal, en présence d'un danger qui le menace, est dans la nécessité de mettre en jeu toutes les forces défensives dont la nature l'a doté.

Quant à la structure intime de ces colonnes et à celle des granulations qui les produisent, qu'elles soient pleines et solides, comme l'indique M. Jobert, ou que, contrairement à son opinion, elles soient creuses et remplies d'un liquide particulier qui, interposé aux parois membraneuses des cellules, leur donne l'apparence d'autant de couples voltaïques juxta-posés; c'est là un détail d'un intérêt secondaire dans la détermination du fait électrique en lui-même et de la source à laquelle il convient de l'attribuer. Il n'en demeure pas moins prouvé, en effet, que ces colonnes offrent les unes, par rapport aux autres, un arrangement symétrique et parallèle, tout à fait semblable à celui des éléments d'une pile entre eux, qu'elles présentent un degré d'humidité considérable, quelle que soit d'ailleurs l'origine du liquide qui, pour les partisans de la théorie cellulaire, serait sécrété à l'intérieur des granulations, et que M. Jobert attribue au contraire à un phénomène d'exosmose et d'endosmose générale. Si bien que, quelque opinion qu'on adopte, on n'en sera pas moins fondé à reconnaître, avec M. Valenciennes, *que chez aucun autre poisson, on ne voit des aponévroses aussi étendues, ni une aussi grande accumulation d'albumine et de gélatine dans un organe cellulaire quel qu'il soit.* Or, une disposition si exceptionnelle doit avoir un but que les observateurs n'ont pu méconnaître : étendue des surfaces aponévrotiques, multiplicité des contacts entre les éléments membraneux, surabondance d'un liquide conducteur de l'électricité, ce sont là les conditions fondamentales pour la constitution et le jeu de tout appareil électrique, soit qu'on le considère comme générateur, ou simplement comme condensateur ou multiplicateur de l'électricité.

C'est ce dernier rôle que les recherches de l'auteur tendent à assigner à l'organe électrique de la torpille. Contrairement aux indications de M. Paul Savi, acceptées et données par M. Mateucci pour fondement à sa théorie voltaïque sur le mode de production et de propagation du fluide électrique, M. Jobert n'admet pas que la vésicule remplie d'un liquide alcalin, et à la surface de laquelle ramperaient un vaisseau sanguin et une division nerveuse, soit la base élémentaire de l'organe en question; l'observation n'a pu lui démontrer l'existence de rien d'analogue. Nulle part il n'a trouvé les nombreux vaisseaux sanguins décrits par M. Savi; aussi il n'hésite pas à affirmer que *la quantité d'électricité produite n'est pas proportionnelle avec l'activité de la circulation.*

C'est au système nerveux qu'il faut, suivant lui, demander le secret de cette mystérieuse et énergique faculté dévolue à certains poissons. Les nerfs propres à l'organe qui préside à cette faculté sont remarquables par leur nombre et leur volume. Presque tous les anatomistes leur ont donné pour origine un lobe cérébral distinct, dépendance du cervelet, suivant M. de Blainville, *lobe respiratoire* de M. Flourens, enfin, simple renflement de la moelle allongée, d'après MM. Carus, Matteucci et P. Savi. Corrigeant dans ce qu'elle a d'incomplet cette indication de ses devanciers, M. Jobert fait naître de la partie inférieure et latérale du cerveau, au-dessous du quatrième lobe cérébral, d'un sillon de substance blanche adjacente à la moelle, les deux troncs nerveux qui, bientôt divisés chacun en trois branches distinctes, vont se distribuer aux diverses parties de l'appareil. Une seule de ces branches provenant du tronc antérieur ne pénètre pas à l'intérieur de l'appareil électrique; elle le contourne en suivant la direction de l'arc cartilagineux qui protège sa circonférence externe. Dans sa route, elle envoie plusieurs filets aux organes voisins, mais les plus importants sont ceux qui retournent vers l'intérieur de l'appareil et vont s'anastomoser avec les filets ultimes des dernières divisions des branches qui lui sont propres. Quant à celles-ci, la disposition qu'elles affectent serait, d'après M. Jobert, bien différente de celle qu'ont indiquée tous les auteurs qui veulent qu'elles s'épuisent et se perdent complétement dans l'organe. « Il est » facile, dit cet habile et savant anatomiste, de suivre ces branches » nerveuses dans l'intérieur de l'appareil. . . . . . On peut apercevoir » une disposition déjà grossièrement mais exactement entrevue par » Hunter, c'est-à-dire la distribution des filets autour des colonnes » et de chacun des éléments qui les composent. »

En suivant chacun de ces filets dans ses subdivisions les plus déliées, on voit sur les beaux dessins que l'auteur en a donnés, qu'ils forment entre eux une série infinie d'anastomoses, sous forme d'anses, dans l'aire desquelles sont groupées et inscrites les granulations ou éléments primordiaux de l'appareil. La réunion de toutes ces anses nerveuses constitue ainsi un véritable réseau à mailles innombrables qui, pour nous servir du langage de l'auteur, est en quelque sorte le squelette profond et intime de tout l'appareil : Ajoutons avec lui que « c'est aux extré» mités périphériques de l'organe que les filets, appartenant en propre » à l'appareil, viennent s'anastomoser avec les filets provenant de la » branche circulaire externe, anastomose qui s'opère là comme dans » l'intérieur de l'appareil, par une anse circulaire complète. »

Le nombre de ces anostomoses est considérable, et si le calcul de Hunter, qui a compté jusqu'à cinq cents colonnes prismatiques dans la torpille adulte est exact, comme on peut admettre, terme moyen, dix granulations par colonne et que chaque granulation répond à une anse anastomotique, il en résulterait un total de cinq mille anastomoses pour l'ensemble de l'appareil.

Cette disposition anatomique, ignorée jusqu'à présent, et dont la découverte a exigé les plus minutieuses recherches de la part de l'auteur, prouve que les nerfs de l'appareil électrique n'ont point une origine spéciale et distincte du système nerveux général; que le système nerveux particulier à l'appareil *forme un cercle dont les anses périphériques se chargent de ramener au tronc primitif le courant qui les a parcourues et qui retournerait ainsi à son origine;* qu'enfin, *la quantité d'électricité produite est en rapport avec le volume énorme des nerfs qui se distribuent à l'appareil.*

Tout en acceptant volontiers ces conclusions de l'auteur comme l'induction rigoureuse du fait anatomique qu'il a mis en lumière, qu'il me permette cependant de faire remarquer qu'en raison de la division à l'infini des branches nerveuses autour des colonnes prismatiques et du grand nombre d'anses qu'elles forment par leurs extrémités les plus déliées, la dernière de ces conclusions est peut-être incomplète; et qu'en outre du volume des troncs nerveux, il y aurait lieu aussi, pour expliquer l'intensité de la puissance électrique, de tenir compte de la multiplicité même de ces divisions et subdivisions; celle-ci, en effet, en multipliant les points de contact entre les nerfs et les éléments granuleux de l'organe, ne pourrait-elle pas, par un phénomène plus ou moins analogue peut-être à celui qui s'observe dans tout appareil à induction, modifier, en le renforçant le courant électrique, qui acquerrait ainsi une plus grande intensité? Et cette disposition anatomique spéciale ne constituerait-elle pas, en définitive, une source d'électro-magnétisme animal?

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse; dans un sujet de cette nature encore voilé par tant d'obscurités et qui laissent le champ ouvert à la discussion; un fait ressort en toute évidence, c'est le dynamisme électro-physiologique de certains poissons : véritables *piles vivantes*, comme les appelle M. le professeur Gavarret, dans un article remarquable qu'il a récemment publié dans le journal le *Progrès*, si sous le rapport de leur composition et de leur virtualité elles offrent entre elles et nos batteries électriques artificielles des différences incomprises et inexpliquées; le secret de celles-ci réside, suivant nous, tout entier dans cet énigme impénétrable, — *la vie*, — dont la science humaine sera longtemps encore à trouver le mot.

Aussi n'en doit-on que plus applaudir aux efforts de ces hardis travailleurs qui semblent s'être donné mission d'éclairer ces questions si obscures, si ardues, *des origines et des causes*, et qui, dans ce but élevé, cultivent avec une louable persévérance la science qui cherche les solutions et l'art qui en fait profiter l'humanité.

Am. FORGET.

MORPHOLOGIE.

SUR LES GRANULATIONS GRAISSEUSES, COMME ÉLÉMENT MORPHOLOGIQUE NORMAL DES CAPSULES SURRÉNALES; ET SUR L'ORIGINE DE LA COLORATION ROSE DE CES ORGANES, TRAITÉS PAR QUELQUES RÉACTIFS.

Addition du professeur A. TIGRI, en réponse au docteur VULPIAN.

Ceux qui ont lu le numéro 2 (février 1858) du journal médical, qui se publie à Florence sous le nom de *Experimental*, et, plus tard, le numéro 33 (août 1858) de la *Gazette hebdomadaire de Paris*, n'ont pas besoin de cette très courte réplique à l'article de M. Vulpian, ni d'autres éclaircissements pour s'apercevoir des erreurs contenues dans le jugement porté par l'écrivain français. Celui-ci, basant sa polémique sur les conclusions finales de mon mémoire, reproduites dans la *Gazette médicale lombarde*, dans lesquelles n'étaient énoncés ni les motifs, ni les preuves de mes assertions, se précipite de supposition en supposition et arrive à des conséquences qu'il aurait pu aisément éviter. J'écris donc pour ceux-là particulièrement qui ont lu seulement le journal parisien; et j'écris aussi pour moi assez jaloux de la vérité et peu disposé à conspirer contre elle par mon silence.

M. Vulpian me dit d'une manière courtoise que je ne dois pas prétendre à la nouveauté en notant dans la structure des reins succenturiés les granulations et les gouttelettes graisseuses, et il cite Kölliker. De grâce, le soupçon est vraiment gratuit, puisque, dans mon travail, je me prévaux de l'autorité de Kölliker dans le but surtout d'ajouter de la valeur à mes observations, et j'indique l'ouvrage et les paragraphes auxquels j'ai emprunté l'opinion d'autrui.

Il me fait entendre en outre que l'apparition de la couleur rose, ce signe caractéristique de l'état physiologique des capsules, je l'ai nié parce que je n'étais pas doué d'une qualité suffisante pour répéter l'expérience; tandis que, dans mon travail, j'ai dit combien d'expériences sont nécessaires pour épuiser le sujet, et ma conviction sur la production de la couleur rose est exprimée enfin dans sa conclusion huitième.

Entre nous, la divergence n'est pas dans la réalité de cette coloration, mais uniquement dans son origine : il en interprète la formation d'une manière et moi d'une autre; quant à l'obtenir, nous sommes parfaitement d'accord. Il me dit enfin que je ne suis pas fondé à soutenir que l'activité fonctionnelle des capsules appartient à la vie fœtale. Cela est, pourtant. Toutefois, j'espère que, étant d'accord sur l'inconstance du poids et du volume, nous serons ensuite d'accord également sur l'inconstance de la forme et de la nature des éléments anatomiques, dont l'altération est nécessairement liée à l'atrophie et à la transformation graisseuse de ces organes. Lorsque M. Vulpian aura lu mon écrit en entier, il lui sera plus facile de le corriger, ou au moins de le combattre un peu plus à propos. Après cela, s'il voulait me faire l'honneur d'une seconde critique, je me louerais de l'avoir provoquée; car personne ne doute de l'opportunité de la discussion pour obtenir la vérité; et, quant à moi, dans la question qui nous occupe, en insistant le premier sur les observations de M. Vulpian, j'ai fait voir combien j'avais à cœur de la conquérir. Au surplus, la convenance de s'opposer aux idées de M. Vulpian m'est suffisamment confirmée par les objections faites à ces mêmes idées par M. Gubler, le 14 avril de cette année, dans le sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris. M. Gubler remarque très justement que, en admettant comme *morbide, la très normale* présence de la matière grasse dans les capsules surrénales, on risque de commettre beaucoup d'erreurs. Il ne s'agit donc pas seulement d'éclaircir un fait et de le constater avec exactitude; mais il s'agit encore d'éviter les conceptions erronées dérivant de l'ignorance de ce fait.

Sienne, le 22 octobre 1858.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 6 décembre 1858. — Présidence de M. MÉLIER.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur HUMBERT demande le titre de membre *titulaire*.

M. le docteur MASCAREL, de Chatellerault, demande le titre de membre *correspondant* et adresse un mémoire intitulé : *Les maladies de l'appareil respiratoire devant les eaux du Mont-Dore.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Gerdy, Hérard et De Laurès.)

M. le docteur don JOSÉ HERRERA Y RUIZ, de Madrid, demande le titre de membre *correspondant.*

MM. BERTHERAND et GRASSET, nommés membres correspondants dans la précédente session, adressent leurs remercîments à la Société.

M. le docteur TAMPIER, de Valence, adresse un *Notice sur les eaux de Condillac.* (Renvoyée à une commission composée de MM. Desnos, Robiquet et Hédouin.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Des eaux thermales sulfureuses de Cauterets, souvenirs cliniques de thérapeutique hydro-minérale; Bordeaux, 1858, par le docteur DROUHET.

Compte-rendu des eaux thermales sulfureuses d'Aix-en-Savoie, pendant la saison de 1857; Chambéry, 1858, par le docteur BERTIER.

Mémoire sur les eaux et les bains de Panticouse (en espagnol); Madrid; les trois éditions de 1845, 1854 et 1857, par le docteur don JOSÉ HERRERA Y RUIZ. (M. Dutroulau est chargé de rendre compte de cet ouvrage.)

Les sources thermales d'Ems (en anglais); Ems, 1853, par le docteur d'IBELL.

Traité sur les eaux minérales du duché de Nassau, par une réunion de médecins de ces eaux, traduit de l'allemand par M. Kaula; Wiesbaden, 1852.

Ostende; esquisses balnéologiques (en allemand); Wetzlard, 1858, par le docteur SPENGLER.

Principes scientifiques de la cure hydrothérapique, d'après une pratique de 13 ans (en allemand); Coblentz, 1853, par le docteur PÉTRI.

Recherches sur l'influence de l'eau en boisson sur l'organisme, suivies de quelques remarques sur l'établissement hydrothérapique de la vallée de Néron et de la combinaison de la gymnastique avec le traitement hydrothérapique (en allemand); Wiesbaden, 1856, par le docteur GENTH. (M. Boullay est chargé de rendre compte de ces deux derniers ouvrages.)

Premier et second rapport sur l'institut pour le traitement par l'électricité, la gymnastique, les bains térébenthinés et l'hydrothérapie (en allemand), à Nassau, sur le Lahn; Wiesbaden, 1857 et 1858, par le docteur HAUPT.

Mémoire sur le diagnostic différentiel et le traitement des ulcérations du col de la matrice; Paris, 1857, par M. MASCAREL.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, n°ˢ 9 et 10, 3ᵉ série, n° 1, 4ᵉ série.

PRÉSENTATIONS.

M. le docteur GARELLI, médecin directeur des eaux de Valdieri (Piémont), adresse des moisissures (conferves) desséchées et d'autres conservées dans l'alcool. (Renvoyé à l'examen de M. Fermond.)

— M. SALES-GIRONS présente à la Société l'appareil portatif qu'il vient de faire construire par M. Charrière pour pulvériser les eaux minérales et les rendre respirables dans le traitement des affections de poitrine.

Cet appareil contient un litre environ de liquide, et les dimensions sont de 22 centimètres de haut sur 12 de diamètre.

Par cette présentation, M. Sales-Girons se propose d'abord de donner à la Société une idée de la pulvérisation qui s'opère dans la salle de respiration qu'il a fait instituer à l'établissement thermal de Pierrefonds-les-Bains.

L'appareil portatif a pour but de propager la respiration des liquides médicamenteux à domicile. On pourra, par ce moyen, en effet, pulvériser, soit les eaux minérales sulfureuses, soit des dissolutions de médicaments que le médecin jugerait à propos de formuler, selon les affections.

Ainsi, par exemple, dit M. Sales-Girons, il sera désormais possible de faire respirer, pour le traitement de l'hémoptysie, une solution convenable de perchlorure de fer, ou tout autre agent hémostatique. Tout fait prévoir que l'action en serait aussi assurée dans les lésions des voies respiratoires que dans les lésions extérieures qu'on soumet à cet agent.

ÉLECTIONS.

M. le docteur BOUGARD, médecin militaire à Bourbonne-les-Bains, est nommé membre *correspondant.*

M. le docteur BENEDICT DE HONIGSBERG, à Wildbad-Gastein, est nommé membre *correspondant étranger.*

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

M. HUMBERT lit en son nom et au nom de M. O. HENRY (fils), un travail intitulé : *Nouvelle méthode pour découvrir l'iode.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Leconte, Réveil et Fermond.)

Rapport sur un mémoire de M. PATEZON, intitulé : *A quelle époque faut-il envoyer les fractures aux eaux de Bourbonne?* au nom d'une commission composée de MM. DESNOS, ALLARD et DUTROULAU, rapporteur. (*Extrait.*)

On traite, année commune, à l'hôpital militaire de Bourbonne, de 70 à 80 fractures, pour des accidents consécutifs au traitement chirurgical, tels que douleurs, engorgements, raideurs articulaires, difficultés de

mouvements, etc. Quant aux difformités anciennes dépendant d'un raccourcissement ou d'une incurvation, les eaux minérales n'ont pas la prétention de les guérir.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur les eaux de Bourbonne prétendent qu'elles ont la propriété de ramollir le cal, et qu'il y a danger à y soumettre les fractures, avant que douze et même dix-huit mois se soient écoulés depuis l'accident. Les circulaires ministérielles, émanées du Conseil de santé des armées, prescrivent de n'envoyer les fractures aux eaux minérales qu'à cette dernière date.

L'auteur a remarqué, cependant, que beaucoup de fractures moins anciennes traverseat une cure de bains et de douches sans accidents, et M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire, souvent cité par lui, est même porté à penser, par l'ensemble des faits, que la cure est d'autant plus prompte et plus sûre, que l'accident est plus récent.

Dans le but de vérifier cette remarque, il a dressé, pour chacune des années 1853, 54, 55, 56 et 57, un tableau statistique de faits, présentant, dans des colonnes séparées, le numéro d'inscription sur le registre de l'hôpital, les initiales du malade, la date de la lésion, le résultat du traitement au départ, le résultat définitif; et il a fait suivre ce tableau de quelques observations succinctes, destinées à faire connaître les effets les plus saillants produits par les eaux.

Le résumé général de cette statistique porte que 89 fractures ayant de deux à douze mois de date, ont donné 24 guérisons, 48 améliorations, 15 résultats nuls et 2 aggravations seulement, insuccès que M. Patezon explique par un reste d'inflammation existant encore dans le foyer de la fracture à l'arrivée aux eaux pour l'un, et par le tempérament très lymphatique du malade pour l'autre.

La conclusion qui termine cette étude, c'est que la tradition défavorable à l'action des eaux de Bourbonne dans le traitement des fractures récentes, doit quelque peu se modifier, et qu'à part les cas où il y aura à craindre de réveiller une inflammation mal éteinte, par la propriété excitante de l'eau ou par l'action mécanique de la douche, on peut conseiller aux praticiens d'envoyer leurs malades quatre mois et demi ou cinq mois après l'accident.

Les faits d'aggravation des accidents consécutifs aux fractures par le traitement hydro-thermal, bien qu'ils soient rares, existent cependant. Dupuytren accusait l'eau ordinaire elle-même d'opérer une action dissolvante sur le cal, et proscrivait les bains et les douches du traitement consécutif des fractures; toutefois cette opinion n'a pas été sanctionnée par les faits.

Mais Magistel écrivait sur les eaux de Bourbonne, en 1828, qu'il avait constaté, sur les cadavres des sujets morts pendant une cure de bains, le ramollissement des fibro-cartilages intervertébraux, et que, pendant l'usage des eaux, il se faisait quelquefois, dans le cal des fractures, un travail pathologique qui forçait à suspendre le traitement. Magistel fixait néanmoins à cinq ou six mois la date du traitement.

Dans le mémoire que M. Cabrol a présenté à la Société médicale d'hydrologie, on lit que M. Magnin, inspecteur-adjoint à Bourbonne, a observé pendant sa longue pratique deux cas d'incurvation qu'il attribue à un ramollissement du cal par les eaux; et que M. Duplan, médecin de l'hôpital militaire de Barèges, a vu se produire la rupture du cal fibreux d'une fracture de la rotule ayant huit ans de date. Aussi M. Cabrol, dont le témoignage est pourtant invoqué souvent par M. Patézon, reste-t-il dans le doute sur le mode d'action de l'eau de Bourbonne, précisément à l'occasion d'un des cas d'aggravation rapportés par M. Patézon.

Ces faits doivent être pris en considération, quelle que soit l'explication qu'on en donne; et quand on envisage combien de causes dépendant tantôt du siége, tantôt de la nature de la lésion, tantôt d'un état diathésique du malade, peuvent faire varier la gravité et la durée des fractures; il est impossible de déterminer d'une manière rigoureuse et générale le moment d'opportunité de leur traitement hydro-thermal. C'est une question d'indication particulière; et il y aurait autant d'imprudence à le rapprocher de l'accident que d'exagération à le reculer au delà de certaines limites, le douzième mois, par exemple.

Aussi ne doit-on accepter la date de quatre mois et demi à cinq mois, proposée comme règle par M. Patézon, qu'en faisant avec lui des réserves : 1° pour les fractures par projectiles de guerre; 2° pour celles où toute trace d'inflammation n'est pas encore éteinte; 3° pour celles où le malade est placé sous l'influence d'une diathèse.

Discussion sur le traitement thermal des scrofules (1).

M. SÉE communique le résultat de sa pratique à l'hôpital des Enfants, où il a fait usage des eaux de Nauheim transportées. (Cette communication de M. Sée paraîtra intégralement dans un des prochains numéros de l'UNION MÉDICALE.)

M. PATISSIER fait remarquer que la plupart des eaux minérales ont été recommandées contre les scrofules, dans les traités d'hydrologie. Est-ce erreur ou exagération? Non sans doute. La plupart des sources minérales sont, par suite de leur action physiologique, propres à modifier d'une manière favorable la diathèse strumeuse. Seulement les hydrologistes ont eu le tort grave de ne pas distinguer les cas particuliers où convenaient telle ou telle eau minérale, et les conditions particulières de leur application.

Dans une analyse rapide des caractères extérieurs et fondamentaux de la scrofule, M. Pâtissier fait remarquer que la scrofule ne se développe pas toujours chez des individus lymphatiques et dans des conditions de misère, mais souvent aussi dans des circonstances diamétralement opposées de constitution et d'habitudes hygiéniques. En effet, l'observation clinique apprend que la scrofule est accompagnée tantôt d'une franche asthénie, tantôt d'une excitation des systèmes vasculaire ou nerveux.

Il faut donc admettre deux formes de scrofules : 1° celle qui est *subaiguë, éréthique*; 2° celle qui est *indolente, torpide*. Cette division, particulièrement fondée sur la période de la maladie, ainsi que sur l'âge et le tempérament des malades, doit être prise en sérieuse considération par les praticiens, parce que, dans ces deux formes pathologiques, le traitement hydro-minéral et le régime diététique sont entièrement opposés.

1° La scrofule *subaiguë, éréthique*, voit constamment ses manifestations aggravées par les sources hypersthénisantes, tandis qu'elle s'améliore par les sources hyposthénisantes de Saint-Sauveur, de Molitg, de Barzun à Barèges, des sources Ferras et Bordeu, à Luchon, de Plombières, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnères-de-Bigorre, enfin Forges-sur-Briis (Seine-et-Oise), dont l'orateur signale l'opportunité en semblables cas, fondée sur les observations recueillies par M. Gillette.

La *scrofule est souvent compliquée de troubles digestifs*. Alors on emploie avec avantage les eaux acidules froides de Vic-sur-Cère, de Saint-Galmier, de Pougues, d'Ems. Les résultats que l'on obtient alors sont-ils dus à une action spéciale des eaux acidules contre la scrofule? Ce n'est pas probable. Leur action consiste à calmer l'irritation des voies gastro-intestinales, à rétablir les fonctions digestives, et à fournir ainsi un chyle réparateur qui ravive le travail des organes les plus essentiels à la vie. C'est ainsi que s'explique la vertu antiscrofuleuse de Vichy, de Cusset, St-Nectaire, Royat, qui trouvent leur emploi lorsque l'irritation gastrique est peu intense et que les acidités dominent. L'orateur mentionne encore les eaux de la Bourboule.

2° *Scrofule chronique, indolente.* Quand cette forme de scrofules coïncide avec un appauvrissement du sang, on obtient des résultats avantageux des sources ferrugineuses de Cransac, Forges (Seine-Inférieure), Passy, Spa, Schwalbach.

Lorsque les désordres strumeux sont étendus, profonds, que le sujet est languissant, peu irritable, on retire de grands avantages des eaux *sulfureuses hypersthénisantes* de Barèges, Cauterets, Luchon, Uriage, Aix-la-Chapelle, Aix-en-Savoie, Challes, ainsi que les eaux salines hypersthénisantes de Bourbonne, Bourbon, Balaruc, Lamotte, Wiesbaden, etc. C'est dans cette forme de scrofule qu'on obtient parfois des succès inespérés de l'eau de mer en bains et en boisson, des bains fortement chlorurés de Salins, Kreuznach, Nauheim, Soden, etc., avec addition d'*eaux mères*.

Toutes ces eaux, en déterminant une action plus ou moins vive de l'organisme, tendent à faire prédominer le système sanguin sur le système lymphatique; elles arrêtent la carie et facilitent l'expulsion des parties nécrosées pour lesquelles l'amputation avait paru nécessaire. La cure est en général d'autant plus heureuse, que les manifestations locales s'aggravent momentanément, et qu'il se déclare une excitation générale avec perte d'appétit, maux de tête, insomnie. La durée de cette exacerbation est ordinairement de vingt-quatre à quarante-huit heures, rarement de plusieurs jours.

Si l'on n'obtient pas toujours la résolution des engorgements glandulaires, c'est que, souvent, ils sont entretenus par une matière tuberculeuse qui ne peut être expulsée que par un travail éliminatoire, c'est-à-dire par une suppuration. Pour cela, il faut diriger sur ces tumeurs des douches à 40 ou 45°; la peau rougit, devient douloureuse, puis il se forme un abcès chaud dont on pratique l'ouverture.

Dans les lésions strumeuses anciennes, on se trouve bien d'alterner les eaux sulfureuses ou chlorurées avec les bains de mer, association qui modifie profondément la constitution lymphatique.

Les résultats du traitement hydro-minéral sont le plus ordinairement consécutifs; il n'est pas rare de voir des malades dont l'amélioration ou la guérison ne s'est produite que plusieurs mois après la cure. Pour prévenir les *récidives*, il faut placer les enfants dans des conditions hygiéniques autres que celles dans lesquelles le mal s'est développé; autrement il se reproduit. Il faut également veiller à l'intégrité des voies digestives.

M. Pâtissier termine par quelques considérations sur le régime alimentaire qui convient aux scrofuleux.

M. DURAND-FARDEL pense que plusieurs des propositions émises par M. Pâtissier ne sauraient être acceptées, et se propose de les discuter dans la prochaine séance.

La discussion sera continuée.

Ordre du jour de la séance du 20 décembre 1858.

Renouvellement du bureau.

Suite de la discussion sur le *traitement thermal des scrofules.*

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

COURRIER.

OBSÈQUES DE M. BÉRARD. — Nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire* le récit suivant des funérailles de l'illustre professeur :

« Les obsèques de M. Bérard ont eu lieu lieu mardi dernier, à midi, dans la modeste église de Saint-Maurice. La Faculté de médecine était représentée par MM. P. Dubois, doyen, Denonvilliers, inspecteur général; Adelon, Rostan, Nélaton, professeurs; J. Béclard, Orfila, Sappey, Verneuil, agrégés; Dolbeau et Lefort, prosecteurs; Amette, secrétaire. La Société de chirurgie avait délégué MM. G. Deguise président; Marjolin, vice-président, et Broca, secrétaire. L'Académie de médecine, qui devait tenir ce jour-là sa séance solennelle, s'est excusée de ne pouvoir envoyer une députation à cette triste cérémonie. Cependant, trois membres de la savante compagnie, conciliant les exigences académiques avec le culte pieux que réclamait la mémoire de leur éminent collègue, MM. Renault, H. Bouley et Robinet, assistaient aux funérailles de M. Bérard. Nous y avons encore remarqué M. de Fontanes, directeur de la Maison impériale de Charenton; M. Calmeil, médecin en chef; M. Rousselin, médecin adjoint, et MM. les internes de l'établissement; MM. Goubaux et Colin, professeurs à l'École d'Alfort.

» Les cordons du poêle étaient tenus par MM. P. Dubois, Calmeil, G. Deguise et Ménière.

» Des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre défunt par MM. P. Dubois, Ménière et Deguise.

» M. Dubois, parlant au nom de la Faculté, a fait ressortir, dans un court et remarquable panégyrique, les éminentes qualités du professeur, du savant, de l'écrivain et du haut fonctionnaire. Il a peint, en traits éloquents et partis du cœur, le deuil de l'École, la perte considérable que faisait la science et le vide immense que la mort venait d'opérer dans la grande famille médicale.

» M. Ménière, l'ami et l'ancien condisciple de Bérard, s'est attaché surtout à louer le caractère et le cœur de cet homme simple, bienveillant, doux, sensible, sachant allier une vaste érudition à une naïveté presque enfantine, une grande profondeur de jugement à tous les charmes d'un esprit agréable, beau diseur, passionné pour la musique et pour la poésie, qui lui avaient donné plus d'un succès dans le monde.

» M. Deguise, organe de la Société de chirurgie, et qui avait assisté M. Bérard dans chacune de ses atteintes, a rappelé en termes sévères et touchants les altérations que ces trois attaques successives avaient apportées dans la santé du célèbre professeur. L'accent de tristesse dont ce discours était empreint faisait bien voir que c'était non pas seulement le médecin, mais encore et surtout l'ami dévoué du malade qui parlait.

» Les trois orateurs ont insisté sur le zèle infatigable de Bérard, sur cette ardeur juvénile, « cette folie de la science » qui s'était emparée de lui dans les dernières années de sa vie, depuis sa première attaque d'apoplexie, et qui, lui faisant aborder la physiologie expérimentale, pour laquelle il avait éprouvé jusqu'alors une sorte de répugnance instinctive, l'avaient poussé tout à coup dans la voie tumultueuse des polémiques acharnées et dans la carrière agitée des luttes scientifiques, alors que le calme le plus parfait et le repos le plus absolu étaient si nécessaires au rétablissement de sa santé.

» Nous, qui avons eu l'honneur infini d'être admis pendant ces trois dernières années dans la presque intimité de M. Bérard, et qui avons vu à l'œuvre ce travailleur intrépide, nous avons souvent admiré et en même temps déploré l'activité surprenante qui le dévorait. Durant l'intervalle qui s'est écoulé entre sa première et sa seconde attaque, il faisait face, avec un zèle qui ne s'est jamais démenti, aux exigences quelquefois pénibles de sa charge d'inspecteur général; il prenait en main, au sein du Conseil supérieur de l'instruction publique, les intérêts de l'enseignement médical; il entreprenait, avec M. Colin, de persévérantes recherches sur la glycogénie et sur la digestion des matières grasses; il communiquait à l'Académie ces remarquables Mémoires, dignes des plus beaux temps du professeur et de l'écrivain, et qui firent une si grande sensation dans le monde savant; il préparait de nouvelles livraisons pour son *Traité de physiologie*, et plus d'une fois nous l'avons entendu exprimer l'espoir d'aller encore un jour instruire cette jeunesse, qu'il avait tant aimée, et dont il regrettait si amèrement de vivre éloigné. Quand les jours ne suffisaient pas à la tâche, il y consacrait une partie des nuits.

» Comme ses trois panégyristes, nous sommes bien convaincu que les labeurs, les veilles, les émotions de la lutte, n'ont pas peu contribué à abréger la vie de Bérard; comme eux, nous dirons qu'il est mort sur la brèche, victime d'un grand amour pour la science et d'un noble dévouement pour ses devoirs. » — Dr A. LINAS.

Par arrêté en date du 9 décembre 1858, M. Trélat, agrégé stagiaire et prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'anatomie que doit faire, à l'École pratique de ladite Faculté, le chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté en date du 9 décembre 1858, M. Le Deu, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Boyer, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté en date du 13 décembre 1858, M. Roqueplot, élève à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé aide-préparateur de chimie à ladite École, en remplacement de M. Secretan, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté en date du 13 décembre 1858, M. Faguet est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Neumann, décédé.

— Par arrêté en date du 13 décembre 1858, M. Guignard, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur suppléant à ladite École. Il conservera ses fonctions de chef des travaux anatomiques, et sera, comme suppléant, attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchements.

— On assure, dit la *Gazette hebdomadaire*, qu'il est question de transférer la Faculté de médecine et les pavillons de dissections de l'École pratique sur les bords de la Seine, dans l'emplacement occupé actuellement par l'Entrepôt des vins, lequel irait à Bercy.

— A l'occasion de la publication des statuts de l'Association générale, dont il reproduit le texte en entier, *il Bulletino* de Bologne nous apprend « qu'il existe depuis 1844, dans cette ville, une institution pieuse destinée à secourir les médecins hors d'état de remplir leurs occupations professionnelles; mais, les besoins allant toujours en augmentant, la Société de médecine de Bologne invita, par une circulaire en date du 26 février 1854, tous les médecins des États-Romains à exprimer leurs besoins en indiquant les voies qu'ils jugeaient les plus propres à y porter remède. Après avoir extrait de leurs réponses ce qu'elles contenaient d'utile et de pratique, la Société pensa que le meilleur moyen de satisfaire à tant de désirs légitimes serait de demander au gouvernement la fondation d'une maison de retraite pour les médecins. Une supplique dans ce sens fut présentée en juin 1857 à Sa Sainteté, qui y fit un accueil très favorable. Mais, malgré tout le bon vouloir des gouvernants, des difficultés économiques ont jusqu'à présent empêché la réalisation de ce projet. »

Devant l'impuissance avérée d'un gouvernement tel que celui-ci, imbu et vivant, pour ainsi dire, du principe de charité, n'avons-nous pas quelque raison de penser que les secours mutuels bien organisés constituent encore le meilleur et le plus sûr moyen de remédier à nos misères professionnelles. — *(Gazette médicale de Lyon.)*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Voyez l'UNION MÉDICALE du 29 novembre.

Tome XII. — N° 151. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Mardi 21 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Béhier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbalier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées par les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adressant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 20 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Robert communique une observation relative à un malade qui, après avoir présenté une tumeur fibreuse du pied, a succombé à une généralisation de cette affection, après avoir subi l'amputation du membre malade. A l'autopsie, on a trouvé des tumeurs fibreuses dans les principaux viscères.

M. Robert considère ce fait comme un exemple de généralisation des tumeurs fibreuses.

M. Houël, après avoir examiné la tumeur, avait pensé, en raison de sa composition, que le malade pourrait guérir.

On reconnaissait manifestement que deux éléments entraient dans sa composition. La partie supérieure de la tumeur offrait exactement l'apparence des tumeurs fibreuses pures de l'utérus. La partie inférieure, au contraire, ramollie, offrait l'élément fibro-plastique. C'était donc une tumeur mixte. Ces tumeurs sont susceptibles de se généraliser. Seulement le pronostic est d'autant plus grave que l'élément fibro-plastique y est en plus grande abondance.

— M. Cloquet pense que les tumeurs fibro-plastiques sont une variété du cancer.

— M. Robert : Toutes les tumeurs fibreuses contiennent les deux éléments, et, suivant la prédominance du tissu fibreux ou du tissu fibro-plastique, elles prennent l'une ou l'autre de ces dénominations. Les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques sont assez communs dans la science, mais ils n'en est pas de même pour les tumeurs fibreuses, et c'est à ce titre que j'attache une certaine importance au fait que j'ai l'honneur de vous soumettre et que je considère comme un exemple de tumeur fibreuse généralisée.

— M. Richet : Comme plusieurs de nos collègues, je fais observer à M. Robert que sa déduction n'est pas logique, car la tumeur qu'il présente n'est pas fibreuse, mais bien fibro-plastique. J'ai enlevé une tumeur fibreuse des os pesant cinq ou six livres; elle était bien ramollie au centre, mais pas de la même façon. C'était une espèce de gélatine mélangée de sérosité noirâtre : aucune trace de tissu fibro-plastique ne s'y rencontrait; la pièce est déposée au musée Dupuytren.

— M. Broca, répondant à un désir exprimé par M. Robert, donne quelques détails sur la structure des corps fibreux de l'utérus. On a cru dans l'origine que ces corps étaient composés, comme la tumeur présentée par M. Robert, d'un mélange d'éléments fibreux et d'éléments fibro-plastiques. Mais lorsque M. Kolliker eut fait connaître les cellules-fibres des muscles de la vie organique, on ne tarda pas à constater que les cellules allongées et fusiformes qu'on rencontre dans la plupart des corps fibreux de l'utérus, sont des fibres-cellules en tout semblables à celles qui rentrent dans la structure normale de la paroi musculaire de la matrice.

Ainsi donc les corps fibreux utérins ne sont pas composés, comme on aurait dû le croire d'abord, d'un mélange de tissu fibreux et de tissu fibro-plastique, mais d'un mélange de tissu fibreux et d'éléments musculaires de la vie organique. Leur structure, par conséquent, est en quelque sorte la répétition de celle de la paroi utérine. Il peut bien se faire que quelques-uns d'entre eux renferment une petite quantité d'éléments fibro-plastiques, mais ces éléments ne sont qu'adventices, et ne communiquent à la tumeur aucun des caractères chimiques des productions fibro-plastiques autogènes.

En tous cas, les corps fibreux de la matrice sont des productions accidentelles propres à l'appareil utérin, et on n'est pas autorisé à se servir de cet exemple pour éclairer l'histoire des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques proprement dites.

Dans le cas actuel, la tumeur du calcanéum n'était pas exclusivement fibreuse ; la présence d'une notable proportion d'éléments fibro-plastiques aggravait certainement le pronostic.

M. Robert, continue M. Broca, nous a fait remarquer que le caractère de la généralisation dans les viscères n'appartenait pas seulement aux cancers; que ce phénomène a été observé chez des individus atteints de tumeurs fibro-plastiques, de tumeurs épithéliales, cartilagineuses ou fibreuses, et il en a conclu que toutes ces tumeurs étaient malignes ou plutôt qu'elles *pouvaient* l'être, car c'est là sans doute l'idée qu'il a voulu exprimer. Je lui demanderai maintenant la permission de continuer et de compléter sa pensée, et de dire que le phénomène de la malignité pouvant éventuellement se manifester dans la plupart des productions accidentelles, doit trouver sa place dans la description des tumeurs, mais ne peut servir de base à leur classification. C'est donc à tort que ce caractère est considéré par beaucoup de chirurgiens comme la pierre de touche du cancer. On a cru avoir prouvé que les tumeurs

Feuilleton.

NOUVEAU DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE ET DES PHÉNOMÈNES DE LA NATURE; par le docteur Antonin Bossu, médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, etc., ouvrage enrichi d'un très grand nombre de figures. Paris, 1857-1858-1859. Trois volumes grand in-8° à deux colonnes, ensemble 1,343 pages.— Au bureau de l'*Abeille médicale*, rue de Seine, 31.

— Si l'on te mettait en prison, me disait mon père, et qu'on ne te permît d'emporter qu'un seul livre, lequel choisirais-tu ?

— Mais, répondais-je, on ne me mettra pas en prison.....

— On y a mis des gens qui valaient mieux que toi, répliquait mon père; mais, enfin, suppose que par suite d'une circonstance quelconque, tu sois réduit à un livre unique, encore une fois, lequel préférerais-tu ?

— Ma foi, je n'en sais rien, disais-je alors, je n'ai jamais pensé à cela.

— Eh bien, crois-moi, emporte un dictionnaire.

— Un dictionnaire ! mais c'est le dernier auquel j'eusse pensé. Est-ce qu'on lit un dictionnaire tout seul? On s'en sert comme d'un auxiliaire pour faire autre chose et voilà tout.

J'étais très jeune à l'époque de ce dialogue, et le dictionnaire ne me servait encore qu'à faire mes *devoirs*.

Mon père reprenait : Tu te trompes; rien n'est instructif et rien n'est amusant comme un dictionnaire. Aucune lecture ne peut être soutenue aussi longtemps sans fatigue, parce que l'esprit étant continuellement actif n'a qu'une manière de se reposer, c'est de passer d'un objet à un autre, et que la variété à courtes périodes qu'impose l'ordre alphabétique à un dictionnaire, offre précisément à l'esprit toutes les conditions du repos et de l'attrait. C'est le seul livre qu'on puisse ouvrir au hasard avec la certitude de trouver quelque chose de nouveau à l'endroit même où on l'ouvre. Passant en revue l'ensemble des connaissances humaines, ou, du moins, pour les dictionnaires spéciaux, une portion considérable de ces connaissances, rappelant au lecteur tout ce qu'il a vu, lu et oublié, faisant aussi appel à sa mémoire et à son imagination, sollicitant, en outre, son jugement et ses autres facultés par les définitions qu'il donne, les lacunes qu'il signale, les classifications qu'il tente, etc., comment ne serait-il pas l'aliment par excellence; la mouture sans laquelle les meules de l'intelligence tournant à vide, dans la solitude, finiraient par se broyer elles-mêmes...

Une fois lancé, l'éloge du dictionnaire en général n'était pas près de sa fin; je laisse à mes lecteurs le soin de le continuer. Quant à moi, je transformerais volontiers ce panégyrique en acte d'accusation si, repoussant l'hypothèse du choix forcé d'un livre unique, je reste dans la réalité.

Je ne connais pas, en effet, de livre qui, en vertu même des qualités énumérées plus haut et de l'attrait qu'on ne saurait lui refuser, vous induise plus perfidement en flânerie, sous prétexte de travail, et vous fasse perdre un temps plus considérable; j'ajoute et plus précieux, puisque c'est justement le temps que vous aviez réservé pour le travail. Ainsi, lorsque j'étais écolier, je n'ai jamais fait que de déplorables vers latins, parce que mon *Gradus ad Parnassum* ouvert, je ne le refermais plus et passais à m'enquérir des aventures mythologiques le temps que j'aurais dû mettre à ordonner les dactyles et les spondées en fonction d'hexamètres. Je ne le regrette pas : depuis Lucrèce, qui donc a fait de bons vers latins? Ainsi, encore, dix fois je me suis assis en face de l'ouvrage de M. le docteur Antonin Bossu pour en rendre compte et j'ai oublié, en relisant ses beaux volumes et en regardant les figures fort bien faites qui en *illustrent* toutes les pages, j'ai oublié, dis-je, que le temps fuit « *interea* » et ne se laisse distraire jamais de son vol irréparable.

Aussi bien, comment rendre compte d'un dictionnaire, d'un livre qu'il est impossible de lire de suite, c'est-à-dire du commencement à la fin, et qu'on ne peut étudier, comme nous disions au collége, « que par dedans? » Je vais donc laisser l'auteur exposer lui-même ce qu'il a voulu faire et le but qu'il s'est proposé.

Après avoir dit que l'étude de l'histoire naturelle est généralement négligée et avoir énuméré les causes qui la font négliger, M. Bossu ajoute : « En entreprenant ce long travail... j'ai essayé de vaincre l'indifférence et par l'attrait de l'unité dans des matières si diverses, et par la netteté et la clarté des définitions et des descriptions; j'ai cherché à ménager le temps par une grande sobriété de détails, jointe à une certaine abondance d'explications indispensables; je me suis appliqué à dégager les abords du temple de la science et à l'entourer d'avenues directes et spacieuses qui en montrassent de loin les magnificences; enfin... j'ai vu que, parmi tant d'ouvrages du genre de celui-ci qui encombrent les bibliothèques et les librairies, aucun n'offrait les conditions qu'exigent la diffusion et la vulgarisation des connaissances naturelles.....

» Il y a donc là, ce me semble, comme un grand vide à combler; j'y vois la place inoccupée d'un livre qui, réunissant certaines exigences de rédaction, de figures et de bon marché, est appelé à remplir les nombreuses et importantes conditions de tout succès populaire.

» Ce nouveau dictionnaire... sera donc aussi complet que possible... je veux dire qu'il renferme, comme résumé analytique des travaux des Maîtres, tout ce qu'il est essentiel de connaître, tant sous le rapport des classifications, des caractères génériques et individuels, des conditions géologiques, anatomiques et physiologiques des diverses classes de minéraux, de végétaux et d'animaux, que sous celui des usages que nous retirons de tous ces corps.

» La physiologie comparée m'a paru surtout devoir offrir un intérêt d'autant plus grand et plus saisissant que les traités classiques l'effleurent à peine, et qu'ils gardent toujours un silence aussi profond qu'obstiné à l'endroit des phénomènes de reproduction. Pour avoir des renseignements à cet égard, il faut recourir aux volumineuses encyclopédies, dont le prix est dix fois au-dessus des fortunes moyennes... » (Préface.)

Cette dernière phrase prouve que l'auteur entend, par traités classiques, les traités en usage dans les classes « *for young ladies.* » Ils ne sauraient guère être faits autrement ; M. Bossu est le premier, d'ailleurs, à le reconnaître. Quant aux indications qui précèdent, je n'ai qu'une chose à en dire, c'est qu'elles me paraissent avoir été convenablement remplies et que M. Bossu a fait ce qu'il voulait faire.

Comme le dit l'auteur, la partie qui m'a semblé particulièrement soignée et que j'ai parcourue avec le plus d'intérêt est celle qui se rapporte à la physiologie comparée. Par exemple, au mot circulation, M. Bossu passe en revue cette grande fonction dans toute la série animale, et, pour en compléter la physiologie, il termine par quelques mots sur la circulation dans les végétaux. Des figures avec légendes explicatives intercalées dans le texte rendent sensibles les descriptions

fibro-plastiques étaient cancéreuses, parce qu'elles étaient souvent malignes; et c'est de la même manière qu'on s'y est pris pour replonger les épithéliomas parmi les cancers. Or, si ce raisonnement est bon, il faut de toute nécessité l'appliquer aussi aux tumeurs fibreuses et aux tumeurs cartilagineuses, et il en résultera que ces dernières tumeurs, quoique presque toujours bénignes, viendront se confondre dans la classe des cancers, comme aux époques antérieures à l'intervention de l'anatomie pathologique.

— M. Demarquay : Je soumets à l'examen des membres de la Société les organes respiratoires d'un homme âgé de trente et quelques années, sur lequel j'ai dû pratiquer il y a peu de jours la trachéotomie, pour remédier à une asphyxie imminente. Cet homme, fort, vigoureux, était entré dans le service de M. Vigla pour se faire traiter d'une syphilis constitutionnelle grave qui avait amené une perforation de la voûte palatine. A son entrée, on avait diagnostiqué une laryngite syphilitique. Déjà il existait de l'oppression et tout faisait craindre la nécessité prochaine de recourir à la trachéotomie. Jeudi soir, c'est-à-dire il y a six jours, je fus appelé près de ce malade, que je trouvai dans un état très grave : le pouls était petit, dépressible; les extrémités froides; la respiration rapide, l'inspiration bruyante. Les traits étaient profondément altérés, on crut à un œdème de la glotte. Je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie. L'opération fut faite lentement; il s'écoula fort peu de sang. Je mis une grosse canule dans la trachée-artère. A peine l'opération était-elle terminée, que le malade fut pris d'une syncope qui dura plus de dix minutes. Quand elle eut cessé, la respiration ne se faisait pas mieux. Je changeai la canule et j'en introduisis une plus grosse, sans avantage pour le patient. Pensant que du sang s'était accumulé dans les bronches, je stimulai les voies respiratoires, j'aspirai avec la bouche sur la canule et à l'aide d'une sonde introduite profondément dans les voies respiratoires, sans modifier en rien l'état du malade.

Je dus m'éloigner après une heure et demie de recherches, bien convaincu que mon opéré ne tarderait pas à succomber. C'est ce qui arriva en effet.

A l'autopsie, que je fis avec soin, je constatai que mon opération n'avait intéressé aucun organe important; que le larynx était sain, et que la cause de la suffocation avait son siége à la partie inférieure de la trachée. Dans ce point, en effet, on trouvait un rétrécissement considérable amené par la rétraction du tissu cicatriciel, qui avait succédé à la guérison des ulcérations que le malade portait à deux ou trois centimètres de la bifurcation des bronches.

La trachée, dans ce point, donnait à peine passage à une sonde d'un moyen calibre. Toute la trachée, dans ce point et surtout à droite était très adhérente au tissu cellulaire environnant; les ganglions lymphatiques voisins étaient durs, hypertrophiés. En un mot, dans ce point, le tissu cellulaire avait perdu de sa souplesse par le fait de l'inflammation, et la trachée elle-même était comme enchâssée dans cette masse, ce qui m'explique un phénomène qui m'a frappé pendant l'opération, je veux parler de l'immobilité de cet organe pendant les grands efforts d'inspiration. Cela se voyait très bien pendant l'opération. Les bronches, audessous du rétrécissement, étaient très dilatées; leurs fibres musculaires étaient devenues très apparentes.

Ce fait m'a paru intéressant, d'abord parce qu'il établit que la syphilis peut avoir son siége jusque dans la trachée-artère, que les accidents résultant de cette maladie sont toujours fort graves, et que jusqu'à ce jour la symptomatologie manque entièrement pour établir un diagnostic précis.

CHIRURGIE.

LEÇON SUR LES APPAREILS A FRACTURE ET A COMPRESSION (1); CLASSES NOUVELLES; APPAREILS POLYDACTILES — A CHEVILLES MOBILES; COMPRESSEUR ÉLASTIQUE ET GRADUÉ.

Par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc.

Nous avons hâte de revenir aux fractures et d'arriver aux plus compliquées qui font encore le désespoir de l'art, car, s'il est vrai que dans les fractures simples tous les appareils réussissent, il n'est pas moins exact que tous échouent ou sont insuffisants dans les fractures compliquées, mais, selon nous, à des degrés divers. En effet, dans les fractures avec esquilles adhérentes, bouts d'os chevauchants, plaies des parties molles étendues, profondes, avec hémorrhagie, délabrements articulaires même, lorsque l'amputation n'est pas jugée nécessaire ou qu'elle est repoussée, que voulez-vous demander tout d'abord aux appareils à attelles, inamovibles, à extension continue? Rien, sans doute, car, dans ce moment, ils ajouteraient d'inévitables périls à ceux qui menacent les malheureux blessés. Seuls, les appareils hyponarthéciques seront utiles : supports inoffensifs, ils satisferont à la première indication de toute fracture, l'*immobilité*. Dans cette classe d'appareils, la planchette de Mayor, le double plan incliné d'A. Cooper, la caisse de M. Baudens, l'appareil analogue de M. D. Arnaud, chirurgien de 1re classe de la marine, reçoivent ici de fréquentes et heureuses applications, non seulement comme support efficace, mais encore par les ressources nombreuses qu'ils mettent à la disposition du chirurgien. Avec ces appareils, recommandables par les noms de leurs auteurs et les résultats cliniques, permettez-moi de comparer l'appareil polydactile à chevilles mobiles.

Étendu sur les planchettes garnies du coussin et de la toile cirée, le membre fracassé est exposé à l'air, à la lumière, aux regards, et trouve désormais tous les moyens d'y rester jusqu'à l'entière guérison, sans qu'il soit nécessaire de changer, de défaire, de renouveler, de réappliquer l'appareil. Mais voici ce qui commence à distinguer l'appareil polydactile : loin du délabrement des parties, ou près de ses limites, des chevilles maintiennent le membre et le pied, non à la manière d'une *cravate* circulaire qui comprime, d'un *lien coaptateur* demi-circulaire qui étreint, mais comme un *tuteur* qui soutient, différence insignifiante en apparence, mais capitale quand il importe tant d'écarter les obstacles qui menacent la circulation déjà si languissante dans les parties dilacérées. C'est ainsi que, sans compression aucune et sans nul danger d'étranglement, le membre reçoit de notre appareil, avec l'*immobilité* complète, sa *direction* normale.

Rien ne saurait y entraver les pansements, si compliqués qu'ils soient; en ne plantant pas de chevilles en regard des plaies, des serres-fines, des sutures entortillées, etc., on évitera toute compression nuisible. A travers ces ouvertures ou ces fenêtres, bien plus faciles à ouvrir et à fermer que celles des appareils inamovibles, et dont à son gré le chirurgien peut augmenter le nombre, les dimensions, sans secousse même légère, il sera on ne peut plus aisé de surveiller, de visiter le pansement, d'en changer les pièces, de diriger le pus, de l'absterger sur la plaie et sur la toile cirée, d'arrêter les hémorrhagies, de pratiquer des incisions, d'enlever les esquilles, etc., d'accomplir enfin tout ce qu'exige le traitement délicat des fractures les plus graves.

A mesure que l'inflammation s'affaiblit, que le gonflement diminue, et dès que les doigts peuvent comprimer, soulever, rapprocher sans danger divers points du membre, on les remplace par une ou deux chevilles, avec l'attention constante de *soutenir* les parties sans les *comprimer*. Au plus léger indice de douleur, on reculera pour les avancer encore; on travaillera ainsi à rapprocher les tissus écartés en talonnant, pour ainsi dire, la nature dans sa marche réparatrice, afin de façonner le membre et d'arriver le plus promptement, mais par degrés, à lui rendre sa *forme*. J'insiste toujours sur ce dernier résultat à cause de ses conséquences, car, avec la *forme*, on rend ordinairement au membre ses *rapports*.

Pour achever cette œuvre toujours lente lorsque après une fracture compliquée on n'a pu restituer immédiatement au membre sa direction, sa forme et ses rapports, il faut lui rendre ses *dimensions*, sa longueur exacte, en triomphant du chevauchement par l'extension continue, l'application des pointes métalliques, le relâchement des muscles sur lequel M. le docteur Loreau a si justement insisté. *(Archives générales de médecine*, 1846, page 249.) Vous avez apprécié, parce que nous vous avons déjà dit, toutes les ressources de l'appareil polydactile pour éviter les excoriations, les escarres, en variant les positions, les points d'appui de l'extension et de la contre-extension, faculté précieuse de laquelle dépend tout le succès de ce mode de traitement.

Enfin, pour prévenir les raideurs articulaires et les douleurs consécutives qu'elles provoquent trop souvent, pour prévenir l'ankylose, et même pour soulager seulement les malades par des degrés divers de flexion du membre, ce même appareil s'incline, s'étend au gré du médecin, et, pour ainsi dire, au caprice du patient.

Depuis dix ans, à Cherbourg d'abord, à Toulon ensuite, et en ce moment sous vos yeux, il m'a été permis de donner la solution du problème depuis longtemps soulevé pour le traitement des fractures les plus graves; c'est-à-dire, de les guérir à l'aide d'un appareil, qui, laissant le membre à découvert, immobile, successivement étendu ou fléchi, lui rend, sans secousse et sans souffrances étrangères à la lésion elle-même, sa direction, sa forme et ses rapports, ses dimensions; assure la facilité des pansements et des opérations consécutives, sans changement, sans levée de l'appareil dont la première application, à peine modifiée ou complétée, dure jusqu'à l'entière consolidation. Et ces manœuvres peuvent s'accomplir avec une sécurité telle, qu'il m'est arrivé en ville de confier, sans inconvénient, à des personnes étrangères à l'art, les pansements délicats qui suivaient ma visite du matin, et qu'il m'était très facile de faire sans le secours d'aucun aide.

Ces résultats heureux sur lesquels j'appelle toute votre attention, quelques appareils hyponarthéciques permettent de les atteindre aussi. Mayor les revendique avec chaleur pour sa planchette, ses gouttières, etc. Mais je crois qu'on ne les obtient ni aussi facilement, ni sans quelques inconvénients et même quelques dangers; les cravates, les liens coaptateurs circulaires se relâchent, se salissent; il faut les resserrer, les changer; il est parfois indispensable d'abaisser les parois des *caisses*, d'en renouveler le remplissage : manœuvres toujours accompagnées de compression, de secousse, de douleurs, de mouvements, et par-

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 22 novembre, 2, 7 et 14 décembre.

---

sommaires, mais suffisamment claires néanmoins, qu'il fait des phénomènes de la circulation dans l'homme, le fœtus et les diverses classes de l'échelle zoologique.

Il en est de même pour la digestion, qui est suivie dans les principales divisions du règne animal, et, pour abréger, de toutes les grandes fonctions de l'animalité.

Que M. le docteur Bossu me permette deux ou trois observations, de peu d'importance, d'ailleurs. Il verra combien de temps je lui ai consacré, puisque j'ai lu assez de son livre pour trouver matière, non à quelques critiques, mais à quelques *desiderata*.

A la page 355 du deuxième volume, article *Mammifères*, l'auteur range les bimanes, les quadrumanes, les carnassiers, les marsupiaux, les rongeurs et les édentés, parmi les *onguiés*. Dans le tableau qui termine cette même page, l'erreur est, à la vérité, réparée, et on lit, comme on doit lire : onguicalés, en tête de la première division. Je lui signale cet *erratum* pour la prochaine édition.

A la page précédente, l'auteur écrit cette phrase : « Ils ont (les mammifères) des membres terminés par des pieds ou des mains, qui sont au nombre de quatre, mais quelquefois de deux seulement. »

Sont-ce les membres ou les mains qui sont au nombre de quatre ? Ne semble-t-il pas que ce soit l'exception quand il y a deux mains *seulement* ?

Plus haut : « Ces animaux ont un cerveau proportionnellement plus volumineux que dans les autres créatures. » Ceci demande explication.

L'homme, l'éléphant et la baleine, ont le cerveau absolument plus développé que les autres animaux.

Mais si l'on considère le développement *proportionnel*, on trouve que l'homme, la baleine et l'éléphant sont laissés bien loin en arrière par certains animaux : ainsi, tandis que, chez les mammifères, le rapport du cerveau à la masse du corps peut être représenté par les chiffres proportionnels : : 1 : 186 — le volume du cerveau étant pris pour unité; et que chez l'homme, il est représenté par : : 1 : 22 (enfant) : 30 à 35 (adulte); la *mésange* à tête bleue donne : : 1 : 12; le serin 1 à 14; le coq 1 à 25.

Cela n'empêche pas que la loi énoncée par M. Bossu ne soit vraie en général, car le rapport du cerveau au volume du corps est, en moyenne, de 1 à 212 pour les oiseaux; mais le lecteur lui aurait su gré d'indiquer ces exceptions curieuses. Elles auraient pu l'être en peu de mots.

Page 324, 1er volume, article *Crapaud*, l'auteur, décrivant les caractères de ces animaux, écrit : « Membres gros, courts, *disposés pour le saut*; — onze lignes plus bas, il ajoute : « Ils marchent, *mais ne sautent guère*. » Voilà, si je ne me trompe, une chose fort exceptionnelle : des animaux qui n'accomplissent *guère* un acte pour lequel ils sont pourvus d'organes. J'aurais cru que cela se rencontrait tout au plus chez l'homme, chez certains hommes, veux-je dire. Cette anomalie méritait qu'on s'y arrêtât.

A l'article *Pucerons*, 3e vol., p. 228, l'auteur est par trop sobre de détails, surtout après ce qu'il avait dit de ces animaux à l'art. *Fourmi*.

L'ouvrage d'Huber, de Genève, sur les fourmis indigènes, contient des particularités tellement intéressantes et tellement précises sur les rapports de ces animaux les uns avec les autres, qu'on désirerait trouver, dans un *Dictionnaire d'histoire naturelle*, ou leur confirmation, ou leur réfutation. Les quelques mots de M. Aimé Martin, que l'auteur rapporte à ce sujet, sont insuffisants.

Une dernière remarque, enfin. M. Bossu intitule son livre : *Nouveau dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature*. Ce soustitre n'est pas heureux; il est trop large : tout est phénomènes de la nature. L'auteur a voulu dire qu'il traitait de certains phénomènes de la nature qui, d'ordinaire, ne sont pas considérés comme faisant partie intégrante de l'histoire naturelle; et cela est vrai; mais il n'est pas moins vrai que le *Dictionnaire des phénomènes de la nature* serait une encyclopédie universelle, ce que n'est pas son livre.

M. Bossu a su rompre à propos l'uniformité des descriptions techniques et donner à son dictionnaire comme un parfum de littérature en y insérant, sans dommage pour la science, des pages éloquentes empruntées aux auteurs les plus autorisés. Nous citerons, entr'autres, un morceau remarquable de M. X. Marmier sur les migrations des animaux, et les pages admirables qu'a écrites sur la mort, Buffon, ce grand penseur et cet écrivain incomparable.

J'aurais d'autres éloges encore et plus d'un compliment à faire à M. Bossu, sur la manière dont il a compris les besoins scientifiques de l'époque, et sur les services que nous rendra à nous, médecins, son dictionnaire facilement maniable et qui peut rester sur nos bureaux; mais on ne peut tout dire en une fois.

Dr Maximin LEGRAND.

La Société médicale de Londres a institué en l'honneur de *Lettsom*, son fondateur, une chaire de médecine et une chaire de chirurgie, qui changent de professeurs tous les ans. Les leçons sont peu nombreuses, et s'adressent aux membres de la Société et au corps médical en général. Cette année, M. de Méric fut désigné pour la pathologie chirurgicale, et on ne fut pas étonné que, lauréat tout récent du Collége des chirurgiens pour un mémoire sur la syphilis, il choisît ce sujet pour les leçons qui lui étaient confiées. Celles-ci furent insérées dans la *Lancette*, et l'opuscule présente la collection de ces leçons. L'auteur, n'ignorant pas que les doctrines nouvelles, en fait de syphiliographie, pénètrent lentement en Angleterre, a consacré la première leçon à l'exposé de l'état actuel de la science sur l'unicité ou la dualité du virus syphilitique, faisant précéder son aperçu d'une esquisse des doctrines de Hunter, Abernethy, Carmichaël et Wallace. Pleine justice est rendue à M. Bassereau, avec la remarque que c'est sous l'inspiration de M. Ricord que s'est produite l'école de la dualité. La deuxième leçon traite, d'après les observations propres à l'auteur, du laps de temps qui, en moyenne, sépare les accidents primitifs des secondaires; d'une classification simplifiée des symptômes cutanés; d'une séparation méthodique des ulcérations secondaires et tertiaires, et de quelques considérations sur la non-contagion des sécrétions secondaires. La troisième et dernière leçon a trait à la syphilis héréditaire. Ici, l'auteur prouve, par les cas qui se sont présentés à lui, que l'évolution de la syphilis congéniale a lieu parfois bien plus tard qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Il cite ensuite des observations, tirées de sa pratique privée et nosocomiale, où il paraîtrait que le fruit de parents syphilitiques a échappé aux atteintes de la maladie, peut-être par l'effet du traitement mercuriel auquel avaient été soumis les parents. Enfin l'auteur réfute, par des faits, l'opinion de ceux qui ont cru qu'un fruit infecté contaminait immanquablement la mère. Une douzaine de ces faits, propres à M. de Méric, prouvent que la mère, dans les circonstances citées plus haut, peut rester parfaitement saine.

M. Georges Ville, professeur de physique végétale au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira son cours le mercredi 22 décembre, à deux heures trois quarts, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Le professeur traitera, cette année, des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux.

tant de changements au moins momentanés, dans la direction du membre. Il est juste de dire, cependant, que les appareils de Mayor, ceux de MM. Baudens, Arnaud, Gaillard, etc., ont servi à obtenir de beaux succès qui se multiplieront entre des mains habiles. Je ne vous conseille donc pas mon appareil d'une manière absolue et à l'exclusion de tous les autres; si j'insiste autant sur ses qualités, c'est parce qu'il n'est pas connu, et que, dans ma pratique, vous vous apercevez qu'il est l'objet d'une préférence marquée. Je ne frappe de proscription, dans le traitement des fractures les plus graves, que les appareils inamovibles, c'est chose généralement convenue, et le bandage de Scultet avec ses compresses tendues, ses plans de bandelettes constrictives, ses coussins trop chauds, ses attelles inflexibles, ses liens trop lâches ou trop serrés, sa bande plantaire insuffisante, sa tibiale masquant encore le membre et déguisant fréquemment un pansement mal fait; appareil trop souvent malheureux, qu'un grand nombre de chirurgiens s'obstine à conserver, malgré l'incessante menace de l'étranglement, les longueurs des pansements, la nécessité d'avoir des aides, les mouvements, les douleurs inséparables de son application, malgré l'obligation de le visiter sans cesse, de le renouveler, de le défaire, de le réappliquer au moins une fois par jour, et en dépit des insuccès de la pratique et des enseignements de la raison! Cette proscription, dans les cas que j'ai spécifiés, ne la perdez pas de vue, vous, Messieurs, qui pratiquez la chirurgie à bord des vaisseaux, sur les champs de bataille, et qui devez votre préférence aux appareils qui, permettant une surveillance facile, sont les plus simples, les plus rapides dans leurs applications, les plus sûrs dans leurs résultats.

Si je ne m'abuse, et, si par un sentiment presque naturel, je n'exagère pas les avantages de mon nouvel appareil et la signification des résultats que j'en ai obtenus, je crois qu'il pourra être de quelque utilité à bord des vaisseaux, où les conditions d'immobilité sont si difficiles à obtenir, où il sera toujours facile de le faire confectionner. J'espère même que la chirurgie navale pourra multiplier ses applications et en retirer encore de bons effets dans les fractures de la rotule, du grand trochanter, dans les phlegmons diffus, les arthrites aiguës et chroniques, dans les plaies des articulations, les entorses, dans les raideurs des jointures, les ankyloses commençantes, dans tous les cas, enfin, où il faudra aux membres inférieurs de l'immobilité, ou bien vaincre les raideurs articulaires par des mouvements gradués, faire des pansements compliqués, recourir aux irrigations continues, etc., etc.

A bord des bâtiments à voiles et à vapeur, il a toujours été très difficile, quand les mouvements qui les agitent en tous sens, sont violents, d'empêcher leur retentissement dans les membres fracturés. Dans les circonstances ordinaires, il suffira cependant de placer le malade et mon appareil dans un *cadre en toile*, dont les parois latérales à transfilage pourront être abaissées ou relevées à volonté, de le suspendre au centre du navire, au niveau de la flottaison, parallèlement à la quille. Alors, les mouvements de roulis deviendront nuls et ceux de tangage seront singulièrement affaiblis par l'emploi de deux crocs à double effet, garnis de caoutchouc vulcanisé, et rapprochés l'un de l'autre. Mais les mouvements vibratoires qui retentissent partout et que provoquent les commotions du choc des lames, de la chute de l'ancre, de la déflagration de la poudre, de la trépidation des machines à vapeur, peuvent encore arriver jusqu'aux surfaces fracturées et les ébranler. J'ai fait connaître ailleurs (fracture du fémur, *Revue médico-chirurgicale*, 1849, page 87) le fait intéressant d'un matelot du vaisseau le *Montebello*, atteint de fracture sus-malléolaire compliquée d'angioleucite, qui éprouvait, au mouillage même, par les simples salves d'artillerie, de telles douleurs au point blessé que pour faire cesser ces souffrances intolérables, je n'avais trouvé d'autre moyen que de l'isoler des surfaces vibrantes du vaisseau en dépendant son cadre et en le faisant soutenir à chaque angle par quatre matelots dont le corps souple et les bras élastiques décomposaient et absorbaient le mouvement. Ne pourrait-on pas obtenir plus simplement ce résultat par la suspension du cadre à un seul croc à effet multiple et garni de caoutchouc épais?

L'appareil polydactile reçoit aux membres supérieurs une application plus facile toujours fondée sur les principes que nous venons d'indiquer pour les membres inférieurs. Nous nous exposerions à des redites si nous y insistions d'avantage. Du reste, à défaut d'une description détaillée qui, aujourd'hui, m'entraînerait trop loin, vous pourrez compléter ma pensée par l'examen attentif du modèle que je laisse entre vos mains. (Pl. V.)

Sur le point de terminer cette séance consacrée à l'étude d'appareils mécaniques, je ne voudrais pas, Messieurs, matérialiser dans votre esprit le traitement des fractures des membres; ce qui doit prévaloir ici, c'est la connaissance des indications à remplir, l'application des moyens n'étant jamais que secondaire: au-dessus des appareils domine le génie du chirurgien, qui les applique, comme au-dessus de la main de l'homme réside l'intelligence qui la met en exercice. Mais il me faut aussi vous prémunir contre la dangereuse exagération de quelques chirurgiens qui n'accordent aux appareils qu'une importance par trop insignifiante; les appareils sont aux indications des fractures ce que les instruments de musique sont à l'harmonie, et certainement l'instrument à une seule corde et celui qui en possède plusieurs sont loin d'être sur la même ligne pour la perfection et la multiplicité des accords.

Afin de joindre l'exemple au précepte ou, si vous l'aimez mieux, la pratique à la théorie, je vais, en terminant cette leçon, vous rappeler, le plus rapidement possible, les observations de quelques-uns des malades que vous avez observés à ma clinique de l'hôpital, à celle de la ville, dont les fractures ont été traitées à l'aide des appareils qui nous occupent en ce moment.

Clinique de l'hôpital du Bagne.

Fracture simple de la jambe droite. — Appareil polydactile à chevilles mobiles, au début. — Bandage dextriné pour achever la guérison.

Observation I. — H... Louis, âgé de 27 ans, d'une constitution robuste, au bagne depuis un an, était occupé, le 6 mars 1858, à porter un madrier, de concert avec trois autres condamnés, lorsque ceux-ci ayant faibli et lâché prise, il est tombé lui-même: choc direct de la pièce de bois contre la partie inférieure de la jambe droite; fracture complète des deux os, celle du tibia en rave, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, celle du péroné oblique, à 1 centimètre plus haut; pas de chevauchement, pas de renversement du pied, pas de déplacement. Mais après l'accident: gonflement considérable du pied et de la partie inférieure de la jambe, sans accidents généraux. On applique l'appareil polydactile à double plan incliné. Contention facile de la fracture au moyen des chevilles, sans constriction circulaire du membre (compresses froides qu'on peut souvent et aisément renouveler sans toucher à l'appareil, sans mouiller les objets de literie, grâce à la toile cirée repliée en gouttière sous le membre et conduisant l'eau à un récipient placé à l'extrémité de l'appareil).

13 mars. État général très bon, gonflement moindre. Continuation des compresses froides.

16. Plus de gonflement, coaptation parfaite, application d'un bandage dextriné qu'on laisse sécher jusqu'au lendemain sur l'appareil polydactile, où le maintenaient un petit nombre de chevilles doucement appliquées.

Fracture comminutive de la cuisse droite, sans plaie. — Appareil polydactile à chevilles mobiles. — Guérison sans chevauchement.

Observation II. — C... (Jean), âgé de 44 ans, est atteint, depuis l'enfance, d'un *varus-équin* du pied droit, avec atrophie de tout le membre et diminution de 2 à 3 centimètres dans la longueur du fémur de ce côté. L'articulation fémoro-tibiale est dans une demi-flexion permanente, sans ankylose pourtant, mais avec impossibilité d'extension plus grande. Le membre n'appuie jamais sur le sol, et la progression ne s'effectue qu'au moyen de béquilles. Dans ces conditions, le 3 juin 1858, cet homme fait sur le pavé une chute de sa hauteur: fracture comminutive du fémur droit à sa partie moyenne; crépitation multiple, déformation prononcée, mobilité considérable de l'extrémité inférieure du membre; peu de gonflement. Une médiocre extension par les mains d'un seul aide, opère la réduction, après laquelle il ne reste plus que le raccourcissement congénial précédemment indiqué. Le membre est placé sur un appareil polydactile à plan incliné, seul applicable ici en raison de la flexion permanente de la jambe. Une fois la réduction obtenue, des chevilles la maintiennent aisément, en modelant le membre et en suivant pas à pas les changements de volume de la cuisse selon qu'elle augmente par la tuméfaction ou qu'elle diminue en revenant à son volume naturel.

A partir du 9 juin, on ne touche plus à l'appareil que pour l'enlever entièrement le 10 août suivant. Le résultat de cette application a été des plus complets; le malade a déclaré ne pas en avoir éprouvé de gêne; un grand nombre de chevilles ont été placées, afin de mieux façonner le membre, et la guérison a eu lieu sans accident et sans le moindre raccourcissement.

Fracture comminutive de la jambe droite, avec plaie et chevauchement. — Appareil polydactile à chevilles mobiles et à pointe métallique. — Guérison sans difformité.

Observation III. — B... (Jacques), âgé de 50 ans, d'une forte constitution, reçut, le 26 décembre 1857, le choc d'une pièce volumineuse de bois sur la jambe droite: fracture comminutive à 15 centim. au-dessus des malléoles; plaie de 2 centim., oblique en dedans, à la partie antérieure de la jambe, produite par la saillie très oblique du fragment supérieur du tibia chevauchant sur l'inférieur; péroné brisé plus bas; hernie des parties molles. La fracture, réduite, est maintenue à l'aide de l'appareil polydactile à double plan incliné, garni d'un coussin et d'une toile cirée. (Diète; limonade citrique.)

Les jours suivants: réaction vive, gonflement considérable, rougeur de la jambe, sphacèle et chute des parties herniées, suppuration sanieuse abondante, décollement de la peau. (Soupe. Limonade citrique; huile de ricin, 40 grammes.)

Le 14 janvier, le fragment supérieur du tibia chevauchant encore malgré les moyens divers de compression employés jusque là, on le réduit entièrement à l'aide de la pointe métallique modifiée de M. Malgaigne, implantée sur la face interne du tibia, à 5 centimètres au-dessus du lieu de la fracture; pas d'inflammation ni de douleur autour de la piqûre.

20. État général satisfaisant; l'état local s'améliore, gonflement, douleur, suppuration moindres.

10 février. La pointe métallique est enlevée; suppuration insignifiante de la plaie de la piqûre, assez abondante encore par celle de la fracture; les fragments restent désormais dans leurs rapports normaux.

Du 14 février au 27 mars, à part quelques accidents survenus dans la plaie, tels que douleur, écoulement difficile du pus ayant nécessité deux incisions, tout marche vers la guérison. A cette dernière époque, on trouve, au lieu d'implantation de la pointe métallique, une cicatrice légère, sans adhérence à l'os, qui est resté lisse en ce point. La consolidation de la fracture par bourgeonnement des surfaces osseuses a été longue à obtenir; il est resté sur les téguments adhérents dans l'étendue de la lésion faite par le tibia une coloration rouge, mais la réunion est parfaite sans aucune altération de la forme du membre. Pendant tout le temps du traitement, les pansements divers, les irrigations, les lavages, les modifications à apporter au premier appareil, les incisions ont été si faciles que le chirurgien a pu les exécuter, le plus souvent, sans le secours d'aucun aide. On a noté l'absence de raideur et de souffrance dans l'articulation fémoro-tibiale, grâce aux changements assez fréquents apportés dans l'inclinaison des deux parties du plan incliné et aux mouvements imprimés à leur point de jonction.

Clinique de la ville.

Fracture comminutive grave de la jambe gauche avec plaies et chevauchement. Appareil polydactile à chevilles mobiles et à pointe métallique. Guérison.

Observation IV. — M. J..., âgé de 55 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez forte constitution, se fractura la jambe gauche le 20 décembre 1857. En débarquant d'un bateau, il fit une chute pendant que son pied gauche était fortement retenu entre deux pièces de bois: fracture très oblique de la partie moyenne du tibia, de haut en bas et de dedans en dehors; le fragment inférieur offre, sous la peau et en dedans, une longue baguette osseuse, tandis que le biseau du supérieur a perforé les téguments en avant du membre; péroné fracturé, en éclat, au-dessus de la malléole externe, où existent deux plaies étroites mais profondes donnant issue à une très grande quantité de sang. En présence de cette lésion qui, sous bien des rapports, semblait commander l'amputation immédiate, je me décidai à une tentative de chirurgie conservatrice: réduction impossible à obtenir complète, malgré tous les efforts, sans doute, à cause des esquilles interposées entre les os divisés, et plus difficile encore à maintenir à l'aide d'un appareil temporaire à *attelles*. (Diète. Limonade citrique; compresses froides très souvent renouvelées.)

Le lendemain, le malade, agité, n'a pas dormi; l'hémorrhagie a continué une partie de la nuit; application de l'appareil polydactile à double plan incliné, muni de son coussin et d'une toile cirée; coaptation rendue plus exacte, mais pas entièrement complète par les chevilles, dont la pression latérale est secondée par celle d'un lien antérieur. (Diète. Limonade citrique; linge cératé sur les plaies; compresses froides.)

22. Pas de douleur, ni de gonflement; phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente. (Même prescription.)

23. Même état. (40 grammes huile de ricin.)

24. Pendant la nuit, agitation, délire momentané, frissons, suivis de chaleur et de sueur; diminution de la fièvre dans la matinée; gonflement plus étendu de la jambe; chute de l'épiderme des phlyctènes, qui laissent des excoriations recouvertes d'un enduit de couleur jaune d'ocre. — Une garde-robe. — Pour éviter toute compression dangereuse, on recule les chevilles placées en regard des parties du membre qui se tuméfient.—(Bouillon, soupe, eau vineuse, linge cératé, cataplasme.)

Du 25 décembre au 28 janvier, état général peu satisfaisant: inappétence, fièvre, rêvasseries, gonflement considérable du pied et de la jambe, nouvelles phlyctènes nombreuses remplies de sérosité roussâtre, rougeur diffuse jusqu'au genou, sanie abondante, fétide, plaies grisâtres, extraction de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

29. Amendement de tous les symptômes: un peu d'appétit, pas de rêvasseries, pas de fièvre. Formation de plusieurs abcès au voisinage de la malléole externe, à la partie antéro-latérale externe de la jambe, sur la crête tibiale au tiers supérieur du membre, à la face dorsale et au côté externe du pied. Des incisions sont pratiquées: suppuration par six ouvertures. L'épiderme de la jambe et du pied s'enlève en totalité. On extrait avec des pinces quatre esquilles d'un petit volume appartenant au péroné et au tibia. Les petites opérations, les pansements nombreux, les lavages répétés, sont faits plusieurs fois par jour avec rapidité, sans douleur, et sans imprimer des secousses au membre malade. Les parents eux-mêmes renouvellent les pansements, car il suffit, pour leur accomplissement, d'enlever momentanément quelques chevilles et de les replacer après l'application des pièces de l'appareil. Ce fut à cette période de la maladie que plusieurs de mes élèves et de mes confrères, et parmi ces derniers M. le docteur Goffres, vinrent voir le blessé.

Février.—Après ces diverses phases que le malade traverse, non sans donner de graves inquiétudes, le mieux est définitif. A partir du 16, gonflement, suppuration moindres, bourgeons charnus des plaies de bonne nature. On travaille alors plus directement à donner au membre une bonne configuration au moyen de chevilles que l'on rapproche de manière à exercer autour de lui une pression douce très supportable.

Mais, comme malgré les moyens les plus méthodiques de réduction et de contention applicables ici, tels que: pression latérale des chevilles, antéro-postérieure et latérale des liens coaptateurs; abduction ou adduction du pied obtenues encore à l'aide des chevilles; élévation du fragment inférieur par des coussins ou des liens passés au-dessous, on voit persister la saillie et un écartement sensible de la baguette osseuse du bout inférieur du tibia, et qu'il y a lieu de craindre ultérieurement une fausse articulation. — Le 26, on applique l'unique moyen de contention en quelque sorte acceptable par les tissus enflammés, mais aussi le plus héroïque, la pointe métallique de M. Malgaigne. Elle est implantée à 3 centimètres de la fracture, sur la face interne du fragment inférieur. Nuit bonne, pas de fièvre, pas d'inflammation autour de la pointe qui porte sur le tibia à travers des tissus qui ont suppuré et qu'envahit encore un certain degré d'induration phlegmasique.

29. État satisfaisant; coaptation plus complète de la fracture; suppuration très peu abondante; marche des plaies vers la cicatrisation. Cependant, le 6 *mars*, un abcès, formé lentement et profondément dans les parties molles postérieures de la jambe, s'ouvre spontanément au-dessous du talon; le pied est alors suspendu par une sorte de hamac partiel fait à l'aide de bandes passées sous le calcanéum, se réfléchissant sur les mortaises des chevilles et fixées aux pitons de ceinture.

15 *mars*. Enlèvement de la pointe métallique qui laisse, dans les tissus encore indurés, une petite plaie ronde et vermeille qui se ferme bientôt. L'aiguille osseuse du fragment inférieur qui a nécessité son application reste désormais adhérente au fragment supérieur.

10 *avril*. Cicatrisation complète des plaies; on enlève l'appareil polydactile resté en place depuis plus de trois mois et n'ayant subi, dans cette longue période de temps, d'autres déplacements que ceux très ménagés, d'extension et de flexion, afin de prévenir la raideur du genou, que les mouvements partiels des chevilles nécessités par les exigences de l'application des diverses pièces de pansement. Mais la consolidation n'étant pas complète encore, on applique un bandage dextriné qui permet au blessé de s'habiller, de se lever et de se promener avec des béquilles, sans appuyer sur sa jambe malade.

1er septembre. Je viens de revoir M. J..., plus de huit mois après sa blessure: la jambe fracturée est dans l'état suivant: la consolidation ne laisse rien à désirer; les parties molles du tiers inférieur de la jambe et le pied sont encore sensiblement tuméfiés, indurés, rouges; les

cicatrices enfoncées adhèrent aux os. Il y a une courbure à convexité antérieure; la saillie du fragment inférieur est assez sensible sur le bord interne du tibia. On découvre avec peine la cicatrice de la pointe métallique, d'ailleurs sans adhérences à l'os qui est resté lisse au point d'implantation. Le malade, qui marche encore avec des béquilles, est, malgré la déformation légère de son membre, heureux d'un résultat pour lui inespéré; résultat, pour nous, d'autant plus remarquable qu'il a été obtenu sans beaucoup de peine, avec le concours actif des parents, sans beaucoup de douleurs pour le patient, et après que nous avons dû, à deux reprises assez éloignées, agiter dans notre esprit l'idée de l'amputation du membre!

Personne n'ignore que des lésions aussi graves, plus graves même, ont été guéries à l'aide de tous les autres appareils, et même avec celui de Scultet dirigé par des mains exercées; mais je puis dire que, d'après l'étude comparative et pratique que j'ai faite de tous les moyens mécaniques usités en France dans le traitement des fractures les plus compliquées, nul ne m'a paru, plus que les appareils polydactiles, réunir la simplicité, la facilité, la sûreté des pansements et des résultats.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIme ARRONDISSEMENT.

Extrait des procès-verbaux. — Présidence de M. le baron Paul DUBOIS.

Sommaire. — Tumeur de l'os temporal. — Tumeurs de l'estomac développées chez deux serpents à la suite d'une étreinte violente. — Gourme compliquée d'anthrax. — Bons effets du cautère actuel. — Iléus, difficultés d'un diagnostic précis. — De l'action des exutoires dans les suppurations.

M. DUMAS lit une observation de *tumeur de la base du crâne*, dont il a pu suivre le développement pendant de longues années; il s'agit d'un statuaire qui avait été en proie, en 1827, à de violents chagrins ressentis avec cette vivacité d'impression qui caractérise beaucoup d'artistes. A cette époque, la fosse temporale droite commença à présenter une certaine tuméfaction. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, on jugea à propos d'instituer un traitement dans lequel le sirop de salsepareille, l'iodure de potassium et les frictions mercurielles occupaient la première place. Ce traitement fut salutaire et fit cesser des douleurs lancinantes qui existaient dans la région malade. Au bout de quelque temps, des taches scorbutiques se montrèrent disséminées sur diverses parties du corps; elles disparurent sous l'influence d'une médication tonique.

La tumeur du crâne continuant à faire des progrès, MM. Cloquet et Gerdy furent appelés en consultation; ils diagnostiquèrent une périostose du temporal et recommandèrent de reprendre l'iodure de potassium et l'onguent mercuriel. A cette époque, la tumeur avait le volume de la moitié d'une grosse orange; elle n'offrait ni fluctuation, ni battements; seulement, l'artère temporale qui l'avoisinait paraissait très développée. Sur ces entrefaites, le malade se fractura une cuisse; la consolidation se fit régulièrement. Chaque année amenait un degré de plus dans les dimensions de la tumeur et des désordres fonctionnels se montrèrent successivement, la vue de l'œil droit s'affaiblit d'abord, puis se perdit complètement; la mémoire s'altéra de plus en plus; des vertiges se manifestèrent, et le malade fit des chutes qui devinrent de plus en plus fréquentes. La jambe droite était plus faible que l'autre, mais le bras droit paraissait exempt de toute paralysie; il survint aussi une incontinence d'urine. Quant à l'état général, il se maintint excellent jusqu'aux derniers jours de cette déplorable situation, mais la misanthropie et la difficulté du caractère devinrent de plus en plus prononcées.

Tel était le triste état de ce malheureux artiste, lorsque, dans une nuit du mois de janvier 1858, il fut frappé d'une congestion cérébrale des plus intenses; il y eut d'abord, avec la perte de connaissance, de la contracture puis de la résolution des membres. Malgré une application de sangsues aux oreilles, le malade succomba assez promptement dans un état comateux des plus complets.

A l'autopsie, pratiquée avec soin par M. Dumas, assisté de plusieurs confrères, on trouva que la tumeur de la fosse temporale droite était ferme, résistante, et constituée par une hyperostose. La peau qui la recouvrait était saine, mais le muscle temporal, soulevé et distendu par la tumeur, était aminci et atrophié. Le cerveau était sain, libre d'adhérences et déprimé au niveau de la tumeur. Le nerf optique droit avait été refoulé et était atrophié. La tumeur divisée présentait une coloration violacée, elle était constituée par une hypertrophie de la portion écailleuse du temporal, avait une consistance éburnée et une épaisseur de plusieurs centimètres. Dans le voisinage de la lésion, il y avait des productions osseuses de nouvelle formation, présentant la disposition des stalactites. Deux tumeurs plus petites, également concrètes, étaient accolées à la tumeur principale. La substance qui constituait ces trois tumeurs, examinée au microscope par MM. Follin et Houel, leur a fait voir tous les éléments du tissu fibroplastique.

— M. H. JACQUART présente à la Société une *tumeur de l'estomac développée chez un serpent python molure.* Cet animal, luttant avec une femelle d'une espèce voisine d'une taille double de la sienne, python de Seba, allait être étouffée par elle, lorsque le gardien du Muséum les sépara en les jetant dans l'eau. Un an après ce combat, on remarqua une tumeur qui se développait vers le milieu du corps du mâle et qui augmentait beaucoup lorsqu'il avait mangé et que la proie arrivait dans l'estomac. Peu après, l'animal mourut, et à l'autopsie on vit une tumeur entourant l'estomac presque dans les deux tiers de sa circonférence et la fin de l'œsophage; cette tumeur était composée d'une multitude de lobules du volume d'un pois à celui d'une noix. L'analyse microscopique, faite par M. Ch. Robin, y a fait reconnaître de la sérosité troublée par des granulations graisseuses et des granulations calcaires, des globules de pus et des amas de phosphate et de carbonate de chaux qui prédominaient et donnaient à la tumeur sa couleur. Cette analyse a permis de conclure que la tumeur était d'origine inflammatoire. M. Jacquart rappelle qu'il a vu trois cas de péricardite chez des serpents pythons; que Lereboullet a décrit un cas de péritonite chez un crocodile, et que ces faits tranchent la question de l'existence des phlegmasies chez les reptiles.

Dans la séance suivante, M. Jacquart a complété cette communication en donnant l'histoire de la femelle qui avait étreint si vigoureusement le serpent molure. Cette femelle, six mois après la lutte et après avoir été accouplée avec un mâle de son espèce, pondit vingt-deux œufs qu'elle couva; dix-huit mois seulement après le combat, on s'aperçut qu'une grosseur semblable à celle du molure se développait chez elle et au même endroit; elle mourut deux mois après et l'on trouva un kyste ovoïde développé dans la paroi supérieure de l'estomac, à surface lisse et d'une couleur brun foncé, long de 20 centimètres et large de 13. En ouvrant cette tumeur, on y voit un liquide couleur de chocolat au lait. M. Vulpian, qui l'a examiné au microscope, y a trouvé beaucoup d'albumine et de la fibrine altérée, sans globules de pus ni globules de sang reconnaissables. A l'extérieur de la tumeur et dans l'épaisseur de ses parois existent quelques petites collections qui paraissent à la simple vue de même nature que celles qui composaient la tumeur du python molure. Le microscope y a fait voir de la fibrine désagrégée avec des granulations moléculaires graisseuses.

Il est très remarquable que le plus fort comme le plus faible de ces deux serpents ait offert une lésion organique de l'estomac, presque au même point. Chez le mâle, il y a eu évidemment une ecchymose à laquelle a succédé du pus; bien que l'on n'ait pas trouvé de globules sanguins chez la femelle, il est présumable que sa tumeur a été constituée aussi primitivement par un épanchement de sang qui, plus tard, s'est altéré et s'est transformé en produits plus ou moins éloignés du liquide primitif. Cette lésion n'empêchait pas le python de Seba de se nourrir, et l'on a même trouvé 350 grammes de graisse dans son épiploon.

Sur l'un de ces serpents, M. Jacquart a observé la maladie décrite dans la pathologie humaine sous le nom d'*hydrorénale distension.* Sur un autre serpent il a trouvé un calcul d'acide urique qui oblitérait presque complètement l'uretère, très distendu au-dessus de cet obstacle.

— M. MACHELARD communique à la Société une *observation d'iléus,* pensant avec raison que la gravité de cette maladie, et les difficultés d'un diagnostic complet doivent engager les médecins à exposer les cas de cette espèce que leur pratique a pu présenter. Un soir, M. Machelard est appelé pour une femme de 48 ans, encore réglée et jouissant habituellement d'une bonne santé. Depuis la veille, cette femme a le hoquet et des vomissements; elle ne peut aller à la garde-robe et ne rend même pas de vents par l'anus; mais cette absence de selles ne la surprend pas, car elle n'en a ordinairement que deux ou trois par semaine. La malade ajoute que, quelques jours auparavant, elle a eu un peu de diarrhée et qu'elle ne sait à quoi attribuer les accidents qu'elle éprouve, car elle n'a fait aucun écart de régime. L'examen du ventre fait reconnaître l'absence de hernie extérieure, du ballonnement et un peu de matité dans la région iléo-cœcale; l'état général n'est pas alarmant, le faciès est naturel, le pouls normal et les vomissements n'ont lieu qu'à des intervalles éloignés. Prescription : tisane aromatique, eau de Seltz, sirop de morphine, lavements.

Deux jours se passèrent sans que M. le docteur Machelard entendît parler de cette malade. Appelé de nouveau près d'elle le troisième jour, il trouve de grands changements dans l'état général; le faciès altéré, le pouls fréquent, la voix affaiblie, les vomissements plus rapprochés, le ballonnement du ventre augmenté, des coliques qui ne sont pas suivies d'évacuation de matières ou même de gaz. Les vomissements ont changé de caractère, ils sont devenus bilieux, les derniers même sont presque stercoraux. M. Machelard n'hésite pas alors à diagnostiquer un arrêt dans le cours des matières intestinales, et, se rappelant les succès de M. Grisolle, consignés dans la thèse de M. Masson, il prescrivit des boissons glacées, l'application sur le ventre de vessies pleines de glace, deux lavements purgatifs, et, en cas d'inefficacité, deux lavements à la glace.

Malheureusement cette prescription ne fut pas exécutée; la malade s'était mis en tête qu'une application de sangsues devait la guérir; elle s'en appliqua douze, et il faut dire qu'elle éprouvait un soulagement notable lorsque M. Machelard la revit, mais ce soulagement trompeur, qui n'était peut-être que la diminution de sensibilité par épuisement, n'avait pas amené de garde-robes; les vomissements étaient, il est vrai, moins fréquents, mais c'est un fait assez ordinaire dans la dernière période de cette grave maladie. Cédant aux exhortations de M. Machelard, la malade promit de se soumettre au traitement par la glace et de le faire prévenir s'il demeurait sans résultat.

Ce fut seulement le lendemain, à midi, que la malade fit appeler. Elle avait la face grippée, le corps froid, le pouls insensible; on prescrivit du thé au rhum, une potion à l'acétate d'ammoniaque, un lavement à l'eau glacée, puis un lavement de tabac. Mais la malade expira quelques instants après. M. Machelard, après avoir fait remarquer combien l'état général était insidieux au début, et comment la diarrhée qu'avait eue la malade pouvait éloigner de l'idée d'un iléus, se demande s'il était possible de dire à quelle espèce d'occlusion il avait affaire. La constipation habituelle de la malade l'avait d'abord porté à penser qu'il s'agissait d'une obstruction par accumulation des fecès; puis la matité de la fosse iliaque droite le fit songer à une inflammation du cœcum, surtout lorsqu'il se fut assuré, par le toucher rectal, que le rectum était vide. Avec les seuls éléments que lui a fournis l'examen de la malade, la question lui paraît impossible à résoudre.

Dans la séance suivante, M. Duchaussoy expose les conclusions auxquelles M. le docteur Besnier est arrivé dans la thèse qu'il a faite sur le diagnostic et le traitement des occlusions intestinales.

— Pour montrer combien peut être dangereux le préjugé qui défend de traiter la *gourme,* M. LEMAIRE lit l'observation suivante : Une enfant de 2 ans, vaccinée, d'un tempérament lymphatique, mais présentant de l'embonpoint, et jouissant ordinairement d'une bonne santé, est amenée à M. Lemaire pour une gourme qui lui couvre toute la tête. M. Lemaire constate qu'en effet, des croûtes épaisses d'*impétigo larvalis* sont développées sur tout le crâne, et que les cheveux sont collés partout, de manière à former avec les croûtes une épaisse calotte. Cette enfant a de l'agitation depuis quelque temps et perd l'appétit. On conseille de couper ce qu'on pourra des cheveux, de faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes, puis d'employer des lotions émollientes et de soutenir l'enfant par un régime tonique et par l'usage du sirop antiscorbutique.

Quelques temps après, la mère ramène son enfant. Elle avoue que, cédant aux conseils de personnes de sa famille, elle n'a pas fait ce qui lui avait été prescrit, et qu'elle en est bien désolée aujourd'hui, car son enfant est bien plus malade. En effet, un énorme anthrax s'est développé derrière l'oreille gauche, avec tous les symptômes généraux que cette tumeur inflammatoire peut faire naître chez un si jeune enfant. M. Lemaire incise l'anthrax crucialement et le fait panser avec des topiques émollients. Le lendemain, une suppuration abondante et d'une odeur fétide s'écoule par l'incision; le pouls est encore plus fréquent et plus faible que la veille. On soutient les forces par des toniques liquides et on panse la plaie avec de la poudre de quinquina. Deux jours après, une grande étendue du cuir chevelu se montre couverte d'ulcérations petites, mais très nombreuses; elle paraît criblée de trous, et le pourtour de la surface ainsi ulcérée est le siége d'un œdème considérable. En outre, l'état général a empiré; l'enfant a de la diarrhée et son pouls est misérable. Cette aggravation de la maladie cause les plus vives inquiétudes, et M. Dequevauviller, appelé en consultation, conseille de cautériser avec le fer rouge toutes les surfaces ulcérées, ce qui fut exécuté le lendemain. Cette cautérisation eut pour effet immédiat de diminuer la suppuration. On pansa les escarres avec de la poudre de quinquina et une solution de chlorure de chaux. Ces escarres se détachèrent treize jours après la cautérisation. Alors la suppuration fut presque complètement tarie; mais il restait encore une faiblesse générale très grande; néanmoins, des bourgeons charnus se développèrent régulièrement, et neuf jours après la plaie était cicatrisée, et le cuir chevelu complètement débarrassé des croûtes d'impétigo. L'enfant n'avait pourtant pas échappé à tous les dangers, car dans la nuit même du neuvième jour, elle fut prise de frissons, de céphalalgie et de vomissements, et le lendemain on vit un érysipèle sur la région sternale. Le collodion n'en put arrêter la marche; en douze jours, il parcourut le tronc et les membres inférieurs; puis il survint encore une bronchite intense, puis encore la rougeole, et finalement l'enfant recouvra une bonne santé.

— M. DEQUEVAUVILLER, dans une communication sur les *bons effets des exutoires opposés aux phlegmons et aux abcès,* a cité trois observations prises dans sa pratique. Dans la première, on voit un phlegmon de l'avant-bras, survenu chez un enfant lymphatique, arrêté dans sa marche par l'application d'un large vésicatoire. La seconde est relative à une jeune femme qui, à la suite d'accouchement laborieux, offrit tous les signes d'un phlegmon du ligament large du côté gauche; le toucher par le vagin permit même d'y constater la fluctuation. Néanmoins, un grand vésicatoire, appliqué sur la fosse iliaque gauche, et qu'on fit suppurer abondamment, arrêta le travail de suppuration; les symptômes locaux et les symptômes généraux disparurent graduellement, et il resta seulement dans la région où l'on avait diagnostiqué un abcès, une tumeur dure qui diminua peu à peu de volume. Enfin, M. Dequevauviller a donné des soins à un jeune homme de 17 ans, atteint du mal vertébral de Pott, avec gibbosité, et deux abcès par congestion, dont l'un était situé dans la région dorsale et l'autre dans le pli de l'aine. Vingt-quatre grands cautères, appliqués d'abord par le conseil de M. Cruveilhier, avaient produit une telle amélioration, que le malade put aller de Paris en Belgique, où il se fit appliquer de nouveaux cautères. Lorsqu'il revint à Paris, M. Dequevauviller mit encore ce traitement en usage, et il eut la satisfaction de voir les deux abcès se résorber et le malade guérir, à cela près de la persistance d'une déformation du rachis.

Le secrétaire général, Dr DUCHAUSSOY.

COURRIER.

Lundi dernier, dit l'*Express* (journal anglais), M. Parry Cole, professeur de musique, demeurant à Arundel, jouait avec un pièce de quatre penny, la faisant sauter de sa main dans sa bouche, lorsque malheureusement cette pièce de monnaie vint s'engager dans les organes de la respiration. Un médecin du voisinage prescrivit sur-le-champ l'émétique. Ce vomitif ne produisit pas d'effet et ne déplaça pas la pièce. M. Cole fit alors prévenir ses amis les plus intimes pour qu'ils se rendissent auprès de lui, s'attendant à un fatal résultat.

Cette pièce n'empêchait pas la respiration, mais la rendait sifflante comme celle d'une personne asthmatique. M. Cole alla trouver M. Jones, médecin, qui l'examina; il ne restait plus, suivant l'homme de l'art, qu'un moyen héroïque à employer : c'était d'administrer le chloroforme et de tâcher d'enlever la pièce de monnaie au moyen d'incisions externes. Sur ces entrefaites, une dame dit à M. Cole que pareil accident étant arrivé à M. Brunel, le célèbre ingénieur, qui avait avalé un demi-souverain en jouant avec ses enfants, on était parvenu à lui faire rendre la pièce engagée dans la gorge en le plaçant la tête en bas et en lui donnant un violent coup dans le dos.

M. Cole s'empressa d'en faire part à M. Jones et à son aide, qui exprimèrent des doutes sur le succès probable de cette opération. M. Cole insista pour que l'on en fît l'essai. Un coussin fut placé à terre; on renversa M. Cole sur la tête, en lui tenant les jambes en l'air, et un coup violent lui fut asséné sur le dos. M. Cole s'écria sur-le-champ: La voilà! En effet, la pièce de quatre penny venait de rouler sur le parquet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — *Ordre du jour de la séance du mercredi 22 décembre :* Lecture de M. Moissenet, sur le *traitement des kystes du foie.* — Communication de M. Hérard sur l'*ictère grave.* — Mémoire de M. Maingault sur la *paralysie consécutive à l'angine couenneuse.*

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 152. DOUZIÈME ANNÉE. Jeudi 23 Décembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à Paris.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* :
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance n'a duré qu'une heure et a été tout entière remplie, sauf la lecture du procès-verbal et de la correspondance, par des opérations de scrutin. L'Académie a élu ses officiers pour l'année 1859.

M. Cruveilhier qui, cette année, était vice-Président, a été, selon l'usage, mais après l'épreuve du vote, proclamé Président pour l'année prochaine.

Le savant professeur, en acceptant les fonctions difficiles et l'honneur parfois si lourd de la présidence, a montré que, chez lui, l'âge était impuissant à ralentir l'ardeur du travail et que l'amour de la science est une passion que rien ne saurait refroidir.

M. J. Cloquet, pour qui l'heure de la retraite n'a pas sonné partout, heureusement, a remplacé M. Cruveilhier au fauteuil de la vice-présidence.

M. Devergie, le zélé et ponctuel Secrétaire annuel, a été maintenu à son poste.

Dans l'avant-dernière séance, le public avait été prévenu par M. le Président que les deux séances de la fin de décembre seraient consacrées aux élections, dont le spectacle, pour d'autres que les intéressés, n'a rien de bien récréatif. Malgré cet avis, un bon nombre de spectateurs ont assisté jusqu'au bout aux promenades des urnes à travers les bancs de MM. les académiciens. Peut-être étaient-ils captivés par la forme de ces urnes, qui ressemblent à de grands coquetiers ; et voulaient-ils voir, passant de l'idée du contenant à celle du contenu, la confirmation du fameux : *Omne... vivum ex ovo.*

A quatre heures, tout était donc fini, et M. le Président, après avoir par trois fois adjuré M. Garnier de se présenter à la tribune, a été forcé, personne ne répondant à son appel, et l'ordre du jour étant clos, de lever la séance. Ah! Monsieur Garnier, une séance pour vous tout seul, si vous l'eussiez voulu. Quelle occasion vous manquez là !

M. L.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôtel-Dieu de Toulon. — Service de M. CALVY, 1er médecin en chef.

KYSTE DE L'OVAIRE A MARCHE AIGUE ; PONCTION PALLIATIVE ; GUÉRISON.

Les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir par une simple ponction, sans injections irritantes, ayant pour but de déterminer une inflammation adhésive ?

La réponse n'est pas douteuse, surtout après les faits qui ont été produits dans la récente discussion soulevée au sein de l'Académie impériale de médecine sur le traitement de ces kystes, ou publiés à l'occasion de cette brillante discussion.

Cependant, comme M. Velpeau dont la parole est toujours accueillie avec le respect que mérite une longue et savante expérience, comme M. Velpeau, disons-nous, a déclaré à la tribune académique dans son éloquente argumentation, que les guérisons de cette nature constituent « une très rare exception, » nous croyons qu'il peut être utile d'ajouter un cas de guérison dont nous avons été témoin, à ceux que la science possède déjà. La relation de ce fait thérapeutique aura d'ailleurs un autre côté intéressant, si nous ne nous faisons pas illusion.

En effet, dans la discussion académique dont nous venons de parler, M. Huguier, énumérant les kystes qui ne doivent pas être opérés, comprend dans cette catégorie « ceux qui se sont développés chez des personnes très faibles, ou dont la constitution » est entachée d'un vice général. » Or, l'observation suivante a été recueillie sur une personne qui se trouvait exactement dans cette double situation pathologique.

Joséphine P..., née au Cannet (Var), entre le 4 mai 1858 à l'Hôtel-Dieu de Toulon, dans le service de médecine. Cette femme, âgée de 36 ans et de tempérament lymphatique, est atteinte d'une tumeur qui siége dans la fosse iliaque droite. La malade a été réglée à 13 ans, et cette fonction a présenté très peu d'irrégularité. Les menstrues n'ont été supprimées qu'en deux circonstances, à 17 et à 22 ans, à la suite d'une immersion dans l'eau froide. A 19 ans, elle devint grosse ; l'accouchement, quoique naturel, fut long et laborieux. Entrée dans une maison publique à l'âge de 22 ans, elle se livra à tous les excès ordinairement inséparables de ce genre de vie ; et, à la fin du mois de mars, elle fut prise d'une grippe qui l'a beaucoup fatiguée et qui a laissé une convalescence assez longue. A diverses reprises, elle a été atteinte de gale et de maladies syphilitiques qui ont nécessité son envoi dans les hôpitaux. Les traitements divers auxquels elle a été soumise ont-ils été suivis convenablement ? Il est permis d'en douter, quand on sait toutes les ruses qu'emploient les malades pour ne pas prendre les remèdes prescrits. Ce qui change même ce doute en certitude, c'est son état actuel : elle présente des syphilides sur diverses parties du corps. Ainsi donc, l'état général est peu satisfaisant : *faiblesse radicale* d'une part, et *vice général* de l'autre.

Quant à la tumeur abdominale qui amène la malade dans les salles de médecine, voici les renseignements qui nous sont fournis :

Vers le 12 avril 1858, Joséphine P... s'aperçut d'une tumeur assez mobile située dans la fosse iliaque droite ; du volume d'un gros œuf de poule, elle s'accompagnait de douleurs lancinantes qui attirèrent son attention sur ce point. Ces douleurs s'irradiaient parfois dans l'abdomen et dans le membre droit qu'elle avait peine à soulever. De temps en temps de violentes coliques, des douleurs à l'épigastre et des troubles dans la digestion venaient se joindre à ces symptômes. Les règles s'étaient supprimées au mois de janvier de la même année, et à chaque époque menstruelle, la malade éprouvait le malaise, les maux de reins et tous les symptômes précurseurs de cette fonction. En même temps la tuméfaction du ventre allait en augmentant, ce qui décida la malade à réclamer des soins. A partir du jour où elle est entrée à l'hôpital, on a pu, pour ainsi dire, assister au développement de cette tumeur qui, ayant eu d'abord une marche lente et obscure, puisqu'elle existait déjà au 12 avril, prit tout d'un coup, et sans cause connue, une marche très aiguë. La tumeur était dure, légèrement inégale et facile à circonscrire ; on constatait au niveau de la fosse iliaque droite une rougeur vive et diffuse, une chaleur ardente, de la tuméfaction, et une douleur que la pression surtout rendait intolérable. Ces symptômes simulèrent l'existence d'un phlegmon. La tumeur prit peu à peu un aspect acuminé, et la douleur qui, dans les premiers jours, était circonscrite, s'irradia dans tout l'abdomen, et devint diffuse et tellement vive qu'elle aurait pu faire croire au développement d'une péritonite. Le pouls était fréquent, il y avait de la chaleur à la peau, le facies était anxieux ; toutefois, on ne notait ni constipation, ni difficulté dans l'émission des urines, ni hoquet, ni vomissements. — (Bouillon, tisane d'orge, sangsues, frictions mercurielles.)

Le 8 mai, la tumeur qui, dès le début, occupait seulement la fosse iliaque droite, s'étendait vers la fosse iliaque gauche, et remontait jusqu'au-dessous de l'ombilic. Elle présentait alors le volume d'une tête de fœtus à terme. Les symptômes d'acuité cédèrent peu à peu sous l'influence du traitement précité.

Le 14 mai, les phénomènes morbides que nous avons énumérés avaient à peu près disparu ; la palpation du kyste, dont le volume n'avait pas sensiblement diminué, réveillait très peu de douleur et laissait percevoir une fluctuation manifeste.

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

Extrait

DU MANUSCRIT D'UN OUVRAGE AYANT POUR TITRE :

PRINCIPES DE LA DOCTRINE ET DE LA MÉTHODE EN MÉDECINE (1) ;

Par le docteur J. DELIOUX DE SAVIGNAC,

Médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

VIII

Idée de propriété.

Mais les prétentions de certaines écoles où le rationalisme médical a outrepassé ses droits, ont rendu formalistes et scrupuleux les réformateurs qui veulent attacher la science de l'organisation à l'observation sensible, et la fonder entièrement sur la méthode expérimentale ; ils craignent que, à l'ombre d'un mot, on fasse passer une idée qui révolte l'austérité de leurs principes, que la force soit substantifiée et comprise comme un être distinct du corps, au lieu de n'être que l'expression expérimentale d'une cause plongée dans la matière et inhérente à elle, et ils veulent à tout prix éviter la confusion avec les doctrines qui personnifient les forces motrices de l'organisme. En conséquence, ils préfèrent le mot *propriété*, qui, suivant eux, ne suppose d'opinion préconçue ni sur l'origine ni sur l'essence de la force, qu'ils considèrent comme une inconnue, et ils ne recueillent d'elle que l'exercice de la propriété. Les qualifications applicables dans l'espèce, à ce dernier mot, n'excitent pas moins leur défiance ; par opposition à la méthode déductive trop en faveur chez leurs adversaires, ils préfèrent les expressions de *propriétés organiques* à celles de *propriétés vitales* ; ils repoussent ces dernières afin de ne pas laisser à penser que la vie est dans une abstraction ; en optant pour les premières, ils énoncent simplement le fait de modalités spéciales à la matière organisée et différentes de toutes celles que présente la matière dans les corps inorganiques.

En un mot, dans ce système, toute spéculation est écartée relativement à un dynamisme dont ils se bornent à constater les résultats par une dénomination conventionnelle qui ne préjuge en rien de la causalité.

On le voit, nous n'avons pas dissimulé la portée des objections ; essayons d'y répondre.

Nous professons, autant que qui que ce soit, un respect profond pour la méthode expérimentale, et nous l'avons prouvé par nos travaux antérieurs ; nous reconnaissons que c'est particulièrement sur elle que le progrès médical doit fonder ses plus brillantes espérances. Mais il ne faut pas se faire d'illusion sur son omnipotence et la croire appelée seule à nous donner le dernier mot de toutes choses. Avec elle, si loin que nous allions, nous découvrirons un nombre immense de vérités de fait ; en réagissant inductivement sur celles-ci, notre esprit pourra découvrir encore quelquelques vérités de raison, mais, dans ce dernier ordre, la plupart resteront à découvrir dont la source n'existe que dans notre entendement. Pourquoi donc interdire absolument la déduction si elle peut nous servir, ne fût-ce que dans les circonstances où les notions d'expérience nous manquent ou bien sont insuffisantes ? D'un autre côté, si vous expérimentez sans relâche, dressant des séries de faits, et si vous ne faites que cela, analystes si exercés que vous puissiez être et par cela même que vous le serez, vous reconnaîtrez plus de résultats, plus d'effets, que vous n'oserez soupçonner de causes. Mais il viendra un terme, cependant, où il faudra bien généraliser quelques-unes de vos observations. Vous contenterez-vous alors d'admettre la propriété ? Mais c'est le degré le plus inférieur de généralisation auquel on puisse arriver ; on n'opère ainsi que sur une certaine somme d'effets auxquels on reconnaît, il est vrai, des caractères communs, mais dont on renonce à rechercher la cause. Dire que tel tissu, tel organe ont la propriété d'être sensibles, c'est rappeler en d'autres termes que, dans cent, dans mille expériences, le tissu et l'organe ont fourni des faits de sensibilité ; mais, en même temps, c'est écarter la question d'étiologie par une fin de non-recevoir. On ne doit faire usage du mot propriété, — disait un ancien professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, Pelletan, qui admettait carrément les forces organiques ou vitales, — que lorsque l'on ne connaît aucune puissance, aucune loi qui rende compte des phénomènes (*Traité de physique*). En adoptant les propriétés comme la seule collection nominale plausible des faits d'ordre organique susceptibles de synthèse, vous renoncez donc à les rattacher à une loi et bien moins encore à une cause. Si, au contraire, vous voulez vous élever à une généralisation plus haute, vous songez à la cause, et, pour celle-ci, vous n'avez pas de meilleure idée représentative que celle de force. Et la force, conçue dans la raison, pourquoi, admise par le philosophe, répugnerait-elle au médecin ? Que le médecin se tienne en garde contre les excès du rationalisme, on ne peut que l'approuver ; mais, est-ce un motif pour répudier les lumières de la raison ? Il craint que l'abstraction prenne un corps, et que l'ontologie perce dans l'hypothèse de la force : Mais il nous semble que nous avons assez bien pris nos mesures pour que la force ne soit pas transformée abusivement en substance, et que l'élément qu'elle représente est tellement serré à son support, qu'il n'y a de substance que dans leur relation intime, et, par conséquent, que l'isolement du principe moteur est aussi impossible que sa personnification. Ainsi, la vie n'est pas plus dans la force seule que dans la matière sans la force.

IX

Dénomination des forces.

Ensuite on est venu créer l'embarras de choisir entre les qualifications d'organiques ou de vitales à attribuer aux forces. Croit-on qu'en employant la première on spécifiera mieux l'attribut organique, qu'en employant la seconde on prend un dangereux air d'alliance avec des doctrines que l'organicisme répudie ? La même idée est au fond des deux mots, quelque apparence de schisme qu'on veuille leur donner. Ce que l'on désire exprimer, c'est que ces forces appartiennent en propre à la matière organisée, c'est-à-dire disposée pour vivre ; ce que l'on sait parfaitement c'est qu'elles disparaissent au moment où la mort désor-

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 octobre 11 novembre et 9 décembre.

Le 17, une ponction est pratiquée et vient confirmer le diagnostic. Il s'écoule environ 150 grammes de sérosité citrine. En enfonçant plus avant la canule du trocart, M. le docteur Calvy sent et annonce la déchirure d'une bride vers le côté interne du kyste. Cette déchirure est suivie d'un petit filet de sang qui vient teindre la sérosité. Tout se passe très bien après la ponction. On applique sur l'ouverture un morceau de diachylon, et on exerce une compression sur l'abdomen à l'aide d'un bandage de corps.

En même temps, en vue de la diathèse syphilitique dont était atteinte la malade, on la soumit à un traitement par l'iodure de potassium, dont la dose est progressivement portée jusqu'à 3 grammes.

Depuis la ponction, la diminution du ventre s'opère d'une manière sensible et très rapide. La douleur a complétement disparu. Toutefois, on continue encore les frictions mercurielles.

Enfin, le 15 juin 1858, l'abdomen est parfaitement souple, on ne constate plus aucune trace de la tumeur. La malade, considérablement amaigrie quand elle est entrée à l'hôpital, reprend des forces, des couleurs et de l'embonpoint. Quant aux syphilides, les unes ont tout à fait disparu et les autres commencent à pâlir.

Le 24 juin, Joséphine P... demande son *exeat*, mais, sur l'invitation de M. Calvy, elle s'est présentée, depuis lors, tous les huit jours à la visite de l'Hôtel-Dieu, et il a été possible de constater que la guérison s'est parfaitement maintenue.

Qu'il nous soit permis de faire suivre cette observation de quelques réflexions pratiques qu'elle a suggérées à M. le docteur Calvy :

La guérison du kyste porté par la fille P... est-elle due à ce fait que la ponction a été pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que la poche eût acquis un développement considérable? Nous ne sommes pas éloigné de le croire, et nous pensons, par conséquent, qu'il y aurait avantage à ne pas retarder cette opération, toutes les fois que la maladie étant reconnue, on constate qu'elle donne lieu à des troubles fonctionnels, ou qu'elle suit une marche progressive bien notable. Il est incontestable aussi que, dans ce cas, les injections irritantes produiront une inflammation adhésive plus prompte et plus sûre.

Tous les bénéfices d'une ponction pratiquée dans les conditions que nous venons d'indiquer ne sont pas encore énumérées. Ainsi, il est généralement établi que les kystes multiloculaires sont incurables, et qu'il convient de ne pas les opérer, quand on est sûr du diagnostic. Mais si l'opération est faite sans trop attendre, alors que cette production morbide n'est pas depuis longtemps en évolution, ne rencontrera-t-on pas quelquefois et ne pourra-t-on pas guérir des kystes uniloculaires qui, plus tard, seraient devenus multiloculaires? Oui, sans doute, et celui de notre malade devait se trouver dans ce cas, ainsi que nous le fit remarquer M. Calvy en arrivant avec son trocart sur une bride qu'il déchira et qui, en se développant, se serait très probablement transformée en cloison d'une nouvelle poche formée dans l'enveloppe générale.

Edmond VALETTE,
Chirurgien-interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.
(CHIRURGIE.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. ROBERT.

Sur quelques maladies de l'anus (suite et fin). — Fistule borgne interne. — Sur les divers moyens d'explorer le rectum.

Vous savez que l'on a divisé les fistules à l'anus en deux classes : 1° fistules complètes ayant un orifice dans le rectum et un orifice inférieur situé à la peau, plus ou moins loin de l'anus; 2° fistules incomplètes ou borgnes, parce qu'elles n'ont qu'un seul orifice; parmi celles-ci, les unes sont dites borgnes externes parce qu'elles sont constituées par un trajet qui s'ouvre à la peau sans communiquer avec le rectum; les autres sont appelées borgnes internes, c'est-à-dire qu'elles s'ouvrent dans le rectum à une hauteur variable, mais non à la peau.

A ce dernier groupe se rattache la fistule dont est atteint le malade dont je veux vous entretenir.

Ces fistules borgnes internes sont peu communes, et il est à regretter que, dans les traités de pathologie externe, on n'accorde pas à cette maladie toute l'attention qu'elle mérite, car c'est une affection plus douloureuse et plus grave que les fistules complètes ou borgnes externes, et plus difficile aussi à reconnaître et à traiter. Quelquefois, elle reste longtemps méconnue et peut, à raison de cette circonstance, devenir tellement grave que le malade qui fait le sujet de cette conférence, était tombé, par suite de la maladie qu'il porte, dans un état voisin du désespoir.

Disons de suite que le diagnostic de ces fistules présente quelques difficultés qui vous empêcheront de reconnaître la maladie si vous n'employez pas tous les modes d'examen propres à la déceler. En effet, lorsqu'un malade vient trouver un chirurgien, accusant un peu de suintement de pus par l'anus, accompagné de douleurs dans cette région, on commence d'ordinaire par examiner avec les yeux le pourtour de l'orifice anal, puis on introduit le doigt dans l'anus. A vrai dire, le toucher constitue un excellent moyen d'examen, car il permet de constater l'existence de tumeurs, d'apprécier la consistance de la muqueuse, de reconnaître si elle est épaissie, rugueuse ou lisse, etc.; en un mot, il nous décèle l'existence d'un certain nombre de lésions.

Mais il en est beaucoup d'autres qui ne se traduisent pas par des altérations dans la forme appréciables au toucher, de telle sorte que, si l'on n'a pas recours à d'autres modes d'exploration, on risque souvent de tomber dans l'erreur.

Au commencement de ce siècle, on a reconnu l'insuffisance du toucher pour le diagnostic des maladies du vagin et de l'utérus, et Récamier inventa le *spéculum uteri*, qui, depuis lors, a subi une foule de modifications. Or, il est à remarquer que l'on ne se soit pas occupé des maladies du rectum, dont l'exploration est si importante, et pour laquelle on avait si peu de changements à faire subir au spéculum utérin.

Pour examiner le vagin, nous avons donc des instruments en forme de tube qui permettent à la vue de pénétrer à toutes les hauteurs du canal vulvo-utérin; or, il peut y avoir dans le rectum des affections siégeant à des hauteurs variables, aussi faut-il que le chirurgien possède des instruments qui lui permettent non seulement d'exposer le rectum dans toute l'étendue désirable, mais encore d'attaquer directement ces maladies; tels sont, par exemple, les cas de rétrécissements du rectum situés un peu haut, dans lesquels il faut pouvoir écarter les parois de l'intestin et porter des médicaments (caustiques) ou l'instrument tranchant sur le point rétréci. Tels sont encore les polypes développés à une certaine hauteur au-dessus du sphincter.

Avec les spéculums utérins, on peut aussi explorer dans toute leur longueur les surfaces latérales du vagin, constater l'existence d'ulcérations ou de perforations, et agir directement sur elles; pourquoi ne pourrait-on pas en faire autant pour le rectum? Souvent les choses les plus simples sont celles dont la découverte tarde le plus; cela est tellement vrai qu'il y a encore vingt ans, il n'existait aucun spéculum du rectum, si j'en excepte le petit spéculum de M. Barthélemy, de Saumur, espèce de cône creux en étain fendu sur le côté et propre seulement à découvrir quelques fissures.

Il y a une vingtaine d'années environ, frappé de la difficulté que l'on éprouve dans le diagnostic précis des maladies du rectum, je fis faire, pour faciliter cette exploration, plusieurs spéculums de différente longueur, qui rappellent, aux dimensions près, le spéculum utérin à trois valves, se développant parallèlement. L'emploi en est tout simple, on introduit l'instrument dans le rectum, on retire l'embout, et l'on peut examiner le canal dans différents points de sa hauteur; on peut même porter des substances médicamenteuses sur le point malade. Veut-on examiner les parois latérales du rectum, on retire une des valves latérales et l'on peut ainsi examiner librement les parties dans une grande étendue.

Je fus appelé il y a près de quinze ans, par M. le docteur Barthélemy, auprès d'un colonel qui avait été opéré deux ans auparavant d'une fistule à l'anus, et qui conservait un suintement purulent : j'introduisis le doigt et je sentis un peu au-dessus du sphincter une petite plicature de la muqueuse rectale. J'appliquai alors mon spéculum, et je découvris un petit décollement de la muqueuse au-dessus de l'endroit où avait existé le trajet fistuleux : j'excisai une partie de la muqueuse, j'en cautérisai une autre partie et le malade finit par guérir.

Pour ce même malade, M. Barthélemy fit subir à mon spéculum une modification qui en rend l'emploi plus commode : son instrument se compose de deux valves en demi-gouttière articulées ensemble dans leur longueur et formant ainsi une gouttière complète; leur extrémité libre est tronquée et arrondie, de sorte qu'il n'y a pas besoin d'embout; en pressant sur le manche, on donne à ces deux valves un écartement suffisant pour permettre d'examiner librement les parois du rectum; c'est ce que l'on appelle le spéculum en bec-de-canne; il est très commode et remplace avantageusement les instruments que j'avais fait construire dans le même but.

Maintenant que je vous ai exposé en détail les différents modes d'exploration de l'anus et du rectum, revenons à notre malade.

Au n° 8 de la salle Saint-Jean, est couché un homme âgé de 34 ans, employé au chemin de fer d'Orléans; il est grand et vigoureux. Il y a un an environ, il commença à éprouver des douleurs assez vives dans la région ano-coccygienne, dont il attribue l'origine à un effort; en même temps il rendit un peu de sang par l'anus. Il resta quelque temps sans rien faire, puis il consulta un médecin. Celui-ci ne trouva pas autre chose à constater que la douleur éprouvée par le malade, et comme il y avait en même temps un peu de sang rendu en allant à la selle, il crut à l'existence d'une fissure et envoya le malade à l'hôpital. On examina le rectum par le toucher; le doigt fit reconnaître une certaine sensibilité à la partie postérieure de l'anus, et comme le malade rendait un peu de sang et se plaignait de souffrir pendant plusieurs heures après chaque garde-robe, on crut encore à l'existence d'une fissure à l'anus. On prescrivit des lavements de ratanhia qui échouèrent complétement; le malade dit même avoir souffert davantage.

Croyant alors qu'il n'y avait aucun remède à ses souffrances, ce pauvre homme tomba dans un profond désespoir qui le poussait vers le suicide. C'est dans ces dispositions d'esprit qu'il passa dans nos salles.

J'examinai le malade à mon tour : j'eus recours d'abord au toucher qui me fit reconnaître que la pression provoquait de la douleur au-dessous du sphincter, comme dans les cas de fissure; le malade me raconta qu'en allant à la selle, il éprouvait de vives douleurs et rendait un peu de sang. Tous ces symptômes, vous le voyez, pouvaient parfaitement faire soupçonner l'existence d'une fissure. Mais je ne m'arrêtai pas là dans mon examen; je pris un spéculum en bec-de-canne, et je le plaçai de manière à ce que la

---

ganise la matière et la rend à l'empire des lois physiques et chimiques; motrices de l'organisation et de la vie qui se traduisent l'une par l'autre, qu'importe à laquelle des deux ces forces emprunteront leur dénomination scientifique? Si l'organisation est leur support, la vie n'est-elle pas leur plus éloquente manifestation? Enfin, dans les tendances du langage dépouillé de tout esprit de parti, voire même dans un certain instinct d'euphémisme, n'y a-t-il pas des sollicitations pressantes à la consécration nominale des forces vitales?

Ne reculons donc pas devant un mot pour exprimer une idée juste, et soyons assurés, d'ailleurs, que, quelle qu'en soit la dénomination technique, la forme abstraite de la causalité dynamique de notre être n'emportera pas fatalement le fond de la doctrine à l'aide de laquelle les phénomènes vitaux seront interprétés.

X

Pérennité des forces.

Que l'on veuille bien me permettre de poser maintenant une question incidente. L'enfant qui juge des choses, non pas toujours avec ses sensations, mais souvent avec ses sentiments innés (ce qui, pour le dire en passant, n'est pas la moindre preuve de l'innéité de nos facultés), ne comprend point la mort, parce qu'il ne comprend point l'immobilité, c'est-à-dire le fini dans la force; pour lui, le cadavre est un être qui sommeille. Réfléchissons-y bien nous-mêmes; nous ne comprenons pas la mort beaucoup mieux que l'enfant, mais nous ne l'ignorons point comme fait; nous savons que l'activité vitale a un terme au-delà duquel la matière qui en fut le théâtre n'a désormais à fournir que la somme d'activité dépendante des propriétés physiques et chimiques de ses molécules. Les agents des milieux où elle est placée réagissent à leur tour sur elle, et, par suite de réductions successives, elle se transforme en combinaisons nouvelles qui enrichiront le règne minéral, ou, qui, destinées à d'autres organismes, entreront, à la faveur de l'atmosphère, dans ce « cercle éternel où la vie s'agite et se manifeste, mais où la matière ne fait que changer de place. (1) » Car rien ne se perd dans la nature; toute molécule a son emploi, et dès qu'elle abandonne un corps, un autre en fait son profit. Cette pérennité des atomes, leurs transmissions continues, leurs métamorphoses incessantes, admises par la philosophie dès son origine, démontrées par la science moderne, justifient la pensée de Leibnitz, que le composé matériel ne périt que par dissolution; et ainsi se trouve rejetée hors de la portée de nos calculs l'époque de l'annihilation définitive des éléments des corps. Lorsque l'on dit aujourd'hui : rien ne se perd, — c'est de la matière seulement que l'on veut parler; — faut-il borner là notre affirmation, parce que là, seulement, arrivent les preuves de nos expériences? Si, dans les conceptions de la raison, nous ne pouvons saisir les forces motrices, qui font les corps ce qu'ils sont, autrement que comme des principes immatériels, si la raison seule nous en donne la notion, et, en même temps, si elle nous la donne d'une manière si positive qu'elle puisse l'affirmer, elle doit se préoccuper nécessairement de la destinée de la force. Il ne faudrait donc pas avoir égard seulement à la pérennité de la matière, mais aussi à celle de la force; la substance matérielle est détruite, annihilée en partie, si, dans la dissolution produite par la mort, l'atome est seul conservé et le principe de la force anéanti. Mais les deux éléments de la substance sont pérennes, puisque la matière, pour être, a besoin d'être mue; si l'on admet le principe de la force, il faut donc penser qu'il ne peut périr. Si on ne l'admet pas, la conservation de l'atome suffit à la reconstitution des formes de la matière; mais alors on retombe en plein matérialisme. Dans la dissolution du composé matériel, la nature recueille donc la force comme elle recueille l'atome, l'élément immatériel, comme l'élément moléculaire, pour régénérer indéfiniment, en les unissant de nouveau l'un à l'autre, les substances corporelles dans leurs formes et dans leurs aptitudes à l'activité.

A ce point de vue, l'idée de substance, appliquée à la matière, est adéquate, et l'axiome — rien ne se perd — est vrai dans un sens absolu. Entendons bien, toutefois, qu'il ne s'agirait là de la pérennité des choses créées que dans la durée assignée à la nature; l'immortalité supernaturelle de la substance spirituelle, l'âme, est seule inscrite comme une vérité irréfragable dans la conscience de l'humanité.

XI

Comparaison, rapports entre la propriété, la force et la fonction; Résumé.

Puissions-nous nous entendre sur le sens, en même temps métaphysique et expérimental, que le mot force doit avoir en médecine, et alors prenons-le hardiment pour spécifier la cause d'où résultent les phénomènes de la matière minérale, inorganique, et ceux de la matière vivante, qui n'est autre que l'organisation.

En donnant la préférence au mot et à l'idée de propriété, on n'anéantirait point la notion de force, puisqu'elle est nécessairement sous-entendue dans la propriété.

La propriété, a-t-on dit, est le seul fait principe auquel nous puissions remonter expérimentalement, et il est inutile de rien rechercher au delà. Mais, un fait, quelque nom qu'on lui donne, en suppose toujours un autre qui le produit; le fait principe propriété n'est donc pas autre chose que l'effet contingent d'une cause que l'on renonce à apprécier.

Dira-t-on encore qu'un arrangement particulier de la matière, qu'une combinaison spéciale des molécules suffisent à établir la propriété? Mais encore une fois, nous revenons sur le terrain réprouvé du matérialisme, sur lequel la philosophie et la religion refusent de nous suivre; et, d'ailleurs, en vertu de quoi les molécules matérielles sont-elles arrangées et combinées d'une façon particulière? Ici donc l'idée de cause, et, par suite, celle de force, reparaissent invinciblement, puisées l'une et l'autre dans l'activité du moi, dans la conscience des forces dont l'homme se sent pénétré. Donc, la théorie des propriétés ne tend à rien moins qu'à prescrire à l'investigation la limite de l'expérience sensuelle, et, avec ses apparences de précision et de rigueur, lorsqu'elle n'est pas erronée, elle est, au moins, pleine d'indécision, de faiblesse et d'insuffisance.

En nous résumant, la propriété, loin d'être dans l'organisation, un fait principe, est un état secondaire relativement à un principe antérieur qui est la force, une aptitude déterminée par l'existence préalable de la force. La faculté d'agir dépend de la propriété, mais médiatement par

(1) Dumas, *Statistique chimique des êtres organisés.*

fente s'ouvrît sur l'endroit que je supposais malade, c'est-à-dire sur la paroi postérieure du rectum.

Je vous dirai ici, en passant, que l'écartement des branches du spéculum est quelquefois assez douloureux; aussi vaut-il mieux recourir à l'emploi du chloroforme que de négliger ce mode si utile d'exploration.

J'écartai donc les branches du spéculum, et j'aperçus un petit endroit rouge, une espèce de bourgeon charnu mollasse *que mon doigt n'avait pas senti ;* prenant alors un stylet d'argent recourbé, je l'introduisis dans le spéculum jusque sur le petit bourgeon charnu, et je vis que mon stylet pénétrait dans une cavité placée derrière le sphincter, dans une étendue de 2 centimètres environ. J'avais affaire à une fistule borgne interne qui s'était formée à la suite d'un abcès.

La maladie était ainsi découverte, et tout s'expliquait: notre homme a eu, il y a quinze mois environ, du gonflement et de la douleur dans la région ano-coccygienne; c'était probablement un petit phlegmon de la paroi postérieure du rectum; le phlegmon s'est ouvert dans l'intestin, et le malade a rendu du sang et du pus par l'anus. Mais cet abcès ne s'est pas fermé, parce que, pour qu'un abcès se cicatrise, il faut d'abord que le pus s'en écoule librement et n'y séjourne pas; or, le phlegmon dont nous avons parlé était dans de très mauvaises conditions sous ce rapport, le fond du foyer étant situé plus bas que son orifice, et celui-ci étant continuellement fermé par le fait du rapprochement des parois du rectum.

Nous avons vu que le malade éprouvait constamment en arrière de l'anus des douleurs qui augmentaient lors du passage des matières fécales; ceci est facile à expliquer: à chaque garde-robe, il entrait un peu de matières fécales dans le foyer, d'où augmentation des douleurs pendant et après la défécation, et enfin persistance de la suppuration et de la maladie.

Il y a déjà treize ou quatorze mois que cet état de choses persiste, je ne sais pas combien de temps il aurait pu durer encore, car la cause d'irritation se renouvelant sans cesse, on ne peut assigner de terme à la maladie; quelquefois, après un temps plus ou moins long, il survient une inflammation plus vive du foyer, et une fusée purulente qui va s'ouvrir à la peau; la fistule, de borgne interne qu'elle était, devient alors complète. Un certain nombre de fistules complètes ont certainement commencé ainsi; rien ne prouve que cela n'aurait pas pu survenir chez notre malade; mais j'affirme que, malgré ces chances possibles de transformation de la fistule, on ne devait pas attendre cet effort spontané; car il y a un moyen fort simple de guérir ces fistules borgnes internes.

Je vous disais tout à l'heure que ce qui s'oppose à la guérison de la maladie, c'est l'étroitesse de la fistule et la position de l'orifice au-dessous du fond de l'abcès. Pour guérir cet abcès, il faut donc agrandir l'ouverture et la prolonger jusqu'en bas, à la peau, de sorte qu'elle soit large et déclive, et donne librement issue au pus sans qu'il puisse s'y accumuler de nouveau; puis on panse comme dans l'opération ordinaire de la fistule à l'anus.

Boyer dit que pour guérir les fistules borgnes internes, il faut aller percer le fond du sac avec un stylet; c'est une opération vraiment impraticable, du moins à l'époque où parlait Boyer; aujourd'hui, elle est devenue facile, grâce à l'emploi du spéculum.

Je procédai donc à l'opération le 13 octobre; le spéculum étant appliqué, j'introduisis dans la fistule un stylet recourbé que je poussai en bas, de manière à sentir son extrémité libre à travers la peau; puis, laissant toujours le spéculum et le stylet en place, j'introduisis un bistouri avec lequel je fendis tous les tissus compris depuis l'orifice de la fistule dans le rectum jusqu'à la peau, au niveau de la saillie du stylet. J'eus ainsi une plaie en tous points comparable à celle qui succède à l'opération de fistule complète.

Depuis lors, il s'est opéré chez ce malade une amélioration considérable; la marche de la guérison a cependant été un peu retardée par ce fait que les mèches n'ont pas été bien supportées, le malade est très irritable, et le contact de ces corps étrangers lui donnait de violentes coliques. Quoi qu'il en soit, la plaie a été chaque jour se rétrécissant, et le malade, complétement guéri, a pu quitter l'hôpital le 27 novembre. — D.

MORPHOLOGIE.

LE JOURNAL DE PHYSIOLOGIE DE M. BROWN-SÉQUARD (1).

Toutes les sciences ont leur époque particulière de développement, fatalement, pour ainsi dire, marquée d'avance par le lien logique qui les unit entre elles, et qui fait du perfectionnement des unes la condition nécessaire du progrès des autres. La physiologie est arrivée à cette période de développement. Les sciences où elle va puiser ses éléments de certitude et auxquelles elle doit demander ses moyens d'investigation sont, sinon constituées, au moins en voie de l'être. La base est construite; et maintenant qu'elle peut marcher d'un pas assuré dans la voie de l'observation directe et de l'expérimentation, les matériaux ne lui manqueront pas pour achever l'édifice. Les faits sont là pour l'attester.

Les problèmes qu'elle a déjà résolus sont innombrables; et, à chaque pas qu'elle fait en avant, il en surgit de nouveaux, plus graves et plus compliqués. Toute science ressort d'elle, à présent; et la philosophie elle-même a dû lui demander la justification de ses théories, et s'incliner devant ses arrêts. Comme toutes les sciences naturelles, parce qu'elle présente un vaste champ d'étude et des routes sans nombre à explorer, elle a plû à l'activité des hommes laborieux, et tenté l'audace des esprits hardis, dédaigneux des sentiers battus. Ceux-là mêmes qui n'ont pas fait de la physiologie pure l'objet spécial de leurs travaux, ont poursuivi, chacun dans sa voie, la recherche de ses applications. Il est peu de questions où elle n'ait apporté sa lumière; il n'est pas de science qu'elle n'ait précisée et fécondée.

Les travaux dont la physiologie a été l'objet depuis le commencement de ce siècle, sont nombreux. On les rencontre partout, disséminés dans les archives de la science; nulle part on ne les trouve réunis. Il est souvent difficile et toujours coûteux de les rassembler. A une époque d'ailleurs où toute une vie d'études suffit à peine à embrasser une des branches de la science dans tous ses détails, le temps est précieux, et toute tentative qui a pour but de l'épargner, peut passer pour une œuvre utile. A ce titre seul, et quand même il ne serait pas un des recueils scientifiques les plus sérieux et les plus complets, le *Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard mériterait d'arrêter notre attention.

Il n'est pas de branche de la science qui ne possède, de nos jours, plusieurs recueils consacrés à l'expression de ses travaux et à la propagation de ses découvertes. Ces recueils, qui font à l'heure de leur apparition office de journaux, constituent plus tard, par leur ensemble, de véritables archives, où les générations ultérieures retrouvent, plus encore que dans les traités dogmatiques et dans les œuvres de longue haleine, l'expression des labeurs de leurs devanciers et la trace des débats qui les passionnèrent. Consultés avec empressement lors de leur publication par les hommes avides de progrès, ils ont encore le privilége d'intéresser plus tard les esprits curieux qui aiment à vivre dans le passé. La science, d'ailleurs, relève autant au moins de l'observation patiente et du travail assidu que du génie de l'homme. Elle n'a chance d'avancer dans l'avenir qu'à la condition de se souvenir du passé. Pour devenir science, elle a besoin de tradition. La génération assez heureuse pour avoir mission de la constituer accomplit sa tâche d'autant plus vite et d'autant plus complètement qu'elle a su mieux s'aider des lumières du passé. Bien peu d'œuvres sont donc en réalité plus utiles à une science que la publication de ces recueils; mais quand cette science est parvenue, comme la physiologie, à sa période de développement, qu'elle procède à la constatation des faits sur lesquels elle établira ses lois, ils lui sont indispensables.

(1) Chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

Le *Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard, tant par l'utilité du but que s'est proposé son honorable rédacteur en chef et qui n'est autre que de créer les annales de la physiologie, que par la direction remarquable qu'il imprime à sa publication, est donc assuré d'un légitime succès. Il était vraiment incroyable qu'en France, à une époque où les esprits les plus distingués s'appliquent à l'étude de la physiologie et lui donnent une impulsion puissante, au moment où ils attachent leurs noms à ses découvertes les plus éclatantes, il n'existât pas un journal qui lui fût spécialement consacré. M. Brown-Séquard, en prenant à tâche de combler cette lacune, a déployé dans cette œuvre le zèle d'un homme dévoué à la science, le talent et l'activité dont étaient déjà garants ses nombreux travaux. Bien que trois numéros seulement de son journal trimestriel aient paru (nous pourrions dire trois volumes), il a déjà pris rang parmi ces recueils dont nous parlions et qui font autorité dans la science. Cette place, si promptement conquise, il la mérite autant par la valeur et la variété des nombreux travaux originaux qu'il renferme que par la conscience et le talent dont M. Brown-Séquard a fait preuve dans l'exposé des progrès de la science.

L'Allemagne, pays des investigations patientes et des études minutieuses, possède, depuis nombre d'années déjà, plusieurs recueils qui font une large part à la physiologie, quand ils ne lui sont pas exclusivement consacrés. Ces recueils, qui sont placés sous les auspices des plus grands noms de la science allemande, et qui sont devenus classiques, ont rendu pour ainsi dire vulgaire, la connaissance de la physiologie parmi les savants d'outre-Rhin. Le journal de M. Brown-Séquard, digne à tous égards de leur être comparé, est appelé à rendre le même service en France. Le soin tout particulier avec lequel l'auteur fait ressortir les nombreuses applications de la physiologie lui vaudra l'attention des praticiens, comme l'importance des travaux originaux que renferme le *Journal de physiologie* lui a déjà assuré le concours de tous les savants.

La médecine doit applaudir à cette publication plus que toute autre science, car nulle, autant qu'elle n'est tributaire de la physiologie. La pathologie tout entière n'en est qu'une des branches, un des points de vue: aussi ses progrès sont-ils intimement liés à ceux de la physiologie. Pour n'en citer qu'un exemple, la pathologie du système nerveux n'a commencé à sortir du chaos d'hypothèses et de contradictions où elle était plongée, que du jour où l'expérimentation a clairement établi la nature, la valeur et le siége des principaux phénomènes de sa physiologie. La connaissance du phénomène devait, en effet, précéder de toute nécessité celle du symptôme, qui n'est, comme on sait, que la forme anormale d'un phénomène.

A ce point de vue, le journal de M. Brown-Séquard est, pour le médecin, une source d'études fécondes, un recueil d'observations pleines d'intérêt. Un grand nombre des travaux qu'il renferme concernent au moins autant la pathologie que la physiologie pure, et ceux même dont l'objet semble s'en écarter davantage, lui touchent encore par plus d'un point important. Les études théoriques ne sont pas, au reste, aussi inutiles à la pratique qu'on a bien voulu le dire; et c'est à elles, autant au moins qu'aux travaux spéciaux à leur art, que les grands praticiens sont redevables de la science qui fait leur supériorité.

Les travaux originaux, qui forment la majeure partie de cette publication, suffiraient, à eux seuls, à lui assigner une des premières places parmi les œuvres de ce genre. La haute position scientifique de M. Brown-Séquard, et la valeur des hommes qui lui prêtent leur concours, en sont, au reste, la preuve la plus certaine. Ces travaux sont trop nombreux pour être, non pas seulement analysés, mais indiqués tous ici. Il n'en est pas un, toutefois, qui n'aborde une des questions importantes de la physiologie, et qui ne lui apporte son tribut d'observations nouvelles ou de considérations ingénieuses. Nous indiquerons d'abord plusieurs mémoires de M. Brown-Séquard, qui, tout en prenant la direction d'une œuvre de cette importance, n'en continue pas moins, avec l'activité qu'on lui connaît, la série de ses travaux scientifiques. Dans l'un de ces mémoires, prenant en considération les propriétés physiologiques et les usages du sang rouge et du sang noir, il est arrivé à établir, par des

l'intermédiaire de la force. L'action est l'exercice de la propriété sollicitée par la force; l'action s'exprime dans la fonction.

Ainsi, la matière organisée jouit de l'aptitude à effectuer, de la propriété d'accomplir les diverses élaborations à l'aide desquelles elle développe sa forme, se nourrit et se régénère; mais elle doit cette aptitude, cette propriété, en un mot, la formativité, à une force formatrice qui met en exercice la propriété et engendre les fonctions conservatrices de l'individu et de l'espèce.

Le muscle possède la propriété de se contracter, la contractilité, et, dans un sens plus général, la matière organique possède chez l'animal la propriété de se mouvoir, la motricité; le muscle se contracte, l'animal se meut dans ses parties ou dans sa masse, et accomplit la fonction de locomotion en vertu de la force motrice.

Le nerf a la propriété de sentir, la sensibilité; mais sa fonction, la sensation, ne s'exerce que sous l'influence de la force sensitive.

En d'autres termes, la propriété sera la faculté d'agir, la cause et l'effet en puissance, l'état intermédiaire entre le stimulus et l'action, entre la force et la fonction.

Trois propriétés se révèlent inconstablement dans l'organisation :

La FORMATIVITÉ, la MOTRICITÉ, la SENSIBILITÉ,

auxquelles correspondent trois forces :

La FORCE FORMATRICE, la FORCE MOTRICE, la FORCE SENSITIVE,

et trois grandes expressions phénoménales :

La NUTRITION, la LOCOMOTION, la SENSATION.

Sous chacun de ces trois chefs viennent se ranger tous les actes élémentaires, irréductibles les uns dans les autres, et irréductibles aux lois de la physique et de la chimie; actes qui donnent à l'organisme sa physionomie caractéristique et distincte de l'activité exclusivement physique et chimique des agrégats minéraux.

Nous avons dit: actes élémentaires; en effet, qu'on ne l'oublie pas, une fonction est ordinairement un acte complexe dans la direction duquel interviennent les lois de la physique générale à côté des lois de la vie, et ce sont celles-ci seulement qui couvrent les faits de formativité, de motricité, de sensibilité.

Il n'est pas de faits, offrant un caractère radicalement étranger à ceux qui ressortissent aux lois de la physique générale, qui ne puissent, sans effort, se ranger sous les trois forces vitales que nous avons reconnues. Sans doute, ces forces ont quelques modes divers, mais ils convergent toujours vers trois types d'action qui sont la seule expression réelle du mouvement vital. Il est donc parfaitement inutile de multiplier, soit les propriétés, soit les forces; certains physiologistes tendraient même à une simplification, et la force nerveuse engloberait pour eux la sensibilité et la motricité. Barthez, au contraire, attribuait — nous ne devons plus dire à l'organisme, mais, pour parler son langage, au principe vital — deux ordres de forces : 1° les forces motrices divisées en forces musculaires, de contraction, de dilatation, de situation fixe et en forces toniques; 2° les forces sensitives, sensibilité locale et sensibilité générale. En outre du défaut de subdiviser à l'excès, cette conception est en plusieurs points insoutenable devant la physiologie moderne.

Si au lieu d'avoir égard aux forces, on considère plus particulièrement les propriétés, on semble encore plus disposé à les pluraliser. Tel le professeur Gerdy qui n'en admettait pas moins de dix-sept. — Bichat n'en reconnaissait que cinq; c'était trop, et pas assez cependant puisqu'il omettait la formativité. Au delà de ces comptes nous trouverons encore des propriétés sinon nouvelles, du moins présentées sous un nom qui affectait la nouveauté, dans les théories modernes de Haller, Brown, Rasori et Broussais (irritabilité, excitabilité, contre-stimulus).

En définitive, tout nous autorise à réduire en trois groupes compacts les seuls faits authentiques, qui, grâce à leur irréductibilité, se présentent jusqu'à présent comme l'apanage exclusif de l'organisation.

---

expérimentations nombreuses, que, sous le rapport de ces propriétés, le sang artériel et le sang veineux ne diffèrent essentiellement que par les quantités d'oxygène et d'acide carbonique qu'ils renferment. Passant ensuite à l'étude de ces propriétés, il a démontré que tous les tissus contractiles et tous les tissus nerveux peuvent, après avoir complétement perdu leurs propriétés vitales, les recouvrer sous l'influence du sang chargé d'oxygène. En même temps, il a noté les conditions les plus favorables au retour de ces propriétés sous cette influence. Dans un autre travail, sur les causes de mort après l'ablation du point vital, M. Brown-Séquard, attaquant, non pas la célèbre expérience de M. Flourens, mais les conséquences qu'en a tirées cet auteur, s'efforce de démontrer que la mort est due, dans cette circonstance, non pas à l'absence du point vital, mais à l'irritation produite sur la moelle allongée. Le *Journal de physiologie* renferme encore plusieurs mémoires importants de M. Brown-Séquard, et parmi lesquels nous citerons, comme ayant trait plus spécialement à la médecine : Nouvelles recherches sur l'importance des fonctions des capsules surrénales ; — Sur la sensibilité tactile et sur un moyen de la mesurer dans l'anesthésie et dans l'hyperesthésie ; — Sur des faits nouveaux concernant l'épilepsie consécutive aux lésions de la moelle épinière ; — Recherches sur la physiologie et la pathologie de la protubérance annulaire.

Nous signalerons encore l'intéressant mémoire de M. Claude Bernard sur les variations de couleur dans le sang veineux des organes glandulaires, suivant qu'ils sont à l'état de fonction ou de repos, mémoire dont il n'est pas un journal de médecine qui n'ait reproduit au moins les conclusions, et que M. Claude Bernard a complété, en le publiant dans le *Journal de physiologie*, par l'exposé des expériences sur lesquelles il repose.

Dans un important travail sur la digestion, M. F.-G. Smith, professeur à Philadelphie, qui vient de répéter sur Alexis St-Martin les célèbres expériences déjà pratiquées par W. Beaumont sur ce même sujet, essaie d'établir que le principal agent de l'acidité du suc gastrique est l'acide lactique. D'autre part M. Blondlot, dans un mémoire publié dans le numéro suivant, contestant la valeur des conclusions de M. Smith, nie à peu près complétement la présence de l'acide lactique dans le suc gastrique, dont le principe acide, suivant lui, n'est autre que l'acide phosphorique.

Nous mentionnerons encore un travail sur l'origine du sucre dans l'économie animale, par M. A. Sanson, de Toulouse, travail qui tendait à infirmer la valeur des célèbres expériences de M. Claude Bernard, et dont l'Académie de médecine, tout en en reconnaissant le mérite, n'a pas cru devoir adopter les conclusions.

Nous ne pouvons quitter le chapitre des mémoires originaux sans citer deux intéressants mémoires de M. Ch. Robin, l'un sur la muqueuse et l'épithélium utérins, l'autre sur les globules rouges du sang ; un travail de M. G. Colin, sur l'origine du sucre contenu dans le chyle, et les recherches de M. Ch. Rouget sur les organes érectiles de la femme. Enfin nous devons mentionner les noms de MM. Verneuil, Coulier, Tholozan et Broca, qui tous ont publié dans le *Journal de physiologie* des travaux intéressants à divers titres.

M. Brown-Séquard ne s'est pas contenté d'assurer à son œuvre le concours des physiologistes les plus distingués, tant en France qu'à l'étranger, et de rendre son journal accessible à tous les travaux importants, quelle que fût d'ailleurs la doctrine scientifique qu'ils vinssent soutenir ou combattre. Il a compris que sa publication ne serait complète qu'à la condition d'embrasser le mouvement physiologique dans son ensemble, et de tenir compte de tous les travaux de quelque valeur parus en dehors de son journal. La plupart y sont analysés ou reproduits par extraits ou en entier, suivant leur importance. Les travaux étrangers occupent également une large place dans cette publication ; et les relations nombreuses de M. Brown-Séquard avec les savants des autres pays, sa connaissance approfondie de la plupart de leurs langues, assurent l'exactitude et la valeur de ce travail critique, qui emprunte, du reste, au savoir et au talent de l'auteur, une importance toute particulière.

E. Faligan.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Décembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des rapports sur différentes épidémies par MM. les docteurs Yvonneau, de Blois ; Lemaire, de Cosne (Nièvre) ; Causard, de Châtillon-sur-Seine ; Antellet, de Civray ; et Plissard, de Frasnay-le-Ravier. (Com. des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les docteurs Niepce, sur les eaux minérales d'Allevard (Isère) ; Cazaintre, sur les eaux de Rennes (Aude) ; Cabrol, sur l'établissement militaire thermal de Bourbonne, pendant l'année 1857. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Arnolt, de Londres ; Marquez, de Colmar ; Regnault, de Bourbon-l'Archambault ; Humbert et O. Henry fils, et Willemin, de Strasbourg, lauréats de l'Académie.

2° Une lettre de M. le docteur Bertherand, directeur de l'École de médecine d'Alger, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Com. des correspondants nationaux.)

3° Une note du même médecin sur les sources salines d'Hammam-Mélouâme (province d'Alger). (Comm. des eaux minérales.)

4° Une notice sur le rétrécissement du vagin, consécutif à l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines, par M. le docteur Anselmier. (Comm. MM. Danyau et Robert.)

5° Quelques réflexions sur le croup, par M. le docteur Delfrayssé, de Pradines (Lot).

6° Une note sur l'emploi du coton comme hémostatique infaillible dans les hémorrhagies par piqûres de sangsues, par M. le docteur Jacquez, de Lure. (Comm. M. Blache.)

7° Une note de M. le docteur Jules Lecoq, relative aux vaccinations qu'il a pratiquées sur les hommes du 1er régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg. (Comm. de vaccine.)

M. le Président annonce que M. le docteur Denis, de Commercy, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Devergie dépose sur le bureau, au nom de M. Hédouin, une brochure sur les *fongosités utérines*.

M. le Président annonce que l'Académie a fait deux nouvelles pertes en la personne de M. Gueymarn, membre correspondant et voyageur ; et en celle de M. Bérarn, membre titulaire.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement annuel de son bureau.

Président. — Sur 57 votants,

M. Cruveilhier obtient . . . 55 suffrages.
M. Falret 1
Bulletin blanc 1

Vice-Président. — Sur 54 votants,

M. J. Cloquet obtient . . . 50 suffrages.
M. Larrey 1
M. Trousseau 1
M. Cruveilhier 1
M. Depaul 1

Secrétaire annuel. — Sur 45 votants,

M. Devergie obtient . . . . 39 suffrages.
Bulletin blanc 2
M. Würtz 1
M. Piorry 1
M. Hervez de Chégoin . . . 1
M. Depaul 1

Premier membre du Conseil. — Sur 43 votants,

M. J. Cloquet obtient . . . 39 suffrages.
Bulletin blanc 1
M. Gavarret 1
M. Jolly 3

Second membre du Conseil. — Sur 43 votants,

M. Jolly obtient . . . . . . 37 suffrages.
M. Hervez de Chégoin . . . 2
M. Chevallier 2
Bulletin blanc 1
M. Chatin 1

Troisième membre du Conseil. — Sur 41 votants,

M. H. de Chégoin obtient . . 35 suffrages.
M. Chevallier 2
Bulletin blanc 1
Chatin 3

En conséquence, le bureau de l'Académie est composé ainsi qu'il suit pour l'année 1859 :

Président, M. Cruveilhier ;
Vice-Président, M. J. Cloquet ;
Secrétaire annuel, M. Devergie ;
Membres du Conseil : MM. J. Cloquet, Jolly et Hervez de Chégoin.

M. Garnier, plusieurs fois appelé, ne répondant pas, et rien n'étant à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Medical Times and Gazette. — Mai 1858.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE ENKYSTÉE DE L'ORBITE ; DÉPLACEMENT DE L'IRIS EN AVANT ET PERTE DE LA VISION ; OPÉRATION ; GUÉRISON. — Elis. P..., 28 ans, admise à l'hôpital ophthalmique du Sud, le 4 janvier 1858. Depuis plus d'un an, saillie de la pupille en avant, avec inclinaison en bas et diminution de la mobilité, mais sans dilatation. A l'examen ophthalmoscopique, rien d'apparent si ce n'est un état congestif des vaisseaux de la rétine et de la choroïde. Sous la paupière supérieure tendue, se sent une tumeur lobulée, du volume environ d'une fève. Pas d'autre tumeur en aucune partie du corps. Depuis six semaines, affaiblissement graduel de la vue, au point de ne plus pouvoir, lors de l'entrée à l'hôpital, reconnaître le visage des personnes, ni distinguer les caractères imprimés. Jamais de diplopie ni de sensations imaginaires (spectra).

Par une incision transversale pratiquée sur la paupière supérieure, M. Z. Laurence, chirurgien de l'hôpital, mit à découvert la petite tumeur sentie avant l'opération ; mais il reconnut aussitôt qu'elle n'était qu'une portion insignifiante d'une excroissance volumineuse qui remplissait l'orbite en dehors et s'étendait profondément dans cette cavité. Il l'enleva, partie avec l'instrument tranchant, partie à l'aide de l'index gauche. Le sang jaillit abondamment, mais l'hémorrhagie fut arrêtée presque immédiatement au moyen de l'eau froide. Pour tout pansement, un gâteau de charpie fut placé sur la plaie. Au bout d'une couple de jours, les bords de celle-ci étaient réunis, sans aucune suppuration dans l'orbite, et la pupille avait repris sa situation normale ; la malade pouvait distinguer les personnes et les caractères imprimés, et depuis les fonctions de l'œil se sont rétablies de jour en jour. — La tumeur pesait plus d'une demi-once, était lobulée à sa surface, et renfermée dans un kyste solide de tissu cellulaire. A l'œil nu, sa section présentait l'aspect de l'encéphaloïde, et sous le microscope les caractères du tissu cancéreux se reconnaissaient distinctement. — Ce cas offre à noter, dit l'auteur, quelques traits remarquables : 1° L'exacte délimitation de la tumeur au tissu cellulaire de l'orbite, sans s'étendre ni à l'œil lui-même, ni au nerf optique, ni aux muscles oculaires ; 2° l'absence d'inflammation et de suppuration, malgré l'étendue considérable de l'excavation laissée dans l'orbite par le fait de l'opération ; 3° enfin, point le plus remarquable peut-être, l'existence d'une tumeur cancéreuse de l'orbite, à l'âge qu'avait atteint la malade (28 ans), les auteurs (Wardrop, Desault cité par Boyer, etc.) ayant noté la fréquence beaucoup plus grande du cancer de l'œil ou de l'orbite chez les enfants que chez les adultes. — G.

LOMBRIC AYANT PÉNÉTRÉ DANS LE FOIE PENDANT LA VIE. — Le professeur Mattei a fait connaître un cas observé par lui, de lombrics ayant pénétré dans le foie ; c'est un exemple de plus de ce rare accident. Sur le cadavre d'un homme âgé de 40 ans, dont le canal intestinal renfermait de nombreux lombrics, deux parties de la surface convexe du foie présentant une saillie assez marquée, une incision y fut faite, et, dans l'un et l'autre de ces points un de ces ascarides fut mis à découvert. Les cavités où ils étaient logés, un peu plus larges que le volume de chacun de ces vers, contenaient un liquide trouble tenant des globules de pus en suspension et un grand nombre d'œufs de ces animaux ; elles étaient tapissées d'une couche de fibrine concrétée, et le parenchyme environnant était injecté et induré comme par l'effet d'une inflammation chronique, preuve évidente que les lombrics avaient pénétré dans l'organe hépatique longtemps avant la mort. — (*Annali Omodei*, vol. CLXI.)

SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE OU PAVILLON DE L'OREILLE ; RÉUNION. — Une femme, âgée de 70 ans, étant tombée du haut en bas d'un escalier, eut le pavillon de l'oreille presque entièrement détaché, de telle sorte que cette partie n'était plus retenue que par une petite portion de la peau formant un lambeau de peu d'épaisseur. Le docteur Linoli, appelé immédiatement auprès de la blessée, tenta d'obtenir la réunion, en maintenant réciproquement en contact les surfaces saignantes. Après avoir lavé les parties divisées avec de l'eau tiède, il les rapprocha et les retint dans leurs rapports naturels au moyen de bandelettes et d'un bandage approprié. Le sixième jour l'adhésion était parfaite, et au bout de moins d'un mois la guérison fut complète, avec cette exception toutefois que la sensibilité du pavillon demeura obtuse. — (*Annali Omodei*, vol. CLXI.)

CANCER DU TESTICULE CHEZ UN ENFANT EN BAS AGE. — L'augmentation du volume de la glande fut remarquée pour la première fois alors que l'enfant avait dix-sept mois. L'ablation en fut faite dix mois plus tard, en mars 1857. Le testicule, qui avait alors la grosseur du poing d'un adulte, offrait un bel exemple de cancer encéphaloïde. Après l'opération, la santé de l'enfant se rétablit et resta intacte pendant huit mois. Au bout de ce temps, les poumons se prirent, la maladie marcha rapidement et la mort arriva le 7 février, onze mois après l'opération. L'autopsie fit voir les deux poumons infiltrés de matière encéphaloïde ; un petit noyau gros comme un pois fut trouvé dans le foie, sans aucune autre altération des organes abdominaux. Il n'existait aucune trace d'infiltration cancéreuse ni dans le cordon spermatique ni dans les ganglions lymphatiques des lombes. Ce fait offre de l'intérêt au point de vue de la doctrine de la transmission héréditaire des affections cancéreuses : deux tantes de l'enfant, du côté paternel, étaient mortes de cancer du sein.

INFLUENCE DU PROLAPSUS DE L'UTÉRUS SUR LES VOIES URINAIRES. — Le professeur Düben a montré à la Société médicale de Stockholm une pièce anatomo-pathologique consistant en un prolapsus incomplet de l'utérus, avec prolapsus et inversion prononcés du vagin, et dans laquelle les uretères, comprimés par l'utérus déplacé, avaient, ainsi que les bassinets des deux reins, subi une dilatation notable, la substance propre du rein étant atrophiée. Le professeur Retzius a trouvé sur un cadavre, avec un prolapsus utérin considérable, les deux reins atrophiés, tandis que leurs bassinets étaient excessivement dilatés et que les uretères, dilatés également, avaient deux fois autant de longueur que dans l'état normal. La vessie était très large et épaissie dans sa partie inférieure. La portion de cet organe dans laquelle pénètrent les uretères, se trouvait comprimée entre l'arcade du pubis et l'utérus prolabé et augmenté de volume. L'urètre était également fortement recourbé, allongé et comprimé contre l'arcade pubienne, et un pli de sa membrane muqueuse venait faire saillie à l'orifice externe. Le déplacement de l'utérus avait donné naissance à la rétention d'urine avec ses conséquences. — (*Monats für Gebartskund*, Band IX.)

ANÉVRYSME VARIQUEUX ; COMPRESSION DIGITALE. — Un homme âgé de 27 ans entra à l'hôpital de Milan, dans le service de M. Gherinis, portant un anévrysme variqueux du volume d'une noix, situé au pli du bras, résultant d'une saignée faite quarante jours auparavant. Trois aides s'étant offerts spontanément pour faire l'un après l'autre la compression digitale, celle-ci fut pratiquée vers la partie moyenne du bras, de manière à intercepter à peu près le courant sanguin. Au bout de trois heures et demie environ, toute pulsation avait cessé de se faire sentir dans la tumeur qui était devenue petite et dure. On cessa alors la compression, et l'on fit des applications froides, sous l'influence desquelles la tumeur continua à diminuer de volume. Le malade fut renvoyé comme guéri dix jours après, et lorsqu'on le revit au bout de quelques jours, aucune apparence de battement ne put être retrouvée. — (*Omodei Annali*, vol. CLXIII.)

DIABÈTE CONSÉCUTIF A UN COUP SUR LA TÊTE. — Une femme, depuis peu confiée aux soins du docteur Todd, à King's College, pour être traitée des suites d'une violence extérieure sur la tête, a présenté un exemple intéressant de la présence du sucre dans l'urine, consécutivement à la commotion des organes encéphaliques. Tombée dans un escalier, elle avait été apportée à l'hôpital, présentant de nombreuses contusions du cuir chevelu avec une hémiplégie et de la raideur du côté droit. L'urine, examinée le vingtième jour, avait une pesanteur spécifique de 1021, et contenait une petite quantité de sucre. Le sucre diminua ensuite dans une mesure imperceptible, et la pesanteur spécifique tomba. La paralysie du mouvement ne disparut pas, et les muscles affectés subirent un certain degré d'atrophie. Il n'y avait aucun motif de supposer que le sujet de cette observation fût diabétique avant son accident. — G.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 153. DOUZIÈME ANNÉE. **Samedi 25 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Départements,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

—

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris :*

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès ;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Bélier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs ;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont, pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier ;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial ;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbatier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées dans les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adressant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 24 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le comité secret par lequel s'est terminée la séance précédente, a été consacré à entendre le rapport de la section de zoologie et d'anatomie comparée. M. Duméril, au nom de cette section, a présenté la liste des candidats pour la place de correspondant devenue vacante par suite du décès de M. Temminck. — Étaient proposés : en première ligne, M. Baër, de St-Pétersbourg. En seconde ligne, et par ordre alphabétique, MM. Carus, Delle Chiaje, Purkinje, Rathke.

Dans la séance suivante, c'est-à-dire lundi dernier, l'Académie a procédé par la voie du scrutin à l'élection de ce membre correspondant.

Sur 50 votants, M. Baër a obtenu 49 suffrages, et M. Delle Chiaje, 1. En conséquence, M. Baër a été nommé correspondant de la section de zoologie et d'anatomie comparée.

M. le Secrétaire perpétuel a mentionné parmi les pièces de la correspondance :

Une note de M. Meyer sur un nouveau moyen de mesurer les pesanteurs spécifiques.

— Un ouvrage de M. Marc d'Espine, de Genève, intitulé : *Essai analytique et critique de statistique mortuaire.* L'auteur fait remarquer que cet ouvrage est essentiellement médical et propre à éclairer d'une lumière certaine la plupart des questions d'étiologie. Il est, sur la proposition de M. le Président, renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— Un travail très intéressant, dit M. Flourens, est présenté par M. Blanchard, aide-naturaliste au Muséum, sur la portion du système nerveux qui, chez les animaux articulés, est l'analogue du grand sympathique chez les vertébrés.

— M. Flourens rappelle ensuite qu'il y a quinze jours, il a annoncé avoir reçu de M. Pouchet un mémoire dont il avait demandé à l'Académie la permission de ne pas l'entretenir sur-le-champ, n'ayant pas eu le temps d'en prendre suffisamment connaissance.

M. Pouchet est un observateur d'un incontestable mérite : le grand prix de physiologie expérimentale lui fut décerné naguère par l'Institut, à propos de sa *théorie positive de l'ovulation.* M. Pouchet, reprenant une question que l'on croyait jugée, apporte, en faveur des générations spontanées, des expérimentations d'une valeur considérable, et qui vont quelque peu démonétiser les superbes raisonnements à l'aide desquels on démontrait la radicale absurdité de l'hypothèse des générations spontanées. Les meilleurs esprits et les plus savants hommes de ce temps ont commis cette faute, d'oublier que la science du lendemain s'est toujours faite avec les prétendues absurdités de la veille, et qu'il est plus qu'imprudent, à notre époque, de décréter l'impossibilité de ce que l'on ne connaît pas.

M. Flourens, lui-même, s'est laissé glisser sur cette pente, et il a prouvé quelque part que les générations spontanées n'étaient pas possibles. Il a peut-être raison, et les expériences de M. Pouchet ne seront certainement pas acceptées sans discussion, ou du moins, elles seront, pour exactes qu'on les tienne, interprétées de diverses manières. Mais, enfin, si M. Flourens a peut-être raison, cela veut dire qu'il a peut-être tort, et qu'on ne doit pas trancher d'une manière absolue des problèmes aussi obscurs et aussi ardus que celui-là.

M. Pouchet annonce donc à l'Académie, que s'étant placé dans les conditions exigées par tous les physiologistes, en d'autres termes, s'étant assuré que les substances qu'il mettait en contact et laissait agir sous son observation, ne contenaient aucun germe vivant; il a vu néanmoins se développer spontanément des êtres classés. Ainsi dans de l'eau préalablement portée et maintenue à l'ébullition, eau n'ayant de contact qu'avec de l'air lavé dans de l'acide sulfurique, M. Pouchet a été témoin du développement d'infusoires qui, envoyés à M. Montagne, ont été reconnus par ce savant pour des *Aspergélius*, nom que leur avait déjà donné M. Pouchet.

Le mémoire envoyé à l'Académie contient une deuxième série d'expériences entreprises par MM. Pouchet et Houzeau; expériences plus sévères encore que les premières, dans lesquelles l'eau et l'air employés ont été formés artificiellement par des moyens de laboratoire, et qui, néanmoins, ont donné les mêmes résultats, à savoir, le développement d'infusoires déterminés.

Nous reviendrons bien probablement sur cette importante question, lorsque nous aurons lu le mémoire dont il s'agit. M. Pouchet étant membre correspondant, il n'a pas été nommé de commission pour l'examen de ses travaux.

M. le Secrétaire perpétuel donne ensuite connaissance d'une communication d'un autre ordre, très importante aussi, et sur laquelle de nombreuses discussions ont eu lieu, à savoir : la non-existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme. C'est M. Emmanuel Rousseau, aide-naturaliste au Muséum, qui soumet à l'Académie de nouvelles recherches, desquelles il résulte que l'os

---

Feuilleton.

—

CAUSERIES.

Triste fin d'année! Je pense aux deux grandes pertes que vient de faire la famille médicale par la mort de M. Bonnet, à Lyon, et de M. Bérard, à Paris. Tout ce qui pouvait être dit sur ces deux hommes remarquables, et dans un moment si rapproché de leur mort, a été dit, à Lyon, dans l'éloquent discours de M. Sauzet; à Paris, dans le suprême adieu prononcé par M. Ménière. Recourez à ces sources, vous qui voulez vous rendre compte du deuil que cette double mort a répandu sur la médecine lyonnaise et sur la Faculté de Paris. Intelligence d'élite, philosophe et littérateur, écrivain et professeur, dogmatiste et clinicien, M. Bonnet possédait les plus rares aptitudes. M. Bonnet eût brillé d'un vif éclat sur un théâtre plus retentissant encore que celui qu'il avait choisi, et l'on peut dire que s'il avait des émules et des rivaux dans la chirurgie contemporaine, il n'y reconnaissait pas de supérieurs. La médecine lyonnaise s'honore elle-même en voulant honorer la mémoire de cet illustre confrère par l'érection d'un monument. Nous espérons que solidaire de toutes ses gloires, comme elle doit l'être de tous ses intérêts, la famille médicale française ne laissera pas nos confrères de Lyon payer seuls ce tribut à leur compatriote. Arrière de nos esprits et de nos cœurs un étroit et aride sentiment de localité. L'égoïsme du clocher, sous quelque nom qu'il se déguise, n'en est pas moins un stérile égoïsme. La famille médicale qui est une dans ses aspirations et dans ses souffrances, qui marche vers l'unité dans la satisfaction qu'elle réclame pour ses intérêts moraux et professionnels, doit être une aussi pour honorer ses grandes renommées. Aussi, est-ce avec empressement que l'UNION MÉDICALE ouvre dans ses bureaux et fait connaître la souscription, déjà ouverte à Lyon, pour l'érection d'un monument à la mémoire de M. Bonnet, si rapidement et d'une façon si imprévue enlevé à notre science. Avec un égal empressement, nous faisons à nos lecteurs la même communication pour la souscription ouverte à Montpellier pour l'érection de la statue de Barthez, souscription qui a été provoquée par un admirable discours prononcé par M. le professeur Bouisson, à la séance de rentrée des Facultés. Sachons nous honorer nous-mêmes, si nous tenons à être honorés par le public.

Bérard aîné, intelligence qui n'a pas donné tout ce qu'elle pouvait donner. Il y a douze ou quinze ans, Bérard s'arrêta tout à coup dans sa marche, ascendante jusque-là. La peur d'être atteint d'un mal affreux, d'un cancer de l'estomac, vint attrister sa vie, flétrir ses espérances, l'a rendre comme indifférent à la gloire qu'il pouvait si légitimement ambitionner. Quelques années plus tard, il devait être atteint d'une affection plus réelle et qui cependant, quoiqu'il dût en mourir, lui causa beaucoup moins de souci que son mal imaginaire. Qui n'a connu Bérard que dans les dernières années de sa vie, n'a pas connu cette fine et délicate intelligence, ce caractère aimable et charmant, cette douce indulgence, ce causeur spirituel, toutes ces brillantes facultés qui faisaient de Bérard un Philinte accompli et très recherché. O mystère de l'esprit humain! La première attaque de sa dernière maladie avait transformé ce Philinte en Alceste. Cet esprit tolérant jusqu'à l'insouciance, qui s'était contenté jusque là d'être un admirable vulgarisateur, que l'affirmation semblait effrayer, qui exposait avec une lucidité incomparable les opinions des autres sans oser montrer la sienne; ce savant doux et sensible qui, comme Haller, n'avait jamais osé porter le couteau ou les tenailles sur les pauvres bêtes vouées aux expériences des physiologistes; une petite rupture dans la substance nerveuse, quelques gouttes de sang épanchées dans l'encéphale, et tout cet ensemble psychologique s'est transformé en un instant. Voilà cette nature jusque là quiète et presque indolente, travaillée par une activité dévorante et fiévreuse; cet esprit timide aux conclusions, devenir singulièrement affirmatif; ce caractère tolérant, se montrer irritable à la contradiction; cette inoffensive humeur devenir aggressive; cette compassion pour les bêtes, se changer en un désir immodéré d'expérimentations cruelles. Et tout cela, dit l'anatomie pathologique, parce qu'autour du foyer hémorrhagique s'est fait un travail de désorganisation et de ramollissement de la pulpe cérébrale. Singulière propriété de la matière qui, en s'altérant, donne une activité nouvelle et plus grande à la fonction! N'est-ce pas un peu l'histoire de cette jeune fille de l'hôpital Saint-Louis, qui eût effrayé de ses passions lubriques l'infâme auteur d'un infâme roman. Elle meurt, on ouvre son crâne; l'organe qui commande, dit-on, aux facultés génésiaques, le cervelet, était complètement détruit. Organicisme, voilà de tes coups!

Avec Bérard s'éteint, du moins pour le moment, toute une méthode d'enseignement à la Faculté de médecine de Paris. Il était le dernier mais non pas le moins remarquable représentant de cette pédagogie qui prend plus de souci d'enseigner la science de tous que de faire prévaloir sa science propre, de cette École qui a pour maîtres : en anatomie, Béclard; en chimie, Orfila; en botanique, Richard; en physique, Pelletan; en clinique, Chomel; et lui, Bérard, en physiologie. École des vulgarisateurs de la science, École précieuse, indispensable aux élèves de nos Écoles qui viennent y chercher un enseignement essentiellement éclectique et qui plus tard, seulement, pourront recevoir l'enseignement critique. Les jeunes esprits veulent d'abord savoir, *tout* savoir; *bien* savoir est le fait d'un âge plus mûr et le résultat de l'expérience, hélas! presque toujours douloureuse.

Ces idées d'enseignement me ramènent vers la Faculté de médecine. Malheureuse Faculté! A aucune époque, que je sache, elle n'a vu tant de chaires vacantes dans son sein. Quatre professeurs à nommer, en ce moment! Que d'ambitions en éveil! Chaire d'anatomie, chaire de physiologie, chaire de pathologie externe, chaire de pharmacie, que de belles luttes si le concours n'eût été aboli! On sait comment les choses se passent aujourd'hui : la Faculté se réunit et présente ses candidats; à son tour le Conseil académique, qui a aussi droit de présentation, présente les siens, et le ministre de l'instruction publique choisit un candidat dans cette double liste qu'il soumet à la nomination de l'Empereur. Nous avons indiqué les candidats de la Faculté pour les chaires d'anatomie et de pathologie chirurgicale. Le Conseil académique n'a rien changé à la liste de la Faculté pour la chaire d'anatomie; mais, pour la chaire de pathologie externe, il a introduit en première ligne le nom de M. Michon, passé sous silence par la Faculté.

Je pourrais bien remplir les six colonnettes de ce feuilleton du récit des agitations — pour m'employer que la plus parlementaire des expressions — que cette quadruple vacance a fait naître autour de la Faculté. Mais

inter-maxillaire existe chez tous les mammifères, chez tous les singes, même chez les orangs-outangs, et qu'il n'y a absolument que l'homme qui n'en offre pas de traces.

M. Flourens, au nom de MM. Barral et Gidde, fait hommage à l'Académie du 14me volume des *Œuvres d'Arago ;* ce volume forme le cinquième et dernier des Notices scientifiques.

M. Milne-Edwards dépose sur le bureau le 4me volume de son *Traité d'anatomie et de physiologie comparées*.

M. le Président annonce qu'à cinq heures moins un quart l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de la section de géographie et de navigation.

M. Chevreul lit une longue note sur de nouveaux travaux de M. Niepce de St-Victor, relatifs à la lumière ; cette lecture prend tout le reste de la séance, malgré les instantes prières d'abréger qu'adresse M. le Président à M. Chevreul.

M. Dumas, pressé par l'heure, se réserve la parole pour la prochaine séance, et donne seulement lecture d'une courte, mais très importante lettre de M. Pasteur, relative aux phénomènes de la fermentation alcoolique.

— Dans la séance précédente, M. Édouard Robin avait adressé à l'Académie la note suivante :

« L'électricité est-elle un agent anesthésique ? D'une part, les courants électriques peuvent développer une chaleur d'une grande intensité, fondre et volatiliser les métaux, agglomérer les sables, etc. ; d'autre part, la chaleur et l'électricité provoquent es combinaisons qui doivent donner naissance à des produits stables ; tout porte donc à croire que, sous l'influence des courants électriques suffisants et convenablement dirigés, l'oxygène du sang entre en combinaison et disparaît en totalité ou en partie. Mais, quantité de faits le prouvent, le sang convenablement désoxygéné n'est plus propre à entretenir la sensibilité et la contractilité générales, l'anesthésie sera par conséquent produite dans les parties où se trouvera le sang ainsi modifié par un courant électrique.

» C'est par ce mode d'action, suivant moi, que souvent l'électricité a produit d'excellents effets dans le traitement des maladies nerveuses. C'est parce qu'on agissait sans comprendre, que souvent le résultat n'était pas obtenu, qu'on déterminait parfois l'excitation au lieu de la sédation, que l'électricité paraissait capricieuse, et que les faits constatés en Amérique sur l'anesthésie galvanique ont été accueillis en France et en Angleterre avec tant d'incrédulité.

» Quant à moi, je le pense depuis longtemps, selon qu'elle est faible ou intense, l'électricité est très propre à produire soit l'excitation, soit l'anesthésie : mes recherches sur les causes de la mort par la foudre, publiées il y a plusieurs années, conduisaient nécessairement à ces résultats, qui auraient, en effet, été donnés alors si je n'avais pas discontinué mes travaux.

» Ma théorie ne montre pas seulement d'où vient le pouvoir anesthésique de l'électricité, elle montre aussi les conditions à remplir pour atteindre ce résultat. Des expériences où l'on met en en pratique mes principes, sont entreprises et vont être continuées. »

Enfin, dans la même séance, M. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, avait fait connaître les résultats des observations ozonométriques et thermométriques recueillies en Crimée, pendant l'année 1856, par MM. Scrive, Leroy et Méry, médecins en chef des ambulances. M. le docteur Berigny, de Versailles, avait été chargé par M. le ministre de dépouiller ces notes. Le travail de M. Berigny montre que dans chacun des postes d'observation, plus les papiers ozonométriques ont été colorés à l'air libre, plus il y a eu de malades ; et qu'au contraire, le nombre des malades a été en raison inverse de l'élévation de la température.

Dr Maximin LEGRAND.

PATHOLOGIE.

DE L'URÉTRITE CHRONIQUE ; — DE SES CAUSES (1) ;

Par le docteur L.-Aug. MERCIER.

On a vu précédemment que si je regarde comme parfaitement démontrée l'influence d'un dérangement des organes digestifs, je ne suis pas également convaincu que ce soit purement par sympathie ; je mets cependant hors de doute l'action qu'ont certaines maladies de la fin de ce conduit sur la vessie et l'urètre. Et, en effet, ces organes sont si voisins, ont des rapports si intimes de vascularité et d'innervation ! Aussi n'est-il pas rare, lorsque le rectum est affecté de fissures, de fistules, de cancer et surtout d'hémorrhoïdes, de voir se manifester du côté de la partie profonde de l'urètre des phénomènes de spasme ou de congestion qui, dans beaucoup de cas, dégénèrent en une véritable inflammation chronique. Il a suffi de la présence d'ascarides vermiculaires dans cet intestin pour produire les mêmes effets.

Hippocrate avait lui-même reconnu que la strangurie peut être l'effet de l'inflammation du rectum, et, ajoute-t-il avec raison, de celle de l'utérus (*De fistul.* et *Aphor.*, 58, sect. V). Galien est allé plus loin encore en disant que lorsqu'une femme est affectée de dysurie ou d'ischurie, on doit soupçonner que ces phénomènes ont leur source dans la matrice. (*De loc. aff.*, t. VII, p. 324 de l'édition de Chartier). L'observation des siècles qui les ont suivis n'a fait que confirmer celle de ces deux pères de la médecine ; et comment pourrait-il en être autrement ? Il y a non seulement voisinage immédiat entre les appareils génital et urinaire de la femme, communauté de vaisseaux et de nerfs, mais encore continuité de tissus, puisque leur muqueuse est la même. (Cons. mes *Rech. sur les valv.*, p. 102.)

Les maladies des organes génitaux de l'homme peuvent-elles également déterminer l'urétrite soit par sympathie, soit par extension ? Cela est probable ; mais il faut convenir que si l'on voit tous les jours des inflammations passer de l'urètre à la prostate, aux canaux spermatiques, aux testicules, et jusqu'à la tunique vaginale, il est excessivement rare de leur voir suivre une marche contraire.

J'ai démontré dans le premier volume de mes *Recherches,* que les hypertrophies séniles de la prostate ne sont pas de nature inflammatoire comme beaucoup le pensaient. Il n'est cependant pas rare qu'elles causent une inflammation de l'urètre ; mais cela tient à la gêne qu'elles amènent dans le cours de l'urine, aux efforts qu'elles nécessitent, au congestions sanguines qui en sont l'effet et au passage répété des instruments qu'elles rendent souvent indispensable.

Je crois avoir cité ailleurs l'histoire d'un malade qui avait été opéré d'un sarcocèle. Au bout de quelque temps, l'affection cancéreuse repullula sur l'extrémité du cordon et il se manifesta en même temps des symptômes d'urétrite chronique. On pourrait croire que cette dernière affection a été la conséquence de la première ; néanmoins je dois dire que je ne m'étais pas suffisamment enquis, avant l'opération, de l'état du canal pour affirmer qu'il n'était pas le siége d'une phlegmasie dont ce que j'ai observé pourrait n'avoir été que l'exaspération.

J'ai remarqué que l'inflammation chronique de la région prostatique coïncide souvent avec le varicocèle. Qu'il y ait alors un lien entre ces deux maladies, je le crois ; mais je suis encore à sa recherche. J'ai, du moins, lieu de penser que, dans un certain nombre de cas, ce sont des effets d'une même cause, d'un exercice prématuré et exagéré des organes sexuels et particulièrement de la masturbation : cela m'a paru incontestable chez un jeune sujet que j'ai traité dernièrement.

Maintenant que nous venons d'étudier l'influence qu'ont sur l'urètre les maladies des autres organes, voyons quelle est celle de la constitution et du tempérament du sujet.

On sait qu'il est un tempérament qui dispose particulièrement aux affections chroniques, c'est le *lymphatique*. Les inflammations ne sont pas rares chez ceux qui le présentent ; mais elles n'acquièrent presque jamais un haut degré d'acuité, et, outre qu'elles ne marchent qu'avec lenteur vers leur terminaison, l'absence presque complète de douleur fait souvent qu'on n'apporte pas dans leur traitement toute la sévérité nécessaire. De plus, l'abondance des liquides séreux qui caractérise ce tempérament fait non seulement que les membranes muqueuses secrètent habituellement beaucoup, mais aussi qu'il est difficile de ramener cette sécrétion à sa quantité normale, du moment qu'une surexcitation quelconque l'en a fait sortir. Or, cette activité trop grande tend à perpétuer indéfiniment l'inflammation dont elle était primitivement l'effet. Il faut donc surveiller avec soin une urétrite qui survient chez les personnes lymphatiques, quels qu'aient été son origine et son début.

Le vice *scrofuleux* s'allie le plus souvent au tempérament lymphatique ; cependant ces deux états ne se confondent pas. Il n'est pas rare, en effet, de voir des sujets d'une constitution éminemment sèche présenter des signes indubitables de scrofule, et il semble même que celle-ci, semblable en cela aux inflammations, marche alors beaucoup plus vite que chez les sujets lymphatiques.

J'ai rapporté, page 78 de mes *Recherches sur les valvules du col de la vessie,* publiées en 1844, l'observation d'un malade de 21 ans, brun, grand, ayant la poitrine large, et d'une continence parfaite à tous égards, qui me fut amené en 1838, pour de petites tumeurs, très dures, du volume d'une aveline, bien circonscrites et disposées en chapelet sur le cordon et l'épididyme gauches. Point d'autre symptôme général ou local. Cependant, ce que j'appris de la santé et de la mort de son père et un acné qui existait sur la majeure partie du corps, me firent soupçonner une disposition scrofuleuse et j'administrai l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, des tisanes amères et des purgatifs. Ce traitement fut long, mais suivi d'une santé parfaite et de la disparition de l'engorgement.

Mais dans l'automne de 1842, sans autre cause connue qu'un travail sédentaire trop assidu et peut-être aussi quelques chagrins, ce jeune homme fut pris de rougeurs qui se montraient en diverses parties du corps, principalement aux jambes. Ces rougeurs s'accompagnaient d'œdème sous-cutané et se dissipaient ensuite après avoir offert les différentes nuances de l'ecchymose en voie de résolution. Je prescrivis des amers et cet état se dissipa pendant l'hiver.

En août 1843, digestions pénibles, avec palpitations, étouffements, et accès de fièvre ; puis, au bout de quelques jours, éruption cutanée qui avait tous les caractères d'une urticaire. Cette affection se dissipa ; mais il resta toujours une notable difficulté des digestions, des douleurs tantôt d'un côté, tantôt de l'autre de la poitrine et une disposition extrême aux érythèmes cutanés. En même temps quelques douleurs se firent sentir au col de la vessie, particulièrement pendant la sortie de l'urine ; une sensibilité vive,

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 juin, 10 août et 9 octobre.

---

je ne veux pas perdre une si belle occasion de me taire. Les avertissements de la presse libre sont trop dédaignés et trop malignement interprétés, dans certains milieux, pour que la presse ne doive pas dignement s'abstenir. J'émets le vœu que tous les choix soient guidés par le pur intérêt de l'enseignement et des élèves.

A l'Académie de médecine, trève et silence jusqu'aux premières séances de janvier. Alors, avec M. Malgaigne, reparaîtra la question du tubage de la glotte et de la trachéotomie ; et si l'éloquent académicien peut faire revenir l'opinion publique des impressions qu'elle a déjà reçues, certes, il remportera une grande victoire.

A propos de victoire, ne gâtons pas celle que l'homœopathie nous a forcés à remporter sur elle par des manifestations inopportunes. Nous avons reçu un nombre considérable de communications sur cette affaire ; nous en remercions vivement nos correspondants, mais nous leur demandons la permission de n'en pas faire usage ; le bon goût, la modération, la charité nous le commandent. Tout ce que nous pouvons faire nous le faisons, en livrant impartialement au public *tous* les documents qui ont figuré au procès. Ce recueil s'imprime avec autant de rapidité que possible, nous espérons pouvoir le distribuer aux souscripteurs dans les derniers jours de décembre.

Amédée LATOUR.

COMPTE-RENDU DU BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

CÉLÉBRATION DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE CETTE SOCIÉTÉ.

La Société médico-pratique a célébré, le 26 octobre dernier, dans les salons des Frères-Provençaux, le cinquantième anniversaire de sa fondation. Tous les médecins et chirurgiens composant cette honorable Société avaient tenu à honneur d'être présents à cette charmante solennité ; malheureusement quelques-uns en furent empêchés, soit par des deuils de famille, soit par la maladie ; néanmoins la réunion était encore nombreuse, et c'était plaisir de voir tous ces collègues unis pour la plupart par les liens d'une étroite amitié déposer, en entrant dans le sanctuaire du plaisir et de la bonne chair, le bonnet doctoral pour se livrer avec une ardeur toute juvénile aux épanchements d'une sincère et touchante confraternité.

Cela est vrai, et nous saisissons avec empressement l'occasion qui se présente de le constater publiquement : la Société médico-pratique n'est pas seulement une des plus anciennes Sociétés savantes auxquelles l'Hôtel-de-Ville de Paris accorde une hospitalité toute désintéressée, elle est encore une de celles dans lesquelles sont mis en pratique avec le plus de vigueur, et, disons-le aussi, avec le plus d'abandon, les sentiments d'estime réciproque et de bienveillance confraternelle ; aussi, est-ce surtout de cette charmante réunion qu'on peut dire avec le plus de raison que c'était véritablement une fête de famille.

Au dessert, le président actuel, M. le docteur Archambault, a pris la parole pour féliciter la Société de sa longévité, de ses succès et de ses aspirations vers un avenir toujours plus prospère, tout en rendant hommage et justice aux vigoureux efforts et aux généreux sentiments des honorables fondateurs. Il a terminé son discours par des remercîments à la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait de le choisir pour son président.

Cette courte allocution, prononcée d'une voix émue, et écoutée avec un pieux recueillement, a été accueillie par des applaudissements qui ont dû montrer à M. Archambault le prix que la Société attache à toute production émanant d'un bon esprit et surtout d'un bon cœur.

Puis est venu le tour de l'archiviste, M. le docteur Compérat, qui, dans une complainte empreinte d'un atticisme du meilleur aloi, et composée tout exprès pour la circonstance, a su si bien s'emparer des facultés hilariantes de son auditoire, que celui-ci, dans un joyeux enthousiasme, a cru devoir voter séance tenante, l'impression dans le feuilleton de l'UNION MÉDICALE de cette charmante composition, qu'il a fallu arracher, pour ainsi dire de vive force, à la modestie de son auteur.

Décidément Rabelais n'est pas mort sans postérité, ainsi qu'on a pu en juger par les couplets chantés par notre confrère et qu'il appelle tout simplement *une charge en dix-sept temps.*

Lorsque les joyeux applaudissements provoqués par cette charmante épître, débitée avec des intonations qui en rehaussaient encore la finesse et le mérite, eurent cessé, la parole a été donnée à notre spirituel confrère M. le docteur Toirac, qui, lui aussi, avec cette diction qui n'appartient qu'à lui seul a su, comme toujours, émerveiller l'assemblée par ses compositions littéraires, récélant sous une forme légère un grand fond de philosophie.

On ne pouvait clore une pareille fête d'une façon plus agréable et plus spirituelle à la fois.

Dr J. GIMELLE.

Il n'est pas un de nos lecteurs, s'il eût eu le plaisir d'assister au banquet de la *Société médico-pratique*, qui n'eût applaudi des deux mains les charmants couplets de notre aimable confrère M. Compérat. Mais il en est des couplets comme de certaines fleurs qu'il ne faut voir et sentir que dans le milieu qui les vit naître. Ailleurs elles perdent leur éclat et leur parfum. L'entrain d'une réunion joyeuse, la petite pointe de champagne donnent de l'opportunité à ce qui la perdrait inévitablement dans une froide publication lue par des lecteurs à froid. Que la *Société médico-pratique* veuille donc nous excuser de ne pas déférer à son vote sur l'insertion dans le feuilleton de l'UNION MÉDICALE de la spirituelle chanson de son archiviste.

A. L.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur A. Thierry, membre de la commission départementale, ancien directeur de l'Assistance publique pendant les jours difficiles qui suivirent le 24 février 1848, vient de mourir à Paris.

— M. le docteur Denys est mort mercredi matin à Orléans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Il était âgé de 52 ans seulement.

— Nous lisons dans le *Glaneur de l'Allier :*

« La mort vient de nous ravir un de nos concitoyens, justement aimé et apprécié de tous ceux qui l'ont connu. Le vénérable docteur Giraudet a cessé de vivre. Un cortége nombreux l'a pieusement accompagné jusqu'à sa dernière demeure. Deux de ses collègues, MM. Choisy et Secretain, dignes interprètes du sentiment public et du corps médical de l'arrondissement de Gannat, ont prononcé de consolantes paroles. Puissent-elles adoucir la légitime douleur de l'honorable famille dont le défunt était le chef ! »

partant du bassin, remontait vers l'aine *droite*; le cordon parut engorgé à sa sortie de l'anneau et bientôt cet engorgement gagna de plus en plus, jusqu'à ce qu'il eût atteint l'épididyme. La pression des parties engorgées était très douloureuse. A mesure que la sensibilité s'étendait vers le testicule, elle abandonnait le col de la vessie. Bien plus, l'engorgement du cordon ne tarda pas à être moins sensible, à cesser ses progrès; au mois de novembre, il était en voie de résolution et les douleurs nulles. L'épididymite a toujours été, sous tous les rapports, moins marquée que l'inflammation du cordon. Les moyens employés furent: une application de sangsues à l'anus, application qui paraît amortir la sensibilité du cordon, un vésicatoire camphré au bras, tous les jours de la tisane amère et un mélange de poudre de rhubarbe et de magnésie à doses légèrement laxatives. Suspensoir, exercice quotidien et modéré.

Mais, vers le milieu de décembre, les douleurs de poitrine se prononcèrent de plus en plus; les étouffements augmentèrent, l'appétit diminua et les forces baissèrent rapidement. La percussion et l'auscultation qui, jusqu'alors, n'avaient fourni que des résultats douteux annoncèrent évidemment des tubercules pulmonaires; ceux-ci arrivèrent rapidement à la suppuration, et, du moment que des cavernes existèrent, aucun érythème ne se montra. Mort dans les premiers jours d'avril 1844.

Je me demande aujourd'hui si, lorsque des signes d'inflammation se manifestèrent du côté des voies urinaires, il n'y avait pas quelque altération des urines; néanmoins, si l'on remarque qu'avant tout autre symptôme, une affection très probablement tuberculeuse s'était déjà produite du côté du canal spermatique gauche, que plus tard des phénomènes d'inflammation se manifestèrent à chaque instant vers la peau, que cette inflammation, ainsi que celle des organes génito-urinaires, s'amendèrent sitôt que la poitrine se prit, ne sera-t-on pas porté à croire qu'il y avait un lien commun entre ces diverses affections? Nous verrons, d'ailleurs, que l'anatomie pathologique nous fournit des preuves plus incontestables encore de la nature strumeuse de certaines urétrites (1).

L'influence du vice *herpétique* sur la production de l'urétrite chronique ne fait pour moi l'objet d'aucun doute. Lefébure Saint-Ildephont affirme que personne ne l'avait signalée avant lui. (*Mém. clin. sur les mal. vén.*, p. 249; Utrecht; 1780.) B. Vigaroux (*Chir. prat.*, p. 169) et Lallemand (*Des pertes sém.*, chap. IV et X) en ont publié plusieurs exemples. Au rapport de Chopart, un homme de 50 ans, qui n'avait jamais eu de maladie vénérienne, mais avait été sujet à des « boutons dartreux » au scrotum, fit disparaître un jour ces boutons à l'aide d'une pommade dessiccative. Six mois après il eut de la difficulté à uriner, des douleurs dans la vessie, et il rendit des urines troubles et rougeâtres. Le cours de ce liquide était quelquefois gêné et interrompu; des hémorrhoïdes bordaient l'anus et rendaient tantôt du sang et tantôt une humeur puriforme (*Mal. des voies urin.*, t. II, p. 104). Nombre de fois j'ai vu l'inflammation de la muqueuse urétrale accompagner les affections cutanées ou succéder à leur disparition, comme dans le cas précédent, ou les remplacer. M. Patissier a cité un fait de ce dernier genre (*Dict. des sciences méd.*, t. LVI, p. 293); en voici un du premier. Je le prends parmi plusieurs autres exemples d'urétrites dartreuses que j'ai publiés dans mes *Recherches sur les valvules :*

Un homme, depuis longtemps sujet à des démangeaisons à la peau, a des enfants qui paraissent, comme lui, disposés aux affections cutanées. L'un d'eux, garçon de 4 ans, porte depuis six à huit mois, sur la région hypogastrique, de larges plaques croûteuses qui, quelquefois s'étendent jusqu'à la racine de la verge. Chaque fois que l'affection cutanée prend plus d'acuité, me dit la mère, il souffre dans le canal et éprouve beaucoup de difficulté à uriner. Je conseille des purgatifs répétés, des tisanes amères et des bains sulfureux. Jamais le traitement n'a été fait d'une manière complète. Malgré cela, la maladie de peau diminua et avec elle les difficultés d'uriner.

Si une urétrite peut survenir spontanément sur un dartreux, on devine facilement ce qui arrive si un sujet ainsi prédisposé vient à contracter une blennorrhagie : celle-ci fera pour ainsi dire appel au principe général qui viendra presque infailliblement s'y joindre et la rendre extrêmement tenace.

Il suffit, pour comprendre l'espèce de solidarité que je viens d'exposer, de se rappeler l'analogie de texture et de fonctions qui existe entre la peau et les muqueuses en général; mais il se pourrait qu'il y eût quelque chose de plus dans le cas particulier dont je traite : « C'est une vieille remarque, dit M. Prout, que certaines formes de maladies cutanées sont souvent accompagnées d'un dépôt d'acide lithique. » (*On stomach and renal deseases*, 4e édit., p. 198.) G. Blane a appelé l'attention sur la fréquence des désordres calculeux chez ceux qui sont atteints d'affections impétigineuses (*Diss. on sev. subj. of med. sc.*, p. 203). Lorry a signalé la même coïncidence (*De morbis cut.*, p. 65); je dois ajouter cependant que M. Rayer dit n'avoir pas rencontré de cas analogues (*Mal. des reins*, t. I, p. 55). De son côté, M. Coulson a noté, et en cela je suis complétement de son avis, qu'il n'est pas rare de rencontrer des urines très acides, très irritantes, contenant une grande quantité d'urate d'ammoniaque, en même temps que des éruptions à la peau, des envies de vomir le matin, etc. (*On diseases of the Bladder*, etc., 3e édit., p. 40.). Souvent, en effet, les affections dartreuses ont leur source dans un dérangement des fonctions digestives, et nous verrons qu'on en peut dire autant de la diathèse urique.

(1) Hecker admet une « gonorrhée scrofuleuse originelle produite par l'application d'un pus scrofuleux sur les organes génitaux d'une personne non atteinte de scrofules. » (*Loc. cit.*, p. 190.) Il faudrait plus qu'une assertion pour qu'un pareil fait pût être accepté.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DU GOITRE ET DU CRÉTINISME ET DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE CES DEUX AFFECTIONS; par le docteur J.-P.-A. FABRE, de Meironnes (Basses-Alpes), avec quatre planches. — Paris, Labé, 1857, un volume in-8° de 300 pages.

Malgré les travaux remarquables publiés en France — pour ne parler que de notre pays — dans ces dernières années, par MM. Cerise, Ferrus, Morel, Fauconneau-Dufresne, Baillarger, etc.; malgré les statistiques dressées par M. le docteur Niepce pour certains départements voisins des Alpes; malgré les recherches de MM. Bouchardat, Boussingault, Grange et Chatin; malgré, enfin, le rapport de la commission instituée par le gouvernement sarde pour étudier les causes de ces deux infirmités et les moyens d'y remédier; les conditions pathogénésiques du goitre et du crétinisme, du crétinisme surtout, sont encore enveloppées d'obscurité. Cela tient, selon M. le docteur Fabre, à ce que dans l'étude qu'on en a faite, on a isolé l'une et l'autre ces deux affections, au lieu de chercher leurs rapports et l'influence que la première exerce constamment sur le développement de la seconde. C'est pour montrer ces rapports de subordination génésique que M. Fabre a publié son livre; rapports qu'il formule ainsi : « Pour moi, dit-il, je suis convaincu que le crétinisme dans les enfants suppose, lorsqu'il est endémique, la préexistence du goitre à l'état de développement considérable chez les ascendants. »

L'auteur, dans la première partie de son ouvrage, étudie d'abord l'anatomie du corps thyroïde; ses rapports avec les vaisseaux artériels et veineux qui vont au cerveau, à la région cervicale de la moelle épinière; ses rapports avec la trachée-artère, etc. Après avoir rappelé les incertitudes des physiologistes relativement aux usages présumés du corps thyroïde, il se range à l'opinion que le docteur Maignien a exposée dans un mémoire soumis à l'Académie des sciences et qui a été, en 1850, reproduite par M. Michel, dans sa thèse soutenue devant la Faculté de Paris.

Selon M. Maignien, que cite M. Fabre, le corps thyroïde serait le régulateur des actes essentiels de la vie, ou, en d'autres termes, le régulateur de la circulation cérébrale. « Il doit être, dit M. Maignien, le compresseur des vaisseaux carotidiens. En effet, d'un côté un point d'appui solide, la colonne vertébrale, de l'autre, un appareil musculaire bien approprié à la masse thyroïdienne, qu'il a pour objet de déprimer, et, entre le point d'appui et la puissance, des canaux à parois dépressibles (les artères carotidiennes).

» En supprimant, dit-il encore, les lobes thyroïdiens, ou en détruisant l'appareil musculaire qui les bride, le trouble ne tarde pas à paraître dans les fonctions nerveuses centrales. Leur présence serait donc nécessaire pour harmonier le cours du sang qui se rend aux centres nerveux. »

L'auteur s'appuie encore sur certaines observations anatomiques de M. Maignien, particulièrement relatives à l'éperon carotidien, pour faire voir que la compression exercée sur ces artères par la thyroïde, détermine l'*inégale* distribution du sang dans le cerveau, en faisant prévaloir la circulation carotidienne externe sur l'interne; celle-ci n'envoyant plus aux lobes antérieurs du cerveau toute la quantité de sang qui doit les vivifier, gêne leur développement et le libre exercice de leurs fonctions.

Le goitre s'opposerait donc à l'abord libre du sang vers le cerveau et à l'égalité nécessaire de sa répartition dans cet organe; en diminuant la force d'impulsion de l'ondée sanguine, il annulerait en partie ces mouvements de soulèvement total du cerveau qui, selon Bichat, sont l'un des moyens par lesquels le cœur à sang rouge tient sous sa dépendance les phénomènes cérébraux; mouvements qui, en comprimant régulièrement les sinus de la dure-mère, favorisent le retour du sang veineux dans la poitrine; d'où il résulterait, en somme, des troubles dans la nutrition du cerveau, sa congestion habituelle, et, de plus, des altérations de composition du sang, par suite de la respiration que rendrait difficile, et de l'hématose que rendrait incomplète la compression de la thyroïde sur la trachée, jointe aux causes antérieurement signalées.

Maintenant, les grandes fonctions ainsi troublées, le crétinisme en est-il la conséquence immédiate? Non. « Peu sensibles chez les goitreux issus de parents non infectés, dit M. Fabre, ces changements n'influeront sur les générations qui naîtront de cette lignée, de manière à produire des crétineux ou des demi-crétins, qu'autant qu'il surviendra dans la même famille d'autres goitreux, ce qui augmente à chaque génération les effets directs et réflexes du goitre sur l'organisation, la vitalité du cerveau, sur toute l'économie enfin, et prépare l'invasion du crétinisme le plus complet. »

On le voit, la thèse que soutient et que développe M. le docteur Fabre n'est autre que la thèse déjà explicitement formulée par Fodéré dans le passage suivant : « Le crétinisme et ses diverses nuances sont *toujours* un héritage du père ou de la mère, c'est-à-dire que ces dérangements supposent déjà ou la même maladie dans les parents, ou du moins un goitre volumineux. »

A cette doctrine, on a fait plusieurs objections. On a dit : Le goitre ne peut être cause du crétinisme, parce que la fréquence du crétinisme n'est point en rapport avec le goitre, les goitreux n'étant pas toujours entachés de crétinisme, ni les crétins toujours goitreux; parce qu'il se trouve des crétins entièrement privés de goitre, et que le degré de crétinisme n'est pas toujours en raison directe du volume de cette tumeur; parce que, enfin, on rencontre des individus portant un goitre volumineux, sans présenter le moindre indice de crétinisme.

La seule condition des générations successives que nous avons indiquée plus haut, répond en partie à ces objections. M. Fabre les discute d'ailleurs avec tous les développements qu'elles comportent. On comprend que nous ne puissions pas le suivre dans cette discussion, non plus que dans celles qui sont relatives aux points de vue très variés du vaste sujet qu'il traite.

Nous n'avons nulle compétence pour décider ces questions délicates et obscures, encore controversées par les hommes spéciaux de nos jours. Nous dirons simplement quelle impression nous a faite la lecture de l'ouvrage de M. Fabre. Il nous a, du commencement à la fin, très vivement intéressé. Étudiant son sujet sous toutes ses faces, et poursuivant les causes du goitre et du crétinisme dans la constitution du sol, dans la composition des eaux, de l'air, dans les conditions économiques, morales, sociologiques, dans les différents milieux, en un mot, où vivent les populations affectées de ces vices, il a su présenter une monographie pleine de variété, de mouvement, et, par conséquent, d'attrait à l'esprit du lecteur.

Toutefois, bien que la doctrine dont il se constitue le défenseur, paraisse, après lecture, très séduisante, très probable même, il manque quelque chose pour que la conviction soit entière, et ce quelque chose, c'est la démonstration d'un point qui est, à la vérité, indiqué deux fois dans l'ouvrage de M. Fabre; une fois à la table, l'autre fois à la page 84, mais, enfin, qui n'est qu'indiqué, à savoir : « les altérations profondes du système cérébro-spinal, qui sont la conséquence du goitre et qui se lient à l'histoire du crétinisme; » voilà simplement ce qu'il fallait démontrer, et c'est ce que M. Fabre, nous le regrettons, n'a pas fait. Les trois observations que rapporte l'auteur (à la page 182 et suiv.), comme preuves de l'influence du goitre sur le cerveau, observations trop sommaires, incomplètes, et qui n'ont aucune relation avec le crétinisme, ne peuvent évidemment pas remplacer cette démonstration absente.

Nous laissons de côté quelques critiques de détail, d'une valeur très secondaire relativement à celle qui précède; nous aurions pu, par exemple, lui reprocher quelque confusion dans la disposition de ses matériaux, dans l'ordonnance générale de son livre; après l'avoir lu, il est difficile de retrouver les passages qu'on recherche; nous aurions pu encore trouver peut-être excessive l'importance qu'il accorde, sur l'autorité de Bichat, au défaut de symétrie des organes pairs; qui ne sait maintenant que Bichat lui-même avait un cerveau très irrégulièrement développé? Un des lobes était beaucoup plus volumineux et plus prolongé antérieurement que l'autre; M. Bérard professait, dans ses cours, qu'il était impossible de distinguer, à la seule inspection, le cerveau d'un homme de génie, de celui d'un crétin; il citait nous ne savons plus quel physiologiste célèbre qui déclara, après examen, que le cerveau de Laplace avait appartenu à un idiot, etc. Encore une fois, nous passons, parce que notre intention est bien moins de juger au fond le livre de M. Fabre que de le signaler à nos lecteurs. Avant de critiquer, nous aurions, d'ailleurs, bien des choses encore à louer sur lesquelles nous sommes aussi obligé de passer sans nous y arrêter. Ainsi, la note A, placée, à cause de son étendue, à la fin du volume et relative à la claudication endémique dans les pays froids et montagneux est certainement très remarquable; il en est de même des considérations très élevées dans lesquelles entre l'auteur lorsqu'il aborde les moyens prophylactiques du crétinisme, etc. Enfin, il est des pages que nous aurions voulu mettre textuellement et tout entières sous les yeux du public médical; ce sont celles où M. le docteur Fabre, recherchant les causes du goitre endémique, indépendamment de la composition des eaux, qui est, à ses yeux, la cause principale du développement du corps thyroïde; ce sont, disons-nous, les pages où l'auteur expose la manière de vivre des habitants d'un grand nombre de communes des Hautes-Alpes.

Que le lecteur, s'il n'est pas trop fatigué, nous permette de lui soumettre quelques traits de ce sombre tableau :

« Vers la fin d'octobre ou commencement de novembre, les habitants passent en partie leurs journées, et bientôt leurs veillées, dans une écurie creusée et bâtie en partie dans la terre, et dans laquelle ils vivent en société avec leurs bestiaux. L'air de ces étables est tellement humide par la vapeur pulmonaire résultant de la respiration des animaux, et par les exhalaisons et les vapeurs du fumier en fermentation, qu'après quelques heures de séjour dans cette atmosphère les vêtements s'imprègnent de ces vapeurs, et fument si l'on se place près d'un feu de cheminée ou d'un poêle.....

» Dans d'autres villages de la vallée du Queirasc, on couche dans les écuries; paillasse, draps de lit et couvertures sont plus humides que les habits.....

» Dans ces étables ou plutôt dans ces caveaux, les fumiers restent entassés pendant plus de six mois, *parce que l'on a besoin de la chaleur résultant de la fermentation du fumier pour réchauffer la famille*, celle que donnent l'entassement et la respiration des bestiaux étant insuffisante. L'hygromètre y atteint le plus haut point de saturation.

» Cette vallée voit l'hiver commencer à la mi-août. A cette époque, les rosées du matin blanchissent les prairies de la montagne; les douaniers du Mont-Genèvre et des autres parties élevées des Alpes, couchés dans leurs sacs à pied, sont couverts de givre; les faucheurs et les autres personnes occupées de la fenaison passent les nuits dans des cabanes humides; les bergers et les agriculteurs reçoivent, à ciel ouvert, la pluie qui trempe leurs vêtements à peine séchés à la longue par le vent, un peu de soleil, et plus souvent par la chaleur du corps. »

Il y a loin de là à l'apostrophe du Mantouan :

O fortunatos nimium...

Voulez-vous savoir comment se nourrissent ces pauvres gens?

« L'habitant de Risoul se nourrit de pain de seigle, de soupes aux choux, de raves, de courges, de haricots, de pois, préparées avec de la graisse rance de mouton ou de brebis;

» Celui de Vinadio, Aisone, etc., de châtaignes, de farine de maïs, de pommes de terre, et *ne mange pas habituellement de pain.*

» Les habitants de quelques autres pays, des derniers produits du laitage, de soupe aux herbes.

» Presque tous font abstinence de viande, de thé, de café, etc.

» ..... Joint à cela qu'on est trop ménager de sel comme assaisonnement, et ce qui le prouve, c'est l'usage familier aux testateurs et aux mourants de consigner dans leur acte de dernière volonté qu'il sera fait, comme aumône ou libéralité, sur leurs biens, une distribution de sel aux pauvres.

» Les coutumes sont là ce qu'elles étaient il y a plusieurs centaines d'années. On peut citer la commune de Céliac (Hautes-Alpes comme type de cet état où l'autorité du maire gouvernait patriarchalement la commune; celle de Fours, arrondissement de Barcelonnette, où le maire, investi de pleins pouvoirs par la confiance de ses administrés, terminait toutes les contestations qui s'élevaient entre eux et avait reçu le surnom de *tout-puissant.* »

Nous nous arrêtons à regret et nous renvoyons le lecteur, curieux de plus amples renseignements, à l'ouvrage même de M. le docteur Fabre.

Dr Maximin LEGRAND.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

The Lancet. — Juillet 1858.

MENSTRUATION CONTINUANT PENDANT LA GROSSESSE; par le docteur GRAILY HEWITT. — Mary B..., 25 ans, mariée depuis six ans. Les règles se sont montrées chez elle pour la première fois à l'âge de 12 ans; elles ne venaient que tous les deux mois; pendant six mois elle cessa complétement de les voir, puis elles revinrent, mais cette fois d'une façon définitive et à intervalles fixes d'un mois lunaire; elle avait alors 14 ans; jusqu'à l'époque de son mariage, elle n'a jamais éprouvé la moindre irrégularité des règles; peu de temps après être mariée, elle devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant vivant. Pendant tout le temps de sa grossesse, elle affirme qu'elle avait tous les quatorze jours un écoulement de sang qui lui durait trois ou quatre jours chaque fois, et qui, revenant toujours d'une manière périodique, persista ainsi jusqu'au terme de l'accouchement. Il faut ajouter cependant que ce sang était plus pâle que celui des règles avant la grossesse. Elle nourrit son enfant pendant six mois, et durant tout ce temps elle n'eut pas une seule fois ses règles. Elle redevint une seconde fois enceinte, et présenta pendant toute cette grossesse les mêmes symptômes qu'à la première; elle nourrit son second enfant pendant quinze mois sans jamais voir ses règles. L'écoulement menstruel, depuis qu'elle a cessé de donner à téter, est habituellement abondant; il dure six ou sept jours, se prolongeant quelquefois même jusqu'à douze ou treize jours.

Il n'y avait aucun motif de mettre en doute les faits annoncés par cette malade, quelque singuliers qu'ils fussent; mais il était intéressant de les vérifier; c'est ce que l'on a eu l'occasion de faire récemment. Chez elle, la menstruation était parfaitement régulière et toujours abondante, comme nous l'avons déjà dit; il y a sept mois environ, on observa de nouveau les symptômes d'une grossesse commençante : malaise le matin, douleurs dans les jambes et dans le dos, semblables à celles qu'elle éprouvait à ses deux premières grossesses; à la même époque, la menstruation commença à se déranger, l'irrégularité que l'on avait primitivement observée se présenta de nouveau, les règles revenaient à peu près tous les quinze jours, et en petite quantité. Ces symptômes qu'elle avait déjà observés deux fois lui firent croire qu'elle était enceinte; en effet, le ventre grossit et les seins, augmentés de volume, devinrent douloureux. Il y a environ trois semaines, elle glissa dans la rue sur une écorce d'orange, et tomba par terre : douze heures après, elle eut des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement, mais beaucoup plus faibles, et elle rendit par le vagin une substance comme charnue, accompagnée d'un certain écoulement de sang; la malade avait fait une fausse couche. L'abdomen diminua aussitôt de volume, et, depuis lors, il est toujours resté petit.

Ce fait, intéressant par lui-même, peut se rapprocher de ceux que cite Désormeaux, qui dit : L'apparition des règles en petite quantité et à une époque inusitée, est un signe presque certain de conception. » En effet, c'est à ce seul symptôme que la femme dont nous venons de parler reconnaissait qu'elle était enceinte, et cela pendant trois grossesses successives.

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN CHEZ UNE FEMME DE VINGT-NEUF ANS; par le docteur C. COATES. — A. E..., 29 ans, domestique, vient à l'hôpital, se plaignant de dérangement des fonctions de l'estomac et d'une faiblesse générale excessive. Elle est de taille moyenne, d'un développement musculaire médiocre et présente l'aspect cireux de la peau, ordinaire chez les chlorotiques. Elle raconte que depuis treize ou quatorze ans sa santé s'est altérée sensiblement, bien qu'elle n'eût pas de maladie aiguë; depuis cette époque, elle est incapable de faire un travail un peu fatigant, ce qui l'a obligée à quitter plusieurs bonnes places qu'elle occupait. C'est au moment de la puberté que sa santé a commencé à se déranger et qu'il lui est survenu de violentes douleurs dans le dos et dans la tête; depuis lors jusqu'au moment où je la vis, elle éprouva régulièrement tous les mois les mêmes symptômes, qui duraient trois ou quatre jours, puis disparaissaient graduellement. *Jamais elle n'avait été réglée.* Pendant plusieurs années, elle suivit constamment les traitements qui lui furent indiqués par différents médecins et prit une quantité incroyable de médicaments pour faire venir ses règles; toutes ces tentatives restèrent sans résultat. D'après son propre récit, elle se fit traiter pendant sept ans comme malade externe aux consultations d'un hôpital, mais elle n'en tira aucune amélioration. La véritable nature de la maladie semble n'avoir jamais été soupçonnée chez cette femme, car elle affirme que pas un médecin ne lui a proposé d'examiner l'état des parties génitales.

Telle est l'histoire abrégée des antécédents de cette malade jusqu'au moment où elle vint réclamer mes conseils. Je procédai à un examen scrupuleux de la poitrine et de l'abdomen, mais je n'y pus découvrir rien de particulier, si ce n'est qu'elle avait un développement anormal des seins, donnant à la main la sensation d'une hypertrophie du tissu adipeux plutôt que glandulaire. Comme tous les symptômes dont se plaignait cette femme étaient évidemment liés à la non-apparition des règles, et soupçonnant d'ailleurs un arrêt de développement d'une partie quelconque des organes génitaux, je la soumis à l'examen de ces parties, et je trouvai l'état suivant : à l'extérieur, le mont de Vénus et les grandes lèvres sont bien développés; en écartant celles-ci, on aperçoit le clitoris qui a son volume et son aspect normal; mais le méat urinaire ne se trouve pas dans sa position normale à la base du vestibule. A un quart de pouce au-dessous du clitoris, on voit deux petites lèvres rudimentaires entourant une petite ouverture qui a un bord en forme de croissant, assez semblable à l'hymen, mais un examen attentif fait voir que cette ouverture n'est pas celle du vagin, mais bien celle de l'urètre; ce canal, beaucoup plus large qu'à l'état normal, a environ deux pouces de long, et son orifice externe n'est qu'à un huitième de pouce au-dessus de la fourchette. Il n'y a pas trace de vagin. La longueur du périnée est d'un pouce un quart. Le doigt, introduit par le rectum, trouve un petit corps, du volume d'un haricot, mobile entre le rectum et la vessie; c'est probablement l'utérus à l'état rudimentaire. On sentait parfaitement l'ovaire droit normalement développé, le gauche manquait, ou bien il était situé trop haut pour que le doigt pût l'atteindre.

Tels sont les résultats donnés par deux examens attentifs pratiqués à différentes époques; il est évident que l'on ne peut songer à guérir cette femme par une opération quelle qu'elle soit. Elle avoue qu'elle éprouve parfois des désirs sexuels, et que plusieurs fois elle a été demandée en mariage, mais qu'elle a dû refuser, sachant qu'elle avait quelque chose d'anormal dans la conformation de ses organes génitaux.

Pendant les périodes correspondantes aux règles, je prescrivis des apéritifs salins, et des sédatifs, dont elle se trouva beaucoup soulagée; dans les intervalles, je lui fis prendre des préparations ferrugineuses qui améliorèrent notablement son état général. Il me semble qu'il n'y a pas autre chose à tenter chez cette femme, qui n'aura de soulagement réel et permanent que lorsque l'âge critique aura ramené sa santé à ce qu'elle était avant l'époque de la puberté.

OBLITÉRATION DE L'ORIFICE EXTERNE DU COL UTÉRIN; TRAITEMENT; par le docteur ROUTH. — Sarah W..., domestique, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 5 mai 1858, pour s'y faire traiter d'une aménorrhée datant de onze mois. A cette époque, elle est accouchée d'un enfant mort-né et déjà en putréfaction après un travail qui, à ce qu'elle raconte, avait duré cinq jours et cinq nuits et avait dû être terminé par l'emploi des fers; elle n'eut aucun accident du côté des seins; les lochies durèrent plus d'un mois.

Elle a suivi un traitement général tonique, composé de fer et d'aloès, pendant les trois derniers mois avant son entrée à l'hôpital, dans le but de provoquer le retour des règles, mais on ne put y réussir. Deux fois on lui pratiqua la cautérisation du col utérin sans obtenir aucun résultat. La malade n'est pas très pâle, mais elle est faible, elle a toujours mal à la tête et ressent de vives douleurs dans le dos et les membres inférieurs. Elle a de la leucorrhée assez abondante, d'une odeur nauséabonde, et de laquelle se dégagent des bulles de gaz infecte.

L'examen au spéculum montre l'état suivant : col utérin normal, son orifice externe est béant, mais le doigt introduit dans la cavité du col ne pénètre pas à plus d'un pouce de profondeur; là on trouve un obstacle invincible à travers lequel on ne peut pas introduire même le plus petit stylet. Cet état suffit parfaitement à expliquer l'aménorrhée.

Opération. — L'utérus étant fortement attiré en bas par des pinces à double griffe, on introduit dans la cavité du col, parallèlement à l'axe du vagin, un bistouri que l'on fait pénétrer dans l'étendue de 1 centimètre environ. Par cette nouvelle ouverture, on fait passer une sonde de gomme élastique que l'on pousse à une certaine profondeur : après quelques minutes, on retire ce bout de sonde et on le remplace par une petite flèche de bois très mince, enveloppée de coton et parfaitement huilée. Ce pansement est laissé à demeure dans l'orifice de nouvelle formation, et changé tous les jours; au bout de trois ou quatre jours on y substitue un cône d'éponge préparée. Bientôt l'orifice du col utérin est assez dilaté pour admettre l'index; on fit alors une injection d'eau tiède pour nettoyer la cavité de l'utérus; le liquide ne put être évacué en totalité et son séjour causa quelques douleurs à la malade; on lui donna un peu de laudanum et bientôt le liquide s'écoula et la malade fut complétement soulagée.

On continua le régime et le traitement toniques, et la malade ne tarda pas à quitter l'hôpital, parfaitement guérie.

TRAITEMENT DU NŒVUS PAR LES INJECTIONS DE TANNIN; par le docteur H. WALTON. — Le malade est un enfant de 8 mois, qui portait à la racine du nez un nœvus sous-cutané que l'on traita d'abord par le badigeonnage avec la teinture d'iode et par l'application de la glace; malgré ce traitement, la tumeur continua à se développer, et les parents se décidèrent à présenter l'enfant à M. Walton : la tumeur avait alors le volume d'une grosse bille, elle était molle, réductible par la pression, et recouverte par de la peau parfaitement saine. Le chirurgien fit d'abord une ligature sous-cutanée, mais sans obtenir d'amélioration; la tumeur sembla au contraire prendre un développement plus prompt encore. Il résolut alors de faire une injection de tannin; on pratiqua donc une petite incision à la base de la tumeur avec un ténotôme étroit, que l'on promena dans la tumeur afin de la morceler autant que possible, pour que le contact du tannin avec les tissus fût plus intime, et le résultat de l'injection plus complet; puis on poussa l'injection et on laissa le liquide séjourner quelques minutes dans la tumeur. Bientôt la tumeur, de molle qu'elle était auparavant, devint solide, par suite de la coagulation immédiate du sang dans son intérieur.

Les avantages spéciaux que M. Walton reconnaît au tannin dans le traitement du nœvus sont l'efficacité évidente et l'innocuité complète de ce moyen; il coagule rapidement le sang contenu dans la tumeur; on n'a aucunement à craindre la gangrène en employant l'acide tannique, accident qui a été quelquefois observé avec les injections de perchlorure de fer, et qui résulte certainement de la proportion d'acide en excès que contient presque toujours la solution. Une semaine après l'injection, l'état de l'enfant était si satisfaisant que M. Walton la renvoya de l'hôpital. Trois semaines après, il revit la petite malade; la tumeur était alors considérablement diminuée de volume, et le toucher y donnait la sensation de caillots sous la peau; enfin, au bout de six semaines, il n'y avait plus trace de tumeur primitive, si ce n'est que la peau offrait sur le point occupé antérieurement par le nœvus une certaine dureté anormale. — D.

COURRIER.

ENSEIGNEMENT. — Le Conseil académique de Paris, dans sa séance du 18 décembre, a présenté :

Pour la chaire de pathologie externe :
En 1re ligne, M. Michon.
En 2e ligne, M. Gosselin.
Pour la chaire d'anatomie :
En 1re ligne, M. Jarjavay.
En 2e ligne, M. Sappey.

— Par arrêtés du Prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, en date des 4 et 7 décembre 1858, ont été nommés professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger :

Chaire d'anatomie et de physiologie, M. Patin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rouen.

Chaire de pathologie externe, M. Frison, docteur en médecine.

Chaire de clinique externe, M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey, directeur de l'École.

Chaire de pathologie interne, M. Marit, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey.

Chaire d'accouchements, M. Trollier, médecin de l'hôpital civil d'Alger.

Chaire de chimie et de pharmacie, M. Roucher, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Constantine.

Chaire de clinique interne, M. Pécholier, agrégé stagiaire à Montpellier.

CONCOURS POUR L'INTERNAT. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier. — Ont été nommés :

Internes titulaires. — MM. 1 Jouon, 2 Cruveilhier, 3 Pihan Dufeuillet, 4 Delaunay, 5 Fritz, 6 Bodin (Louis-Paul), 7 Guibert, 8 Baillet, 9 Douillard, 10 Moussaud, 11 Fabre, 12 Leclerc, 13 Duplay, 14 Ferrand (Ernest), 15 Fischer, 16 Harman, 17 Garnet, 18 Meunier, 19 Bodin (Charles-Louis), 20 Prout, 21 Rousseau, 22 Lefeuvre, 23 Guerlain, 24 Waringhem, 25 Lesouef, 26 Brault, 27 Dieuzaide, 28 Michon, 29 Santiard, 30 Fort, 31 Nivert, 32 Bruder, 33 Laborde (Jean-Baptiste), 34 Chalvet (Pierre), 35 Launay, 36 Pamard, 37 Saint-Laurent.

Internes provisoires. — MM. 1 Soulier, 2 Bouglé, 3 Brouardel, 4 Chedevergne, 5 Doisneau, 6 Gautier du Defaix, 7 Martineau, 8 Ferdureau, 9 Dupont, 10 Houzé, 11 Baudouin, 12 Bernadet, 13 Couvreur, 14 Dubuc, 15 Hamel, 16 Roché, 17 Blot, 18 Rouet, 19 Goul'hon, 20 Bouchaud, 21 Mitivié, 22 Bergouhnioux, 23 Dufour; 24 Martinet, 25 Dunant.

— Voici le résultat du concours pour le prix de l'internat :

Première division. — Médaille d'or, M. Tamarelle-Mauriac; deuxième prix, M. Dubarry.

Deuxième division. — Médaille d'argent, M. Reynaud; accessit (livres), M. Eug. Fournier. Première mention, M. Regnault; deuxième mention, *ex æquo*, MM. Bonnemaison, Desprès, Durante.

— La distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la proclamation des élèves externes ou étudiants qui ont obtenu au concours d'être admis dans les hôpitaux et hospices pour y exercer les fonctions d'internes ou d'externes, aura lieu le lundi 27, à deux heures et demie très précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 154. DOUZIÈME ANNÉE. Mardi 28 Décembre 1858.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Sur l'invitation pressante d'un grand nombre de personnes, nous nous décidons à réunir et à publier en un volume tous les documents relatifs au procès intenté à l'UNION MÉDICALE par douze médecins, se disant homœopathes.

Ce volume est déjà sous presse et paraîtra dans quelques jours.

Il comprendra :

1° Une courte introduction historique, suivie de l'article de M. Gallard, publié dans l'UNION MÉDICALE le 24 octobre 1857, article qui a été l'occasion du procès ;

2° La réponse et la sommation judiciaire adressées au gérant et au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, par MM. les docteurs Pétroz et Léon Simon, agissant au nom de la prétendue Commission centrale homœopathique ;

3° L'assignation devant le Tribunal civil par douze médecins de Paris, se disant homœopathes, donnée à MM. les docteurs Gallard, Richelot et Amédée Latour ;

4° Les adhésions des diverses Sociétés médicales qui nous ont spontanément offert leur appui moral ;

5° La *Note scientifique sur la doctrine dite homœopathique*, distribuée au Tribunal par M. le docteur Gallard ;

6° La *Réponse à la Note scientifique*, etc., également distribuée aux juges par les demandeurs ;

7° Le rapport sur cette *Réponse*, fait à la Société médicale du 1er arrondissement, par M. le docteur Béhier, son président ;

8° La plaidoirie de Me Émile Ollivier pour les demandeurs ;

9° La plaidoirie de Me Paul Andral pour M. Gallard.

10° La plaidoirie de Me Victor Lefranc pour le journal ;

11° La réplique de Me Émile Ollivier ;

12° La réplique de Me Paul Andral ;

13° La plaidoirie de Me Bethmont, pour M. le docteur Richelot ;

14° La lettre adressée par M. Cretin à Me Ollivier ;

15° Les conclusions de M. Sallantin, substitut du procureur impérial ;

16° Plusieurs notes distribuées au Tribunal par les demandeurs et les défendeurs ;

17° Le jugement prononcé par le Tribunal.

Toutes les plaidoiries, ainsi que les conclusions du ministère public, ont été soigneusement sténographiées par M. Sabbatier, ancien sténographe en chef du *Moniteur*, et revues par les honorables avocats. Elles sont beaucoup plus complètes que les versions publiées dans les journaux.

Tous ces documents formeront un volume grand in-8° de plus de 300 pages.

Prix de vente, 3 fr. 50 c. l'exemplaire, et 4 fr. par la poste.

On souscrit dès à présent dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre.

En adresssant un mandat sur la poste de la somme de 4 fr., nos confrères des départements recevront *franco* ce volume à domicile.

PARIS, LE 27 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Demarquay fait la communication suivante : Thyssea (Françoise), âgée de 47 ans, limonadière, entrée à la Maison municipale de santé le 17 novembre 1858, amputée le 2 décembre.

Cette malade, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, nous affirme qu'elle a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en 1856. Elle ne présente rien à noter du côté de l'hérédité, soit ascendante, soit collatérale, et n'avoue aucun antécédent syphilitique. C'est à deux ans environ qu'elle fixe le début de son affection ; mais alors les symptômes étaient fort légers et consistaient en douleurs vagues dans le genou droit, ayant leur siége sur les côtés de cette articulation, tantôt à la partie interne, tantôt à la partie externe, revenant à des intervalles plus ou moins éloignés et persistant un laps de temps plus ou moins long. Il n'y a guère que huit mois qu'elle commença à s'inquiéter de ces douleurs, qui non seulement s'étaient localisées à la partie antérieure de la tête du tibia et s'irradiaient dans toute la jambe, mais présentaient un degré d'acuité et de continuité beaucoup plus considérable qu'auparavant. Il n'y avait alors ni gonflement ni rougeur. Elle consulta un médecin, qui la traita pour des douleurs rhumatismales et lui fit appliquer des ventouses scarifiées. Il y a quatre mois environ, la marche était déjà difficile et douloureuse, lorsque *tout d'un coup*, pendant le cours d'une promenade, elle ressentit une violente douleur dans le genou droit ; il lui devint tout à fait impossible de s'en servir ; elle fut obligée d'entrer chez un pharmacien pour lui demander quelque soulagement et de se faire reconduire chez elle. A partir de ce moment, elle n'a plus quitté le lit.

Vers le milieu du mois d'octobre, le chirurgien appelé à lui donner des soins s'aperçut qu'au niveau de la tête du tibia, un peu au-dessus du ligament rotulien, il y avait de la tuméfaction, de l'empâtement ; de plus la peau commençait à rougir : il fit appliquer un vésicatoire volant. Une huitaine de jours après, le gonflement, la rougeur, ayant augmenté, il crut sans doute qu'il avait affaire à un abcès sous-périostique aigu, et fit une ponction avec un bistouri. Aussitôt un jet de sang vermeil sortit par saccades. L'orifice de la ponction fut aussitôt bouché avec un peu d'amadou trempé dans du perchlorure de fer, et une compression établie sur toute la jambe au moyen d'un bandage roulé.

Le lendemain l'orifice de la petite plaie était fermé, et, à partir de ce moment, une vessie remplie de glace fut appliquée sur la tumeur. Ce traitement fut continué à la Maison de santé jusqu'au jour de l'opération.

Lors de l'entrée de la malade dans notre service, nous avons été à même d'observer ce qui suit :

Le genou malade, mesuré au moyen d'un lacs circulaire à 4 centimètres au-dessous du bord inférieur de la rotule, avait 31 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain, mesuré au même niveau, n'en présentait que 24. La peau était rouge, luisante, un peu tendue. La malade accusait des douleurs lancinantes ayant leur point de départ dans la tubérosité antérieure du tibia, et s'irradiant dans toute la jambe. Le palper permettait de reconnaître une fluctuation des plus évidentes, et de plus, des pulsations isochrones aux battements du pouls. Si, avec le doigt promené sur la peau, on exerçait une certaine pression, on sentait nettement çà et là de petites lamelles osseuses fort minces qui se laissaient facilement déprimer par une légère pression. L'oreille, appliquée sur la tumeur, ne percevait aucun bruit de souffle.

La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine faisait immédiatement cesser les battements, qui reparaissaient aussitôt qu'on cessait la compression. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la pédieuse se percevaient très nettement. Enfin, et *c'est là le point capital*, si, en saisissant le pied, on cherchait à imprimer des mouvements au membre, il se passait dans la partie supérieure du tibia des mouvements de latéralité aussi considérables que s'il y avait eu une fracture de cet os. Il était donc bien évident que nous avions affaire à une tumeur pulsatile de la partie supérieure du tibia, ayant *détruit les tissus osseux dans une certaine étendue*, et si les battements eussent pu faire penser un moment à la ligature de la fémorale au milieu de la cuisse, les désordres produits étaient trop considérables pour permettre de fonder aucune espérance sur ce mode de traitement. Le diagnostic pratique, c'est-à-dire celui indiquant l'amputation de la cuisse comme unique ressource, était trop nettement établi pour ne pas permettre de réserver à une époque ultérieure et à un examen plus approfondi et plus immédiat de la partie malade enlevée le diagnostic scientifique, c'est-à-dire celui de la *nature* de la lésion qui avait produit de pareils désordres.

L'amputation fut pratiquée le 2 décembre.

Examen du membre amputé. — Après avoir injecté l'artère fémorale, on pratique une section longitudinale, et voici ce que l'on observe :

La synoviale, un peu hypertrophiée, a un aspect légèrement grenu. Les ligaments croisés et les ménisques inter-articulaires sont intacts.

Le cartilage qui recouvre l'extrémité inférieure du fémur présente un bel exemple de l'altération que l'on a appelée par analogie ulcération des cartilages. En plusieurs points, l'on observe des érosions peu profondes, de grandeur variable, depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes, au fond desquelles on sent une lamelle de tissu osseux, éburné, à surface chagrinée. Le pourtour de ces perforations est taillé à pic et comme pratiqué avec un emporte-pièce. Le reste du cartilage même au pourtour de ces pertes de substance n'a subi aucune altération ; il n'y a ni injection ni perte de consistance ou de coloration, mais seulement un amincissement considérable.

Le cartilage de l'extrémité supérieure du tibia est un peu grisâtre et terne, mais sans ulcérations. Le tissu spongieux du fémur est fortement injecté ; les cellules amincies sont devenues très friables et cèdent facilement sous la pression du doigt ; elles sont remplies par un suc huileux et rougeâtre. La couche compacte a disparu en partie, surtout dans la portion articulaire. Çà et là, semés dans le canal médullaire et le tissu spongieux des condyles, on voit des noyaux grisâtres, de consistance molle, offrant à l'œil les caractères de l'encéphaloïde, enkystés dans le tissu spongieux ; le volume de ces noyaux varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ; la portion de tissu osseux qui les entoure a pris une coloration lie-de-vin. La rotule est saine. L'extrémité supérieure du tibia est envahie par une tumeur du volume du poing environ.

L'enveloppe est formée par le périoste épaissi et par une coque osseuse très mince, n'ayant guère en avant que l'épaisseur d'une feuille de papier, se brisant sous le doigt qui la presse, et donnant lieu à la crépitation que l'on sentait en examinant la tumeur.

Dans les points où l'épaisseur est plus considérable, en arrière et dans la portion qui correspond aux condyles, le tissu osseux est plus dense qu'à l'état normal. Cette tumeur s'est développée aux dépens du tibia, qu'elle a détruit. Elle est molle, d'une consistance rappelant assez bien celle du cerveau ; sa coloration est gris-jaunâtre. Elle paraît formée d'une trame un peu plus résistante, sans trace de tissu osseux ou fibreux, dans laquelle sont enkystés des noyaux de la grosseur et de la forme d'une amande. Il existe des lacunes qui sont remplies par de la matière à injection. Le développement vasculaire est peu considérable. Cette tumeur se prolonge dans le canal médullaire du tibia, qu'elle a évidé en forme de cône.

L'examen microscopique n'a pu être fait.

En somme, la lésion, d'après ses caractères extérieurs, paraît être une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia. La présence de noyaux cancéreux dans le canal médullaire du fémur doit faire craindre la récidive.

A la suite de cette présentation, une discussion s'est engagée entre MM. Michon, Follin, Richet et Gosselin, discussion sur laquelle nous reviendrons si l'espace nous le permet.

PATHOLOGIE.

DE L'URÉTRITE CHRONIQUE ; — DE SES CAUSES (1) ;

Par le docteur L.-Aug. MERCIER.

Beaucoup d'auteurs décrivent aussi une urétrite *rhumatismale* ou *rhumatique ;* mais disons tout de suite que la plupart, prenant ce mot dans sa signification étymologique, ne s'occupent que de l'urétrite qui accompagne certaines affections aiguës qu'on attribue le plus habituellement au froid et surtout au froid humide. J'en ai parlé précédemment ; je me contenterai donc d'ajouter qu'il me semble évident qu'il y a dans ces affections aiguës une altération du sang. Lors même qu'elle ne se trahirait pas par la couleur que présente alors celui qu'on extrait de la veine, est-ce qu'on n'a pas vu tous les organes, et surtout ceux qu'il parcourt, ressentir son action irritante ? Or, abstraction faite de quelques différences dans la marche et les symptômes, est-ce qu'une infection quelconque du sang, fût-elle artificielle, ne donne pas lieu de même à des inflammations du cœur et des vaisseaux, à des pleurésies, des arthrites et même à des douleurs musculaires ? Chose remarquable, M. Rayer qui, avec l'esprit d'observation qui le caractérise, décrit une néphrite rhumatismale et en rapporte des exemples, ajoute à propos des caractères anatomiques : « Ces lésions suffiraient, indépendamment de la cause qui les produit, pour caractériser la néphrite rhumatismale, si, dans certaines néphrites par poisons morbides, on n'observait pas des lésions semblables à celles que j'ai rencontrées dans la période aiguë de la néphrite rhumatismale. » *(Maladies des reins*, t. II, p. 74.) Ceci est d'autant plus probant, que M. Rayer ne cherche pas à établir de rapprochement entre le rhumatisme et les infections du sang, rapprochement que j'ai fait il y a près de vingt ans. (Thèse de M. Souplet, Paris, 1839.)

Si l'on admet que le sang a subi une viciation particulière, on ne trouvera pas étonnant que, sous cette influence, l'urètre s'enflamme comme les autres organes, d'autant plus qu'il est alors à chaque instant parcouru par une urine « d'un rouge foncé et *très acide*, donnant un sédiment d'un rouge brique ou teint en rose, composé en très grande partie d'urates en poudre amorphe et quelquefois de rares cristaux d'acide urique. » (Rayer, *loc. cit.*, p. 77.) Biett parle d'un rhumatisme général très violent « qui, peu de jours après son invasion, a été suivi de l'apparition d'un flux de l'urètre : l'écoulement a duré pendant plus de cinq mois, mais en alternant d'une manière remarquable avec les douleurs des membres. » *(Dict. des scien. méd.*, t. III, p. 178.) M. Baude a publié plusieurs cas d'urétrite où, bien que le canal ne fût peut-être pas tout à fait sain, l'état général que nous venons d'étudier eut une action incontestable. *(Bull. de l'Athénée de méd.*, 1825.

(1) Suite. — Voir les nos des 26 juin, 10 août, 9 octobre et 25 décembre.

et *Man. des mal. vén.*, par Gibert, p. 176.) M. Lawrencc a décrit aussi une urétrite rhumatismale. (*Medical Gaz.*, tome XXIII, p. 506.)

Je répéterai ici cc que j'ai déjà dit, c'est que beaucoup n'ont contracté la blennorrhagie que pour s'y être exposés dans un temps où leur état général les disposait à l'urétrite, et peut-être est-ce par l'effet de cette influence qu'on voit des arthrites venir compliquer la maladie primitive : c'était l'opinion de Delpech. (*Rev. méd.*, t. VII, p. 426; 1822.)

Jusqu'à présent, il s'agit du rhumatisme aigu; mais le rhumatisme chronique peut-il donner lieu à des phénomènes sinon semblables, du moins analogues? Je suis disposé à le croire; ce que j'affirme du moins, c'est quc ce principe peut devenir une complication fâcheuse s'il existe chez un individu atteint d'urétrite aiguë ou chronique. Delpech attribuait la ténacité de certaines cordées à une coïncidence de ce genre (*loc. cit.*, t. VIII, p. 16). M. J. Leroy a remarqué l'action du rhumatisme sur le col de la vessie, à en juger par les symptômes qu'il décrit, tels que : sensations douloureuses avec besoins fréquents d'uriner, difficultés et douleurs pour y satisfaire, gêne et embarras au périnée, au pubis, à l'hypogastre, se propageant vers les cuisses et les lombes et s'accompagnant au bout d'un certain temps d'un état catharral des urines; toutefois, c'est en hypertrophiant la prostate que, selon lui, le principe rhumatismal produit ces symptômes. (*Journ. des conn. méd.*, avril 1842; *Lettres* et *Mém.*, p, 104.) Mais comme il paraît, d'après le même travail, avoir observé des dysuries pareilles chez des femmes, on serait tenté de lui demander si c'est également à un gonflement de la prostate qu'il les attribue. Évidemment, il ne s'agissait que d'urétrites chroniques exaspérées par le rhumatisme, ou du transport de celui-ci sur le tissu musculaire du col de la vessie. C'est ce dont je me suis assuré nombre de fois.

Ajoutons que l'urine est sujette à des altérations très fréquentes chez ceux qui ont une prédisposition quelque peu prononcée au rhumatisme chronique, et que d'aillcurs celui-ci se confond quelquefois d'une manière tellement insensible avec la goutte, qu'il est, dans un certain nombre de cas, impossible d'établir un diagnostic précis : de là ces noms de *rhumatisme goutteux* ou de *goutte rhumatismale*.

Beaucoup d'auteurs regardent la *goutte* comme une cause d'urétrite chronique : Biett va même jusqu'à dire qu'après les écoulements vénériens la blennorrhée arthritique est celle qui se présente le plus souvent à l'observation et il rappelle des faits de Stoll, Kaempf et Thilenius (*Loc. cit.*, p. 177). E. Home observe que « la membrane de l'urètre est, dans son état naturel, tellement influencée par la goutte, qu'elle en est quelquefois affectée à l'arrivée de chaque attaque avec tous les symptômes de l'inflammation… et que cette susceptibilité naturclle paraît être très augmentée quand le canal est dans un état maladif. » Il en rapporte des exemples (*On strict.*, t. I, p. 513; 3e édit.). De Plaigne a vu une douleur de goutte au gros orteil alterner avec un écoulement par l'urètre et un vésicatoire sur l'articulation goutteuse faire cesser l'écoulement (*Journ. de méd.*, mars 1788). Murray avait, peu de temps auparavant, publié une observation qui attestait également un lien entre ces deux maladies (*De materiâ arthriticâ ad verenda aberrante*; Gœttingue, 1785). Barthez a fait connaître aussi un cas de ce genre qui, par la suppression de l'écoulement, jeta le malade dans le plus grand danger (*Mal. goutt.*, t. II, p. 532). Scudamore a, de son côté, vu des personnes affcctées de sécrétion muqueuse de la vessie et de l'urètre, de souffrances à un degré très remarquable immédiatement avant l'accès (*De la goutte et du rhum.*, p. 18 et 19; trad. de Deschamp). Hecker (*loc. cit.*, p. 204) et M. Prout (*On stomach and renal diseases*, 4e édit., p. 377) ont vu la goutte non seulement compliquer l'urétrite, mais encore la produire, et, pour mon propre compte, je pourrais rapporter plusieurs faits du même genre, si je ne craignais d'étendre démcsurément ce travail.

Ce serait donc un point fort important, même pour le sujet qui nous occupe, de savoir quelle est l'origine de la goutte. Malheureusement, rien n'égale le chaos des opinions qui ont été émises. On est assez généralement d'accord aujourd'hui que cette diathèse est caractérisée par la présence d'une trop grande quantité d'acide urique dans le sang; mais les uns attribuent cet excès à ce que cet acide n'a pas été suffisamment éliminé par les reins et la peau, ses voies naturelles d'excrétion; d'autres croient, au contraire, qu'il a été formé en trop grande quantité dans le travail de la digestion. On peut même encore parmi ces derniers distinguer deux opinions principales : suivant l'une, cette surabondance tiendrait à un usage excessif d'aliments azotés, et, suivant l'autre, à une perversion des fonctions digestives. Pour moi, c'est à l'adoption de cette dernière opinion que m'a conduit l'observation attentive des faits. Plus de détails à cet égard m'entraîneraient trop loin; ils seront mieux placés, du reste, lorsque je m'occuperai du traitement et lorsque je reviendrai sur la formation de la gravelle.

Il me suffira, pour le moment, de dire que la goutte produit l'urétrite chronique de plusieurs manières :

1° Si cet état particulier du sang dispose aux inflammations de la peau des séreuses, etc., il ne dispose pas moins à celles des muqueuses.

2° Tous les auteurs convicnnent que, dans beaucoup de cas, l'urine est extrêmement acide, ct par conséquent irritante.

3° Les organes génitaux sont souvent alors jetés, par les troubles des organes digestifs, dans un état d'atonie qui exige, pour l'accomplissement de leurs fonctions, des efforts cxagérés, des pratiques irritantes.

Il est, en effet, digne de remarque qu'un des symptômes qui accompagnent le plus tôt et de la manière la plus marquée cette abondance d'acide urique ou d'urates dans les urines, c'est une débilité des organes génitaux plus ou moins voisine de l'impuissance. Or, quand la goutte se manifcste-t-elle ou prend-elle habituellement le plus d'intcnsité? Quand les altérations de l'urine que nous venons d'étudier sont-elles le plus sensibles? Quand se livre-t-on le plus volontiers à l'oisiveté et quand les fonctions de la peau se font-elles le moins bien? Quand se livre-t-on le plus aux plaisirs de la table et tourmente-t-on davantage son estomac par des ingestions trop abondantes, trop lourdcs et trop stimulantes? En hiver évidemment (1), en hiver où d'ailleurs toute la nature semble plongée dans la torpeur. Eh bien, c'est en hiver que le séjour des villes, les dîners, les soirées, les bals, les théâtres échauffent le plus l'imagination et provoquent ces écarts dont on devrait alors au contraire le plus soigneusement s'abstenir. Aussi est-ce dans cette saison qu'on observe surtout les mauvais effets de la diathèse goutteuse, ou, pour parler d'une manière plus générale, de la diathèse urique sur l'urètre.

Doit-on admettre également une urétrite *syphilitique?* C'est là une question fort controversée; aussi importe-t-il, avant de chercher à la résoudre, de bien s'entendre sur le mot.

Les uns, tels que Swediaur, Freteau, Lagneau, Cazenave, Gibert, Baumès, etc., donnent ce nom à la blennorrhagie contagieuse, qu'ils supposent pouvoir, dans certaines conditions au sujet desquelles ils ne paraissent pas tous égalemcnt fixés, déterminer l'infection de toute l'économie; tandis que d'autres, refusant, au contraire, de reconnaître à cette blennorrhagie la propriété de se généraliser, la regardent comme le résultat d'un virus particulier n'agissant que localement et lui dénient, par cela même, dans tous ces cas, le nom de syphilitique : quand elle est suivie de symptômes généraux, disent-ils, notamment MM. Ricord et Diday, c'est qu'il y avait en même temps, soit dans l'urètre, soit ailleurs, un chancre qui avait échappé à l'examen.

On a vu précédemment qu'en général je partage cette opinion; mais que, néanmoins, il est quelques faits qui me scmblent difficiles à expliquer, même à l'aide de cette supposition commode, et que, finalement, je me suis demandé si l'urétrite n'est pas quelquefois un symptôme secondaire de la syphilis.

Cette opinion est loin d'être nouvelle. Peut-être même est-ce parce qu'elle a été anciennement appliquée d'une manière beaucoup trop large qu'elle est plus tard tombée dans un discrédit complet; toutefois, on en retrouve encore la trace dans des ouvrages modernes. Ainsi Swediaur dit que la blennorrhagie syphilitique peut aussi avoir lieu quand le virus de ce nom « est déposé de la masse du sang dans l'urètre. » (*Loc. cit.*, p. 37.) Mais c'est surtout Hecker qui me paraît avoir donné un grand degré de probabilité à cette opinion. Après avoir posé en principe que l'urétrite peut être syphilitique quand elle donne lieu à la vérole, il ajoute qu'il en est de même quand un individu, affecté de vérole, contracte une urétrite, et qu'il peut encore se présenter un troisième cas, rare il est vrai : « On sait, dit-il, que, dans toute affection générale, il en survient facilement une locale, dès qu'une partie quelconque, fortement irritée, acquiert de la tendance à prendre part à sa manière à l'état pathologique de l'économie. Par conséquent, quand un malade vérolé s'adonne fréquemment aux plaisirs de l'amour, et développe ainsi dans ses parties génitales un haut degré d'atonie et d'irritabilité morbide, alors, sans qu'il soit besoin de supposer une nouvelle infection pour expliquer le fait, on peut voir survenir un écoulement gonorrhoïque qui reconnaît pour cause cette circonstance unique, et qui est réellement entretenu par le virus vénérien. » (*Loc cit.*, p. 181.)

Ce cas ne pouvant guère, ainsi que le fait remarquer Hecker, survenir que chez des personnes dissolues, il est difficile d'avoir toute certitude sur son origine; néanmoins, je me sens très disposé à l'admettre. Le virus syphilitique une fois généralisé détermine des phlegmasies spéciales et très variées de la peau, des muqueuses du nez et de la gorge, des diverses membranes de l'œil, des testicules, des tissus fibreux, etc., etc. Pourquoi ne pourrait-il pas enflammer la muqueuse de l'urètre qui est presque toujours alors si vivement et si souvent irritée? En est-il de plus soumise à ce que M. Diday appelle *causes d'évolution*, causes dont il signale la puissante intervention partout, excepté dans l'urètre (*Nouv. doctrines sur la syphilis*, 14e lettre), comme si le mode spécial d'infection auquel ce canal est exposé excluait tous les autres!

J'admets donc l'urétrite sypbilitique en ce sens qu'elle résulte du transport de la syphilis constitutionnelle sur l'urètre; je l'admets par analogie avec d'autres principes morbifiques et particulièrement le principe dartreux; je l'admets parce que je crois avoir observé des faits de ce genre; je l'admets parce que les résultats du traitement sont venus parfois confirmer mes présomptions; enfin, je répéterai ce que j'ai déjà dit en commençant ce travail, que peut-être est-ce le seul moyen d'expliquer quelques-uns des cas où des individus, qui ne paraissaient avoir d'autre maladie qu'une urétrite ancienne et légère, ont communiqué à d'autres personnes la vérole la mieux caractérisée, de même que les enfants affectés de syphilis congéniale, et secondaire par conséquent, ne manquent presque jamais d'infecter leur nourrice. Je sais bien qu'un auteur des plus compétents a soutenu dernièrement que si la contagion des symptômes consécutifs dans ces cas est incontestable, cela tient à différentes causes propres à la manière dont la maladie s'est développée, circonstances en vertu desquelles le virus acquiert unc intensité d'action particulière (Diday : *loc. cit.*, p. 385); mais du moment qu'il ne s'agit plus que d'une différence de plus ou de moins, ne se peut-il pas que la syphilis des adultes présente chez certains une activité plus grande, soit en raison de la constitution ou de l'âge des sujets qui sont en rapport, soit en raison de l'intimité du contact, de sa durée, de sa fréquente répétition ou du degré d'excitation qui l'accompagne?

Je voudrais pouvoir entrer dans de plus grands développements à cet égard; mais je sens que je n'ai déjà que trop dépassé les limites que le mode de publication que j'ai adopté m'impose.

Par la même raison, je me vois forcé d'omettre ce que j'aurais à dire relativement à l'influence de l'âge, du sexe, des saisons, sur le développement de l'urétrite chronique. Il est vrai que je m'y résigne assez volontiers, ces divers points ayant été implicitement quoique sommairement traités dans ce qui précède.

(1) A la page 276 de son ouvrage sur les *Dyspepsies*, Chomel se demande si, de ce que la dyspepsie acide, l'une des plus fréquentes, se manifeste le plus souvent *à la fin de l'été*, on ne doit pas en conclure qu'elle provient des fruits, des légumes verts, des plats sucrés, du vinaigre, du citron et du sucre dont on fait usage dans cette saison sous des formes diverses. Je puis affirmer que toute substance dont l'usage prolongé porte l'estomac au delà de son excitation normale, est capable d'engendrer cette maladie. Les premiers froids peuvent à eux seuls la produire de plusieurs manières, notamment en ralentissant les fonctions de la peau, et en déterminant des irritations des muqueuses pituitaire et pharyngienne qui, au lieu de descendre vers les bronches, comme c'est le cas ordinaire, se portent à l'estomac. Pour le reste, on ne saurait trop méditer cet excellent travail par lequel l'auteur a dignement couronné son honorable carrière.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DEUXIÈME ARRONDISSEMENT DE PARIS,

Compte-rendu trimestriel. — Présidence de M. DEMARQUAY.

Sommaire. — Empoisonnement par l'eau sédative. — Action du sulfate de quinine dans la grossesse. — Traitement des entorses par le massage. — La diphthérite, le croup et la trachéotomie.

M. THIBIERGE fait à la Société la communication suivante : Dans la nuit du 23 au 24 août dernier, il a été appelé près d'un de ses clients, M. X…, âgé de 38 ans, atteint d'aliénation mentale, qui, déjà plusieurs fois, avait tenté de se suicider. Pendant la matinée de ce jour, le malade avait avalé environ 250 grammes d'eau sédative. Aucun accident n'était survenu immédiatement; mais, au bout de cinq à six heures, des vomissements s'étaient déclarés et avaient duré près de deux heures. A la suite de ces vomissements, le pouls était devenu fréquent et petit; la face avait pris une teinte livide; les yeux étaient cernés; les extrémités s'étaient refroidies, et le malade n'avait pas tardé à perdre connaissance. Vers sept heures du soir, sur l'avis d'un pharmacien, on avait administré de l'eau vinaigrée. A neuf heures, M. le docteur Foucart avait été appelé, et après avoir constaté l'état comateux du malade, le refroidissement des extrémités, l'absence des selles et quelques vomissements, il avait prescrit de la limonade, un julep de 150 grammes, additionné de 30 grmmes de sirop de morphine, pour prendre par cuillerées d'heure en heure. Le malade ne put en avaler que trois cuillerées. M. Thibierge arriva à minuit et demi près du malade. Le pouls était petit, à 140; les extrémités froides et couvertes de sueur; la face était pâle; les lèvres et la bouche étaient tuméfiées; il y avait perte de connaissance complète; la déglutition était impossible; la respiration stertoreuse; il n'y avait ni urines ni selles; le malade était insensible à toutes les excitations; à chaque minute à peu près, l'état comateux était remplacé par des mouvements convulsifs; M. X… serrait violemment les parois abdominales et frappait la tête contre le lit et le mur voisin. Cet état de collapsus, avec alternative de mouvements convulsifs, dura jusqu'au lendemain à huit heures du soir. Durant cet espace de temps, le froid devint plus marqué aux extrémités; les sueurs furent plus abondantes; le pouls demeura petit, fréquent et parfois irrégulier. Vers huit heures du soir, le 24 août, un peu de chaleur revint à la peau; le pouls resta fréquent, dépressible; la figure prit la teinte livide qu'on remarque chez les cholériques dans la période de réaction; il y eut quelques selles involontaires très liquides; le malade recouvra la connaissance, et put répondre aux questions qu'on lui adressait; il accusa une sensation de brûlure à la gorge et le long du sternum. Dans la nuit, la chaleur diminua aux extrémités; il y eut un peu de sommeil et le pouls resta petit. Le lendemain, 25 août, la réaction eut lieu de nouveau; mais elle conserva le caractère de la période de réaction du choléra : la langue était sèche, vernissée, la soif vive, les urines rares; il y eut quelques selles. On prescrivit une potion tonique et du bouillon. Dans la journée du 26 août, le malade, employé au ministère, fut transporté au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Lallemant. L'état était le même; le pouls resta petit; la respiration fréquente, sans bruits anormaux; il y eut quelques vomissements.

Le 28 août, on constata au côté gauche du thorax, en arrière, de la matité, respiration faible, et du râle crépitant. Les vomissements cessèrent, il y eut du délire la nuit; 34 inspirations; 130 pulsations, point d'expectoration. Le 29 août, en arrière à gauche, on perçoit du souffle tubaire, le pouls reste petit, fréquent, très dépressible, la respiration fréquente; il n'y a pas de crachats; la peau est chaude, les extrémités se refroidissent très facilement; agitation pendant la nuit; le malade répond aux questions, mais il y a perte de la mémoire. Le 30 août, le malade succombe, après deux heures d'une agonie très pénible.

L'autopsie fut faite au Val-de-Grâce le 1er septembre. Les lèvres, la bouche, le pharynx, la partie supérieure du larynx présentent des injections étendues et quelques ulcérations. L'estomac renferme du liquide verdâtre; la muqueuse de la portion cardiaque est amincie, ramollie, la portion pylorique est épaissie, œdématiée. Le cœur n'est pas altéré. Les vaisseaux de la dure-mère sont congestionnés; la substance cérébrale est sablée. Le rein gauche est fortement congestionné; il en est de même des poumons dans toute leur partie postérieure. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est transformé en hépatisation grise, ainsi qu'une grande partie de la base du poumon droit. Au sommet gauche, on trouve quelques tubercules à l'état crétacé.

M. Thibierge, en rappelant la formule de l'eau sédative, exprime la conviction que le malade a certainement succombé aux suites d'un em-

poisonnement par cette eau; mais il demande si, dans l'espèce, on doit attribuer la mort au camphre ou à l'ammoniaque.

M. TRIGER pére, sans prétendre que le camphre ait été la cause des accidents qui viennent d'être rapportés, cite des exemples d'une susceptibilité remarquable à l'action de cet agent.

M. FRÉMY estime que les phénoménes d'intoxication signalés par M. Thibierge sont dus à l'ammoniaque. Pourtant, il pense que le camphre n'a pas été étranger aux symptômes du début; et il rapporte à ce sujet qu'un de ses collègues des hôpitaux, à la suite d'nu lavement contenant 4 grammes de camphre, a vu un malade tomber dans un état de prostration voisin de la mort.

MM. ROUSSEL et HERVIEUX font observer que les cas d'empoisonnement par l'eau sédative sont loin d'être fréquents, ce qui tient probablement à ce que les propriétés toxiques de cette préparation ne sont pas connues. Il y aurait peut-être lieu de profiter de ces semblables à celui de M. Thibierge pour interdire le débit libre de l'eau sédative.

M. HERVIEUX fait part à la Société d'un fait qui lui paraît de nature à innocenter le sulfate de quinine du reproche qu'on lui a adressé de provoquer l'accouchement prématuré. Une jeune femme prit à Arcachon une fiévre intermittente dont on essaya vainement de la débarrasser sur les lieux où elle l'avait contractée. Ce fut seulement aprés son retour à Paris que la fiévre put être coupée. Au printemps suivant, cette dame fut reprise de nouveaux accés, alors qu'elle était grosse de six à sept mois. M. Hervieux lui administra le sulfate de quinine à la dose de 0,30 centig., puis de 0,40 centig. Au bout de quinze jours des douleurs utérines survinrent; mais au lieu de suspendre le médicament, M. Hervieux en porta la dose à 0,60 centig.; les douleurs disparurent, la fiévre fut coupée, et cette dame accoucha à terme d'un enfant peu développé, circonstance qu'on doit attribuer à l'influence de la maladie.

M. ROUSSEL pense que les différences dans l'action du sulfate de quinine tiennent souvent à la qualité du médicament, et que l'on voit parfois de petites doses produire un résultat qu'on n'avait pas pu atteindre avec des quantités plus considérables. Il cite le cas d'une fiévre intermittente contractée dans les possessions anglaises de l'Inde, qui fut coupée par 0,25 centig. de sulfate de quinine de Pelletier et Caventou, aprés avoir résisté pendant longtemps à des doses beaucoup plus fortes du même remède pris dans l'Inde. De même les propriétés irritantes du sulfate de quinine sur l'estomac sont souvent dues à la sophistication du médicament par le sulfate acide de chaux, de sorte qu'il est fort important, quand on expérimente l'action du sel quinique, de s'assurer de la qualité de celui qu'on emploie.

M. LECOINTE dit qu'il y a deux façons d'expliquer les troubles gastriques déterminés par le sulfate de quinine. Les uns tiennent à une action directe sur la muqueuse viscérale; d'autres doivent être rapportés à l'influence nerveuse. Le sel de quinine, comme on le sait, produit des troubles nerveux, vertiges, tintements d'oreille, etc; ceux-ci doivent être considérés comme la cause d'un certain nombre des accidents observés du côté de l'estomac. La dose est ici fort importante pour l'explication de ces phénoménes morbides, attendu que, suivant la quantité, le médicament a une action hyposthénisante ou hypersthénisante, comme on l'observe d'ailleurs pour d'autres médicaments.

M. RENOUARD pense que, dans ce qui vient d'être dit sur les différences d'efficacité du sulfate de quinine, on a trop négligé la question de localités. Tant que les malades restent sous l'influence de la cause productrice des accidents intermittents, le sulfate de quinine échoue souvent, tandis que son action est prompte et efficace dès que les malades ont quitté le lieu d'origine des phénoménes morbides.

M. R. BRIAU, revenant sur la question du traitement des entorses par le massage, raconte que, pendant son séjour aux Eaux-Bonnes, il accompagnait un de ses clients, lorsque celui-ci, en descendant deux marches, posa un pied à faux sur la seconde et tomba de son long en faisaut un effort pour reprendre son équilibre. On voulut le relever, mais la douleur violente qu'il ressentait au pied ne le permit pas, et il fallut le porter dans sa chambre, où il eût une syncope en arrivant. On lui enleva immédiatement ses chaussures et ses bas, non sans lui arracher des cris; car déjà le pied était tendu et commençalt à se tuméfier, et la douleur était excessive. Cependant M. Briau, aprés s'être assuré qu'il n'y avait pas de fracture, se mit de suite en devoir de le frictionner et de le masser. Le malade supporta d'abord avec peine cette opération; mais bientôt la souffrance fut supportable et finit, au bout d'un quart d'heure, par devenir à peine sensible. Aprés une demi-heure, le patient put aller seul jusqu'à son lit, en s'appuyant sur un bras. Il était huit heures du soir, on le coucha et il s'endormit assez promptement. Le lendemain, il se leva à midi, descendit seul avec une canne et se promena comme à l'ordinaire : il n'accusait qu'un peu de faiblesse dans son pied qui, d'ailleurs, ne préseutait ni tuméfaction ni ecchymose. Le troisième jour aprés sa chute, le malade prit un bain d'eau minérale sulfureuse et ne fut pas peu surpris, en sortant de la baignoire, de voir toute la partie métatarso-phalangienne du pied couverte d'une ecchymose irrégulière, ayant quelque ressemblance de forme avec un gant, et paraissant n'avoir envahi que les parties qui n'avaient pas subi le massage. Du reste, cette ecchymose survenue assez inopinément aprés trois jours, n'apporta aucun entrave à la marche, et l'entorse, qui avait débuté d'une manière si grave, n'eut pas d'autres suites.

M. RENOUARD cite également une observation d'entorse grave survenue chez un marchand de vin. Le lendemain du jour où cet accident arriva, M. Lebâtard fut appelé et pratiqua le massage. Le malade put marcber au bout de huit jours, mais il conserva un peu de douleur pendant quelque temps.

M. TRIGER pére rapporte à son tour un cas d'entorse qui fut guérie aprés vingt minutes de massage. Il fait toutefois observer que le malade, immédiatement aprés l'accident, avait plongé son pied dans l'eau froide pendant une heure sans amélioration. Il ajoute qu'on eut la précaution d'appliquer un bandage sur le membre aprés le massage.

M. PIOGEY ne trouve pas que ces deux derniers faits soient concluants en faveur du massage, parce que dans celui de M. Renouard le malade n'a pu marcher qu'aprés huit jours et avec douleur, et que dans celui de M. Triger on a employé l'eau froide et le bandage roulé. Il dit qu'il a observé sur lui-même trois entorses avec ecchymoses considérables, et que chacune d'elles a guéri en quelques heures sans massage, par la simple immersion dans l'eau froide; il ajoute qu'il a eu soin de garder le repos durant plusieurs jours, de faire des applications de compresses résolutives sur le membre et de l'entourer d'un bandage roulé. Du reste, il ne fait pas le procés au massage, il demande seulement qu'il ne soit pas employé seul.

M. R. BRIAU combat l'opinion de M. Piogey et trouve que les faits rapportés par MM. Renouard et Triger prouvent l'efficacité du massage; car, dans le premier cas, cette opération n'ayant été pratiquée que le lendemain de l'accident, on ne doit pas s'étonner que le résultat ait été moins complet. Quant au second, l'immersion dans l'eau froide avait été inutile et le bandage roulé n'a été en définitive qu'une simple précaution. Pour le fait qui lui est propre, M. Briau dit que la guérison a été radicale et pour ainsi dire instantanée et que le massage seul a été employé. Il ajoute que, dans son opinion, la science ne posséde actuellement contre les entorses aucun moyen de traitement comparable au massage.

M. DEMARQUAY trouve bon que les médecins s'occupent d'un mode de traitement qui sort trop souvent du domaine chirurgical pour faire la gloire des charlatans et des rebouteurs. Il rapporte le fait d'une jeune fille qui fut estropiée par un de ces derniers. Il considère la simple entorse comme une indication du massage; il ne croit pas que ce moyen puisse avoir de conséquences sérieuses; tandis que les immersions dans l'eau froide et les réfrigérants en général peuvent être dangereux dans les cas de fractures, de déchirures des gaînes tendineuses et des ligaments, accidents qui, selon lui, contre-indiquent le massage. A l'appui de sa maniére de voir, il cite un malade, âgé de 73 ans, qui, ayant été soumis à l'usage des réfrigérants pour guérir une déchirure des ligaments plantaires, fut atteint d'une pneumonie grave.

M. MARROTTE est d'avis que le massage peut être appliqué avec avantage au traitement des entorses compliquées. Il a, en effet, pour résultat, dans ces cas, d'éliminer quelques-uns des éléments de la complication, tels que la douleur, la tuméfaction, et, par conséquent, de simplifier beaucoup la maladie.

M. GUERSANT dit qu'il a employé le massage pour les maladies chroniques des articulations coxo-fémorale et du genou, et que c'est un moyen douloureux. Mais si on soumet le malade à l'anesthésie chloroformique, on peut alors exercer une pression considérable et faire des efforts énormes qui ont pour résultat de donner au patient un grand soulagement, au sortir du sommeil anesthésique. Or, si dans ces affections chroniques des articulations, le massage améne de l'amélioration, on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même dans les maladies aiguës. Il ajoute qu'il a vu en ville une femme atteinte de fracture de la rotule, à laquelle il a appliqué un appareil et recommandé l'immobilité. Mais la malade est allée le même jour consulter une rebouteuse qui a enlevé l'appareil, pratiqué le massage sur le membre et ordonné la marche. Cette femme marche effectivement depuis l'accident, qui remonte à six semaines, mais elle marche en boitant. Toutefois, elle a été soulagée par les manœuvres de la rebouteuse.

M. DEMARQUAY a soigné une dame grosse de six mois, qui était affectée d'une arthrite. Le membre se trouvait depuis six semaines dans une fausse position. Elle fut soumise au chloroforme et on pratiqua le massage, à l'aide duquel on ramena le membre dans sa position normale. La malade n'accusa aucune douleur aprés qu'elle eut été réveillée. Néanmoins, il lui répugne d'admettre qu'un individu, ayant une entorse avec rupture des ligaments ou déchirure des gaînes tendineuses, puisse marcher sans douleur aprés le massage. Il pense que, si le malade marche dans ce cas, cet effet est dû non à l'opération elle-même, mais à la grande influence que la personne qui la pratique exerce sur le moral du blessé.

M. HERVIEUX fait, comme M. Demarquay, une grande part à l'influence morale dans la pratique des rebouteurs et dans l'exercice du massage. Il a entendu raconter à M. Lacroix plusieurs faits qui démontrent cette influence. Ainsi, la Dame Blanche de Châtillon n'exerçait pas de massage; elle enjoignait aux blessés de marcher. Il n'y avait donc là qu'un effet moral auquel nous ne saurious refuser une grande importance.

M. SÉE : Dans ces derniers temps, on a décrit trois phénomènes qui se présentent dans la diphthérite. Le premier est l'anestbésie qui a été signalée par M. Demarquay dans une des séances de cette Société, et dont M. Bouchut a récemment entretenu l'Académie. L'anesthésie peut exister dans la période d'asphyxie du croup; mais c'est un phénomène qui manque le plus souvent; en effet, chez plusieurs malades de l'hôpital des Enfants, nous l'avons vainement oherché. Le second fait a été indiqué par moi, le 13 mai 1857, dans une séauce de votre Société, c'est l'albuminurie. Le jour même où je faisais ici cette communication, M. Archambault, ancien interne de l'hôpital des Enfants, racontait que depuis quatre ans, il avait observé plusieurs fois la présence de l'albumine dans les urines d'enfants atteints de croup. Enfin, j'ai signalé à cette Société un troisième phénomène, c'est le développement, chez les malades atteints de croup ou d'angine couenneuse, d'une éruption à laquelle on doit donner le nom d'érythème diphthéritique, qui est distincte de la scarlatine qu'on observe parfois dans ces conditions. M. Marrotte, dont l'autorité est incontestable, a rapporté immédiatement aprés ma communication, dans notre réunion de mai 1858, une observation intéressante de croup accompagné de cette éruption scarlatiniforme.

La présence dans le croup de ces trois phénomènes : l'anesthésie, l'albuminurie et l'érythème, a été confirmée. J'ai dit tout à l'heure que l'anesthésie existait rarement, j'ajoute passagèrement. L'albuminurie se voit une fois sur deux ou trois cas, souvent elle est considérable. Quand on traite l'urine par la chaleur ou par l'acide azotique; parfois la moitié de l'urine se prend en masse. L'albuminurie diphthéritique n'est presque jamais suivie d'hydropisie; elle cesse au bout de trois à huit jours, quelquefois plus tard. M. Bouchut, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences *le 4 novembre* 1858, prétend que l'albuminurie, qu'il dit avoir été *entrevue*, se présente chez les enfants atteints de croup, 1° dans les cas où existe l'asphyxie, 2° lorsque la scarlatine est greffée sur la diphthérite, 3° quand il y a infection purulente. Examinons les circonstances dans lesquelles M. Bouchut prétend que l'albuminurie se développe.

1° Le premier cas est celui où existe l'asphyxie. Mes observations me conduisent à admettre que l'albuminurie est aussi fréquente dans la diphthérite de la gorge que dans celle du larynx. Or, dans la première, il n'y a pas d'asphyxie. Un malade que j'ai observé ces jours-ci m'offre une autre preuve contre la théorie de M. Bouchut : il s'agit d'un enfant qui fut opéré du croup dans la période d'asphyxie et dont les urines étaient albumineuses; aujourd'hui cet enfant va bien et pourtant l'albuminurie persiste.

2° Quand la scarlatine est greffée sur la diphthérite, dit M. Bouchut, il y a albuminurie. Tout d'abord établissons bien ce fait : c'est que l'éruption scarlatiniforme qui vient compliquer la diphthérite n'a rien de commun avec la pyrexie appelée scarlatine. Cette éruption est ou un simple érythème, ou une éruption ortiée, ou même une éruption analogue à la roséole; en un mot, c'est un épiphénomène tout à fait analogue à ce qu'on voit dans le choléra, avec des formes tout aussi variées. La difficulté ne porte que sur les éruptions d'apparence scarlatiniforme. Or, dans ce cas, l'albuminurie peut quelquefois servir à distinguer cette éruption de la scarlatine proprement dite. En effet, l'albuminurie ne paraît pas ordinairement dans la scarlatine avant le neuviéme jour de l'éruption; au contraire, dans le croup, elle est initiale; et souvent vers le huitiéme ou neuviéme jour elle a déjà disparu. Puis dans la scarlatine, comme l'a trés bien indiqué notre regretté confrère Legendre, l'albuminurie commence ordinairement par l'hématurie, tandis que dans la diphthérite les urines ne contiennent pas de sang.

3° Enfin, M. Bouchut dit que l'albuminurie, en cas d'absence de la scarlatine et de l'asphyxie, est le signe de l'infection purulente. Or, je me contenterai, pour combattre cette assertion, de faire remarquer ce simple fait : c'est que jamais personne n'a vu une goutte de pus dans les viscères à la suite de la diphthérite.

En annonçant à la Société la présence de l'albumine dans les urines des diphthéritiques, j'avais rapproché la diphthérite de la scarlatine. En effet, les deux maladies portent sur les reins, mais avec des caractéres différents, soit pour l'époque de la manifestation albuminurique, soit pour la quantité d'albumine, soit pour la composition chimique de l'urine. C'est donc une analogie et non une identification entre les deux maladies. — M. Bergeron, dans un article publié par le *Moniteur des hôpitaux*, a soulevé une autre idée : il pense, comme moi, qu'il pourrait bien y avoir deux croups, un croup simple et un croup infectant. Or, selon M. Bergeron, l'albuminurie servirait à différentier ces deux espèces. Malheureusement, cette théorie séduisante n'est pas démontrée. L'albumine se rencontre, en effet, dans les urines des malades atteints de croup simple, aussi bien que dans celles des malades affectés de diphthérite généralisée. En résumé, la présence de l'albumine dans l'urine des individus affectés de diphthérite est un caractère de plus qui rapproche cette maladie de la scarlatine; mais il ne faut pas en exagérer l'importance, car il ne s'agit que d'une analogie.

Qu'est-ce donc que le croup? Est-ce une maladie toujours identique à elle-même? Dans beaucoup de cas, il semble que ce soit une affection simplement locale; dans d'autres, il paraît être une maladie générale. Avant les travaux de MM. Bretonneau et Guersant pére, on le considérait comme une simple inflammation pseudo-membraneuse. Depuis le célèbre concours de 1807, institué par l'empereur Napoléon Ier, auquel prirent part Albers de Brême, Double, Jurine, etc., on le regarde comme une inflammation pseudo-membraneuse. Dans certains pays, à Genève, à Strasbourg, le croup est, pour les médecins les plus éclairés, une inflammation pseudo-membraneuse sporadique. Il y a peine 15 à 20 croups par an, et le malade, traité par ou sans l'emploi de la trachéotomie, guérit plus souvent qu'à Paris. D'où vient cette différence? C'est que le croup qu'on observe à Genève et à Strasbourg n'est probablement pas cette malbeureuse affection que nous voyons ici, c'est-à-dire la diphthérite qui a pris droit de cité chez nous. En dépouillant minutieusement les faits contenus dans la thése récente de M. Millard, j'ai remarqué qu'on pouvait les rapporter à deux classes, distinction qui n'est pas faite par M. Millard : 1° malades atteints de diphthérite générale, 28 cas, dont 20 se terminent par la mort; 2° malades atteints de croup simple, 22 cas sur lesquels il y a 12 guérisons, toutes circonstances égales d'ailleurs. Ainsi, il y a deux formes ou espèces de croups, l'un localisé, l'autre avec diphthérite générale. Donc, lorsqu'une opération devra être faite, il faudra distinguer à quel croup on aura affaire; le médecin devra rechercher s'il y a empoisonnement général et diffluence du sang, ou bien s'il n'y a qu'une affection locale du larynx; cette distinction est très importante. Dans certains cas, le diagnostic sera facile, quand il s'agira de cas extrêmes. Ainsi, s'il y a des fausses membranes considérables dans le pharynx, avec bubons cervicaux, si la diphthérite envahit la muqueuse pituitaire ou la peau, on est bien sûr d'avoir affaire à une affection générale, sinon on est en droit de supposer que le croup est limité au larynx et aux voies aériennes; mais il n'y a pas une certitude absolue. Il y a une troisiéme espéce de croup, c'est le croup scarlatineux. J'en parlerai plus tard.

M. PIOGEY, aprés avoir fait répéter à M. Sée que l'érythème peut se rencontrer dans les deux espéces de croup, rapporte l'observation suivante :

Il s'agit d'une petite fille âgée de 3 ans passés, d'une santé parfaite, bien constituée et vivant dans d'excellentes conditions d'hygiène. Depuis le 8 ou le 10 octobre, c'est-à-dire sept à huit jours au moins avant que la maladie né fût caractérisée, l'enfant avait une toux sèche qui ne se manifestait pas sous la forme de quinte. La voix avait perdu insensiblement de son intensité. On avait remarqué que, le matin à son réveil ou dans la nuit, l'enfant était oppressée chaque fois qu'elle se réveillait.

Dans la nuit du 14 au 15 octobre, il y eut un accés de suffocation trés intense. M. Piogey constate dans l'aprés-midi une aphonie complète. L'enfant qui est gaie, qui ne paraît point souffrir, semble réfléchir avant de répondre. Elle commence un mot avec un timbre aigu et le son expire sur ses lèvres. Il n'y a point de douleur ni d'engorgement ganglionnaire. La toux est sèche, courte, elle a un timbre métallique. L'inspiration est sifflante, courte; l'expiration prolongée, sans bruit. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est sec, sans râle et moins fort qu'à l'ordinaire; 28 respirations par minute; 110 pulsations souples. Le pharynx présente, à l'inspection, une congestion modérée. La seule altération diphthéritique consiste dans deux petites plaques jaunâtres circulaires, saillantes, isolées qui occupent l'amygdale gauche. On ne distingue aucune continuité avec des fausses membranes qui siégent dans le larynx et qui occasionnent l'aphonie. Il y a eu une épistaxis dans la journée.

Malgré la lenteur que cette affection semblait présenter dans sa marche, l'enfant a succombé le 19 octobre. La médication a consisté dans de légers vomitifs, qui ont produit des évacuations, dans du calomel à doses fractionnées et dans des cautérisatious pharyngo-laryngées pratiquées avec une baleine flexible, armée d'une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent au 1/30e seulement.

Le 16 au matin, M. Piogey constata l'exanthème, sur lequel M. Sée a

attiré l'attention de la Société, il y a plusieurs mois. Cet exanthème, rose, transparent, avec un pointillé scarlatiniforme, moins coloré que dans cette éruption fébrile, disparaissait sous le doigt, était limité à la face, au cou, aux bras et au tronc. Après quarante-huit heures il avait disparu. La langue n'a jamais été saburrale. Les fausses membranes n'ont jamais été constatées au pharynx ni sur les amygdales après le 18 octobre. Le pouls n'a pas dépassé 120. La respiration a atteint 44.

Cette observation est intéressante par la manifestation de l'exanthème en tout conforme à la description donnée par M. Sée. Il n'y a pas eu les contractions violentes des muscles du cou pour l'accomplissement de l'inspiration, probablement parce que l'asphyxie a eu lieu plutôt par le développement de la diphthérie dans les dernières ramifications bronchiques, le larynx ayant été rendu libre par le cathétérisme. Au lieu de recourir au tubage de la glotte, M. Piogey a préféré employer un moyen beaucoup plus simple et à l'aide duquel on peut cautériser directement le larynx et débarrasser ce conduit des fausses membranes qui tapissent ses parois. Comme pour le tubage, l'index gauche entouré d'une virole métallique à sa première phalange, pour éviter les morsures de l'enfant, a maintenu les maxillaires écartés. La phalange unguéale, arrivée à la base de la langue, a saisi l'épiglotte et elle a facilité l'introduction de la baleine armée de l'éponge imbibée de la solution de nitrate d'argent dans la cavité laryngée.

L'introduction de la baleine a constamment provoqué un commencement d'asphyxie qui était suivi de respirations plus faciles. Après un cathétérisme, l'enfant a rendu un cylindre de fausses membranes blanc nacré, de 6 à 7 centimètres de longueur, épais et sans solution de continuité, ayant toutefois une de ses extrémités irrégulière et frangée. Ce cylindre avait 7 à 8 millimètre de diamètre.

L'amélioration a été instantantanée après l'expulsion du produit diphthéritique; la voix était plus forte, la toux muqueuse. On percevait, à l'auscultation, des râles muqueux et sous-crépitants dans toute la poitrine. Un nouveau cathétérisme a fait cesser un bruit de soupape qui se produisait dans le larynx. Le cathétérisme du larynx dans la diphthérie devra donner des avantages d'autant plus grands qu'on le pratiquera au début de la manifestation des fausses membranes dans les voies aériennes.

Si le tubage est facile, il est incontestablement plus commode de faire pénétrer une baleine armée d'une éponge imbibée d'une solution caustique, et cette petite opération s'effectue sans augmenter l'arsenal chirurgical; point important pour les praticiens des campagnes.

L'observation précédente tend à prouver en outre que l'invasion de la diphthérie n'a pas été subite, instantanée. La période de début doit souvent passer inaperçue si elle ne s'accompagne pas de symptômes plus abondants que ceux qui ont existé chez cette petite malade. L'accès de suffocation assigné par beaucoup d'auteurs comme le début du croup et son invasion notée comme se produisant la nuit sont des phénomènes du second degré de la diphthérie et qui se manifestent la nuit par les raisons suivantes : Pendant le sommeil, lorsque la capacité du larynx est diminuée par une simple congestion ou par une fausse membrane, la respiration s'accomplit lentement. Il y a pour ainsi dire synergie entre les contractures musculaires indépendantes de la volonté qui concourent à la respiration et la capacité du larynx. Au moment du réveil, le premier phénomène ressenti est l'obstacle à l'introduction de l'air dans les cellules pulmonaires. Les muscles inspirateurs se contractent violemment pour surmonter l'obstacle, pour dilater le larynx qui, au contraire, se rétrécit, puisqu'il s'allonge pendant l'inspiration. On connaît très bien les signes de la dernière période du croup, mais il y a du vague et de l'incertitude dans la valeur des symptômes initiaux.

Pour ne pas confondre l'angine striduleuse avec le croup, une congestion bronchique et laryngée avec la diphthérie, il faut attacher une importance beaucoup plus grande à l'affaiblissement de la voix, à l'aphonie, qu'à la toux sèche, métallique, dite croupale, qui existe dans d'autres affections que le croup, ainsi que l'a démontré M. Trousseau.

M. Guersant partage les idées de M. Sée sur la distinction du croup en simple et général. Il pense que l'affection diphthéritique générale tue beaucoup de malades sans déterminer de suffocation; les patients meurent avec la voix faible, mais ils ne sont pas asphyxiés, ils sont prostrés; tandis que les autres ont de l'agitation. C'est à cette funeste affection générale qu'ont succombé nos malheureux confrères Valleix et E. Blache. Autrefois, M. Guersant opérait les malades ainsi atteints; mais aujourd'hui il ne pratique plus la trachéotomie dans ce cas là, et il sauve un plus grand nombre d'opérés. Il a fait 105 opérations de trachéotomie en ville. Sur les 23 premiers malades qu'il a opérés, il a pratiqué la trachéotomie sans faire de distinction entre le croup simple et le croup général; il ne plaçait qu'une seule canule et il écouvillonnait le larynx; il perdit ces 23 premiers opérés. Aujourd'hui, il emploie constamment la double canule, il entoure le cou d'une cravate de gaze, il fait placer dans la chambre des opérés des vases remplis d'eau, qui maintiennent l'humidité de l'atmosphère, il alimente les malades, leur donne du vin, du café, du quinquina; et à l'aide de tous ces soins, il arrive maintenant à compter 1 succès sur 4 opérations en ville. A l'hôpital Sainte-Eugénie, les petits opérés ne sont peut-être pas entourés des soins aussi expérimentés que ceux qui leur sont donnés à l'Enfant-Jésus; et M. Guersant croit que ce défaut de soins pourrait influer sur les résultats statistiques de cet hôpital. Il ajoute, en terminant, que les caractères du croup simple et du croup généralisé sont assez tranchés pour qu'on les divise en croup bénin et en croup malin.

M. Sée : M. Bouchut a livré à la publicité, comme on le sait, une statistique de la trachéotomie dans le croup, empruntée aux relevés dressés par M. Trébuchet. On n'ignore pas combien d'imperfections existent dans les statistiques émanées de la préfecture de police. M. Roger et moi nous avons voulu publier un relevé très exact de la trachéotomie. Nous avons pris d'abord les tableaux de croup de l'administration de l'hôpital des Enfants; puis nous avons recherché les résultats consignés dans les thèses des anciens internes de cet hôpital, publiées depuis vingt ans, et nous sommes arrivés à cette conclusion : c'est que, pour apprécier rigoureusement les causes des succès et des insuccès, il faut tenir compte : 1° de la distinction du croup en général et simple; 2° de l'âge des malades; 3° de la période de la maladie. L'âge est indiqué avec soin dans notre travail; et il en résulte que :

Avant 1 an, il y a à peine deux ou trois succès connus;

De 1 à 2 ans, il y a à peine 8 à 9 guérisons sur 100;

De 2 à 3 ans, on trouve déjà 22 guérisons sur 100;

De 3 à 6 ans, on trouve 29 à 31 guérisons sur 100;

De 6 à 12 ans, on trouve 50 guérisons sur 100.

Enfin, du rapport de M. le professeur Trousseau et des documents de MM. Roger et Sée, il ressort qu'il y a 26 à 27 guérisons pour 100 sur tous les opérés en général, et 64 pour 100 sur les opérés avant l'asphyxie complète.

Notre honorable collègue, M. Guersant, propose de distinguer le croup en bénin et en malin. Cette distinction suffit-elle? Y a-t-il bénignité d'une part et malignité de l'autre? Les différences sont peut-être plus radicales. Ainsi, pour les angines, on peut admettre une angine diphthéritique proprement dite d'une part, et de l'autre l'angine couenneuse commune de M. Guersant père (l'angine herpétique de M. Gubler). Or, celle-ci est une affection locale. En est-il de même pour le croup? Qu'on me permette une comparaison. On divise la variole en trois espèces : 1° la varicelle, 2° la varioloïde, ou variole bénigne, 3° la variole maligne. En nosologie, devrons-nous ranger le croup simple à côté de la variole bénigne, et le croup général à côté de la variole maligne? Ou bien le croup simple prendra-t-il place à côté de la varicelle? Mais la varicelle ne préserve point de la variole, elle en est parfaitement distincte, bien que ses caractères anatomiques ressemblent parfois à ceux de la variole bénigne. En un mot, s'agit-il, dans le croup, de deux espèces distinctes ou de deux formes de la même maladie? C'est là un problème à résoudre; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que, dans l'une ou l'autre hypothèse, la distinction pratique est des plus importantes.

M. Moura-Bourouillou rapporte qu'il a été appelé conjointement avec M. Declat près d'une jeune fille âgée de 4 ans, atteinte de croup et qui asphyxiait. La trachéotomie fut faite. Peu après l'opération, l'haleine devint fétide; des fausses membranes se reproduisirent dans la gorge, et l'enfant mourut vingt-six heures après. M. Moura cite ce cas comme un exemple d'empoisonnement général.

M. Marrotte doute que la variole et la varicelle soient toujours très distinctes. Il fait remarquer que la distinction est encore plus difficile à établir entre les deux croups. Quelle que soit l'importance attachée par M. Sée à l'étendue des fausses membranes, M. Marrotte regarde ce signe comme insuffisant. Il ajoute que la diphthérie générale présente quelques signes importants, ce sont l'engorgement ganglionnaire, l'odeur spécifique, un mouvement fébrile continu, rémittent, quelquefois double-tierce, qui n'existe pas dans le croup simple, le pouls petit, la peau sèche, du sub-délirium la nuit. Enfin il pense que la meilleure division de la diphthérite est celle en bénigne et en maligne.

Le secrétaire général, Dr René Briau.

COURRIER.

Les examens de recrutement de la médecine militaire viennent d'avoir lieu successivement à Strasbourg, Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Paris. Il s'est présenté 11 docteurs pour le Val-de-Grâce et 61 élèves ayant 8 ou 12 inscriptions pour l'École de Strasbourg.

Sur ces 72 candidats, 38 seulement ont été admis; les éliminations ont été proportionnellement plus fortes sur les docteurs que sur les élèves; en effet, des 11 docteurs qui ont concouru pour entrer comme stagiaires au Val-de-Grâce, le jury n'en a reçu que 4....

Ce résultat n'est pas le seul qui doive appeler l'attention sur les garanties attachées au diplôme de docteur, dans les conditions actuelles de fonctionnement des Facultés. On sait que l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce) conserve pendant un an les docteurs et les maîtres en pharmacie stagiaires, pour les exercer aux applications pratiques et aux spécialités des deux professions dans l'armée. A la fin de l'année scolaire, ces stagiaires sont soumis à deux séries distinctes d'épreuves dites de sortie; ces épreuves sont toutes pratiques et sont les suivantes pour les médecins stagiaires :

1° Examen de deux malades (affections internes);

2° Examen de deux blessés;

3° Opérations et bandages;

4° Blessures de guerre;

5° Interrogations sur les maladies et épidémies des armées;

6° Hygiène militaire, médecine légale militaire;

7° Manipulations d'expertise chimique, relative à la médecine légale et à l'hygiène militaire.

40 docteurs stagiaires ont subi ces épreuves; 8 ont été reconnus non-admissibles au grade d'aide-major de 2e classe.

27 pharmaciens de 1re classe de l'Université (maîtres en pharmacie), stagiaires à la même École, ont subi les épreuves pour le grade de pharmacien aide-major de 2e classe; 10 ont échoué.

Voilà donc 4 docteurs sur 7, non admissibles au Val-de-Grâce, et 8 sur 40, après un an de stage, non admis au grade d'aide-major; voilà 10 pharmaciens sur 27 repoussés du même grade dans leur spécialité professionnelle.

Et, si nous sommes bien informés, les jurys ont montré de l'indulgence.

Or, les docteurs, les pharmaciens, non admis dans la pratique militaire, ont, en vertu de leurs diplômes, le droit d'aborder la pratique civile. Celle-ci exige-t-elle moins de garanties que celle-là?

Nous prévoyons une objection : les candidats qui se présentent pour la médecine militaire, ne sont pas les meilleurs élèves ni les jeunes docteurs les plus solides, attendu que cette carrière ne leur promet point une moyenne d'avantages et de satisfactions morales, égale à celle des autres carrières qui se rattachent à l'armée. Cette objection n'est pas entièrement fondée; de bons sujets entrent encore ou, si l'on aime mieux, s'égarent dans le service de santé de l'armée; mais qu'on l'admette tout entière, il reste toujours démontré que le diplôme de docteur, qui entraîne dans l'ordre civil le droit d'exercice professionnel dans sa plus large acception, n'implique pas toujours des garanties suffisantes, et des jurys qui avaient la responsabilité du recrutement médical de l'armée, qui ont procédé avec indulgence, ont dû éliminer des docteurs, malgré les vides considérables qui existent dans les cadres du corps médical de l'armée.

Une seule chose manque pour compléter ces renseignements, savoir dans quelles Facultés avaient été reçus docteurs les aspirants qui ont échoué aux examens du Val-de-Grâce.

— Mardi dernier, 21 décembre, a eu lieu, dans la salle du gymnase de la Salpêtrière, une intéressante séance. Il s'agissait d'une distribution de prix aux jeunes épileptiques qui suivent dans cet hospice les cours élémentaires qui y sont enseignés, en même temps que, sous l'habile et intelligente direction de M. Laisné, elles soumettent leur corps aux exercices gymnastiques les plus variés et les mieux entendus.

Une cinquantaine de jeunes filles ont exécuté sous les yeux des spectateurs un grand nombre d'exercices surprenants par l'harmonie de leur ensemble surtout. Ces exercices, admirablement combinés pour exercer en même temps la totalité du système musculaire, sont le plus souvent accompagnés de chants dont ils marquent le rythme. Il faut ajouter, du reste, qu'indépendamment de ces effets simultanés, les élèves de M. Laisné exécutent d'une façon relativement satisfaisante des chœurs assez difficiles; et, en présence de pareils résultats, on se demande quels doivent être le zèle et la persévérance dépensés pour les obtenir!

C'est qu'il faut dire que M. Laisné n'est pas seulement un gymnaste habile, c'est encore un apôtre dévoué et convaincu de la gymnastique. Les efforts qu'il a faits pour l'introduire dans quelques-uns de nos hôpitaux, à titre d'agent hygiénique puissant, sont connus de tous ceux qui s'occupent des questions de cette nature.

Dans un discours parfaitement approprié à l'auditoire auquel il s'adressait — ce qui n'était pas chose facile — l'honorable directeur de la Salpêtrière a rendu, avant la distribution des prix, pleine justice au zèle avec lequel les personnes chargées d'améliorer la condition physique et morale des malheureuses confiées à leurs soins s'acquittent de leur mission. Il était facile de voir, à l'accent de ce consciencieux fonctionnaire, qu'il avait acquis par expérience la conviction de l'utilité considérable des exercices auxquels s'appliquaient les encouragements qui allaient être distribués. — (*Moniteur des hôpitaux.*)

Le Gérant, Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome XII. — N° 155. **DOUZIÈME ANNÉE.** **Jeudi 30 Décembre 1858.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 DÉCEMBRE 1858.

BULLETIN.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une conversation intéressante plus qu'une discussion a terminé hier la session académique de 1858. Il s'est agi du muguet, c'est-à-dire de l'*oïdium albicans,* à l'occasion d'un rapport de M. Chatin sur un travail de M. Sirus Pirondi, de Marseille, relatif à cette maladie. M. Chatin a beaucoup étudié l'*oïdium albicans,* mais surtout au point de vue du naturaliste et du micrographe. Ce point de vue n'est pas tout à fait celui des pathologistes de l'Académie. M. Bouillaud, qui n'est jamais mieux inspiré que lorsqu'il se livre à la spontanéité de son esprit, a présenté de courtes mais d'excellentes considérations pour montrer que le muguet, c'est-à-dire cette production parasitaire locale, n'était jamais qu'un symptôme secondaire d'une altération antérieure. En d'autres termes, l'*oidium albicans* n'est pas une cause, mais un effet. M. Bouillaud a profité de l'occasion pour pousser une pointe dans le camp du parasitisme, où l'on a compromis, a-t-il dit, par de grandes exagérations, de bonnes et de belles découvertes.

Tous les points que soulève la grande question de l'*oïdium albicans* en particulier et du parasitisme en général ont été indiqués, effleurés par MM. Depaul, Velpeau, Moreau, Ch. Robin et surtout par M. Delafond, qui, dans une substantielle allocution, a exposé les traits principaux de l'histoire du muguet chez les bêtes ovines.

Tout ce sujet intéressant a été réservé pour une discussion plus étendue, qui viendra probablement après la clôture des débats sur la trachéotomie.

M. le docteur Garnier a terminé la séance par la lecture d'une note additionnelle à son mémoire sur l'influence de l'air marin dans la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes de la France, mémoire que l'auteur a lu dans la séance du 7 septembre dernier, et dont nous avons donné une analyse étendue.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le comité secret de la séance précédente, 20 décembre, a été consacré à l'audition du rapport sur les candidats pour la place de correspondant, vacante dans la section de géographie et de navigation par suite du décès de M. Lottin de Laval.

La section, considérant qu'elle ne compte maintenant parmi ses correspondants qu'un seul Français, a cru devoir ne présenter cette fois que des candidats nationaux. Par l'organe de M. Duperrey, son rapporteur, elle propose :

En 1re ligne : M. de Tessan, ingénieur hydrographe, au Vigan.

En 2me ligne et par ordre alphabétique : MM. Lartigue, Renou et Tardy de Montravel.

Lundi dernier, l'Académie a procédé par voie de scrutin à cette nomination; M. de Tessan a été élu à l'unanimité, moins une voix donnée à M. Renou.

A certaines époques de l'année, particulièrement dans ce mois-ci, on a coutume de répéter que rien n'est ennuyeux comme la pluie. Pure affectation ! Au fond, les habitants des villes, les Parisiens surtout, ne sont pas fâchés d'être mouillés.

Comment, s'il n'en était pas ainsi, pourrait-on comprendre que, depuis que les hommes se réunissent, bâtissent des cités et aspirent au bien-être, ils n'eussent pas trouvé, pas même cherché, le moyen de se préserver d'un ennui, aussi ancien. Évidemment le parapluie qui ne garantit que le chapeau et une épaule n'est pas sérieux.

Quoi qu'il en soit, nous nous plaignons de l'eau qui tombe du ciel; que doivent dire, grands Dieux ! les Toulousains sur lesquels, depuis quelque temps, il pleut des aérolithes ! et quels aérolithes ! Les uns brisent les toitures, les autres s'enfoncent en terre de plus d'un mètre, et pèsent de 40 à 45 kilogrammes. Il n'en fallut pas tant pour tuer Eschyle.

La lettre qu'a lue M. Élie de Beaumont à ce sujet était bien propre à donner le frisson. Mais, à côté de l'intérêt dramatique de cette communication, les détails dans lesquels il est entré, relativement à la composition des bolides, sont propres à soulever, nous semble-t-il, les plus profondes méditations des savants et des penseurs. Ces corps, venus des espaces célestes, sont formés d'une pâte analogue à celle de nos roches volcaniques; les substances minérales et métalliques qu'elles contiennent nous sont connues; ce sont les mêmes que celles dont est composée l'écorce de notre planète. N'y a-t-il pas là, comme une démonstration de l'unité de l'univers, de la similitude et de la simplicité des lois qui président partout, en ce monde et hors de ce monde, aux combinaisons de la matière?...

Mais revenons à l'Académie. Aussi bien ces grandes questions sont à l'ordre du jour, et nous allons les y retrouver abordées comme elles doivent l'être, c'est-à-dire par la science — elles n'eussent jamais dû l'être autrement.

C'est d'abord M. Tiffereau, qui s'inscrit en faux contre les conclusions du mémoire de M. Despretz, relatif aux métaux considérés comme corps simples. Héritier et représentant des anciens alchimistes, M. Tiffereau affirme la transmutation possible des métaux; il affirme avoir *fait de l'or*.

— Que réclame donc M. Tiffereau? s'est écrié M. Despretz s'il sait faire de l'or; mais qu'il fasse de l'or, il n'a plus besoin de personne.

Après cette boutade, M. Dumas, prenant la parole, a lu la suite de ses recherches sur les équivalents des corps simples. En réalité, l'illustre professeur a combattu, lui aussi, les conclusions trop étroites du mémoire de M. le Président.

Après avoir exprimé les rapports admirables qui relient les uns aux autres les familles naturelles des corps, soit de la chimie organique, soit de la chimie minérale; après avoir rendu sensible, par des figures tracées sur le tableau, le parallélisme entre certaines séries d'équivalents pris dans les deux chimies, il a indiqué que là, probablement, ne devaient pas s'arrêter les analogies, et que ce que l'analyse avait fait dans le règne organique, elle le pourrait faire peut-être un jour dans le règne inorganique. Il a commenté, ensuite, avec une autorité sans égale, la distinction féconde entre les corps simples et les éléments, formulée par Lavoisier; et, enfin, dans un langage empreint à la fois de la réserve et de la fermeté que commande et que donne la science, il a posé le problème de l'avenir et tracé la voie à ses successeurs.

En un mot, sans toucher à l'essence de la matière, à propos de laquelle, a-t-il dit, le discours le plus sage est le moins long, il a conclu que tout concourait à faire soupçonner la nature composée des corps, actuellement réputés simples parce qu'ils résistent à toutes les forces d'analyse que nous possédons. Ce qui veut dire qu'ils ne pourront être décomposés que par des réactions qu'il est, jusqu'à présent, impossible même d'indiquer.

M. Dumas, en faisant cette communication, dont nous ne pouvons, on le comprendra, que rappeler très incomplétement les traits principaux, s'est élevé à une hauteur dont nous sommes depuis longtemps déshabitué. Il a tenu, pendant une heure, l'Académie captive sous sa parole, et nous ne pouvons mieux finir l'année qu'en souhaitant à la savante compagnie d'être souvent enchaînée ainsi.

Dr Maximin LEGRAND.

Feuilleton.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE INFLUENCE DÉFAVORABLE DU CLIMAT VÉNITIEN.

Les qualités des climats comme celles des médicaments produisent de bons effets sur certaines maladies, à la condition de déterminer des effets contraires sur des maladies d'un autre ordre. C'est surtout en médecine que le mal est à côté du bien. La science nous enseigne à éviter l'un et à favoriser l'autre; mais, en climatologie, cette étude différentielle a été à peine esquissée dans les rares ouvrages publiés sur la matière, pendant ces dernières années; on peut dire que, rigoureusement, elle n'a pas été faite. Aussi, toutes les fois que l'occasion se présente de jeter quelque lumière sur la partie pratique de la climatologie, il faut s'empresser de la saisir. C'est au moyen de petites masses qu'on parvient à construire d'immenses monuments; au moyen de faits bien observés, d'explications bien déduites, on doit parvenir à former cette thérapeutique des climats qui manque encore à la médecine et rendra certainement, dans l'avenir, de grands services à l'humanité.

C'est à l'occasion du climat vénitien que je fais ces réflexions. J'habite chaque hiver les lagunes. Je peux y étendre, y prolonger mes observations, je peux mieux faire encore, je peux y poursuivre des observations sur moi-même; car not e organisme est un instrument délicat de sensations qui trompe rarement lorsqu'il est consulté avec intelligence. Or, j'avais éprouvé, sous ce climat, une sensation qui se répète régulièrement à chaque séjour que j'y fais. En Allemagne, je vis, pendant l'été, sur un sol à atmosphère sèche et à grands mouvements de l'air ; je vis dans le *strictum*. Quand je retourne à Venise, je me trouve dans le *laxum* : rien n'y est plus facile et souvent plus invincible que la rêverie et le sommeil; rien n'y exige plus d'efforts que l'activité soutenue de l'intelligence. Aussi le café y devient un instrument nécessaire de réaction. On en veut toujours, on en prend sans cesse et rien ne trahit sur le système nerveux les effets ordinaires que produit cette liqueur sur les populations des régions centrales de l'Europe ou de la France.

Les phénomènes observés sur l'état normal ont une bien autre portée quand ils se produisent dans l'état pathologique. Si des maladies y reçoivent des influences favorables, d'autres s'aggravent et marchent rapidement à une terminaison funeste. Ainsi, pour citer seulement des affections de même siége, les maladies du cœur qui consistent seulement dans des troubles de la fonction, causés par l'énergie de l'organe ou l'abondance du sang, se calment sous le ciel vénitien. Mais, s'il y a anévrisme par dilatation, insuffisance aortique, lésion volontaire, alors, loin de se modérer, le mal croît en intensité et se précipite violemment vers sa dernière période.

La mort récente du publiciste Henry Cauvain, en ramenant mon attention sur les qualités du climat de Venise, m'a remis en mémoire une observation que j'ai pu suivre dans ses dernières péripéties et qu'on peut rapprocher des circonstances qui ont précédé la fin du rédacteur du *Constitutionnel.*

J'avais rencontré, il y a peu d'années, M. Cauvain une fois dans le monde. Je l'observai avec attention pendant qu'il soutenait, avec l'ardeur de la passion et la facilité d'élocution d'un avocat, une thèse intéressante. Ce qui me frappa principalement, ce fut la difformité de la caisse pectorale. La respiration devait s'y mal faire et la circulation y manquer d'une suffisante liberté. Rien, du reste, n'annonçait dans la figure l'existence, même en germe, d'une maladie du cœur, mais, dans la construction de la poitrine, il y avait une disposition plutôt favorable que contraire aux lésions de cet organe. J'appris tout récemment, par une correspondance que je puis croire bien informée, les détails suivants sur la fin prématurée de ce jeune écrivain. M. Cauvain était allé faire un voyage en Italie; il s'était arrêté à Venise, et là, il avait éprouvé les premiers symptômes d'une maladie du cœur. Il en souffrait peut-être déjà; mais c'est seulement pendant son séjour au milieu des lagunes qu'elle avait contracté un caractère grave et averti le voyageur de reprendre au plus vite le chemin de la patrie. Arrivé à Paris, M. Cauvain ne tarda pas à succomber à la maladie que, depuis le séjour de Venise, rien n'avait pu modérer dans son développement.

Si ces détails sont vrais, et je n'en doute pas, ils ne se refusent pas à une explication. Ils confirment l'opinion que je crois avoir contribué à faire accepter depuis longtemps déjà, touchant le climat de Venise. Sous l'influence du ciel de cette ville des bords de l'Adriatique, les tissus se relâchent, au lieu de conserver leur résistance normale; l'absorption pêche par défaut d'énergie et ne fait pas obstacle aux transformations qui altèrent la trame organique. Ce sont ces conditions qui favorisent principalement les lésions du cœur. Avec des tissus relâchés, les anévrysmes par dilatation, trouvent moins d'obstacles à leur développement; avec une circulation peu active, une force d'absorption dépourvue de son énergie physiologique, il se forme plus facilement sur les valvules ou aux orifices du cœur, en concrétions plus ou moins solides, ces végétations verruqueuses ou albumineuses qui constituent les lésions graves de l'organe central de la circulation; en supposant enfin, l'anévrysme commencé ou la lésion des orifices comme des valvules en voie de développement, rien ne favorise plus la marche pathologique des désordres, que les causes, les influences qui auraient pu les faire naître. J'ai vu se passer sous mes yeux, à Venise, un exemple qui rentre dans cette dernière hypothèse. C'est précisément celui que je désignais en parlant des circonstances qui ont précédé la mort de M. Cauvain, et qui mérite d'être raconté avec quelque détail, pour l'intérêt pratique qu'il présente.

Un Français, âgé de 53 ans, qui habitait l'Allemagne depuis bien des années et qui se faisait remarquer par une maigreur excessive, éprouva après un mariage récent avec une jeune femme et à la suite d'une existence très agitée, des symptômes qui l'alarmèrent et le firent recourir aux soins de la médecine. Il accusait une sorte de catarrhe bronchique épuisant, avec crachement de sang assez fréquent, une difficulté de respiration assez grande et un embarras douloureux dans la région de l'hypochondre droit. Il fut traité comme phthisique. Les crachats étaient considérés comme appartenant à la première période ; le sang rejeté, c'était l'hémoptysie; l'état de la région du foie n'avait qu'une importance accessoire. Divers remèdes ou traitements ne produisirent pas d'amendement. Une consultation fut demandée à une des célébrités de Vienne : Vous avez, répondit le médecin au malade, une grave affection du cœur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

ESSAI SUR LE TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION PAR LA COMPRESSION DIGITALE ;

Par M. VANZETTI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de de Padoue.

[Nous avons déjà publié (UNION MÉDICALE du 28 septembre 1858) deux observations, l'une de phlegmon diffus du bras, et l'autre d'arthrite aiguë, dans lesquelles la compression digitale appliquée sur le tronc artériel principal du membre a promptement amené la guérison; les trois faits que nous reproduisons aujourd'hui d'après le *Giornale Veneto di Scienze mediche*, nous semblent suffisants pour établir d'une manière incontestable les avantages que présente la méthode de traitement de l'inflammation mise en pratique par le savant chirurgien de Padoue.]

(*Note du traducteur.*)

OBS. I. — *Phlegmon de la jambe droite; compression digitale de l'artère fémorale; guérison très prompte.*

Capozzo (Jean), 38 ans, cuisinier, d'une constitution robuste, fut pris, dans la soirée du 15 juin 1858, après une journée de fatigue, d'une douleur violente dans l'extrémité inférieure de la jambe droite : cette douleur s'augmenta rapidement, au point que le malade, souffrant considérablement lorsqu'il était debout pour son travail, se hâta de se mettre au lit. Il fit, sur la région douloureuse, des fomentations d'eau et de vinaigre, mais sans en obtenir aucun soulagement. Pendant la nuit, le tiers inférieur de la jambe et le pied jusqu'au métatarse devinrent le siége d'un gonflement intense, la peau de cette région était rouge et chaude; les douleurs se sont augmentées; le malade a eu de la fièvre.

Le lendemain 16 juin, voyant que son mal faisait des progrès rapides, il jugea nécessaire de se faire soigner à l'hôpital; il s'y rendit dans l'après-midi, à pied, en boitant et en souffrant beaucoup de la marche. A ce moment, on constate l'état suivant : la jambe droite, dans toute sa moitié inférieure jusqu'à la rangée des os du métatarse, est rouge et considérablement gonflée : la rougeur est plus intense au niveau de la malléole interne, qui semble être également le point le plus douloureux, et le centre d'où l'inflammation s'est répandue au reste du membre. La saillie naturelle des deux malléoles est masquée par le gonflement des parties molles. La pression augmente la douleur, surtout au niveau de la malléole interne, et le doigt laisse sur la jambe un enfoncement marqué, résultant de l'œdème aigu qui a envahi tout le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade accuse dans tout le membre une augmentation de chaleur considérable, mais que la main de l'observateur ne peut pas constater; les mouvements du pied sont très douloureux. Il n'y a pas de symptômes généraux; le pouls est à 80; mais les battements de la fémorale et de l'artère dorsale du pied sont beaucoup plus violents dans le membre malade que du côté sain.

On commence aussitôt la compression, c'est-à-dire à sept heures du soir : les battements de la fémorale, que l'on comprime au niveau de l'éminence iléo-pectinée sont tellement violents qu'il faut employer une certaine force pour y interrompre complétement la circulation.

Je vis le malade vers huit heures, et je trouvai que le fil noir dont on avait entouré le membre s'était déjà relâché; la rougeur est beaucoup moins intense, la douleur avait presque entièrement cessé et le malade disait éprouver un soulagement notable. Je voulus apprécier, d'une manière plus exacte le bénéfice obtenu déjà par une compression d'une aussi courte durée : j'ordonnai donc au malade de se lever et de marcher devant moi; il peut marcher beaucoup plus facilement et avec beaucoup moins de douleur qu'avant.

On continua la compression pendant toute la nuit, sauf de courtes interruptions, et, à la visite du lendemain, 17 juin, à dix heures et demie du matin, je vis qu'il s'était fait un changement surprenant dans l'état du même malade, la jambe ne présentait plus aucun des symptômes du phlegmon qui étaient si manifestes la veille au soir; je reconnus alors qu'il était désormais inutile de continuer la compression. Pour m'assurer que les parties affectées étaient revenues à leur état normal, et que les fonctions du membre étaient complétement rétablies, je fis lever le malade et lui fis parcourir la salle plusieurs fois dans sa longueur; il n'accusa pas la moindre souffrance en marchant; il refusa le bâton qu'on lui offrait pour s'appuyer et fit le tour de la salle en frappant du pied et marquant le pas, afin de nous montrer combien les mouvements du membre étaient libres et faciles.

J'appliquai simplement un bandage roulé sur le pied et la jambe et je prescrivis au malade de rester couché toute la journée; le lendemain, il se leva, marcha un peu et le troisième jour il retourna à son travail.

D'après la rapidité avec laquelle s'étaient développés la douleur, la rougeur, le gonflement et l'œdème du membre, je suis convaincu que ce phlegmon, s'il avait été négligé, serait devenu en peu de temps fort grave : heureusement le malade n'a pas attendu que l'inflammation eût fait des progrès plus considérables pour venir réclamer les soins du chirurgien, il est entré à l'hôpital vingt-quatre heures après le début de la maladie. Malgré cela, je ne connais pas de genre de traitement capable de donner un résultat aussi brillant que celui que nous avons obtenu par la compression artérielle, à savoir la guérison d'un phlegmon dans l'intervalle d'une nuit.

OBS. II. — *Phlegmon traumatique de la main gauche; compression digitale de l'artère humérale; guérison.*

Ursule Perin, 14 ans, domestique, d'une bonne constitution, entre à la Clinique chirurgicale, le 20 mai 1858, pour une inflammation de la main survenue dans les circonstances suivantes : le 13 mai, elle fit une chute pendant qu'elle tenait une bouteille à la main, la bouteille se brisa, et un fragment de verre entra dans la paume de la main gauche, dans l'espace qui sépare le premier métacarpien du second; il s'écoula une certaine quantité de sang par cette plaie, puis on appliqua un emplâtre et par-dessus un bandage roulé; la malade continua ses occupations ordinaires, mais en ayant soin d'éviter autant que possible de se servir de la main gauche. Le sixième jour après l'accident, on enleva l'emplâtre, la plaie était fermée et semblait parfaitement guérie. Mais dans la soirée du même jour, 19 mai, la malade eut de la fièvre et fut prise de douleurs vives dans la main; la nuit fut mauvaise, et la malade, se trouvant plus mal le lendemain, demanda à entrer à l'hôpital.

La main présentait surtout sur sa face dorsale, et l'avant-bras sur toute sa circonférence, une rougeur intense avec un gonflement considérable, élastique, et de la douleur à la pression; le pouce et l'index sont considérablement tuméfiés, rouges, tendus, luisants; la malade se plaint d'une sensation douloureuse de brûlure dans toutes les parties qui sont le siége de ce gonflement; les mouvements des doigts et de la main sont empêchés; le pouls est à 108. Je porte ce diagnostic : « Phlegmon diffus commençant de la main et de l'avant-bras. » Soupçonnant que la plaie n'était fermée que superficiellement, et que l'inflammation actuelle était due à une petite accumulation de pus au fond de cette plaie, j'explorai attentivement la cicatrice, afin de savoir si je ne pourrais pas rompre les adhérences encore toutes récentes des deux lèvres de la plaie, et faire écouler le pus que je supposais renfermé au fond de cette cavité. N'ayant pas réussi, je fis commencer aussitôt la compression de l'humérale; les battements de l'artère radiale au carpe nous indiquaient bien le degré d'exactitude de la compression; mais en dehors de cela, la malade, d'après les symptômes qu'elle éprouvait, savait parfaitement reconnaître si l'on faisait bien ou mal la compression.

A six heures et demie du soir, après deux heures seulement de compression, on observait déjà une amélioration notable : le fil que l'on avait noué sur la partie la plus saillante de la main laissait déjà passer le petit doigt; la rougeur avait diminué ainsi que la chaleur. Vers minuit, les différents symptômes de la maladie avaient considérablement diminué à la main et à l'avant-bras; on continua la compression sans que la malade fût empêchée de dormir pendant plusieurs heures; on comprimait de temps en temps l'artère sous-clavière qui est plus facile à atteindre; la malade dit que l'assoupissement était plus marqué.

A la visite du lendemain, 21 mai, on trouve la rougeur circonscrite au dos de la main; on passe facilement l'index sous le fil destiné à mesurer le volume du membre; la chaleur est moins forte, les douleurs ont entièrement disparu; pouls à 100. Malgré cette diminution considérable du gonflement général du membre, la partie du métacarpe qui est située entre le pouce et l'index est encore très tuméfiée. Il me sembla sentir, dans un point très limité, non plus du côté de la cicatrice, mais diamétralement opposé, c'est-à-dire à la face dorsale du premier espace interdigital, une fluctuation superficielle, je fis une ponction qui donna issue à une goutte de pus. Je fis dès lors cesser la compression continue de l'artère, on ne la fit plus que d'une manière intermittente, jusque dans la soirée, puis on la suspendit complétement, comme désormais inutile.

22 mai. La malade a dormi plusieurs heures cette nuit : les symptômes de l'inflammation se sont presque entièrement dissipés, on ne trouve plus ni rougeur ni gonflement même sur le dos de la main; la malade fait agir librement ses doigts et sa main.

24 mai. Il ne reste plus aucune trace d'inflammation; cependant le premier espace interdigital est toujours plus plein et plus saillant qu'à l'état normal; en appuyant fortement sur cette partie, on n'y provoquait pas de douleur, mais on y sentait profondément une certaine dureté obscure qui me fit soupçonner qu'un fragment de verre pouvait bien être resté au fond de ces tissus. J'introduisis donc un petit stylet dans l'ouverture que j'avais pratiquée deux jours auparavant, et je pus sentir à une certaine profondeur, vers la partie moyenne du pouce, un fragment de verre, que je pus assez facilement extraire en agrandissant un peu la plaie; il avait une forme rectangulaire, un demi-pouce de long sur quatre lignes de large. On rapproche le pouce et l'index avec une bandelette agglutinative, qui sert en même temps à mettre les deux lèvres de la plaie en contact.

Le lendemain, on renvoie la malade en lui recommandant de rester encore quelque temps sans se servir de sa main. Huit jours après, elle revient à l'hôpital montrer qu'elle est complétement guérie et qu'elle n'a plus de douleurs.

On remarquera que, hormis la compression digitale, la ponction du petit abcès et l'extraction du corps étranger, il n'a été fait aucun autre traitement, ni interne, ni externe; la guérison a cependant été très prompte, relativement aux circonstances particulières qui se présentaient ici. Cett observation est encore remarquable : 1° à cause de l'efficacité manifeste de la compression qui a guéri dans l'espace de vingt-quatre heures un phlegmon diffus commençant; 2° à cause du fragment de verre qui est resté huit jours dans la main sans qu'on en soupçonnât l'existence; 3° par la formation de la cicatrice malgré la présence du corps étranger; 4° enfin parce qu'il était assez difficile de diagnostiquer ici la présence de ce corps étranger. En effet, on sait bien que souvent des fragments de verre ont pénétré profondément dans les tissus, et que la cicatrisation s'est faite sans que ni le malade, ni le médecin en aient soupçonné l'existence; mais ce n'est ordinairement qu'après un temps assez long qu'il se forme un abcès; tandis que, chez cette malade, l'abcès a apparu huit jours après l'accident.

Enfin, j'ajouterai que la compression de l'artère sous-clavière m'a paru plus facile chez la femme que chez l'homme, et qu'elle est d'ailleurs plus commode à faire que la compression de l'humérale, parce que, pour la sous-clavière, la main agit par simple pression, tandis que pour comprimer l'humérale, les doigts sont dans un état de contraction permanente, et se fatiguent par conséquent beaucoup plus.

OBS. III. — *Phlegmon diffus de la jambe gauche; compression digitale de la fémorale; prompte guérison.*

Antoine Sartori, 56 ans, carrossier, de haute taille, mais d'une constitution un peu débilitée, entre à la Clinique chirurgicale de Padoue le 4 mai 1858.

Il raconte qu'il y a neuf mois environ toutes les articulations du

---

En effet, le catarrhe ou la phthisie, comme les crachements de sang, étaient le résultat de la congestion entretenue dans les poumons, par une insuffisance aortique. L'augmentation de volume et l'état douloureux du foie n'avaient pas aussi d'autre cause que l'embarras de la circulation. Il y avait peu de chose à tenter dans une pareille situation et sur une constitution profondément épuisée. Il restait au moins des moyens de prudence et de précaution à prendre pour modérer la marche de la maladie, pour diminuer l'intensité des symptômes, on prescrivit une saison aux eaux de Gastein.

Qu'est-ce que c'est que les eaux de Gastein? Le voici, pour ceux qui ne les connaissent pas. Ce sont des eaux dynamiques par excellence; là sont les piscines les plus efficaces de l'Allemagne, pour combattre la paralysie. On peut juger d'après cela des effets qu'elles produisirent; cette frêle machine y fut si profondément troublée, qu'elle faillit y périr. Il fallut interrompre le traitement dès les premiers bains et fuir au plus vite ces eaux minérales, que des médecins, qui n'avaient cru ni à la phthisie, ni à la lésion du cœur, avaient fait accepter dans le but de raffermir l'organisation, de restaurer une vigueur épuisée. C'est alors qu'on recommanda le séjour de Venise pendant l'hiver. Les eaux avaient agi avec trop de force, elles avaient produit trop d'excitation, disaient les conseillers du malade, l'hiver vénitien enlèverait cet excès et rendrait le calme à l'économie. Confiant en ces promesses, il accourut à Venise; c'est là que la dernière épreuve l'attendait.

La froide saison fut assez bonne, de 1856 à 1857. Dès son arrivée, réjoui par la beauté du ciel et le calme de l'air, le malade voulut sortir quelque peu. Il fit quelques promenades dans la ville et sur les canaux, mais il fallut cesser cet exercice. Les forces diminuaient sensiblement, la respiration devenait plus pénible, le sommeil de plus en plus difficile. Le malade s'étonnait de ce progrès dans les symptômes et s'apercevait lui-même que le climat ne lui convenait pas. Mais il n'était plus temps, il fallait rester. Les angoisses prenaient plus de fréquence et de durée. L'œdème, qui s'était déjà montré, avait envahi le tronc. Tout fut employé, on eut recours à toutes les méthodes, pour modérer les souffrances et retarder le dernier moment. Le mal avait pris un caractère aigu que rien ne pouvait plus arrêter. Le malade expira, après avoir amèrement regretté d'être venu à Venise, d'où j'aurais voulu l'éloigner dès le commencement, mais il était trop tard, même à cette époque.

Les deux observations précédentes ne sont pas suffisantes, il est vrai, pour porter la conviction dans les esprits. L'une est incomplète, parce qu'elle n'est pas fondée sur un fait rigoureusement observé; l'autre peut laisser des doutes sur l'influence réelle du climat, et donner à croire que vu l'état du malade, la lésion organique devait conduire rapidement à une terminaison fatale. Puis, on ne peut pas rigoureusement induire de l'influence d'un climat à un résultat acquis, comme on induit des propriétés d'un remède, à un effet qu'il procure. Dans ce dernier cas, la cause est mieux connue dans ses éléments, le médecin la tient pour ainsi dire dans sa main, il la dirige et la modifie à son gré. C'est bien différent en ce qui concerne un climat. Dans l'état actuel de la question, c'est-à-dire au point où la science est parvenue à cet égard, l'homme de l'art observe et agit au milieu d'une complication d'influences où la vue n'est pas distincte et où il doit être heureux au milieu de ces obscurités ou de ces trompeuses apparences, de voir luire de temps en temps quelque rayon de vérité.

Mais il y a cependant des influences qui frappent, qui, par leur puissance d'action, semblent se détacher des autres, et donner à elles seules un caractère au climat. Pour le climat vénitien, ce sont des influences relâchantes, c'est une *anesthésie*, comme je l'ai dit ici même dans un travail publié en 1856 (1), comme je l'avais montré dans une œuvre plus importante, publiée en 1849 (2), comme le savent et le professent les médecins qui pratiquent dans la ville des lagunes. Or, l'*hyposthénie*, jointe à l'*anesthésie*, conditions presque inséparables, et desquelles il est permis de dire qu'en général elles s'engendrent mutuellement, ne peuvent pas être de bons éléments d'influence dans les maladies, où l'embarras congestif de la circulation est le symptôme dominant par les angoisses qu'il détermine, où les tissus ont besoin de toute leur contractilité pour lutter contre les obstacles qui s'opposent à la régularité du mouvement du sang. Ainsi, les climats analogues au climat vénitien, comme ce climat lui-même, doivent être absolument interdits aux malades affectés de lésions du cœur ou des gros vaisseaux. Cette conclusion peut admettre des exceptions qu'il appartient au médecin de juger, mais elle contient la règle. A mon avis, on doit user de prudence pour l'enfreindre, afin de ne pas livrer à des dangers certains ceux que nous avons la mission de protéger de notre savoir et de notre expérience.

Dr Ed. CARRIÈRE.

(1) *Les Hivers de Venise.*

(2) *Le Climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.* Un volume grand in-8°, chez Baillière père et fils.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Frédéric Thomas (de la Nouvelle-Orléans), chevalier de la Légion d'honneur, correspondant de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale du 1er arrondissement, est décédé, il y a peu de jours, à Paris, dans sa soixante-septième année.

Né à Royan, petit port de la Charente-Inférieure, F. Thomas fut quelques années chirurgien de la marine, attaché au port de Rochefort, et se fixa ensuite à la Nouvelle-Orléans, où il exerça avec succès la médecine pendant trente années. Il fut pendant longtemps président de la Société médicale de cette ville, et rendit de signalés services pendant les nombreuses épidémies de choléra et de fièvre jaune qui désolèrent la Louisiane. Nommé correspondant de l'Académie et décoré de la Légion d'honneur pour les soins donnés en Amérique à ses compatriotes, Thomas revint à Paris en 1848 et s'attacha dès lors à suivre le choléra partout où il sévissait avec le plus de rigueur; aussi, le voyons-nous successivement à Paris en 1849; à Rotterdam, Berlin, St-Pétersbourg et Moscou en 1853; dans la Haute-Marne, délégué par le ministre, en 1854; puis, en 1855, en Italie et en Orient, à Gênes et à Constantinople, poursuivant sa tâche avec un courage infatigable et faisant part à l'Académie de médecine de ses intéressantes observations.

Il se disposait à tenter un voyage en Égypte et en Syrie, la terre classique des épidémies de toutes sortes, quand il se vit mortellement frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

Thomas a laissé plusieurs écrits, entr'autres :

Un *Essai de la fièvre jaune* (1823); un *Traité pratique de la fièvre jaune* (1848); un *Mémoire sur le choléra* (1851) et des *Recherches sur le choléra observé en Amérique et en Europe* (1857), ouvrages qui sont acquis à la science et qui seront consultés avec fruit par tous ceux qui s'occupent de l'intéressante étude de ces épidémies si désastreuses de choléra et de fièvre jaune.

Dr TONDUT, de Niort.

membre inférieur gauche ont été le siége d'une inflammation qui a été guérie par la saignée et par les frictions de baume opodeldoc, mais il ajoute que depuis lors il a toujours ressenti une grande faiblesse dans tout ce membre. Dans la matinée du 3 mai, il a été pris d'une douleur très vive dans l'aine gauche, douleur qui s'étendait à toute la face interne de la cuisse, de la jambe et même du pied; malgré cela il se leva pour aller à son travail, mais au bout de trois heures il fut obligé de se recoucher. Il s'aperçut alors que toute sa jambe gauche était gonflée, chaude, rouge et parsemée de taches d'un jaune foncé; bientôt les douleurs augmentèrent, et, au dire du malade, la fièvre survint. Il se rendit aussitôt à pied à l'hôpital, où il arriva tout couvert de sueur, tant la marche l'avait fait souffrir; il fut admis à huit heures du matin dans la division de chirurgie; le diagnostic fut : « phlegmon de la jambe, » et on lui prescrivit une saignée et des cataplasmes émollients.

Ce traitement ne put être exécuté, parce que le malade passa de suite à la Clinique chirurgicale, où, comme cela se fait toujours maintenant dans tous les cas de ce genre, on procéda immédiatement à la compression digitale de la fémorale.

Il y avait un gonflement considérable de toute la jambe gauche, dont la circonférence excède de trois pouces celle de la jambe saine; les tissus sont tendus, élastiques, mais il n'y a pas d'œdème, si ce n'est à la partie moyenne de la face antérieure du tibia, qui est en même temps le siége d'une douleur très vive à la pression; d'ailleurs il souffre peu s'il laisse sa jambe en repos. Il est à noter qu'il y a deux ecchymoses sous-épidermiques larges comme la paume de la main, d'une couleur moins foncée au centre et se perdant à la circonférence sous forme d'une masse de petits points très rapprochés; elles occupent l'une le côté interne du tiers inférieur de la jambe, l'autre la face externe du tiers moyen du membre. A l'aine et sur la partie interne de la cuisse, on voit des ganglions lymphatiques considérablement gonflés et douloureux, mais on n'aperçoit pas de traînées rouges indiquant une inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Le gonflement élastique de la jambe, la tuméfaction douloureuse des ganglions, la chaleur exagérée du membre, les taches ecchymotiques, etc., sont autant de symptômes qui démontrent l'existence d'un phlegmon, mais qui, développé seulement depuis vingt-quatre heures, ne peut encore présenter d'une manière complète tous les phénomènes qui caractérisent cette affection.

Dans les premières heures qui suivirent l'établissement de la compression, le malade éprouva déjà un soulagement considérable; il dit qu'il n'avait plus surtout cette sensation de chaleur qui l'incommodait tant. A quatre heures du soir, on pouvait déjà passer l'index sous le fil destiné à mesurer le volume de la jambe. A neuf heures du soir, l'amélioration continue toujours. Pendant la nuit, on exerce encore la compression, mais avec de courts intervalles; le malade, heureux du soulagement qu'il en éprouve, fait lui-même la compression; il s'interrompt de temps en temps pour dormir.

Le lendemain, 5 mai, à dix heures du matin, tous les symptômes de la maladie ont entièrement cessé; il n'y a plus de gonflement ni de tension des tissus; le pouls est à 56; le malade peut marcher sans difficulté et sans douleur; les ecchymoses elles-mêmes sont beaucoup moins colorées. On suspend la compression; la convalescence commence à dater de ce moment; on applique seulement un bandage roulé sur le pied et sur la jambe, pour forcer le malade à garder le lit. On le fit rester à l'hôpital jusqu'au sixième jour, afin d'éviter une rechute que la fatigue aurait pu provoquer.

Enfin il sort le 10 mai; sa jambe avait repris entièrement son aspect naturel et les ecchymoses étaient complétement résorbées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Décembre 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Sauzède, pharmacien à Carcassonne, sur le traitement du choléra par le sulfate de magnésie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Les rapports de MM. les docteurs Jobert, de Guyonvelle, sur le traitement de la diphthérite croupale; — Bernier, sur des épidémies d'angine et de variole qui ont régné à Gièvres et à Villefranche (Loir-et-Cher) en 1858; — Lemaire, sur une épidémie d'angine couenneuse, à Colmery (Nièvre) en 1858. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Levieux, de Bordeaux; Piedvache, de Dinan; Charmasson de Puy-Laval, de St-Sauveur; Cabrol, de Bourbonne, lauréats de l'Académie.

2° Une lettre de M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Comm. des correspondants nationaux.)

3° Une note de M. le docteur Leriche, de Lyon, sur un nouveau mode de traitement pour le croup. (Comm. du croup.)

4° Un travail de M. le docteur Basset, intitulé : *Rapport à l'Académie sur une première année passée à St-Nectaire.*

M. Devergie, au nom de M. le docteur Mascarel, dépose sur le bureau une brochure concernant les ulcérations du col de la matrice. Cette brochure est accompagnée d'une lettre par laquelle M. Mascarel demande le titre de membre correspondant.

M. Depaul fait hommage, au nom de M. le docteur Demeaux, de Puy-Levêque, d'une observation de renversement complet de la matrice, survenu pendant la délivrance, immédiatement réduit et suivi de guérison. (Renvoyé à l'examen de M. Depaul.)

M. Chatin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Blache et Beau, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Sirus Pirondi, de Marseille, ayant pour titre : *Deux faits relatifs, tout à la fois, à la transmission et à la production spontanée du muguet.*

La première observation de M. Pirondi se résume ainsi : 1° insuffisance de l'allaitement ou de l'alimentation chez un nouveau-né; 2° prodrômes du muguet et apparition de l'*oïdium albicans*, champignon caractéristique; 3° appel d'une nourrice pour suppléer à l'insuffisance du lait de la mère; 4° apparition du muguet chez l'enfant de la nourrice dont le sein participe à l'état morbide de l'enfant de l'accouchée; 5° appel d'une seconde nourrice et transmission du muguet à un troisième enfant.

La deuxième observation se résume ainsi : 1° enfant né avant terme et atteint du muguet au bout de quelques jours; 2° transmission du muguet à l'enfant de la nourrice; 3° existence du champignon du muguet dans les fissures du sein de la nourrice, et transmission de celui-ci à un troisième enfant.

Des faits observés, M. Sirus Pirondi passe aux déductions. Il examine successivement : 1° sous quelles influences le muguet s'est primitivement montré, et il l'attribue à l'alimentation insuffisante; 2° quelle part il convient d'accorder à la transmission, et il la considère comme une circonstance étiologique incontestable dans les deux faits qu'il a cités; 3° comment s'est opérée cette transmission.

L'auteur pense que le germe du muguet a été transmis du premier au deuxième enfant par l'intermédiaire du sein de la nourrice.

M. Chatin, tout en rendant hommage aux bonnes qualités du travail de M. Sirus Pirondi, regrette que l'auteur ne se soit pas suffisamment inspiré du mémoire de M. Gubler, où ont été si bien déterminées les conditions d'apparition et de développement de l'*oïdium albicans*. La commission propose : 1° de remercier M. Sirus Pirondi; 2° de l'engager à poursuivre ses recherches; 3° de déposer son mémoire dans les Archives.

M. Bouillaud voudrait connaître l'opinion formelle de M. le rapporteur sur la subordination du muguet et de l'*oïdium*. Le muguet est-il antérieur ou postérieur au développement de l'*oïdium?*

M. Chatin répond que, selon lui, il est un fait hors de doute, c'est que le muguet est causé par l'*oïdium*, à moins qu'on ne veuille admettre les générations spontanées; ce que, pour sa part, il n'est pas disposé à adopter.

M. Velpeau : Je n'ai qu'un mot à dire, si toutefois M. Depaul veut me céder son tour de parole.

M. Depaul : Je n'ai rien à refuser à M. Velpeau.

M. Velpeau : Cette question me semble avoir d'autant plus d'importance, qu'elle tend de plus en plus à se généraliser. On a dit récemment que l'angine couenneuse, et, par conséquent, le croup, étaient dus au développement de parasites; c'est M. le docteur Jodin, de Paris, qui a émis cette opinion. Il serait urgent d'examiner cela à fond.

M. Depaul : Je n'ai que quelques observations à présenter sur certains points qui me paraissent peu conformes à l'expérience. Ainsi on a parlé de vaisseaux galactifères très développés. Comment a-t-on pu le savoir, sans autopsie?

Quant au muguet, je suis surpris que M. Chatin ait confondu tous les muguets sous une même dénomination.

Il en est de locaux, il en est de généraux; les premiers légers, les autres très graves et avant-coureurs de la mort chez les enfants. Tous les médecins savent que l'on peut faire naître le muguet de la première espèce en plaçant les enfants dans certaines conditions que M. Chatin n'a indiquées que d'une façon trop sommaire. Je ne dis pas que les sporules de l'*oïdium albicans* n'existent pas partout, comme le veut M. Chatin, bien que cela ne me semble pas suffisamment démontré, mais j'aurais voulu qu'il insistât sur les conditions purement pathologiques auxquelles je fais allusion. Ainsi un bout de sein malade suffit. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir les théories encore douteuses d'implantation.

M. Chatin : Mais il n'est question aujourd'hui que des faits de transmission contenus dans le rapport de M. Pirondi, et point du tout d'étiologie ou de gravité de la maladie.

Quant à la mamelle, je passe condamnation; là dessus, M. Depaul pourrait m'apprendre beaucoup de choses que j'ignore sans doute.

On a dit à propos du muguet : Est-il cause ou effet? Je réponds : Le muguet paraît être toujours causé par l'*oïdium albicans*, puisqu'on trouve toujours ce champignon. Il n'y a donc pas, pour le micrographe, deux espèces de muguet.

Mais, dit-on, la gravité est très variable. Évidemment; le muguet peut apparaître sur des enfants atteints de maladies graves par elles-mêmes. Il en est de même pour les vieillards, et, en général, cela se produit dans les cas d'alimentation insuffisante; on comprend bien qu'alors la résistance est presque nulle chez ces vieillards. Mais ce n'est pas le muguet qui tue par lui-même, à l'exception, toutefois, de ces cas où le muguet amène un véritable feutrage dans l'œsophage et le tube digestif.

M. Bouillaud : Je vois à ce fait dans ces derniers temps, je me plais à le reconnaître, de beaux travaux sur les maladies parasitaires; mais on a exagéré, comme il arrive toujours dans les choses nouvelles.

M. Bouillaud rapporte une observation de rougeole recueillie dans son service, sur un jeune homme convalescent d'une rougeole, qui offrit, dans l'espace de vingt-quatre heures, un développement de muguet considérable. « Il me paraît évident, ajoute-t-il, que le muguet, dans ce cas, a été précédé par l'affection buccale. Il n'en existait pas d'autres dans l'hôpital, et il ne l'a communiqué à personne; par conséquent encore, il me paraît difficile d'invoquer ici la contagion comme cause. En résumé, je voudrais savoir nettement si les micrographes considèrent l'oïdium comme la cause ou comme l'effet de la maladie que les médecins appellent muguet.

M. Moreau confirme ce qu'a dit M. Depaul; on peut produire le muguet à volonté; que l'enfant ne prenne pas bien le sein, que le mamelon soit malade, et au bout de cinq à six jours le muguet apparaît. Il me semble, dit-il, qu'on confond trop le muguet des enfants et celui des vieillards. Je n'ai jamais vu d'enfants succomber par le muguet, en ville. S'ils meurent à l'hôpital, c'est qu'on ne peut leur donner les soins qu'ils réclament. Chez les vieillards, c'est très grave et il apparaît, ordinairement, peu de temps avant la mort.

M. Robin : Les affections buccales dont a parlé M. Bouillaud offrent les conditions favorables au développement du champignon. Son apparition est un épiphénomène constant, mais les causes qui l'amènent sont diverses. Les quelques modifications qu'il présente tiennent aux différences de composition de l'épithélium des différentes régions sur lesquelles il se développe. (M. Robin explique rapidement ces diversités de structure.) Il continue : Quant au croup, je partage les opinions de M. Bouillaud. Ce n'est pas un champignon qui constitue les fausses membranes; c'est toujours de la fibrine. Il arrive quelquefois, à la vérité, quand ces fausses membranes séjournent longtemps dans les voies aériennes, qu'elles se recouvrent de spores de champignons, et présentent les conditions de la germination, mais ces spores ne fructifient pas. On ne les distingue jamais à l'œil nu; elles ne forment pas la millième partie de la fausse membrane. On ne doit donc pas s'en occuper dans le traitement.

M. Chatin : Je me rallie aux observations de M. Bouillaud et de M. Robin. Quant à la remarque de M. Depaul et de M. Moreau, à savoir que le muguet chez l'enfant est précédé par le mauvais état du mamelon, il resterait à savoir si le mamelon malade ne contient pas, par cela même, des germes transmissibles d'*oïdium albicans*.

M. Devergie : M. Bouillaud avait très nettement posé la question : le muguet est-il cause ou effet? Je voudrais qu'elle fût maintenue dans ces termes. M. Robin nous a dit que le muguet n'était qu'un épiphénomène. Cela ne résout pas suffisamment le problème. Il serait bon aussi, peut-être, d'examiner l'hypothèse des germes disséminés partout. Depuis quelque temps on nous fait une singulière atmosphère : ce n'est plus seulement de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'azote qui compose l'air que nous respirons; mais ce sont des quantités innombrables et effrayantes de sporules et de germes d'animaux de toutes sortes.

M. Chatin : Je ne comprends pas bien la demande. Le muguet étant l'oïdium et n'existant jamais, par conséquent, sans oïdium, c'est la même chose, et il n'y a pas lieu de demander si, de deux choses qui sont la même, l'une est cause de l'autre; mais, dans tous les cas, c'est un épiphénomène, comme l'a dit M. Robin. Et cela doit suffire, puisque cela implique les conditions morbides sur lesquelles on insiste.

M. Depaul : Les observations de M. Pirondi, objet du rapport, n'expliquent pas la contagion, et quoique M. Chatin ait tranché la question, il me reste bien des doutes à cet égard. Les enfants contractent le muguet pour les causes les plus légères, et alors qu'ils sont à l'abri des conditions de la contagion, du moins apparentes et constatables. Dire que les germes sont contenus dans l'air et qu'ils fructifient aussitôt qu'ils trouvent un terrain convenable, c'est, il me semble, une hypothèse trop commode et qui permettrait d'expliquer tout ce qu'on voudrait. Je le répète, rien de plus facile que de produire, à volonté, le muguet chez les enfants isolés et hors de toute atteinte contagieuse, par le seul fait de conditions pathologiques légères et qu'on peut varier comme on veut, dont on est, en quelque sorte, le maître.

M. Robin : Il faut toujours tenir compte de l'altération préalable de l'épithélium dans le muguet. Mais, une fois formés, les champignons se développent invariablement les mêmes, quelles que soient les conditions, ou graves ou légères, qui altèrent plus ou moins la santé générale du malade.

M. Velpeau : Cette question, je le répète, me paraît très importante. Elle s'applique à toutes les maladies de la peau; à la gale, d'abord. Ici, l'insecte est la cause, c'est évident; en est-il de même pour le muguet? Je ne suis pas disposé à l'admettre. M. Chatin a dit que l'*oïdium*, c'est le muguet, mais là est l'erreur; le muguet est une maladie à part. Dans tous les cas, je crois que l'Académie devrait mettre ces questions à l'ordre du jour et provoquer une discussion régulière. Cela touche aux générations spontanées qui reviennent sur l'eau, paraît-il.

M. Chatin : Ce que m'a dit M. Depaul sur la contagion tient à ce qu'il n'a pas bien entendu ce que j'ai dit dans mon rapport. Il est question, dans le mémoire de M. Pirondi, de deux faits bien constatés de transmission du muguet par contagion. Mais on ne nie pas les autres modes de transmission ou de développement du muguet; on les nie si peu, que M. Pirondi part du muguet spontané pour arriver à le faire transmettre par contagion.

M. Delafond : Je regrette que des questions si graves soient traitées d'une façon incidente. Si l'Académie veut remettre à plus tard la discussion sur ce sujet, je lui démontrerai que le muguet est contagieux. Le muguet se développe spontanément, on peut le faire naître à volonté. Si l'on prend un mouton en bonne santé, et qu'on transplante sur lui des spores d'oïdium, on n'obtient aucun résultat. Mais, pour peu que la santé de l'animal soit en mauvais état, et surtout si la salive est acide, la transplantation a lieu infailliblement. Il est certain qu'il faut un terrain favorable; comme pour le blé, d'ailleurs. (M. Delafond cite des exemples nombreux et des observations précises qui viennent à l'appui de son dire.)

M. Moreau : Mais M. Delafond place ses agneaux précisément dans les conditions où nous disions que les enfants sont atteints du muguet, et la question reste tout aussi indécise qu'auparavant, quant à la subordination des phénomènes.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. le docteur Garnier lit une note additionnelle à son mémoire *sur l'influence de l'air marin dans la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes de la France.*

Le but de ce nouveau travail est surtout de répondre aux diverses objections qui se sont produites dans la presse médicale à propos du mémoire lu par l'auteur devant l'Académie, dans la séance du 7 septembre dernier. Après avoir donné le résultat de nouvelles recherches faites dans les hôpitaux de Toulon, Brest, Cherbourg et Lorient, M. Garnier ajoute : l'accord de ces nouveaux documents avec les précédents est si étroit, qu'on y retrouve les mêmes différences que j'ai signalées quant aux saisons. Ainsi, le premier trimestre de Toulon donne toujours la proportion la plus favorable de phthisiques, tandis que c'est le contraire à Lorient dans le trimestre correspondant.

N'est-ce pas là une preuve éclatante, irrécusable, que le diagnostic porté sur les registres mortuaires compulsés par nous est exact et sincère dans la généralité des cas?

L'Académie appréciera.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions permanentes et du comité de publication :

Épidémies : MM. Louis et Grisolle.

Eaux minérales : MM. Boullay et Gaultier de Claubry.

Remèdes secrets : MM. Robinet et Trébuchet.

Vaccine : MM. Depaul et Poiseuille.

Comité de publication : MM. Bourdon, Robin, Nélaton, Laugier, Bouchardat.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 20 décembre 1858. — Présidence de M. MÉLIER.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Les docteurs TREUILLE, ROUBAUD et DE LANGENHAGEN demandent à être inscrits au nombre des candidats pour la place de membre *titulaire*.

M. le docteur BOUGARD, nommé membre correspondant dans la dernière séance, adresse ses remercîments.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Thérapeutique respiratoire. Traité théorique et pratique des salles de respiration nouvelles (à l'eau minérale pulvérisée) dans les établissements thermaux pour le traitement des maladies de poitrine. Paris, 1858, par le docteur SALES-GIRONS.

Des eaux minérales et thermales et de leur valeur thérapeutique. Contrexéville. Paris, 1858, par le docteur TREUILLE.

Études médicales sur les sources minérales de Salins et les eaux mères chloro-iodo-bromurées de la saline de cette ville. Lons-le-Saulnier, 1858, par le docteur GERMAIN.

Essai sur les eaux minérales. Strasbourg, 1855, par le docteur DE LANGENHAGEN.

Carlsbad, ses eaux thermales. Analyse physiologique de leurs propriétés curatives et de leur action spécifique sur le corps humain. Paris, 1858, par le docteur PORGES.

PRÉSENTATION.

M. ALLARD présente des matières organiques recueillies sur les parois du vaporarium et sur celles de la salle d'inhalation de Saint-Honoré, ainsi que des dépôts recueillis dans les sources.

ÉLECTIONS.

Sont nommés membres du *bureau* pour l'année 1859 :

MM. Mélier, président;
Pâtissier, vice-président;
Durand-Fardel, secrétaire général;
Le Bret, secrétaire des séances;
De Laurès, trésorier.

Membres du *comité de rédaction*, MM. Fermond et Hérard.

Membres du *conseil de famille*, MM. Bourdon et Gerdy, en remplacement de MM. Moutard-Martin et de Puisaye, membres sortants.

Membres de la *commission de bibliographie*, MM. Billout, Boullay, Gerdy, Lefort, de Puisaye, Reveil.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

M. TREUILLE lit un travail intitulé : *De la conservation des eaux minérales.* (Renvoyé à l'examen de MM. Blondeau (Paul), Boullay et Fermond.)

M. BRIAU lit au nom d'une commission composée de MM. Cahen, Moutard-Martin et lui, un rapport sur un travail de M. Legrand du Saulle, intitulé : *Résumé clinique de deux années de pratique à Contrexéville.*

Ce rapport exprime que la communication de M. Legrand du Saulle ne présentant pas toute l'importance qui conviendrait à un travail de candidature, l'auteur est invité à présenter de nouvelles observations, déjà annoncées par lui du reste.

Suite de la discussion sur le traitement thermal des scrofules (1).

M. DURAND-FARDEL : Dans la dernière séance, M. Pâtissier, après avoir présenté des remarques extrêmement justes et pratiques sur certaines formes de la scrofule, tantôt molle, indolente, torpide, tantôt excitable, éréthique, et sur les phénomènes dyspeptiques ou anémiques qui existent quelquefois à un haut degré, a essayé de prouver que les cinq classes d'eaux minérales : acidules, alcalines, ferrugineuses, salines et sulfureuses, trouvent leur emploi et revendiquent leur part d'efficacité dans le traitement de la scrofule.

Une telle proposition doit être repoussée au nom des principes qui constituent les bases les plus formelles de l'hydrologie. Ce qui doit dominer l'hydrologie médicale, considérée soit au point de vue de la méthode pour l'étude, soit au point de vue des règles pour l'application, c'est la *spécialisation thérapeutique des eaux minérales*, c'est-à-dire la détermination des rapports qui existent entre une eau minérale ou un groupe d'eaux minérales, et un fait pathologique ou un groupe de faits pathologiques.

Les eaux sulfureuses dans le traitement des maladies de la peau, les eaux bicarbonatées sodiques dans la gravelle urique, les eaux à température élevée dans le rhumatisme, nous fournissent des exemples de spécialisations très formelles. Il en est de même au sujet de la scrofule, dont le traitement hydrologique spécial est représenté par les eaux *chlorurées sodiques* et les *eaux sulfureuses*, les premières surtout.

M. Gerdy, qui doit prendre prochainement la parole, fournira sans doute des arguments directs à l'appui de cette proposition. Les présentes observations ont plutôt pour objet d'y fournir des arguments indirects, en montrant que les eaux minérales des autres classes ne conviennent pas au traitement de la scrofule.

Avant d'aller plus loin, il faut s'entendre sur un sujet qui revient incessamment dans les questions de ce genre : il s'agit de l'influence que les bonnes conditions hygiéniques, rencontrées par les scrofuleux près des stations thermales, peuvent exercer sur la marche de la scrofule. Il est vrai que le changement de milieu, imposé à un scrofuleux par un traitement thermal, ne peut qu'exercer par lui-même une action favorable sur la marche de la maladie. Mais il ne faut pas non plus s'en exagérer la portée.

M. Pâtissier a insisté sur les résultats remarquables obtenus près des eaux de *Forges-sur-Briis*, sur les enfants envoyés par l'administration de l'assistance publique, résultats confirmés par M. Gillette. Mais il faut faire attention que sur un premier groupe de ces enfants, le traitement a été en moyenne de 349 jours, et de plus d'un an sur un second groupe. Un tel séjour rend parfaitement compte des effets observés, sans qu'il soit nécessaire d'accorder une grande valeur au traitement thermal, l'eau de Forges-sur-Briis, froide, n'ayant encore fourni que des résultats négatifs. Mais on ne peut en dire autant des séjours de trois à six semaines qui représentent en général un traitement. M. Peironnet nous a fait remarquer encore qu'à la Bourboule, située dans les Monts-Dores, une des stations les plus utiles pour le traitement des scrofules, les faits thérapeutiques les plus considérables qu'il ait constatés l'ont été sur des habitants de la montagne, qui s'y trouvaient dans leur milieu habituel.

Il faut suivre maintenant M. Pâtissier dans la revue qu'il a passée des diverses sortes d'eaux minérales qu'il croit propres au traitement des scrofuleux.

A propos de la scrofule *compliquée de troubles digestifs*, il recommande les eaux acidules froides de *Vic-sur-Cère*, *St-Galmier*, *Pougues*, etc., ainsi que les eaux d'*Ems*. Mais c'est à cette classe qu'appartiennent les eaux dites *de table*, et il est difficile d'admettre que des eaux comme Vic-sur-Cère, Saint-Galmier, puissent fournir une médication appropriée à la scrofule. Rien ne prouve, du reste, qu'il en soit ainsi. M. de Crozant a, il est vrai, obtenu de bons résultats, à Pougues, sur les enfants de l'hospice de Nevers; mais il combinait avec le traitement thermal une hydrothérapie très active. Quant à Ems, il est vrai que les monographies mentionnent les scrofules dans leur cercle d'application, mais très secondairement. Mais si l'on analyse ces ouvrages avec un peu d'attention, on voit que les états constitutionnels, réclamés pour les eaux d'Ems, sont surtout des prédominances sanguines ou nerveuses, le contraire de l'état lymphatique ou scrofuleux, et que les cas de diathèse confirmée en sont plutôt repoussés.

M. Pâtissier s'est ensuite attaché à expliquer la vertu antiscrofuleuse des eaux de Vichy, Cusset, Saint-Nectaire, Royat, etc., par leur action digestive et reconstituante. Mais les eaux de Vichy et de Cusset n'ont aucune vertu antiscrofuleuse; et les médecins de Vichy seraient fort embarrassés si, sur l'autorité du savant préopinant, on envoyait des scrofuleux à Vichy. Cette pratique est de toute notoriété, et il ne faut pas s'arrêter à la mention d'*écrouelles* que l'on rencontre dans quelques vieux livres sur Vichy.

M. PATISSIER : Et M. Petit ?

M. DURAND-FARDEL lit des passages de l'ouvrage de M. Petit, desquels il résulte que les eaux de Vichy pourraient convenir dans les scrofules parce que Lorry et Bordeu avaient dit que les humeurs des scrofuleux étaient acides, et parce qu'un chimiste avait trouvé des cristaux d'acide oxalique dans un engorgement de la parotide. Ceci n'a pas besoin de commentaire.

Les eaux de *Royat* se rapprochent déjà un peu de la spécialité scrofuleuse; elles sont presque autant chlorurées que carbonatées sodiques. Cependant M. Nivet pense qu'elles conviennent surtout aux constitutions moyennes, et que pour les états franchement lymphatiques et scrofuleux, les eaux plus minéralisées de *Saint-Nectaire* et de la *Bourboule* doivent être préférées. En effet, ce sont là des eaux bien différentes de celles de Vichy et Cusset : celles de la Bourboule en particulier renferment deux fois plus de chlorure de sodium que de bicarbonates. M. Peironnet adressera prochainement à la Société des renseignements précis à ce sujet.

M. Pâtissier, passant ensuite à la scrofule accompagnée d'anémie, conseille, à ce propos, les eaux ferrugineuses de Cransac, Forges, Passy, Spa, Pyrmont, Schwalbach, etc.

Les eaux de *Cransac*, très sulfatées et arsénicales, doivent être mises à part. Mais quant à *Forges*, *Spa*, *Passy*, *Pyrmont*, il paraît difficile d'y voir une médication effective de la scrofule. M. Pâtissier n'en a pas parlé dans son *Manuel des eaux minérales*. La scrofule ne tient guère plus de place dans les monographies publiées sur ces eaux minérales. Il est question de la scrofule dans une monographie de *Schwalbach* par M. Genth; mais l'auteur établit entre la scrofule et l'anémie un rapprochement propre à tenir en méfiance au sujet des applications qui peuvent en être tirées.

Enfin, après avoir ainsi parcouru toutes ces eaux minérales, acidules, alcalines, ferrugineuses, M. Pâtissier arrive à ceci : « Lorsque les désordres strumeux sont étendus, profonds, multiples...., on retire de grands avantages des eaux sulfureuses de Barèges, Cauterets, Luchon, etc., ainsi que des eaux salines de Bourbonne, Bourbon, Balaruc, etc. des bains de mer, des eaux-mères.... » C'est-à-dire que nous arrivons enfin à la véritable spécialisation des scrofules, mais que nous y arrivons un peu tardivement, et trouvant relégué à une place secondaire ce qui devait dominer le tableau.

M. Durand-Fardel s'arrêtera ici, pensant que cette question de l'application spéciale des eaux chlorurées et sulfurées sera suffisamment traitée dans les communications suivantes.

C'est surtout au point de vue de la méthode qu'il a prononcé cette longue argumentation.

Il ne s'agit pas en effet de savoir, alors que l'on entreprend d'exposer le traitement thermal de la scrofule, si telle ou telle eau minérale a pu trouver quelques applications utiles chez des scrofuleux; mais quelles sont les eaux minérales qui sont propres à modifier directement la diathèse scrofuleuse, sous les formes diverses qu'elle peut affecter.

Le traitement hydrologique de la scrofule demande à être présenté comme le serait le reste de l'histoire thérapeutique de cet état diathésique. Il faut prendre d'abord la scrofule en elle-même, à l'état simple, aussi dégagée que possible de toute complication, et déterminer les eaux spéciales ou les moyens spéciaux de traitement qui lui conviennent. Puis, comme il est certaines circonstances d'où peuvent naître de nouvelles indications, ou même des contre-indications à l'emploi des moyens signalés d'abord, on étudiera ensuite les modifications qu'en devra subir le traitement spécial, ou les combinaisons nouvelles auxquelles il conviendrait de recourir.

En un mot, considérer les eaux digestives ou ferrugineuses qui peuvent être prises utilement par un scrofuleux, comme des eaux minérales antiscrofuleuses, c'est considérer le fer et les moyens digestifs, qui se trouvent si souvent indiqués dans le cours d'une syphilis, comme des agents antisyphilitiques.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Sont inscrits : MM. Gerdy, Boullay, Sée, Hérard, Otterbourg.

Ordre du jour de la séance du 10 janvier 1859.

Lectures et rapports.

Suite de la discussion sur le *traitement thermal des scrofules*.

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

(1) Voyez l'UNION MÉDICALE des 29 novembre et 18 décembre.

COURRIER.

Par décret impérial en date du 24 décembre, rendu sur la proposition de S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été nommés à la Faculté de médecine de Paris : professeur d'anatomie, M. Jarjavay, agrégé près ladite Faculté; professeur de pathologie chirurgicale, M. Gosselin, agrégé près la même Faculté.

— Le concours pour l'emploi de professeur agrégé en pharmacie, vacant à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce, est terminé.

Après de nombreuses épreuves, le jury, présidé par M. Poggiale, a nommé à l'unanimité M. Roussin, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE ne se réunira pas demain, vendredi, 31 décembre.

— Encore une perte à ajouter à celles que le corps médical de Paris vient de faire. M. le docteur Favrot père vient de succomber aux suites longues et douloureuses d'un rétrécissement de l'intestin.

— Le docteur Bright, dont le nom se trouve attaché à l'une des plus belles découvertes médicales de notre siècle (*néphrite albumineuse*, 1829), vient de mourir à Londres dans un âge avancé, médecin extraordinaire de la reine, comblé d'honneurs, et à la tête de la plus magnifique clientèle. Sa mort, arrivée subitement à la suite d'un vomissement de sang, n'avait pu être soupçonnée ni prévue, le docteur Bright n'ayant jamais voulu se soumettre à aucun examen.

A l'autopsie, on a trouvé les valvules de l'aorte remplacées par un cercle osseux laissant à peine une petite ouverture à parois rigides. Dans un tiers de son étendue, le tissu normal existait encore. Du reste, toutes les autres valvules étaient saines, et, dans tout le parcours de l'aorte jusqu'à sa bifurcation, aucun autre dépôt ne fut découvert.

Le Gérant, RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.



